

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 6

WARSZAWA, 30 CZERWCA 1924 R.

Rok I

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z kliniki lekarskiej w szpitalu Beaujon w Paryżu
(Dyrektor: Prof. Ch. ACHARD).

Ostre zapalenie opon o zakażeniu mieszanym gruźliczo-meningokokowym.

podał

Prof. Ch. ACHARD (Paryż).

Historja ostrych zapaleń opon obfituje w trudności kliniczne. Dzięki rozwojowi techniki badań jest już rzeczą łatwą dla klinicysty dzisiejszego rozpoznać przyczynę właściwą zapalenia opon. Niemniej wszakże leczenie tej sprawy chorobowej nie zawsze bywa łatwe, i niejednokrotnie najlepiej prowadzone postępowanie lecznicze napotyka tu przeszkody dość nieprzewidziane.

W wykładach poprzednich, poświęconych klinice zapalenia meningokokowego, miałem sposobność wspomnieć o trudnościach, jakie wynikają w tej mierze z powodu bezskuteczności wielowartościowej surowicy przeciw-dwoinkowej a także z powodu trudności dokładnego oznaczania gatunku zarazka, przeciwko któremu należałoby zastosować raczej surowicę swoistą jednowartościową, o wiele skuteczniejszą. Mówiliśmy też o umiejscowieniu komorowem, ependymalnym procesie, które wymaga zastosowania surowicy dokomorowo. Wreszcie wspominaliśmy o procesach otorbionych, ropniakowych, o uszkodzeniach natury encefalitycznej, o objawach pozamózgowych zakażenia, które tak często bywają przyczyną nieudanego postępowania leczniczego.

W wykładzie dzisiejszym zamierzam zwrócić uwagę na fakty innego rodzaju, te mianowicie, jakie wynikają z połączenia się zakażenia meningokokowego opon z infekcją inną. Oto przypadek, jaki z tej dziedziny obserwowaliśmy:

7 stycznia 1924 r. zapisano do kliniki 18 letnią służącą (sala Louis Nr. 9). Chora jest silnie podniecona, bredzi. Twarz chorej nieco obrzmiała; nieznaczna sztywność karku. Objaw Kerniga wyraźnie zaznaczony; odruch stopowy prawy w postaci ekstensji. Ciepłota 38,8, tętno 140. Wykonane niezwłocznie nakłucie lędźwiowe dało ciecz pod dość silnym ciśnieniem, zaledwie lekko mętną. Zastrzyknięto 40 ctm. sz. surowicy dordzeniowo i tyleż podskórnie.

Wiadomości bliższe o chorej, dostarczone przez jej rodzinę, pouczyły, że chora, która parę miesięcy temu przybyła do Paryża, w pierwszych dniach stycznia zaczęła czuć się niedobrze, uskarżać się na silne osłabienie, poczem wystąpiły uporczywe wymioty. Wezwany lekarz podejrzewał ciążę. Gdy wszakże stwierdzono, że chora gorączkuje, lekarz dn. 5 I rozpoznał zapalenie opon i skierował chorą do szpitala.

Jak z powyższego widzimy, początek sprawy chorobowej nie był tu jasny. Objawy oponowe nie były mocno zaznaczone tak, że można było wahać się, czy mamy do czynienia w danym przypadku z prawdziwym zapaleniem opon meningokokowym; w każdym razie podejrzenie zapalenia opon gruźliczego nie było tu nieuzasadnione. Znaczenie rozstrzygające miało tu badanie cieczy mózgoworodzeniowej. Badanie to wykazało, co następuje: wybitna wielojądrzasta leukocytoza (280 leukocytów w mm. sz. cieczy, z tych 80% wielojądrzastych i 84% komórek żyjących według próby z czerwienią obojętną). Zawartość cukru znacznie zmniejszona, białka 1,20 grm. na 1000.

Badanie mikroskopowe osadu na szkiełku wykazuje bardzo rzadkie Gram ujemne dwoinki wewnątrz- i zewnątrz-komórkowe.

Poszukiwanie laseczników Kocha dało wynik ujemny. Na zasadzie powyższego rozpoznano Meningitis acuta meningococcica.

8 stycznia chora leży na plecach, ma twarz wciąż obrzmiałą, jest znacznie spokojniejsza, ma zamknięte oczy, nie odpowiada na pytania. Po rozwarciu powiek stwierdzamy źrenice szerokie: lewa nieco szersza, niż prawa; oddziaływają na światło. Kark wciąż sztywny, ale objawu Kerniga nie ma. Ogólna skóra nadwrażliwość czuciową, zwłaszcza na skórę kończyn górnych, które są nieco sztywne. Odruch kolanowy prawy zniesiony, pozostałe normalne. Dermografia łatwo daje się wywołać i pozostaje długo. Na skórze okolic goleniowych wewnętrznych i okolicy pośladkowej prawej widać wysypkę w postaci nieco wystających plamek, bledszych w środku, różowych na obwodzie. Brzuch wzdęty; pęcherz moczowy rozciągnięty; całkowite zaparcie. Ciepłota 39,6°, tętno 140. Zęby pokryte brudnym nalotem. Poza tem nic niezwykłego ze strony narządów, mocz nie zawiera białka, ani cukru.

Jak widzimy, objawy ostrego zapalenia opon wystąpiły więc wyraźniej. Nakłucia lędźwiowe dały tym razem ciecz pod zwiększonym ciśnieniem, mętną, barwy żółtawej od surowicy, wstrzykniętej dnia poprzedniego, zawierającą liczne leukocyty wielojądrzaste silnie zmienione, wakuolizowane, o jądrach popękanych. Meningokoki bardzo nieliczne, przeważnie wewnątrzkomórkowe.

Leczenie polega na zastrzykiwaniu w dalszym ciągu dordzeniowo i podskórnie trójwartościowej surowicy przeciw-meningokokowej.

Dnia następnego 9 I daje się stwierdzić nieznaczne osłabienie objawów oponowych; chora odpowiada na pytania i skarży się na ból głowy, u spojenia warg zjawia się kilka pęcherzyków opryszczki. Nadwrażliwość skóra znikła, lecz ciepłota trzyma się na wysokości 39,2° rano i 39,6° wie-

czorem. Tętno jest bardzo szybkie: 160. Stan ogólny wydaje się znacznie gorszy, ciecz mózgowordzeniowa, jak wyżej.

Jak widać, stan chorej nie poprawia się, i stwierdzamy pewną niezgodność pomiędzy natężeniem objawów i liczbą meningokoków w cieczy mózgowordzeniowej. Przypuszczając tedy, że środek ciężkości sprawy tkwi w mózgu, postanawiamy wprowadzić surowicę dokomorowo według techniki, stosowanej przez prof. Lewkowicza. 10.1 p. Laquière, intern. p. d-ra Michona, wykonał trepanację w okolicy czołowej prawej pod miejscowym znieczuleniem kokainą. Nakłucie komory bocznej daje płyn bezbarwny, lekko mętny. Po wypuszczeniu 45 ctm. sz. cieczy wprowadzono 40 ctm. sz. surowicy, słabo zabarwionej błękitem metylowym. Następnie wykonano nakłucie lędźwiowe, które dało ciecz podobną matem ciśnieniem, zaledwie 3 ctm. sz. barwy żółtawej bez odcienia błękitnego. Stwierdziliśmy w ten sposób zamknięcie połączenia pomiędzy komorami mózgowymi a przestrzenią podpajęczynową rdzenia, co tembardziej usprawiedliwiło zastosowanie surowicy dokomorowo.

Przez igłę lędźwiową zastrzyknięto dordzeniowo 20 ctm. sz. surowicy. W kilka chwil potem zauważono u chorej parę drgawek, przeważnie tonicznych, głównie kończyny górnej lewej, z przeciągnięciem gałek ocznych, rozszerzeniem źrenic i lekką śmiałką. Takie napady drgawkowe, zależne prawdopodobnie od podrażnienia prawej komory mózgowej, coakąd zastrzyknięto surowicę, trwały wszakże bardzo krótko. Po zabiegu jednakże nie stwierdziliśmy żadnej poprawy: po południu chora zapadła w śpiączkę i zmarła przy ciepłocie 38,4° i tętnie 200. Badanie płynu mózgowego wykazało 61 leukocyty w mm. sz., z których tylko 10% elementów żywych i 50% wielojądrzastych o kształtach zmienionych. Liczne meningokoki w skupieniach i przeważnie pozakomórkowo. Ciecz zawiera 0,50 grm. białka na 1000 i nieco cukru. Płyn rdzeniowy zawiera 143 leukocyty w mm. sz., 2 grm. pro mille białka, co niewątpliwie zostało spowodowane przez domieszkę uprzednio zastrzykniętej surowicy; nieliczne meningokoki wewnątrz- i zewnątrzkomórkowe.

Jak widzimy, istnieje tu dość znaczna różnica pomiędzy cieczami mózgową i rdzeniową: ta ostatnia zawiera mało zarazków, w które natomiast obfituje ciecz komorowa. Liczba komórek w cieczy rdzeniowej zmniejszyła się, i osetka wielojądrzastych spadła, z czego wnosić wolno, że surowica zastrzyknięta jednakże pewien wpływ wywarła. Atoli w płynie komorowym odczyn leukocytowy pozostał stosunkowo słaby, chociaż zarazki były liczne: okoliczność, którą winniśmy poczytywać za prognostycznie złą, tembardziej, że zarazki w przeważającej liczbie nie zostały pochłonięte przez fagocyty.

Okoliczności powyższe oraz stwierdzone doświadczenia nie przerwanie połączenia pomiędzy zbiornikami cieczy w jamie czaszkowej i rdzeniowej stanowiły zupełnie racjonalne wskazanie do zabiegu wewnątrzkomorowego.

Zaznaczyć należy, że kilkakrotnie powtarzane badanie obu cieczy na laseczniki Kocha dawało stale wynik ujemny. Posiew najpierw otrzymanych porcji cieczy rdzeniowej pozostał jałowy, natomiast w porcji, wydobytej ostatnio, otrzymano hodowle, które potwierdzały obecność meningokoków w odmianie B, albowiem aglutynacja z trzema rodzajami surowic A, B, C, dokonana w instytucie Pasteura, wystąpiła w stężeniu 1:400 z surowicą B, zaś 1:200 z surowicą A i 1:25 z surowicą C.

Jak to się w praktyce zdarza najczęściej, na co miałem sposobność zwrócić uwagę w jednym z wykładów poprzednich, oznaczanie bakterjologiczne gatunku meningokoka nie tu nie pomogło, albowiem dało wynik zbyt późno. Czy jednak udało się uratować chorą, gdyby zastosowano surowicę B? Czy należy nam żałować, że tego nie uczyniono?

Jak się okazało na autopsji, żal ten nie był uzasadniony, albowiem z tej strony doznaliśmy zupełnej niespodzianki.

Po otwarciu jamy czaszkowej i wyjęciu mózgu stwierdziliśmy przekrwienie opon, zwłaszcza na wypukłości półkul. Wysięk wszakże wcale nie był ropny, lecz surowiczy i zebrał się w ilości największej w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Badając dokładnie oponę miękka, spostrzegliśmy w bruzdzie Sylwiusza pojedyncze gruzelki. Gruzelki również znaleźliśmy na powierzchni rdzenia. Oba płucia były usypane prosówkowymi gruzelkami bez ognisk gruz-

liczych zlewających się. Liczne gruzelki stwierdzono również na przekroju śledziony i na powierzchni nerki prawej.

Rozmaz na szkiełku z powierzchni opony mózgowej wykazał pośród mocno zmienionych elementów komórkowych kilka pałeczek Kocha.

A więc chodziło tutaj o gruźlicę prosówkowatą ogólną trzewną, zwłaszcza płucną i oponową, i jednocześnie o meningitis meningococcica. Ta ostatnia nie była zbyt mocno zaznaczona, albowiem wysięk nie miał charakteru ropnego, i liczba zarazków w płynie nie była zbyt wielka. Być też może, że ta sprawa była do pewnego stopnia zatrzymana w swym rozwoju przez zastrzyknięcia surowicy. Wszakże brak objawów fagocytozy na oponach mózgowych mógł być spowodowany przez zmniejszenie się odporności ustroju chorej w następstwie sprawy gruźliczej. Sam proces gruźliczy na oponach był dość słaby, albowiem tylko z trudnością udawało się przy uważnym poszukiwaniu znaleźć kilka gruzelków na oponie miękkiej. Jak wiadomo wszakże, bywa tak dość często, i nieraz na autopsjach ku zdziwieniu naszemu stwierdzamy zmiany gruźlicze stosunkowo nieznaczne u chorych, u których objawy za życia były bardzo burzliwe.

Za życia chorej, podejrzewając u niej sprawę gruźliczą, dokonywaliśmy kilkakrotnie badania cieczy na laseczniki Kocha, wszakże zawsze z wynikiem ujemnym. Okoliczność ta zasługuje na uwagę, aczkolwiek wiemy, że tak bywa dość często w notorycznych przypadkach gruźliczego zapalenia opon. Tak też bywa zazwyczaj, gdy rozpoznajemy za życia tylko sprawę gruźliczą, a na autopsji stwierdzamy zakażenie mieszane gruźliczo-meningokokowe. Przypadek nasz nie stanowi wyjątku w swym rodzaju: znamy już ich więcej. Opisał je w swym znanym podręczniku Dopter*). Zobaczymy, jak ta sprawa przedstawia się w świetle literatury.

Przypadki zakażenia mieszane meningokokowo-gruźliczego są dość rzadkie. Sabrazès na 495 przypadków zapalenia opon u dorosłych, mógł stwierdzić zakażenie mieszane tego typu tylko 7 razy, to znaczy w 1,4% **).

*) Ch. Dopter. L'infection méningococcique. Paris 1921 p. 366.

**) Sabrazès. Eléments de diagnostic et réactions cytologiques dans la méningite tuberculeuse granuleuse et la méningite cérébro-spinale épidémique associée. Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux 10 avril 1919. Combe. Sur un cas de méningite mixte tuberculeuse et méningococcique. Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris 22 avril 1910 p. 474. Bruneau, Hawthorn. Note sur un cas d'association de méningite cérébro-spinale et d'une méningite tuberculeuse. Marseille Médic 1902 p. 2442, Lutaud. Presence simultanée dans le liquide céphalo-rachidien de méningitiques du méningocoque de Weichselbaum et de bacilles de Koch. Thèse de Paris 1910. Armand Delile et Bartheaux. Un cas de méningite avec association de bacille de Koch et de méningocoque de Weichselbaum. Soc. de Pédiat. 16 avr. 1917. Loubet, Auban, Riser. Méningite à méningocoques avec association de bacilles de Koch. Arch. de méd. des enfants 1914, 591. P. Sainton et Maille. Méningite méningococcique et tuberculose. Bull. et mém. de la Soc. méd. d. Hôp. de Paris, 28 Janvier 1916 p. 108. Lewkowicz. Jahrb. f. Kinderheilk. 1902 p. 266. L. Guignon et H. Grenet. Méningites à méningocoque et à bacilles de Koch associés. La Clinique infant. 15 septembre 1911. Dubourg. Méningite mixte à bacille de Koch et à méningocoque. Gaz. heb. des sc. méd. Bordeaux 22 mars 1914. Dupérier. Gommages tuberculeuses hypodermiques multiples chez un nourrisson. Méningite terminale à méningocoque et à bacilles de Koch. Arch. de méd. des enfants août 1912. L. Bériet et P. Durand. Méningite tuberc. avec association de méningocoque. Bull. de la Soc. Méd. des hôp. de Lyon 18 nov. 1913 p. 591. Gauducheu. Méningite associée à méningocoques et à bacilles de Koch. Gaz. med. de Nantes, avril 1913 p. 261. Claude, H. Schaeffer et Mlle S. Bernard. Sur la coexistence des méningocoques et du bacille de Koch dans une méningite cérébro-spinale. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris 24 oct. 1919 p. 863. A. Pissavy, Ch. Richet fils et P. Pignot. Typhose Méningococcique Ibid 15 dec 1911 p. 576. Już po zredagowaniu wykładu niniejszego ukazały się w tej materji nowe prace, mianowicie: przypadek J. Challier et Mlle Chevassus (Soc. Méd. des Hôp. de Lyon 18 mars 1924).

W pierwszej grupie przypadków dwoliste zakażenie opon występuje jednocześnie. Znajdujemy tu objawy ostrego zapalenia opon i tylko na autopsji wyjaśnia się, że do rozpoznanej za życia sprawy meningokokowej przyłączyło się zakażenie gruźlicze. Tak było właśnie w przypadku naszym. W tych razach cechy gruźlicze są bardzo mało zaznaczone, jak to widzieliśmy u naszej chorej, i nieraz trudno je dostrzec na oponach gołym okiem. W jednym przypadku Combea nie można było stwierdzić gruźlików makroskopowo, lecz tylko przy pomocy mikroskopu. Do tej samej kategorii należą przypadki Bruneau i Hawthorna, Lutauda, Armanda Delille i Bertheaux, Nettera i Debré.

W przypadku Loubeta, Aubana i Risera stwierdzono ostry początek i bardzo szybki rozwój sprawy: miało tu miejsce zakażenie mieszane troiste, meningokokowo-gruźliczo-pneumokokowe.

W drugiej grupie przypadków Meningitis tuberculosa występuje jako sprawa początkowa, zaś zakażenie meningokokowe występuje wtórnie dodatkowo. Ujawnia się ono jako zjawisko agonalne i bez wyraźniejszego odczynu ze strony ustroju: płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera limfocyty, mało wielojądrzastych i meningokoków. Lub też odczyn ustrojowy ujawnia się w postaci wzmocnienia się objawów oponowych i zjawiania się w cieczy m.-rdz. większej liczby wielojądrzastych. Przykładem tej odmiany jest przypadek P. Saintona i Maillera, w którym stwierdzono poprawę sprawy meningokokowej w następstwie seroterapii, lecz rozwój dalszy sprawy gruźliczej.

W przypadku Dupérié ssawiec, u którego stwierdzono istnienie licznych podekórnych gumatów gruźliczych, ku końcowi życia zapadł na zapalenie opon mózgowych: stwierdzono zakażenie mieszane. Chory Bériela i Duranda zdradzał objawy zapalenia opon gruźliczego: w cieczy m.-rdz. znaleziono ksantochromję, sporo białka, liczne wielojądrzaste i dwoinki. Na autopsji stwierdzono nie tylko wysięk zapalny, ale również granulację gruźliczą i gruzełek pojedynczy mózdzku. U chorego Gauducheau stwierdzono również objawy gruźlicy na oponach.

I wreszcie do kategorii trzeciej należą te stosunkowo rzadsze przypadki, w których do pierwotnie istniejącej meningitis meningococcica o objawach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych dołącza się meningitis tuberculosa.

W obserwacji Claudea, Schaeffera i Mlle Bernard mamy obraz kliniczny meningitis cerebro-spinalis z meningokokowym zapaleniem stawów: stosowano leczenie surowicą dordzeniową, a następnie trepanację z nakłuciem komorowym. W cieczy znaleziono meningokoka i lasecznika Kocha; ten ostatni w cieczy komorowej w liczbie zwiększonej. Pissavy, Richet—syn i Pignot w swoim przypadku rozpoznali zapalenie opon meningokokowe w postaci tyfoidalnej: zastosowano surowicę, po której stwierdzono poprawę: niebawem nastąpiło nowe, tym razem zakończone śmiercią obostrożenie sprawy, i na autopsji prócz wysięku ropnego stwierdzono gruźlicę opon. Do tej właśnie grupy należy jeden z przypadków Saintona i Maillera oraz Sabrazesa a także Doptera. Ten ostatni opisuje chorego, dotkniętego gruźlicą płuc, a następnie zapaleniem opon meningokokowym bez laseczników Kocha w cieczy m.-rdz., u którego nastąpiła poprawa po zastosowaniu seroterapii. Mimo to objawy oponowe istniały nadal; następnie badana ciecz m.-rdz. ujawniła limfocytozę i las. Kocha.

Do powyższych zbliżony jest przypadek Liona i Le Blayea, dotyczący chorego, dotkniętego zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, który wyleczył się po zastosowaniu odpowiedniej surowicy, lecz w 3 miesiące potem zapadł na gruźlicę zapalenie opon.

Do zakażeń przewlekłych, które powodować mogą zapalenie opon, kojarzących się z meningokokiem, należy, prócz gruźlicy, acz znacznie rzadziej, kiła *).

Mme Zylberlast-Zand (La méningite cérébro-spinale épidémique chez les tuberculeux Rev. neur. mars 1924) ogłasza 3 przypadki u dzieci z oddziału Flatau'a i zaznacza charakter limfocytowy odczynu oponowego.

*) V. Hutinel i Nadal. Les réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aiguës banales ou spécifiques. Paris méd. 6 dec. 1919. Barbier-

V. Hutinel i Nadal obserwowali ssawca, dotkniętego meningokokowym zapaleniem opon z zagradzającym zapaleniem wysięki komór mózgowych. Ostra sprawa chorobowa została wyleczona przy pomocy seroterapii dordzeniowej i dokomorowej; w następstwie pozostało jednak wodogłowie. W cieczy mózgowej stwierdzono odczyn Wassermann'a dodatni; chory został poddany leczeniu swoistemu i wyleczony.

Publikacja Barbié'ra dotyczy półtorarocznego dziecka, które zapadło na meningitis meningococcica i zostało wyleczone surowicą. Następnie dziecko dostało drgawek i niezupełnego porażenia spastycznego kończyny górnej; ciecz m.-rdz. ujawniła limfocytozę i odczyn Wassermann'a dodatni.

Nie należą też zgoła do wyjątków i ostre sprawy zakażne, które dołączają się do meningokokowego zakażenia opon.

Do najczęstszych należą skojarzenie meningokoków z pneumokokami. Widywano je mianowicie podczas współistnienia epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i zapalenia płuc: w 1914 r. w Wersalu — Dopter, i w 1917 r. w Paryżu — Netter. Widywamy w tych razach przypadki, w których występują najprzód objawy meningokokowego zapalenia opon: po zastosowaniu surowicy znikają z cieczy rdz. meningokoki i leukocyty wielojądrzaste, następnie po przerwie 8—37 dniowej objawy oponowe występują na nowo, ciecz rdz. staje się mętna i zawiera tym razem pneumokoki. Lub też zarazki jednocześnie odrazu dotykają opony *), i np. nakłucie pierwsze ujawnia obecność meningokoka, a następne — pneumokoka: surowica jest wówczas bez wpływu na objawy chorobowe, najwyżej mogą zniknąć meningokoki.

Wszystkie przypadki tego rodzaju są bardzo ciężkie i dają znaczną śmiertelność — 100% w obserwacji Doptera i w 19 przypadkach na 22 (86%) Nettera i Salaniera. Skojarzenie meningokoka ze streptokokiem może ujawnić się odrazu lub też zakażenie streptokokowe może dołączyć się później. W tej postaci rokowanie jest złe. Odrazu i jednocześnie z meningokokiem znajdowano pałeczki okrężnicy **); lub też może się ona zjawić już na wysokości sprawy meningokokowej, jak w przyp. Oslera i Saquépée.

Widzimy też skojarzenie meningokoka z *Diplococcus crassus*.

Gronkowce, enterokok, pałeczka Pfeiffera, tetragenies w skojarzeniu z meningokokiem wywołują zazwyczaj powstawanie spraw zapalnych opon na podobieństwo gruźliczej, z limfocytozą cieczy rdzeniowej.

Jak widzimy z powyższego, przebieg tych spraw oponowych o zarazkach mieszanych jest na ogół ciężki, a w ich rozwoju nieraz zauważamy duże różnice. I patogeniza tych przypadków w rzeczywistości niezawsze bywa jednakowa.

Jeżeli chodzi o zakażenie ostre, septyczne, spowodowane przez zarazek banalny, przyłączające się do meningokokowego zapalenia opon, to zazwyczaj najprzód występuje proces meningokokowy, a następnie, jako nowa sprawa, meningitis lub obostrożenie pierwotnej, zakażenie wtórne, dodatkowo, któremu sprawa pierwotna, być może, ułatwia umiejscowienie na oponach. Zdarza się też, że oba rodzaje zakażenia prawie jednocześnie dotykają opon, a obadwa zarazki pochodzą z tego samego źródła, przeważnie z jamy nosowogardzielowej. W ten właśnie sposób przedostawać się mogą do opon np. meningokok i pneumokok jednocześnie lub jeden po drugim, torując sobie niejako drogę.

Natomiast, jeśli chodzi o zakażenie mieszane z gruźlicą, to w tych razach sprawa nie przedstawia się tak prosto, albowiem tu oba zakażenia występują jednocześnie lub też jedno poprzedza drugie.

Najczęściej bywa tak, że sprawa gruźlicza notoryczna istnieje w ustroju już dawniej, przed wybuchem sprawy oponowej. W tych razach na autopsji znajdujemy na oponach swoiste zmiany gruźlicze bardzo nieznaczne i jednocześnie

Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris 18 avril, 1918 p. 371.

*) Chatin et Courmont. Lyon méd. Janvier Amer. med. assoc. 21 sept. 1918 p. 969.

**) Duhot et Roetz. Association de méningocoque et de colibacille au cours d'une méningite cérébro-spinale. Reun. biol. de Lille 9 mai 1914 CR de la Soc. de biol. t. 73. p. 795.

takież zmiany w innych narządach. Chodziłoby tu o to, czy sprawa gruźlicza zawsze wyprzedza pojawienie się sprawy meningokokowej? Gdy więc mamy możność najprzód stwierdzić zapalenie opon gruźlicze, a meningokok pojawia się dopiero wtórnie, wówczas mamy prawo uznać infekcję meningokokową za dodatkową, następczą. Gdy jednakże stwierdzamy oba zarazki równocześnie, gdy proces gruźliczy jest świeży i słabo zaznaczony, tak, jak w przypadku naszym, mamy wszelkie prawo wnioskować, że chodzi tu o prosówkę, która dotknęła opony, i dzięki której meningokok ogarnia ustrój i osiada na oponach, gdzie też dodatkowo rozwija swe działanie. Dopuszczalna też jest interpretacja odwrotna, a mianowicie, że pierwotne osiedlenie się na oponach meningokoka ułatwiło laseczce Kocha dotknięcie opon.

Taka byłaby patogenezą przypadku Liona i Le Blaye, w którym gruźlicze zapalenie opon wystąpiło w trzy miesiące po przejściu na oponach sprawy meningokokowej. Tu może nie od rzeczy będzie przypomnieć, że wzmaganie się częstości przypadków gruźliczego zapalenia opon stwierdzano podczas większych epidemii meningitis cerebrosplinalis na Śląsku przez Senatora, Heubnera, Grawitza i w Angoulême przez Combea i Wacka*).

Przypadki, w których lasecznik gruźliczy kojarzy się z meningokokiem, są analogiczne do tych, w których zarazek ten występuje z innymi zarazkami: chodzi tu, w meningitis tbc., o inne zakażenia opon wtórne, jak np. zakażenie pseudomeningokokowe (sposprężenia Paiseau i Tixiera, Salina i d'Allaines), pneumokoki, gronkowce, łańcuszkowce, pałeczki okrężnicy (Griffon i Abrami), tetrages (Marotte). Te skojarzenia z lasecznikiem Kocha zarazków rozmaitych, a zwłaszcza ropotwórczych, spotykamy zresztą w procesach gruźliczych, umiejscowionych rozmaicie, przeważnie też w procesach otwartych na zewnątrz, zwłaszcza zaś w gruźlicy narządów oddechowych i narządu moczowego. Jak wiemy, sprawa zakażeń mieszanych jest sprawą, omawianą oddawna w nauce o gruźlicy płuc. Im to przecież przypisywano wraz z Kochem wywoływanie gorączki hektycznej, powstawanie otoczki ropiejącej jam w płucach**). Nie ulega wątpliwości, że lasecznik Kocha sam przez się w swym rozwoju wywołuje może powstawanie zarówno rozpadu jamistego, jak i ropienia, że wszakże nieraz, może jednak rzadziej niż się to sądzi, mogą wchodzić w grę i zakażenia dodatkowe wtórne, które ze swej strony pogarszają sprawę. W jednej z ostatnich prac swoich P. Courmont i Boissel***), badając płwocinę suchotników po skrupulatnem usunięciu, o ile możności zanieczyszczeń, pochodzących z jamy ustnej, stwierdzili w 30% przypadków wyłączenie obecność las. Kocha. W 50% przypadków domieszka innych drobnoustrojów nie odgrywała większej roli, i tylko w 20% zarazki dodatkowe istniały w liczbie większej i wy-

rażnie pogarszały sprawę gruźliczą. Zarazki takie mogą być jednego lub wielu gatunków, a więc mogą to być pneumokoki, pałeczki Friedländera, łańcuszkowiec, enterokok, tetrages, pałeczka okrężnicy.

Jak to miałem możność stwierdzić wspólnie z Lannelonguem w jednym z moich badań dawniejszych, lasecznik Kocha sam przez się może wywołać ropienie szybkie*).

Rozpoznawanie skojarzenia lasecznika gruźliczego z meningokokiem w ostrem zapaleniu opon jest ważne ze względu na rokowanie i na leczenie. Wszakże bywa ono nieraz trudne. Nie ulega wątpliwości, że gdy meningokok pojawia się w przebiegu już istniejącej i rozpoznanej meningitis tbc., diagnoza jest prosta i nie przedstawia większego interesu ani dla rokowania, ani też dla leczenia; albowiem prognoza staje się przez to gorszą tylko w stosunku do daty zejścia śmiertelnego, a terapia niewiele się przedtóż zmienia wobec niechybnej bezskuteczności surowicy. Nie na tem wszakże polega w tych razach cała trudność problemu klinicznego. Albowiem rozpoznajemy mniej lub więcej ostre zapalenie opon, wykonywamy nakłucie lędźwiowe i w cieczy stwierdzamy obecność mniej lub więcej żywego ostrego odczynu leukocytowego i meningokoka. Najczęściej za życia chorego nie znajdujemy lasecznika Kocha. Przeprowadzamy seroterapię dordzeniuowo a nawet dokomorowo. W tych razach stwierdzić nawet możemy znikanie meningokoka, ale objawy oponowe trwają nadal, i dopiero na stole sekcyjnym, ku naszemu zdziwieniu, znajdujemy proces gruźliczy, zazwyczaj nie wybitny, co w dostatecznej mierze wyjaśnia bezskuteczność seroterapii.

To właśnie wydarzyło się nam w przypadku, powyżej opisanym. Podejrzewając gruźlicze zapalenie opon, szukaliśmy w cieczy lasecznika Kocha, a znaleźliśmy tylko meningokoka. Podkreślę tu raz jeszcze, że meningokok ten, jak to stwierdził p. Marchal, należał do odmiany B, która ze wszystkich trzech jest najbardziej zjadliwą. Gdyby chora żyła dłużej, musieliśmy oczywiście zastosować surowicę jednowartościową B, jako najskuteczniejszą.

Wobec stwierdzonej przez nas bezskuteczności seroterapii i trwania niezmiennie objawów ciężkich, pomimo wielkiej ilości zarazków w cieczy m.-rdz. zdecydowaliśmy się na zastrzyknięcie dokomorowe, które w jednym przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych dało wynik doskonały**). Dzięki temu zabiegowi mogliśmy u naszej chorej stwierdzić zablokowanie przestrzeni podpajęczynowej i większą obfitość zarazków w cieczy mózgowej. Zastrzyknięcie przeto dokomorowe było tu zupełnie usprawiedliwione. Wszakże wykrycie na autopsji w przypadku obecnym zmian gruźliczych dowiodło, że nasz zabieg leczniczy z góry musiał być skazany na niepowodzenie.

(Z upoważnienia autora tłumaczył Kaz. Rzętkowski).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala na Czystem w Warszawie (Ordynator: dr. SOŁOWIEJCZYK).

Z pracowni rentgenowskiej Szpitala na Czystem w Warszawie (Kierownik: dr. M. MESZ).

O pyelografji¹⁾.

Podali

D. SZENKIER (urolog) [Warszawa]
i N. MESZ (radjolog) [Warszawa].

Część ogólna.

Wprowadzenie czynnościowego badania dla rozpoznawania schorzeń i anomalij nerek i postępy, które ta metoda

poczyniła — odwróciły na dłuższy czas uwagę od innej metody, która opiera się nie na fizjologii, lecz na anatomii nerek. Mamy na myśli pyelografję, zaproponowaną przez Voelckera i Lichtenberga jeszcze w r. 1905. Była ona przez kilkanaście lat w zaniebaniu i nawet w zapomnieniu i dopiero w ciągu ostatnich lat kilku oddała ona tyle usług w rozpoznawaniu chorób nerek, że jeden z najwybitniejszych urologów współczesnych, Jo ung z Baltimore, na zjeździe międzynarodowym urologów w Paryżu r. 1921, wyraził się w ten sposób, że pyelografja jest po cystoskopji i rentgenodjagnosyce największym odkryciem w urologji w ciągu ostatnich lat 20.

Kilka słów o technice pyelografji. Przez cystoskop cewnikujemy moczowód aż do miedniczki, wprowadzamy przez

*) Combe et Wack Arc. de méd. milit. 1906 p. 287.

**) Koch. Die Aetiol. der Tbc. Mittheil. a. d. Kais. Gesundheitsamt 1884. Bd. 2, p. 33.

***) P. Courmont et Boissel. Associat. microb. dans la tub. pulm. Bull. de l'Acad. de Méd. 15 mai 1923 p. 533.

1) Praca przeznaczona na zjazd chirurgów polskich w Poznaniu w r. 1923.

*) Lannelongue et Achard, Associationis mic. et suppurations tuberculeuses. C. R. de l'Acad. des Sc. 10 fevrier 1896, T. 122, p. 295.

**) Ch. Achard, G. Marshall et Laquière. Méningite à méningocoque guérie par la sérothérapie intraventriculaire. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des. Hôpit. de Paris 18 Janv. 1924.

cewnik płyn nieprzepuszczalny dla promieni Roentgena w odpowiedniej ilości i w odpowiednim stężeniu. Dokonywamy zdjęcia miedniczki nerkowej. Na kliszy uwidacznia się jakby odlew miedniczki z jej kielichami i moczowód. Do wypełnienia miedniczki proponowali Voelcker i Lichtenberg roztwór kollargolu, preparatu srebra koloidalnego. Płyn ten był używany do ostatniego czasu prawie wyłącznie. Pyelografia z używaniem kollargolu już od samego początku dała bardzo dobre wyniki rozpoznawcze, szczególnie w przypadkach wadliwości w położeniu nerek, dodatkowych moczowodów oraz rozszerzenia miedniczki (wodonercze). Obecnie z udoskonaleniem pyelografii i równoległe z ogólnym postępowaniem w rentgenologii oddaje nam ta metoda wprost nieocenione usługi: 1) we wszelkiego rodzaju anomaljach nerek (ektopia różnego stopnia, nerka podkwaśta, wrodzony brak jednej nerki); 2) w przypadkach nieprawidłowego przebiegu moczowodów i moczowodów dodatkowych, rozszerzenia ich, zgięcia lub tworzenia zastawek; 3) w przypadkach nienormalnego położenia nerek (opadnięta lub ruchoma nerka); 4) w rozszerzeniu miedniczki i moczowodu (wodonercze); 5) w stanach zapalnych (ropnych) miedniczki i nerki (różne postaci roponercza); 6) w kamicy nerkowej — nawet w przypadkach, gdzie badanie rentgenowskie bez pyelografii dało wynik ujemny (Joseph, Blum); 7) w guzach nerki i miedniczki i 8) wreszcie przy różniczkowaniu od guzów wewnątrzotrzewnowych.

Zanim przejdziemy do oceny wartości pyelografii dla rozpoznawania wyżej wymienionych odchyleń od normy i schorzeń, omówimy nieco obszerniej sprawę wyboru środka chemicznego dla pyelografii. Już wkrótce po wprowadzeniu kollargolu dały się słyszeć głosy, ostrzegające przed zbyt szerokim stosowaniem tego środka. Opisywano po jego zastosowaniu w pyelografii ciężkie uszkodzenia nerek i nawet zejścia śmiertelne.

Zindel i Rubritius do 1917 r. zanotowali 12 przypadków śmierci i 35 przypadków mniej lub więcej ciężkiego uszkodzenia nerek. Doświadczalnie (Fahr, Wossidlo, Rehn, Schachow, Keyes) i drogą badania nerek po pyelografii (Fahr, Roessle, Hoffmann, Simon, Klik) dowiedziono, że pyelografia z kollargolem nie może być uważana za rękojmię obojętną. Wossidlo przekonał się, że srebro koloidalne zatrzymuje się w tkance łącznej międzykanalikowej. Prócz tego Keyes zaobserwował przedostawanie się kollargolu z prądem krwi do różnych narządów bez szkody dla tychże, co w zupełności zgadza się z obserwacją Fahra, który stwierdził kollargol w wątrobie i trzustce, Roesslego — w wątrobie, Zindla — w wątrobie i śledzionie oraz Rosensteina — w skórze.

Baensch i Boeminghaus sądzą, że przenikanie kollargolu do tkanek możliwe jest jedynie przy wysokim ciśnieniu wewnątrzmiedniczkowym i da się uniknąć, jeżeli wpuszczać płyn do miedniczki nie przy pomocy strzykawki, lecz małego irygatora (Schüssler). Wlewanie to uniemożliwia przekroczenie fizjologicznego ciśnienia wśródmiedniczkowego (Voelcker, Schramm). Według Hermana i Pflaumera maksymalne ciśnienie w moczowodzie (oraz ciśnienie wydzielnicze w nerce) nie przekracza 55—60 mm. Hg., czyli ciśnienia słupa wody $60 \times 13,6 \text{ mm} = 81,6 \text{ cm}$; jeżeli więc ciśnienie słupa płynu przy pyelografii nie będzie wyższe od 1 metra, to nie spowodujemy ani bólu, ani uszkodzenia miedniczki. Natomiast ostatnio Lichtenberg, opierając się na doświadczeniach Eisendratha, uznaje jako granicę ciśnienia wśródmiedniczkowego 30 cm. słupa wody.

Pomijając uszkodzenie tkanki nerkowej, jako takiej, przez kollargol, — zastanówić się wypada nad pytaniem, czy, przedostawszy się do krwiobiegu, nie działa on silnie trująco. Autorzy różną na to pytanie dają odpowiedź. Baensch i Boeminghaus odrzucają działanie trujące kollargolu, opierając się na codziennym doświadczeniu, mianowicie na nieszkodliwości wprowadzania nawet większych ilości tego środka dożylnie lub przez ławatywe. Kaush podawał dożylnie 100 cm. sz. 2% kollargolu bez złych skutków. Jeżeli natomiast na cząstkę kollargolu, znajdującą się w różnych tkankach, zapatrywać się jako na zupełnie niewinne dodatkowe elementy (Keyes), — to czy obraz groźny, obserwowany przy niektórych pyelografiach i przypominający stan septyczny, czyż obraz ten nie mógłby być zależny od drobnoustrojów, które wraz z kollargolem przedo-

stały się do krwi przez uszkodzoną tkankę nerkową? Roessle, Simmonds, Zindel obserwowali przy pyelografii z kollargolem obraz kliniczny, przypominający skazę krwotoczną. W 2-ch przypadkach Simmonds wyhodował nawet ze krwi paciorkowca.

Obawa niepożądanych powikłań przy używaniu kollargolu zrodziła dążenie do zastąpienia tego środka przez inne, mniej szkodliwe. Kelly (1913 r.) i Lewis proponowali związek jodu ze srebrem (emulsja), Praetorius wprowadził „pyelon“, srebro koloidalne. Jednakże a priori można było powiedzieć, że wszystkie powyżej wymienione środki w przybliżeniu nawet nie są idealne pod względem nieszkodliwości dla tkanek (Gastreich, Schüssler, Casper, Barreau).

Poza wymienionymi już związkami koloidalnymi wprowadzono do pyelografii skiargan, dyspargen, argyrol, oliwę i inne również bez powodzenia. Bowiem związek, używany przy pyelografii, można uważać za nieszkodliwy jedynie wtedy, gdy odpowiada pewnym warunkom, mianowicie: 1) nie posiada własności trujących nawet przy przedostawaniu się do krwi i 2) jest rozpuszczalny w wodzie, a więc również w moczu, co chroni od tworzenia się osadów w nerce. Ponieważ związki koloidalne tym wymaganiom nie odpowiadały, zaczęto używać do pyelografii krystalloidów. Posiadają one tę zaletę, że mocz zmniejsza ich stężenie nie tylko w miedniczkę, lecz również w drobnych drogach moczowych miąższu nerkowego. Szczególnie nadają się do pyelografii związki o wysokim ciężarze cząsteczkowym, jako dające wyraźny cień. Ponieważ niektóre z tych związków są silnie trujące, wprowadzono wskaźnik stopnia nieszkodliwości przy dożylniej aplikacji. W roku 1915 Burns proponował 15% thorium nitricum, środek stosunkowo drogi, o własnościach trujących przy wstrzykiwaniu dożylnym (opisany jest nawet jeden przypadek śmierci — Brandt). Joseph (1921) wprowadził jod-lithium, środek również drogi, nie mający żadnych zalet w porównaniu z kalium jodatem (Cameron — 1918, Rubritius) lub natrium bromatem (Kindt, Braasch, Weld — 1918). Tego ostatniego środka używają obecnie Scheele, Papin (30%). Istotnie dotychczas niema powodu do uskarżania się, by pyelografia, wykonana przy użyciu bromku sodu i przy stosowaniu środków ostrożności (o których mowa niżej) — dawała jakiegokolwiek komplikacje. W naszej praktyce używamy wyłącznie 25% roztworu bromku sodu; otrzymujemy nadzwyczaj wyraźne zdjęcia, przytem dotychczas nie mieliśmy godnych uwagi objawów niepokojących, czasami tylko nieznacznie i krótkotrwałe uczucie palenia w pęcherzu moczowym, co notuje również Francois. Doświadczenia Welda pokazały, że można bez szkody dla organizmu wprowadzić dożylnie 55 cent sz. 25% roztworu bromku sodu; jest to ilość, o wiele przewyższająca tę, którąby się mogła dostać do krwi przy pyelografii.

Rozczyn bromku sodu jest środkiem bardzo tanim, dobrze się konserwującym, daje się prędko i łatwo wyjałowić, nie brudzi bielizny i instrumentów. Dla lepszej jego konserwacji w stanie wyjałowionym dodajemy 0,01 Hg. oxycyanatu na 1 litr płynu.

Aby uniknąć uszkodzenia tkanki nerkowej przez nadmierne ciśnienie wewnątrzmiedniczkowe, radzą niektórzy wpuszczać płyn nie za pomocą strzykawki, lecz przez mały irygator (Voelcker, Schramm).

My używamy cewników nie grubszych od Nr. 5, wskutek czego płyn z miedniczki ma wolny odpływ przez moczowód wzdłuż cewnika i w ten sposób uniemożliwia się zbyt silne podniesienie ciśnienia wewnątrzmiedniczkowego. Pracując z bromkiem sodu i stosując wyżej wymienione środki ostrożności, redukujemy przypadki z przeciwwskazaną pyelografią do minimum. Naprzykład, krwawe moczenie (haematuria) i zażany stan miedniczki nie mogą być obecnie uważane za przeciwwskazania do pyelografii; ze spokojnem sumieniem dokonywamy również pyelografii obu nerek, o ile czynność ich jest dobra. Za przeciwwskazanie względne uważamy gruźlicę nerki, tembardziej, że przy teraźniejszych środkach badania urologicznego ta postać chorobowa daje się łatwo i wcześniej wykryć. Za absolutnie przeciwwskazaną uważamy pyelografię u dzieci do lat 10—12 a także w urazach nerki, gdzie podejrzewamy uszkodzenie miedniczki lub miąższu nerki. Dla całości wspomnę, że do celów pyelografii próbowano używać także substancji gazowych: tlenu, powietrza (Lichtenberg, Ditlen). Pyelogramy, otrzymane w ten spo-

sób, są jednakże mało wyraźne. Prócz tego nie należy zapominać o możliwości zatoru gazowego (Lewin, Goldschmidt, Disse). Przetę sposób ten nie znalazł uznania.

Pyelografia, wykonana przy pomocy 25% roztworu bromka sodu z wyżej wymienionymi środkami ostrożności, była przez nas zastosowana w 40 przypadkach. Ilość wpuszczonego płynu wahała się od 4 cm. do 30 cm. Przy pomocy tej metody wykryliśmy różne postaci chorobowe i niektóre anomalje nerek: wrodzone i nabyte opuszczenie nerek, nerki ruchome, wodonercze w różnych okresach, wodonercze zakażone, roponercze różnych postaci, kamicę nerkową, nowotwory nerek i różne guzy wewnątrztrzewnowe, jakoto: guz jajnika, torbiel trzustki, nowotwory wątroby, jelit, powiększone gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe.

Wiek chorych wahał się od 14 do 73 lat. Jak już wyżej było zaznaczone, żadnych powikłań, nawet łżejszej natury, nie stwierdziliśmy ani zaraz po wykonaniu pyelografji, ani w późniejszych okresach. Większa część przypadków była operowana, co dało możność sprawdzenia rozpoznania, zrobionego przed operacją na podstawie wyniku badania pyelograficznego.

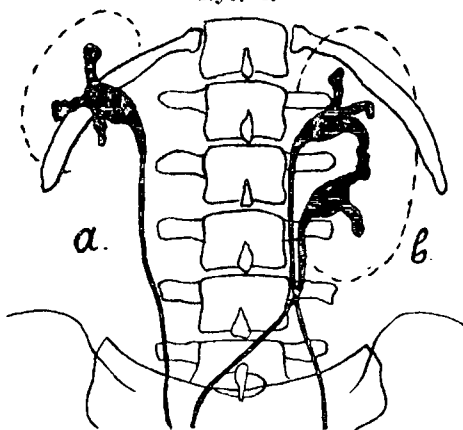
Część szczegółowa.

Przechodzimy do obrazów typowych dla pyelografji w poszczególnych jednostkach chorobowych.

Normalna nerka (Ryc. Nr. 1, a) zwykle leży pomiędzy XI piersiowym a II lędźwiowym kręgiem, przyczem prawa nieco niżej, niż lewa.

Pyelogram normalnej miedniczki, znajdującej się na wysokości I, najniżej II kręgu lędźwiowego — wykazuje podział miedniczki na kielichy I i II rzędu. Kielichów I rzędu zazwyczaj widzimy dwa, czasami trzy. Lewa nerka, nie pokryta wątrobą, daje wyraźniejszy pyelogram, niż prawa (p. pyelogram Nr. 1).

Ryc. 1.



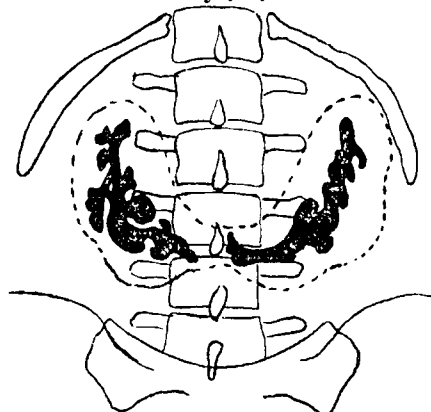
a. pyelogram nerki normalnej;
b. pyelogram nerki wydłużonej
(ren elongatus).

Najlepiej nadaje się do pyelografji grupa wrodzonych anomalij nerek, która przed wprowadzeniem pyelografji z największymi trudnościami dawała się rozpoznać. Wrodzony brak jednej nerki, zboczenie wprowadzie rzadkie, przez zwykłą cystoskopję rzadko był rozpoznawany; bowiem nawet przy zupełnym braku jednej nerki może istnieć odpowiedni moczowód i otwierać się w normalnym miejscu, i naodwrot, brak jednego ujścia moczowodu nie dowodzi jeszcze braku odpowiedniej nerki. Następną grupą zboczenia wrodzonego jest t. zw. „Solitärniere“ w postaci nerki wydłużonej (ren elongatus) lub podkowiastej (ren arcuatus). W przypadku nerki wydłużonej (Ryc. Nr. 1; b.) obie nerki są zrosnięte i leżą po jednej stronie ciała. W tym razie albo istnieją dwie oddzielne miedniczki, albo też komunikują się one ze sobą. Jeden moczowód zwykle krzyżuje kręgosłup, przechodząc na drugą połowę ciała, i otwiera się w normalnym miejscu. W przypadkach nerki podkowiastej nerki są zrosnięte swymi dolnymi biegunami. Mostek, łączący obie nerki, leży na kręgosłupie. Zondek spostrzegł, że w tym przypadku oś podłużna nerki nie idzie, jak zwykle, od góry wewnątrz ku dołowi na ze-

wnątrz, lecz naodwrot, t. zn. że nerki nie zbliżają się ku sobie biegunami górnymi, jeno dolnymi.

W pyelogramie nerkę podkowiastą (Ryc. Nr. 2) charakteryzuje znaczne wydłużenie zarysów miedniczki, nieprawidłowe rozgałęzienie się jej i bliskie zetknięcie się dolnej części miedniczki z kręgosłupem. Pyelografia oddaje nieocenione usługi w rozpoznawaniu zboczeń położenia nerek, zarówno wrodzonych, jak nabytych. W swej embrjonalnej wędrówce od dołu ku górze może nerka utkwic gdzieś po drodze, czy to w okolicy krętniczo-okrężniczej, czy też w pobliżu normalnego łoża; i odwrotnie, w późniejszym życiu szczególnie u kobiet w związku z różnymi urazami, silnymi wahaniami w ciśnieniu wśrodbrzusznym, silnem schudnięciem — może nerka opuścić swe normalne łożysko. Wówczas będziemy mieli do czynienia bądź z nerką wędrującą (ren mobilis), bądź z nerką, utrwaloną w nowym położeniu (ren dystopicus). Rozpoznawanie tych przypadków (Ryc. Nr. 3) jest nader ważne, a to ze względów następujących: nerka taka, leżąc np. na

Ryc. 2.

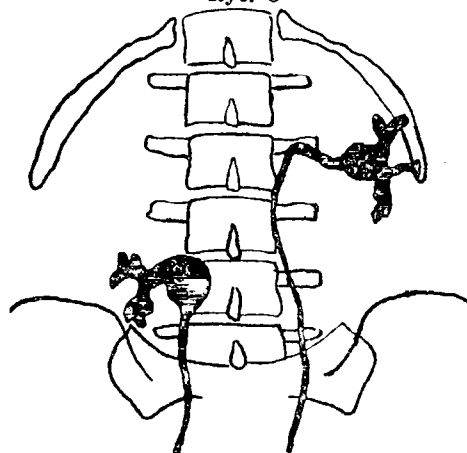


Pyelogram nerki podkowiastej
(ren arcuatus).

prawym talerzu biodrowym i wywołując bóle, może symulować zapalenie wyrostka robaczkowego. Prócz tego mogą takie nerki symulować torbiele jajnika, guzy krezkowe i t. p.

W dwóch przypadkach Völckera dopiero pyelografia wykryła prawdziwą przyczynę choroby (dystopia renis), która poprzednio była rozpoznawana jako guz wewnątrztrzewnowy w jednym przypadku i zapalenie wyrostka robaczkowego w drugim.

Ryc. 3.



Pyelogram nerek opuszczonych,

Wiemy, jak czasami trudno rozpoznać klinicznie nerkę wędrującą, i jakie w tej sprawie są popełniane błędy rozpoznawcze. Z jednej strony samo pojęcie ruchomości nerki jest dotychczas mało sprecyzowane, z drugiej (szczególnie u bardzo tęgich kobiet) nawet znacznie ruchome i opuszczone nerki nie dają się wyczuć. Pyelografia od razu daje nam wyraźny obraz położenia i ruchomości takiej nerki. W tych przypadkach miedniczka nerkowa leży na wysokości IV—V kręgu lędźwiowego. Moczowód jest bądź skrócony i prosty, szcze-

gólnie w przypadkach wrodzonych, bądź wężykowato ułożony i przegięty, czasami idzie od miedniczki wpoprzek, dopiero niżej przyjmując przebieg podłużny i fałdzysty. Voelcker i Lichtenberg odróżniają trzy typy takich moczowodów: 1) moczowód opuszcza się wraz z nerką, jest zlekka wężykowato ułożony, ale nie przegięty, 2) moczowód jest nieruchomy w całym przebiegu, co prowadzi do jego przegięcia u wyjścia z miedniczki (p. pyelogram Nr. 2) i 3) moczowód po części jest nieruchomy, po części wolny; miejsce przegięcia znajduje się na granicy tych 2-ech części, t. j. kilka cm. poniżej miedniczki. Przy pomocy pyelografii rozpoznajemy tę komplikację ruchomej nerki, która czasami właśnie stanowi przyczynę klinicznych objawów tej choroby: większe lub mniejsze rozszerzenie miedniczki, które obserwujemy tylko w 2-ech ostatnich formach moczowodów. Dzięki pyelografii możemy nie tylko rozpoznać nerkę ruchomą, lecz i stopień tej ruchomości, wykonując zdjęcia przy najwyższym i najniższym położeniu nerki. Voelcker dał możność z wyników pyelografii wnioskować nie tylko o samem istnieniu wodonercza, lecz i o etiologii i charakterze samej choroby. Wyróżnia on trzy formy rozszerzenia miedniczki: 1) rozszerzenie anatomiczne miedniczki; 2) rozszerzenie miedniczki i kielichów i 3) rozszerzenie tylko kielichów. W wodonerczu mamy do czynienia początkowo z rozszerzeniem I-go typu i dopiero później widzimy typ II-gi. Inaczej dzieje się w roponerczu (w ścisłym znaczeniu tego słowa), w którym — jak zobaczymy niżej — obserwujemy typ III-ci.

Przy pomocy pyelografii możemy czasami określić przyczynę wodonercza i umiejscowić przyczynę, wywołującą zastój moczu w miedniczce (kamień, przegięcie moczowodu).

Przytaczamy tu przypadek nerki ruchomej, w którym pyelografia nie tylko wykazała jej istnienie, lecz z całą dokładnością stwierdziła przegięcie moczowodu u wyjścia z miedniczki. W ten sposób pyelografia dała wskazanie wraz z podniesieniem całej nerki do odprowadzenia dolnego bieguna możliwie nazewnaczyć.

Przypadek I*). Ren mobilis dexter. Chora S. S. 35 lat po raz pierwszy zgłosiła się 23.XI.1922 r. Od pół roku uskarża się na bóle w lewym boku, przyczem dokładnie umiejscawia ten ból w lewym podżebrzu i lewej okolicy lędźwiowej. Bóle stałe, od czasu do czasu potęgują się i przyjmują charakter bólów napadowych. Chora ostatnio schudła. Mocz oddaje nieco częściej, niż normalnie; bólów przy oddawaniu moczu nie odczuwa. Kilka razy rodziła. Ostatni poród przed 4-a laty. Wszystkie porody normalne. Miesiączkowanie bez zaburzeń. Budowa ciała normalna, odżywianie średnie. Ze strony serca i płuc nic nienormalnego nie stwierdzono. Przy obmacywaniu jamy brzusznej stwierdza się w prawym podżebrzu guz o charakterze nerki ruchomej. Obmacywanie lewej połowy brzucha, lewego podżebrza a także wstrząs okolic lędźwiowych nie są bolesne. Natomiast przy ucisku na ruchomą prawą nerkę chora natychmiast odczuwa ból w prawym podżebrzu i lewej okolicy lędźwiowej. Badanie moczu poza nielicznymi leukocytami nie patologicznego nie wykazało. Zdjęcie rentgenowskie obu nerek i moczowodów dało wynik ujemny quoad calculos.

Chromocystoskopia wykazała normalne stosunki w pęcherzu i zupełnie dobrą czynność obu nerek. Była wykonana pyelografia prawej nerki z 25% bromkiem sodu, która potwierdziła nasze przypuszczenie o niskiem położeniu nerki prawej i jednocześnie wykazała, że mamy przypadek rozpoczynającego się wodonercza, spowodowanego zmniejszeniem się kąta moczowodowo-miedniczkowego, jako skutek przemieszczenia nerki. Kąt ten, zamiast normalnych 135°, wynosił zaledwie 90°, co spowodowało przegięcie częściowe moczowodu u wyjścia jego z miedniczki.

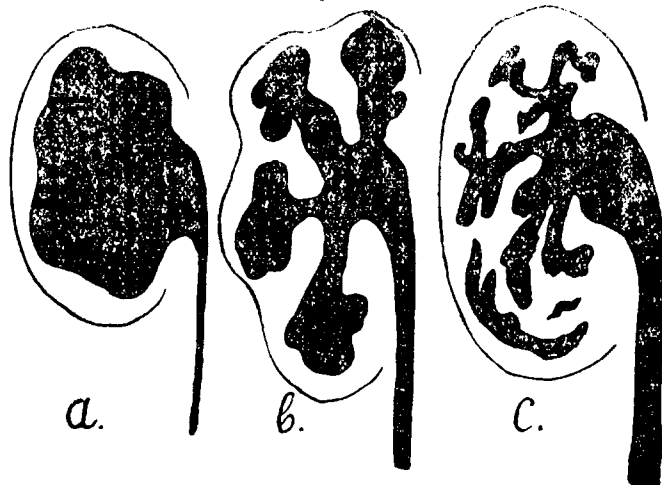
5.VIII.1923, w ogólnym znieczuleniu operacja (Dr. Szenkier) — nephropexis: skośne lędźwiowe cięcie skóry i mięśni. Po otwarciu otoczki tłuszczowej prawej nerki znaleziono nerkę opuszczoną. Torebkę włóknistą przecięto, częściowo oddzielono od powierzchni nerki i czterema szwami przymocowano do mięśni lędźwiowych i do XII żebra, przyczem zwrócono szczególną uwagę na podniesienie dol-

nego bieguna celem powiększenia kąta moczowodowo-miedniczkowego. Pod dolny biegun wstawiono tampon, ranę zaszyto warstwami. Przebieg pooperacyjny gładki. Chora dla kontroli pokazała się w 3 miesiące po operacji, nadmieniając, że żadnych bólów nie odczuwa nawet przy dość ciężkiej pracy.

Israel klasyfikuje roponercza, opierając się na etiologii, i rozróżnia 3 rodzaje tej choroby: 1) roponercze powstałe z wodonercza zakażonego wtórnie („inficierte Hydronephrose“), 2) roponercze, powstałe z pierwotnych procesów zapalnych nerki z wtórnym zatrzymaniem moczu (ropy) w nerce (pyonephrosis pyelonephritide) i wreszcie 3) roponercze pochodzenia gruźliczego (pyonephrosis tuberculosa).

Przechodząc do omówienia poszczególnych postaci, widzimy, że w zakażonym wodonerczu nerka zwykle jest znacznie powiększona i przedstawia się w postaci dużego worka, wypełnionego ropą lub ropnym moczem. Worek ten jest jednokomorowy, bez przegródek i jest jakby rozszerzoną miedniczką. Powyższy obraz stanie się zrozumiały, jeśli się zważy pochodzenie tej postaci z wodonercza, powstałego dzięki powolnemu zanikowi miąższu nerkowego przy istnjącem wzmożonem ciśnieniu śródmiędziczkowym. Ciśnienie to działa równomiernie na wszystkie części nerki, wskutek czego ulegają zanikowi nie tylko zewnętrzne części miąższu, lecz również części piramidowe, leżące między kielichami. Zanikając, ulegają piramidy spłaszczeniu w kierunku powierzchni nerkowej. W ten sposób w starych przypadkach będziemy mieli do czynienia ze znacznym ubytkiem miąższu nerkowego bez żadnych przegródek wewnętrznych. Nerka taka przy pyelografii daje obraz, przedstawiony na fig. 4, a, i pyelogram Nr. 3.

Ryc. 4.



Pyelogram roponercza.

- a) zakażone wodonercze;
- b) butelkowa forma roponercza;
- c) roponercze gruźlicze.

Zupełnie inaczej przedstawia się druga postać roponercza, zawdzięczająca swe powstanie przewlekłemu stanowi zapalnemu miedniczki i nerki (pyelonephritis). W tych przypadkach stan zapalny umiejscawia się przede wszystkim w tkance śródmiędziczkowej, ulegającej w następstwie rozmięczeniu. Jeśli z jakiegokolwiek powodu (np. zwężenie moczowodu lub kielicha, zatkanie moczowodu przez kamień lub ropę) ciśnienie śródmiędziczkowe się wzmacnia — rozmięczone już uprzednio części ulegają rozszerzeniu; wytwarzają się komory, które mogą się ze sobą później złączyć w większe jamy. Natomiast zdrowe części opierają się ciśnieniu i pozostają nienaruszone między komorami. W tej więc postaci roponercza pyelografia pokazuje oddzielne komory, połączone ze sobą za pomocą większych lub mniejszych przewodów i oddzielone przez pozostałe części miąższu nerkowego. Powstają wielokomorowa butelkowa forma roponercza (Israel) (p. Ryc. Nr. 4, b, i pyelogram Nr. 5).

Zupełnie chaotyczny obraz daje 3-cia postać roponercza pochodzenia gruźliczego. Proces zapalny, prowadzący do rozmięczenia tkanki, jest rozsiaany po całym miąższu nerki; wytwarzają się jamy, nie komunikujące się ze sobą lub też tu

*) jest to jednocześnie przypadek z odruchem nerkowo-nerkowym.

i owdzie łączące się za pomocą wąskich przewodów. Proces zniszczenia jest bardzo nierównomiernie rozmieszczony i może się ograniczyć tylko do jednej części nerki, np. do jednego z biegunów (forma Zondeka). Pyelografia pokazuje obraz marmurkowany, chaotyczny w swych zarysach. (Ryc. Nr. 4c.).

Powyższa klasyfikacja, oparta na podziale Israella, ma znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz, dzięki wprowadzeniu do badań tych schorzeń metody pyelografii, nabrała cechy praktycznych, bo daje wskazanie co do wyboru zabiegu operacyjnego (usunięcie nerki, czy też tylko nałożenie przetoki nerkowej). Tak też było w jednym z naszych przypadków.

Przypadek II. Hydronephrosis infectiosa. Nephrostomia (Dr. Sze nk i e r). Chora 36 lat przybyła do Szpitala na Czystem na oddz. Doc. Klei na 18.IV.1922 r. z powodu długotrwałego stanu gorączkowego; zachorowała w lutym 1922 r. nagle, skarżąc się na bardzo silny ból głowy i dreszcze przy ciepocie ciała 40° C. Poza tem chora nie uskarżała się na żadne dolegliwości, ani bóle w okolicy nerkowej. Ostatnio zaczęła częściej oddawać mocz (w dzień 5—6 razy, w nocy 2—3 razy). Od niejakiego czasu rozwołnienia. Przed trzema laty dur; jaki — powiedzieć nie może. Zamężna od 15 lat, dzieci nie ma, poronienie przed ośmiu laty. Ostatnio schudła, zbłądła, straciła apetyt.

Stan obecny. Odżywiana źle, błony śluzowe blade. Narządy oddechowe i krążenia zdrowe; wątroba i śledziona niewyczuwalne. Chora gorączkuje — do 39° ; okolica nerek niebolesna; prawą nerkę wyczuwa się. Mocz wykazuje ślady białka i wielką liczbę ciałek ropnych w osadzie. Przeprowadzono zwykłe leczenie, stosowane w zapaleniu miedniczek, przyczem chora dostawała urotropinę dożylnie (poliform). 15.V.1922 r. za pomocą cystoskopji stwierdzono zmniejszenie pojemności pęcherza i nieznaczne, równomierne przekrwienie śluzówki. Cewnikowanie moczowodów wykazało mocz mętny z obu nerek. Mocz z lewej nerki, bardziej stężony, zawiera znacznie mniej ropnych ciałek, niż mocz, wydobyty z nerki prawej. Chorą nadal leczono, jako cierpiącą na obustronne przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych; stosowano też autowakcyne w bardzo dużych dawkach. Leczenie powyższe nie odniosło żadnego skutku, stan chorej się pogarszał, chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny. 18.VI.1922 r. cystoskopia z badaniem czynnościowym nerek (chromocystoskopia z indygo-karminem). Lewa nerka funkcjonuje zupełnie dobrze, wydziela barwik po 10'. Prawa nerka nie wydziela barwika i po 25'—30'. 29.VI.1922 r. pyelografia prawej nerki z 25% bromku sodu, która wykazała, że mamy do czynienia tu z prawostronnem zakażeniem wodonerczem — pierwszą postacią podziału Israella. Próbowano założyć na kilka dni do prawej miedniczki cewnik à demeure. Gorączka nie zmniejszała się, wobec czego postanowiono wykonać operację.

3.VII.1922 r. operacja (Dr. Sze nk i e r) w ogólnem znieczuleniu (chloroform—eter). Prawa nerka otoczona była znacznymi zrostami. Po usunięciu zrostów okazało się, że nerka jest znacznie powiększona, miękka, a robiła wrażenie przy dotknięciu, jakby woreczka pustego. Wykonano nieduże cięcie mięszu nerki, wstawiono dwa sączki przez cięcie do miedniczki. Przebieg pooperacyjny był bez powikłania; przez rurki codziennie przepłukiwano nerkę. Opatrunek bardzo nasiąkał moczem. Gorączka prędko ustąpiła; wypisano chorą ze szpitala 21.IX.1922 r. z przetoką moczową w prawej okolicy lędźwiowej.

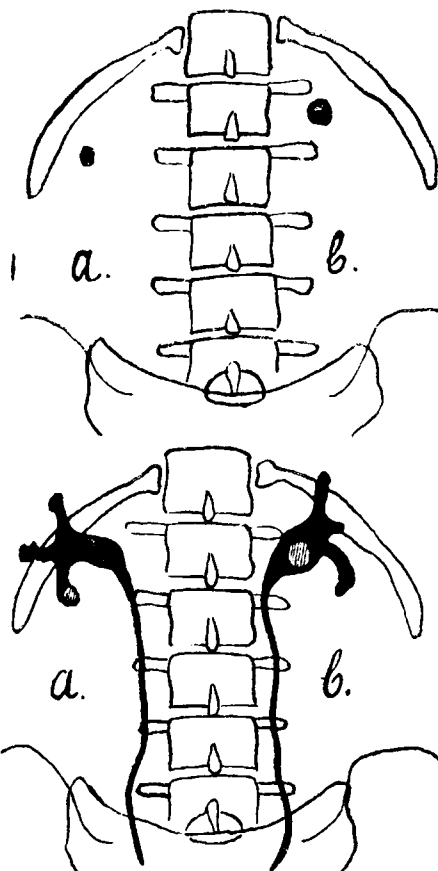
15.XI.1922 r. przetoka zagojona; chora szybko bardzo się poprawiła.

Analizując powyższy przypadek, przychodzimy do wniosku, że dzięki pyelografji, stwierdziliśmy istnienie pierwszej postaci roponercza — zakażonego wodonercza; pozwoliło to w danym przypadku ograniczyć się tylko do wykonania zabiegu konserwatywnego (Nephrostomia). Był on tu wskazany i ze względu na ogólny stan chorej. Prócz tego przez wytworzenie tylko przetoki nerkowej, a nie usunięcie nerki — chora nadal posiada dwie nerki, aczkolwiek jedna z nich znajduje się w stanie zaniku.

Ostatniemi czasy pyelografia odgrywa wybitną rolę w rozpoznawaniu kamieni nerkowych (szczególnie ich umiejscowieniu) oraz nowotworów nerki i miedniczki. E. J o s e p n pierwszy zaproponował pyelografię, jako sposób wykrycia kamieni nawet w tych przypadkach, w których badanie prom. Röntgena dało wynik ujemny. O przypuszczalnej obecności kamienia sądzić możemy z ubytku cienia przy napełnionej miedniczce (p. pyelogram Nr. 6). Po wypuszczeniu cień da-

jącego środka z miedniczki (szczególnie jeżeli to był kollar-gol) zarysy przypuszczalnego kamyka mogą wystąpić wskutek nasycenia powierzchni kamyka tym środkiem. Ostatnio jeden z dotychczasowych przeciwników pyelografji V. Blum wystąpił z artykułem w sprawie ścisłego umiejscowienia bardzo małych kamyków nerkowych przy pomocy pyelografji. Podług niego „szczególnie w przypadkach bardzo małych kamyków jest pyelografia nadzwyczaj cenną i prostą, w swej ścisłości przez żadną inną niedającą się zastąpić metodą, powinniśmy jej używać do stwierdzenia położenia kamienia w miedniczce, zupełnie ścisłego określenia jego umiejscowienia w nerce, — tak, że z całkowitą pewnością możemy za pomocą małego cięcia w mięszu lub miedniczce usunąć kamień“.

Ryc. 5.



Pyelogram w kamicy nerkowej.

- a) pyelogram wykazuje, że kamień znajduje się w dolnym kielichu;
b) pyelogram wykazuje, że kamień leży w miedniczce nerkowej.

W 1-szym przypadku pyelografia umożliwiła umiejscowienie kamyka w dolnym kielichu. Kamyk został usunięty przez cięcie długości 1 cm. (nephrotomia). Taka ograniczona nefrotomia ma kolosalne zalety, jeżeli zważyć, że skutki dla nerki po rozległym cięciu w mięszu są wprost fatalne, i że każdej chwili grozi niebezpieczeństwo krwawień pooperacyjnych (praca D. Sze nk i e r a o Nephro- i Pyelotomji z r. 1913).

W II przypadku pyelografia wykazała kamień w miedniczce, a nie w mięszu nerki. Został on usunięty przez cięcie miedniczki (pyelotomia).

Przechodzimy do omówienia pyelografji w nowotworach nerki.

Dla klinicysty wystarczy rozróżnienie czterech rodzajów nowotworów nerki: nadnerczaka (w 60—70%), nephroma embryonale malignum u dzieci i wreszcie mięsaka i raka nerki. Przypadki nephroma malignum embryonale, jako spotykane u dzieci, oczywiście, muszą być wyłączone z badań przy pomocy pyelografji. Wiemy, jak niekiedy trudno jest rozpoznać nowotwór nerki. Szczególnie dotyczy się to nadnerczaka. Rośnie on przez dłuższy okres czasu nie naciekając, lecz tylko w obrębie swej otoczki; nie niszczy wówczas mięszu nerkowego i ogranicza się zazwyczaj do jednego bieguna, częściej gór-

nego. Badanie czynnościowe nerek częstokroć żadnych wskazówek nam nie daje, bowiem znaczna, a nawet większa część mięszu wypełnia swoją czynność prawidłowo. Inaczej ma się sprawa w raku lub mięsaku. Te rosną naciekająco i już bardzo wcześniej przez swój rozrost i wywołany obrzęk upośledzają czynność nerki. Zrozumiałą więc jest rzeczą, jak cenną zdobyczą jest pyelografia, jeżeli umożliwia nam rozpoznanie nowotworu przy nieupośledzonej jeszcze czynności nerki. W tych przypadkach pyelografia często pokazuje nam przemieszczenie lub zniekształcenie miedniczki; kielichy, szczególnie II-go rzędu, na pyelogramie znikają bardzo wcześnie. Bardzo ważnym momentem rozpoznawczym jest zmiana położenia cienia miedniczki i moczowodu przy uciskaniu na wyczuwalny guz: o ile guz wychodzi z nerki, to wraz z guzem przesuwają się również cień miedniczki i moczowodu; w nowotworach, wychodzących z innych narządów, cień przy ucisku na guz nie zmienia swego kierunku. Obserwowaliśmy, że przy przesuwaniu guza, należącego do nerki, moczowód na pyelogramie swą krzywizną zwrócony jest na zewnątrz od kręgosłupa; przy ucisku na guz, wychodzący z innych narządów, szczególnie z narządów, leżących pozaotrzewnowo, (naprz. gruczoły chłonne), krzywizna cienia moczowodu skierowana jest ku środkowej linii ciała.

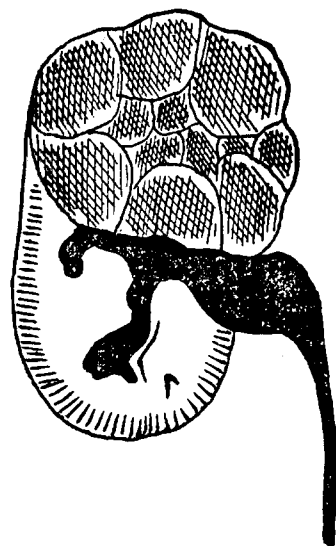
Wogóle w nowotworach nerki cień miedniczki odsuwa się na zewnątrz od kręgosłupa, a wraz z nim i górna część moczowodu, która czasami w tych przypadkach ma przebieg prawie prostopadły do kręgosłupa (Ryc. Nr. 6 i pyelogramy NNr. 7 i 8).

Przypadek III. Angiosarcoma renis. 35 letnia chora zaczęła od pewnego czasu odczuwać jakby ciężar w prawym podżebrzu. Nigdy dotąd nie miała żadnych powikłań ze strony dróg moczowych. Ostatnio tylko spostrzegła rozmaite zaburzenia podczas miesiączkowania, co też sprowadziło ją na oddział ginekologiczny Szpitala na Czystem (d-ra N a t a n s o n a). Tu jednak nie wykryto dostatecznych wskazań dla operacyjnej interwencji. Ponieważ w prawym podżebrzu wyczuwano guz, sądzono, że to ruchoma nerka, i skierowano chorą na oddział chirurgiczny. Guz był wielkości pięści, ruchomy, o powierzchni gładkiej, od dołu wyraźnie od otaczających tkanek odgraniczony, natomiast w kierunku ku wątrobie jakby szypułką z nią złączony; był też mało ruchomy przy ruchach oddechowych i wykazywał „ballotement r  nal”. Rozcięcie jelita grubego przemawiało za pozaotrzewnowym położeniem guza. Badanie moczu i czynności nerek stwierdziło normalne stosunki w pęcherzu i prawidłową działalność nerek. Pyelografia (z 25% bromkiem sodu) wykazała: znaczne zniekształcenie miedniczki, zmniejszenie kąta miedniczko-moczowodo-
wego, e.g. do 90° oraz częścio-
wy brak cienia w samej miedniczce (p. pyelogram Nr. 7). Rozpoznanie: nowotwór nerki. Operacja (Dr. Szenkier). Nephrectomia. W znieczuleniu ogólnym, po cięciu sko  nem, bez wielkich trudności, usunięto nerke; ranę zaszyto częściowo. W dolnym biegunie nerki okazał się guz wielkości małego jabłka, o nierównej powierzchni, o zabarwieniu różowo-  łtawym na przekroju, z ograniczonymi miejscami rozpadu, wrastający do miedniczki w kształcie języczka. Badanie drobnowidzowe (Dr. Jastr  bski) wykazało mięsak naczyński. Ani przebieg kliniczny, ani badanie moczu, ani cystoskopia, ani wreszcie badanie czynnościowe nie przemawiały za nowotworem nerki. Dopiero pyelografia ułatwiła rozpoznanie istoty choroby i ustalenie wskazania do operacji.

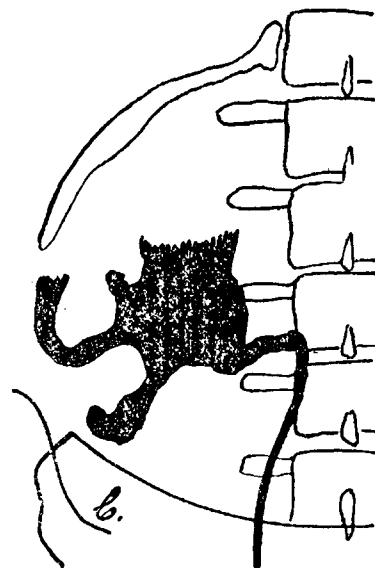
Przypadek ten zasługuje na uwagę szczególnie dlatego, że guz—aczkolwiek złośliwy—nie wywoływał żadnych zaburzeń czynności nerek, a nie bacząc na znaczny wymiar, nie wyrósł poza swą otoczk  .

Ostatnią grup  , w której pyelografia czasami jest niezbędnym i jedynym s  rodkiem rozpoznawczym—są guzy wewn  trzotrzewnowe. O ile taki guz leży naprz. na wysokości pępka lub wykazuje znaczny przesuwalno  , pyelografia za   wykaże, że cień miedniczki leży na normalnym miejscu i nie wykazuje zmian przy przesuwaniu guza—będzie to dowodem, że guz nie wychodzi z nerki i—o ile niema innych objawów, s  wiadczy  cych o pozaotrzewnowym po  łożeniu guza—będzie my mieli dowód, że mamy do czynienia z guzem wewnątrz-

Ryc. 6.



a) Nowot  r nerki na przekroju. Brak g  rniego kielicha.



b) Ten sam przypadek na pyelogramie.

otrzewnowym. Takich przypadków mieliśmy dużo i przy pomocy pyelografii udało się nam rozpozna   guz jajnika, torbiel trzustki, nowotwory jelit, zapalenie woreczka   ciowego, nowot  r wątroby i t. p.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpit. na Czystem w Warsz.

(Ordynator: Doc. Dr. St. KLEJN).

O samoistnem zapaleniu dróg   ciowych.

podat

Doc. Dr. St. KLEJN (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 4).

3. Do grupy 3-ej zaliczy   należy przypadki, które wyraźnie r  ni   się od poprzednich, zarówno co do obrazu chorobowego, jak i co do zejścia. Początek choroby zwykle bywa do  c nagły, choroba rozpoczyna się od dreszczów, gorączki i potów, powtarzających się w ciągu całego szeregu dni, od obrzmienia wątroby i s  ledziony, która szybko dochodzi do rozmiarów do  c poważnych. Uderzającym przytem objawem jest do  c znaczna bolesno   s  ledziony i często także wątroby.   łtaczka występuje zwykle bardzo wcześnie i do-
sięga zwykle znaczne   nate  żenia, w niektórych jednak przy-
padkach zjawia się do  c późno, niekiedy dopiero w 2-im

roku choroby. Gorączka z czasem znika, ale od czasu do czasu wraca, śledziona i wątroba coraz bardziej się zwiększają, tak, że sięgają linii pępkowej, stolce są normalnie zabarwione, od czasu do czasu bywają odbarwione. Żółtaczka zwiększa się coraz bardziej, a wtedy swędzenie skóry jest bardzo dotkliwie, przyczem skóra na nogach grubieje. W niektórych jednak przypadkach jest żółtaczka bardzo lekka i zaznaczona przeważnie na białkach. W moczu w wybitnej żółtaczce znajdujemy obficie barwki żółciowe i zawsze urobilinogen w dużej ilości, w przypadkach lekkiej żółtaczki jedynie ten ostatni. Anemia rzadko jest wydatna. Krew rzadko wykazuje wybitne zmiany, zwykle znajdujemy leukopenię. Przy słabej żółtaczce obraz chorobowy przypomina do pewnego stopnia obraz żółtaczki hemolitycznej, w przypadkach z mocniejszą żółtaczką nasuwa się przypuszczenie zatkania przewodów żółciowych przez kamień lub nowotwór, dalszy jednak przebieg i dokładniejsze badanie chorych przypuszczenia te w zupełności obalają.

W ten sposób sprawa może trwać miesiące i lata, najdłuższy czas trwania choroby wynosił w moich przypadkach 3 lata, najkrótszy, przerwany zabiegiem chirurgicznym, rok.

Pewna część chorych czuje się względnie nieźle i poza bolesnością w okolicy śledziony nie skarży się na żadne dolegliwości. Niektórzy jednak chorzy są wskutek bólów, silnej żółtaczki połączonej ze swędzeniem i napadów gorączkowych stale prawie przykuci do łóżka. U tych chorych występują z czasem objawy skażenia krwotocznego, a więc wylewy do skóry, krwawienia z nosa i z błony śluzowej jamy ustnej, niekiedy bardzo uporczywe. Przy badaniu znajdujemy objaw opaskowy Leede-Rumpela bardzo wyraźny, czas krwawienia wyraźnie przedłużony, krzepliwość krwi zwolnioną, a liczbę płytek wyraźnie zmniejszoną (do 40.000). Przy obserwacji stanu wątroby uderza coraz bardziej zwiększająca się objętość i twardość tego narządu, którego brzeg staje się coraz mniej ostry, szczególnie lewy płat jest wyraźnie powiększony i bardzo twardy. W tym okresie nie ulega już żadnej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z marskością wątroby żółciową przerostową (cirrhosis biliaris hypertrophica), a ze względu na dużą bardzo śledzionę t. zw. megalospleniczną.

Jeżeli jednak u chorych tych zbadamy zawartość duonastnicy za pomocą zgłębnika, to przekonamy się, że we wszystkich tych przypadkach (widzieliśmy ich 3), w każdym okresie choroby, przez nas obserwowanym, znajduje się spora domieszka ropy, stale występująca przy każdym badaniu.

Niestety, przypadki te nie poddają się zwykłemu leczeniu, tak stosunkowo pomyślnie wpływającemu na przypadki grup poprzednich — chorzy giną zwykle od powikłań, albo od skażenia krwotocznego lub cholemi. Jaka jest etiologia tego cierpienia, trudno nam w chwili obecnej powiedzieć, gdyż badanie bakteriologiczne żółci z rozmaitych powodów, o których mowa była wyżej, nie dało nam żadnych wyników. Nie ulega jednak, sądząc z przebiegu cierpienia, żadnej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z pierwotnym zakaźnym cierpieniem dróg żółciowych, być może, o swoistym czynniku etiologicznym, charakteru odrębnego, wywołującym jednocześnie zmiany w śledzionie i w wątrobie. Być także jednak może, że pewna część tych przypadków ma początek, odpowiadający przebiegowi grupy 1 i 2 i etiologię identyczną, ale o zarazku bardziej złośliwym, tego zdania są Eppinger i U m b e r. Są to kwestje, które na zasadzie materiału dotychczasowego nie dadzą się w chwili obecnej rozstrzygnąć — konieczne są tu dalsze badania. Niektórzy autorowie (Minkowski) są zdania, że w przypadkach tych mamy niekiedy do czynienia raczej z powikłaniem marskości zapaleniem dróg żółciowych. Jednakże stała obecność ropy w żółci, i to w okresie bardzo wczesnym, we wszystkich dotychczas obserwowanych przez nas i innych przypadkach daje dużo do myślenia, tembardziej, że wielu poważnych autorów, jak Fraenkel, Eppinger, a nawet sam Minkowski są zdania, że zapalenie ropne dróg żółciowych może być punktem wyjścia marskości wątroby. Że nie gra tu roli tylko zastój żółci i następne podrażnienie nią tkanki wątroby, mówi fakt, że w przypadkach kolosalnego zastoj żółci, jaki widzimy w raku główki trzustki, marskości nigdy nie ma.

Rozpoznanie tych przypadków w początkowym okresie, przy uwzględnieniu wyników badania zawartości dwu-

nastnicy jest stosunkowo łatwe. Inna rzecz jest z rokowaniem. Tu nigdy z góry przewidzieć nie można, czy dany przypadek będzie przebiegał w dalszym ciągu jak przypadki grupy 2-ej, czy też przejdzie w marskość wątroby. Z mojej, bardzo szczupłej, obserwacji, odniosłem wrażenie, iż przypadki, w których od początku istnieje duża śledziona bolesna, silna żółtaczka i gorączka, mają skłonność do takiego zejścia. Stanowczo jednak twierdzić tego nie mogę, do tego potrzeba obserwacji starannej daleko większego materiału; sprawa ta jednak jest bardzo ważna, gdyż od rozstrzygnięcia jej zależeć będzie sposób leczenia chorych, o czem pomówimy niżej.

4. Do grupy 4-ej chorób dróg żółciowych zaliczyć należy przypadki, które N a u n y n określił mianem Cholangie. Przypadki te — z góry muszę tu zaznaczyć — w przebiegu swoim klinicznym często prawie niczem się nie różnią od przypadków grup poprzednich, szczególnie 1 i 2. N a u n y n nie określa ich jednak jako cholangitis, gdyż nie znajdował w nich ani za życia, ani po śmierci żadnych oznak zapalenia dróg żółciowych, natomiast zmiany zapalne tkanki wątrobowej naokoło zrazików i drobnych kanalików żółciowych. Przyczyną choroby mają być bakterje rozmaitego rodzaju, na pierwszym miejscu b. coli, dalej fałcuszkowce, bakterje paratyfusowe, str. viridans i t. d. Anatomicznie cierpienie przebiega z początku jako hepatitis, które już jest pierwszym stopniem cholangie, przyczem komórki wątrobowe uważać tu należy jako nabłonki najdrobniejszych kanalików żółciowych (Bittorf). Z tej zmiany rozwinąć się może albo żółty zanik wątroby, albo też ropne zapalenie dróg żółciowych, przeważnie najdrobniejszych, z zejściem w drobne ropnie wątroby, albo też marskość wątroby typu H a n o t a (N a u n y n, U m b e r).

Wobec tego, że cholangie może przejść w cholangitis, nie jest wyłączone, że przypadki naszej grupy 3-ej z początku mogą przedstawiać się jako takie, chociaż oczywiście mamy co do tego pewne wątpliwości, a to z tego powodu, że już w zwykłych przypadkach cholangitis, przy obrazie klinicznym podobnym do cholangie, już w pierwszych dniach choroby znajdowaliśmy ropę w żółci.

Sposób powstawania cierpienia widzi N a u n y n w zakażeniu, które rozwija się w sposób następujący: 1) obecność bakterji — (coli, typhus abd.) w drogach żółciowych (bakteriocholia), nie dająca żadnych objawów klinicznych, ani anatomicznych (?), wskutek czynników przypadkowych, jak uraz lub przeszkoda mechaniczna w drogach żółciowych, staje się przyczyną bardzo poważnego zakażenia tych dróg, bez wywołania w nich zmian zapalnych; 2) bakterje powyższe, zwykle nieszkodliwe, mogą, wskutek słabej odporności wątroby, spowodowanej złymi warunkami żywieniowymi (ostatnia wojna), nabrać większej złośliwości i wywołać zakażenie dróg żółciowych; 3) rozmaitego charakteru zakażenia ustroju mogą spowodować bakteriocholię dróg żółciowych, która w warunkach sprzyjających, wyżej wspomnianych, powoduje zapalenie tychże.

Początek choroby może być nagły albo też stopniowy. Pierwsze zdarza się częściej w zakażeniach drogą krwi, drugie — jeśli zakażenie ma za punkt wyjścia przewód pokarmowy. W tym ostatnim przypadku po zaburzeniach żółdkowo-kiszczkowych może wystąpić obraz żółtaczki nieżytowej. W przypadkach, ostro się rozpoczynających, może się rozwinąć obraz kliniczny sepsis. Pewna liczba przypadków, po kilkutygodniowym trwaniu, przechodzi bez śladu, w innych natomiast występują, tak jak w typie 2 i 3, okresy z żółtaczką i gorączką, naprzemiennie z okresami bez żółtaczki i gorączki. Cierpienie to, zarówno jak i cholangitis, może trwać lata całe (rzadko powyżej 2 lat) i nieraz niezbyt dokuczają choremu.

Nie widzę potrzeby podawania tu szczegółowego opisu choroby, gdyż ten absolutnie nie różni się od powyżej opisanego obrazu cholangitis. To samo dotyczy przebiegu i zejścia. Dodać tu tylko należy, że w przypadkach przebiegających septycznie (L o e w e n h a r d t) znajdowano niekiedy str. viridans i, wobec powolnego przebiegu, stawiano je w analogię z przypadkami endocarditis lenta (cholangitis lenta). Przypadków jednak L o e w e n h a r d t a (1—2-i) właściwie nie można uważać za samoistne zapalenie dróg żółciowych, gdyż tu punktem wyjścia był uprzednio przebyty reumatyzm stawowy.

Niestety, z opisów N a u n y n a, U m b e r a i L o e

wenhardta trudno się dowiedzieć, czy było tam przeprowadzone dokładne badanie mikroskopowe żółci. Sądzę, że to nie miało miejsca, gdyż niektóre ich przypadki, które podczas sekcji wykazały obecność ropy w drogach żółciowych, lub w wątrobie, w opisie figurują jako cholangie, a nie jako cholangitis, to samo dotyczy przypadku Fraenkla. Nie wyłącza to jednak możliwości, że w początkowych okresach choroby można ropy w żółci nie znajdować, szczególnie, gdy zajęte są wyłącznie drobne drogi żółciowe. Z drugiej jednak strony pewna liczba przypadków cholangie N a u n y n a, jak np. 3-ci przypadek U m b e r a, mogą mieć za punkt wyjścia zakażenie wątroby z porta hepatitis, możliwość, której, według U m b e r a, nawet badanie anatomiczne nie jest w stanie stanowczo wykluczyć.

Z tego, co powiedzieliśmy, powinien, zdawałoby się, wynikać fakt, iż odróżnienie cholangie od cholangitis będzie możliwe na zasadzie badania mikroskopowego żółci, a mianowicie: przy obrazie klinicznym cholangitis obecność ropy będzie przemawiała za tem cierpieniem, brak zaś jej za cholangie. Niestety, obraz kliniczny cholangitis niezawsze jest typowy, tak, że w razie niewyraźnego obrazu klinicznego i braku ropy w żółci rozpoznanie jest ogromnie utrudnione. N a u n y n a twierdzi wprawdzie, że żółtaczka jest najważniejszą oznaką cholangie, jednak zdarzają się przypadki tego cierpienia bez żółtaczki (U m b e r), szczególnie, jeśli zajęte są większe przewody żółciowe. Ważne natomiast oparcie stanowi powiększenie wątroby oraz śledziony, które, szczególnie w przypadkach przebiegających raptownie, zawsze jest wyraźne, oraz pewne nieprzyjemne sensacje w okolicy wątroby, które na siedlisko choroby wyraźnie wskazują. Trudne bardzo jest odróżnienie cholangie od kamicy, szczególnie w przypadkach, co prawda rzadkich, przebiegających z napadami kolki wątrobowej (p. wyżej).

Z powyższego opisu obrazu chorobowego zapalenia dróg żółciowych widzimy, iż cierpienia to, aczkolwiek bardzo często ma obraz i przebieg nadzwyczaj zmienny, to jednak pewne objawy, częściej i razem występujące, pozwalają już bez badania żółci na tem rozpoznaniu się zatrzymać. Poniżej podajemy te objawy według kolejnej ich częstości i znaczenia.

1. Powiększenie wątroby. Objaw ten jest najczęstszy i najbardziej stały. Wątroba wcześniej ulega obrzmieniu i rzadko i na krótko tylko zmniejsza się w dalszym przebiegu choroby. Brak obrzmienia wątroby jest wyjątkiem. Rzadziej występuje wydatna bolesność wątroby, bóle napadowe są stosunkowo rzadkie i nie silne. Najczęściej chorzy skarżą się na uczucie pełności i pewnej wrażliwości wątroby.

2. Powiększenie śledziony zdarza się bardzo często, zjawia się wcześniej, szczególnie w przypadkach, trwających cokolwiek dłużej. Duże obrzmienie śledziony jest zawsze oznaką, że cierpienie ma charakter przewlekły i uporczywy. Brak powiększenia śledziony jest wyjątkiem.

3. Gorączka występuje bardzo często, szczególnie w początku, z czasem jednak może zniknąć na czas dłuższy, albo też trzyma się w stopniu bardzo umiarkowanym. Widywałem jednak przypadki trwające lata całe bez gorączki. Przy zakażeniu b. coli bywa gorączka przepuszczająca, widywałem jednak takie zakażenie zupełnie bez gorączki. Ciągła gorączka zwalnająca, trwająca czas długi, jest bardzo dla rokowania niekorzystna.

4. Żółtaczka jest objawem bardzo częstym, jednakże nie bezwzględnie stałym. Bywają przypadki zupełnie bez żółtaczki i nawet bez śladów słabego zabarwienia białkówki. Nawet ropne zapalenie dróg żółciowych z zejściem w ropnie wątroby może przebiegać zupełnie bez żółtaczki, jak się o tem raz dowodnie podczas operacji przekonałem. To samo widział już dawniej K e h r. Ten brak żółtaczki jest przyczyną, że cierpienie to niekiedy bywa nierozpoznawane. To są jednak przypadki rzadkie, i zwykle żółtaczka mniejszego lub większego natężenia jest prawie regułą.

5. Urobilinogenuria jest objawem bardzo cennym, występuje bardzo często; wyjątkowo jej brak. Opierać jednak na niej rozpoznanie trzeba z wielką ostrożnością.

6. Anemja jest objawem bardzo częstym i wcześniej występuje. Razem z innymi objawami potwierdza rozpoznanie.

7. Objawy zapalenia miedniczek nerkowych i nawet nerek są zjawiskiem bardzo częstym i przemawiają za ogólnym zakażeniem ustroju.

8. Zmiany we krwi są mało charakterystyczne i żadnego prawie oparcia dla rozpoznania nie dają. Jedynie duża leukocytoza przemawia za ropieniem, leukopenja, tak częsta w tem cierpieniu, nie daje żadnych wskazówek. Przyspieszenie opadania krwinek przy żółtaczce przemawia za zapaleniem dróg żółciowych. Badanie bakteriologiczne krwi rzadko daje wyniki dodatnie i musi być wielokrotnie powtarzane. To samo dotyczy badania na odczyny zlepane ze szczepami obcymi; jedynie badanie z bakterjami, wyhodowanymi z żółci, może mieć znaczenie.

9. Przebieg. Obraz chorobowy, złożony z objawów, wyżej wymienionych w rubryce 1—6, trwający ponad 4—5 miesięcy, przy braku objawów marskości wątroby przemawia za dużym prawdopodobieństwem za cholangitis.

10. Obecność ropy w żółci, przy uwzględnieniu warunków odpowiednich, przemawia za zapaleniem dróg żółciowych, brak jej, przy pełnym obrazie klinicznym, przemawia za cholangie N a u n y n a.

Leczenie omawianego cierpienia w przypadkach lekich, szczególnie grupy 1-ej, polega przeważnie na spokoju, przestrzeganiu pewnej diety, stosowaniu wilgotnych gorących okładów (kataplazmy z siemienia lnianego) na okolicę wątroby i podawaniu urotropiny z salicylem. Chorzy tacy w ciągu kilku tygodni tracą żółtaczkę, wątroba się zmniejsza, apetyt powraca, i chorzy wracają do zdrowia. Wobec tego jednak, że nigdy z góry nie można przewidzieć dalszego przebiegu choroby, wskazaniem jest zbyt długo nie ograniczać się na tych zabiegach, lecz starać się wpłynąć na zakażenie za pomocą innych sposobów. Najlepsze wyniki dawała mi urotropina stosowana dożylnie (5—10 ctm.³ 40% roztworu) codziennie. Po 10—20 zastrzykach zwykle w przypadkach 1-ej grupy żółtaczka poczyna znikać, a jednocześnie znika ropa oraz bakterje z żółci. W przypadkach przewlekłych leczenie to wywołuje wyraźną poprawę, ale po przerwaniu leczenia sprawa znów się pogarsza. U m b e r zaleca zamiast urotropiny saliforminę (Hexamethylenetetraminum salicylum) 3 r. dz. po 1,0, B i t t o r f zaś zalecał salicyl w dużych dawkach (6—8,0 die.). Zwykle w przypadkach, gdzie z rozmaitych przyczyn zastrzyki dożylnie nie dają się zastosować, podaje chorym urotropinę w ławatywach (4,0 na raz w wodzie), albo mieszaninę następującą: Salis carolin., Natri salicyl., Urotropini aa 10,0 Aq. destill. 200,0, 4 r. dz. po łyżce w szklance wody gorącej przed jedzeniem. Z rozmaitych środków, tak w ostatnich czasach zachwalanych, a specjalnie z cholevalu, wielkiego pożytku nie widziałem. W przypadkach uporczywych stosuje U m b e r wlewanie do dwunastnicy za pomocą zgłębnika 20—40 ctm.³ 20% roztworu Magnesiae sulfuricae, inni stosują wlewania oliwy. Ciekawe jest spostrzeżenie G o r k e g o, który po systematycznych wlewaniach do dwunastnicy 50,0 10% roztworu dwuwęglanu sodu i siarczanu magnezu widywał znikanie b. coli z żółci. W naszych przypadkach stosowanie tego zabiegu nie dawało wyraźnych wyników.

Duży nacisk muszę tu położyć na systematyczne stosowanie kataplazmów; jest to bardzo skuteczny sposób wpływania na stan wątroby, która szybko pod ich wpływem się zmniejsza. Z początku należy jej kłaść na cały dzień, po pewnym jednak czasie wystarczy wykonywać to 2 razy dziennie po 2 godziny. Dobrze działa także diatermia okolicy wątroby. Co się tyczy diety, to w przypadkach ostrych należy ograniczyć się do diety przeważnie węglowodanowej (kleiki, mleko rozcieńczone kleikiem, soki owocowe). Przypadki przewlekłe zmuszają do zwiększenia ilości podawanych pokarmów, tu można podawać i pokarmy białkowe i tłuszcze w umiarkowanej ilości, lecz często (co 2—3 godziny), aby tą drogą pobudzić częste wydzielanie żółci. W każdym razie unikać należy wszelkich pokarmów, nie dających się otrzymać i przygotować w stanie świeżym, a więc śledzi, sardynek, łososia, konserw, wędlin, potraw odgrzewanych z dnia poprzedniego. Należy dbać o wypróżnienie kiszki codzienne, a najlepiej za pomocą ławatyw.

Niestety, zdarzają się przypadki, nie poddające się temu leczeniu albo zjawiające się po nas w okresie późniejszym, i to w stanie ciężkim, z gorączką stałą i dużą śledzioną. W takich przypadkach można jeszcze poza stosowaniem urotropiny starać się podnieść siłę obronną ustroju za pomocą proteinoterapii, najlepiej za pomocą zastrzykiwań dożylnych srebra koloidalnego (5-10 ctm.³ 2% roztworu dożylnie). Jeżeli 10—20 zastrzyków nie prowadzi do celu, to można spróbować jeszcze leczenia za pomocą auto-szczepionki, szczególnie, jeżeli przyczyną jest b. coli. Osobiście nie widziałem po tej me-

todzie wyraźnego polepszenia, być może, że stosowanie środków da tu lepsze wyniki, w tej chwili nie mogę w sprawie tej nic stanowczego powiedzieć — gdyż badań w tym kierunku jeszcze nie skończyłem.

Jużeli sprawa się przeciąga i, pomimo leczenia, nie widać poprawy, a także w tych przypadkach, w których żółtaczka jest odrazu dość wydatna i gorączka wysoka lub stała, lub istnieje powikłanie kamica, należy uciec się do otwarcia dróg żółciowych i następczego ich sączkowania. W przypadkach z zajęciem ropnem dróg żółciowych większych jest to najpewniejszy i najskuteczniejszy sposób leczenia. Inaczej sprawa ma się tam, gdzie zajęte są przeważnie drobne kanaliki żółciowe, szczególnie w cholangie.

Tu jest wątpliwem, czy zabieg ten zdoła przywrócić stan normalny wątroby (U m b e r), próbować jednak należy, gdyż chorzy tacy w każdym razie giną. Na wszelki przypadek nie należy dopuścić do dłuższego trwania żółtaczki, gdyż okoliczność ta ogromnie pogarsza szanse pomyślnego wyniku operacji. Jeszcze bardziej jest wątpliwą rzeczą, czy zabieg ten może powstrzymać rozwój marskości wątroby. Na samą żółtaczkę wpływa tu niekiedy usunięcie śledziony (E p p i n g e r), dotyczy to jednak przypadków z marskością przerostową wątroby, która w takich razach w dalszym ciągu jednak pozostaje — chorzy mimo to wyraźnie się poprawiają. W jednym moim przypadku marskości wątroby z bardzo dużą śledzioną i zapaleniem dróg żółciowych po splenektomji żółtaczka oraz urobilinogemuria znikły, wątroba się zmniejszyła, z żółci jednak ropa nie znikła całkowicie. Czy w przypadkach cholangitis z bardzo dużą śledzioną sama splenektomia może mieć wpływ pomyślny na przebieg sprawy chorobowej w wątrobie, jest rzeczą wątpliwą, wobec jednak naszego przypuszczenia co do związku, istniejącego między cholangitis a marskością wątroby przerostową, należałoby się poważnie zastanowić nad tem, czy oba te zabiegi, mianowicie otwarcie dróg żółciowych z następczą splenektomią nie przerwą biegu choroby. W tym kierunku pożądane są dalsze spostrzeżenia.

Piśmiennictwo.

A n i g s t e i n i M i l i Ń s k a. Med. dośw. i społ. 1923. T. I. Aufrecht. Deut. Arch. f. kl. Med. 1887. T. 40. Bittorf. Deut. Arch. f. kl. Med. 1913. T. 11. Bittorf i Falkenhausen. Deut. Arch. f. Kl. Med. 1921. T. 135. Brugsch. Erkr. d. Leber Sp. Path. v. Kraus u. Brugsch T. VI. Chauffard. Revue de med. 1895. Eickhoff. Mit. a. d. Grenzgebieten 1922. T. 33. Eppinger. Die hepato-lienalen Ekrank. 1920. Tenże Sp. Path. d. Icterus in spec. Path. v. Kraus u. Brugsch 1923. T. VI. Fraenkel. Münch. med. Woch. 1918 Nr. 20. Gorke. Mitt. a. d. Grenzgebieten 1922. T. 35. Huntemüller. Klin. Woch. 1924 Nr. 9. Kehr. Cholelithiasis sp. Path. v. Kraus u. Brugsch 1923 T. VI. Leschke. Sepsis Sp. Path. v. Kraus u. Brugsch T. I. Loewenhardt. Kl. Woch. 1923 Nr. 5. Minkowski v. Merings Handb. d. inn. Med. 1922 T. I. Naunyn. Klinik d. Cholelithiasis. 1892. Tenże. Mitt. a. d. Grenzgebieten 1917. T. 39. U m b e r. Klin. Woch. 1922 Nr. 32. Tenże Klin. W. 1923 Nr. 13. U n g e r. Cholangitis putrida. Spec. Path. v. Kraus u. Brugsch, 1923, T. VI.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyrektor: Profesor M. MICHAŁOWICZ)

Badania doświadczalne nad istotą choroby posurowiczej *).

Podali

Henryk BROKMAN (Warszawa)
i Marja PROKOPOWICZ (Warszawa).

(Według odczytu wygłoszonego w Warsz. Tow. Biologicznem dnia 15.V.1924).

W r. 1904, wkrótce po wprowadzeniu do lecznictwa surowicy przeciwbłoniczej, pediatrzy wiedeńscy Pirquet i Schick opisali zespół objawów chorobowych, występują-

cych po zastrzyknięciu surowicy końskiej. Główny objaw choroby posurowiczej stanowi wysypka o charakterze pokrzywki. Choroba ta występowała zarówno po jednorazowym, jak i po powtórznym zastrzyknięciu surowicy, w drugim wypadku przy bierając niejednokrotnie groźny charakter.

Analizując te zjawiska, Pirquet i Schick przyszedli do wniosku, iż są one analogiczne do wstrząsu anafilaktycznego, spostrzeganego u zwierzęcia. Wiadomo, iż przez zastrzyknięcie świnie morskiej surowicy obcogatunkowej można ją uczulić tak, iż na ponowne zastrzyknięcie tegoż antygeny oddziaływa ona objawami wstrząsu. Przyczynę wstrząsu anafilaktycznego stanowi łączenie się przeciwciał, powstałych pod wpływem pierwszego zastrzyknięcia z antygenem, wprowadzonym ponownie; łączenie to odbywa się w komórkach ustroju. Pirquet i Schick sądzili, iż w razie powtórnego zastrzyknięcia surowicy również mamy do czynienia z łączeniem się przeciwciał, powstałych pod wpływem pierwszej iniekcji, z antygenem, t. j. z surowicą powtórnie wprowadzoną; zachodzi tu tylko ta różnica, iż u człowieka odczyn anafilaktyczny przyjmuje swoisty wyraz w postaci choroby posurowiczej. Znacznie trudniej było z tego punktu widzenia wytłumaczyć przyczynę powstawania choroby posurowiczej już po pierwszym zastrzyknięciu surowicy.

I to zjawisko Pirquet i Schick tłumaczyli w sposób podobny. Sądziłi oni, że surowica, wprowadzona do ustroju, powoduje powstawanie przeciwciał, a te, łącząc się z pozostałymi resztkami antygeny, dają również obraz wstrząsu w postaci choroby posurowiczej.

Pomimo zachodzących pewnych wątpliwości pogląd Pirqueta i Schicka utrzymał się aż do chwili, kiedy w roku 1916 badacz amerykański Coca poddał bezwzględnej krytyce koncepcję autorów wiedeńskich. Coca uważał, iż choroba posurowicza występuje tylko u niektórych ludzi i jest jedynie wyrazem ich wrodzonej nadwrażliwości na surowicę końską. Odsetek takich ludzi nadwrażliwych miał wynosić około 10. Wkrótce jednak spostrzeżenia kliniczne podważyły pogląd Coca, albowiem okazało się, iż przy stosowaniu dużych dawek surowicy choroba posurowicza występuje w 90% przypadków.

W ostatnich czasach Coca i Cooke zmodyfikowali pogląd powyższy; sądzili oni obecnie, iż choroba posurowicza jest wyrazem powszechnej normalnej wrażliwości (normalhypersensitiveness) gatunku ludzkiego na surowicę końską. Należy tu podkreślić, iż zarówno w pojęciu poprzednim, jak i obecnem Coca nie uważa choroby posurowiczej za wyraz odczynu między antygenem a przeciwciałem. Tak więc pogląd obu wymienionych autorów stanowi zupełne przeciwstawienie tłumaczenia choroby posurowiczej, podanego przez Pirqueta i Schicka.

Przystępując do analizy choroby posurowiczej, postawiliśmy na pierwszym planie zagadnienie, czy choroba posurowicza posiada cechy kardynalne zjawisk anafilaktycznych, t. j. czy istnieje stan antyanafilaksji oraz możność biernego przeniesienia stanu nadwrażliwości razem z surowicą.

Pod pojęciem antyanafilaksji rozumiemy okres niewrażliwości na powtórne zastrzyknięcie surowicy, następujący po wstrząsie anafilaktycznym, nie powodującym śmierci zwierzęcia. Stwierdzenie stanu antyanafilaksji u człowieka możliwe jest jedynie za pomocą reakcji miejscowej organizmu, uczulonego na wprowadzenie doskórnie surowicy.

Po wstrzyknięciu podskórnem dużej dawki surowicy staraliśmy się określić wrażliwość skóry; w tym celu wstrzykiwaliśmy doskórnie 0,1 surowicy i tutaj, poczynając mniej więcej od 5-go dnia od chwili wstrzyknięcia podskórnego, spostrzegaliśmy dodatnie odczyny w postaci nacieków i zaczerwienienia. Odczyny te nasilają się aż do chwili wystąpienia choroby posurowiczej; w tym czasie giną i zjawiają się ponownie w 2 — 3 dni po ustąpieniu wysypki posurowiczej. Zjawisko to spostrzegane już było poprzednio przez innych badaczy (Bessa u), jednak nie było dostatecznie wytłumaczone.

Znikanie odczynu doskórnego w wymienionym okresie czasu świadczy, iż organizm, po przebyciu choroby posurowiczej, znajduje się w stanie antyanafilaksji *).

Przeniesienie biernie stanu wrażliwości u zwierząt po-

*) Praca w całości wraz z protokołami ukaże się w Medycynie Doświadczalnej i Społecznej.

*) Doświadczenia nad antyanafilaksją zostały częściowo dokonane z łaskawego zezwolenia p. Doc. Dr. Szanajcha w szpitalu Karola i Marji.

lega na tem, iż zwierzę zdrowe staje się wrażliwe po otrzymaniu małej dawki surowicy zwierzęcego uczulonego i daje objaw wstrząsu po wprowadzeniu odpowiedniego antygeny. Wywołanie wstrząsu u ludzi jest niewykonalne, dlatego też posługiwaliśmy się metodą Praussnitzza i Küstnera (stosowaną w idiosynkrazji względem białka rybiego), t. j. biernym uczuleniem osobnika. Metoda powyższa polega na uczuleniu skóry osobnika zdrowego za pomocą surowicy (0,1 cm. doskórne) człowieka, dotkniętego chorobą posurowiczą, i wprowadzeniu po 24 godzinach w to samo miejsce odnośnego antygeny, t. j. surowicy.

Zaznaczyć należy, że nawet wynik ujemny nie przemawiały przeciw anafilaktycznej genezie choroby posurowiczej, gdyż, jak wiadomo, obecność przeciwciał anafilaktycznych w surowicy jest objawem niejako wtórnym, istotnym zaś terenem, gdzie się odbywają zjawiska anafilaktyczne, są komórki ustroju. Tak więc choroba posurowicza mogłaby być wyrazem jedynie uczulenia komórkowego bez obecności przeciwciał w surowicy.

Jednakże w 2-eh przypadkach na 4 badane w tym kierunku, udało się nam przenieść biernie wrażliwość osobnika chorego miejscowo na skórę człowieka zdrowego, co się uwydatniło w postaci odczynu o charakterze nacieku i zaczerwienienia, różniącego się wybitnie od kontroli.

Doświadczalne badanie choroby posurowiczej na większym materiale umożliwione zostało dzięki zjawisku t. zw. choroby posurowiczej miejscowej. Objaw ten, jak się okazało stwierdzili już przed 10-ciu laty Hamburger i Pollak, a ostatnio opisali Biberstein i Oschinsky.

Jeżeli wstrzykniemy człowiekowi zdrowemu śródskórnie 0,1 cm. sz. surowicy obcogatunkowej, to po upływie kilku dni stwierdzimy w miejscu zastrzyknięcia odczyn w postaci pokrzywki, zupełnie zbliżony do wykwitów w przebiegu choroby posurowiczej ogólnej; jest to t. zw. posurowicza choroba miejscowa. Okres wylegania, trwający od chwili zastrzyknięcia do wystąpienia pokrzywki, jest różny dla poszczególnych gatunków surowic; dla surowicy kozła i barana wynosi około 6-ciu dni, dla konia 8—10 dni. Częstość występowania odczynów jest również różna. Surowica konia dała wynik dodatni w 19 na 42 badane przypadki (45%), surowica kozła w 53 na 55 badanych (98%).

Stwierdziwszy tak wybitne własności antygenowe surowicy kozła, posługiwaliśmy się nią prawie wyłącznie w dalszych badaniach choroby posurowiczej.

Odczyn posurowiczy miejscowy po wstrzyknięciu surowicy kozła powstaje zazwyczaj na 5-ty lub 6-ty dzień i utrzymuje się przez 1—3 dni, zjawiając się i znikając. Ten stały okres wylegania przemawia za przypuszczeniem, iż na 4-ty, wzgl. 5-ty dzień od zastrzyknięcia surowicy zjawiają się w skórze przeciwciała, które, oddziałując z resztkami antygeny, powodują wystąpienie odczynu. W celu upewnienia się, iż nie jest to normalny odczyn skóry, ujawniający się dopiero po dłuższym czasie (w myśl poglądów Coce), lecz wyraz uczulenia skóry przez zastrzyknięcie surowicy, wykonaliśmy doświadczenie następujące. Wstrzykiwaliśmy 0,1 surowicy codziennie w różne miejsca skóry; odczyn w postaci pokrzywki zjawiał się na 6-ty dzień wybuchowo jednocześnie we wszystkich miejscach zastrzyknięcia zarówno w pierwszym z przed 5-ciu dni, jak również w ostatnim z przed 24 godzin. Doświadczenie to przekonywało nas o tem, iż pod wpływem pierwszego zastrzyknięcia skóra została uczulona, i powstałe w niej przeciwciała oddziałują z resztkami antygeny w miejscach jego wprowadzenia do skóry. Z chwilą wystąpienia choroby posurowiczej miejscowej cała skóra staje się uczuloną, i ponowne zastrzyknięcie surowicy daje odczyn już po upływie 24 godzin. To uczulenie skóry ma charakter swoisty: surowica kozła nie uczula na surowicę konia i odwrotnie.

Podobny przebieg odczynu spostrzegaliśmy w przeszłości 80% przypadków. Około 20% ludzi oddziaływało odmiennie; u ostatnich choroba posurowicza zjawia się już po 24, względnie po 48 godzinach.

Stwierdziliśmy zatem 2 typy odczynów: odczyn szybki i późny, różniące się czasem powstawania, lecz polegające na jednym i tym samym mechanizmie. Zarówno odczyn szybki, jakoteż późny powstają na skutek łączenia się antygeny z przeciwciałem, czego wynikiem jest uszkodzenie komórek, przejawiające się w postaci pokrzywki. Różnica między temi

odczynami polega jedynie na tem, iż w odczynie wczesnym antygen natrafia na pierwotnie uczuloną skórę, w której zawarte są przeciwciała, odczyn zaś późny występuje dopiero po wytworzeniu przez ustrój tychże przeciwciał.

Posługując się metodą zastrzykiwań doskórnych, postawiliśmy sobie za zadanie wyjaśnić, który ze składników surowicy wywołuje chorobę posurowiczą. Jak wiadomo surowica składa się z szeregu ciał białkowych, różniących się między sobą stanem dyspersji. Frakcje zasadniczo, dające się wydzielić z surowicy, są to euglobuliny, pseudoglobuliny i albuminy. Badania (Berger i Doerr), wykonane na zwierzętach, wykazały, iż poszczególne frakcje posiadają różną zdolność antygenową. Euglobuliny są antygenem najsilniejszym i powodują uczulenie organizmu w krótkim okresie czasu, albuminy są antygenem najsłabszym, o najdłuższym okresie powstawania uczulenia, pseudoglobuliny zajmują miejsce pośrednie.

Zagadnienie, któreśmy sobie postawili, posiada, poza teoretyczną wartością, t. j. stwierdzeniem, czy w stosunku do organizmu ludzkiego poszczególne frakcje surowicy mają te same własności antygenowe, także i znaczenie praktyczne. Jak wiadomo, w celu uniknięcia częstych chorób posurowiczych stosuje się surowicę, pozbawioną frakcji euglobulinowej, z zachowaniem jedynie pseudoglobulinowej, jako tej, która zawiera antytoksyn. Badanie nasze mogło więc wyjaśnić, czy powyższe przygotowanie surowic leczniczych odpowiada celowi.

Dzięki uprzejmości D-ra Celarka (Państwowy Zakład Higieny), otrzymaliśmy 3 frakcje wyodrębnione z surowicy kozłej.

Metodą, stosowaną w poprzednich doświadczeniach, zastrzykiwaliśmy doskórnie 0,1 cm. sz. roztworów euglobulin, pseudoglobulin i albumin w stężeniach, odpowiadających zawartości poszczególnych białek w surowicy. Okazało się, iż pseudoglobuliny wywołują chorobę posurowiczą miejscową w tym odsetku, jak surowica pełna, tak wczesną, jak i późną. Euglobuliny są antygenem znacznie słabszym: na 10-ro badanych dzieci jedynie dwoje dało odczyn dodatni, nadto podkreślić należy, iż były to osobniki, silnie uczulone surowicą kozłą, oraz że w tych przypadkach posługiwaliśmy się euglobulinami o stężeniu 5 razy silniejszym w porównaniu z ich zawartością normalną w surowicy. Euglobuliny w tem stężeniu, w jakim znajdują się w surowicy, nie dały ani razu odczynu. Albuminy w żadnym z badanych przypadków nie dały odczynu dodatniego w przeciągu 3 tygodniowej obserwacji.

Doświadczenia powyższe dotyczą surowicy kozłej. Większą wartość praktyczną będą posiadały badania analogiczne nad frakcjami surowicy końskiej i baraniej, które przeprowadzamy obecnie.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala
na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. W. STERLING).

O wartości leczniczej przetworów bizmutu w przymiocie.

Podał

Dr. Wacław STERLING (Warszawa).

Ocena wartości środka lekarskiego zawsze jest rzeczą trudną już z tej choćby przyczyny, że badający może rolę środka ocenić tylko względnie — nie jest bowiem w stanie wyeliminować z wyniku tej sumy poprawy, którą należy położyć na karb samego ustroju pacjenta. Jeżeli przytoczę tu dla przykładu cierpienie na pozór tak proste, jakim jest ostra rzeżączka przednia u mężczyzn, to i tu ocena nowego środka przeciwrzeżączkowego wymaga dłuższych badań ze względu na to, że i tu dzięki roli ustroju przebieg cierpienia bardzo niejednolite przebiega. Znamy pojedyncze zaledwie schorzenia, które na zajmujące nas tu pytanie dają niemal zawsze odpowiedź stanowczą — jak np. zimnica lub dur powrotny. To też kiedy wypadło mi niejako z urzędu wydać opinię o wartości przetworów salwarsanowych, wyrabianych w Polsce, wartość ich leczniczą przede wszystkim sprawdzałem na durze powrotnym (kol. Luxemburg). Do najtrudniejszych jednak zadań należy ocena środków leczniczych, stosowanych w cierpieniach całego ustroju, do których należy przymiot. Tu sprawa wikała się wskutek tego, że w grę wchodzi aż trzy czynniki: krętek, ustrój i lek. Co się tyczy krętka, na pierwsze miejsce wysuwa się

tu sprawa jego różnorodności. Badania bakterjologiczne i doświadczalne autorów francuskich zdają się usprawiedliwiać do pewnego stopnia istnienie odmiany dermatotropnej i neurotropnej, klinika natomiast aż nadto często ukazuje nam zmiany, istniejące współcześnie, a których genezy mielibyśmy dozukiwać się w krętku i dermatotropnym i neurotropnym (np. zajęcie tętnicy głównej lub przymiotniaki u chorego na wiał rdzenia). Widzimy więc, że nauka dziś daje nam zbyt dużo, żeby sprawę różnorodności krętków całkowicie pominąć milczeniem, zbyt mało jednak, żeby ją rozstrzygnąć ostatecznie*). Tu więc spotykamy pierwszy szkopuł, przeszkadzający pewności naszego sądu.

Dalej, znane są przypadki przymiotu, w których objawy nie ustępują pomimo stosowania przetworów arsenobenzolowych (podobnie, jak czasami chinina zawodzi w zinnicy). Wtedy zwykle przypuszcza się, że mamy tu do czynienia z krętkami arsenoopornymi. Przypuszczenie to niezawsze jednak jest słuszne, znane bowiem są przypadki, w których mąż, leczony bezskutecznie arsenobenzolem, czyli zarażony krętkami arsenoopornymi, zaraża żonę, u której objawy znikają po arsenobenzolu w sposób zwykły.

Rolę ustroju w przymocie**) najjaskrawiej zobrazują nam spostrzeżenia starszych autorów, którzy celowo pozostawiali przymiot samemu sobie. Spostrzeżenia te wykazują, jak znacznym wahaniom jakościowym i ilościowym podlega przymiot nieleczone, jakościowym — pod względem ciężkości wykwitów, ilościowym — pod względem liczby nawrotów, czasu ich występowania i t. p. Dalej, takie obrazy kliniczne, jak przymiot ciężki, przymiot zbłośliwy, występowanie lub niewystępowanie objawów III-rzędowych u chorych nieleczonych, wreszcie występowanie lub niewystępowanie parasyfilisu u chorych, leczonych jednakowo, wszystko to bardzo dobitnie wykazuje rolę samego ustroju. A jeżeli rola ta dziś przez lekarzy jest niedoceniana, to jedynie dla jej nieuchwytności w dzisiejszych warunkach badania. Jak dalece zaś ważna jest pomoc ustroju w samym leczeniu, wykazują spostrzeżenia (Finger, Horacek i inn.), w których osiągnięto wyleczenie całkowite przymiotu po zastosowaniu śmiesznie małych dawek rtęci i salwarsanu. Wyżej wspomniane spostrzeżenia, dotyczące się arsenooporności krętków, z dużym prawdopodobieństwem pozwalają tę oporność położyć również raczej na karb ustroju.

Sprawdzianami skuteczności leku zatem będą jedynie: 1) znikanie wykwitów i krętków w wykwitach przymiotowych, 2) wpływ leku na odczyn W. Przebieg kliniczny cierpienia nie może dziś podlegać ocenie, gdyż okres stosowania środków bizmutowych jest jeszcze zbyt krótki dla stwierdzenia, czy parasyfilis wystąpi lub nie. W wynikach naszych badań będziemy posługiwać się przeto dwoma sprawdzianami.

Sposób działania bi. w schorzeniach, powodowanych przez trypanozomy i spirillozy, wyjaśniają nam badania Levaditiego i Nicolau. Wykazały one, że sole bizmutowe, jako takie, nie zabijają *in vitro* pasorzytów, nabierają one własności bakterjobjęczych dopiero po dodaniu wyciągu z wątroby króliczej. Wyciąg ten przetwarza nieczynny bi. w przetwór pochodny, już bakterjobjęczy, nazwany przez L. i N. bismoksylem. Bismoksyl powstaje przy dodaniu wyciągu z nerki, płuc, jajników, mózgu, mięśni, natomiast krew, surowica krwi, białko nie uczynnia bizmutu. Godnem jest uwagi, że wytwarzanie się bismoksylu zależy nie od stężenia soli bi., lecz od ilości wyciągu, przyczem ważną rolę grają proteiny, zawarte w wyciągach z komórek. Tego samego dowiedli L. i Yamanouchi dla otoksyłu, który *in vitro* nie jest w stanie zabić trypanozomów, zabija je jednak po dodaniu wyciągu z wątroby. Spostrzeżenia te przytaczam tu dlatego, że mogą one w pewnej mierze wyjaśnić nam oporność niektórych chorych na pewne leki, wolno bowiem nam przypuścić, że wyżej wspomniane narządy tych chorych nie są w stanie dostarczyć tyle protein, ile trzeba, żeby uczynnić dany lek i np. przeistoczyć zadany bi. — środek nieczynny — w czynny bismoksyl.

Bardzo słusznie zwraca uwagę Kogutowa*) na miejsce, zajmowane przez bi. w tablicy Mendelejewa. Zajmuje on w rzadku poziomym miejsce wspólnie z rtęcią, pionowym zaś — wspólnie z arsenikiem. Miejsce bi. na skrzyżowaniu pozwala nam przypuszczać pewne pokrewieństwo, czy podobieństwo, zarówno do Hg., jak i do As. równocześnie.

Z licznych, bo przekraczających dziś trzy dziesiątki przetworów bi. bliżej poznałem trepol, Quinby (fr.), bismogenol (niem.), głównie jednak posługiwałem się wyłącznie domięśniowo środkami krajowymi — cytrynianem bizmutu Gessnera**), wprowadzonym do leczenia przez Bernhardta***), luatolem Spiessa, bi. jodo-chinowym Gessnera i bi. jodo-chinowym Ocha Tych też przetworów tyczą się otrzymane przeze mnie wyniki.

Wszystkie omawiane tu przypadki, zarówno szpitalne, jak i domowe, leczone były wyłącznie bi., przyczem celowo objawy zostawiane były bez leczenia miejscowego. Liczba chorych, których część, niestety, leczenia nie dokończyła i wskutek tego omawianiu nie podlega, wynosi 97.

Wedle materiału klinicznego chorzy grupują się w sposób następujący:

1) Prz. I surowico-ujemny, przypadków 6. Stwardnienie pierwotne przeważnie po dwóch zastrzyknięciach pokrywa się naskórkiem, nacieczenie staje się miększe, i wykwit zaczyna się spłaszczać. W tym też czasie przeważnie krętki nie dają się już wykryć. Przy stosowaniu, jakim się zwykłe posługuję, mianowicie: luatolu 3 razy tygodniowo, a przetworów bi. chinowo-jodowych co 4—7 dzień, po upływie 2—3 tygodni objaw pierwotny zazwyczaj ustępuje całkowicie, pozostawiając jedynie ciemne zabarwienie, charakterystyczne wreszcie w tam cierpieniu dla bi. Sąsiednie gruczoły chłonne stają się mniej nacieczone, miększe. Z ogólnej liczby 6 przypadków tego okresu w 4-ch odczyn Wassermanna pozostał ujemny do 3 miesięcy po skończeniu kuracji. Czy z tego wolno by wyciągnąć wniosek o stosowaniu bi. w celu leczenia poronnego, powiedzieć trudno, gdyż mały stosunkowo odsetek nie pozwala na pozabawienie chorego tak dużej w tym okresie szansy wyleczenia za pomocą salwarsanu.

2) Prz. I surowico-dodatni, przypadków 5. Przebieg kliniczny nieчем się nie różni od wyżej podanego. Odczyn W. pod koniec kuracji uległ zmianie w 72% przypadków. Podkreślić tu jednak należy, że badanie krwi natychmiast po ukończeniu kuracji jest niezupełnie miarodajne, gdyż bi. wydziela się z ustroju jeszcze około 3 tygodni. Wobec tego wolno przypuścić, że badanie w okresie późniejszym niewątpliwie ten odsetekby zwiększyło.

3) Prz. II czynny, przypadków 39. Różyczka przymiotowa bładła po 1-em zastrzyknięciu, po 2 zaś zazwyczaj ginęła. Objaw Jarisch-Herxheimera obserwowałem w 15% przypadków. Co się dotyczy wykwitów typu grudkowatego, daje się zauważyć prawo, że im więcej sucho przedstawia się grudka, tem wolniej odbywa się jej wessanie. Na mocy tego prawa przeroste lepiej płaskie ustępują zdumiewająco szybko i to, jak zaznaczyliśmy, bez żadnego miejscowego leczenia. Twory te, które w epoce rtęciowej wymagałyby najsilniejszych przyzęgań i stałego stosowania środków miejscowych, już po 1 zastrzyku bi. niejednokrotnie ulegają znacznemu spłaszczeniu się, a, mniej więcej po 14 dniach ustępują, pozostawiając jedynie wyżej wspomniane ciemne zabarwienie. Grudki nadżerkowe przeważnie pokrywają się naskórkiem już po 2—3 dniach, ulegają zaś wessaniu po 6—7. Natomiast grudki soczewicowe wysysają się po 8—9 dniach. Aczkolwiek termin wysysania się dalszych grudek jest krótszy, niż wysysanie się lepiej przerostych, czas ustępowania lepiej wyda nam się wprost nikłym, jeżeli uwzględnimy różnicę wielkości jednych i drugich wykwitów. Wpływ na gruczoły chłonne był w tych przypadkach bardzo nieznaczny. Odczyn W. zmienił się w 80%, co zgadza się z danymi Bernhardta i innych. Dodać tu muszę, że na 6 przypadków z dodatnim odczynem W., które udało się mi się widzieć w 4 ty-

*) Nasze dotychczasowe wyniki leczenia kiły bizmutem. Pol. Gaz. Lek. 1923, Nr. 12.

**) Wartość lecznicza cytrynianu bizmutu Gessnera badana była na moim oddziale przez Gelbfisza, p. Pamiętnik szp. Starozakonnych Nr. 1, r. 1923.

***) Por. Bernhardt, Wyniki leczenia kiły cytrynianem bizmutowym. Pol. Gaz. Lek. 1922 Nr. 23.

*) Por. Sterling Wacł. Przymiot a układ nerwowy. Przegl. Dermatol. 1921.

**) Por. Sterling Wacł. Rola ustroju w przymocie. Przegl. Dermatol. 1923.

godnie po zakończeniu leczenia, w 4 odczyn zmienił się na ujemny. I tu musimy podkreślić, że leczenie li tylko bi. może być dozwolone jedynie w celach czysto naukowych dla zbadania wartości tego środka, widzimy bowiem z powyższego, że zarówno w okresie I, jak i w okresie II leczenia rtęcią i salwarsanem, wzgl. bi. i salwarsanem, jak ja narówni z innymi teraz to czynię, daje nam znacznie lepsze wyniki.

O wiele pesymistyczniej wyraża się o bi. Merenlender*), zbyt skąpy jednak materiał (4 przyp.) nie pozwala na wnioskowanie. W pracy późniejszej**) (70 przyp.) otrzymał on zmianę odczynu W. w 50% przyp.

4) Prz. utajony wczesny, przyp. 21. Celowo dobrane były przypadki z odczyn. W. dodatnim. Zmiana odczynu w $\pm$ 50%.

5) Prz. III zaledwie 6 przypadków, wskutek czego we wnioskowaniu muszę być bardzo ostrożny, zwłaszcza wobec niejednorodności przebiegu klinicznego. Tak więc przypadki przymiotu pełzającego pod wpływem tylko bi. (bez jodu) zazwyczaj po 3 tygodniach ulegają zupełnemu wessaniu; natomiast w przypadku rozpadających się przymiotniaków skóry z zajęciem kości po 8 zastrzyknięciach bi. zmuszeni byliśmy przejść do leczenia rtęciowo-jodowego. Odczyn W. zmienił się w 3 przypadkach na ujemny. Oczywiście, zbyt mała liczba spostrzeganych przypadków nie pozwala na wnioskowanie.

Kończąc omawianie przypadków przymiotu czynnego, przytoczyć muszę spostrzeżenia innych autorów, którym udawało się wykryć krętki jeszcze w 12—17 dni po rozpoczęciu leczenia. Dalej w niektórych moich przypadkach niezawsze objawy ustępowały ze zwykłą szybkością. Trudno byłoby położyć to na karb odporności krętka na bi., gdyż, acz później, objawy ustępowały zawsze. Raczej byłbym skłonny upatrywać tu winę we właściwościach danego ustroju.

6) Przymiot utajony późny — przypadków 12. Do badań celowo wzięte były tylko przypadki z W. dodatnim. Po kuracji zmiana odczynu wystąpiła w 0% (objaw w tym okresie zwykły).

7) Przymiot wrodzony — przypadków 5. Przebieg kliniczny zwykły. Dawki — 1/10 do 1/5 dawki dla dorosłych. Lek dzieci znosiły dobrze. Odczyn W. zmienił się zaledwie w 1 przypadku.

Tak się przedstawia sprawa przymiotu skórno.

W dziedzinie schorzeń wewnętrznych nie brak też wiadomości o dodatnim działaniu bi. W nielicznych moich przypadkach przymiotu oczu otrzymałem wynik niejednorodny. Nagle w 3 przypadkach spostrzegłem białkomocz przed leczeniem bismogenolem, który znikł podczas leczenia. N. uważa swe przypadki za przypadki swoistego zapalenia nerek. W kilku naszych przypadkach nieznaczny białkomocz również znikł podczas leczenia. Richter podaje pomyślne wyniki, które otrzymał w żółtaczkę, spowodowanej leczeniem rtęciowo-salwarsanem. Autorowie francuscy podkreślają dodatni wpływ bi. na schorzenia układu naczyniowego. Miałem możność potwierdzenia ich wyników w 2 przypadkach swoistego zapalenia tętnicy głównej. Oczywiście, podane przypadki służą jedynie za typy, nie wyczerpują one znacznej liczby spostrzeżeń z literatury bieżącej. Niemniej skutecznym okazuje się bi. w cierpieniach układu nerwowego. Przedewszystkiem usuwa on szybko bóle głowy pochodzenia swoistego, bądź w okresach wczesnych, bądź w przymiocie mózgowo-rdzeniowym. Poszczególni autorzy podkreślają pomyślne wyniki w parasyfilisie. Osobiście spostrzegałem zniknięcie bólów tabetycznych w 2 przypadkach.

Skuteczność bi. daje się wytłomaczyć wykryciem jego obecności w mózgu i w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Co się dotyczy trwałości działania leku, spostrzegałem zaledwie 3 nawroty kliniczne. Oczywiście, zbyt krótki okres leczenia bi. nie pozwala nam wnioskować, jak się wogóle przebieg cierpienia ukształtuje.

Objawy uboczne i powikłania.

1) Stan ogólny niektórych chorych pogarsza się, chorzy tracą na wyglądzie i na wadze.

2) Najczęstsze są objawy ze strony śluzówki jamy ustnej. Jako środek zapobiegawczy, stosujemy wedle wska-

zówek Bernhardta 2—3 razy dziennie płukanie jamy ustnej 2% roztworem wodnym tanniny i smarowanie dziąseł wedle przepisu: ac. tannici 2,0 Glycerini, Trae Ratanhae aa 10,0. Przy stosowaniu tych środków ostrożności ani Luatol, ani przetwory chinino-jodowe nie dały ani razu poważniejszych zmian w jamie ustnej; poza rąbkami bizmutowym spostrzegaliśmy w licznych przypadkach jedynie nieznaczne zapalenie dziąseł, ustępujące dość szybko po przerwaniu leczenia.

3) Ciepłota podwyższona występowała jedynie w przypadkach przymiotu czynnego (wskutek rozpadu krętków).

4) Ze strony skóry opisane są nieliczne przypadki zapalenia skóry złuszczonego. Częściej zdarzają się swędzące wysypki typu rumieniowego. Osobiście spostrzegałem chorego, który po każdym zastrzyknięciu Luatolu reagował obfitą pokrzywką, silnie swędzącą, po 24 godzinach ustępującą. Tytułem próby zacząłem stosować lek metodą Besredki, i, rzeczywiście, od tego czasu nietylko nie pokazała się większa wysypka, ale, zdaniem chorego, i ból po zastrzyknięciu znacznie się zmniejszył. Kładąc to ostatnie na karb auto-suggestji chorego, podkreślam fakt desensybilizacji skóry, choć żaden z przetworów bi., które miałem w użyciu, nie posiada nietylko charakteru białka, ale nawet nie jest ciałem koloidalnym, jak przekonały nas o tem nasze badania.

5) Poszczególni autorzy opisują nieznaczne zaburzenia żołądkowo-kiszczowe, których ja nie spostrzegałem ani razu. Notowane są również nieliczne przypadki żółtaczki.

6) Wielu autorów wykrywało podczas leczenia bi. białko, a nawet i nabłonki nerkowe w moczu (wedle Richtera białkomocz występuje w 8%, nabłonki nerkowe w 3%). W moich przypadkach pod wpływem bi. nie wystąpiło to ani razu.

Wskazania do stosowania li tylko bi. są dzisiaj sprawą raczej teoretyczną, gdyż prawie wszyscy stosują go łącznie z salwarsanem, zastępując w ten sposób rtęć. Osobiście wskazany jest bi. w przypadkach, opornych na arsenik i w przymiocie żółciowym. Zauważyć tu należy, że znane są już przypadki oporności na bi. Za przeciwwskazanie mogą służyć ciężkie schorzenia nerkowe.

Ogólny rzut oka na wszystko, wyżej powiedziane, wskazuje, że w bi. przedewszystkiem mamy środek, bardzo szybko usuwający krętki i objawy czynne przymiotu — i dlatego doskonale nadający się do „wybielania“ przymiotu. Stosunek w sile leczniczej używanych dziś środków określa cyfrowo Milian wzorem: 4 : 7 : 10 (rtęć—bi. — s—a—an.). Pod względem więc krętkobójczym i pod względem szybkości znikania objawów stoi bi. całkowicie na wysokości. Gorzej jest ze zmianą odczynu W. Tu, zdaniem moim, dużo zawiniła nasza przesadna ostrożność w dawkowaniu środka i obawa przed jego trującymi własnościami. Prater cytuję przypadek, w którym chory przez omyłkę otrzymał w przeciągu czterech dni dwie dawki dziesięciokrotne i zniósł je bezkarnie. Ostatnio, kiedy doprowadziłem liczbę zastrzyknięć do 20, % pomyślnych wyników W. wzrósł. Milian w przypadkach szczególnie uporczywych nie cofa się przed 60 zastrzyknięciami bi. jodowo—chinowego. Występuje stanowczo przeciwko zwykłej metodzie (12 zastrz.), uważa on 24 zastrz. bi. jod—chin. za kurację najmniejszą. Należy również pamiętać o wytwarzaniu przez bi. depôts. Jak wykazują zdjęcia rentgenowskie, do całkowitego wessania się takiego składu potrzeba od 2—3 miesięcy. Czas przeciętny nie daje się ustalić, gdyż sprawa zależy tu od przetworu i ruchliwości chorego.

Z powyższego wolno nam wyciągnąć dwa wnioski: 1) należy stanowczo zwiększyć liczbę zastrzyknięć — tu mamy zupełną analogję ze sprawą zmienionej metodyki w stożowaniu wcierań rtęciowych — dziś — kiedy zamiast klasycznych 30 wcierań, częstokroć dajemy 42 i 2) za miarodajny należy uważać wynik serologiczny, otrzymany mniej więcej w miesiąc po zakończeniu leczenia. Ścisłe przestrzeganie przepisów higienicznych w jamie ustnej pozwoliło wielu z moich chorych nawet po 20 dawkach bi. ustrzec się przed wystąpieniem t. zw. rąbka bizmutowego, uważanego przez wielu za zło konieczne. Oczywiście, pod względem farmakologicznym mogą tu ważyć dwie koliczności: 1) zawartość bi. w danym przetworze i 2) pewna grupa chemiczna. Ad. 1) różne przetwory zawierają bi. w różnych ilościach, że przytoczę tu bismogenol (Tosse) — 61,1%, natrol — 54,7%, trepol — 53,5%, luatol (Spiessa) — 53,5%, cytrynian bi. (Gessnera) i bi. jodowo—chinowy (Gessnera) — 40%, bi. jodowo—chinowy (Ocha) — 60%. Ad. 2) leczniczo najwaz-

*) Bizmut, jako środek przeciwikiłowy. Pol. Gaz. Lek. 1922 Nr. 29, 30.

**) Dwa lata bizmutoterapii kiłowej. Warsz. Czas. Lek. 1924 Nr. 3.

niejsza ma być grupa bizmutowa — ale dziś jeszcze sprawa grupy czynnej nie jest rozstrzygnięta.

Kliniczny jednak przebieg nie zdaje się przemawiać za pewną równoległością zawartości bi. i wynikiem leczniczym, wzgl. pomiędzy przetworami niema tak rażącej różnicy, żeby mogła ona zwrócić uwagę klinicysty, tak, że oba wyżej poruszone punkty wymagają jeszcze wyjaśnienia.

Tak się przedstawia dziś sprawa leczenia przymiotu tylko bizmutem. Istotnej jego wartości nie będziemy mogli poznać całkowicie, gdyż prawie wszyscy bardzo szybko przeszli na leczenie bizmutowo-salwarsanowe. W każdym jednak razie można powiedzieć, że w środku tym znaleźliśmy sprzymierzeńca, o wiele silniejszego, niż rtęć, nie zagrażającego poważnymi powikłaniami i usuwającego przedewszystkiem w bardzo krót-

kim czasie zaraźliwe objawy przymiotu. Największe usługi odda nam on w przypadkach, opornych na arsenik, i w niektórych przypadkach przymiotu złośliwego.

Już po oddaniu do druku tego artykułu doszła mnie praca Jeana Selmea, której wyniki stwierdzają, że bi. nigdy nie udało mu się wykryć w płynie mózgowo-rdzeniowym. Po tym względem dzieli bi. los arseniku i rtęci, tak, że ze środków swoistych jedynie jod w płynie m.-r. znaleźć się daje. Wyniki dodatnie autorów, którzy na ten temat pisali o bi., powodowane były wadliwą techniką. Występująca po bi. poprawa kliniczna daje się tłumaczyć tem, że sole bi., impregnując ośrodki nerwowe, mogą wpływać bezpośrednio na zmiany mózgowo-rdzeniowe i oponowe, nie przechodząc wszakże do płynu m.-r., zachowując się zresztą w tej mierze tak samo, jak przetwory arsenobenzolowe i ich pochodne.

Z praktyki prywatnej.

Higiena i leczenie fizyczno-balneologiczne biegunek przewlekłych

napisał

I. GRUNDZACH (Warszawa).

Muszę zaznaczyć z góry, że tak ważnego działu higieny, jak dietetyka, nie podaję, aby się nie powtarzać, opisałem bowiem ją szczegółowo w świetle nauki i doświadczenia osobistego*). Obecnie pragnę omówić higienę ogólną wraz z psychoterapią i leczenie środkami fizycznymi i balneologicznymi.

Wspomniany czynnik, psychoterapia, ma tak ważne znaczenie w tem cierpieniu, że bez niego wszystkie inne tracą na sile i wpływie. Należy więc rozpocząć od higieny duszy.

Dla ustroju chorego, znechanego przewlekłym cierpieniem wszelkiego rodzaju, jest ona, jak to łatwo zrozumieć, rzeczą konieczną, i we wszystkich naszych przepisach lekarskich winna psychoterapia działać i działa niewątpliwie, jeżeli lekarz posiada pełne zaufanie chorego. Ale tem nie wyczerpuje się wpływ lekarza, który winien zupełnie świadomie nią się posługiwać. Nie należy sądzić, że jedynie bezpośrednio czynniki psychiczne wywołują biegunkę, jak to bywa w biegunkach pochodzenia nerwowego. Bardzo wybitne jest też działanie wtórne w razie ogólnego osłabienia ustroju i stąd powstającego wyczerpania układu nerwowego wegetacyjnego (sympatycznego i parasympatycznego). Wyczerpywanie to oddziaływa szkodliwie, nie pozwalając na poprawę zmian somatycznych. Dużo biegunek czynnościowych, a nawet i nieżytowych (colitis chronica) zależy od owych zmian wtórnych w układzie współczulnym. Spostrzegłem osoby, skądinąd zdrowe nerwowo, które, stosując przez czas bardzo długi ścisłą dietę i środki lekarskie z powodu nieżyty okrzężnicy, nie poprawiały się, jakby należało oczekiwać z powodu następczego osłabienia nerwowego (może wskutek jednoczesnego braku witamin w diecie tych chorych). Dopiero obfitsza dieta mieszana i uspokojenie chorego, że cierpienie jest uleczalne, sprawę z gruntu zmieniało. Nie mogę tu pominąć, że często sami podtrzymujemy wadliwą psychikę chorego, stosując dłuższe i męczące metody rozpoznawcze. Jak to już zaznaczyłem,**) w rozpoznaniu zmuszeni jesteśmy często kierować się, po zebraniu danych podmiotowych, anamnestycznych i przedmiotowych, intuicją i metodą „ex juvantibus et nocentibus“, zastrzegając się, że badania szczegółowe mogą się okazać w przyszłości konieczne. Takie postępowanie będzie skuteczniejsze, gdyż badania mogą znużyć, zniechęcić chorego i nasunąć myśli o ciężkości lub nieuleczalności cierpienia. Sposób ten dawał mi często dobre wyniki.

Z metod psychoterapii należy usunąć hipnozę z jej ujemnymi skutkami, stwierdzonymi przez poważnych auto-

rów, a zatrzymać się na bezpośrednim lub pośrednim poddawaniu myśli i na przekonywaniu rozumowaniem. Wmawianie na jawie osłabia krytycyzm chorego i powiększa i tak już wzmogoną autosugestyjność chorego. Stosując przekonywanie rozumowane, osiągamy nieraz ważne wyniki. Przekonywamy chorego o łatwej wyleczalności cierpienia tam, gdzie osiągnąć ją można, przytaczamy ogólnikowo skutecznie przeprowadzone kuracje, a wszystko to służy do podniesienia ducha i wzbudza utracone zaufanie do sił psychicznych, często utajonych, a także — do zaleconych kuracji. Dobrze jest inteligentnemu choremu wytłumaczyć powód jego cierpienia i znaczenie pewnych objawów, dalej, że cierpienie to nie jest rzadkością, że chory nie stanowi wyjątku, że nie należy się zbytino tem przejmować. Czasem — zaznaczyć, że cierpienie bywa długotrwałe, że bywają w niem różne okresy, że w pogorszeniu chwilowym niema nic niezwykłego, że pogorszenia takie będą coraz rzadsze i krótsze. Gdy chory przestanie się obawiać o swój stan zdrowia, siły jego duchowe i cielesne wzrosną, a leczenie osiągnie cel całkowicie. Timbal*) podaje, że kilkakrotnie spostrzegając, iż podczas ostatnich wielkich przeżyć wojennych ginęły uporczywie biegunki, trwające lat wiele pomimo wszelkie stosowane leczenie, i przytacza I. Ch. Roux**), który opisuje chorego, u którego pod wpływem wielkiego wstrząsu nerwowego, wywołanego strachem przed napadającym wrogiem, zginęła gwałtowna potrzeba wypróżnienia, i odtąd biegunka została trwale wyleczona. Przykłady to bardzo pouczające. To właśnie siły psychiczne utajone winniśmy w chorym wzbudzać, a udaje się to nam wówczas, gdy chory się przekona o życzliwości naszej i staraniach, gdy dowiaduje się od lekarza, że poprawa już jest wyraźna, a wyleczenie zapewnione. W ten sposób przekonywamy chorego, nie narzucając mu swego zdania, dajemy możliwość, by sam je sobie wyrobił, przetwarzając własną psychikę. Nie wymaga to wielkiego zachodu; czasem słowo lekarza waży lub żartobliwe, wypowiedziane z przekonaniem i bez śladu wahania, daje wyniki dobre, wybijając choremu tym z głowy „raki“ i „wrzody“ kiszek.

Z czynników higienicznych, działających na psychikę pośrednio, a tą drogą na cały ustrój, rozważyć należy: spokój umysłowy i moralny, odosobnienie i leżenie.

Niektóre z nich stosować należy w dobrze urządzone sanatorium lub w domu, jeżeli warunki leczenia temu sprzyjają, inne zaś — zalecając wycieczki i podróże.

Rzecz prosta, że musimy tu indywidualizować i postępować w miarę środków materialnych i warunków życia chorego. Niektórych chorych należy odosobnić i usunąć od szkodliwych wpływów otoczenia, innych — powierzyć tej opiece. Pewnych chorych należy usunąć od pracy umysłowej na czas jakiś lub pracę tę ograniczyć, wysłać na wieś lub do sanatorium dla właściwego leczenia jego cierpienia kiszkowego, innych wysłać w góry lub nad morze, zalecając przejażdżki i podróże morskie. Należy postępować b. ostrożnie. Ludzie, znudzeni pracą jednostajną, najlepiej się

*) Leczenie dietetyczne biegunek. Medycyna i Kronika Lekarska 1917.

**) O rozpoznaniu i leczeniu biegunek poch. nerwowego. Med. i Kron. Lek. 1913.

*) Dr. Louis Timbal. Les diarrhées chroniques. 1922.

**) Mathieu et I. Ch. Roux. Pathol. gastro-intestinale: les diarrhées nerveuses. L. c.

czują wśród umiarkowanych zabaw i rozrywek. Inni, zmęczeniu, lecz pragnący spokoju, doskonale czują się na wsi z jej brakiem wrażeń. Osoby młode, osłabione, apatyczne, lecz nie mało krwiste czują się lepiej na północy z jej krępującym klimatem i chłodną falą, anemiczni zaś i wyczerpani znośnią lepiej powietrze górskie i podgórskie, morze południowe z jego cieplejszym klimatem i łagodną cieplejszą falą. Dłuższe wycieczki morskie (morze Śródziemne) działają w tych razach doskonale. Innym znów służą podróże lądowe z ich częstą zmianą wrażeń, a są to ci, którzy, już wsiadając do wagonu, czują, że ich to uspakaja. Należy to starannie rozważyć w pogadance z chorym, który nam usposobienie swoje zdradzi, a z niem przedewszystkiem liczyć się należy, aby nie popełnić błędu i nie zmarnować leczenia. Szablon nie jest tu dopuszczalny.

Dłużej zatrzymać się należy nad sprawą leżenia i t. zw. „werendowaniem“. Timbal*) słusznie nazywa leżenie jedną z najważniejszych i najskuteczniejszych metod hig. leczniczych w biegunkach przewlekłych. Jeżeli zastanowimy się nad znaczeniem tej metody, znajdziemy kilka ważnych, działających tu czynników. Usuwa ona lub zmniejsza zmęczenie fizyczne. Zmęczenie u wszystkich tych chorych, a najbardziej u nerwowych, wywołuje wyczerpanie nerwowe, drażliwość, wybuchowość, chorobliwą samoobserwację, obawę chorób, osłabienie i bezsensowność. Drażliwość ta źle wpływa na sprawność przewodu pokarmowego. Wywołuje ona lub podtrzymuje już istniejącą biegunkę; zmęczenie fizyczne bezwarunkowo należy zredukować lub usunąć. O odpoczynku umysłowym i moralnym była już mowa. Ale to nie wszystko, osiągamy bowiem przez leżenie nie mniej ważny wynik — ograniczamy w wielkim stopniu pracę metaboliczną ustroju. Chorzy biegunkowi źle się żywią, źle trawia, źle przyswajają sobie soki trawienne i wskutek tego tkanki ich źle są odżywiane: chorzy chudną i słabną. Skoro przychód budżetowy jest zły, rozchód musi być ograniczony w myśl mądrej maksymy: „patrz rozchódzie, byś był z dochodem w zgodzie“. Wychudnięcie, złe już samo przez się, pociąga przykre następstwa w układzie nerwowym, złe żywionym, z wszystkimi, już opisanymi następstwami i sprzyja większemu zniżeniu narządów brzusznych, będącemu zazwyczaj w odwrotnym stosunku do tuszy. Zniżenie to jest stanem, z którym tu bardzo liczyć się należy. Wielce dobroczynny wpływ leżenia znaczne przynosi ustrojowi korzyści. Zniżenie bowiem, działając mechanicznie, zwalnia ruchy robaczkowe jelit, a więc i całe krążenie zawartości jelit i okrężnicy. Wywołuje to w okrężnicy zastępującą i cisy zaleganie kału, fermentację i gnicie, co znów powoduje biegunkę wtórną t. zw. paradoksalną.

Drugim czynnikiem, wywołującym biegunkę innego rodzaju — funkcjonalną, jest targanie i pociąganie zakończeń nerwowych w narządach przemieszczonych i opuszczonych (Timbal). Targanie te udzielają się splotom i zwojom nerwu współczulnego i stanowią źródło bólów i kurczów mięśniówki jelit. Kurcze te są tem boleśniesz, że często ściany jelit dotknięte są przewlekłą sprawą zapalną. Dobroczynny więc wpływ leżenia można streścić tak: usuwa zmęczenie, zmniejsza wychudnięcie i osłabienie i ogranicza do minimum bolesność brzucha, wywołaną zniżeniem trzew brzusznych. Wskazane więc będzie we wszystkich biegunkach przewlekłych, w których inne leczenie zawodzi.

Leczenie farmaceutyczne (uspakajające, przeciwfermentacyjne, opoterapeutyczne, specyficzne i symptomatyczne

ne) będzie tu pominięte, aby przejść do fizycznego i kąpielowo-zdrowotowskiego.

Z czynników fizycznych przytoczyć można dobroczynne często działanie ciepła, pod rozmaitą postacią miejscowo stosowanego. W tym celu stosujemy z powodzeniem okłady gorące pod ceratką i flanelką, kataplazmy z lnianego siemienia, okłady borowinowe i „fango“, wreszcie worki gumowe lub blaszanki z wodą gorącą, elektryczne termofory i przegrzewanie (diatermię). Mają tu także zastosowanie kąpiele słoneczne latem, zimą — lampa kwarcowa.

Co się tyczy prądów elektrycznych, to galwanizacja często uspakaja przedrażniony układ nerwowy brzuszny i wzmożoną perystaltykę jelit. Kąpiele elektryczne, faradyzacja lub galwano-faradyzacja będą czasem pożyteczne, należy je krytycznie i ostrożnie stosować, indywidualizując chorych w sanatorium pod kierunkiem dobrego lekarza i psychoterapeuty w jednej osobie.

Te same warunki posiadać winien zakład hydroterapeutyczny. Z zabiegów, pożytecznych w biegunkach przewlekłych (nietylko charakteru nerwowego), wymienić należy: okłady prysznicowskie, na noc stosowane, wanny letnie czyste lub z dodatkową wyciągu sosnowego, terpentyny albo wywaru z siana, trwające 10—20 m. z następczem 1½—2 godzinem leżeniem, co 2—3 dni stosowane. Inne zabiegi, jak nasiadówki, łaźnie natryskowe, półkąpiele z polewaniem mają tu także zastosowanie. Niektóre z tych zabiegów stosujemy z konieczności w domu, jeżeli chory jest pod odpowiednią kontrolą lekarską. Zbytnią wrażliwość skóry (biegunki zimowe) łagodźmy i wzmocnienie nerwów osiągnąć też przez obmywanie całego ciała (lub wycierania) wodą o ciepłocie, stopniowo obniżanej, zawsze pamiętając o wzmocnieniu całego ustroju, skołatanego przewlekłym cierpieniem jelit i specjalnymi kuracjami, wyczerpującymi chorych np. w biegunkach, zależnych od zaburzeń czynności płciowych.

Mówiąc o spokoju ciała i ducha, już wyżej wspomniałem o leczeniu klimatycznym, tu więc będzie ono pominięte.

Pozostaje jeszcze omówić pokrótce leczenie wodami mineralnymi w zdrojowiskach zagranicznych i krajowych. Słuszną sławą cieszy się tu Karlsbad, który często chorym tym ulgę sprawia niewątpliwą. Wskazany on będzie w biegunkach na tle kataralnym u chorych niezbyt wyniszczonych przy zastosowaniu kilku małych porcji (po 75,00—100,00) dwa, trzy razy dziennie, a także w przypadkach ze złą przemianą materji, połączoną z biegunką. W innych — wody te często nie pomagają lub szkodzą, a biegunki nerwowe zwykle się tam potęgują. Neuenahr, Kissingen, Wiesbaden i Salzbrunn także mogą być czasem polecane. Z włoskich: Montecatini (małe ilości wody ogrzewanej), z francuskich — Vichy, Plombières i Châtelguon trudno są dla nas dostępne obecnie. Wody te naturalne albo sztuczne pija się i w domu. Z wód krajowych na pierwszym miejscu wymienić należy perłę wód polskich — Krynice ze źródłem Zuber a i innymi, żelazisto wapiennymi. Chorzy doznawali często poprawy zdrowia, pijąc małe ilości Zuber a, mocno rozcieńczone wodą gorącą, i korzystając z powietrza, kąpiele, djetę i t. p. czynników. Na drugim miejscu — Truskawiec ze źródłem Naftusią, wypijaną na ciepło. Niektórym pomaga Szczawnica (ogrzana „Magdalena“ w małych ilościach).

W sprawie stosowania wód mineralnych z ich urządzeniami fizykalno-leczniczymi da się ściśle powiedzieć to samo, co o całym leczeniu chorób przewlekłych wogóle. Należy dokładnie przedtem rozpoznać cierpienie, ustalić wskazania i starannie indywidualizować całe leczenie. Żadne szablony i formułki nigdy tego nie zastąpią, a często w sposób przykry zawiodą.

*) (l. c.).

Odcinek.

Wrażenia z pracowni histologicznych we Francji *).

Podał

Dr. J. ZWEIBAUM (Warszawa),

adjunkt Zakładu Histologii i Embriologii Uniw. Warszaw.

W kwietniu r. ub., korzystając z uprzejmie przyznanego mi przez prof. Policarda stypendjum, udałem się do Ljonu i do Paryża dla zapoznania się z nowymi metodami histologicznymi i z nowymi kierunkami w histologii. Zasadą stypendjum, według słów Policarda, była wzajemna wymiana myśli. Zorganizowanie pobytu mojego we Francji, przyjęcie, jakiego doznałem w Ljonie ze strony tego uczonego i innych oraz w Paryżu ze strony prof. Prenanta, Regauda, Champy, Fauré-Fremieta, że wymienię tylko najwybitniejszych, było nad wyraz miłe. To też podróż moją mogłem doskonale wyzyskać i stąd też wrażenia z tej podróży wyniosłem bardzo wiele.

Podróż w obecnych czasach należy do rzeczy wyjątkowych i dla ludzi pracujących na polu naukowym ma zupełnie specjalne znaczenie. Wymiana myśli, poznanie nowych ludzi, innych ośrodków pracy twórczej jest dla umysłu, spragnionego takiej wymiany, dla umysłu, który przez czas dłuższy oddychał, jeżeli tak można powiedzieć, powietrzem swojej pracowni — jest wyraźnym ozdrowieniem. Ten dostęp świeżego powietrza jest jednocześnie źródłem nowej energii, jest bodźcem, który wyzwala nowe siły twórcze. Za umożliwienie mi tej podróży winienem prof. Policardowi szczere podziękowanie.

Celem mojej podróży, jakem wspominał, było zapoznanie się z nowymi metodami i kierunkami w histologii. Muszę tutaj na wstępie zaznaczyć, że od chwili, kiedy Kölliker wypowiedział myśl, że nadszedł czas, żeby histolog zrozumiał, że tylko badanie czynności komórki lub tkanki może się przyczynić do poznania jej istoty, myśl tę podjął i zaczął wprowadzać w czyn prof. Prenant. Wtedy też powstał nowy kierunek badań, który stopniowo zdobywał pracownie histologiczne francuskie. Możemy powiedzieć, że w chwili obecnej klasyczna histologia morfologiczna, opisowa zakończyła lub też kończy swój żywot, powiedzmy ściślej, przekształciła się w morfologję czynności komórki lub tkanki, czyli w histofizjologję. Jest to, mojem zdaniem, jedyna droga, pozwalająca na poznanie komórek, pozwalająca na skojarzenie tych dwóch pojęć, które, zdawaćby się mogło, są tak trudne do interpretacji w ich stosunku i łączności, jak forma i życie.

Poznanie czynności tkanki, a tembardziej oddzielnej komórki na drodze wyłącznie analizy chemicznej jest, jeżeli chodzi np. o przemianę materji tych elementów, może zbyt mało biologiczne, gdyż analiza ta uwzględnia jedynie chemizm, abstrahuje od formy komórki jako całości, jako pewnej organizacji. Poza tem analiza chemiczna, nawet tak zwana mikroanaliza jest bardzo często niewystarczająca do wykrycia minimalnych zmian, jakie zachodzą w komórce. Tak, np., analiza tłuszczu za pomocą metod barwinkowych, jak Sudan III lub Szkarłat, pozwala nam na wykrycie pojedynczych kulek tłuszczowych, najczulsza zaś mikroanaliza chemiczna, jak metoda Banga, nawet w modyfikacji Wasilewskiej, pozwala nam wykryć najwyżej 0,2 mg. substancji. Metody, używane w histofizjologii, są więc metodami mikroanalitycznymi par excellence. Przyznać trzeba, że nie wszystkie metody analizy histologicznej są dokładnie opracowane, nie wszystkie, obecnie używane, są całkowicie pewne; są one jednak w całym znaczeniu tego słowa biologiczne, gdyż reakcje odbywają się tutaj in situ, bez naruszenia struktury tych elementów. Weźmy dla przykładu metodę wykrywania fermentów oksydacyjnych w komórkach za pomocą reaktywu Römera i Szpitzera (nie zupełnie dokładnie, mojem zdaniem, jeszcze przeanalizowanego) lub też metodę bcnzydynową. Pozwalała nam one na wykrycie minimalnych zmian w zachowaniu się fermentów pod wpły-

wem różnych czynników oraz pozwalają, co jest niezwykle ważne z punktu widzenia biologicznego, na określenie lokalizacji tych fermentów w komórce. Tyczy się to i innych metod, jak np. w stosunku do glikogenu, białka, żelaza i t. d. Reakcje takie rzucają pewne światło na rolę poszczególnych części komórek w ich organizacji i starają się wyświetlić zależność, jaka istnieje pomiędzy formą poszczególnych tworów komórkowych a czynnością komórki.

Histofizjologja, która tak bardzo rozkwitła we Francji, korzysta ze wszystkich metod, poczynwszy od prostej obserwacji morfologicznej tkanki utrwalonej, następnie z metody badania tkanki, żyjącej w środowisku sztucznym, t. j. kultury tkanek, oraz z metod analizy fizycznej i analizy chemicznej.

Kierunek histofizjologiczny panuje w obecnej chwili we wszystkich pracowniach we Francji. Miałem możność poznania pracowni histofizjologicznej w Ljonie, której kierownikiem jest prof. A. Policard, pracowni paryskich w Sorbonie, pozostających pod kierunkiem prof. Prenanta i pracowni w Collège de France — pod kierunkiem prof. Nagelottea i Fauré-Fremieta.

Najżywniejszą z tych pracowni jest pracownia w Ljonie. Rysem charakterystycznym tej pracowni jest to, że pojmuje ona histofizjologję w znaczeniu najszerszym tego słowa, a to z tego względu, że pomimo, iż mamy tam do czynienia z pracownią wydziału lekarskiego, której zadaniem z zasady powinno być kultywowanie histologii ciała ludzkiego, w pracowni prowadzone są badania zarówno histologii normalnej i patologicznej człowieka, jak również zwierząt niższych oraz histofizjologii roślin i fizjoembriologii. Wrazem tego jest dobór asystentów pracowni; a więc: lekarz, zoolog, botanik i chemik. Praca jest zorganizowana w ten sposób, że istnieje ścisła współpraca chemika z biologiem. Kierunek histofizjologiczny rozwinął się we Francji w tej chwili do takiego stopnia, że powstała potrzeba założenia specjalnego czasopisma, poświęconego pracom histofizjologicznym, mianowicie: „Bulletin d'histologie, appliquée à la physiologie et à la pathologie”. Redagowane jest ono przez prof. A. Policarda.

Przyjrzyjmy się teraz bliżej pracom, wykonywanym w poszczególnych pracowniach. Pracownia histofizjologiczna w Ljonie jest to stara pracownia o wielkich tradycjach histologicznych, której kierownikami byli Renaut oraz Regaud, obecnie kierownik pracowni doświadczalnej w Instytucie Radium w Paryżu. W pracowni tej pracowało podczas mojego pobytu 18 osób różnej narodowości. Jest to pracownia, w której praca zakrojona jest na wielką skalę. Kierownik pracowni przeważnie kieruje pracami, o określonej porze dnia przyjmuje, że się tak wyrażę, raporty pracowników, przegląda ich ostatnie preparaty, omawia je z nimi i daje wskazówki do dalszych badań. Pracownia ta uposażona jest we wszelkie niezbędne przyrządy, zresztą, czasami stare, ale którymś można doskonale się posługiwać. W tej pracowni potwierdza się aforyzm, że w starych pracowniach ze starymi przyrządami pracuje się często lepiej, aniżeli w nowych, doskonale urządzonych. Nie trzeba jednak przypuszczać, że pracownie francuskie nie starają się uzyskać dla siebie najnowszych udoskonalonych przyrządów i stare pozamieniać na nowe. Trudności jednak finansowe dają się bardzo i tu pracownikom we znaki. Kredyty rządowe są tak małe, że w końcu maja r. ub. zorganizowano nawet publiczną zbiórke na rzecz pracowni francuskiej. Dała ona pokaźne rezultaty.

Wracając jednak do pracowni w Ljonie, zaznaczyć, że praca tam jest doskonale zorganizowana. Personel naukowy etatowy ma wyjątkowo mało obowiązków pedagogicznych i cały prawie czas poświęca pracy naukowej. Wzręcz odmienne stosunki panują u nas, gdzie obowiązki pedagogiczne zajmują bardzo dużo czasu, tak, że na pracę ściśle naukową pozostaje go bardzo mało.

W pracowniach francuskich, jak zresztą we wszystkich dziedzinach życia we Francji, pracuje się wyjątkowo intensywnie. To też produkcja naukowa francuska jest bardzo duża. W roku np. 1922 jedna tylko pracownia w Ljonie wydała 23 prace naukowe pierwszorzędnej wartości z zakresu histofizjologii. W roku zaś 1923 liczba tych prac wynosi prze-

*) Odczyt wygłoszony w dn. 26 lutego r. b. w Polsko-Francuskim Towarzystwie Lekarskiem.

szło 30. Przyznać trzeba, że jest to dorobek pokąźny, tembardziej, jeśli zważymy, że wszystkie te prace wnoszą, jak zobaczymy później, bardzo cenne materiały do nauki. Pracownia ta jest ośrodkiem prac nad aparatem mitochondrialnym, ściślej nad jego czynnością w komórce. Mitochondrja są to drobne ciała, występujące we wszystkich komórkach, zarówno normalnych, jakoteż patologicznych, w elementach płciowych i w komórkach embrjonalnych. Posiadają one kształt podłużny, nitkowaty (chondriokonty lub chondriomity) lub też kształt ziarnisty. Istota, charakter i przypuszczalna czynność tych elementów wywołały od chwili ich wykrycia przez Bendę w roku 1897 bardzo gorące spory i rozliczne hipotezy. W obecnej chwili przeważa pogląd, że aparat ten bierze udział w przemianie materji komórki, będąc ośrodkiem wytwarzania się materiałów odżywczych komórki, białka i tłuszczu. Węglowodanów aparat ten wytwarzać nie jest w stanie. Z ogromnej liczby prac nad temi zagadnieniami zdaje się wyłaniać pogląd, że mitochondrja są katalizatorami przemiany materji. Istotnie, w ostatnich czasach, na skutek wypowiedzianego przez Policarda poglądu, Marcel Prenant, syn prof. Sorbony, przeprowadził badania nad stosunkiem, jaki zachodzi pomiędzy mitochondrjami a fermentami komórki. Używając metody benzydynamy, autor dochodzi do wniosku, że istotnie część przynajmniej tych ziarnistości stanowią peroksydazy. W związku z temi zagadnieniami stoją piękne prace, ostatnio wykonane w Ljonie, nad zachowaniem się mitochondrjów w komórce wątrobowej. Praca ta pozwoliła nam na poznanie czynności zrazika wątrobowego. Autor jej (Noël) wyświeilił fakt bardzo doniosły, że mitochondrja, występujące w komórkach wątrobowych, wytwarzają ciała białkowe, ciała tłuszczowe, redukujące osm, i ciała o naturze, jeszcze nie określonej, które zdają się mieć pewien związek z wytwarzaniem żółci. To wytwarzanie pociąga za sobą szereg modyfikacji morfologicznych, które autor grupuje pod nazwą „Cyklu rozwojowego wydzielniczego chondriomu“. Cykl ten obejmuje jedną fazę wzrostu, która zaczyna się od chondriomu nitkowatego, przechodzi następnie w chondriom ziarnisty. W fazie drugiej — chondriom ulega ponownym zmianom i wraca do swego stanu nitkowatego. Fakt ten pozwolił Noëlowi wyciągnąć pewne wnioski o czynności zrazika, którego elementy komórkowe we wszelkich stanach posiadają chondriom nitkowaty — który więc nie wykazuje nigdy żadnej czynności wydzielniczej. Jest to t. zw. zona stałego spoczynku zrazika. Na powierzchni zrazika natomiast chondriom jest w stałej czynności, nawet po dłuższem głodzeniu zwierząt. Pomiędzy obiema występuje zona pośrednia, która wykazuje czynności twórcze mniejsze lub większe, w zależności od stanu zwierzęcia. Widzimy więc, że nie cały zrazik wątrobowy jest jednakowo czynny. Istnieją w nim pewne zony czynnościowe. Badanie więc chondriomu pozwoliło na wyciągnięcie wniosków ogólniejszych, natury fizjologicznej. Wreszcie tenże autor, analizując chondriom w komórkach wątrobowych w różnych okresach czynności oraz porównując dane, otrzymane przez botaników, dochodzi do wniosku, że chondriom po wypełnieniu swojej czynności elaboracyjnej, t. j. po wytworzeniu tłuszczu lub białka nie ulega właściwie żadnej zasadniczej zmianie. Istotnie, jeżeli w stanie spoczynku chondriom ma kształt wydłużony, wykazuje postać chondriokontów, — to w czasie wypełniania swoich czynności staje się okrągłym, sferycznym, wstępuje w fazę mitochondrjów. W trzecim wreszcie okresie chondriom ponownie wraca do swojej formy pierwotnej, wydłużonej. Stąd też autor w końcu pracy swojej mówi: „Substancja mitochondrialna nie ulega zmianom przez swoją elaborację, i hipoteza, która stara się porównać rolę chondriomu z rolą katalizatorów komórkowych, posiada wszelkie cechy prawdopodobieństwa“.

Widzimy więc, że powoli może, ale stopniowo histofizjologia zbliża się do wyświeitlenia roli tych twórców komórkowych, które wywołały tyle sprzecznych ze sobą pojęć w histologii morfologicznej.

Wpływ czynników fizycznych na aparat mitochondrialny również był przedmiotem badań tej pracowni. Policard i Mangenot wykazali, że aparat ten jest wyjątkowo wrażliwy na temperaturę, i że istnieje pewna stała temperatura krytyczna dla mitochondrjów. Jest nią temperatura 48—50° C. Jest to wpływ specyficzny, gdyż żaden inny element komórkowy nie reaguje morfologicznie na tę temperaturę.

Poza pracami z histologii normalnej, zarówno zwie-

rzące, jak roślinnej, prowadzone są badania z histopatologii. Ostatnio zostały zorganizowane badania doświadczalne nad nowotworami. Badania te są zorganizowane kolektywnie. Badania nad gruczołami dokrewnymi, przysadką mózgową zdają się przychylić do wniosku, że wydzielina części pośredniej, pars intermedia, jest raczej produktem rezerwy, a nie wydzieliny czynnej.

Bardzo interesujące są badania Policarda nad funkcjonowaniem komórek tłuszczowych. Istnieją, jak wiadomo, dwie teorie klasyczne tego funkcjonowania: jedna — cytologiczna, druga — biochemiczna. Według pierwszej kulki tłuszczu powstają przy bezpośrednim udziale mitochondrjów. Teoria ta przyjmuje więc głębokie przekształcenie tłuszczu wprowadzonego. Według drugiej, tłuszcz ten jest zawsze chemicznie zbliżony do tłuszczu, wprowadzonego z pokarmem — teoria ta przyjmuje więc bezpośrednią fiksację tłuszczu przez komórki. Otóż autor uważa, że udział mitochondrjów może mieć miejsce tylko w rozwoju komórki tłuszczowej, t. j. w okresie przekształcenia się fibroblastu na komórkę tłuszczową. Po wytworzeniu się pęcherzyka tłuszczowego mówić o mitochondrjach praktycznie nie można. Otóż autor za pomocą metody barwienia przyżyciowego tłuszczu — dorzucił następujące szczegóły o funkcjonowaniu dojrzalej komórki tłuszczowej. Autor opiera się na fakcie interwersji struktury komórki tłuszczowej. Mianowicie, w pierwszych okresach czynności takiej komórki — tłuszcz występuje w postaci drobnych kuldek, oddzielonych pasmami protoplazmy. Jest to układ emulsyjny — jak np. mleka. Później ilość tłuszczu zwiększa się, kulki łączą się ze sobą, tworzą jeden pęcherzyk tłuszczowy duży. Następuje tutaj szybkie zniszczenie równowagi układu pierwotnego. Zjawiska te są zupełnie zbliżone do zjawisk interwersji typu koloidalnego, który się obserwuje przy mieszaninie np. wody z oliwą. Dopóki zawartość wody w tej mieszaninie jest wysoka — mieszanina składa się z kulek oliwy, tworzącej fazę wewnętrzną, rozdzielonych w wodzie, która tworzy fazę zewnętrzną. W pewnym momencie zawartość oliwy się zwiększa — typ mieszaniny zmienia się zasadniczo, woda staje się fazą wewnętrzną, — jej cząsteczki występują w oliwie, która tworzy już fazę zewnętrzną. Na tych zasadach oparty jest przemysł tłuszczowy. Analogiczne zjawisko występuje przy tworzeniu się komórki tłuszczowej. Taka interwersja kom. tłuszczowej, która zmienia morfologję komórki, zmienia również i jej fizjologję. Przekształcona na pęcherzyk tłuszczowy, komórka tłuszczowa może przez absorbcję chwycić cząsteczki tłuszczu, które wchodzą z komórką w kontakt. W ten sposób zostają absorbowane cząsteczki barwików lipoido rozpuszczalnych, co, oczywiście, nie ma miejsca przed interwersją struktury komórki tłuszczowej. Fakt ten zresztą odnosi się nie tylko do komórek tłuszczowych. Policard obserwował te same zjawiska w istocie korowej nadnercza i w gruczołach łojowych. Stąd autor wnioskuje, że w czynności komórki tłuszczowej należy odróżnić dwa procesy: elaboracji i fiksacji tłuszczu.

W czasie mojego pobytu prowadzone były również badania, teraz już ogłoszone w Akademji Paryskiej, nad wykrywaniem żelaza w tkankach. Metoda ta polega na bezpośrednim spalaniu skławków w piecyku elektrycznym i pozwala nam wykryć i określić lokalizację tego pierwiastku w ilościach minimalnych.

W Ljonie przeprowadziłem badania nad barwieniem przyżyciowem tłuszczu w komórkach zwierzęcych i roślinnych. W komórkach roślinnych udało się doskonale różnicować oleje tłuste i olejki eteryczne, rzecz, która do tej pory była nieznana. Prace te ogłoszone zostały w Soc. de Biologie. Obszerne badania z histofizjologii roślin prowadzone są przez wybitnego botanika Mangenota.

W pracowni w Ljonie praca trwa zwykle od 8-9 rano do 12 w poł. i od 2 do 7 wieczorem. Praca jest bardzo intensywna i, jak widzimy z tych kilku referatów, bardzo owocna.

Jeżeli przejdziemy teraz do omówienia pracowni paryskich, to i tutaj ich cechą charakterystyczną jest metoda doświadczalna. W Sorbonie z uczonych wybitnych pracują: Branca i Verne. Branca ma zresztą powierzoną sobie pracę pedagogiczną, Verne — naukową. Autor ten bada na drodze doświadczalnej powstawanie barwików u skrupiaków, między innymi powstawanie hemoglobiny. Pracownia ta, znajdująca się pod kierunkiem prof. Prenanta, jest w chwili obecnej może nieco mniej żywotna z powodu choroby

kierownika. Intenzywnie wrę praca histologiczna w Collège de France pod kierunkiem Nageotte'a i Fauré-Framieta. Nageotte przeprowadza swoje niezwykle interesujące doświadczenia nad t. z. „greffe morte”, t. j. przeszczepianiem tkanki martwej. Autor ten ogłosił już szereg prac nad tem zagadnieniem. Z prac tych wynika, że tkanka martwa, utrwalona w alkoholu lub formolu i przezszczepiona do organizmu młodego, już po kilku dniach zostaje zamieszkała przez elementy łączno-tkankowe w ten sposób, że niepodobna jest odróżnić tkanki żywej od martwej. Wraz z wzrostem tej tkanki wrastają tam i naczynia krwionośne, odnawia się więc i krążenie normalne. Preparaty, jakie uczony ten posiada, są wyjątkowo przekonywujące.

Druga pracownia zostaje pod kierunkiem zapalnego zwolennika metody doświadczalnej w histologii i embriologii prof. Fauré-Framieta. Uczony ten, o umyśle nadzwyczaj lotnym i twórczym, prowadzi badania nad całym szeregiem zagadnień, a więc histochemią elementów płciowych, jaj i plemników, nad procesami oksydacyjnymi u pierwotniaków, nad reakcjami histochemicznymi fermentów komórkowych, jak lipazy, proteazy i t. d.

To jest rys ogólny prac prowadzonych obecnie we Francji. Prace te często odbywają się w warunkach rozpaczyliwych, n. p. w Collège de France, i trzeba istotnie wielkiego

zapału, wielkiego talentu i wielkiej pracowitości, aby dokonać tego, co wykonywują Francuzi, i dojść do takich sukcesów.

Ruch naukowy i wymiana myśli jest ciąglem dążeniem francuzów, stąd też urządzane są częste zjazdy, nie tylko wewnętrzne francuskie, ale międzysojusznicze. Zjazd taki miał miejsce w marcu roku ubiegłego w Ljonie. Obecni byli przedstawiciele Belgji, Rumunji, Szwajcarii, Portugalji, Hiszpanji. Brakowało Polski. Ówczesne trudności komunikacyjne nie pozwoliły mi przybyć na czas, na zaproszenie prof. Policarda.

We Francji rozpowszechniony został zwyczaj zapraszania profesorów innych narodowości na cykle wykładów. W czasie mojego pobytu w Ljonie wykładali: prof. Brachet z Belgji, Costa z Lisbony i Cantacuzene z Bukaresztu. Wykłady tych uczonych w pracowni w Ljonie nosiły charakter fizjoembriologiczny (Brachet) i histofizjologiczny (Costa). Pracownia w Ljonie, jak widzimy, przeprowadza konsekwentnie swój program. Program ten sformułował doskonale Policard w przedmowie do swojego czasopisma, poświęconego histofizjologii. Mówi on:

„Histologia nie jest nauką, zamkniętą w sobie. Nie jest ona celem, ale techniką, metodą raczej, służącą do zęlbienia problemów czynności, jest gałęzią fizjologii, i duch fizjologii powinien ją ożywiać”.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

Kilka słów o naczyniach włosowatych. Metoda badania naczyń włosowatych skórnych na żywym ustroju ludzkim.

(Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Zagłębia

Dąbrowskiego dnia 20 marca 1924 r.)

podał

Dr. Jakób PUTERMAN (Sosnowiec).

W układzie naczyniowym wybitną rolę odgrywają naczynia włosowate: za pośrednictwem naczyń tych odbywa się najważniejsza czynność życiowa ustroju — wymiana substancji pomiędzy krążącą w nich krwią a tkankami stałymi, dopływ, mianowicie, do nich ciał odżywczych i tlenu i odpływ zużytych produktów i kwasu węglowego. Za pośrednictwem tętnic krew zostaje doprowadzona do naczyń włosowatych, za pośrednictwem zaś żył od nich odprowadzona, tak, że naczynia włosowate stanowią jakby stację węzłową dla torów cyrkulacyjnych. Poza tem naczyniom włosowatym przypada w udziale czynność regulacji ciepłoty ciała, przeziwu skórno (perspiratio insensibilis), wydzielin potowych, dalej odgrywają one ważną rolę w sprawach oddechowych na tle afektów psychicznych (zarumienienie, zblednięcie), w nowstawianiu różnych spraw csutkowych, zakaźnych, idiosynkrazyjnych, w sprawach obrzękowych pochodzenia sercowego lub nerkowego.

Wobec tak wielostronnej roli, jaką naczynia włosowate odgrywają w ustroju, nie od rzeczy, może, będzie uprzytomnienie sobie ich budowy anatomicznej, fizjologii oraz sposobu krążenia krwi, odbywającego się w nich w warunkach normalnych i chorobowych.

Związek anatomiczny pomiędzy tętnicami i żyłami za pośrednictwem układu włosowatego ustalony został w r. 1669 za pomocą metody iniekcji naczyń i ich badania drobnowidzowego (de Marchettis, Blankard, Ruysch).

Budowa naczyń włosowatych jest jednolita: ściany ich składają się z płaskich podłużnych komórek śródbłonkowych, spojonych kitem; znajdują się one w ścisłym związku z błoną wewnętrzną tętnic i żył. Kwestja istnienia otworków (stomata) w ścianach naczyń tych nie została dotychczas rozstrzygnięta. Niektórzy (Gegenbaur) nie uznają istnienia otworków. Stwierdzono przepuszczalność ścian naczyń wło-

sowatych w stosunku do wody, gazów, ciał koloidalnych, jak również do elementów morfologicznych przy zachowanej całości ich ścian.

Średnica światła naczyń włosowatych u człowieka nie jest jednakowa, waha się ona w różnych narządach w granicach od 4—20 mikronów. Najszerze naczynia włosowate znajdują się w watrobie, szpiku kostnym, w miazdze zębnej (12—20 μ .), najwęższe w siatkówce i w mięśniach (5—6 μ .). Wobec tego, że przeciętna średnica powierzchni krwinek ludzkich = 7,5 — 7,7 μ , grubość 1,6—1,9 μ , rurka włosowata przepuścić może jedną lub kilka zaledwie krwinek. Dla ścisłości dodam, że nie wszystkie tkanki zaopatrzone są w naczynia włosowate, do tych zaliczyć należy nabłonek i tworzy nabłonkowe (włosy, paznokcie, emalia zębna), chrząstki, pewne części narządów zmysłowych i układu nerwowego.

Pasemka podściółki łączno-tkankowej biegną w kierunku naczyń włosowatych. Naczynia włosowate otoczone są komórkami koszykowatymi Rougel-Mayera nakształt włókien mięsnych, otaczających tętnice. Według najnowszych poglądów naczynia włosowate zaopatrzone są w delikatne włókienka nerwowe, n. n. constrictores et dilatores, skutkiem czego obdarzone są własnościami samostnego kurczenia i rozszerzania się. Ośrodek naczynio-ruchowy, znajdujący się, jak wiadomo, w rdzeniu przedłużonym, stoi w ścisłym związku z jedną stroną z nerwem błędnym, zaś z drugiej z nerwem hamującym (n. depressor C vona). Poza tem na układ włosowaty wywiera wpływ i układ współczulny.

Skurczenie naczyń włosowatych odbywają się za pośrednictwem komórek koszykowatych Rougel-Mayera.

Skutkiem własności samostnego kurczenia i rozszerzania się naczynia włosowate znakomicie ułatwiają pracę serca. Według Biera biorą one czynny udział w ogólnem krążeniu krwi. Słusznie też naczynia włosowate noszą nazwę serc obwodowych, serc dodatkowych (corda accessoria — Grützner). Poza tem automatyzm układu włosowatego ujawnia się w małej zależności ciśnienia krwi i w związku z tem i krążenia krwi w układzie włosowatym od stanu ogólnego ciśnienia krwi w tętnicach. Według Landerera wzmożone ciśnienie tętnicze nie zawsze idzie w parze z lepszym ukrwieniem włosowatem i naodwrot. W kąpieli zimnej, na przykład, przy wzmożonym ciśnieniu tętniczym, ciśnienie włosowate spada niżej normy, zaś w kąpieli ciepłej ciśnienie włosowate pozostaje niezmiennem, aczkolwiek ciśnienie tętnicze spada.

Bardziej jeszcze ujawnia się antagonizm pomiędzy ciśnieniem krwi tętniczym a włosowatym w pewnych sprawach chorobowych: w zanikowym zapaleniu nerek, w cukrzycy, w których, przy wzmożonym zazwyczaj ciśnieniu krwi w układzie tętniczym, krążenie krwi w naczyniach włosowatych odbywa się pod niskim ciśnieniem. Zauważę tu mimochodem, że Weiss przypisuje zjawisku temu celowość samolecniczą. W zastój krwi natomiast ciśnienie krwi w naczyniach włosowatych bywa wzmożone przy niskim ciśnieniu krwi w układzie tętniczym. Mierzenie ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych specjalnym przyrządem (Ochro-metrem Baslera) stwierdziło normalną wysokość u mężczyzn 80—110 mm. wody, u kobiet 70—105, u dzieci zależnie od wieku 46—60.

Badanie krążenia krwi w naczyniach włosowatych rozpoczęte zostało w r. 1661 przez Malpighiego na płucach, krezce i pęcherzu moczowym zimnokrwistych, zaś u ciepłokrwistych przez Cowpera w r. 1669, przez Leeuwenhoek'a na ogonkach kijańek i ryb. Badania te dokonywane były na tkankach przezroczystych, przepuszczających światło. Pomijam tutaj próby entoptycznego badania krążenia krwi przez Purkiniego, Johanna Müllera i innych, gdyż chodzi tu właściwie o spostrzeżenia podmiotowe na własnych swoich ustrojach. Na ustroju ludzkim badania krążenia krwi na naczyniach włosowatych siatkówki, łącznicy i rogówki dokonywane były przez oftalmologów. Za pomocą specjalnego przyrządu dokonywano u ludzi żywych badania naczyń włosowatych wędzielka języka, błony śluzowej warg.

Metodę badania naczyń włosowatych skórnych na żywym ustroju ludzkim mamy do zawdzięczenia O. Müllerowi i Weissowi z Tubingi. Za pomocą odpowiedniego przyrządu mikrofotograficznego udało im się utrwalić naczynia włosowate na kliszach.

Technika badania skórnych naczyń włosowatych jest prosta, skutecznie się ona daje już przy świetle dziennym, do bardziej szczegółowych badań nadaje się lepiej intensywne światło sztuczne, z góry i z ukosa padające na powierzchnię, podlegającą badaniu. Przez zwilżenie skóry olejkami cedrowym, gliceryną lub olejkami parafinowymi naskórek staje się przezroczystym, i wówczas przy stosunkowo niewielkim już powiększeniu uwidatnione zostają naczynia włosowate, a w pewnych stanach chorobowych widać w nich również i krążenie krwi.

Naczynia włosowate skórne są stosunkowo dość dużych rozmiarów, widać je przy powiększeniu 20—40-krotnym, co przemawiałoby za tem, że naczynia te przeznaczone są nie tyle do spraw przemiany materji w skórze, ile do innych jeszcze celów.

Najodpowiedniejszym miejscem do badania jest środek brzoju skórno-palców rąk (limbus), graniczącego z łożyskiem paznokcia (najdogodniejszy jest czwarty palec lewej ręki *). W miejscach tych brodawkowate twory skóry są bardziej spłaszczone, i tutaj naczynia włosowate biegną w kierunku poziomym prawie aż do wałeczka paznokciowego (vallum unguis).

Naczynia włosowate składają się z dwóch odnóg—cienkiej doprowadzającej — ramus afferens arteriosus i z nieco grubszej odprowadzającej — ramus deferens venosus. Przejście odnogi tętniczej w żylną odznacza się pewnym zgrubieniem.

W warunkach normalnych przedstawiają się naczynia włosowate skórne w postaci pętli równolinijskich, poziomo w jednym kierunku biegnących, jednakowo krwią napełnionych. Słupek krwi rzadko w swym prądzie bywa przerywany. Rzadko spotykamy się z postaciami wężykowatymi lub ósem-

*) Technika badania jest następująca: na stoliku mikroskopu umieszcza się drugi, trzeci, czwarty i piąty palec lewej ręki stroną paznokciową do góry zwróconą w ten sposób, aby środek brzoju skórno-czwartego palca na granicy łożyska paznokciowego dostał się pod soczewkę przedmiotową mikroskopu. Środek tego brzojka skórno-go zwilża się olejkami cedrowym, lub parafinowym, albo gliceryną. Obiektywy, używane przeze mnie do badania, są albo Reicherta Nr. 3, albo Zeissa apochromat z odległością ogniskową 16 mm. Okular 2. (powiększenie w 1-ym razie 65, w 2-im — 31. Najlepiej wpisać się na badaniu naczyń włosowatych własnego czwartego palca lewej ręki.

kowatymi. Zabarwienie kapilarów jest wybitnie czerwone, zaś tło blade-różowe.

Z powodu szybkości krążenia krwi (przeciętna szybkość w siatkówce wynosi 0,6—0,9 mm. na sekundę) w warunkach normalnych samego krążenia najczęściej nie widać w naczyniach włosowatych, dopiero przy zwolnieniu prądu krwi, jak to często się zdarza w zaburzeniach cyrkulacyjnych miejscowych lub ogólnych, występuje brak ciągłości w słupek krążącej krwi, i wówczas krążenie krwi staje się widocznym.

Przy zwolnionym biegu prądu krwi krwinki zostają jakby zawieszone w osoczu. Z powodu skłonności lepkich krwinek do osadzania i sklejania się, występuje w zwolnionym prądzie krwi mniejsze lub większe skupienie się krwinek, skutkiem czego słupek krwi przybiera kształt ziarnisty, bryłczkowaty; najmniejsze, ledwo dostrzegalne ziarenka stanowią pojedyncze odosobnione krwinki, skupienia większe — większą liczbę krwinek.

Według Reimana przy umiarkowanym zwolnieniu krążenia krwi prąd drobnoziarnisty stanowi jeszcze zjawisko fizjologiczne, natomiast prąd gruboziarnisty lub cylindryczny cechuje już zjawisko patologiczne, a tem samem znaczne zwolnienie krążenia. Tego rodzaju zjawiska, jak prądy krwi ziarniste, znane już były zresztą oftalmologom z badań naczyń włosowatych spojówki, rogówki i siatkówki.

Opisana metoda badania naczyń włosowatych skórnych daje nam możliwość różniczkowania pewnych spraw chorobowych wówczas, gdy inne metody jeszcze zawodzą. Znamienne są zwłaszcza zmiany anatomiczne i cyrkulacyjne ze strony naczyń włosowatych skórnych w sprawach nerkowych (zapalenie nerek rozlane ostre i przewlekłe, nerka zanikowa), w miażdżycy tętnic, cukrzycy, zastój krwi, jako objawie zaburzeń cyrkulacyjnych, — bądź lokalnych, bądź ogólnych.

I. Bardzo charakterystyczny jest obraz w przypadku nerki zanikowej: liczba pętli włosowatych jest zwiększoną, pętla się wydłużona i rozszerzona, w razie jednoczesnej miażdżycy tętnic spotyka się również pętla zwężona, większość pętli ma postać wężykowatą lub ósemkowatą, gdy normalnie, jak wzmiankowano, postacie te rzadko się spotykają. Jeżeli niema zastój krwi, odnogi naczyń włosowatych odprowadzające mało się różnią pod względem objętości od doprowadzających. Zazwyczaj prąd krwi bywa zwolniony, zaś w niektórych naczyniach włosowatych spostrzega się zastój krwi. Napełnienie naczyń bywa zmienne: obok dobrze napełnionych spotyka się kapilary o wadliwym napełnieniu, miejscami zupełnie puste — bezkrwiste naczynia, obraz ma wówczas wejście pstrokate (plamisto-marmurkowe); ciągłość w słupek krwi często bywa przerywana, i prąd krwi przedstawia się jako bryłczkowaty, ziarnisty, o mniejszych lub większych ziarenkowatych skupieniach krwinek. Wreszcie w sprawie tej spotykamy się z rozgałęzieniami wzajemnie łączących się naczyń włosowatych, rodzaj anastomoz, czego w warunkach normalnych nie bywa. Zmiany powyższe, zarówno anatomiczne — wężykowatość naczyń, anastomozy, — jak i cyrkulacyjne — zwolnienie prądu krwi, brak ciągłości w słupek krwi — przypisać należy czynnikom szkodliwym, zachodzącym w samych naczyniach włosowatych. Wadliwe bowiem krążenie krwi nie może być uzależnione od przyczyn centralnych, gdyż krążenie w kapilarach jest dostatecznie zagwarantowane z jednej strony przez właściwe choroby tej znaczne wzmożenie ogólnego ciśnienia krwi, zaś z drugiej przez dość długo zazwyczaj zachowaną siłę popędową serca (vis a tergo).

Jak wzmiankowaliśmy, ciśnienie krwi w naczyniach włosowatych bywa w przypadkach nerki zanikowej o wiele niższe, niż tętnicze. Zjawisko to objaśnić się daje w sposób następujący. Skurcz obwodowych tętniczek, towarzyszący nerce zanikowej (Volhard), powoduje wzmożenie ciśnienia tętniczego. Po przewyciężeniu obwodowych oporów ciśnienie krwi spada, i krążenie w naczyniach włosowatych odbywa się już pod ciśnieniem niższem.

Według najnowszych poglądów, zmiany, wykryte ze strony skórnych naczyń włosowatych w omawianej chorobie, przemawiają za sprawami zapalnymi endarterjalnymi i kapilarnymi — poglądy, przedstawiające naukę o patogenezie nerki zanikowej w odmiennem, niż dotąd świetle.

II. W miażdżycy tętnic często biorą udział najdrobniejsze naczynia. Skutkiem utraty sprężystości naczynia włosowate wydłużają i zwężają się. Wiele z nich przybiera kształt wężykowaty, kłębkwaty, co bardziej jeszcze ujawnia się w daleko posuniętej sprawie sklerotycznej. Przypuszczal-

nie wydłużenie się odnogi żyłnej odbywa się na drodze mechanicznej, skutkiem szerzenia się sprawy sklerotycznej i na tę odnogę. Fleboskleroza, zresztą, analogiczna arterioskleroza (zgrubienie, rzadziej zwężenie błony wewnętrznej), jest rzeczą znaną (Ribbert).

W miażdżycy naczyń włosowatych słupek krwi jest jednakowo cienki w jednej i drugiej odnodze. Napełnienie naczyń również bywa wadliwe, ciągotłość słupka krwi często bywa przerwana (prąd ziarnisty). Krażenie krwi w daleko posuniętej miażdżycy bywa znacznie zwolnione w zależności od zwiększenia światła naczyń oraz od wzmożonego oporu skutkiem tarcia prądu krwi o szorstką powierzchnię ścian wewnętrznej. Z warstw głębszych skóry przeświadcza naczyń większe, o odmiennym kierunku, niż naczyń żylnych spłotu podbrodawkowego, i o jaśniejszym matowo-różowym odcieniu (w odróżnieniu od niebiesko-czerwonych żyłek kapilarnych).

Sklerozę naczyń włosowatych nieraz stwierdzano w przypadkach hipertencji z obrzymieniami sercami (corda bovina), wówczas gdy makroskopowo brak było wszelkich objawów arteriosklerozy (Volhard).

III. Trzecią sprawą, w której spotykano się z pewnymi zmianami ze strony naczyń włosowatych, jest cukrzyca.

Otfried Müller już dawno zwrócił uwagę na jasno-rumianą cerę twarzy diabetyków w zależności od rozszerzenia naczyń włosowatych, za czym przemawia zniknięcie barwy tej przy lekkim już ucisku skóry twarzy szpatlem. Według Weissa zmiany, zachodzące w kapilarach skórnych diabetyków, są następujące: część pętli, stanowiąca przejście od odnogi tętniczej do żyłnej, rozszerza się, i to tembardziej, im dalej pśsunięta jest sprawa cukrzyca, tak, że w sprawach bardziej przewlekłych spotykamy się z pewnymi wypukleniami (Ausbuchtungen), a przy jednoczesnej sklerozie z ósemkowatymi oraz kłębkwatymi pętlami. W zmianach tych upatrywać należy pewną celowość samolecznictwa. Wiadomo, że za pośrednictwem skóry odbywa się wymiana gazów. Krew, znajdująca się w kapilarach skórnych, obfituje w kwas węglowy. Na zasadzie prawa dyfuzji gazów tlen z powietrza przenika do naczyń na miejsce dostającego się od nich do powietrza kwasu węglowego. Według Munka, za pośrednictwem oddychania skórniego ilość przenikającego do powietrza przez naczyń skórne kwasu węglowego wynosi 1/4—1% ogólnej ilości wymiany gazów.

Otóż omawiane zmiany, zachodzące w kapilarach skórnych w cukrzyce ułatwiają wymianę gazów i tem samem ulepszają do pewnego stopnia warunki oksydacyjne, zazwyczaj mocno upośledzone u diabetyków.

IV. Wreszcie spostrzegano zmiany anatomiczne i cyrkulacyjne ze strony naczyń włosowatych w przypadkach zastój krwi rozmaitego pochodzenia (wadliwa działalność serca, niewyrównane wady serca, zaburzenia w małym obiegu krwi i t. d.).

Jeżeli u zdrowego osobnika wywołamy sztuczny zastój krwi za pomocą ucisku tętnicy ramieniowej mankietem Recklinghausena, to przy ciśnieniu 70—100 mm. Hg spostrzega się zmianę barwy tła: bladło-różowe tło staje się ciemno-różowym z odcieniem niebieskawym. W głębi uwidatniają się żyły niebiesko-czerwone, w odnodze tętniczej kapilarów występuje tętnienie, dalej spostrzega się zwolnienie prądu krwi i rozszerzenie odnogi żyłnej. Przy dłuższym i mocniejszym ucisku tętnicy ramieniowej krażenie krwi ustaje, w odnodze żyłnej występuje zastój, odnoga tętnicza staje się bladą. Przy dalszym jeszcze trwaniu ucisku następuje zastój wsteczny: odnoga tętnicza rozszerza się, lecz nigdy do tego stopnia, co odnoga żylna.

Jeżeli stopniowo znieść ucisk ramienia, to krew zastoinowa odpływa początkowo powoli, potem z coraz większą szybkością.

Ze stopnia ucisku, doprowadzającego do zastój krwi, łatwo wnioskować o stanie siły popędowej serca (vis a tergo).

W razie zastój krwi, spowodowanego niewyrównaniem wadami serca, spostrzegać się dają następujące zjawiska: naczyń włosowate są przepełnione krwią, barwa ich skutkiem obfitej zawartości kwasu węglowego jest ciemno-czerwona, odnogi żyłne są znacznie rozszerzone, krażenie krwi w nich jest zwolnione. W ciężkiej niedomodze sercowej (stenosis et insufficientia valvulae mitralis) spostrzegano zwolnienie krażenia krwi również i w odnogach tętniczych, chociaż znacznie wolniej odbywał się odpływ z odnóg żylnych.

W przypadku niedostateczności aorty w początkowych

okresach dekomensacji spostrzegano przyspieszenie dopływu krwi z jednoczesnym zahamowaniem odpływu, skutkiem czego odnogi żyłne były znacznie rozszerzone. Skutkiem zaś większej zawartości kwasu węglowego we krwi zastoinowej odnogi żyłne miały barwę ciemno-czerwoną (Weiss). Pomimo zwolnienia krażenia krwi słupek krwi w wymienionych zaburzeniach zachowuje swoją ciągotłość (brak t. z. prądu ziarnistego), co przypisać należy bardziej ścisłemu zespoleniu się krwinek czerwonych. W przypadkach długotrwałej niedomogi sercowej tło przyjmuje barwę siniczą (cyanotyczną). Często uwidatniają się naczyń głębsze (ze spłotu żylnego podbrodawkowego), naczyń te są mocno rozszerzone, z jednej i drugiej strony wstępują do nich naczyń włosowate.

W wymienionych zaburzeniach cyrkulacyjnych ze stopnia szybkości krażenia krwi również wnioskować można o stanie siły popędowej serca. W przypadku zapalenia mięśnia sercowego z jego niedomogą spostrzegano po zastosowaniu odpowiedniej dawki naparstnicy znaczne wzmożenie szybkości krażenia krwi w naczyń włosowatych (wzmocnienie siły popędowej serca), jednocześnie stwierdzano znaczne polepszenie się stanu chorego.

Na zakończenie zauważę, że metoda badania naczyń włosowatych skórnych na żywym ustroju ludzkim posłuży nam, może, do rozjaśnienia, prócz wyżej wymienionych spraw, i patogenetycznych różnic spraw niedokrwiłości, skaz krwotocznych, osutkowych, obrzękowych i sprawy oddychania skórniego. Dla celów praktycznych doniosłe znaczenie ma wczesne rozpoznanie stanu siły popędowej serca (vis a tergo), co łatwo uskutecznić się daje, jeśli badać kapilary skórne przy jednoczesnym ucisku tętnicy ramieniowej: jeżeli nieznaczny już ucisk tętnicy tej wywoła zastój krwi w naczyń włosowatych, anatomicznie niezmienionych, można śmiało twierdzić, że siła popędowa serca jest mocno upośledzona.

Że wczesne rozpoznanie stanu siły mięśnia sercowego, sprawy sklerotycznej, hipertencji różnego pochodzenia ma ogromną wartość praktyczną dla rokowania i leczenia, z tem chyba każdy zgodzić się musi.

W końcu, jako ilustrację, pozwolę sobie przytoczyć dwa spostrzegane przeze mnie przypadki schorzenia nerek na tle arteriosklerotycznym z odnośnymi zmianami ze strony naczyń włosowatych skórnych.

Pierwszy przypadek dotyczy chorego na sklerozę nerkową w okresie przejścia sprawy w postać złośliwą (nephrosclerosis arteriosclerotica progressiva — nerka zanikowa).

K. E. przedsiębiorca, lat 65. Skargi: ogólne osłabienie, uczucie zmęczenia, bezsenność, zaburzenia wzrokowe ze strony prawego oka, uczucie pragnienia. Schudnięcie w przeciągu ostatnich lat. Od lat 15 wypadanie zębów (atrophia alveolaris). Odżywianie upośledzone. Bładość skóry z odcieniem żółtawym. Lues negatur. Nieznaczne zmiany ze strony lewego szczytu płucznego. — Hypertrophia et dilatatio cordis. Insufficiencia valv. aortae et mitralis relativa. Nad aortą drugi ton dobitny, dźwięczny. Ictus cordis widoczny w 5 lewym międzyżebrow na 1 cm. na lewo od linii sutkowej lewej. Znaczna skleroza tętnic obwodowych. C. K. = 260/100. Hepar auctum. Nycturia (1½—2 litr. moczu na 24 godz.). Mocz: c. w. 1010. Białko 1—2⁰⁰, wateczki szkliste, ziarniste i woskowe, nabłonki nerkowe w stanie zwyrodnienia tłuszczowego, nieliczne erytrocyty, chlorki 3,3⁰⁰.

Badanie oftalmoskopowe (Dr. Kozłowski): na dnie prawego oka nad tarczą nerwu wzrokowego wynacynienie nad tętnicą, a z boku dawniejsze zmiany naczyńiówki.

Badanie rentgenologiczne (Dr. Danilewicz). Pola szczytu lewego płuca zmniejszone i zamglone.

Gruczoły węglkowe znacznie powiększone i tworzą głębokie rozgałęzienia, siągające w tkankę płucną. Łuk aorty: wymiar poprzeczny = 7 cm. Cień aorty dochodzi do lin. parasternalis sin. Widoczna pulsacja. Serce: wymiar podłużny = 16 cm., wymiar poprzeczny = 12 cm. Positio obliqua.

Puls normalny. Cień komory prawej przekracza o 1 cm. linię mostkową prawą...

Naczyń włosowate skórne: na tle bladym spostrzega się zwiększoną liczbę naczyń włosowatych, mocno wydłużonych, o odnogach tętniczych, wybitnie zwężonych; wśród nich bardzo dużo naczyń wężykowatych i kłębkwatych. Napełnienie naczyń przeważnie wadliwe, sporo naczyń, częściowo tylko napełnionych, słupek krwi w wielu z nich przerwany, u niektórych naczyń widać boczne rozgałęzienie (rodzaj anastomoz). Z głębi przeświecają szerokie, mocno

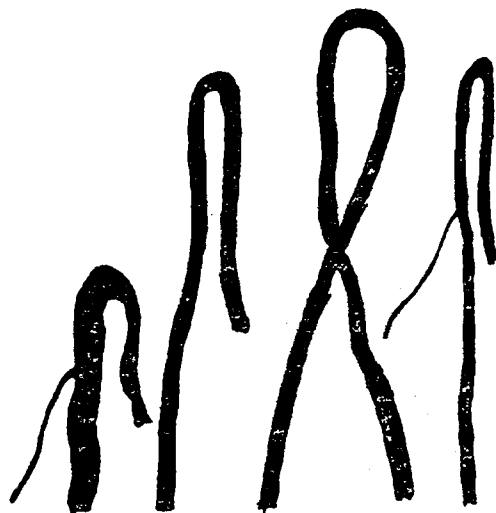
Rysunki z broszury Welssa (vide piśmiennictwo).



Normalne naczynia włosowate.



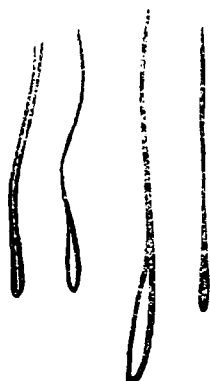
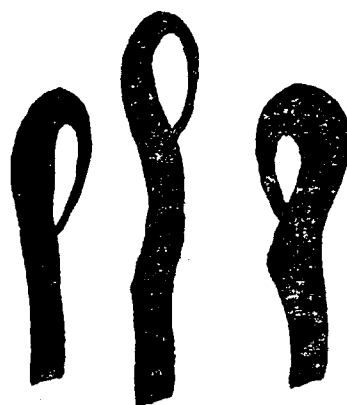
Anastomoza.



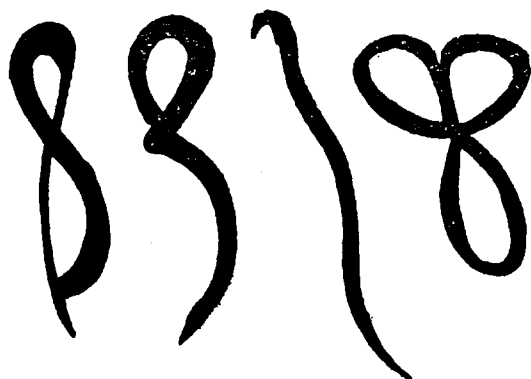
Nerka zanikowa z arteriosklerozą.



Diabetes mellitus.

Arterioskleroza
słabego stopnia.

Zastój.



Diabetes przy arteriosklerozie.

Nephritis interstitialis przy arteriosklerozie.
(Wydłużone pętle, częste ósemki).

krwią napełnione naczynia o kierunku ukośnym lub prostopadłym do powyższych.

Przypadek drugi dotyczy chorego na powolnie rozwijającą się sprawę sklerotyczną nerek (nephrosclerosis arteriosclerotica lenta — nerka dnawa).

P. M., przemysłowiec, lat 52. Odżywianie dobre. Lues negatur. Empnysema pulmonum levis gradus. Drugi ton nad aortą akcentowany. C. K. = 170/100. Diathesis urica. W moczu nieznaczne ślady białka. Glycosuria transitoria.

Badanie rentgenologiczne (Dr. Danilewicz): tkanka płucna dolnych pól bardziej przezroczysta, niż normalnie. Gruczoły węzłowe nieznacznie powiększone. Opłucne wolne. Przepona ruchoma.

Ekspansja oddechowa nieco zmniejszona, szczególnie prawego płata przepony.

Łuk aorty: szerokość cienia = 6 cm, do linii mostkowej lewej, bez wyraźnej pulsacji. Serce: lewa granica nie dochodzi do linii sutkowej lewej o 2 cm.; prawa granica do l. mostkowej prawej; pulsacja komory prawej słaba. Wymiar podłużny = 13 cm., wymiar poprzeczny = 10 cm. Rytm normalny.

Naczynia włosowate skórne wydłużone, wśród nich dość liczne wężykowate i ósemkowate pętle. Oboje naczyń wąskich, słabo krwią napełnionych, spotykają się szerzej, mocno krwią napełnione. W niektórych naczyniach widać powolne krążenie krwi: w węższych gałązkach tętnicznych przesuwały się w postaci drobniutkich ziarenek mniej lub więcej oddalone od siebie krwinki, które, dostając się do szerszych gałązek żylnych, skupiają się w ziarenka większe i, powoli posuwając się dalej, znikają w głębi. I tutaj z głębi przeświecają dość szerokie, mocno krwią napełnione naczynia, o przebiegu odmiennym w stosunku do wyżej omawianych.

Dwa przypadki powyższe pouczają nas, że badania naczyń włosowatych skórnych nie są bez pewnego znaczenia, i że w pewnych sprawach chorobowych (w danym razie w schorzeniach nerkowych) mogą nam służyć jako środek pomocniczy rozpoznawczy.

W pierwszym przypadku wprowadzie zespół objawów klinicznych (hypertrophia et dilatatio cordis, wybitna hipertonia tętnicza, nycturia, albuminuria, morfologiczne elementy nerkowe, wynaczynienia w siatkówce) dostatecznie przemawia ze sklerozą nerkową w okresie jej przejścia w postać złośliwą, zaś znaleziony stan naczyń włosowatych potwierdza

tylko to rozpoznanie, natomiast w przypadku drugim jedynym wybitniejszym objawem obrazu chorobowego jest wzmożone ciśnienie krwi u osobnika ze skazą mocznicową, bez innych, zresztą wyraźnych objawów klinicznych, mogących nam objaśnić przyczynę hipertencji tętnicznej. Dopiero stwierdzone (obok nieznacznego białkomoczu) ze strony naczyń włosowatych skórnych zmiany anatomiczne i cyrkulacyjne, odzwierciedlające poniekąd w danym wypadku stan układu włosowatego nerkowego, przyczyniają się do skierowania uwagi naszej na nerki, jako na siedlisko kiełkującej już tam sprawy sklerotycznej. Wiadomo zaś, że jedną z najczęstszych przyczyn wzmożonego ciśnienia krwi jest skleroza nerkowa.

Piśmiennictwo.

1) W. Janowski: Krew i limfa. Podręcznik histologii ciała ludzkiego. 1901.

2) Rauber-Kopsch: Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Abteilung. 3. 1919.

3) L. Terrien: Sémiologie oculaire. La calotte corne — sclérale. 1923.

4) Volhard: Die doppelseitigen hämatogenen Nierenerkrankungen. Handbuch der inneren Medizin. Mohr u. Stähelin. 1918.

5) Volhard: Der arterielle Hochdruck. (Klinischer Teil). Kongres für innere Medizin. Wien. 1923.

6) Weiss: Beobachtung und mikrophotographische Darstellung der Hautkapillaren am lebenden Menschen. 1916. Deutsches Archiv. für klinische Medizin. 1196. Band.

Przypisek podczas korekty. U pacjenta K. E. pogorszenie stanu szybkim krokiem posunęło się naprzód. Zmiany chorobowe, powyżej skreślone, stwierdzone zostały w marcu r. b. Już w końcu kwietnia nastąpiło znaczne pogorszenie stanu podmiotowego i przedmiotowego: stałe bóle i zawroty głowy, wymioty częste, zaburzenia wzrokowe w oku lewym (wynaczynienia).

Ze strony układu włosowatego skórno stwierdzono znaczniejsze przerwy ciągłości w słupku krwi wśród wielu naczyń, miejscami naczynia opustoszałe (ischæmia).

Wszystko zapowiadało bliską katastrofę.
Dn. 17 maja exitus letalis.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

Prof. Dr. Władysław NATANSON. Oblicze natury. Kraków 1924.

Każdemu lekarzowi, pragnącemu spojrzeć głębiej w istotę zjawisk, każdemu miłującemu rzetelnie zagadnienie dociekania prawdy, każdemu, kto oderwać się zechce od swego ciasnego pola pracy i rozejrzeć w przestworzach najtajniejszych zagadek myśli ludzkiej — gorąco polecam ten zbiór odczytów, przemówień i szkiców znakomitego fizyka, profesora Wszechnicy Jagiellońskiej. Są tu prace o różnym zakresie, wielorakiej treści, lecz wszystkie bez wyjątku co do wartości stojące na najwyższym poziomie wymagań najwyższych. Odczyty takie, jak np. o inercji i koercji, o teoriach materii, o promieniowaniu, o świetle, widzianym od strony elektrycznej, są doskonałymi wykładami pedagoga, który uprzyściplnia całe działy wiedzy współczesnej dobrze wykształconym przyrodnikom. Nic nie wadzi, że znaczna część lekarzy nie pojmie we wszystkich szczegółach niektórych bardzo specjalnych zagadnień fizyki teoretycznej. Wzajemnie za to każdy lekarz i przyrodnik wdzięczny będzie autorowi za odsłonięcie przed nim wielu tajemnic, w które wpatrzony jest tylko głęboki umysł badacza natury i filozofa; każdy z największym zadośćuczynieniem zrozumie doniosłość przedmiotu; każdy pojmie, jakich wysiłków potrzeba jeszcze do zbadania prostych napozór zjawisk, oraz do jakich wyżyn sięga rozum ludzki. Liczne przemówienia okolicznościowe, czy to przy inauguracji roku akademickiego, czy to przy otwarciu zjazdu fizyków i chemików, czy przy

powitaniu marszałka Focha lub Prezydenta Rzeczypospolitej — to znów treściwe a ważne refleksje, w których myśliciel idzie w parze z uczonym poważnym, w których widać współpracę dzielnego obywatela i głęboko wzrokiem sięgającego badacza. Są tu i wspomnienia pośmiertne: o Augustcie Witkowskim, o Karolu Potkańskim, uczonych miary wysokiej, którzy znaleźli w autorze godnego biografa, bo w słowach jednych a pełnych wyrazu dowiodł swej miłości głębokiej dla ludzi i ich dzieła. Jest wreszcie ostatni rozdział w tym zbiorze, p. t. Scholia, bodaj najcenniejszy w całej książce klejnot, napisany dla wszystkich ludzi myślących „na brzegach księgi żywota” autora. Jego rozmyślenia nad wielkimi tego świata, nad postaciami Szekspira (Hamlet, Antoniusz i Kleopatra), nad charakterami znakomitych uczonych (Lord Kelvin, Stokes, Pasteur, Cavendish), jego urywki nabytne na papier, lecz głęboko przemyślane refleksje nad istotą nauki, nad rzeczywistym obliczem przyrody, nad rozmaitymi przejawami naszego charakteru, naszych usiłowań, dążeń — wszystko to tak przemawia do głębi duszy ludzkiej, że wielokrotnie odczytujemy i wciąż znów powracamy do tych małych arcydzieł literackich. Stajemy tu wobec tylokrrotnie już stwierdzonej prawdy, że na szczytach myśli ludzkiej badacz — uczony spotyka się z poetą, że ścisłość myślenia kojarzy się doskonale z jasnowidztwem, że wreszcie sama myśl ludzka jest tylko jednym ze zjawisk wszechobjęmej Natury. I jeszcze jedno: świetność formy językowej, opracowanie literackie takie piękne i doskonałe, jak rzadko w literaturze naszej się spotyka.

Historja i Filozofja medycyny.

W wytwornej szacie ukazał się zeszyt 1 Tomu I „Archiwum Historji i Filozofji Medycyny”, wydawanego pod redakcją profesora Uniwersytetu Poznańskiego, dr. Adama Wrzóska. Cztery działy, na które dzieli się treść „Archiwum”, poświęcone będą: 1) historii medycyny, 2) filozofji medycyny, 3) pamiętnikom i listom znanych lekarzy, 4) drobnym artykułom z historii medycyny, sprawozdaniom oraz drobniejszym wiadomościom z zakresu historii i filozofji medycyny w Polsce. W słowie wstępnym omawia redakcja każdy z tych działów, zatrzymując się szczególnie na dziale, poświęconym filozofji medycyny, i podkreślając wybitne zasługi, położone w tym kierunku przez niezapomnianego Zygmunta Krasińskiego, założyciela i redaktora „Krytyki Lekarskiej”, która „w historii naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego odegrała wyjątkową rolę”. W tym dziale nowe pismo „pragnie być poniekąd dalszym ciągiem „Krytyki Lekarskiej”.

Stosownie do zapowiedzi programowej daje nam redakcja w pierwszym zeszycie 3 artykuły z historii medycyny: 1) prof. Władysława Szumowskiego — Collegium medicum Stanisław — Augustum. Projekt warszawski z r. 1791 i odpowiedź nań krakowska; 2) prof. Stanisława Trzebińskiego ciekawą rozprawę historyczną p. t. Medycyna w Polsce w świetle niektórych pamiętników XVII wieku; 3) dra Romualda Wierzbickiego początek pracy p. t. Historia słownictwa lekarskiego polskiego.

W dziale filozofji medycyny znajdujemy artykuł prof. Adama Wrzóska p. t. Określenie pojęcia choroby, w którym autor rozpatruje definicje choroby, podane przez Jędrzeja Śniadeckiego, Tytusa Chałubińskiego, Henryka Hoyer'a, Edmunda Biernackiego i Władysława Biegańskiego, poczem podaje swoje określenie pojęcia choroby.

Dział pamiętników i listów wypełniają: 1) wspomnienia Fryderyka Skobla, wydane z autografu i wstępem opatrzone przez prof. Adama Wrzóska. Pamiętniki te, pisane z werwą i pełne ciekawych szczegółów, z pewnością znajdą wielu czytelników, którzy niecierpliwie oczekiwali będą zapowiedzianego dokończenia „Moich Wspomnień”; 2) Listy Karola Marcinkowskiego do Eustachji Ponzińskiej i Stanisława Chłapowskiego. Listy te z autografów wydał również Adam Wrzosek.

W dziale czwartym znajdujemy: 1) drobną artykuł p. t. Krótka wiadomość o archiwach Szkoły Krzemienieckiej, Kuratora Wileńskiego Okręgu Naukowego i Tadeusza Czackiego oraz wzmianka o materiałach do historii medycyny w nich zawartych — opracowany przez Adama Wrzóska; 2) sprawozdania i oceny kilku prac z historii medycyny polskiej; 3) wzmianka o uczczeniu przez Wydział Lekarski w Uniwersytecie Poznańskim pamięci Jędrzeja Śniadeckiego, Ludwika Gąsiorowskiego i Marcellego Nenckiego.

Zeszyt 1 tomu I „Archiwum Historji i Filozofji Medycyny” stanowi świetną zapowiedź wydawnictwa, którego potrzebę odczuwał każdy światły lekarz polski. Wróżymy też nowemu piśmie, że „nie będzie ono jeno krótkotrwałym objawem w rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, lecz że służyć będzie przez liczne lata nauce polskiej”. W tem przekonaniu składamy mu życzenia jaknajbujniejszego rozwoju.

Z. Srebrny.

Higiena i Epidemiologia.

Prof. Dr. B. CHAJES. Kompendjum Higieny Społecznej. Przetłumaczył i uzupełnił Dr. Bronisław Handelsman, b. lekarz naczelny szpitala Św. Aleksandra w Łodzi. Warszawa, Tow. „Ignis”.

Dzieło, przyswojone naszej literaturze, omawia treściwie statystykę lekarską, higienę społeczną, mieszkania, odżywianie, gruźlicę, choroby płciowe, alkoholizm, wiek dziecięcy, higienę zawodową i higienę rozmnażania. Wybór dziełka jest szczęśliwy. Autorowi, który potrafił zwięźle i jasno przedstawić najważniejsze zagadnienia higieny społecznej, jeden tylko można postawić zarzut, iż opiera się wyłącznie niemal na literaturze niemieckiej.

Tłumacz wywiązał się z podjętego zadania dobrze, choć tu i owdzie rażą nieścisłości językowe. Wyraz „zachoro-

walność” jest językowo stanowczo źle brzmiący, wyraz „chorobliwość” nieodpowiedni dla oznaczenia morbiditas, a najodpowiedniejszego „chorobowość” tłumacz zupełnie nie używa. Należy też pamiętać o różnicy pomiędzy „liczbą” a „ilością”, o czem zresztą nasi pisarze nazbyt często zapominają. Niema wartości „środkowej”, lecz wartość „średnia”. Błędem chyba drukarskim jest na str. 25-ej, że na dorosłego w mieszkaniu ma przypadać 25 cm³, a na dziecko 10 cm³ powietrza. Powinno być 25 m³ i 10 m³.

Dużą zasługą tłumacza jest uzupełnienie książki dodatkami, zawierającym w czterech rozdziałach: statystykę lekarską w Polsce, gruźlicę, choroby płciowe w Polsce oraz alkoholizm w Polsce i prohibicję w Ameryce. Ten ostatni rozdział wyjaśniłby naszym domorosłym higienistom, co istotnie zdziało się w Ameryce, i na czem oparte są fałszywe wieści, rozsiewane po świecie przez pewne odłamy prasy politycznej.

M. F.

Choroby gardła, nosa i uszów.

A. B. MARFAN. Krostkowe zapalenie gardła. (Arch. de Médecine des Enfants, T. XXVII, Nr. 2, II.1924).

Autor podaje 9 własnych przypadków tej samoistnej, według niego, postaci chorobowej. Od początku choroby zjawiają się na błonie śluzowej miękkiego podniebienia, migdałów i gardzieli krosty odosobnione, pojedyncze, półkuliste, zawierające mętną treść. Krosty te po kilku godzinach pękają, zostawiając po sobie okrągłe owrzodzenia, nieraz zlewające się, z dnem pokrytem białawym, żółtym lub szarym nalotem, nie dającym się łatwo zdjąć. Po 1—2-ch tygodniach owrzodzenia znikają, a śluzówka goi się. Do objawów ogólnych należą: ciepłota 38,00—39,00, brak łaknienia; starsze dzieci skarżą się na ból gardła i głowy. Charakterystyczne, że powikłania występują tylko w tkankach, pochodzących od zewnętrznego listka blastodermi. A więc występuje nieraz zapalenie krtani z objawami duszności, jak w dławcu, co jest skutkiem powstania krost na śluzówce krtani; dalej, objawy skórne — wysypka, krosty na tułowiu, i objawy ze strony układu nerwowego: drgawki, porażenia krtani i t. p. Krostkowe zapalenie gardła spotyka się najczęściej w okresie wczesnego dzieciństwa, przeważnie latem. Według wszelkich danych jest to choroba zakaźna o nieznanym dotychczas zaraźliwym, nie należy łączyć jej z opryszczkowem zapaleniem gardła lub z pryszczkowem zapaleniem ust. Rokowanie jest dobre. Leczenie zwykłe, dobre wyniki daje pendzlowanie roztworem błękitu metylowego 1/100.

A. Skorko.

PUIG. Uwagi w sprawie leczenia anginae Vincenti. (Pr. Medica, Nr. 36. 1924).

Zmniejszenie się odporności śluzówki jest spowodowane w 95% przypadków przez dolegliwości ze strony uzębienia, szczególnie zęba mądrości. Z tego powodu usunięcie zęba ułatwia i przyspiesza zagojenie sprawy chorobowej w śluzówce. Lek, jak arsenobenzol, błękit metylowy i t. p. należy uważać tylko, jako środki pomocnicze.

J. Pomper.

Choroby płuc.

H. BEITZKE. Dlaczego przewlekła gruźlica płuc rozpoczyna się w szczytce? (Beitr. z. Kl. d. Tub. 1924, t. 57, z. 3).

Przewlekła gruźlica płuc powstaje w ustroju alergicznym na skutek wtórnego gruźliczego zakażenia płuc. Pierwotne zakażenie w 85—98% przypadków również usadawia się w płucach, przeważnie jednak nie w szczytce, lecz w lepiej oddychających odcinkach płuc. Zakażenie wtórne (reinfectio) z zewnątrz czy z wewnątrz powstaje: 1) skutkiem masowego przedostania się drobnoustrojów, 2) lub na skutek osłabienia sił obronnych ustroju. Przewlekła gruźlica płuc warunkuje się tym drugim czynnikiem w ustroju alergicznym. To wzmoczone usposobienie może być natury ogólnej (choroby, głód i t. p.) i miejscowej. Warunek ostatni zależy jednak nie od właściwości szczytów płuc zatrzymywania drobniutkich cząstek stętych, zawieszonych w powietrzu lub krążących we krwi, jak to np. widzimy po wdychaniu pyłu węglowego. Wspomnianą właściwość szczytów tłumacza zazwyczaj przyczynami mechanicznymi — normalnymi (mała ruchomość pierwszego pierścienia żebrowego, brak przestrzeni dodatkowej, występowanie szczytów ponad pierwszy pierścień i t. p.) i patologicznymi (nienormalnie krótka chrząstka I żebra i przed-

wczesne jej skostnienie, skrzywienie kręgosłupa w tej okolicy). Autor nie przypisuje szczególnego znaczenia warunkom patologicznym, natomiast sądzi, że główną rolę w zatrzymywaniu łasieczników w szczytach odgrywa słabe oddychanie szczytów, co znow zależy od indywidualnych różnic anatomicznych, wyżej wspomnianych, i od zmian patologicznych, które utrudniają oddychanie. Słaba wentylacja szczytów prowadzi do wadliwego, leniwego krążenia krwi i limfy, co jeszcze bardziej ułatwia usadawianie się w szczytach drobnych cząsteczek stałych i drobnoustrojów.

M. G.

A. WALLGREN. O pogorszeniu, wzgl. ujawnieniu się gruźlicy węzkowej w zależności od rumienia guzowatego. (Beitr. z. Klin. d. Tub., t. 57, z. 1).

Autor już uprzednio wypowiadał zdanie, że rumień guzowaty jest odrębną chorobą zakaźną, która napastuje przeważnie dzieci, poważnie zakażone gruźlicą, i nadaje gruźlicy ostry przebieg. Obecnie W. przytacza kilka przypadków, w których zestawienie obrazu choroby przed i po przebytych rumieniu guzowatym wykazuje znaczne pogorszenie się sprawy gruźliczej we wnętrzu. W trzech przypadkach, w których uprzednio podczas badania promieniami Röntgena żadnych szczególnych zmian nie znajdowano, wkrótce po rumieniu guzowatym stwierdzono wyraźne zmiany w okolicy wnętrza.

M. G.

KÜMMELL. Dalsze doświadczenia w sprawie operacyjnego leczenia duszniczy oskrzelowej. (Zbl. f. Chir. Nr. 17, 1924).

Jako przyczynę ciężkich napadów astmatycznych należy uważać zwężające działanie włókien nerwowych, otaczających drobne oskrzeliki. Włókna te pochodzą i od n. błędnego i od współczulnego. Przez rozległe usunięcie operacyjne spłotów szyjowych n. współczulnego otrzymuje się sparaliżowane n. zwężających oskrzela, kiedy według dotychczasowych pojęć takie działanie mają włókna n. błędnego. K. sądzi, że wyniki te dadzą się wytłomaczyć przez podwójne działania na obydwie grupy nerwowe.

We wszystkich przypadkach K. usuwał spłoty n. współczulnego z lewej strony i otrzymywał po operacji natychmiastowe zaprzestanie wszelkich napadów. Na 12 przypadków tak operowanych nastąpiły 2 razy nawroty. Obecnie K. operuje równocześnie z obydwu stron, nawrotów więcej nie widzi (3 przypadki). Mając na względzie, jako cel operacji, usunięcie ciężkich, dręczących i często powtarzających się napadów, K. operuje tylko te przypadki, które opierają się wszelkiemu innemu leczeniu.

J. P o m p e r.

KLEWITZ F. Krótkie sprawozdanie o wynikach naświetlania leczniczego w duszniczy oskrzelowej. (Klin. Woch. 1924, Nr. 6).

K. stosował naświetlanie śledziony w 85 przypadkach astmy. W 26 przypadkach (30%) nastąpiła zupełna poprawa, w 27 — wybitne polepszenie, w 12 — przejściowa ulga i tylko w 20 przypadkach rentgenizacja nie odniosła żadnego skutku. K. jest gorącym zwolennikiem tego sposobu leczenia duszniczy oskrzelowej.

L.

Choroby narządów trawienia.

BAUERMEISTER. Rak przełyku na tle samoistnego rozszerzenia tegoż. (Arch. f. Verdauungskrrh. Grudz. 1923).

Autor obserwował pacjenta w ciągu 15 lat: cierpiał on z powodu rozszerzenia przełyku; udawało się za pomocą zgłębnika otrzymywać oddzielnie treść przełyku, następnie żołądka. W celach leczniczych przepłukiwano choremu przełyk, poczem rozszerzano go za pomocą zgłębników. Stopniowo poczęło występować u chorego znaczne osłabienie ogólne oraz chłabość. Zgłębnik z trudem przedostawał się do żołądka; na wyciągniętym zgłębniku — ślady krwi. — Badanie rentgenowskie wykazało rakowate zwężenie przełyku. W końcu nastąpiło przedziurawienie rakowatego wrzodu do oskrzeli z następczym aspiracyjnym zapaleniem płuca. Przypadek stanowi ciekawy przyczynek do powstawania raka na tle długotrwałego samoistnego rozszerzenia przełyku.

F r a n k.

Th. FHAR. Guz łagodny przyczyną niedrożności przełyku. (Klinische Wochenschrift 24.XIII 1923).

Autor podaje b. rzadki przypadek guza łagodnego przełyku u 31-letniej chorej. Początkowego przypuszczenia raka przełyku nie potwierdziły żadne metody badania, jedynie badanie rentgenowskie wykazało rozszerzenie przełyku. Utrudnienie w połykaniu pokarmów stałych tłoczono uciskiem od zewnątrz przez przypuszczalny guz śródpiersia, ewentualnie skurczem wpustu. Wkrótce po dokonanej operacji celem usunięcia tego skurczu (Sudeck) chora zmarła. Na sekcji stwierdzono włókniak, który na szypule płaskiej umocowany tuż przy wejściu do przełyku, zwiślał aż do wpustu. Powierzchnię gładką włókniaka brano za ścianę przełyku.

St. D o b r y s z y c k i.

R. GAULTIER. Wdmuchiwanie gazów do żołądka w celach leczniczych. Masaż pneumatyczny ścian żołądka. (Presse med. Nr. 5, 1924).

Autor stosuje swój przyrząd, nazwany gastrotonometrem, nie tylko do mierzenia ciśnienia wewnątrz żołądka, ale także w celach leczniczych, mianowicie do wpuszczania gazu do żołądka. W ten sposób wywołuje rytmiczne rozszerzanie się i zwężenie ścian żołądka. Zwykle dobrze znoszone przez chorych ciśnienie gazu wewnątrz żołądka wynosi 16 — 20 cm³ wody.

Dzięki szczegółowo opracowanej technice autor stosował ten sposób leczenia w wielu przypadkach i czynił następnie spostrzeżenia, co do wpływu używanych gazów na żołądek. Powietrze wywiera wpływ tylko mechaniczny, zmieniając pojemność żołądka. Tlen natomiast oprócz tego ożywia komórki i w ten sposób wzmacnia sprężystość żołądka. Kwas węglowy znieczula śluzówkę żołądka i tą drogą usuwa uczucie ściskania w żołądku. Wdmuchiwanie kwasu węglowego należy stosować w przypadkach nerwobólu żołądka oraz niestrawności, połączonej z wymiotami i ściskaniem przy wzmożonym napięciu wewnątrz żołądka. Odwrotnie, wdmuchiwanie tlenu może być korzystne w przypadkach atonii żołądka, wzmagając jego kurczliwość; w tych przypadkach wydalanie z żołądka przyspiesza się, bóle ustają, łaknienie się polepsza. Kontrola przy pomocy promieni Röntgena w zupełności potwierdza dobry wpływ wdmuchiwania gazów na niektóre schorzenia żołądka.

M. O r z e c h.

LÉON-MEUNIER. O stosowaniu dwuwęglanu sodu z ominięciem działania na żołądek. (Presse Médicale Nr. 17. 1924).

Wszelkie bóle, odbywające się w okolicy żołądkowo-dwunastniczej, polegają na skurczach odźwiernika żołądka. Czynność odźwiernika jest zależna od stanu kwasności żołądka, albo też od zasadowości dwunastnicy; wzmożenie kwasności żołądka lub też zmniejszenie zasadowości dwunastnicy mają ten sam skutek ostateczny: bolesny skurcz odźwiernika. Stąd wynika, że postępowanie lecznicze może być dwojakie: 1) zmniejszenie kwasności żołądka, co nie jest fizjologiczne, gdyż żołądek musi posiadać swoją kwasowość; 2) alkalizowanie zawartości dwunastnicy, co ma rację z punktu widzenia fizjologicznego. Aby ominąć działanie dwuwęglanu sodu na śluzówkę żołądka, autor poleca stosować go: 1) u leżących chorych przez odbytnicę — irygacją kroplową w ilości 1 litra 1% wodnego roztworu na dobę; 2) przez usta w kapsułkach glutynowych, które się rozpuszczają dopiero w dwunastnicy.

M. O r z e c h.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

T. STENSTRÖM. Kilka prób stosowania insuliny przez odbytnicę. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7, 29.II. 1924).

Liczne próby stosowania insuliny per os okazały się bezskutecznymi. Autor badał, jak się zachowuje insulina, podana per rectum. W kale znajdują się fermenty, które, jak wiadomo, niszczą insulinę. Aby je uczynić nieszkodliwymi dla insuliny, autor podawał ją w środowisku kwaśnym (kwaśne fosforany, kwas solny), w którym fermenty, znajdujące się w kale, stają się nieczynnymi. Pomimo tego zabezpieczenia insulina, wprowadzana przez odbytnicę, nie działała zupełnie. Badając przyczynę tego niepowodzenia, autorzy przekonali

się, że czynnikiem szkodliwym nie jest flora bakteryjna, lecz właśnie fermenty proteolityczne, które nawet w środowisku kwaśnym są w stanie unieczynnić insulinę. Przypuszczając, jakoby insulina wcale nie wchłaniała się przez błonę śluzową kiszek grubej, nie wchodzi w rachubę, gdyż wiadomo, że insulina przenika nie tylko przez takie błony śluzowe, jak nosa i jamy ustnej, ale nawet przez skórę po wcierkach.

Józef Typograf.

L. GARRELON i D. SANTENOISE. O wpływie insuliny na pobudliwość nerwu błędnego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7, 29.II.1924).

Badania autorów nad insuliną doprowadziły ich do wniosku, że jest ona jednym z najsilniejszych czynników pobudzających nerw błędny. Zastrzyk dożylny 1—5 jednostek fizjologicznych powodował: 1) bardzo znaczne wzmożenie odruchu oczno-sercowego, 2) zwolnienie tętna, 3) zwolnienie oddechu, 4) zjawianie się arytmii sercowej pod wpływem oddechu, 5) powiększanie się amplitudy skurczów sercowych, 6) spadek ciśnienia tętniczego, 7) wzmożoną wrażliwość na czynniki, wywołujące szok. Wszystkie te objawy dowodzą wzmożonego napięcia nerwu błędnego. Autorzy przekonali się, że hipertonia nie zależy od zmniejszenia się glikemii, lecz jest wywołana działaniem insuliny wprost na układ parasympatyczny. W niektórych przypadkach, gdy zastrzyknięto insulinę, która dawała osad z kwasem trójchlorooctowym, obserwowano z początku przed powiększeniem zmniejszenie napięcia nerwu błędnego. Autorzy uważają, że działanie insuliny w tych przypadkach było zmniejszone przez obecność albumin. Autorzy wyciągają z tych spostrzeżeń wnioski, że istnieje pewien stosunek pomiędzy działaniem insuliny na napięcie układu parasympatycznego i jej wpływem na zawartość cukru we krwi.

Józef Typograf.

NITZESCU i C. POPESCU-INOTESTI. Insulina i glikoliza. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7, 29.II.1924).

Celem wyjaśnienia sposobu działania insuliny na powstawanie hypoglikemii autorzy wykonali szereg doświadczeń, w których przekonali się, że glikoliza, wywoływana przez krew i narządy w roztworze glukozy, zmniejsza się znacznie po pozbawieniu zwierząt doświadczalnych trzustki. Dodanie insuliny prawie że wcale nie zmienia natężenia glikolizy. Działalność glikolityczna krwi nie zmienia się również, jeżeli krew pochodzi od zwierzęcia, któremu na cztery godziny przed jej pobraniem zastrzyknięto insulinę i wywołano w ten sposób znaczną hypoglikemię. Z powyższego wynika, że sposób działania insuliny jest w rzeczywistości znacznie bardziej skomplikowany, niż to się mogło z początku wydawać.

Józef Typograf.

NITZESCU i POPESCU-INOTESTI. Insulina i cukier białkowy w cukrzycy doświadczalnej. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7, 29.II.1924).

Autorzy badali na psach zachowanie się cukru białkowego po usunięciu trzustki i wpływ, jaki na ten cukier wywiera insulina. Okazało się, że po usunięciu trzustki ilość cukru białkowego wzrasta, pozostając jednak zawsze mniejszą, niż ilość cukru wolnego. W pierwszych godzinach po zastrzyku insuliny ten wyższy poziom cukru białkowego cokolwiek jeszcze się podnosi, następnie zaś po 6—8 godzinach zmniejsza się stopniowo, ale znacznie wolniej, niż cukru wolnego. Autorzy sądzą, iż organizm cukrzycy broni się przed utratą cukru drogą moczu za pomocą powiększania ilości cukru białkowego. Po zastrzyku insuliny, gdy ustrój odzyskuje zdolność wykorzystania cukru wolnego, część jego z początku wzbogaca cukier białkowy, a następnie, gdy wobec działania insuliny ta rezerwa okazuje się zbyt duża, ilość cukru białkowego opada.

Józef Typograf.

NITZESCU, POPESCU-INOTESTI i CADARIU. Insulina i cholesterol. Cholesterol w cukrzycy doświadczalnej. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7, 29.II.1924).

Autorzy stwierdzili, że cukrzyca, wywołana przez usunięcie trzustki, towarzyszy hypercholesterynemii. Na cholesterol normalną insulinę nie okazuje żadnego wpływu. Natomiast wywiera znaczny wpływ na hypercholesterynemii w przypadkach ciężkiej cukrzycy: zarówno u psa, pozbawio-

nego trzustki, jak i u człowieka chorego na cukrzycę wywołuje zmniejszenie się ilości cholesterolu. Do omówienia stosunku, jaki istnieje między hypercholesterynemją a wydzielnią węglowod. trzustki autorzy jeszcze powrócą.

Józef Typograf.

Choroby nerwowe i psychiczne.

E. FRÖSCHEL. Metoda leczenia lęku mowy („jankanie“, afazja skójarzeniowa). (Klin. Woch. Nr. 8. 1924).

Autor podkreśla znaczenie czynników psychicznych w dynamice jankania i wskazuje na głębokie analogie z fobią, która jednak w przypadku jankania komplikuje się przez cały szereg czynników wtórnych, jako to unikanie „trudnych“ wyrazów i zastępowanie ich przez inne, co może prowadzić do nawyku kłamstwa, świadomości własnego upośledzenia w stosunku do otoczenia i t. d.

W związku z tem zarzuca Fröschel dotychczasowym „gimnastycznym“ metodom leczniczym, iż zwracają zbyt mało uwagi pacjenta na osobliwość oddzielnych pierwiastków mowy i w ten sposób niejako utwierdzają go w mniemaniu, że mowa jednakże stanowi pewien specjalny wysiłek. Metody te opierają się na fikcji, że właśnie zbyt wysiłanie się mięśni mowy prowadzi do jankania. Fikcja ta działa niekiedy sugestywnie na chorych i stąd dodatnie wyniki, jakie otrzymuje się czasami za pomocą tych metod.

Metoda, opracowana przez Fröschela, ma za zadanie przeciwdziałać mniemaniu pacjenta o trudności aktu mowy. Lekarz pokazuje choremu, że proces mówienia polega przede wszystkim na wydychaniu, i tłumaczy mu, jak drobne modyfikacje wydechu wystarczają do wywołania wszystkich dźwięków, zarówno samogłosek, jak i spółgłosek. Na brak zasadniczej różnicy między temi 2-ma kategoriami dźwięków zwraca autor szczególną uwagę. Odpowiednie ćwiczenia mają utwierdzić pacjenta w przekonaniu, że nie należy obawiać się tego, co rozsądek uznał za łatwe i proste. Walka z lękiem, z obawą własnej nieudolności staje się motywem zasadniczym terapii jankania. Autor wskazuje na to, że leczenie tych chorych musi uwzględnić całą psychikę chorego, i dlatego podana przezeń metoda jest, jak każda zresztą metoda, zwalczająca sam defekt mowy, tylko jednym składnikiem terapii jankania.

Gustaw Bychowski.

Richard Arwed PFEIFER. Psychiczenie chore i jego dzieło. (Studjum o sztuce schizofrenicznej. Lipsk 1923, nakładem Alfreda Krönera.).

Twórczość artystyczna umysłowo chorych jest w ostatnich latach przedmiotem żywego zainteresowania nie tylko psychopatologów, ale i teoretyków sztuki. Najświetniejszym wyrazem tego jest wydane w r. 1921 dzieło Prinzhorna: „Die Bilder der Geisteskranken“. Obecnie przybywa druga monografia pióra docenta psychiatrii w Lipsku R. A. Pfeifera, znacznie szczerzejsza co do użytkowanego materiału i objętości od książki Prinzhorna, ale niewątpliwie bardzo ciekawa. Już sama szata zewnętrzna książki jest, jak na czasy powojenne, przepyszna, reprodukcje świetne. Materiał, na którym opiera się autor, składa się z 3-ch przypadków schizofrenji oraz z utworów artystów współczesnych psychicznie zdrowych, które przytacza w celu porównania ich z twórczością psychopatów.

Autor stwierdza, że niema dostatecznej podstawy do przypuszczenia, iż psychoza z osobnika, pozbawionego zdolności artystycznych, może stworzyć artystę. Niektóre z momentów psychologicznych zdrowego artysty, jak skłonność do samotności, dobre pomysły, świeżość techniki i głębia poglądu na życie, znajdują swoje odpowiedniki w formie karykaturalnej u chorego, z jego autyzmem, inkoherencją myślową, negatywizmem i przeżyciami urojeniowymi. Świadome, umyślnie negowanie rzeczywistości u pseudoekspresjonistów, jak ich nazywa autor (częste zresztą u prawdziwych ekspresjonistów, przyp. ref.), może w wynikach swoich dorównać negatywizmowi chorych.

W pierwszym przypadku, opisanym przez autora, psychoza wyzwoliła drżące w ukryciu zdolności artystyczne, a chora, która wszystkie swe przeżycia chorobowe uważała za objawienie sił nadprzyrodzonych i wyższych światów, dzięki wielkiemu autyzmowi, mogła lata całe z nie słychaną uporczywością i wytrwałością poświęcać wyłącznie doskonaleniu swej twórczości, abstrahując stale i konsekwentnie od świata zewnętrznego. Szczególniej ciekawy

jest przypadek litografa, u którego wogóle proces schizofreniczny nie zniszczył uzdolnienia artystycznego i na którego dobrych i najzupełniej „normalnych“ rysunkach widnieją napisy i wiersze, świadczące o zupełnym rozprężeniu myślowym.

Niezmierznie ciekawe są wywody autora na temat pierwiastka demonicznego w sztuce. Możliwość obudzenia się pod wpływem psychozy schizofrenicznej ukrytego talentu artystycznego tłumaczy autor trzema objawami schizofrenji, które za Bleulerem nazywa: płynnością idei, wewnętrzną i zewnętrzną ruchliwością oraz niedocenianiem i przeoczeniem przeszkód i trudności. Wszystko to pozwala schizofrenikom w pewnych przypadkach dążyć uparcie do urzeczywistnienia pomysłów, na które w stanie psychicznie normalnym nie zwróciłoby może wcale uwagi. To, co z istotnych walorów artystycznych znajdujemy w utworach umysłowo chorych, jest ostatnią pozostałością z czasów zdrowia.

Książka, pisana przystępnie i dla niepsychiatry, poruszająca zagadnienia, interesujące każdego, komu nie obce są poglądy nurtujące sztukę współczesną, zasługuje na uwagę.

Gustaw B y c h o w s k i.

O. PÖTZL i G. A. WAGNER. O zmianach w jajnikach w schizofrenji. (Zeitschrift f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie 88, 1—3, 1924).

Wobec utrzymującej się hipotezy Kraepelina o znaczeniu dysfunkcji gruczołów rozrodczych dla patogeny schizofrenji (dem. praecox), spróbowali autorzy wpłynąć na przebieg choroby dwuch pacjentek za pomocą zupełnej kastracji i przeszczepienia każdej z nich jajnika 31-letniej prawidłowo miesiączkującej kobiety. Pomimo, iż operacja wykonana została 8 miesięcy przed ogłoszeniem powyższej pracy, nie sprostegli autorzy poza przelotną poprawą żadnych zmian w obrazie chorobowym. Należy przytem zaznaczyć, że z jednej strony nie widać „fizjologicznego“ przyjęcia się szczepionego organu — w obu przypadkach miesiączka nie wystąpiła, z drugiej zaś strony oba przypadki należą do ciężkich i długotrwałych. — wszystko czynniki, niesprzyjające pomyślnemu wynikowi zabiegu. Co do zmian patologicznych w jajnikach, usuniętych u obu schizofreniczek, to u młodszej (32-letniej) były oba gruczoły dotknięte zwyrodnieniem drobnotorbielowatym. Przy badaniu mikroskopowym stwierdzono wybitny przerost tkanki łącznej, która wydostawała się aż poza obwód organu, połączony z niedostateczną regresją tej tkanki, skąd nadmierna liczba dużych tworów włóknistych (corpora fibrosa). Podobne zmiany znaleziono i w jajnikach drugiej 42-letniej chorej; w obu stwierdzono także niedostateczne zmiany wsteczne w ciałach żółtych. Zmiany te wraz z innymi, które tutaj pomijam odpowiadają zmianom, znajdującym w jajnikach i jądrach w przypadkach tak zwanej konstytucji hypoplastycznej. W jądrach schizofreników znalazł ostatnio Mott zmiany wsteczne i zanik elementów spermatogennych. Należy przypuszczać, że te zmiany w miąższu organów są pierwszym bodźcem do dalszych procesów patologicznych, zmiany, które u osobników kobiecych wyrażają się w niedostatecznym zaniku ciał żółtych.

Przy interpretacji powyższych obrazów histologicznych należy odróżniać czynniki, świadczące o przyrodzonym upośledzeniu konstytucjonalnym, od zmian nabytych.

Na znaczenie dysfunkcji gruczołów rozrodczych w schizofrenji wskazują także badania serologiczne nad odczynem Abderhaldena, które, np. w materiale Fauxa wykazały rozkład substancji gruczołowej przez surowicę krwi w 70 — 80% przypadków.

Cały szereg momentów klinicznych zdaje się wreszcie w tym samym przemawiać kierunku. Z jednej strony zmiany w kierunku i ustosunkowaniu się libido sexualis, najgłębiej zbadane i ujęte przez Freuda i jego szkołę, z drugiej objawy somatyczne, występujące najczęściej w drugim autystycznym stadium choroby. Niedostateczną inwoluację ciała żółtego, jako wyraz dysfunkcji gruczołu, analogiczną do tego, co spostrzegamy w ciąży, możnaby rozważać równolegle z sensacją chorobową pacjentek, które odczuwają zmianę w całym organizmie i roją jakąś fikcyjną ciążę. „Urojenie niepokalanego poczęcia pozostawałoby w takim samym stosunku do podłoża organicznego, jak widziadło senne, które w sposób jakgdyby proroczy obwieszcza śpiącemu osobnikowi rozwijające się schorzenie cielesne“.

Autorzy kończą pełną ciekawych idei pracę zaznaczeniem nasuwających się perspektyw leczniczych.

Gustaw B y c h o w s k i.

F. WINTER. Padaczka i menstruacja. (Münch. med. Woch. Nr. 37, 1923 r.).

W. podaje 4 przypadki, w których rozpoznano „Epilepsia genuina“. Były to młode dziewczyny w wieku od 17 do 21 lat. U jednej z nich napady epileptyczne powtarzały się zazwyczaj kilka dni przed menstruacją lub podczas tejże, u pozostałych — mniej więcej w związku z menstruacją. Wszystkie 4 chore były naświetlane promieniami Roentgena celem wywołania t. zw. czasowej kastracji. Okazało się, że naświetlanie takie może spowodować zmniejszenie liczby napadów, że w 3-ch przypadkach napady nawet czasowo ustawały; jednakże pomimo kilkumiesięcznej menopauzy wystąpiły znowu typowe napady poronne, a po jakimś czasie chore zaczęły nanowo menstruować.

Te spostrzeżenia dowodzą istnienia związku przyczynowego między menstruacją a napadem padaczkowym. Ten związek niektórzy upatrują w zaburzeniu wydzielania wewnętrznego. Według Boltana jest to hypofunkcja tarczycy, według Fischera — hyperfunkcja nadnerczy, i stąd leczenie, polegające na naświetlaniu, pobudzającym czynność grasicy i tarczycy, lub na operacyjnym usunięciu nadnerczy według metody Fischer-Brüninga. Inni znów, jak O. Strauss, zalecają naświetlanie śledziony, grasicy i wątroby małymi dawkami, a lewego nadnercza — dużymi. Leczenie to daje polepszenie przemijające.

W. przychodzi do wniosku, że na tak małym materiale nie można budować teorii epilepsji, że często najbliższą przyczyną, jak przejście do zakładu leczniczego, spokój w łóżku i t. p., mogą wywołać przejściowe ustanie napadów. Dlatego staje się prawdopodobnym pogląd, że wszystkie środki lecznicze powyższe nie leczą samej epilepsji, jako takiej, lecz skierowane są przeciw uprzednio już w ustroju istniejącemu mechanizmowi kurczów, który to mechanizm, według Fischera, wyzwała się drogą jajników. Jeżeli więc naświetlaniem ich udaje się zahamować ów mechanizm, to wówczas liczba napadów może dojść do minimum. Podczas menstruacji ustrój kobiecy jest w stanie równowagi (labiler Zustand) i przedstawia grunt podatny do uruchomienia mechanizmu kurczowego. Przez tłumienie owulacji i menstruacji mechanizm ten zostaje zahamowany, przez co znika przyczyna, wyzwalająca kurcze. W każdym bądź razie kwestia wymaga dalszych badań nad większą liczbą przypadków epilepsji nie tylko u kobiet, lecz i u mężczyzn przez naświetlanie jąder.

N u d e l m a n.

LHERMITTE i BOURGUINA. Płasawica krzyżowana. (Encéphale 1923, Nr. 4).

U 86-letniej kobiety nagle po przebudzeniu się zaczęły występować ruchy płasawicze w lewej kończynie górnej oraz prawej dolnej. W kończynach tych istniały objawy mózdkowe: zmniejszenie napięcia mięśniowego, utrudniona diadochocinesis, dysmetria i t. p., brakowało natomiast wszelkich objawów piramidowych. Autorzy sądzą, iż przyczyną choroby było ognisko, umiejscowione w górnych szypułkach mózdkowych.

Przy tej okazji omawiają oni spostrzeżenia Banhoefera, Kleista i innych, w których ruchy płasawicze zależały od przerzutów nowotworów do szypulek mózdkowych górnych. Autorzy przychodzą do wniosku, iż istnieją dwa ośrodki, wywołujące ruchy płasawicze: 1) jądro ogoniaste wraz z putamenem oraz 2) drogi, wiodące do szypulek mózdkowych górnych. W pierwszym szukać należy przyczyny płasawicy przewlekłej, w drugim — ostrej, na skutek krwotoków. Okolica podwzgórkowa, jako punkt, w którym zbiegają się drogi ciała soczewkowatego oraz włókna szypulek mózdkowych górnych, w schorzeniach swych niezmiennie często powoduje ruchy płasawicze.

N. Z. Z.

M. BERGAMINI. Nowe sposoby leczenia nagminnego zapalenia istoty szarej rdzenia. (Arch. de Méd. des Enf. T. XXVI, Nr. 9).

Nowy sposób leczenia zapalenia istoty szarej rdzenia według prof. Bordinera był wypróbowany przez autora podczas epidemii 1921 r. we Włoszech. Autor twierdzi, że stan za-

palny rdzenia nie niszczy ostatecznie wszystkich szlachtetnych komórek, część ich może powrócić do stanu pierwotnego, trzeba jednak dać ku temu najlepsze warunki. Naświetlanie X — promieniami radu przyczynia się do wessania nacieczenia i gojenia się uszkodzonych komórek. Głębokie ogrzewanie, podnosząc obniżoną ciplotę porażonych mięśni, poprawia stan krążenia. Leczenie metodą prof. Bordier rozpoczyna się od chwili ustąpienia objawów podostrych, t. j. w pierwszych tygodniach okresu bezgorączkowego. Leczenie to idzie w następującym porządku: 1) Radjoterapia stosowana w 3-ch serjach (lub więcej) naświetlań dotkniętych części rdzenia X — promieniami radu, każda seria składa się z 3-ch seansów po 3 dni z rzędu. 2) Diatermia — w ciągu kilku seryj po 4—5 seansów każda, aż ciepłota dotkniętych mięśni zaczyna zbliżać się do normy. Już podczas radjodiatermoterapij w chwili, gdy temperatura porażonych miejsc staje się prawidłowa, rozpoczyna się 3) elektroterapię, polega ona na przepuszczaniu prądu stałego, a później i przerywanego; elektroterapia powinna trwać długo, nieraz lata, być intensywną, stałą i dokładną. Autor rozpoczynał leczenie w okresach wczesnych (20—30 dni po wystąpieniu słabych porażań); wyniki tego leczenia były zupełnie dobre: zniekształcenia i porażenia ustępowały nawet w przypadkach dość ciężkich, gdzie stare metody nie dawały poprawy. Z 16-u opisanych przez niego przypadków 4 dały wyniki bardzo dobre, 8—dobre, 2 — średnie i tylko 2 niedostateczne.

A. S k o r k o.

SENEQUE. O przeroście VII-go szyjnego wyrostka poprzecznego. (Journ. de Chir. T. XXII, Nr. 2, 1923).

Nie tylko dodatkowe żebra szyjne, lecz i przerost 7-go szyjnego wyrostka poprzecznego może spowodować objawy ze strony splotu nerwowego szyjnego w postaci nie dających się wytłumaczyć uporczywych bólów w ramieniu, zaniku grup mięśniowych etc. W każdym podejrzanym przypadku dobre zdjęcie rentgenowskie wyświełli przyczynę. Schorzenie jest analogiczne do sakralizacji 5-go kręgu lędźwiowego. Autor poddał operacji, której technikę opisuje b. szczegółowo, 7 przypadków, z tych w 5-iu wynik był znakomity, w jednym — dwustronnego przerostu — poprawa jednostronna, wreszcie w jednym, z daleko posuniętym zanikiem mięśni, niepowodzenie.

K o h a n.

Choroby dzieci.

J. GRENIER. Nowe badania nad zapaleniem gruczołu łokciowego u niemowląt i dzieci. (Le Nourrisson Nr. 6, 1923).

Praca oparta na badaniach, przeprowadzanych w Domu Wychowawczym w Paryżu u niemowląt i dzieci w różnym wieku. Na 499 noworodków stwierdzono powiększenie gruczołu łokciowego obustronne w 36 przypadkach, t. j. w 7%, — jednostronne w 20 przypadkach, t. j. w 4%. Kiła nie jest jedyną, choć najczęstszą przyczyną, wywołującą powiększenie gruczołu łokciowego. Naogół u niemowląt do roku zapalenie t. j. obrzmienie gruczołu łokciowego stwierdzono w 10%. Obrzmienie to w 30%—50% przebiega wespół z obrzmieniem innych gruczołów; w jednej trzeciej części przypadków — towarzyszy mu powiększenie śledziony; w 35%—40% kiła była pewna, w 20% przypuszczalna. W 11% obrzmienie wystąpiło na tle gruźlicy, w 15% na tle krzywicy. Na 309 dzieci od 1 r. do 14 lat stwierdzono obrzmienie gruczołu łokciowego obustronne w 32 przypadkach (10%), jednostronne w 41 przypadkach (13%). Odczyn Pirqueta był, z wyjątkiem 5 razy, dodatni. Odczyn Wassermann'a, dokonany 30 razy, był zawsze ujemny, co przemawia przeciwko kiłowemu pochodzeniu zapalenia gruczołów łokciowych.

Wobec obrzmienia gruczołu łokciowego u dzieci powyżej roku należy myśleć w pierwszym rzędzie o kile wrodzonej i gruźlicy, które są w równej mierze przyczyną jego w połowie przypadków; w drugiej połowie występuje ono na tle krzywicy i innych schorzeń. U 100 dzieci chorych na odrę autor nie stwierdził ani razu zapalenia gruczołu łokciowego w związku z chorobą.

Zapalenie gruczołu łokciowego jest odczynem ustroju na przewlekłe stany zapalne lub zatrucia; dlatego też towarzyszy mu schorzenie wielu gruczołów, jak również częste powiększenie śledziony. Pod wpływem kiły obrzmienie występuje istotnie częściej, niż wskutek innych czynników, gdyż mamy tu

do czynienia nie tylko z działaniem jądów, jak w gruźlicy, lecz z samym zarazkiem, który się umiejscawia w gruczole łokciowym, najodporniejszym ze wszystkich gruczołów i wskutek tego nie reagującym na jad odry, jako zbyt krótkotrwały.

Zapalenie gruczołu łokciowego przemawia za prawdopodobieństwem kiły tylko wówczas: 1) gdy jest obustronne, 2) o ile mu nie towarzyszy żadne miejscowe zakażenie, 3) o ile odczyn skórny na gruźlicę jest ujemny.

Zofja Rosenblum.

W. MARIOT i L. T. DAVIDSON. Kwasota treści żołądkowej u dzieci. (Am. J. Dis. Child. Nr. 6, 1923).

Kwasotę żołądka oznaczali autorowie, określając koncentrację wolnych jonów wodoru w treści żołądka na szczycie trawienia.

U dzieci normalnych, karmionych piersią, kwasota wynosi przeciętnie PH 3,75, u dzieci chorych na kwasotę ulega nieznacznemu obniżeniu. Stopień kwasoty zależy od rodzaju podawanego pokarmu, od jego wartości „buforowej“, zdolności neutralizowania kwasu soku żołądkowego. Słodkie mleko krowie neutralizuje dużą ilość kwasu żołądkowego, z tego to powodu tolerancja na mleko krowie w większej ilości jest mniejsza, niż na kobiece. Mleko, zawierające 0,5 — 0,7% kwasu mlekowego, zachowuje się podobnie, jak mleko kobiece, w stosunku do kwasu żołądkowego. Ze względu na ważną rolę kwasu soku żołądkowego dla organizmu, niezbędne jest utrzymywanie kwasoty na normalnym poziomie przez dobór odpowiedniego pożywienia, z uwzględnieniem jego zdolności zobojętniania kwasu.

M. Prokopowicz.

A. F. HESS i M. WEINSTOCK. Podawanie tranu w czasie ciąży i karmienia w celu zapobieżenia krzywicy. (Am. J. Dis. Child. Nr. 1, 1924).

Badania, wykonane na szczurach, wykazały, że tran, podawany w czasie ciąży, nie może zapobiec rozwojowi krzywicy u młodych, żywionych pokarmem, wywołującym normalnie objawy krzywicy. Również i zwierzęta, karmione przez matki, które w tym okresie otrzymywały tran, po przejściu na djetę, sprzyjającą krzywicy, rozwinęły ją w zwykłym stopniu. Przeciwnie, tran działał zapobiegawczo, gdy go dawano bezpośrednio zwierzętom w okresie snania.

M. Prokopowicz.

Medycyna Sądowa.

F. REUTER. O powstawaniu i znaczeniu wylewów krawych do mięśni szyi zmarłych wskutek zaduszenia. (Beitr. zur Gerichtlichen Medizin V Band.).

Na podstawie licznych badań autor przychodzi do wniosków następujących:

1) Wylewy krwawe do mięśni szyi następują w rozmaitych rodzajach śmierci wskutek uduszenia.

2) W przypadkach zadzierżgnięcia, zadławienia i w niektórych przypadkach powieszenia wylewy te powstają wskutek nadzwyczajnego napięcia mięśni oddechowych pomocniczych w okresie duszenia się lub w okresie drgawek; występują przytem drobne pęknięcia mięśni, a jeśli ma miejsce i zastój w żyłach, tworzą się podbiegnięcia krwawe i drobne wylewy.

3) Czasami jednak, przedewszystkiem w przypadkach zadzierżgnięcia, występują prawdziwe wybroczyny na tle zastoiny; drobnowidzowo wybroczyny te mają wszelkie cechy powstania przyżyciowego.

4) Po śmierci mogą również tworzyć się wybroczyny w mięśniach szyi w związku z położeniem zwłok (w obrębie płam opadowych), przy wykonywaniu sztucznego oddychania i, w rzadkich przypadkach, pod działaniem gorąca.

W. Grzywo-Dąbrowski.

PARISOT et MORIN. Samochód zabójcą. (Annales de Médecine Legale 1923.IX).

W sprawach śmierci w związku z wypadkami samochodowymi ekspert musi odpowiedzieć na następujące pytania: jaka była przyczyna śmierci, czy śmierć nastąpiła wskutek wypadku samochodowego, jaki był typ danego samochodu: osobowy, wycieczkowy czy też ciężarowy, jaka była jego szybkość i jaki kierunek.

Autor podkreśla, że jest zazwyczaj wielka różnica między uszkodzeniami powierzchniowymi, częstokroć b. nieznaczniemi, i wewnętrznymi, które zazwyczaj bywają b. poważne; stwierdza się nadewszystko uszkodzenia kości. Nieznaczne uszkodzenia powierzchniowe bywają często przyczyną omyłek, t. j. wzięcia śmierci z powodu wypadków samochodowych za śmierć wskutek przekrwienia mózgu czy też płuc.

Należy dokładnie zbadać wymiary plam suchych na skórze, co w porównaniu z szerokością kół i gum rozmaitych typów samochodów może znacznie dopomóc do wyjaśnienia sprawy. Zachodzi jednak pewna różnica między wielkością śladów na skórze a wymiarem koła wraz z gumą; ślad na skórze jest nieco mniejszy wskutek elastyczności skóry oraz odzieży.

Na stan uszkodzeń wpływa także i droga, na której wypadek miał miejsce — autor stwierdził doświadczalnie za pomocą manekinu, że inaczej się przedstawiają uszkodzenia powierzchniowe w zależności od tego, czy droga jest sucha, czy też błotnista lub śliska.

Rozerwanie włókien mięśniowych w tym lub innym kierunku rzuca światło pewno na okoliczność, w jakim kierunku dążył samochód.

Również za pomocą manekinu autorowie starali się określić zmiany w związku z szybkością biegu samochodów rozmaitych typów. Zmiany te są uzależnione od liczby skoków, których większą liczbę wykonywa szybko idący samochód.

Autorowie radzą zbadać podejrzany samochód: czy nie ma na nim śladów krwi, mózgu, włosów, oraz izolować go, sfotografowawszy poprzednio, by uniemożliwić zreperowanie go w międzyczasie między wypadkiem a sprawą.

M. Grzywo-Dąbrowska.

CHAVIGNY et C. SIMONIN. Działanie kwasu siarkowego na tkanki organizmu. (Annales de médecine légale 1923).

Działanie kwasu siarkowego jest różne na tkanki trupa i tkanki żywe. Wykrycie kwasu siarkowego jest czasami niewykonalne, lekarz zaś sądowy winien dać chemikowi wskazówki, że w danym wypadku chodzi o zatrucie kwasem siarkowego na skórę żyjącego człowieka z jednej strony i na skórę zwierząt żywych, bądź umarłych z drugiej strony. U zwierząt nie ma prawie żadnej różnicy działania kwasu siarkowego na skórę żywą i martwą, podczas gdy u człowieka zachodzi wielka różnica. To się tłumaczy tem, że skóra człowieka jest bardzo znacznie unaczyniona, w porównaniu ze skórą zwierzęcą, gdy natomiast kropla kwasu siarkowego działa na kreskę lub

ścianą jelita u zwierzęcia, a więc na narządy również unaczynione, to pozostaje czarny strup, podobny do strupa, powstającego na skórze u żyjącego człowieka. Kwas siarkowy, kroplami dodawany do krwi w naczyniu, czyni tę krew w miejscu zetknięcia się czarną, jak smoła. Gdy u żyjącego człowieka na jedną z kończyn nałożono opaskę Esmarcha, to obraz działania kwasu siarkowego na skórę poniżej opaski był podobny, jak na skórze trupa. Na trupie plama kwasu siarkowego w miejscach bezkrwistych pozostaje bezbarwna, ma wygląd pergaminowy, podczas gdy plamy, powstałe z działania kwasu siarkowego w miejscu plam opadowych, przybierają kolor czarny. To zjawisko zależy od działania kwasu siarkowego na krew, zawartą w powierzchownych naczyniach skóry.

Dr. Chwalisław Kobylński.

COURTOIS-SUFFIT i GROUX. Międzynarodowa reglamentacja środków odurzających, a w szczególności — kokainy. (Annales de médecine légale. 1923).

Drogi przenikania zgubnych środków po przez granice państw są tak subtelne i rozmaite, że żeby zmniejszyć zło, które nas opanowuje w postaci opium, kokainy i ich pochodnych, trzeba ograniczyć produkcję tych środków do potrzeb farmaceutycznych i stosować surowe prawa względem tych, którzy zajmują się nielegalnym handlem temi środkami; dlatego konieczne jest: wzbronienie pobytu handlującym, wygnanie, wysokie kary pieniężne; toksykomanów należy umieszczać w kolonji psychiatrycznej o rygorze poprawczym. Konieczny jest surowy dozór nad wszystkimi instytucjami, wydającymi te środki. Ignorancja co do środków toksycznych i ich skutków jest wielka nie tylko wśród społeczeństwa, ale i wśród lekarzy, którzy nie zdają sobie tu sprawy z niebezpieczeństwa socjalnego i moralnego. Tylko reglamentacja międzynarodowa produkcji i sprzedaży środków odurzających może wstrzymać falę toksykomanji. Propaganda wychowawcza i profilaktyczna pozwoli zabezpieczyć naszą młodzież przed tem niebezpieczeństwem. Toksykomanja bardzo często jest w łączności z homoseksualizmem, który nieraz jest jej końcowym rezultatem. Kokaina, jak i alkohol, często doprowadza do obłąkania i do kryminalu. Kokainomani są zawsze żarliwi we wszystkim, i w tem tkwi ich niebezpieczeństwo, że wszędzie sięją moralną zarazę, wciągając innych do swego zabójczego towarzystwa. Kokainizacja jest modna, uprawia ją przeważnie inteligencja. Morfinomanja powoli znika, kokainomanja zaś wzrasta, gdyż proszek kokainy jest daleko wygodniejszy do użycia, niż bólowe i szpecące skórę iniekcje morfiny.

Dr. Chwalisław Kobylński.

Zapiski lecznicze.

opracował doc. dr. St. KLEJN, ordynator szpitala na Czystem.

Anthelmintica.

(Dokończenie p. Nr. 4).

3. Glistnica robaczkowa (*oxyuris vermicularis*) jest bardzo rozpowszechniona obecnie nie tylko u dzieci, ale i u dorosłych. Robak ten jednak wyjątkowo bywa szkodliwy (*appendicitis*), dokucza zaś zwykle przez swędzenie w otworze stolcowym, zjawiające się przeważnie w nocy. Niestety, dotychczas nie posiadamy pewnego, swoistego środka lekarskiego, niszczącego glistnicę, czego najlepszym zresztą dowodem jest już sama mnogość środków, wciąż w tym celu zalecanych. Z tego też powodu pomijamy je tu zupełnie. Leczenie zresztą utrudnia jedna okoliczność, której przy gubieniu innych robaków nie napotykamy, mianowicie, że chory sam się wciąż niemi zaraża albo też podlega zarażeniu ze strony swego najbliższego otoczenia. To też pierwszą zasadą, jaką kierować się należy, nie tylko podczas leczenia, ale i później, jest ochrona chorego przed grożącym mu wciąż zakażeniem. W tym celu nie dosyć jest baczyć, szczególnie u dzieci, ażeby nie przenosiły jaj robaków palcami z odbytu do ust (zasady

postępowania w tym względzie są powszechnie znane), ale należy zbadać otoczenie chorego na obecność glistnic w stolcach i, w razie ich znalezienia, przystąpić do ich usunięcia.

Co się tyczy samego leczenia, to najskuteczniej wpływają systematycznie stosowane ławatywy z 2 litrów (u dzieci mniej) zwykłej wody letniej, niektórzy dodają do tego trochę mydła, Liq. Bourowi (1—2 łyżki), lub 15 kropel Ol. *Chenopodii*. Według mnie są dodatki te zupełnie zbyteczne, idzie tu bowiem nie tyle o zabicie robaków, ile o mechaniczne usunięcie ich z kiszki, szczególnie z kiszki grubej. Wobec tego, że rozmnażanie robaków następuje co 6—7 tygodni, po upływie których odbywa się wędrówka pasorzytów do niższych odcinków kiszki, można ławatywy stosować serjami co kilka tygodni; sądzą jednak, że stałe i systematyczne stosowanie ich przez czas dłuższy (rok i dłużej) najpewniej prowadzi do celu — przekonałem się o tem dowodnie na bliskim mi osobach i po dłuższej kontroli.

Dokuczliwe swędzenie koło odbytu łagodzi smarowanie minimalną ilością szarej maści z dodatkiem anestetyny.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne.

Posiedzenie z dnia 27.II. 1924 r.

Cieszyński wygłosił odczyt p. t.: „O odczynie tyfynowym w przebiegu duru brzuszno-“ (Rzecz będzie drukowana w „Pedjatrji Polskiej“).

Kramsztyk Stefan omawia leczenie krztuśca, dając krótki przegląd najnowszych metod leczenia, i specjalnie zatrzymuje się na metodzie Ochseniusa. W dyskusji Szenajch wyraził pogląd, że leczenie koklusu jest wogóle niepewne, we wczesnych okresach zaś radzi stosowanie preparatów chininy.

Tego samego zdania jest Kramsztyk Julian, stosując jednak, prócz chininy, antypirynę i narkotyki; specjalnie jakoby dobrze działa luminal.

Gromski, pokładając nadzieję w swoim leczeniu krztuśca szczepionkami, neguje dodatni psychiczny wpływ pendzlowania gardzieli i sprowadza działanie tegoż do miejscowego znieczulenia śluzówki.

Według zaś Łyskawińskiego metoda Ochseniusa tylko pobudza kaszel. Dyskutant przypomina zdanie, jakie posiada zmiana miejsca pobytu w leczeniu krztuśca.

Zdaniem Mikułowskiego stosowanie metody Ochseniusa w przychodniach jest tylko szkodliwe.

Michałowicz sądzi, że pojęcie koklusu jest zbiorowe. W przebiegu istotnego krztuśca leczenie będzie różne w zależności od fazy, w jakiej znajduje się choroba. Dyskutant podkreśla dalszy dodatni wpływ psychiczny na leczenie drugiej fazy koklusu i znaczenie stosowania eteru w krztuścu, skomplikowanym ogniskami w płucach.

Kopeć przypuszcza, że pendzlowanie wywiera tylko tam pewien dodatni wpływ, gdzie jest przekrwienie bocznych fałd gardzieli; przypomina on metodę Pospischilla, polegającą na leczeniu krztuśca powietrzem.

Posiedzenie z dnia 12.III 1924 r.

Bogdanowicz wygłasza odczyt na temat: „Kinematograf a młodzież“. Rzecz ukaże się w druku w „Opiece nad dzieckiem“.

Według Wernica temat poruszony jest bardzo ciekawy, lecz daje powód do mnostwa nieporozumień. Pomieszczone są w referacie pojęcia wartości kinematografu i wartości filmu. Dyskutant nie zgadza się z prelegentem, że kino daje silniejsze wrażenie, niż teatr. Na pierwszym miejscu stoi pod tym względem druk, dalej teatr, trzecie zaś miejsce zajmuje kino. To ostatnie nie daje tak drastycznych sytuacji, jak teatr. Do tego dochodzi gest, wyraz twarzy. Druk ma większe znaczenie z jednej strony jako strawa bardzo częsta — z drugiej zaś jako strawa specjalnie dobierana, przez co deprawuje się dusza dziecka. Kino może mieć wybitnie dodatni wpływ, o ile będzie stworzona wytwórnia odpowiednich filmów. W tym celu należy odpowiednio kształcić pisarzy i reżyserów.

Michałowicz widzi główny brak kina w zbyt szybkim wyświetlaniu filmów.

Według Szenajcha fiasko filmów naukowych zależy od tego, że wyświetlanie ich odbywa się poza szkołą. Zakaz chodzenia do kina na „niedozwolone“ obrazy jest niedopuszczalny.

W odpowiedzi Bogdanowicz zaznacza, że nie neguje potęgi kina dla celów pedagogicznych i innych. Co do wpływu kina, myśli, że należy je postawić na pierwszym miejscu wobec specjalnych warunków, w jakich przedstawienie się odbywa. Przyszłość kina jest olbrzymia — dość powiedzieć, że obecnie przemysł kinowy zajmuje trzecie miejsce pod względem zaangażowanych kapitałów. W 1921 roku było 40 tysięcy kin na świecie.

Posiedzenie z dnia 26.III. 1924 r.

Krzyształowicz wygłasza odczyt na temat: „Rola skóry jako narządu“.

W dyskusji Michałowicz dziękuje za wygłoszony odczyt, podkreśla stosunek, jaki zachodzi między czynnikiem

exogenowym a endogenowym w zastosowaniu ich do skóry, i podnosi trafność myśli referenta o znaczeniu wpływu warunków meteorologicznych na skórę.

Brokman przytacza niektóre zjawiska, uwydatniające rolę skóry jako narządu, które referent pominął.

Przedborski omawia demonstrowane na posiedzeniu z dnia 30.I. 1924 r. przypadki złośliwej pęcherzycy w postaci przejściowej do choroby Rittera (rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji Krzyształowicz zaznacza, że pęcherzyca i choroba Rittera są tylko różnymi postaciami streptokoceji.

Posiedzenie z dnia 14.IV. 1924 r.

Juljan Kramsztyk wygłosił wspomnienie pośmiertne z powodu zgonu s. p. Aleksandra Szulca. Obecni uczcili pamięć jego przez powstanie. (Wspomnienie będzie drukowane w „Pedjatrji Polskiej“).

Szenajch Kramsztyk demonstruje przypadek kły wrodzonej u noworodka 11-to dniowego.

Popowski przedstawia przypadek trombopenie essentialis u chłopca 13-to letniego. (Rzecz będzie ogłoszona drukiem).

W dyskusji Erlichówna podkreśla praktyczną wartość przypadku.

Kopeć przedstawia i omawia przypadek cukrzycy u 13-to letniego chłopca leczonego insuliną.

Bień i Popowski demonstrują i omawiają przypadek cukrzycy, leczonej insuliną u dziewczynki 14-to letniej (rzecz będzie ogłoszona w „Pedjatrji Polskiej“).

Landsberg jest zdania, że rozróżnia się przypadki lekkie i ciężkie. Przypadek pierwszy należy zaliczyć do kategorii lekkich, drugi zaś do ciężkich. Ex juvantibus rozróżnia się ciężkość przypadków cukrzycy w ten sposób, że w ciężkich po podaniu insuliny znika tylko aceton, a cukier utrzymuje się, w lekkich zaś znika i cukier i aceton. Sądzi, że chłopiec, demonstrowany przez Kopecia, może się już obejść bez insuliny.

Szenajch twierdzi, że wszystkie cukrzycy w wieku dziecięcym są ciężkie. Różne wyniki, otrzymane w 2 demonstrowanych przypadkach przy stosowaniu insuliny, przypisuje różnej długości okresów leczenia insuliną.

Landsberg wyjaśnia, że pod „dziczalą“ postacią cukrzycy rozumie się przypadek zaniedbany, gdy aceton zjawia się na skutek zbyt wielkiej hyperglikemji.

Kramsztyk Julian zaznacza, że wszystkie spostrzegane przez niego przypadki cukrzycy u dzieci były zawsze śmiertelne.

Zdaniem Łyskawińskiego należy podkreślić znaczenie insuliny dla utrzymania dziecka przy życiu. U małych dzieci przyspieszenie tętna jest wiastunem hypoglikemji.

Sekretarz: R. Barański.

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 27.IV. 1924 r.

Przewodniczący: Guranowski.

Dobrowolski uczcił pamięć profesora Sokółowskiego Alfreda przemówieniem, w którym podkreślił zasługi Jego dla nauki polskiej. Obecni uczcili pamięć s. p. prof. Sokółowskiego przez powstanie.

Pokazy: Pieniążek. Przyp. brodawczaka u 10-letniego pac., operowany 14 krotnie z dobrym wynikiem.

Zabiegi wykonano w znieczuleniu miejscowym i ogólnym. W przebiegu leczenia dokonano tracheotomji, jako zabezpieczenia przed uduszeniem. Leczenie promieniami Roentgena, pendzlowanie kwasem sulfurem nie wywierało wpływu w kierunku przezwyłączenia nawrotów. Dopiero po przebytej szkarlatynie w roku ubiegłym zauważono pewne osłabienie bujania. Po ostatniej operacji, dokonanej w roku ubiegłym, widzimy tylko pojedynczy polipek brodawczakowy pod struną głosową.

Dyskusja: Pęski stosuje tracheotomję w przypadkach, w których brodawczaki umiejscowione są w krtani; w razie umiejscowienia ich w tchawicy stosuje laryngotra-

cheostomję (metoda Sargnona). Często powtarzane usuwanie brodawczaków nie daje dobrych wyników, wywołuje blizny na strunach.

Lublinier. Brodawczaki u dzieci trwają do 15—17 roku życia. Tracheotomia ma wątpliwe znaczenie dla przebiegu i leczenia. I przed erą operacyjną leczono brodawczaki krtani środkami wewnętrznymi, jak np. Sumitates Sabinae, przypaleniami magnezjowemi.

Koenigstein uważa tracheotomję za najlepszą metodę leczniczą. Po wyłączeniu krtani z jej funkcji w okresie dojrzewania następuje leczenie.

Chorażycki przypomina, że u dzieci warstwa nabłonkowa brodawczaków jest nieznaczna, pod nią zaś obfita luźna tkanka łączna; u dorosłych pod nabłonkiem jest mało tkanki łącznej. Z tego względu podawanie wewnętrzne jodu jest wskazane.

Pęski: 1) Rak nagłośni operowany drogą Pharyngotomia subhyoidea.

Wyłuszczone została nagłośnia i część chrząstki tarczowej. Po zeszczeniu warstwami rany założono sączki pod skórę. Rany zagoiły się per primam. Uwaga operującego ma być zwrócona na dwa momenty: na przecięcie więzadła językowo-nagłośniowego, na nerw i tętniczkę krtaniową górną. Przez odcinanie kości gnykowej haczykiem ku górze i przez przecięcie mięśnia bliżej kości gnykowej udaje się uniknąć uszkodzenia nerwu i tętniczki.

W dyskusji brali udział Lubliner, Pieniążek.

2) Przypadek twardzieli, wyleczony naświetleniami rentgenowskimi.

Przyp. dotyczył 22-letniego chorego z ciężkim schorzeniem twardzielowym nosa, gardzieli, krtani i tchawicy. Z powodu zwężenia krtani dokonano tracheotomji. Po 13 serjach naświetlań przez dr. Sabatę chorego można uważać za wyleczonego. Rurka tracheotomijna zostanie wkrótce usunięta, jako zbędna.

Dyskusja: Lubliner nie widział poprawy po naświetlaniach promieniami Roentgena. Przyczyny dopatruje się w wadliwej technice.

Karbowski: 1) Pokaz chorej wyleczonej z gruźlicy ucha środkowego z przetoką błędnikową w kanale półkolistym naświetlaniami lampą kwarcową.

Naświetlania były robione przez kol. Miszurskiego. Objawy przetokowe ustąpiły, próchnica wzgórka jamy bębenkowej wykazuje wyleczenie.

2) Pokaz 8 miesięcznego oseska, u którego na tle gruźlicy ucha środkowego K. dokonał operacji doszczętniej.

Obnażona została przednia i tylna jama czaszkowa z powodu zmian na oponie twardej. Porażenie nerwu twarzowego po operacji prawie zupełnie ustąpiło. Wygląd rany dobry.

Sekretarz: Karbowski.

Zjazdy.

III Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych-miejskich w Łucku 11—13 maja 1924 r.

III Zjazd, zorganizowany przez Komitet Wykonawczy II Zjazdu Związku Miast Polskich i przeprowadzony przez Komitet Organizacyjny w Łucku w dniu 11—13 maja r. b., stanowić będzie poważną kartę w dziejach podniesienia zdrowotności w Państwie Polskim.

Niemniej ważną rolę III Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich odegra w dziedzinie higieny społecznej naszych Kresów Wschodnich, tych rubieży Państwa Polskiego, które stoją na straży nie tylko naszej samodzielności, lecz i kordonu sanitarnego, zabezpieczającego Polskę od Wschodu.

Wybór miasta Łucka, jako historycznego i prastarego miasta kresowego na Wołyniu, gdzie się odbył Zjazd, nie zawiódł nadziei organizatorów Zjazdu i przyczynił się do postawienia na porządku dziennym spraw zdrowotnych na Kresach narówni z innymi sprawami życia społecznego tego kraju.

III Zjazd, aczkolwiek miał swój program wytyczny, sprawom zdrowotnym i niedomaganiom pod względem stanu sanitarno-higienicznego Kresów udzielił dużo uwagi i podkreślił, że sprawy zdrowia publicznego całego Państwa zależą od stanu zadawalającego innych dzielnic.

Miejscowy organ „Życie Wołynia“ z dnia 11.V.1924 w artykule czołowym „Witajcie“ na cześć III Zjazdu w nast. słowach podnosi znaczenie Zjazdu: „Jeszcze gojący wpływ czasu i zabiegliwa dłoń dbałego o lepsze jutro człowieka nie zdążyły zetrzeć z powierzchni murów naszego miasta świeżych śladów szeregu niedawnych nawałnic, a już stołecznemu grodowi dzielnicy wołyńskiej sądzonem jest w dniu dzisiejszym powitać drogiego gościa ze wszystkich dzielnic Rzeczypospolitej, przybywających do nas radzić o sposobach i środkach zapewnienia ludności miast polskich możliwie zdrowotnych warunków bytowania“...

III Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich został otwarty z ramienia Zarządu Związku Miast Polskich przez dra W. Boguckiego, Prezesa Komitetu Wykonawczego II Zjazdu, który w przemówieniu powitalnym podkreślił znaczenie zjazdów dla rozwoju spraw zdrowotnych naszych miast i wyraził nadzieję, że i obecny Zjazd przyczyni się do podniesienia stanu sanitarnego w Polsce, szczególnie w miastach na Kresach Wschodnich.

Następnie, w imieniu Komitetu Organizacyjnego, zabrał głos Prezes Komitetu, p. Waliński — Prezydent m. Kowla, i w serdecznych słowach powitał przybyłych dele-

gatów na Zjazd, prosząc do stołu Prezydjalnego — na członków honorowych Prezydium p. Wojewodę Wołyńskiego Srokowskiego, p. Dyrektora Generalnej Dyrekcji Śl. Zdrowia M. S. W. dra Cz. Wroczyńskiego, p. wice-prezydenta m. Warszawy dra Karp-Rotterunda, p. Prezesa Naczelnej Izby lekarskiej dra Bączkiewicza, Prezesa Tow. Higienicznego dra J. Polaka; do Prezydium Zjazdu — dra Boguckiego jako Prezesa, na wice-prezesów — wice-prezydenta m. Wilna p. Łokuciewskiego, radcę m. Poznania p. dra Szulca, ławnika magistratu m. Białegostoku dra Ostromeckiego, prezesa Łuckiego Tow. Lekarskiego — p. dra Miłaszewskiego, burmistrza m. Łucka p. Zielińskiego, na Generalnego Sekretarza — dra W. Gawłowskiego (Warszawa), na sekretarzy: dra Lipińskiego (Łuck), dra Łytyńskiego (Torczy-Woń.). Do Komisji Mandatowej: dra Szaniawskiego (Łuck), dra Radwańskiego (Łuck), dra Wierzbickiego (Poznań). Do Komisji Wnioskowej: dra Jakimiaka (Warszawa), dra Szulca (Poznań), dra Ostromeckiego (Białystok), dra Garbaczewskiego (Lublin), dra Minkiewicza (Wilno), dra Mittelsztädta (Łódź), dra Wojniczka (Łuck).

Po odczytaniu listu powitalnego, przesłanego przez Prezesa Zarządu Związku Miast, p. dra Zawadzkiego, i powitalnych depech — Ministra Sprawiedliwości, Ministra Rolnictwa, Prezydenta m. Lublina, Polskiego Tow. Pediatrycznego, Polsko-Amer. Komitetu Pomocy Dzieciom, Gminy Żydowskiej i innych, przystąpiono do wysłuchania przemówień powitalnych.

Pierwszy przywitał Zjazd w imieniu Rządu p. Wojewoda Wołyński Srokowski, następnie burmistrz m. Łucka p. Zieliński, Dyrektor Generalnej dyr. Służby zdrowia M. S. W. dr. Wroczyński, ks. prałat Zagórski w imieniu ks. Biskupa diecezji Łucko-Żytomierskiej, dr. Bączkiewicz w imieniu Nacz. Izby Lekarskiej, dr. Rottermund — miasta Warszawy, p. Łokuciewski — m. Wilna, następnie przedstawiciele m. Lublina, Poznania, Białegostoku, dr. Jakimiak w imieniu Warszawskiego Tow. Lekarskiego, dr. Miłaszewski — Łuckiego Tow. Lekarskiego, dr. Radwański — Czerwonego Krzyża, dr. Wierzbicki — w imieniu prasy lekarskiej „Nowin Lekarskich“.

Po uchwaleniu regulaminu Zjazdu przystąpiono do obrad. Ogólna liczba członków Zjazdu wyraża się, wraz z przybyłymi 40 osobami, liczbą 58; miast reprezentowanych było 35, delegatów Tow. lekarskich — 4, przedstawicieli władz

ządowych — 8, reszta przyjezdni lekarze i goście; z ogółem liczby 58 uczestników lekarzy było 39.

Program Zjazdu obejmował referat wstępny p. Waligórskiego p. t.: „Rozwój miast Rzeczypospolitej, a w szczególności rozwój miast kresowych, jako zagadnienie państwowe“, następnie referaty w sprawach sanitarnych, zaopatrywania miast w wodę i inne — dra Polaka „Stan higieny miast polskich z uwzględnieniem Kresów i obowiązki ich w dziedzinie zdrowia publicznego i kultury ludności“, dra Szaniawskiego „Stan sanitarny Województwa Wołyńskiego“, dra Minkiewicza „Stan sanitarny Wilna i Kresów Wileńskich“, dra Ostromeckiego „Rola samorządów miejskich w dziedzinie sanitarnej ze stanowiska prawodawstwa sanitarnego“, inż. Piotrowskiego „Zasady zaopatrywania miast w wodę za pomocą wodociągów“, Insp. Weterynarii dra Mackiewicza „O rzeźniach miejskich“, dra Wasilewskiego „Zimnica na Kresach Wschodnich“, dalej referaty w sprawie wychowania fizycznego i higieny szkolnej: dra Świątoplek-Zawadzkiego „Wychowanie fizyczne jako funkcja społeczna“, dra W. Gawłowskiego „Rola samorządów w wychowaniu fizycznym“, dr. Wojniczka „Wół wśród młodzieży szkolnej w Łucku“, dra Dietrycha „Stan sanitarny szkół powszechnych pow. Kowelskiego“ etc.

Uczestnicy Zjazdu zwiedzili zakłady zdrowia, szpitale, instytucje filantropijne m. Łucka, jak również starożytności miasta — zamk Lubarta, Katedrę, Synagogę, oraz wzięli udział w uroczystym posiedzeniu T-wa Lekarskiego w Łucku i byli obecni na popisach gimnastycznych harcerza i sokoła.

Równolegle ze Zjazdem w Łucku została otwarta w dniu 11 maja „Wystawa Higieniczna“ w obecności władz miejscowych, lekarzy — członków Zjazdu oraz publiczności. Wystawa ściągnęła liczną publiczność i wywołała wielkie zainteresowanie wśród uczącej się młodzieży i reszty zwiedzających. Ogólny nastrój i zainteresowanie się Zjazdem i wystawą dowiodły niezbitnie wysokiego zrozumienia przez działaczy Kresów Wołyńskich, jak lekarzy, tak i innych, konieczności przystąpienia do planowej organizacyjnej pracy wogóle i w dziedzinie podniesienia stanu zdrowotnego w szczególności. Serdeczność i szczerść oraz opieka, udzielana członkom Zjazdu przez miejscowych działaczy, jak Prezydenta miasta Kowla, p. Waligórskiego, i Burmistrza m. Łucka, p. Zielińskiego, i innych, zjednały serca wszystkich przybyłych, wytworzyły nastrój pełen wzajemnego zrozumienia i zaufania; trzeba tylko życzyć, aby i następne zjazdy w jakiegokolwiek miały się odbyć dzielnicy, umiały tak złączyć duchowo i myślowo zebranych, a czyni niezawodnie będą służyły w parze z wysokim zrozumieniem ogólnego dobra narodu i naszej państwowości.

III Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Łucku na ogólnym posiedzeniu uchwalił następujące rezolucje:

I. W sprawach sanitarno-organizacyjnych.

A. Zważywszy, że podniesienie stanu sanitarno-higienicznego Kresów Wschodnich jest niewykonalne, a conajmniej połączone z wielkimi trudnościami, o ile nie stworzy się uprzednio podatnego gruntu przez podniesienie ogólnego poziomu gospodarczo-kulturalnego i oświatowego szerokich warstw społeczeństwa, Zjazd uchwala:

że podniesienie miast kresowych, a w pierwszym rzędzie miast, będących stolicami Województw, z Łuckiem na czele, jest sprawą pierwszorzędnej znaczenia państwowego i jest najkrótszą i najwłaściwszą drogą do duchowego zespolenia Kresów Wschodnich z Macierzą Polską;

Zjazd uprasza Sejm i Rząd o zwrócenie uwagi na to pierwszorzędne zagadnienie Państwowe i uznanie go za pilne, oraz uwzględnienie w budżetach lat następnych sprawy budowy gmachów państwowych, a w szczególności gmachów szkolnych, domów ludowych i innych;

ponadto Zjazd zwraca się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o wydatną pomoc na cele zdrowia publicznego na Kresach Wschodnich.

B. 1) Zakres działalności samorządów miejskich w dziedzinie sanitarnej winien się opierać na zasadniczej Ustawie Sanitarnej z dn. 19.VII 1919 r. z wprowadzeniem pewnych zmian w podziale kompetencji i funkcji organów sanitarnych rządowych i komunalnych.

2) Stosunek rządu do samorządu w dziedzinie sani-

tarnej winien polegać na nadzorze i kontroli, a w razach wyjątkowych na pomocy finansowej i na udzielaniu za pomocą instrukcji wskazówek natury prawnej i technicznej, oraz na ingerencji władz w razie uchylenia się samorządu od wykonania ustawowo przepisanych obowiązków.

3) W celu stworzenia prawnych podstaw dla działalności samorządów miejskich w dziedzinie sanitarnej i ulepszenia warunków zdrowotnych miast niezbędne jest niezwłoczne opracowanie szeregu szczegółowych ustaw sanitarnych.

Projekt ustawy o zaopatrzeniu ludności w wodę powinien być poddany rewizji na specjalnej konferencji przedstawicieli Zarządu Związku Miast i Komitetu Wykonawczego III Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich.

4) W celu uzgodnienia kompetencji i uprawnień samorządów miejskich w dziedzinie sanitarnej z kompetencją i uprawnieniami samorządów w dziedzinie administracji publicznej wydanie pomienionych ustaw szczegółowych winno być poprzedzone przez wydanie miejskiej ustawy samorządowej.

5) Najpilniejszą ustawą szczegółową, bez której niemożliwe jest uzdrowienie miast, winna być ustawa o planowym i terminowym zaopatrzeniu ludności w dobrą wodę i skanalizowanie miast z uwzględnieniem regulacji miast.

6) W celu należytego, sprawnego i szybkiego wykonywania obowiązków w dziedzinie sanitarnej należy samorządom miejskim przekazać władzę administracyjną I-ej lub II-ej instancji, w zależności od kategorii miast, z wyjątkiem miast, niewydziałonych z powiatów.

7) W celu skoordynowania działalności poszczególnych samorządów a planowego i skuteczniejszego ulepszenia warunków zdrowotnych oraz odciążenia budżetów miejskich należy podzielić działalność sanitarną pomiędzy samorządy — wojewódzki, miejski i powiatowy, zależnie od rodzaju sprawy.

8) Zjazd uznaje konieczność współdziałania z organami rządowymi i samorządowymi instytucji społecznych, mających na celu podniesienie higieny społecznej w Państwie Polskim, zalecając wszystkim czynnikom podjęcie akcji propagandowej celem powstawania tych instytucji lub oddziałów istniejących Towarzystw, szczególnie T-wa Higienicznego, i uzyskania odpowiednich kredytów dla rozwoju spraw higienicznych w poszczególnych miejscowościach.

9) Zjazd zwraca się do Rządu o możliwie rychłą restytuowanie zakładu dla chorych umysłowych w Wilejce, jako mającego znaczenie dla Wileńszczyzny i przyległych Województw, ze względu na to, że istniejąca pomoc dla chorych umysłowych ani ilościowo, ani jakościowo nie odpowiada potrzebom życia i wymaganiom nauki.

10) Wobec tego, że pomimo zapadłych uchwał na Zjazdach lekarskich, poszczególnych samorządów a także uchwał Zjazdów Związku Miast co do skasowania przywileju Kas Chorych w opłaceniu 50% rzeczywistych kosztów utrzymania i leczenia w szpitalach chorych tej instytucji, sprawa nie została przez czynniki miarodajne rozstrzygnięta; Zjazd ponownie podnosi tę palącą dla samorządów sprawę o skasowanie niczem nie dającego się umotywić przywileju Kas Chorych.

II. W sprawach higieny szkolnej i wychowania fizycznego.

1) Samorząd, jako ostoją życia zorganizowanego miejscowej ludności, pod kontrolą i przy poparciu Państwa, musi być uważany za warunek nieodzownego normalnego rozwoju życia społeczeństwa, szczególnie ważnego w dziedzinie pieczy nad zdrowiem i podniesieniem sił fizycznych i duchowych narodu.

2) Samorządy powinny zaopiekować się sprawami wychowania fizycznego i kultury cielesnej narówni z innymi dziedzinami gospodarki komunalnej, powołując w tym celu specjalne organy.

3) W celu planowego przeprowadzenia zamierzeń na polu wychowania fizycznego w życie, koniecznym jest, aby samorządy opierały swą opinię na zdaniu upoważnionych do tego fachowców i powag naukowych oraz zastrzeżonych w pracy społecznej obywateli danej gminy, powołując w tym celu komisje, komitety i rady wychowania fizycznego, jako ciała doradczych samorządów.

4) Samorządy powinny natychmiast przystąpić do zrewidowania planów regulacyjnych miast i osiedli (szczególnie przy mającej nastąpić rozbudowie) w celu uwzględnienia i zaprojektowania w różnych dzielnicach odpowiednich ter-

nów na parki, skwery, plan dla gier i zabaw oraz boiska sportowe.

5) W budżetach samorządów winny być przewidziane specjalne pozycje na zamierzenia, związane z przeprowadzeniem planu, dotyczącego wychowania fizycznego i kultury cielesnej obywateli danej gminy.

6) Szczególną opieką i życzliwością samorządów powinny cieszyć się organizacje sportowe i ćwiczeń cielesnych, dlatego pomoc samorządów nie powinna ograniczać się do subwencji środków finansowych, lecz polegać na łączności organizacyjnej.

7) Nadzór higieniczno-lekarski w szkolnictwie, jako pierwszy etap w rozwoju sprawy wychowania fizycznego narodu, powinien być wprowadzony w tych zakładach naukowych, w których jeszcze nie został zorganizowany, a rola samorządów w tym względzie polega na tem, aby niezwłocznie organizacja ta została wprowadzona w życie.

8) We wszystkich szkołach wyższych, w pierwszej linii w Uniwersytetach na wydziale lekarskim winny powstać katedry medycyny społecznej, wychowania fizycznego, instytuty dla badań naukowych w dziedzinie wychowania fizycznego, sale i boiska do ćwiczeń cielesnych, a w szkołach średnich obowiązkowe wykłady higieny.

III. W sprawach zaopatrywania w dobrą wodę miast polskich.

1) Zaopatrywanie miast w zdrową wodę i w dostatecznej ilości jest nieodzownym warunkiem podniesienia stanu zdrowotnego miast.

2) Samorządy winny zająć się sprawą przy wydatnej pomocy Rządu; w ręku Rządu spoczywać winna kontrola i tylko w razie koniecznym inicjatywa.

3) Obecne warunki, w jakich znajdują się miasta polskie, nie nasuwają specjalnych trudności do zrealizowania sprawy zaopatrywania miast w wodę, wobec czego sprawa ta powinna być, jako najpilniejsza, załatwiona w możliwie krótkim czasie.

4) Jako normę zużycia wody, wystarczającą dla miast polskich, należy uznać 100 l. na dobę i mieszkańca; dla miast mniejszych bez szkody dla ludności norma ta może być obniżona aż do 40 l. na dobę i mieszkańca, zależnie od warunków lokalnych.

5) Urządzanie 2-ech równoległych wodociągów z czystą wodą do picia i potrzeb gospodarstwa domowego i z brudną dla celów przemysłu należy uznać za nieracjonalne, zarówno ze względów gospodarczych, jak również higienicznych.

6) Za najbardziej odpowiednią formę przedsiębiorstwa wodociągowego należy uznać wodociąg, stanowiący własność miasta i pozostający w jego zarządzie, jednakże w początkowym okresie inicjatywa prywatna co do zakładania wodociągów nie powinna być krępowana, zwłaszcza w okręgach przemysłowych.

7) Pozbawienie przemysłu prawa korzystania z wodociągów publicznych należy uznać za nieracjonalne.

8) W celu sfinansowania wodociągów miejskich konieczna jest pomoc Skarbu, jak również współdziałanie Banku Komunalnego Związku Miast przez jaknajrychlejsze zorganizowanie biur porad w sprawie wodociągów.

IV. W sprawach sanitarno-weterynaryjnych.

1) Rzeźnie powinny być traktowane, jako instytucje użyteczności publicznej o wybitnym sanitarnym znaczeniu.

2) Dochody z rzeźni winny być obracane, poza amortyzacją i oprocentowaniem kapitału zakładowego, na ulepszenia i utrzymanie w należytym porządku rzeźni oraz na cele sanitarne.

3) Rzeźnie publiczne winny znajdować się w każdym mieście, osadzie i wsiach, będących ośrodkami przemysłowymi.

4) We wszystkich większych miasteczkach i osadach gminy winny utrzymywać lekarzy weterynaryjnych dla wykonywania urzędowego badania zwierząt rzeźnych i mięsa.

Zarząd rzeźni winien się znajdować w rękach lekarzy weterynaryjnych.

V. Zjazd powołuje stały Komitet Wykonawczy przy Zarządzie Związku Miast w celu: a) dopilnowania i wykonania uchwał Zjazdu, b) wydawania Zarządowi Związku Miast opinii w sprawie przygotowujących się i wnoszonych do

Sejmu projektów ustaw, dotyczących się bezpośrednio spraw zdrowotnych, c) organizowania Zjazdów.

Komitet Wykonawczy III Zjazdu stanowią:

z Warszawy: dr. Bogucki, dr. Polak, dr. Gawłowski, radna dr. Budzińska-Tylińska, dr. Kowalski Fr., radny Manduk, inspektor weterynaryj dr. Mackiewicz, dr. Malecinski, dyrektor biura Związku Miast Grotowski.

z Krakowa — prof. Janiszewski

z Poznania — dr. Szulc, dr. Surzyński

z Wilna — wiceprezydent miasta p. Łukuciewski, dr. Minkiewicz

z Białegostoku — ławnik dr. Ostromecki

z Włocławka — dr. Burzyński

z Lublina — prezydent miasta Szczepański, dr. Garbaczewski

z Sosnowca — dr. Stawiński

z Łodzi — dr. Mittelstädt

z Inowrocławia — prezydent miasta dr. Krzywiński

z Torunia — dr. Steinborn

z Kowla — prezydent miasta Waligórski

z Łucka — dr. Miłaszewski i prezydent miasta dr. Zieliński.

Dr. W. G.

Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Krakowie.

Dnia 8 i 9 czerwca r. b. odbyło się w Krakowie zebranie doroczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, trzecie z rzędu, po dwu poprzednich w Warszawie i Lwowie. Zjazdy te w krótkim czasie wyrobiły już sobie tradycję w szeregu dermatologów, dając z jednej strony przegląd całorocznych prac w poszczególnych środowiskach naukowych, z drugiej zaś stając się znakomitą czynnością zbliżenia i wzajemnego poznania się tych wszystkich, którzy w pracach tych czynny udział biorą.

W zjeździe obecnym wzięło udział, prócz członków oddziału Krakowskiego, około 60 uczestników z poza Krakowa, a więc z Warszawy, Lwowa, Poznania, Wilna, Łodzi, Przemysła, Bydgoszczy i innych miast, jak również przedstawiciele Uniwersytetu Jagiellońskiego i lekarzy wojskowych Krakowskich. Po posiedzeniu administracyjnym delegatów, zjazd otworzył w sali Towarzystwa Lekarskiego, gdzie odbywały się wszystkie posiedzenia, prezes P. T. D. dr. Robert Bernhardt, dziękując gospodarzom za przygotowanie zjazdu i witając przybyłych członków i gości. Następnie witał zebranie i życzył mu wydatnej i owocnej pracy w imieniu wydziału lekarskiego Uniw. Jagiellońskiego dziekan prof. Maziarzki, w imieniu zaś grona profesorów — profesor Lenartowicz. Dalej wybrano na przewodniczących posiedzeń naukowych profesora Krzyształowicza z Warszawy, prof. Karwowskiego z Poznania, prof. Sowińskiego z Wilna i doc. Leszczyńskiego ze Lwowa. Tematów i prac na zjazd zgłoszono 38, które rozłożone zostały na cztery posiedzenia w ciągu dwu dni zjazdowych.

Pierwszy odczyt na temat „Przyczyny chorób skórnych i podstawa ich układu“ wygłosił prof. Krzyształowicz z Warszawy, poruszając jedno z najtrudniejszych zagadnień współczesnej dermatologii. Bardziej może, aniżeli inne gałęzie nauk lekarskich, nauka dermatologii odczuwa brak jednolitej podstawy klasyfikacji jednostek chorobowych, wynikającej z niedostatecznej dotychczas znajomości etiologii wielu spraw chorobowych.

W miarę jednak ciągłego postępu badań w tym kierunku zbliżamy się stopniowo do ideału klasyfikacji na podstawach ściśle etiologicznych. Prelegent przedstawia własny, odmienny od dotychczasowych podział, na tych podstawach oparty. Wszystkie jednostki chorobowe w myśl tego podziału dadzą się uszeregować w następujące 6 grup:

I. Genodermatoses, czyli sprawy chorobowe na tle dziedzicznym i wrodzonym. II. Dermatoses artificiales z podziałem na wywołane przez czynniki a) fizyczne, b) chemiczne. III. Dermatoses parasitarias a) na tle pasorzytów zwierzęcych, b) grzybów, c) bakteryj. IV. Toxidermoses. V. Dermatoses e causa interna: a) samozatrucie, b) zaburzenia metabolizmu c) zaburzenia w układzie krwiotwórczym d) zaburzenia w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu, e) zaburzenia układu nerwowego VI. Neoplasmata.

W dyskusji, która się wywiązała po odczycie, prelegent wyjaśniał wątpliwości, które wysunęli doc. Leszczyński i prof. Karwowski co do możliwości umieszczenia w tej lub innej grupie jednostek lub grup chorobowych, stanowiących ściśle określone i spokrewnione ze sobą postaci kliniczne, zaznaczając, że czynnik etiologii musi być w tym wypadku rozstrzygający. Gorącymi oklaskami zebranie okazało, że śmiało ujęty, a logicznie i konsekwentnie przeprowadzony problemat jest wysoce aktualny i domaga się pozytywnego rozwiązania.

Znaczna część pierwszego posiedzenia zjazdu, które w całości wypełniły prace dermatologów Warszawskich, poświęcona została wynikom badań serologicznych w klinice chorób skórnych i wenerycznych. Dr. Racino wski (szpit. św. Łazarza w Warszawie) zdawał sprawę z badania wpływu soli bismutowych na odczyn Bordet-Wassermanna. Wyniki otrzymał zgodne z licznymi przeprowadzonymi przez innych autorów badaniami, sprowadzające się do tego, że działanie soli bismutowych na odczyn Bordet-Wassermanna jest mniej energiczne i powolniejsze, aniżeli preparatów arsenobenzolowych, co jednakowoż nie przeczy ich dobremu działaniu klinicznemu.

Z kolei dr. Adam Straszynski (Klin. dermat. Uniw. Warsz.) na mocy porównawczych badań serologicznych, przeprowadzonych metodami Bordet-Wassermanna, Sachsa-Georgiego, Bauer Hehta i Daranyniego na materiale przypadków kiłowych, gruźliczych, nowotworowych, niektórych schorzeń skórnych i stanów fizjologicznych (ciąża, laktacja) wyjaśniał znaczenie chwiejności koloidalnej ciał białkowych krwi w odczynach serologicznych.

Dr. E. Bruner (szp. św. Łazarza w Warszawie), stosując metodę Biernackiego szybkości opadania krwinek w osoczu w schorzeniach skórnych i wenerycznych, stwierdził, że metoda ta, jako nie specyficzna, nie ma samą przez się znaczenia rozpoznawczego, że może natomiast w przypadku dodatnim potwierdzić wyniki, otrzymane inną drogą.

Dr. M. Grzybowski (Klin. dermat. Uniw. Warsz.) referował przypadek zejścia śmiertelnego w trakcie leczenia neosalvarsanem. Badanie sekcyjne wykazało obok zmian

w narządzie oddechowym, na zasadzie których anatomo-patolog rozpoznał śmierć na tle ostrej hiszpanki, również ostre krwotoczne zapalenie mózgu, zwyrodnienie rdzenia i zwyrodnienie mięszzowe narządów wewnętrznych, które to zmiany są charakterystyczne dla zatrucia arsenobenzolem, obraz zaś kliniczny był, zdaniem referenta, typowy dla zatrucia salvarsanem, jako czynnikiem, wywołującym zaburzenie równowagi kolloidów w ustroju.

Posiedzenie drugie pod przewodnictwem prof. Karwowskiego rozpoczęte zostało pracą dr. R. Bernharta i dr. J. Zalewskiego o „Cholesterynismie w schorzeniach skóry“. Autorowie przeprowadzili około 300 oznaczeń zawartości cholesteryny w z górą 100 przypadkach rozmaitych schorzeń skórnych metodą Grigaut i stwierdzili zwiększone ilości cholesteryny w chorobach, takich, jak: pyodermia, świerz, wszawica, wyprysk i innych, zmniejszoną, natomiast, w łuszczycy, co zgadza się z poprzednimi badaniami Lennartowicza i Ameisenówny, przeprowadzonymi inną metodą.

Dr. St. Kapuściński (Klin. dermat. Uniw. Warsz.) przedstawił wyniki swych badań, dotyczących biologii grzybów naskórkowych. Badając warunki wzrostu grzybów na pożywkach, zawierających białko, i bezbiałkowych oraz ich własności fermentacyjne w stosunku do rozmaitych cukrów, prelegent stwierdza zależność szybkości wzrostu na pożywkach bezbiałkowych i fermentacji cukrowej od obecności wolnego dostępu tlenu i stopnia aerobowości różnych gatunków, — oraz istnienie różnic między poszczególnymi odmianami w stopniu fermentacji rozmaitych cukrów, a zarazem wyraża przypuszczenie, że dalsze opracowanie powyższej metody pozwala spodziewać się, że może być ona pomocną w określaniu odmian grzybów.

Z kolei dr. Goldschlag (oddz. dermat. szpit. pow. we Lwowie) zgłasza doniesienie o przypadkach łupieżu różowego (pityriasis rosea Gibert), wylaczonych sposobem Ravaut (śródylnymi zastrzykiwaniami płynu Lugola), jako przyczynkę do patogenyzy tego schorzenia. W dyskusji prof. Karwowski stwierdza, że miał kilka przypadków tegoż cierpienia, wylaczonych zastrzykiwaniami neosalvarsanu.

(Dok. nast.).

MEDYCyna Społeczna.

Rola samorządów w wychowaniu fizycznym.

Podał

Dr. med. Wacław GAWŁOWSKI (Warszawa).

Sprawa wychowania fizycznego nie jest nowa. Wielu działaczy społecznych i lekarzy polskich poruszało tę kwestję, a nawet i starało się rozwiązać ją w zastosowaniu do potrzeb narodu i wymagań nauki. Zjazdy higienistów polskich i inne najlepszym są tego przykładem.

Tak, na zasadzie pamiątnika zjazdu higienistów w Lublinie w r. 1908. P. Wł. Kozłowski w referacie swym p. t. „Postępy wychowania fizycznego w ostatnim dziesięcioleciu“, (Zdrowie, Rocznik XXIV, zeszyt. 10—11, str. 830) we wnioskach swych domagał się: „1) ażeby przy wszystkich prowincjonalnych oddziałach W. T. H. powstały wydziały wychowawcze, któreby zwracały uwagę baczną na sprawy wychowania fizycznego; 2) aby przy oddziałach prowincjonalnych zakładane były ogrody gier i ćwiczeń ruchowych, na wzór warszawskich ogrodów im. Raua; 3) aby szkoła nasza oparła kształcenie fizyczne swych wychowanków na podstawach naukowych, oraz ażeby lekarze szkolni zaznajomili się ze stroną praktyczną tej sprawy — sami uprawiając rozmaite zabiegi cielesne, przez co wysoce poprawić mogą istniejący stan rzeczy“.

Następnie, na II zjeździe higienistów polskich w roku 1918 w referacie p. t. „Wychowanie fizyczne — szkolne i pozaszkolne“. Dr. Roterund wysunął następujące wnioski:

1) „Wezwać miarodajne czynniki przyszłego Państwa Polskiego, a w okresie przejściowym Departament Oświecenia Publicznego Tymcz. Rady Stanu do natychmiastowej rewizji programów szkoły naszej we wszystkich jej odla-

mach oraz postawienia w nich programu wychowania fizycznego na zasadach obowiązkowości i równorzędności z innymi działaniami wychowania“.

2) „Wezwać odpowiednie urzędy do spraw higieny szkolnej oraz lekarzy szkolnych do jaknajusilniejszego przeciwdziałania dotychczasowemu zapoznawaniu tej sprawy oraz do przeprowadzenia w odpowiednich instancjach koniecznych przepisów prawnych w naszym prawodawstwie szkolnym“.

Dalej, Dr. Światopełk-Zawadzki na tymże zjeździe w sprawie: „Metodyki ćwiczeń cielesnych“ stawia wnioski:

I. „Wobec niskiego poziomu kultury cielesnej w kraju, co w znacznej mierze przypisać należy brakowi odpowiednio uzdolnionych przewodników — zadaniem tworzącego się Rządu Polskiego winno być powołanie do życia Instytutu Wychowania Fizycznego, bądź jako instytucji samodzielnej, bądź wydziału przy jednej z istniejących wyższych uczelni“.

II. „Przyjmując za podstawę system Linga, przyszły Polski Instytut Wychowania Fizycznego wytworzy własną naukową metodę ćwiczeń cielesnych, opartą na biologicznych prawach rozwoju człowieka z uwzględnieniem właściwości narodowych“.

III. „Ćwiczenia cielesne w najobszerniejszym tego słowa znaczeniu stanowić będą zasadniczą część programu szkolnego, jako przeciwwagę przeciążeniu młodości“.

IV. „W celu powołania najszerszych kręgów społeczeństwa do propagandy kultury cielesnej pożądane jest założenie szeroko zakreślonego stowarzyszenia popierania wychowania fizycznego, obejmującego kraj cały“. (Pamiątnik II zjazdu Higienistów Polskich, str. 172 i 173).

Następnie, prace Dr. St. Kopczyńskiego, Szmurły, Drabczyka i wielu, wielu innych szeroko

oświeć sprawę, przez nas poruszoną, i właściwie społeczeństwo polskie oddawna starało się z całą świadomością rozważyć zadanie wychowania fizycznego narodu.

Naród polski w osobach najwybitniejszych mężów stanu już oddawna, bo od wieku XVIII, i nawet może wcześniej, niż inne narody, dążył do wskazania społeczeństwu na doniosłość wychowania fizycznego w życiu ludu. Tak, Jędrzej Śniadecki i Stanisław Konarski (*Collegium nobilium*), jedni z pierwszych głosili o konieczności podniesienia tężyzny narodu nie tylko pod względem rozwoju jego sił duchowych i moralnych, lecz i fizycznych. Wreszcie, po odzyskaniu niepodległości społeczeństwo polskie pochwalić się może całym szeregiem zdobyczy na polu rozwoju wychowania fizycznego. W ostatnich pięciu latach wysunięto sprawę niezwłocznego postawienia wychowania fizycznego narówni z innymi dziedzinami życia społecznego. Jednocześnie powstanie całego szeregu organizacji, zreszeń i kół sportowych oraz komitetów wychowania fizycznego jest jakby potwierdzeniem tej głównej myśli przewodniej. Organizacje sportowe, pozbawione czynnika politycznego, jak dotąd, stopniowo, powoli, krok za krokiem idą do nakreślenia przez się celu. Są braki, ale jest to zrozumiałe w społeczeństwie, które nie miało dotąd prawa i nie mogło zajmować się i mieć pieczy nad swym życiem i bytciem; więc, gdy obecnie powołano zostało do zaspokojenia potrzeb w różnych dziedzinach swego życia, nie może nadążyć; ma ono tyle do zrobienia, że nie krytykować, lecz podziwiać należy, co wspólnymi siłami zrobiło; należy ustalić, co tworzyć i budować powinno.

Ustawowo sprawa wychowania fizycznego nie została wyraźnie przydzielona do żadnego z wyższych resortów organów państwowych. Początkowo, bo w r. 1919, na zasadzie uchwalonej przez Sejm Ustawodawczy w dniu 19 lipca „Zasadniczej Ustawy Sanitarnej” sprawą wychowania fizycznego zajęło się Ministerstwo Zdrowia Publicznego, następnie sprawa ta znalazła uwzględnienie w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, ostatnio Ministerstwo Spraw Wojskowych w swym resorcie bardzo gorąco zajęło się tą sprawą. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 marca 1921 r. w §§ 102 i 103, 117, 118 i 119 oraz innych pośrednio porusza tę sprawę. Słowem, społeczeństwu dano dużo inicjatywy w tym względzie.

W ostatnich paru latach znaczny postęp w tej sprawie wykazało M. W. R. i O. P., które tworzy specjalny dział wychowania fizycznego przy sekcji higieny szkolnej ze specjalistą dr. Światopółk-Zawadzkim na czele, a niektóre Uniwersytety, jak Poznański, organizują specjalne katedry i studium wychowania fizycznego (z prof. Piaseckim na czele); obecnie są już drukowane specjalne wydawnictwa i broszury, traktujące o wychowaniu fizycznym, organizowane są kursy i konferencje, a w tych dniach ma się odbyć I Zjazd pediatrów w Poznaniu, na którym oczywiście będą poruszone sprawy wychowania fizycznego.

Dla zobrazowania trudności, które piętrzą się na drodze wychowania fizycznego, warto przytoczyć tu następującą adnotację o naszym ruchu sportowym: „Przeszliśmy okres walnych zebrań związków i klubów sportowych ze związkami związków na czele. Na ogół w tych państwach, gdzie sport jest należycie zorganizowany i cieszy się poparciem władz państwowych i samorządowych, gdzie oddawna ustawowo uregulowano to zagadnienie, które u nas jest wynikiem szczęśliwego zbiegu okoliczności — w tych państwach związek związków, o ile istnieje, jest instytucją papierową, areopagiem powag, które zbierają się dwa razy do roku i tracą czas na powtórzenie sobie, co każdy zrobił w swym zakresie. U nas jest inaczej. Gorączkowa praca młodzieży nad stworzeniem polskiego sportu napotyka na każdym kroku na niesłychane przeszkody. Brak nam ram ustawodawczych, magistraty, jak np. krakowski, opodatkowują zawody sportowe opłatami 40% wpływów brutto, czyli bodaj większymi od opłat za spiryty, utrzymywanie nocnych szynków i t. d. i t. d. Sławny dziś stosunek gminy Zakopanego do narciarzy, przyjeżdżających na zawody, niechęć władz kolejowych do udostępnienia ruchu sportowego... oto ilustracje, które są odwróconym obrazem tego, co się dzieje na całym świecie. W tych warunkach Związek Związków jest tą instytucją, która powinna ujawnić jaknajwiększą energję i sprężystość w działaniu”. (Tadeusz Garczyński „Kurjer Polski” z dnia 18.III. 1924).

Pozostawiając na odpowiedzialności referenta w tej

sprawie zobrazowanie istniejących stosunków w społeczeństwie, co do zrozumienia znaczenia sportu, nie możemy tu nie podkreślić, że sportem się zajmuje przeważnie „młodzież”, starsze zaś społeczeństwo i tak zw. „wpływowe czynniki” jeszcze nie zajęły odpowiedniego stanowiska.

„Z radością możemy stwierdzić, pisze p. T. Garczyński, że w dużej części nasz Zw. Związków spełnił swe zadanie. Na swym zebraniu ogólnem mógł się pochlubić niejednym sukcesem. Niektóre z nich, jak zainteresowanie naszych sfer poselskich, wystarczą najzupełniej, by rozgrzeszyć drobne niektóre niedopatrzienia”.

Drugą instytucją, która pracuje nie mniej wytrwale, jest Komitet Olimpijski — działalność jego spotkała się z krytyką niecierpliwych sfer sportowych, życzących sobie jaknajszybciej wziąć czynny udział na terenie międzynarodowym, do czego jeszcze młody ruch nasz sportowy nie dorósł. Następnie Związek Harcerstwa Polskiego i inne stawiają w programie swych prac wychowanie fizyczne.

Wychowanie fizyczne społeczeństwo polskie chce oprzeć na podrastającej młodzieży — na szkole. Stąd też właściwie, o ile się mówi o sprawie wychowania fizycznego, to utożsamia się je ze szkołą. O szkołę zaś możemy być spokojni. M. W. R. i O. P. w całym szeregu zarządzeń sprawę wychowania fizycznego podnosi do najważniejszych zagadnień szkoły nowoczesnej. W projekcie M. W. R. i O. P. plan wychowania fizycznego (Rocznik IV r. 1923 „Wychowanie fizyczne”) spoczywa w rękach referentów-wizytatorów fachowych, pracujących w okręgowych inspektoratach higieny szkolnej. „Istniejąca od lat 3 Rada Wychowania Fizycznego, jako ciało doradcze, mało zaznacza się”, mówi prof. Piasecki, „związana bowiem z M. Zdr. P. gdzie całą sprawę wychowania fizycznego powierzono jednemu młodszemu referentowi, nie ma zupełnie warunków rozwoju. Warunki te jednak będą stworzone z chwilą reorganizacji Rady, jako instytucji, opartej o M. W. R. i O. P., lub międzyministerjalnej, posiadającej swój budżet”.

(Prof. Piasecki, Poznań. „Wychowanie Fizyczne” zeszyt IV maj—sierpień 1923, str. 27).

Widzimy, że społeczeństwo, a właściwie młodzież i organy państwowe zrobiły kolosalne wprost postępy w dziedzinie wychowania fizycznego i organizacji sportu, natomiast musimy wyraźnie postawić pytanie: a co zrobiły w tej doniosłej sprawie samorządy? Dr. med Stan. Kopczyński w r. 1918 na zjeździe przedstawicieli Związku Miast na podstawie ankiety, przeprowadzonej przez Dyрекcję Służby Zdrowia Publ. M. S. W., w referacie swym p. t. „Co samorządy miejskie dla spraw higieny szkolnej zrobiły, a zrobić powinny” zaznaczył, jak mało nasze miasta dbają o higienę szkolną, i uzasadnił to porównaniem z innymi państwami. Tak, w Niemczech w roku 1908 w 400 miastach niemieckich było 1500—1600 lek. szkolnych, w Japonii — w r. 1903 zostało wydane prawo, że każde miasto, liczące 5000 mieszkańców, ma zorganizować dozór higieniczno-lekarski, i już w r. 1902 Japonia posiadała 4572 lekarzy szkolnych; u nas w r. 1918 — 14 miast (ze 113) zaprowadziło dozór higieniczno-lekarski, w szkołach miast Król. Pol. było 66 lekarzy szkolnych. Dane te dotyczą r. 1918, obecnie opiekę lekarską posiada około 65% wszystkich zakładów naukowych na terenie Rzeczypospolitej, lecz organizacja ta nie jest jeszcze powszechnie wprowadzona w życie.

Jeżeli wspomnieliśmy o dozorze higieniczno-lekarskim, to dlatego, że jest on właściwie pierwszym etapem opieki społeczeństwa nad zdrowiem i rozwojem fizycznym naszej młodzieży.

Samorządy miejskie żadnej planowej akcji w rozwoju wychowania fizycznego nie wykazały, i, jeżeli gdzieś, w jakimś mieście gmina więcej się tą sprawą zainteresowała, to był to odruch sporadyczny, pod wpływem tych lub innych jednostek albo organizacji, które kołatały do gminy o udzielenie lokalów dla organizacji (sal), terenów na boiska, pływalni, przystani i t. p. słowem, samorządy, jeżeli co zrobiły w tej sprawie, to tylko pod wpływem społeczeństwa. W magistratach nie ma kto się specjalnie tą sprawą zaopiekować, przy rozbudowie miast i opracowywaniu nowych planów regulacyjnych nie powołuje się specjalistów i lekarzy (nawet w Warszawie), nawet przy udzielaniu wolnych terenów na boiska sprawa się rozstrzyga dość przypadkowo. Jedyną może dodatnią stroną jest to, że przy wznoszeniu nowych gmachów szkolnych przewiduje się już sale gimnastyczne, boiska i sale natryskowe; stare pomieszczenia szkolne urągają prze-

ważnie najelementarniejszym wymogom higieny. Oczywiście, mówimy to wszystko o większości gmin miejskich, są jednak i liczne wyjątki.

Zakres czynności samorządów w następujący sposób określony został w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 17 marca 1921 r.:

Artykuł 3 (ustęp trzeci). „Rzeczpospolita Polska, opierając swój ustrój na zasadzie szerokiego samorządu terytorjalnego, przekazuje przedstawicielom samorządu właściwy zakres ustawodawstwa, zwłaszcza z dziedziny administracji, kultury i gospodarstwa, który zostanie bliżej określony ustawami państwowymi“.

Artykuł 65. „Dla celów administracyjnych Państwo Polskie podzielone będzie w drodze ustawodawczej na województwa, powiaty i gminy miejskie i wiejskie, które będą równocześnie jednostkami samorządu terytorjalnego. Jednostki samorządowe mogą się łączyć w związki dla przeprowadzenia zadań, wchodzących w zakres samorządu“.

Z powyższego widzimy, jak szerokie perspektywy dla sprawy rozwoju samorządów przewiduje Konstytucja, i należy życzyć, aby sprawa wychowania fizycznego znalazła szerokie uwzględnienie w projektowanej ustawie o samorządzie miejskim.

Rola samorządów w wychowaniu fizycznym wobec tego nabiera odpowiedniej powagi i odpowiedzialności. „Jeżeli wyjść z założenia“, pisał znany sportowiec inż. dr. Czesław Kłóś, „że tak gminy, jak i państwo w pojęciu nowożytnym, to nie innego, jak ścisły zespół społeczeństwa, skonsolidowanego w swych dążnościach, w swem szczęściu i cierpieniu, której naturalną emanacją jest ciało, zwane zarządem lub rządem, to przyjąć musimy do wniosku, że boisk żądać musimy od samorządów gmin lub władz państwowych. Nie możemy żądać, aby kilku, jak na nasze stosunki, lub najwyżej kilkunastu entuzjastów, pracujących z zaparciem się siebie nad podniesieniem stanu cielesnego narodu, brało na siebie cały ciężar budowy. Stworzenie boisk przynosi korzyści wszystkim warstwom społecznym. Wszyscy więc bez wyjątku powinni brać udział w ciężarach, jakie budowa boisk za sobą pociągnie. Mamy tu zwłaszcza na myśli tych wszystkich, którzy z budowy boisk sportowych wyciągną bezpośrednie zyski materialne. Są to liczni u nas właściciele terenów podmiejskich, których jedynym celem jest przetrzymywanie swych terenów tak długo, aż dzięki pracy innych okolicca nabierze wartości, z czego ci nie omieszkają wyciągnąć dla siebie materialnych korzyści. Budowa boisk sportowych przyniesie właścicielom terenów znaczne zyski, na nich też należy nałożyć dużą część wydatków, jeżeli chcemy być sprawiedliwi dla całości społeczeństwa. Można to skutecznie tylko wtedy, jeżeli budowę boisk zajmie się państwo lub samorządy. W ich bowiem rękach jest właściwy klucz do rozwiązania zagadnienia, jest egzekutywa nałożenia właściwych i stosownych podatków“ (Inż. dr. Czesław Kłóś „Boisko sportowe“ Warszawa 1923. Wojskowy Instytut Naukowo-Wydawniczy).

Tyle o boiskach. A cóż należałoby powiedzieć o parkach, bieżniach, śliskodromach, placach gimnastycznych i dla gier, pływalniach, składowkach i t. p., które są nieodzowną i pomocniczą częścią ćwiczeń sportowych i cielesnych, których prawie wcale nie posiadamy. O tem, oczywiście, bez pewnego planu, bez ogólnej linii wytycznej całego gospodarstwa miejscowego, bez uwzględnienia warunków i dążeń miejscowej ludności nie może być mowy, w tym względzie samorząd jedynie może rozwiązać tę sprawę. Samorząd gminny, oparty na przedstawicielstwie miejscowej ludności, jest tym czynnikiem, który może z całą stanowczością i planowo przeprowadzić swe życzenia w życiu praktycznym. Chodzi tylko o to, aby z jednej strony organy samorządu, jakimi są zarządy miejskie i magistraty, jak organizacyjnie, tak i gospodarczo planowo ujęły sprawę wychowania fizycznego

w swe ręce i potraktowały ją narówni z innymi dziedzinami gospodarki komunalnej.

Możemy tu powtórzyć za Zjazdem higienistów w Lublinie z r. 1908, że:

„Samorząd ziemski i miejski faktyczny, nie zaś nominalny, jest warunkiem nieodzownym poprawy stosunków zdrowotnych i normalnego rozwoju kraju; szczególnie ważne jest wprowadzenie samorządu dla kapitałów, oraz wszelkich operacji finansowych na cele zdrowotne, wymagają one atoli niezmiennie ścisłej kontroli obywateli“.

Ustaliwszy, jaką rolę mogą odegrać samorządy w podniesieniu sił fizycznych swych obywateli i rozwoju kultury cielesnej narodu, postaramy się skonkretyzować wypływające z referatu niniejszego życzenia w paru wnioskach.

III Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, zwążywszy, że sprawa wychowania fizycznego jest jedną z najdonioślejszych w życiu społeczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej, kiedy po latach niewoli, oraz po wieloletniej wojnie światowej siły i stan cielesny narodu zostały poważnie wyczerpane, uznaje, że:

1) Samorząd, jako ostoja życia zorganizowanego miejscowej ludności, pod kontrolą i przy poparciu Państwa, musi być uważany za warunek nieodzowny normalnego rozwoju życia społeczeństwa, szczególnie ważnego w dziedzinie pieczy nad zdrowiem i podniesieniem sił fizycznych i duchowych narodu.

2) Samorządy powinny zaopiekować się sprawami wychowania fizycznego i kultury cielesnej na równi z innymi dziedzinami gospodarki komunalnej, powołując w tym celu specjalne organy — wydziały, biura, względnie (narusze) referentów, którym byłoby powierzono opracowanie i przedkładanie projektów i planów, dotyczących tej sprawy, oraz udzielonoby upoważnienia ze strony gminy do czuwania nad całokształtem wychowania fizycznego obywateli.

3) W celu planowego przeprowadzenia zamierzeń na polu wychowania fizycznego w życie koniecznym jest, aby samorządy opierały swą opinię na zdaniu upoważnionych do tego fachowców i powag naukowych oraz zasłużonych w pracy społecznej obywateli danej gminy, powołując w tym celu komisje, komitety i rady wychowania fizycznego, jako ciała doradczych samorządów.

4) Samorządy powinny natychmiast przystąpić do zrewidowania planów regulacyjnych miast i osiedli (szczególnie przy mającej nastąpić rozbudowie) w celu uwzględnienia i zaprojektowania w różnych dzielnicach odpowiednich terenów na parki, skwery, place dla gier i zabaw oraz boiska sportowe.

5) W budżetach samorządów winny być przewidziane specjalne pozycje na zamierzenia, związane z przeprowadzeniem planu, dotyczącego wychowania fizycznego i kultury cielesnej obywateli danej gminy, oraz powinny być przekazywane na te cele wszystkie fundusze, wpływające do kasy komunalnej z podatków od rozrywek, igrzysk, zabaw, sportów i t. p.

6) Szczególną opieką i życzliwością samorządów powinny cieszyć się organizacje sportowe i ćwiczeń cielesnych, dlatego pomoc samorządów nie powinna ograniczać się do subwencji środków finansowych, lecz polegać na łączności organizacyjnej, aby członkowie zarządów gmin mieli możliwość bezpośrednio wziąć udział w pracy i życiu tych organizacji.

7) Nadzór higieniczno-lekarski w szkolnictwie, jako pierwszy etap w rozwoju sprawy wychowania fizycznego narodu, powinien być wprowadzony w tych zakładach naukowych, w których jeszcze dotąd nie został zorganizowany, i rola samorządów w tym względzie polega na tem, aby niezwłocznie organizacja ta została wprowadzona w życie — lekarze szkolni, higienistki, nauczyciele gimnastyki i wychowania fizycznego (ćwiczeń cielesnych) są nieodzownym warunkiem szkoły nowoczesnej.

Ś. p. Włodzimierz Łukasiewicz.

W lutym 1924 r. zmarł we Lwowie Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz.

Gdy wieść tę rozniosły pisma codzienne i periodyczne, odbiła się ona bolesnym echem wśród kół lekarsko-naukowych Polski i zagranicą. Umarł w Nim światowej sławy dermatolog, jeden z najlepszych profesorów Polski, niezrównany le-

karz-djagnosta. A my, lwowscy uczniowie i współpracownicy Jego, utraciliśmy nieocenionego kierownika, prawdziwego mistrza-przyjaciela. To też, kiedy w pogodne zimowe przedpołudnie staliśmy wśród śniegiem bielących się półcemantarych nad Jego mogiłą, łyż przesłaniały nasze oczy, łyż tłumili słowa żegnających Go na sen wieczny; czuliśmy wszyscy,

że zamknął się pierwszy, świetny okres istnienia lwowskiej kliniki dermatologicznej, że odszedł Nauczyciel, pod którego mądrym kierownictwem wyrosło i dojrzało całe obecne pokolenie dermatologów lwowskich.

Ś. p. prof. Łukasiewicz urodził się w Hołoszynie na Podolu w 1860 r. Po ukończeniu gimnazjum w Brzeżanach, a wydziału lekarskiego w Krakowie udaje się na dalsze studia do Wiednia, gdzie pracuje u Neumanna, Späthla, Dittla i Kaposiego. U tego ostatniego zostaje wkrótce (1888 r.) asystentem. Gdy zawakowała katedra w Innsbrucku, młody a już sławą naukową cieszący się Łukasiewicz zostaje mianowany nadzw. profesorem tamże w r. 1894.

Zaproszony w r. 1898 na katedrę dermatologii na tworzącym się wydziale lekarskim we Lwowie, śpieszy ochotnic, by wśród swoich i dla swoich pracować. Praca ta ciężka w trudnych warunkach zdaje się zagrzewać Go do coraz nowych wysiłków. To też tych kilka pokoiów na I p. w skrzydle szpitala nie może zmieścić chorych, chcących się dostać pod Jego serdeczną i pomocną opiekę lekarską, do skromnej sali wykładowej śpieszy tłumnie młodzież, by na tych świetnych prelekcjach, pozbawionych zupełnie pustej swady i zwrotów krasomówczych, a pełnych treści i bogato ilustrowanych wybonowym materiałem chorych, uczyć się podstawowych, zasadniczych pojęć dermatologii.

Cała ta praca naukowo-lekarska i pedagogiczna nie wyczerpywała nie zadawała Profesora. Brak odpowiedniego pomieszczenia i urządzeń dla kliniki smucił Go i bolał. Starał się też wytrwale i uporczywie, jeździł i kołatał, aż uzyskał pozwolenie i pieniądze na budowę nowego budynku. A później znowu pracował, naradzał się z inżynierami, studjował plany najnowszych zakładów zagranicznych. Wreszcie owoc wieloletnich trudów, wspaniały gmach przy ulicy Piekarskiej otworzył swoje obszerne, widne, higienicznie urządzone sale dla cierpiących, liczne pracownie, sale wykładowe, operacyjne i t. p. dla studentów. Z jaką radością pracował prof. Łukasiewicz w tych nowych murach, z jak prawdziwie młodzieńczą żywością śpieszył po obszernych korytarzach i schodach, by codziennie obejść wszystkie sale, codziennie każdego oglądać chorego, zachęcając nas do stosowa-

wania nowych metod badania i leczenia, interesując się wynikami tychże.

Wybrany przewodniczącym Towarzystwa Dermatologów oddziału lwowskiego, był duszą tych naukowych posiedzeń, bądź to przedstawiając sam godne uwagi przypadki, bądź to rzucając zawsze trafne światło i cenne uwagi przy pokazach innych współpracowników. W tem miejscu niechaj będą wymienione najcenniejsze z Jego licznych prac, które zapisały niezatartymi głoskami w dziejach dermatologii imię Łukasiewicza. A więc w r. 1895 ukazuje się „O xeroderma pigmentosum“ i „O identyczności lichen ruber accuminatus z pityriasis rubra pilaris“. W rok później „O odosobnionych zmianach rumienia wielopostaciowego na błonie śluzowej ust“ i „O I i II okresie mycosis fungoides“. Dalej ukazują się prace „O dermatomycotach“; „O lichen scrophulosorum“, wreszcie „O folliculitis exulcerans (Łukasiewicz)“, w której opisuje jednostkę chorobową, przez Niego po raz pierwszy spostrzeżaną i dlatego Jego nazwiskiem nazwaną.

Wydział lekarski lwowski wybrał Go dziekanem 1905, a prodziekanem 1906 r. Był członkiem i prezesem Lw. Tow. Lekarskiego, członkiem Wiedeńskiego Tow. Dermatologicznego oraz Tow. lekarzy wiedeńskich, członkiem austriackiej najwyższej Rady Zdrowia, od lat trzech zaś członkiem korespondentem Francuskiego Tow. Dermatologicznego.

Liczne te prace i czynności nie wyczerpywały bogatego umysłu i energii śp. Łukasiewicza. Wybitny znawca i wielbiciel sztuki, zamiłowany i wytrawny zbieracz artystycznych dzieł tejże, stworzył w swoim mieszkaniu prawdziwe muzeum, które aktem ostatniej woli przekazał Muzeum Narodowemu w Krakowie.

A ci, którzy Go najbliższymi znali, wiedzieli, ile gorącego współczucia żywił dla istotnie i prawdziwie potrzebujących. Tak urzędownie niejako, oddając od lat należność za egzamin na fundusz stypendjalny dla niezamożnej młodzieży, jak, i to przeważnie, prywatnie, przy dzielnej pomocy swej czcigodnej Małżonki, pełnił liczne dzieła głęboko pomyślanej i starannie wykonywanej dobroczynności.

Cześć Jego pamięci.

Dr. M. Pogonowska (Lwów).

Prace oryginalne zawarte w pismach lekarskich polskich z r. 1924.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Nr. 20—21. K. MICHEJDA: Ostre surowicze zapalenie otrzewnej.

Z. GORECKI: Szybki sposób barwienia tłuszczów Sudanem III dla celów klinicznych.

E. HERMAN: Naczyniak jamisty mózgu. Krwotok nad- i śród- i podtwardówkowy rdzenia.

A. OSZACKI: Dotychczasowe doświadczenia własne z insuliną u ludzi i u królików.

M. ELIASBERG: Jednoczesna operacja jaskry i zaćmy starszej przy wysokiej krótkowzroczności.

L. ABRAMOWICZ: Przypadek uwięźnięcia kamienia żółciowego w dwunastnicy.

T. DYBOSKI: O związku schorzeń skórnych ze schorzeniami narządów wewnętrznych.

Nr. 22. H. HIGIER: W sprawie leczenia głuchoty w otosklerozie.

O. KRUKOWSKI: O zastosowaniu olejku terpentynowego i mięka w terapii duru brzuszowego i wąglika.

W. KLEPACKI: O odosobnionej skrobiawicy serca i stosunku skrobiawicy wieloogniskowej do jednoogniskowej.

A. LANDAU, M. TEMKINÓWNA i M. FEJGIN: Dalsze spostrzeżenia nad doustnym stosowaniem bizmutu w ostrym zatruciu rtęcią.

S. MĄCZEWSKI: Przypadek porodu trojaczego cząsteczkowego.

Nr. 23. A. SABATOWSKI: O wpływie braku tarczycy na zmiany w obrazie krwi po bodźcach cieplnych.

F. KMIETOWICZ jun.: O wpływie wody słodkiej, szczywy prostej i wody alkalicznej właściwej na wydzielanie żółtaczki naczeczki i w czasie trawienia.

J. ZAORSKI: W sprawie sanatorium w Ciechocinku dla dzieci skroficznych oraz dotkniętych t. z. gruźlicą chirurgiczną.

A. SABATOWSKI: O nowych kierunkach w klimatoterapii i hydroterapii.

H. BERGER: Leczenie za pomocą diatermii.

Nr. 24. J. WĘGIERKO: Mikrometoda kliniczna badania odczynu „skłaczania“.

H. SOCHAŃSKI: Kilka uwag w sprawie współczesnego pojęcia czynności wegetatywnych.

M. BLASSBERG, B. JOFFE i S. LIWSZYC: Przyczynek do stosowania insuliny i oznaczania cukru we krwi.

A. SABATOWSKI: O nowych kierunkach w klimatoterapii i hydroterapii.

B. J. SCHWEIG: Przypadek kilaków spojówkowo-twardówkowych na obu gałkach ocznych.

S. GOMOLIŃSKA - DUCZYMIŃSKA: Doświadczenia z kleszczami Kiellanda.

Wiadomości bieżące.

— W numerze dzisiejszym drukujemy wykład prof. Ch. Achar'da, specjalnie napisany dla naszego pisma. Prof. Achar'd bawił przed paru laty w Warszawie, jako jeden z inicjatorów i członków francusko-polskiego Zjazdu lekarzy. Jest szczerym przyjacielem Polski, czego dowody wciąż daje. Jednym z takich dowodów swej szczerzej życzliwości dla nauki polskiej, który Szanowny Profesor ujawnia za pośrednictwem naszego pisma, jest właśnie drukowany dziś jego piękny wykład. Szanownemu Autorowi jego imieniem naszych czytelników i Redakcji składamy wyrazy szczerzej wdzięczności.

— XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. Ostatni Zjazd (XI) Lekarzy i Przyrodników Polskich odbyty w 1911 r. w Krakowie, wybrał w myśl swego Statutu Delegację, której polecił obok załatwienia uchwał zjazdowych, wybór wspólnie z przyszłym Komitetem Gospodarczym miejsca następnego Zjazdu, jak również jego terminu.

W skład wybranej Delegacji wchodzi:

Przewodniczący prof. Gluziński (Lwów).

Zastępca przewodniczącego prof. Ciechanowski (Kraków).

Sekretarz: doc. dr. Janiszewski (Kraków).

Skarbnik: prof. Dobrowolski, w zastępstwie prof. dr. Maziarski.

Członkowie: prof. Alfred Sokołowski (Warszawa), prof. Heljodor Święcicki (Poznań), prof. S. Tołłoczko (Lwów).

Zastępcy członków: prof. Kryński, prof. Tur (Warszawa), prof. Sieradzki, prof. Twardowski (Lwów), dr. Łazarewicz (Poznań).

Delegacja ta odbyła kilka posiedzeń w Krakowie jeszcze przed wojną. Wybuch wojny światowej przerwał dalszą pracę. To też dopiero w roku 1922 rozpoczęła dalszą czynność i uchwalała:

1. Zjazd następny (XII) odbyć w Warszawie.
2. Przewodniczącym warszawskiego Komitetu Gospodarczego wybrać prof. dr. Leona Kryńskiego, zastępcą zaś prof. dr. Bolesława Hryniewieckiego.

Prace tego Komitetu Gospodarczego są już w pełnym toku, a postanowienia jego w porozumieniu z delegacją opiewają, że XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Warszawie w lipcu 1925 r. Ścisłą datę jak i bliższe szczegóły, dotyczące Zjazdu, będzie podawał do wiadomości ogółu Komitet Gospodarczy.

Podając tę uchwałę do ogólnej wiadomości i prosząc o przygotowanie się do XII Zjazdu, Delegacja wybrana na XI Zjeździe w Krakowie, spełniła swój obowiązek.

Przewodniczący Delegacji:

Prof. Dr. A. Gluziński.

Przewodniczący Komitetu Gospodarczego:

Prof. Dr. L. Kryński.

Warszawa, dnia 6.VI.1924 r.

— Od sekretariatu Uniwersytetu Warszawskiego otrzymaliśmy poniższy komunikat:

W r. 1920 zmarł dr. Leon Popiełski, profesor farmakologii w Uniwersytecie Lwowskim, wybitny uczony polski. Lata wojenne nie pozwoliły dotychczas uczcić odpowiednio zasług tego, który życie swoje całkowicie poświęcił nauce i duże położył na tem polu zasługi.

Wśród uczniów i najbliższych współpracowników profesora Popiełskiego powstała obecnie myśl uwiecznienia pamięci Jego przez wmurowanie odpowiedniej tablicy w tej sali, w której przez lat 15 wykładał. Myśl ta znajduje życzliwe poparcie Wydziału Lekarskiego Lwowskiego, który również ze swej strony zajmuje się łącznie z asystentami i młodzieżą akademicką sprawą uczczenia pamięci Popiełskiego.

Podpisany Komitet zwraca się tą drogą do wszystkich byłych uczniów, przyjaciół i kolegów zmarłego, ażeby przez nadsyłanie składek zechcieli przyczynić się do uwiecznienia Jego pamięci.

Składki nadsyłać można do 10 lipca pod adresem: Warszawa, Dziekanat Wydziału Lekarskiego prof. Czubałski, tel. 22-58, albo wprost pod adresem dr. W. Koskowskiego, Lwów, ul. Piekarska 52, Zakład Farmakologii.

— Od grona kolegów Ciechocińskich, upoważnionych

przez ogół lekarzy, ordynujących w Ciechocinku, otrzymaliśmy poniższy

Komunikat

w sprawie Zdrojowiska Ciechocinek.

Powódź tegoroczna — aczkolwiek niebywała i groźna — nie wyrządziła tak katastrofalnych szkód, jak o tem piszą i mówią.

Ani urządzenia w gmachach kąpielowych, ani też źródła nie uległy żadnemu uszkodzeniu poza nieznaczniemi spaczieniami podłóg i posadzek — zresztą w części już doprowadzonych do porządku.

Dokonywane po powodzi kontrole stężenia solanek nie wykazują żadnych różnic w porównaniu z wynikami badań z lat poprzednich.

Specjalna komisja miejscowa wraz z komisją wojewódzką zdyskwalifikowała pewną część parterowych mieszkań w niższych położonych dzielnicach Ciechocinka, aż do ich zupełnego wyschnięcia — wszystkie zaś mieszkania powyżej parteru są suche i nieuszkodzone.

Wobec piaszczystego, a zatem przepuszczalnego gruntu w Ciechocinku i najbliższych okolicach i względnie małych tegorocznych opadów w Ciechocinku ogólny stopień zawilgocenia nie przekracza normy (wilgotność w maju r. ub. przeciętna:

abs. 8,7m. m. wzgl. 7,5%,

w maju 1924 r.

abs. 9,3 m. m. wzgl. 7,3%,

według urzędowych danych miejscowej państwowej stacji meteorologicznej).

Zaden z ordynujących lekarzy nie stwierdził dotychczas przypadku zimnicy. W maju i czerwcu b. r. nie zgłoszono ani jednego przypadku chorób zakaźnych.

Koszty leczenia i utrzymania w Ciechocinku nie są na ogół wyższe, niż w innych zdrojowiskach (w czerwcu pensjonat dziennie — od osoby 9—12 złotych). Ceny za zabiegi lecznicze, acz wygórowane, nie przewyższają cen w innych zdrojowiskach państwowych. Lekarze wywierają presję na Komisję Zdrojową, aby zrewidowała swoje postanowienia w kierunku obniżenia cen mieszkaniowych.

Stan dróg i zadrzewienia nie tylko nie uległ uszkodzeniu, lecz nawet poprawił się przez wyszosowanie z górą kilometrów dróg i alej.

— Wydział Zdrowia Publicznego Województwa Łódzkiego nadesłał nam pismo następujące:

Zarządzony wywiad u lekarzy powiatowych Województwa Łódzkiego ustalił, że cały szereg miejscowości na obszarze Województwa Łódzkiego mogłyby zostać obsadzone przez lekarzy. Podając wykaz tych miejscowości oraz warunki, proszę o powiadomienie ogółu lekarzy, wśród których niewątpliwie znajdują się chętni do osiedlenia się w tych miejscowościach. O szczegóły należy zwracać się do odpowiednich lekarzy powiatowych, którym polecono udzielać wszelkich wyjaśnień zapytującym o nie.

W Starostwie brzezińskim (adres: Brzeziny, lekarz powiatowy, dr. Stefan Lewy) lekarz znajdzie pracę w Strykowie. Lekarz, za którego nieskazitelną wartość zarecytował Związek lekarzy Państwa Polskiego, mógłby uzyskać uposażenie od Wydziału Sejmiku powiatu brzezińskiego w wysokości IX lub VIII kategorii płac wzamian za pełnienie obowiązków lekarza sanitarnego rejonowego oraz prowadzenie ambulansu dla ludności 2 razy tygodniowo.

W Starostwie łaskim (adres: Łask, lekarz powiatowy dr. Zygmunt Janowski) mogliby osiąść lekarze wolno-praktykujący w Widawie, miejscowości odległej od Łasku o 24 kilometry, oraz w Lutomiersku, miejscowości odległej o 21 kilometrów.

W Starostwie piotrkowskim (adres: Piotrków, lekarz powiatowy, dr. Ludomir Lipiński) mogliby osiąść lekarze: 1) w osadzie Kamieńsk (4—5 tysięcy ludności) przy stacji kolejowej tej samej nazwy. Apteka na miejscu. W pobliżu fabryka mebli giętych. Ma powstać oddział Kasy Chorych. 2) W osadzie Gorzkowice (mieszkańców 3—4 tysięcy) przy stacji kolejowej. Apteka na miejscu, okolica bogata. Lekarz mieszkający w Kamieńsku mógłby dojeżdżać do Gorzkowic, odległych od Kamieńska o 6 kilometrów szosą lub 10 minut

koleją. 3). W osadzie Rozprza (mieszkańców około 4 tysięcy) przy stacji kolejowej. Apteka na miejscu. 4). W osadzie Wólby (mieszkańców około 4 tysięcy). Od Piotrkowa szosą 14 kilometrów, od stacji kolejowej Baby — 8 kilometrów. Apteka na miejscu. Okolice bogata. 5). W osadzie Srocko (mieszkańców około 3 tysięcy), od Piotrkowa szosą 17 klm. i nową szosą 12 kilometrów, od stacji kolejowej Baby 4 klm. Apteka na miejscu. 6). W osadzie Kleszczów (3 tysiące ludności) od stacji kolejowej Kamięnsk 9 kilometrów. Lekarz mieszkał przed wojną. Apteka najbliższa w Kamięnsku.

W Starostwie radomskim (adres: Radomsk, lekarz powiatowy dr. Władysław Hertzberg) mogliby osiąść lekarze: 1) w osadzie Brzeźnica, mającej kilkaset mieszkańców. Od Radomska 19 kilometrów szosą; apteka. 2). W osadzie Pajeczno, kilkaset mieszkańców.

W Starostwie słupeckim (adres: Słupca, lekarz powiatowy dr. Walenty Żurek) lekarz mógłby osiąść w Kazimierz Biskupim, ludnej i zamożnej wsi, mającej aptekę, dwa kościoły, pocztę i urząd gminny.

W Starostwie tureckim (adres: Turek, lekarz powiatowy, dr. M. Wójcikowski) lekarz mógłby znaleźć pracę w osadzie Pęczniów, mającej 3 tys. mieszkańców, 10 klm. od Warty, 14 od Uniejowa, 16 od Dobrej, apteka, akuszerka, felczer, kościół, szkoła powszechna na miejscu.

W Starostwie wielunińskim (adres: Wieluń, lekarz powiatowy, dr. Józef Kasinowski) lekarz mógłby osiąść 1). W osadzie Działoszyn, mającej około 7 tysięcy ludności, od Wielunia 26 kilometrów, od kolei 45 kilometrów. Na miejscu apteka, szkoła powszechna. Lekarz mieszkał przed wojną stale. Okolica biedna, na utrzymanie średnie lekarz liczyć może. 2) W osadzie Osjaków, liczącej 2 tysiące mieszkańców, odległej od Wielunia o 18 kilometrów, od kolei 60 kilometrów, mającej aptekę, szkołę powszechną, lekarz może liczyć na bardzo skromne utrzymanie, osada mała, okolice biedna, lekarza stałego nie było przed wojną.

We wszystkich tych miejscowościach największą trudność stanowi znalezienie mieszkania, łatwiej więc byłoby tam osiedlać lekarzom samotnym.

(—) Dr. Skalski.

— Ukazała się na półkach księgarskich broszura zatytułowana „O nowelizacji ustawy Kas Chorych“ projekt Komisji Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy opracowany przez dr. med. T. Kaszubskiego.

Broszura podaje historię powstania Kas Chorych w Polsce i innych krajach, zasadnicze rysy projektu nowelizacji ustawy Kas Chorych, złożonego w Sejmie przez Ch. D. i Z. L. N. jak również memoriału Z. L. P, P, podanego w tej sprawie.

Dla zapoznania się z zagadnieniem Kas Chorych u nas broszura stanowi doskonały materiał i winna rozejść się jaknajszyciej.

— Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy prosi nas o umieszczenie następującego wyjaśnienia.

„Nie mając możności zapoznania się z treścią broszury pod tytułem: O nowelizacji ustawy Kasy Chorych z dn. 3 czerwca 1920 r. Projekt Komisji Zrzeszenia Lek. K. Ch. m. st. Warszawy. Opracował dr. med. T. Kaszubski — przed jej wydaniem, Zarząd Zrzeszenia stwierdza, że powyższa broszura jest wyrazem jedynie opinii tej Komisji. Wydrukowanie broszury przez Komisję może być tłumaczone nieustannymi naprężeniami w niektórych pismach lekarskich na lekarzy Kasowych“.

— Sprawa ustawy przeciwalkoholowej wywołała na jednym z posiedzeń III Zjazdu Higienistów Polskich burzli-

wą dyskusję, której wynikiem było złożenie na ręce p. Marszałka Sejmu oraz przewodniczących klubów sejmowych następującego memoriału:

Warszawa, dnia 10 czerwca 1924 r.

Do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu.

Trzeci Zjazd Higienistów Rzeczypospolitej Polskiej, obradujący w Warszawie w dniach 8—10.VI. 1924 r., obawiając się, że poczynione zostaną zmiany w ustawie przeciwalkoholowej w kierunku jej faktycznego unicestwienia, wybrał specjalną delegację — niżej podpisaną — w celu przedstawienia naukowych i społecznych podstaw konieczności walki z alkoholizmem.

Polska ustawa przeciwalkoholowa, ograniczająca spożycie alkoholu, jest tem minimum w walce z alkoholizmem, od którego nie wolno odstąpić w imię najlepiej pojętego dobra narodu, jego zdrowia moralnego, fizycznego i najżywniejszych interesów ekonomicznych.

Organizacje społeczne i lekarskie, odpowiedzialne przed opinią publiczną za zdrowie narodu, nie mogą wziąć na siebie odpowiedzialności za skutki, które zmiany w ustawie przeciwalkoholowej — projektowane przez nowelę — mogą za sobą pociągnąć.

(—) Prof. dr. Paweł Gantkowski, Poznań.

(—) Dr. med. A. Puławski, Warszawa, Dyrektor Szpitala Dz. Jezus.

(—) Dr. med. W. Gawłowski, Warszawa.

(—) Dr. Leonard Bier, Dyrektor zakładu badania środków spoż. Kraków.

— Dnia 19 czerwca r. b. odbyło się, w obecności ministra spraw wojskowych, generała Sikorskiego, poświęcenie i otwarcie dwóch odnowionych pawilonów chirurgicznych w wojskowym szpitalu okręgowym Nr. 1.

Dwie sale pawilonu Nr. 7 mieszczą każda po 25 łóżek, prócz tego jest tu jeszcze 6 łóżek oficerskich. Na 25 łóżek oficerskich obliczony jest pawilon Nr. 9. Sale chorych, zarówno jak operacyjne i opatrunkowe, przedstawiają się okazale i robią wrażenie nader miłe. Wrażenie to udziela się zwiedzającemu już na dziedzińcu szpitalnym, gdzie wzorowa czystość, ład i porządek zwracają na siebie ogólną uwagę. Uroczystość otwarcia połączona była z wmurowaniem w salę opatrunkową pawilonu Nr. 7 tablicy pamiątkowej ku czci ś. p. Teresy Grudzińskiej, sanitariuszki, wziętej do niewoli przez bolszewików i ohydnie przez nich zamordowanej. Podczas zwiedzania pawilonów wygłosił przemówienie komendant szpitala, pułkownik Stefan Rudzki, i minister Sikorski.

— Gruźlica i klimat górski będzie przedmiotem bezpłatnego kursu wakacyjnego, urządzonego przez związek lekarzy w Davos w czasie od 17 do 24 sierpnia r. b. Zgłoszenia należy adresować do Komisji Kursu Wakacyjnego w Davos (Kommission des ärztlichen Ferien-kurses Davos). Wykłady będą się odbywały w dwóch oddzielnych grupach w językach niemieckim i francuskim. Wiza szwajcarska udzielona będzie bezpłatnie każdemu, kto niezwłocznie zawiadomi Komisję o miejscu swego stałego zamieszkania. Uczestnicy Kursu i towarzyszące im osoby mogą mieć zapewnione dobre mieszkanie i życie w sanatoriach, hotelach i pensjonatach po cenach następujących: kategoria I. — fr. 12, kategoria II. — fr. 10, kategoria III. — fr. 8. Na linii kolejowej Landquart—Davos bilet zwyczajny służyć będzie jako powrotny. O podobne ulgi na szwajcarskich kolejach związkowych czynione są starania, o których wyniku uczestnicy zostaną zawiadomieni przy otrzymaniu karty uczestnictwa. Termin zgłaszania uczestnictwa upływa dnia 1 sierpnia. Uczestnicy proszeni są o czytelnie napisane nazwiska i adresy (pożądane są bilety wizytowe), oraz o wymienienie kategorii pensjonatu.

OD ADMINISTRACJI.

W kwartale III r. b. warunki prenumeraty tymczasowo nie ulegną zmianie, mianowicie:

w Warszawie złp. 9

na prowincji 10

za granicą 12

W celu ustalenia nakładu prosimy o wczesne zamawianie pisma i wpłacanie należności na nasze konto czekowe w P. K. O. № 8696.

W sprawach, dotyczących prenumeraty, wysyłki pisma, zmiany adresu, odbitek, ogłoszeń i t. p. prosimy o zwracanie się do Administracji, Szpitalna 10 m. 10. Telef. 193-95.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓŁCZESNA“ w Warszawie Szpitalna 10, tel. 193-95.