

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 12

WARSZAWA, 31 GRUDNIA 1924 R.

Rok I

Pod znakiem żałoby zakończyła rok 1924 nauka polska: dnia 20 Grudnia chorągiew czarna na wieżach Wszechnicy Warszawskiej obwieściła zgon dyrektora II Kliniki wewnętrznej,

ś. p.

Prof. Kazimierza Rzętkowskiego

Oddany całem sercem nauce i młodzieży, obdarzony niepospolitym zmysłem klinicznym, ś. p. Rzętkowski, jak rzadko kto, nadawał się na stanowisko profesora i kierownika Kliniki, która przez Jego śmierć przedwczesną poniosła dotkliwą stratę. Zasługi naukowe i pedagogiczne Zmarłego oceni w numerze następnym powołane pióro. Dziś żegnamy z bólem jednego z najszczerzych przyjaciół i najgorliwszych propagatorów naszego pisma. Nie dawniej, niż przed 2 miesiącami, drukowaliśmy artykuł Jego pióra, a niemal każdy numer „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego” przynosił pracę z Jego Kliniki. Wdzięcznem sercem ocenialiśmy pomoc ś. p. Rzętkowskiego przy zakładaniu pisma i Jego starania około udoskonalenia tegoż. W ostatnich miesiącach, gdy, powalony chorobą, nie opuszczał łóżka, dotkliwie odczuwaliśmy na posiedzeniach redakcyjnych brak Jego życzliwej rady i wytrawnego sądu, gdy zaś zaczęły nas dochodzić radosne wieści o poprawie stanu Jego zdrowia, wstąpiła w nas nadzieja rychłego powitania Go wśród grona redakcyjnego. Niestety, poprawa okazała się pozorną: śmierć wydarła nam dzielną siłę naukową i zacnego współtowarzysza pracy.

Hołd i cześć Jego pamięci składa pogrążona w żałobie

REDAKCJA.



PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Najnowsze zdobycze pedjatrii w dziedzinie odporności i znaczenie ich dla zagadnień patologii ogólnej.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Tow. Medycyny Społecznej w dniu 27.IX. 1924).

Podał

Henryk BROKMAN (Warszawa).

Omawianie przez pedjatę zjawisk odporności wywołać musi pewne zdziwienie, tembardziej, iż mamy wielu wybitnych specjalistów bakterjologów i serologów, którzyby znacznie lepiej mogli sprostować temu zadaniu. Jednakże tłumaczy mnie siła tradycji. Bowiem wśród uczonych, opracowujących zagadnienie odporności, szereg pedjatrów zajmuje poczesne miejsce. Do nich należą: Pirquet, Schick, Moro i polski pedjatr Gröer. I nie jest to zjawisko przypadkowe. Pominąwszy ten wzgląd, iż dla pedjatrii, stykającej się co chwila z chorobami zakaźnymi, sprawa odporności posiada pierwszorzędne znaczenie praktyczne, ma on prócz tego do czynienia z materiałem, bardziej nadającym się do badań naukowych, aniżeli materiał, którym rozporządza internista. Człowiek dorosły już zakończył niejako swój rozwój; natomiast na dziecku wpływy świata zewnętrznego na podłożu dziedziczne przekazanych właściwości wypisują historję rozwoju osobniczego. Na materiale więc dziecięcym umożliwionem zostało zanalizowanie ontogenezy odporności. Dzięki temu immunobiologia pedjatriczna wniosła do badań, dotyczących odporności, nowe fakty, a co ważniejsze, nowe kierunki, posiadające duże perspektywy, zarówno teoretyczne, jakoteż praktyczne; kierunki te stają się obecnie panującymi w immunobiologii.

Odczyn serologiczne zdobyły sobie należne znaczenie w klinice człowieka dorosłego; są to odczyn Widal'a, Weill-Felix'a, Wasserman'a. Odczyn te są bezsprzecznie wyrazem tych zjawisk, które zachodzą w ustroju pod wpływem zakażenia swoistego. Jednakże zarówno zdolność zlepienia prątków durowych, jako też prątków odmienca, wreszcie zdolność dawania odchylenia dopełniacza z wyciągiem kiłowym nie może być utożsamiana ze stanem odporności ustroju; nie wiemy nawet do dziś, czy są to zjawiska, rozwijające się równolegle do istotnej odporności na dany zarazek. Po raz pierwszy istota odporności została określona w stosunku do łasecznika błonicy; jest nią obecność przeciwciała we krwi. Co prawda, nie wyczerpuje to całokształtu odporności. Komórki ustroju niewątpliwie także odgrywają dużą rolę w obronie przeciwko łasecznikowi błonicy. Jednakże obecność przeciwciała we krwi osobnika odpornego jest zjawiskiem stałym i miernikiem odporności osobniczej. Jest to więc pierwsza i zasadnicza zdobycz pedjatrii w dziedzinie patologii ogólnej, zdobycz, polegająca na stwierdzeniu, czym jest odporność na zarazek.

Odporność na błonicę powstaje nietylko po przejściu choroby; cały szereg osobników posiada odporność naturalną, nwarunkowaną obecnością przeciwciała błoniczego we krwi. Dzieci, w których surowicy zawiera się dostateczna ilość przeciwciała, są odporne na zakażenie. Tem też różni się zasadniczo odczyn, stwierdzający obecność antytoksyny błoniczej, od odczynu np. Widal'a, iż jest on wyrazem stosunku ustroju do wroga zewnętrznego, jego siły obronnej, wówczas, gdy odczyn Widal'a jest jedynie słabym odbiciem odgrywanej się w ustroju walki. Określanie przeciwciała we krwi w każdym poszczególnym przypadku sposobem miareczkowania surowicy na szwinkach nie nadaje się do badań masowych. Stąd też było wielką zasługą Schick'a, iż za pomocą prostego sposobu, polegającego na wprowadzeniu do skóry człowieka

pewnej dawki jadu błoniczego, umożliwił określenie, czy badany osobnik posiada we krwi dostateczną ilość przeciwciała. Badania za pomocą odczynu Schick'a, przeprowadzone na setkach tysięcy dzieci, wykazały ogromne praktyczne znaczenie tej próby. Możliwość określania z łatwością wrażliwości osobniczej zrobiła przewrót w dziedzinie zapobiegania błonicy. Jak wiadomo, izolowanie chorego i nosicieli stanowiło do tej pory główną broń w walce z epidemią. Obecnie, dzięki możliwości zróżniczkowania osobników wrażliwych (którzy n. p. w szkole stanowią około 30% wszystkich dzieci), walka, sprowadzająca się do obrony jedynie dzieci wrażliwych, stała się łatwiejszą. Został wniesiony ład, wiadomem się stało, u którego dziecka można oczekiwać wybuchu choroby. Ten przewrót w dziedzinie profilaktyki, która stała się wzorem i ideałem postępowania w innych chorobach zakaźnych, stanowi dalszą ważną zdobycz immunobiologii dziecięcej.

Stwierdzenie, iż obecność przeciwciała warunkuje odporność na błonicę, stało się podstawą postępowania uodparniającego. Antytoksyna, jak wiadomo, powstaje w ustroju zwierzęcym na skutek działania nań toksyny, to też najnowsze metody uodparniania czynnego przeciwbłoniczego polegają na wstrzykiwaniu jadu w tej lub innej postaci (mieszanina toksyny z antytoksyną, anatoksyna-toksyna niejadowita). W ten sposób ludzie, posiadający zdolność wytwarzania przeciwciała, nabywają odporność. Za pomocą stosowania odczynu Schick'a udaje się stwierdzić w każdym przypadku, czy dany osobnik został uodporniony. Tem też zasadniczo różni się metoda uodparniania przeciwbłoniczego od uodparniania przeciwdrobowego; bowiem w tym ostatnim przypadku nigdy nie wiemy, czy szczepienie rzeczywiście dało w wyniku odporność.

Badanie odczynu łaskornego setek tysięcy ludzi w różnym wieku wykazało, iż odsetek osobników odpornych waha się w zależności od wieku. Noworodki, pominąwszy wyjątkowe przypadki, posiadają przeciwciał tylko wtedy, o ile posiadała je matka; odporność więc noworodka została mu przekazana biernie na skutek przechodzenia antytoksyny poprzez łożysko do krwi płodu. Ta odporność, o charakterze biernym, znika już po kilku miesiącach. Po następnym okresie braku odporności w znacznym odsetku przypadków (około 80%) zjawia się antytoksyna we krwi, zarówno u dzieci, pochodzących od matek odpornych, jakoteż nieodpornych, a więc i u tych, które jako noworodki były nieodporne. Przy badaniu dzieci w różnych okresach życia stwierdzamy, iż każdy następny okres wieku wykazuje większy odsetek osobników odpornych, aniżeli poprzedzający. To zjawianie się antytoksyny w ustroju wraz z jego dojrzewaniem stanowiło do niedawna niewyjaśnione zagadnienie biologiczne. Immunobiologia, znajdującą się przeważnie pod wpływem dogmatów bakterjologii, zagadnienie to starała się rozwiązać zgodnie z temi dogmatami, a więc, iż zjawianie się w ustroju pewnego niwecznika, w tym przypadku przeciwciała błoniczego, powstać może jedynie tylko na skutek działania na ustrój swoistego antygenu, w tym przypadku znów łasecznika błoniczego. Obecność więc wśród ludzi osobników odpornych i nieodpornych na błonicę zależała od czynników zewnętrznych, od tego, czy dany człowiek zetknął się z zarazkiem w czasie życia pozapłodowego, czy też nie. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż rzeczywiście bliskie zetknięcie się ustroju z zarazkiem Loeffler'a, czy to w postaci przejścia błonicy, czy też przelotnego nosicielstwa, powoduje u szeregu osób powstawanie przeciwciała. Napewno jednak dla szeregu ludzi bodziec ten jest bez znaczenia, i niejednokrotnie nawet przebieg błonicy nie powoduje powstawania antytoksyny. Z drugiej znów strony u szeregu małych dzieci, nie narażonych, zdaje się, dotąd na obcowanie z zarazkiem, stwierdzamy obecność przeciwciała, istnienie odporności. Niewątpliwie więc liczyć się należy z niejednakową zdolnością ludzi do uodparniania się. Zdolność ta lub brak jej jest cechą wrodzoną ustroju i stanowi jego właściwość konstytucjonalną; zostaje ona przekazywana z rodziców na potom-

stwo i dziedziczy się współzręcznie z pewnemi, dającemi łatwo się określić cechami biologicznemi krwinek. Obecność lub brak odporności dziecko dziedziczy po ojcu lub matce. W ten sposób więc sprawa powstawania odporności naturalnej na błonicę została podniesiona do poziomu zagadnienia o dziedziczeniu innych cech biologicznych, a tem samem immunobiologia związała się z metodą i prawami biologji. Tego rodzaju biologiczne pojmowanie zjawiska odporności powoduje cały szereg wniosków, zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Do tej pory losy osobnika ludzkiego w walce jego z zarazkami chorobotwórczemi zdawały się stanowić zjawisko przypadkowe, zależne od całego szeregu wpływów zewnętrznych. Obecnie wiemy, iż w głównych zarysach przebieg tej walki jest z góry przesądzony przez własności komórek rozrodczych, które dały życie danemu człowiekowi. Jeżeli zarazek umieszcowi się na podłożu dla siebie dogodnym, w ustroju niezdolnym lub mało zdolnym do wytworzenia odporności, wywoła on chorobę lub nawet śmierć. W przeciwnym wypadku, gdy ustrój posiada już odporność lub też z łatwością ją zdoła wytworzyć, zarazek nie przejawia swych własności chorobotwórczych, a w najgorszym razie wywoła lekką i krótkotrwałą chorobę. Określenie więc w każdym poszczególnym przypadku, czy dany osobnik odziedziczył wraz z cechami biologicznemi krwinek zdolność do wytworzenia odporności lub brak jej, pozwoli być może na postawienie rokowania *ad casum*. Tak więc stwierdzenie prawa biologicznego zdaje się posiadać znaczenie i dla kliniki.

W ten sposób został zbudowany gmach, mieszczący w sobie zdobycze nauki o błonicy. Gmach ten został zbudowany przeważnie rękoma pedjatrów i, jak widać z powyższego, na mocnych podstawach patologji ogólnej; gmach bardzo wygodny dla praktycznych poczyną epidemjologa, gmach, zadawalający wyszukany smak biologa, w którym zresztą i klinicysta odnajdzie swoje wartości. Okazało się wkrótce, iż stał on się stylowym, że znamionuje epokę w rozwoju immunobiologji.

Na przykładzie badań nad błonicą zostało ustalone, jakim zasadniczym wymaganiem odpowiadać musi stan naszej wiedzy o chorobie zakaźnej, ażeby walka z nią dała najlepsze wyniki praktyczne. Musimy więc po: 1) znać zarazek, ażeby móc z pewnością postawić rozpoznanie, izolować chorego i wykryć nosicieli; 2) być w stanie określić wrażliwość osobnika na daną chorobę, ażeby skupić wszystkie nasze usiłowania dla ochrony osobników wrażliwych; 3) posiadać metody uodparniania czynnego; 4) mieć do rozporządzenia surowicę dla uodparniania biernego w celach zapobiegawczych i leczniczych.

Jak wiadomo, najstraszniejszą chorobę wieku dziecięcego, grozę dla rodzin i szkół stanowi płonica. Badania nad płonicą w latach ostatnich podjęte zostały jednocześnie w dwóch środowiskach naukowych: w Ameryce przez badaczy *Dicków*, w Rzymie przez bakterjologów *Cristina* i *Caronia*. Włoscy badacze twierdzą, iż udało im się wykryć swoisty zarazek w postaci dwoinek, rosnących na podłożach beztlenowo, i że hodowlami tego zarazka mogą zarażać ludzi i zwierzęta; odczyn zaś skórny z przesączem zarazka jest wskaźnikiem wrażliwości na zachorowanie; wreszcie udaje im się wytworzyć szczepionkę uodparniającą. Nie przesądżając słuszności badań autorów włoskich, pragnę tutaj omówić gruntowne prace małżeństwa *Dicków*, stanowiące zakończone, zamknięte koło badań nad płonicą, a odpowiadające wyżej wymienionym wymaganiom. *Dickowie* sądzą, iż zarazkiem płonicy jest specjalny typ paciorkowca hemolizującego, dającego się wychodować z każdego przypadku płonicy. Objawy chorobowe są uwarunkowane wydzielaną przez tę drobnoustrojową toksyną. Jad daje się wyosobnić w postaci przesączu hodowli zarazka. Bywa on znajdowany i na błonach śluzowych niektórych ludzi zdrowych (nosicieli) i również w przypadkach zwykłej anginy, lecz wywołuje płonicę jedynie u ludzi, nie posiadających we krwi antytoksyny przeciwpaciorkowcowej. Antytoksyna ta powstaje prawie u wszystkich

o zdrowieńców po płonicy. Odczyn skórny, powstający po wstrzykiwaniu do skóry jadu paciorkowcowego, wypada u nich ujemnie, bowiem jad zostaje zobojętniony. Natomiast odczyn dodatni, powstający u szeregu ludzi zdrowych, ma być wskaźnikiem braku antytoksyny i braku odporności. Przy badaniu dzieci i dorosłych stwierdzamy zjawiska zupełnie analogiczne do tych, jakie mają miejsce w odczynie *Schick'a*. Wśród noworodków odsetek odpornych jest duży, wynosi mianowicie powyżej 50%; tylko te noworodki są odporne, których matki posiadają we krwi antytoksynę paciorkowcową; odporność więc noworodków ma charakter czysto bierny. Już w drugim roku życia odsetek odpornych maleje, ażeby znów się zwiększać powoli, poczynając od trzeciego roku życia. Zrozumiałem jest, iż spostrzeżenia te, oparte na wynikach odczynu *Dicków*, dokonanego w Ameryce na kilku tysiącach dzieci, posiadają to samo znaczenie, jakie cechuje badanie odporności przeciwbłoniczej. W pierwszym rzędzie zrozumiałe jest znaczenie epidemiologiczne badań nad płonicą. Dopiero w świetle tych prac do działu zapobiegania płonicy może być wniesiony porządek i celowe postępowanie. Skończy się gorączkowe usuwanie dzieci ze szpitala, gdy tylko zdarzy się jeden przypadek płonicy, ustanie zamykanie szkół w obawie przed epidemią. Jeśli bowiem potwierdzą się w całej rozciągłości liczne już spostrzeżenia, iż osobnik, dający ujemny odczyn skórny, nie może zachorować na płonicę, nie obawiając się o los dzieci odpornych, całą uwagę zwrócimy na nieodporne. Ochrona tych ostatnich będzie szła w dwóch kierunkach: 1) usuwanie, względnie odpowiednie leczenie nosicieli, posiadających w gardle zarazek płonicy, 2) uodparnianie nieodpornych. Uodparnianie biernie za pomocą wstrzyknięcia surowicy ozdrowieńca, względnie antytoksycznej surowicy końskiej przeciwpaciorkowcowej, zastosujemy w przypadku bezpośredniego niebezpieczeństwa dla osobnika wrażliwego. Jednocześnie z uodparnianiem biernem lub samoistnie, szczególnie w większych zbiorowościach dziecięcych, zastosujemy zapoczątkowane przez *Dicków* w uodparnianie jadem paciorkowcowym, który to sposób według dotychczasowych badań sprowadza po upływie dwóch miesięcy odporność względem płonicy w znacznym odsetku przypadków.

Tyle o wartości praktycznej. Biologiczne znaczenie tych badań wymaga jeszcze głębszej analizy. Jednakże na zasadzie analogji z odpornością przeciwbłoniczą, na skutek stwierdzanego już jednakowego przeważnie wyniku odczynu *Dicków* u członków jednej i tej samej rodziny, ze znacznym prawdopodobieństwem można przypuścić, iż zdolność do wytworzenia odporności przeciwpłoniczej również okaże się cechą konstytucyjną i dziedziczną. Badania nad tem zagadnieniem są obecnie w toku.

Badania więc nad płonicą zdają się przybierać ten sam określony kształt, jakimśy spozostawiali w stosunku do błonicy. Wyjaśnienie istoty odporności wkracza w ramy patologji ogólnej, praktyczne zagadnienia epidemiologiczne znajdują tu swoje rozwiązanie, wreszcie zostaną stwierdzone rządzące tu prawa biologiczne.

W krótkich jeszcze słowach omówić należy jedną z ważnych praktycznie zdobyczy pedjatrji. Surowica ozdrowieńców po odrze, wstrzyknięta osobnikowi zakażonemu nie później, niż na piąty dzień po zetknięciu się jego z chorym, chroni go przed wybuchem choroby. Poza wartością praktyczną, szczególnie ważną w sensie zapobiegania odrze u dzieci krzywiczych i gruźliczych, została tu z doskonałym wynikiem zastosowana surowica homologiczna, t. j. pochodzenia ludzkiego. Otwiera to pole do analogicznych badań i w innych chorobach zakaźnych. Jak zaznaczyliśmy już, stosowanie surowicy ozdrowieńców po płonicy w zapobieganiu a także leczeniu daje również wyniki zachęcające.

W przeglądzie powyższym starałem się opisać jedną z dróg, któremi kroczy współczesna pedjatria. Chodziło mi także o podkreślenie, iż pracuje ona nie tylko dla zadośćuczynienia swym własnym potrzebom, lecz również wnosi cały szereg wartości do patologji ogólnej.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyrektor: prof. MICHAŁOWICZ).

Przyczynę do badań nad krwawiączką.

Podał

St. POPOWSKI (Warszawa).

Pomimo że istnieje już dużo prac klinicznych i laboratoryjnych dotyczących krwawiączki, patogenesa tego cierpienia nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona. Na przeszkodzie ku temu stoi przede wszystkim niedostateczne zrozumienie przez nas normalnego mechanizmu krzepnięcia krwi, czego dowodem jest rozbieżność w zapatrywaniach na powyższą sprawę całego szeregu autorów. Jasnym jest, że bez wyjaśnienia i całkowitego zrozumienia mechanizmu normalnej krzepnięcia trudne jest zrozumienie odchyleń od normy. Liczba opisanych przypadków krwawiączki jest wielka, lecz właściwie tylko część opisów dotyczy prawdziwej krwawiączki w ścisłym słowa tego znaczeniu, natomiast w starszych pracach bezwzględnie pod nazwą „krwawiączki“ były opisywane także przypadki ze skłonnością do krwawienia innego pochodzenia. Wobec czego sądzimy, że opis nawet pojedynczych przypadków prawdziwej krwawiączki posiada pewną wartość. W obecnej chwili dzięki ulepszonej metodzie badań jesteśmy już w stanie ściśle odgraniczyć krwawiczkę od innych cierpień.

Przypadek nasz dotyczy 16 letniego Ludwika N., przyjętego jesienią 1923 r. do kliniki pediatrycznej. Na podstawie wywiadów nie udało się nam wykazać istnienia krwawiączki u innych członków rodziny. Krew matki wykazała normalną krzepliwość. Już w 4-tym roku życia stwierdzano u chłopca skłonność do dłuższych krwawień. Przy każdym większym skaleczeniu się występowały krwotoki trudne do zatamowania. W dziesiątym roku życia krwawił przez 5 dni po wyrwaniu zęba, co doprowadziło go do ciężkiego stanu niedokrwistości pokrwotocznej. W 7-mym roku życia zaczęły występować objawy stawowe, mianowicie po najmniejszym urazie stawów, szczególnie kolanowych i łokciowych, zjawiały się obrzmienia, zmuszające chorego do pozostawania w łóżku. Z tego powodu chory nasz pozostawał przez czas dłuższy w leczeniu w szpitalu Karola i Marji. Parę lat temu zauważono cukromocz, który trwał przez dwa tygodnie.

Przy przyjęciu do kliniki stan chorego był następujący: chory — brunet, wzrostu 160 cm., o budowie wysmukłej, skórze śniadej. Skóra o normalnej suchości i elastyczności. Chory wspomina że łatwo opala się podczas lata. Powyższe podkreślamy, gdyż niektórzy autorzy zaznaczają występowanie krwawiączki najczęściej u blondynów o jasnej cerze. Przy pierwszym spojrzeniu na chorego rzucało się w oczy ścięczenie kończyn dolnych z wyraźnym zgrubieniem stawów kolanowych. Obwód uda prawego 28 cm., lewego 30 cm., obwód stawu kolanowego prawego 30 cm., lewego 28,5 cm. Ciężota skóry na obydwu kolanach jednakowa. Prawe kolano bolesne przy ucisku; przy ruchach bardzo wyraźnie wyczuwalny chrzęst w stawach kolanowych, w stawie garstkowym prawym i w stawach łokciowych. Staw łokciowy prawy jest również nieco zgrubiały w porównaniu z lewym (22 cm. — 21 cm.). Całkowite rozgięcie w stawie łokciowym prawym niemożliwe. Badanie rentgenologiczne wykazało tylko pewne rozrzedzenie w nasadach kości stawów kolanowych. Odczyn Pirqueta i Wassermanna ujemne. W narządach wewnętrznych zmian się nie stwierdza.

Badanie krwi dało następujące wyniki: czerwonych krwinek — 5.000.000, białych — 8.000, Hb. (Sahlia) — 80, nieznaczne zwiększenie odsetka (30—40%) limfocytów (Naegeli zaznacza stałość występowania limfocytozy u hemofilików). Liczba płytek 230000. Przyżyciowe barwienie odchyleń od normy nie wykazało. Cholesteryna we krwi — 1,5⁰⁰. Bilirubina we krwi — 1:600.000. Krzepliwość krwi: kropla krwi, wpuszczona do olejku parafinowego (próbna Blocha), krzepnie po upływie 4½ godzin. Krew zaś pozostawiona w próbówce, krzepnie dopiero po upływie 6 godzin.

Wskutek wydłużonej krzepliwości krwi opadają w czasie procesu krzepnięcia, pozostawiając ponad sobą warstwę osocza. Skrzep po upływie 24 godzin nie kurczy się jeszcze, lecz po upływie 2-ch dni oddziela się w sposób zupełnie wyraźny; słowem, nie mamy tu do czynienia z wadliwym kurczeniem się skrzepu w ścisłym słowa tego znaczeniu, lecz z opóźnionym kurczeniem się z powodu nienormalnego krzepnięcia.

Wskaźnik refraktometryczny osocza 1, 3511, surowicy 1,3506. Opadanie krwinek nie wykazuje odchyleń od normy. Próba M. Blocha na krzepliwość wykazuje minimalną pajęczynkę dopiero w 10-tej próbówce¹⁾. Odporność krwinek na rozczyzny hypotoniczne: H₁—48, H₂—40, H₃—32. Czas krwawienia (Duke) — 3,5 minuty. Objaw opaskowy ujemny.

Stan chorego podczas pobytu w klinice poprawił się: chory przybrał na wadze, ale objawy krwawiączki nie zmniejszyły się. Parokrotnie występowały bóle w jednym ze stawów kolanowych lub łokciowych; stawy wykazywały bolesność przy ucisku i ruchach, obwód stawu zwiększał się o ½ cm.—1 cm.; nakłucie zaś stawu, dokonane podczas jednego z napadów, wykazało obecność krwi wewnątrz torebki stawowej.

Mieliśmy więc do czynienia z przypadkiem krwawiączki z przeważną skłonnością do wylewów wewnątrz stawu.

Blizsze zanalizowanie mechanizmu krzepliwości krwi w danym przypadku dało wyniki, które podajemy niżej.

Nie decydując o tem, która z teorii krzepliwości krwi jest słuszna — fermentacyjna czy koloidalna — posługiwaliśmy się schematem Bordeta, aby uniknąć chaosu w terminologii, związanej z poszczególnymi teorjami. Schemat Bordeta przedstawia się w sposób następujący:

Proserozyma

serozyma — cytozima — jony wapnia
trombina — fibrynogen
włóknik

Według powyższego schematu włóknik wypada ze krwi wówczas, gdy fibrynogen zetknie się z trombiną. Fibrynogen jest ciałem, znajdującym się już w stanie gotowym we krwi, natomiast trombina nie jest gotowa i wymaga dla swego powstania trzech czynników: a) wolnych jonów wapnia, b) cytozimy, wytwarzanej prawdopodobnie z tkanek, białych krwinek i płytek jedynie w chwili krwawienia i c) serozimy. Serozima znajduje się we krwi bieżącej w postaci proserozimy, która dopiero w chwili krwawienia przeistacza się w serozymę.

Zaburzenia w krzepliwości więc mogą powstawać albo z braku jednego z czynników niezbędnych do wytworzenia skrzepu, lub z nadmiaru czynników, hamujących normalny przebieg krzepliwości.

Że w krwawiączce prawdziwej nie mamy do czynienia z brakiem fibrynogenu, dowodzi fakt, że skrzep jednak powstaje, choć po dłuższym czasie, z drugiej zaś strony udaje się tutaj przyspieszyć tworzenie się skrzepu przez dodanie do krwi trombiny normalnej.

Tak było i w naszym przypadku: krew po dodaniu surowicy normalnego osobnika tworzyła skrzep po upływie 5—10 minut.

Drugą możliwością jest zaburzenie w wytwarzaniu trombiny. Zależne to może być od całego szeregu czynników. Brak jonów wapnia nie wchodzi tu w grę, gdyż dodanie soli

1) Powyższa próba dekonywa się w sposób następujący: Do szeregu probówek wlewamy po 4—3,9—3,8...—3,3:1 cm³ rozczynu fizjologicznego, dopełniamy każdą probówkę do 4 cm³ rozczynem chlorku wapnia (3,05:100), potem zaś do każdej z probówek wlewamy po 0,2 cm³ krwi rozcieńczonej w stosunku 1:4 rozczysem cytrynianu sodu (1:400). O krzepliwości krwi sądzimy według kolejnej liczby próbówki, w której powstaje skrzep w postaci pajęczynki po upływie 24 godzin (norma 2—3 próbówka).

wapna nie przyspiesza w sposób wyraźny krzepliwości krwi. W naszym przypadku badanie surowicy chorego metodą Westa wykazało normalną ilość wapnia (kol. Misiewiczówna). Należało więc szukać przyczyny zaburzenia w innych czynnikach koniecznych dla powstawania trombiny. W chwili obecnej nie ulega wątpliwości, że we krwi chorych na krwawiączkę trombina powstaje w ilości dostatecznej, chociaż bardzo powoli. W surowicy naszego chorego można było stwierdzić obecność dużej ilości trombiny, gdyż w próbie Blocha po dodaniu do próbek po jednej kropli surowicy chorego otrzymywaliśmy bardzo wyraźny skrzep już w drugiej próbówce, wówczas gdy, jak już zaznaczyłem, świeżo wzięta krew wykazywała skrzepy w postaci pajęczynki dopiero w 9 lub 10-tej próbówce. Dla sprawdzenia, czy nie odgrywają tu roli i inne czynniki, zawarte w surowicy, dodawałem do szeregu kontrolnych próbek surowicę inaktywowaną przez ogrzanie do 58°, przyczem otrzymywałem wyniki identyczne, jak w próbie ze krwią świeżą.

O opóźnionem tworzeniu się trombiny świadczą również wyniki otrzymywane za pomocą metody Fonio.

Metoda powyższa oparta jest na hamującym działaniu siarczanu magnu na krzepliwość drogą inaktywacji trombiny. Określamy rozcieńczenie siarczanu magnu, przy którym następuje jeszcze krzepnięcie krwi. Z 14% roztworu siarczanu magnu przygotowujemy rozcieńczenia od 1:3 do 1:9. Do szkiełek zegarkowych, zawierających po 2 krople odpowiednich roztworów, dodajemy kolejno po 6, 8, 10—18 kropli krwi. W naszym przypadku w powyższy sposób przekonaliśmy się, że wzięta z żyły krew wykazuje większą ilość trombiny po upływie 4-ch godzin, niż po 3-ch godzinach.

Rozcieńczenia 14% MgSO ₄ = 2 krople	Krople krwi	Po 3 godzinach	Po 4 godzinach
1 : 3	6	skrzepów niema	skrzepów
1 : 4	8		niema
1 : 5	10		skrzep
1 : 6	12		"
1 : 7	14		"
1 : 8	16	skrzepów niema	"
1 : 9	18		"

Jak widzimy więc, ilość trombiny wzrasta we krwi w sposób wyraźny.

Widać stąd, że opóźnienie krzepliwości nie jest zależne od braku trombiny, lecz od powolnego jej powstawania, względnie od istnienia jakiegoś czynnika, hamującego jej właściwości.

Analogiczne wyniki otrzymaliśmy za pomocą metody Blocha, gdy do próbek z krwią hemofilika przed chwilą pobraną, dodawaliśmy określoną ilość surowicy krwi, wziętej na 24 godziny i na 48 godzin przed badaniem; aby uniknąć zarzutu, że wyniki zależne są od innych czynników, zawartych w surowicy — dodawaliśmy do szeregu kontrolnych próbek inaktywowaną surowicę. I tu również mogliśmy wykazać, że w surowicy, która stała dłużej, stwierdza się większą ilość trombiny; szczególnie wyraźnie występowało to wówczas, gdy przeistaczaliśmy wytwarzającą się z białkiem czasu metatrombinę w czynną trombinę.

Niniejsze badania świadczą o tem, że nie brak trombiny, lecz powolne jej powstawanie, jest przyczyną zaburzeń w krzepnięciu krwi, jak zgadza się na to większość autorów.

Należy zadać sobie pytanie, czy przyczyna powolnego powstawania trombiny nie zależy od braku cytozomy. Według Sahliego o decydującą rolę w patogenezie krwawiączki gra niezdolność ustroju do wytwarzania dostatecznej ilości cytozomy, ściany bowiem naczyń i krwinki, szczególnie zaś płytki nie wydzielają według niego dostatecznej ilości substancji, przyspieszających krzepliwość. Do powyższego mniemania skłaniali się również Morawitz, Nolf, Kottmann i Lidsky. Badania Gressota nie wykazały jednak braku cytozomy w komórkach hemofilika. Istotnie, szereg faktów przemawia za tem, że przyczyna zaburzeń w krzepliwości nie należy szukać w braku cytozomy. Nawet przyspieszenie krzepnięcia krwi przez dodanie cytozomy nie jest jeszcze dowodem, że krew nie krzepnie wskutek jej braku, gdyż dodanie w nadmiarze cytozomy, n. p. w postaci wyciągu z tkanek przyspiesza krzepliwość nawet

krwi normalnej. Powyższe zjawisko da się wytłumaczyć tem, że, jak twierdzi Morawitz, w normalnych nawet warunkach tylko część trombogenu przeistacza się w trombinę. Przez dodanie zaś cytozomy do surowicy wytwarzają się jeszcze duże ilości trombiny.

O ile zgodzimy się ze zdaniem Zacka, Bordeta, Delangea, że cytozoma posiada właściwości lipidów, wówczas możemy znaleźć potwierdzenie powyższej myśli w doświadczeniu Nolf-Herry: krew badanego osobnika mieszamy w równych ilościach z 10% roztworem soli kuchennej, drogą odwirowania otrzymujemy osocze, zmieszane z roztworem soli. Ten roztwór ma zawierać wszystkie składniki niezbędne do wytwarzania trombiny, lecz nie zawiera gotowej trombiny; rozcieńczenie tego roztworu wodą przekroploną ułatwia powstanie trombiny i powoduje tworzenie się skrzepu; minimalne zaś ilości cytozomy również znacznie przyspieszają tworzenie się skrzepu. Natomiast, o ile powyższe doświadczenie robimy z krwią hemofilika, to dodanie cytozomy nie przyspiesza krzepliwości. W doświadczeniu posługujemy się lipidami jajka kurczego, jako substancją o charakterze cytozomy. W naszym przypadku powyższe doświadczenie dało wyniki następujące.

Chory		Normalny osobnik			
Solne osocze chorego	Woda	Skrzep powstał po	Na Cl—osocze normaln. osobnika	Woda	Skrzep powstał po
1 cm. ³	3 cm. ³	skrzepów	1 cm. ³	3 cm. ³	115 min.
1 cm. ³	4 cm. ³	niema	1 cm. ³	4 cm. ³	80 „
1 cm. ³	5 cm. ³	nawet po	1 cm. ³	5 cm. ³	110 „
1 cm. ³	6 cm. ³	upływie 48 godz.	1 cm. ³	6 cm. ³	110 „

Do wszystkich próbek dodano po 2 krople żółtka kurzego.

Drugim dowodem, że tkanki hemofilika wytwarzają normalnie cytozomę, jest następujące nasze spostrzeżenie. Gdy wprowadzaliśmy igłę strzykawki pod skórę chorego i odciągaliśmy parokrotnie tłok celem wytworzenia próżni w cylindrze strzykawki i następnie wprowadzaliśmy igłę do żyły, to krew otrzymana w ten sposób, krzepła w przeciągu 3—10 minut zamiast 4—5 godzin. Powyższe doświadczenie, powtarzane parokrotnie, za każdym razem dawało rażąco różnicę w czasie krzepnięcia krwi branej bezpośrednio z żyły, a krwią, pobraną przy poprzednim wprowadzeniu igły pod skórę i parokrotnem odciągnięciu tłoka. Należy sądzić, że przy odciągnięciu tłoka minimalne ilości jakichś substancji z tkanki podskórnej przedostają się do igły, potem zaś do krwi, co powoduje przyspieszenie jej krzepliwości. Substancją tą nie może być ani trombina gotowa, ani serozyma, gdyż wiadomo iż nie znajdują się one w tkance podskórnej, pozostaje więc przypuszczenie, że jest to cytozoma i to o dużej wartości, skoro minimalna jej ilość powoduje tak szybkie krzepnięcie krwi. Po stwierdzeniu tego ciekawego zjawiska przeprowadziliśmy jeszcze następujące doświadczenie: wprowadzaliśmy igłę strzykawki pod skórę normalnego osobnika, odciągaliśmy parokrotnie tłok i następnie tą samą igłą i strzykawką braliśmy krew z żyły naszego chorego. Otrzymana krew również wykazywała krzepliwość szybszą w porównaniu z krwią, wziętą w sposób zwykły; jednak różnica ta nie występowała tak jaskrawo, jak w poprzednim doświadczeniu. Trudno jednak na podstawie jednego przypadku twierdzić, że tkanka podskórna hemofilika zawiera większą ilość substancji przyspieszających krzepliwość, niż tkanka podskórna normalnego osobnika.

Pierwszy Millian wskazał na obecność w skórze czynników wybitnie przyspieszających krzepliwość. Stąd Feissly i Roskam słusznie zalecają ostrożność przy braniu krwi z żyły do badań, gdyż minimalna ilość płynu tkankowego zmienia wyniki badań.

Doświadczenie Fonio, który przyspiesza krzepliwość krwi hemofilika przez dodanie do niej płytek normalnego osobnika, nie upoważnia do twierdzenia, że płytki hemofilika są mniej wartościowe lub że w ustroju jego brak jest cytozomy. Feissly zupełnie słusznie zaznacza, że wraz z obcymi płytkami dodajemy normalne osocze, zawierające składniki, które przyspieszają krzepliwość Klingera

i H y n e k nie mogli się przekonać o wadliwości płytek w krwawiczej.

Z powyższego wynika, że sprawa roli cytozomy w krwawiczej zdaje się być w chwili obecnej rozstrzygnięta, nie tu należy doszukiwać się wytłomaczenia patogenezy krwawiczej.

Inną przyczyną wadliwej krzepliwości może więc być wadliwe wytwarzanie się serozy, względnie przeszkoda w zadziałaniu cytozomy na serozymę. Zwolennikiem pierwszego poglądu jest F e i s s l y. Sądzi on, że przyczyną zaburzeń krzepliwości krwi w krwawiczej jest powolne wytwarzanie się trombiny, przyczem hamowana jest faza przekształcania się proserozy na serozymę, wówczas, gdy faza tworzenia się trombiny z serozy może być normalna. Trudność tę w wytwarzaniu się serozy F e i s s l y udowodnił doświadczalnie. Autor ten przeczy istnieniu antytrombiny w nadmiarze w krwawiczej. Znalazł on, że dodanie roztworu trombiny do krwi hemofilika powoduje krzepnięcie krwi omal że w tym samym czasie, co i osocze, rozcieńczone cytrynianem sodu w badaniach kontrolnych. Tu jednak, zdaje się, tkwi błąd w rozumowaniach autora. Dużo faktów przemawia za tem, że antytrombina, istniejąca w każdym ustroju, może zadziałać w zależności od swego stężenia na każdą fazę powstawania trombiny.

G r a t i a dowiodł, że hirudyna w rozcieńczeniu 1:2,500 zubożnia trombinę, natomiast w rozcieńczeniu 1:10,000 uniemożliwia tylko zadziałanie cytozomy na serozymę, a w rozcieńczeniu 1:200,000 hamuje przekształcanie się proserozy na serozymę. Czyli możemy przypuścić, że w doświadczeniu F e i s s l y e g o ilość antytrombiny była zbyt mała, aby uniemożliwić działanie już gotowej trombiny. Pogląd W e i l a, że krwawiczka jest antytrombinem, zdaje się być w ostatnich latach potwierdzenie w pracach H y n e k a. W naszym przypadku stwierdziliśmy za pomocą metody H o w e l l — H e s s a obecność większej ilości antytrombiny we krwi chorego, aniżeli ma to miejsce u osobnika normalnego. Badanie to wykonywa się w sposób następujący: Do 9 cm³ krwi dodaje się 1 cm³ 2% roztworu szczawianu sodu. Po odwirowaniu krwinek płyn, złożony z osocza i roztworu szczawianu sodu, nagrzewamy do 60° w przeciągu 15 minut. W ten sposób niszczymy „pro-trombinę“, wyodrębniamy fibrynogen, który się ścina, i po dodaniu 2—5 kropli 0,5% roztworu chlorku wapnia otrzymujemy płyn o wybitnych cechach, hamujących krzepliwość krwi.

Zwiększenia ilości antytrombiny we krwi naszego hemofilika mogliśmy dowieść w sposób następujący: do szeregu probówek wzięto po 10 kropli krwi hemofilika i do każdej z nich dodano po 1-ej kropli rozmaitych rozcieńczeń „antytrombiny“, otrzymanej powyższą metodą. Okazało się, że hamujące właściwości „antytrombiny“ hemofilika występują, znacznie wyraźniej, niż to ma miejsce z „antytrombiną“ normalnego osobnika.

W serii I. braliśmy do badania krew natychmiast po wzięciu jej z żyły, w serii II. używaliśmy krwi, wziętej na 35 minut przed wykonaniem doświadczenia.

Do wszystkich probówek dano po 10 kropli krwi hemofilika.

Dodano po 1 kr. antytrombiny hermofilika w rozcieńczeniu					Dodano po 1 kr. antytrombiny norm. osobnika w rozcieńczeniu				Krew sama przez się krzepnie po min.
	Nieroz- cieńcz.	1:2	1:5	1/15	Nieroz- cieńcz.	1:2	1:5	1/15	
Serja I. Skrzepy powstałe po min.	155	145	85	65	105	65	65	35	45
Serja II.	140	Skrzepy powstały bardzo prędko			90	Skrzepy powstały bardzo prędko			48

Jak widzimy, „antytrombina“ hemofilika nawet w rozcieńczeniach 1:15 hamuje wyraźnie krzepliwość. Ciekawy jest fakt, że dodanie roztworu antytrombiny do krwi, która przy stanie zdążyła już częściowo wytworzyć trombinę, hamuje krzepliwość tylko w mocniejszych stężeniach, natomiast dalsze rozcieńczanie tych hamujących właściwości nie wykazuje.

Według szeregu autorów antytrombinę możemy zobojętnić, przynajmniej *in vitro*, za pomocą dodania cytozomy, tem się więc tłumaczy również dlaczego dodanie w nadmiarze cytozomy przyspiesza krzepliwość krwi nawet u hemofilika. Zatem teoria, wysuwająca w krwawiczej na pierwszy plan brak cytozomy, jest do pewnego stopnia słuszną; jest to właściwie nie brak cytozomy, lecz niedostateczna jej ilość do zniweczenia wytwarzanej przez ustrój antytrombiny. Teoria W e i l a, wysuwająca na pierwszy plan w patogenezie krwawiczki nadmiar czynników, hamujących krzepliwość, nie stoi bynajmniej w sprzeczności ani z teorią F e i s s l y e g o, wskazującą na utrudnione przeistaczanie się proserozy w serozymę, ani z teorią S a h l i e g o o niedostatecznej ilości cytozomy. F e i s s l y przypuszcza, że istnieją substancje, przeszkadzające przeistaczaniu się proserozy w serozymę, co odpowiadałoby słabym stężeniom antytrombiny. Natomiast normalna ilość cytozomy nie wystarcza do zwalczania nadmiernej ilości antytrombiny. Według R o g e r a wątroba wytwarza antytrombinę w celu utrzymania krwi w naczyniach w równowadze koloidalnej. H o w e l l również przypisywał antytrombinie podobną rolę. Według M o r a w i t z a utrzymywanie się krwi w naczyniach w stanie płynnym nie zależy jednak od obecności antytrombiny, lecz tylko od braku cytozomy. Niektórzy autorowie sądzą, że antytrombina może być wytwarzana i w innych narządach, szczególnie zaś w gruczołach dokrewnych. W ostatnich czasach zwraca się dużą uwagę na gruczoły płciowe, doszukując się w nich przyczyny nadmiernej ilości antytrombiny w ustroju. Ze gruczoły płciowe odgrywają dużą rolę w patogenezie krwawiczki, świadczy chociażby fakt występowania typowej krwawiczki omal że wyłącznie u mężczyzn. P e t e r s opisał przypadek kobiety z rodziny hemofilicznej, u której po usunięciu jajników wystąpiły objawy typowej krwawiczki. W ostatnich latach H y n e k na podstawie swych badań zaczął stosować wyciąg z ciała żółtego w leczeniu krwawiczki, wprowadzając go podskórnie, jak się zdaje, nawet z dobrymi wynikami.

Przechodząc do leczenia krwawiczki, musimy tu uwzględnić dwa momenty: opanowanie krwotoku u chorego na krwawiczkę i leczenie krwawiczki w ścisłym słowa tego znaczeniu, czyli dążenie do usunięcia zaburzeń w krzepliwości krwi. Zwykle zabiegi, stosowane w tamowaniu krwotoku, zawodzą całkowicie w krwawiczej. Jedynie, zdaje się, środkiem, mającym teoretyczne podstawy, jest wprowadzenie dożylnie odwiłkniętej krwi innego osobnika, gdyż wraz z nią wprowadzamy czynniki częściowo unicestwiające antytrombinę, a również, według F e i s s l y e g o, już gotową serozymę. Należy, rozumie się, stosować krew osobnika, nie posiadającego aglutynin w stosunku do krwinek chorego i którego krwinki nie są aglutynowane przez chorego. Jest to, zdaje się, jedyny zabieg, który daje dobre wyniki podczas krwotoku u hemofilika.

gorzej przedstawia się jednak sprawa usunięcia przynajmniej na dłuższy czas zaburzeń krzepliwości krwi. Zalecane przez W e i l a, T r e m b u r a, M e y e r a i S c h l ö s s m a n n a zastrzykiwanie domięśniowe krwi normalnego osobnika zawiodły jednak w naszym przypadku. Dziesięciokrotne zastrzyknięcie krwi w ilości 15—20 cm³ w odstępach 5—7 dniowych nie wpłynęło w sposób wyraźny na przebieg cierpienia. Dobre wyniki podaje H y n e k, który na podstawie swych badań doświadczalnych stosuje wyciąg z ciała żółtego, zastrzykując go podskórnie. W naszym przypadku nie stosowaliśmy tej metody z powodu braku odpowiednich preparatów. Podawanie doustne według H e y t e r a preparatów organoterapeutycznych z jajników w postaci „Opozones Lumière“ nie wywołało widocznych zmian w krzepliwości krwi.

Poczynam się do obowiązku podziękowania w tem miejscu P. Dr. E r l i c h ó w n i e za rady i wskazówki podczas badań.

Piśmiennictwo.

B o r d e t et D e l a n g e: Annales de l'Institut Pasteur, 1913, mai. F e i s s l y und F r i e d: Kl. Woch.

19, 1924. F e i s s l y: Bullet. et memoir. de la Soc. Méd. d. Hôp. de Par. 1923, Nr. 37. G r a t i a—w g H y n e k. F o n i o—według N a e g e l i. Blutkrankh und Blutdiagn. G r e s s o t — według H y n e k a. H y n e k: Annales de Méd. 1923, Aout. H e y t e r: Inaug. Dis. Kiel. 1913. H o w e l l—H e s s: według M o r a w i t z a (Handbuch der Biolog. Arbeitsmethod. Abderhalden). K o t t m a n n und L i d s k y: M. Med. W. 1910, S. 13. M y e r s: Arch. of pediatr. 1912. M i l i a n—według H y n e k a. N o l f: Ergebn. d. inn. Med. und Kinderhik. 1913, B. 10. N o l f—H e r r y: Revue de méd. 1909. R o s k a m: Presse Méd. 1923, Nr. 93. R o s k a m: Liège Méd. 1923, Nr. 52. S c h l o s s m a n n: Bruns. Beitr. z. Kl. Chirurg. 1912, Nr. 79. S a h l i: Zeitschr. f. Klin. Med. 1903, Nr. 56. S a h l i: Dtsch. Arch. f. Kl. Med. 1906, Nr. 99. T r e m b u r: Grenzgeb. d. M. und Chir. 1910, B. XXII. Z a c k: Arch. f. Exper. Pathol. und Pharm. 1912, Nr. 70. 1913. 74. W e i l: Revue Franç. de Méd. et Chir. 1911—8, 23.

Z kliniki pediatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Dyrektor: prof. M. MICHAŁOWICZ).

i z Państwowego Zakładu Badania Surowic w Warszawie.

(Dyrektor: dr. L. HIRSZFELD).

Badania nad wrażliwością osobniczą na płonice.

Doniesienie tymczasowe.

Podali

H. BROKMAN (Warszawa), H. HIRSZFELDOWA (Warszawa)
i F. PRZESMYCKI (Warszawa).

I. (F. Przesmycki),

Paciorkowce hemolityczne, wyhodowane ze krwi i śluzu nosowogardzielowego chorych na płonice, były przez nielicznych badaczy uważane za swoisty zarazek płonicy, podczas gdy większość autorów sądziła, iż zarazki te odgrywają jedynie rolę w powikłaniach w przebiegu płonicy, rozwijając się na podłożu ustroju, zmienionego przez działanie nieznanego swoistego zarazka płoniczego. Kwestja swoistości tych paciorkowców została w ostatnich czasach rozstrzygnięta z dużym prawdopodobieństwem przez amerykańskich badaczy Dicków, którym udało się zakazić ludzi płoniceą za pomocą wcierania hodowli paciorkowców hemolitycznych do jamy nosowogardzielowej osób zdrowych, podczas gdy przesącze z hodowli płynnej nie mogły wywołać choroby.

Łączność paciorkowców z płoniceą została ustalona przez Dicków w dalszym ciągu przez wykrycie jadów, które, zastrzyknięte doskórnie, dawały odczyn dodatni u ludzi, którzy nie chorowali na płonice; po przejściu choroby odczyn ten zniknął. Jady te mogły być zobojętniane przez surowicę ozdrowieńców po płonicy. Do chwili obecnej badania Dicków zostały potwierdzone przez Zinghera, Okella i Baxtera.

Zingher sądzi, że 'płonica, podobnie jak błonica, jest toksemją, t. zn. że paciorkowce, umiejscowione w jamie nosowogardzielowej, produkują jady, wywołujące objawy chorobowe; Black wykazał nadto obecność tych jadów w surowicy krwi i w moczu w ciężkich przypadkach płonicy.

Przystępując do naszych badań, przygotowałem jady według wskazówek Dicków. Technikę miałem możność poznać osobiście w miejskiej pracowni w New Yorku u prof. P o r k a i D r. Z i n g h e r a.

Wyhodowano 10 szczepów paciorkowców hemolitycznych ze śluzu jamy nosowogardzielowej, ze krwi i z ropy chorych na płonice. Szczepy te zostały użyte do przygotowania jadów. Podłoża były przygotowane w następujący sposób: wzięto buljon o Ph 8,8 i dodano 10% krwi końskiej z cytrynianem sodu. Po sprawdzeniu jałowości buljonu zaszczipiono go 24-godzinna hodowla paciorkowców i trzymano w cieplarni w ciągu 5 dni. W miarę pobytu hodowli w cieplarni następowała hemoliza, i na 5-ty dzień hodowla miała kolor ciemno-czerwony. Po wyjęciu z cieplarki dodano 0,5% fenolu i następnego dnia przesączało przez świecę Berkefelda. Z 7 szczepów, użytych do przygotowania jadów, nie wszystkie produkowały jady o jednakowej sile. Jedne (1, 4, 5 i 6) dawały odczyn skórny jeszcze w roz-

cieńczeniu 1/2000, inne zaś (2, 3 i 8) były znacznie słabsze, dając odczyn skórny zaledwie w rozcieńczeniu 1/500 i niżej. Widzimy zatem, że zdolność produkowania jadu jest zależna od szczepu, podobnie jak w błonicy i czerwonce.

Jady, przygotowane w ten sposób, zawierają niezmiernie dużo obcego białka (surowica końska, produkty hemolizy czerwonych ciałek). Wobec tego dokonane zostały próby oczyszczania jadów według wskazówek H u n t o n a. Do jadów, przygotowanych na pożywe z krwi, dodawano 1% kwasu octowego i 20% NaCl, wytworzyły się wskutek tego obfite strąty, które następnie odsączano przez bibułę. Otrzymano płyn jasno-żółtego koloru, który zawierał jady. Płyn ten djalizowano do podwójnej objętości, a następnie przesączało przez świecę Berkefelda. Należy zaznaczyć, że zawartość jadu zmniejszyła się prawie do połowy. Jad Nr. 5, który dawał odczyn skórny w rozcieńczeniu 1/2000, po oczyszczeniu był zdolny wywoływać odczyn skórny tylko w rozcieńczeniu 1/1000.

Odczyn skórny z jadami płonicy otrzymano tylko u ludzi. Na zwierzętach laboratoryjnych (mysz, szczur, świnka morska, król) nie otrzymałem żadnego odczynu skórniego; nie udało mi się również wykazać chorobotwórczego działania jadu na tych zwierzętach nawet po zastrzyknięciu go w bardzo znacznej ilości.

II. (H. Brokman i H. Hirszfellowa). Według dotychczasowych spostrzeżeń badaczy amerykańskich dodatni odczyn Dicków, t. j. stan zapalny skóry, występujący w miejscu wprowadzenia toksyny, jest wskaźnikiem wrażliwości osobniczej na płonice, podczas gdy odczyn ujemny, polegający na zdolności zobojętniania jadów, jest wyrazem odporności ustroju. Dotychczasowe spostrzeżenia epidemiologiczne, uczynione w Ameryce, zdają się bowiem wykazywać, iż osobnik, dający odczyn ujemny, nie zachorowuje, znaćszy się w środowisku zakażonym.

Badania nasze miały na celu zastosowanie odczynu Dicków, ażeby w czasie panującej u nas epidemii stwierdzić słusność poglądów autorów amerykańskich i w razie wyniku dodatniego uprzystępnienie stosowania tej metody badania wrażliwości dla celów praktycznych. Następnie dla tychże celów rozpoczęliśmy stosowanie zapoczątkowanego przez Dicków w uodparniania czynnego i jadem paciorkowcowym i porównywanie wyników tej nowej metody uodparniania z metodami, stosowanymi dotychczas (G a b r y c z e w s k i, C a r o n i a). Badania w tym kierunku są obecnie w toku.

W związku z nowym ujęciem przez Dicków w etjologii i patologii płonicy wyłonił się w toku naszych badań cały szereg zagadnień natury teoretycznej. Na pierwszym miejscu zajmuje nas sprawa dziedziczenia konstytucyjnej wrażliwości lub odporności na płonice, co wiąże się z naszymi pracami (z Hirszfellową) nad dziedziczeniem odporności przeciwbłonicy. Wyniki tych badań będą ogłoszone w oddzielnej pracy*).

Obecnie pragniemy podzielić się naszymi wrażeniami, dotyczącymi stosowania odczynu Dicków na przeszło 150 osobnikach, ażeby zwrócić uwagę i spopularyzować tę ważną metodę. Zgodnie z przepisami, ogłoszonymi przez Dicków, używaliśmy toksyny w rozcieńczeniu 1/1000, w ilości 0,1, wtrzymując ją doskórnie; jednocześnie dla kontroli wprowadziliśmy do skóry odpowiedniej kończyny drugiej tę samą ilość tego samego roztworu gotowanego w przeciągu 1 godziny na łaźni wodnej. Odczyn odczytywaliśmy przeważnie po 8, 16, 24 i 48 godzinach i na zasadzie porównania odczynu, wywołanego przez toksynę i kontrolę, rozpoznawaliśmy wrażliwość lub jej brak na dany jad.

Za niewrażliwych uważaliśmy, zgodnie z badaniami amerykańskimi, te osobniki, które albo nie dawały z toksyną żadnego odczynu, albo też u których odczyn z toksyną równy był co do nasilenia odczynowi kontrolnemu. Za wrażliwych uważaliśmy tych, którzy z toksyną dawali odczyn dodatni obok ujemnego odczynu kontrolnego, lub też u których odczyn z toksyną był wybitnie mocniejszy od kontroli.

Odczyn dodatni cechuje zaczerwienienie skóry w miejscu zastrzyknięcia o średnicy co najmniej 0,5 cm., czasem z dość silnym naciekami. Odczyn ten słabnie po 24 godzinach, znika zazwyczaj po 48.

Dotychczasowy materiał nasz składa się: 1) z dzieci

*) Za łaskawe dostarczenie materiału dziękujemy kołegom Cieszyńskiemu, Mayznerowi, Judtowi i Piotrowskiemu.

niedorozwiniętych ze schroniska; 2) z dzieci z domu wychowawczego; 3) z przygodnych pacjentów z kliniki; 4) z ozdrowieńców po płonicy.

	Liczba ogólna	Odczyn dodatni	Odczyn ujemny
Zakład dla niedorozwiniętych dzieci	39	18	21
Schronisko dla dzieci	77	47	30
Pacjenci kliniczni	23	16	7
Ozdrowieńcy po płonicy	12	1	11

Obliczanie według wieku odsetka odczynów dodatnich i ujemnych jest jeszcze przedwczesne ze względu na zbyt mały materiał. Zaznaczamy jednak, że odpowiada on na ogół liczbom, podanym przez badaczy amerykańskich. Wśród naszych dzieci zdrowych stwierdzamy na ogół około 60% wrażliwych, co odpowiada odsetkowi, podanemu przez Z i n g h e r a dla dzieci rodzin zamożnych. Dzieci starsze z zakładu dla niedorozwiniętych dają większy odsetek odpornych, aniżeli młodsze dzieci ze schroniska.

Badane przez nas dzieci z obydwu zakładów od pierwszych prawie chwil życia nie stykały się ze światem zewnętrznym, a przeto, podobnie jak dzieci rodzin zamożnych, nie miały wiele okazji do zetknięcia się z zarazkiem swoistym lub z bodźcem nieswoistym, stąd też w mniejszym odsetku uległy uodpornieniu. Nie przesadzamy w tej chwili sprawy, jakie ma znaczenie dobór naturalny dla różnicy w odporności dzieci rodzin zamożnych i proletariatu.

Z ozdrowieńców po płonicy w liczbie 12—jedenastu dało odczyn ujemny, raz odczyn był słabo dodatni. Duży odsetek odczynów ujemnych jest tem znamiennejszy, iż stosowaliśmy tutaj toksynę w stężeniu 2 razy silniejszem, aniżeli w badaniach poprzednich. Oddziaływania słabo dodatniego w jednym przypadku nie należy bynajmniej uważać za objaw paradoksalny, ponieważ wystąpienie odporności po przebiegu choroby nie jest zjawiskiem nieodzownem. Podobne przypadki cytuję Z i n g h e r. Według naszego poglądu w tych przypadkach mamy do czynienia z dziećmi konstytucyjnie niezdolnemi do wytwarzania odporności. Prawdopodobnie mogą one ulegać kilkakrotnemu zakażeniu płoniczemu, co jest zjawiskiem znanem, aczkolwiek nieczęstem.

Zagadnienie to rabiera szczególniej wagi w związku z badaniami nad dziedziczeniem zdolności do wytwarzania odporności.

Z II oddziału chirurg. Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

(Ordynator: dr. A. ZAWADZKI).

Przypadek ciąży jajowodowej pękniętej z płodem w jamie brzusznej.

Podał

Dr. J. POMPER (Warszawa).

Jako ciekawy przyczynek do istniejącego po dzień dzisiejszy sporu o możliwości implantacji jaja na otrzewnie w jakimkolwiek miejscu jamy brzusznej, przytoczę przypadek, obserwowany na naszym oddziale.

Chora, lat 30, przybyła z powodu guza w brzuchu. Jak twierdzi, choruje od czterech miesięcy, kiedy przestała miesiączkować. Większych dolegliwości z tego powodu nie zauważyła. Zameężna od pięciu lat, nigdy w ciąży nie zachodziła. Poza zwykłymi chorobami dziecięcymi zawsze zdrowa. Miesiączka od 15 roku życia, regularna, 3—4 dni, co 4 tygodnie. Od czasu zamążpójścia ma niewielkie upławy.

Przy badaniu przez pochwę i powłoki zewnętrzne wyczuwa się powiększoną znacznie macicę, odpowiadającą mniej więcej trzecziesięcznej ciąży, o szyi rozpułchnionej, a w prawo i ku przodowi od niej dość twardy guz o nierównej powierzchni, robiący wrażenie włókniaka, albo też oddzielnych części płodu. Guz, aczkolwiek nieruchomy, umiejscowiony jest bezwarunkowo nazewnątrz od macicy. Z piersi udaje się wycisnąć colostrum. Na zasadzie tego postawiono rozpoznanie ciąży mniej więcej 3—4 miesięcznej oraz prawdopodobieństwo włókniaka. Wobec usadowienia się guza w pobliżu małej miednicy, co mogło być przeszkodą przy porodzie, chorą poddano zabiegowi operacyjnemu (oper. dr. Zawadzki, asyst. dr. Pomper).

W znieczuleniu eterowym cięcie między spojeniem łonowym i pępkiem. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdza się liczne zrosty między ścianą brzuszną, jelitami oraz domniemanym guzem. Próby oddzielenia guza od jelit narazie niezwykle trudne. W pewnej chwili nacięto, jak zdawało się, powierzchnię otrzewnową guza w celu wydostania go podotrzewnowo. Wówczas okazało się, że jest to błona wodna (amnion). Z guza wyłoniono płód mniej więcej około 5-miesięczny. W worku znaleziono zupełnie sformowane łożysko, do którego płód był przyczepiony pępowiną. Z wielkim trudem oddzielono worek od sieci, od cienkich jelit i ich krezki oraz od krezki esicy i usunęto wraz z prawym jajowodem i jajnikiem, przyczem wyłoniła się macica, znacznie powiększona, jak w ciąży 3-miesięcznej, pokryta licznymi złożami (zrosty z błoną wodną). Lewy jajnik i jajowód, po wydzieleniu ze zrostów, pozostawiono na miejscu.

Po dokładnem podwiązaniu naczyń i zatamowaniu znacznego krwawienia, jamę brzuszną zaszyto. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, jednakowoż przy objawach wybitnej anemii. Pacjentka, jako zdrowa, wypisana została ze szpitala po 14 dniach.

Guz, względnie płód rozwijał się pomiędzy ujściem jajowodu oraz jelitami i prawą stroną macicy. Płód po wyjściu z jamy brzusznej żył około pół godziny. Wygląd jego odpowiadał niewygodnemu umiejscowieniu w jamie brzusznej. Czaszka dolichocefaliczna, lewostronne wybitne torticollis, prawa stopa w pozycji szpotawej, prawa dłoń zupełnie spłaszczona, zresztą płód normalny.

Na usuniętym preparacie widać lejowate rozszerzenie ujścia jajowodu, wprost otwierające się do jamy brzusznej. W tem miejscu przyczepione było łożysko. Klinicznie sądził się, że jajo, zapłodnione w samym ujściu jajowodu, rozwijało się w drobnej części w ujściu, ale przeważnie w wolnej jamie brzusznej.

Badanie mikroskopowe, przeprowadzone w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Warsz. przez dr. E. Siedlecką, wykazało, co następuje. Do badania wzięto wycinki 1) z jajowodu; 2) z pogranicza między jajowodem a workiem i 3) z worka. Budowa trzech tych wycinków zasadniczo przedstawia się jednakowo. Od zewnątrz widać w nich okrężną i podłużną warstwę mięśniową (włókna gładkie); włókna mięśniowe są mniej lub więcej porozsuwane; w wycinku pierwszym spotykamy wśród nich wyraźne skupienia drobno-komórkowe. Idąc ku środkowi, widzimy wyraźne kosmki jajowodowe, między niemi gdzieniegdzie komórka doczesnej. W wycinku drugim również wyraźne kosmki jajowodowe i także kosmki płodowe. W wycinku trzecim kosmki jajowodowe spotykamy rzadziej, natomiast kosmki płodowe również są wyraźne; widać tu także duże skupienie komórek błony doczesnej.

Mamy więc kliniczny obraz ciąży, rozwijającej się między jelitami w wolnej jamie brzusznej; badanie mikroskopowe wykazuje jej jajowodowe pochodzenie, czyli, że zasługuje na miano ciąży jajowodowej pękniętej z płodem w jamie brzusznej.

Z praktyki prywatnej.

Z ambulatorjum chorób dziecięcych Kasy Chorych
m. Warszawy.

Przyczynę do trudności rozpoznawczych kiły wrodzonej.

Podał

Dr. Stefan KRAMSZTYK (Warszawa),

Obok typowych, nie przedstawiających wątpliwości przypadków kiły wrodzonej zdarzają się i takie, które ze względu na brak jakichkolwiek wyraźnych objawów klinicznych przechodzą niepostrzeżenie, oraz takie, które mogą być wzięte za inną postać chorobową. Właśnie przypadki niewykazujące ogólnie znanych objawów skórnych i ze strony błon śluzowych, a zogniskowane np. wyłącznie w układzie kostnym, mogą dać powód do trudności rozpoznawczych. Do tych ostatnich należy i poniżej opisany.

W dniu 31.III r. b. zostałem wezwany przez kolegę chirurga do dziesięć odniewego noworodka, u którego stwierdzone zostały rzekomo objawy wrodzonej gruźlicy kostnej. Istotnie dziecko posiadało znaczne obrzmienie w okolicy prawego stawu kolanowego, zupełnie przypominające tumor albus; oprócz tego na środkowym palcu lewej ręki oraz dużym prawej można było stwierdzić obrzmienia na podobieństwo spina ventosa; obie dolne kończyny były w stanie przykurczenia; żadnych zmian w organach wewnętrznych, ani też na skórze. Taki obraz kliniczny sprawiał początkowo trudności rozpoznawcze; po dwóch dniach atoli wystąpiło porażenie prawej górnej kończyny, przyczem można było stwierdzić niewielkie obrzmienie prawego stawu łokciowego oraz obrzmienie dolnego końca kości promieniowej. Tak więc przy obecności przykurczenia na kończynach dolnych wystąpiło wiotkie porażenie kończyny górnej — porażenie wrzeczko Parrota, a cały obraz przedstawiał się charakterystycznie dla kiły wrodzonej. Z chwilą ustalenia tego rozpoznania dokonane zostało badanie krwi u noworodka i jego ojca, ale odczyn Wassermana u obu wypadł ujemnie.

Noworodek był pierwszym dzieckiem rodziców, liczących każde po lat dwadzieścia; ojciec z całą pewnością twierdził, że kiły nie przechodził; robił wrażenie osobnika silnie neuropatycznego. Matka, jedno z ośmiorga dzieci w rodzinie, również zarówno z wywiadu jak i z badania żadnych podstaw do rozpoznania kiły nie dawała; odczynu Wassermana u niej z przyczyn technicznych wykonać się nie udało.

Wkrótce po pierwszym badaniu noworodka babka jego ze strony ojca zakomunikowała mi, że mąż jej przechodził zakażenie kiłowe, że jednak jakoby żadne z dzieci jej, a więc i ojciec noworodka po urodzeniu żadnych objawów nie wykazywał, ani też swoistemu leczeniu poddawany nie był. Co się dotyczy dalszego przebiegu choroby, to należy wspomnieć, że już po pierwszych dawkach rtęci, początkowo w postaci podawanego dowewnątrz Hydrargyrum jedatum flavum, a później w postaci wcierań szarej maści, nastąpiła szybka i wybitna poprawa.

Przypadek, opisany powyżej, zasługuje po pierwsze na uwagę ze względu na istniejące przynajmniej w początkach trudności rozpoznawcze. Kiła wystąpiła u rzeźzonego noworodka w postaci porażenia układu kostnego, t. zw. osteo chondritis heredosyphilitica (Wegner); ona to wywołała obrzmienie kości długich w pobliżu nasady, spowodowała również porażenie rzekome kończyny górnej. Przykurczenia kończyn dolnych były po części przejawem myotonii syfilitycznej niemowląt. Myotonja ta polega na trwałych kurczach mięśniatury natury syfilotoksycznej; może ona powodować nieruchomość kończyn, jest jednak zawsze stanem kurczowym natury neurogennej w przeciwieństwie do t. zw. porażenia rzekomego Parrota, które stanowi wiotkie porażenie ramienia z mniej lub więcej wyraźną bolesnością. Co się dotyczy objawów ze strony kości krótkich, to były to zapalenia kości palców (Phalangitis), opisane w tej postaci głównie przez Hochsingera. Ta postać chorobowa może istotnie przypominać t. zw. Spina ventosa scrophulosa, osobliwie, gdy poraża zasadniczy człon palca; różniczkuje się zaś w stosunku do zapalenia gruczołowego brakiem ropienia i martwicy, formą, przypominającą oliwkę lub butelkę, dalej przez występowanie wkrótce po urodzeniu, ewentualnie przez wywiad lub odczyn Wassermana.

Drugą osobliwością powyższego przypadku jest to, że mógłby on być ewentualnie uważany za przypadek kiły w trzecim pokoleniu. Wiadomo, że, o ile stałem i czystem zjawiskiem jest przechodzenie kiły nabytej na bezpośrednich potomków, o tyle przenoszenie się kiły wrodzonej na następne pokolenie uważane jest za fakt rzadki i niezupełnie stwierdzony. Panuje naogół pogląd, że liczba zupełnie pewnych przypadków odnośnych zbyt jest szczupła, aby można było ostatecznie sprawę rozstrzygnąć, zwłaszcza przy uwzględnieniu wszystkich przez naukę współczesną stawianych warunków. A właśnie warunki te, sprecyzowane już w r. 1900 przez Fingera, są tego rodzaju, że nader trudno jest przeważnie zadośćuczynić im w zupełności. Dla rozpoznania kiły w trzech następujących po sobie pokoleniach postawił Finger następujące postulaty: 1) kiła wrodzona w drugim pokoleniu powinna być faktem bezspornym; 2) kiła nabyta w temże drugim pokoleniu musi być absolutnie wyłączona; 3) kiła wrodzona w trzecim pokoleniu powinna nie podlegać żadnej wątpliwości oraz 4) objawy kiły wrodzonej w drugim i trzecim pokoleniu powinny występować wkrótce po urodzeniu. Feige w r. 1917 poddał krytyce wszystkie podane w piśmiennictwie przypadki kiły w trzecim pokoleniu i doszedł do wniosku, że z punktu widzenia nowoczesnych wymagań wiedzy żaden z nich nie odpowiada warunkom, a zatem sam fakt nie może być uznawany za możliwy.

I przypadek, opisany powyżej, nie może oczywiście odpowiadać warunkom, przez Fingera stawianym. Jednakże poza danymi wywiadu, który, jak powiada Jessner w swoim opisie kiły w trzecim pokoleniu „nie jest żadnym argumentem naukowym“, przypadek ten wykazuje objawy kliniczne, uderzająco przypominające ostatnio opisane przypadki kiły w trzecim pokoleniu. Tak w r. 1922 Kraus (por. Monatsschrift für Kinderheilkunde Tom 24) podał opis przypadku, który uważa za zupełnie pewny, gdzie kiła wrodzona w trzecim pokoleniu wyraziła się w porażeniach li tylko układu kostnego; toż samo dotyczy przypadku Jessnera. Zarówno Kraus, jak i Jessner podkreślają uderzającą łagodność przebiegu cierpienia i skłonność do szybkiego poddawania się leczeniu. Jessner wyraża przypuszczenie, że, być może, jad kiłowy w trzeciej generacji jest już tak osłabiony, że nie posiada dostatecznej siły, aby wywoływać zupełnie rozwinięte obrazy chorobowe, a Kraus wypowiada myśl, że kiła trzeciego pokolenia posiada pewną sobie właściwą postać kliniczną.

W końcu dodać muszę, że wbrew przytoczonym autorom niemieckim Martelli z Neapolu (La Pediatria 1923) dochodzi do wniosku, że kiła w trzecim pokoleniu (autor ten podaje opis jednego przypadku przekazania kiły aż do czwartego pokolenia) nie jest bynajmniej tak rzadką, jak to zwykle się utrzymuje. Przypuszcza on, że chodzi tu nie o przekazywanie krętków, lecz o toksyny syfilisu, które przechodzą od rodziców na dzieci i wnuków.

Obecna epidemia czkawki w Warszawie. *)

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

W pierwszym tygodniu listopada b.r. zaczęły występować w Warszawie przypadki czkawki w postaci nagminnej. Chorzy początkowo zasięgali porady gastrologów i internistów, wkrótce potem jednak zaczęli zwracać się również do neurologów. Postaram się naszkicować pokrótce symptomatologię i epidemiologię tej sprawy na zasadzie 24 osobiste spostrzeżeń przypadków oraz na zasadzie danych, otrzymanych od niektórych kolegów warszawskich. Choroba najczęściej rozpoczyna się nagle, bez zwiastunów, w pełni zdrowia, chorzy zazwyczaj mogą podać dokładnie dzień i godzinę, kiedy wystąpił pierwszy paroksyzm. Rzadziej poprzedza chorobę nieznaczne ogólne niedomaganie, lekkie dreszyczki, ból głowy, pewna drażliwość usposobienia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, w jednym przypadku chorobę jakoby poprzedziła angina, w innym znowu nieżył jamy nosowo-gardziłowej. W olbrzymiej większości przypadków czkawka stanowiła nie tylko dominujący, ale nawet jedyny objaw choroby. Co się

*) Wygłoszone na posiedzeniu Warsz. Tow. Neurol. dnia 20.XII.1924:

tyczy semjologii tego objawu, to najbardziej powolny rytm drgań, jaki spostrzegałem, wynosił 2—3 na minutę, przeważnie jednakże skurcze były znacznie częstsze, najczęściej 6—7, raz nawet spostrzegałem 19 skurczów na minutę. To też utrudnia ona często nietylko jedzenie i picie, ale nawet wymowę. U jednego z pacjentów tempo skurczów frenoklonicznych było tak szybkie, że połączywszy się telefonicznie, nie mogłem uchwycić chwili dla wymówienia numeru. Typ czkawki był albo stały albo przestankowy, widywałem przypadki o częstym występowaniu krótkich paroksyzmów, widywałem również kadencje 6-cio i 7-godzinne z nieznacznymi tylko przerwami. Erekt dźwiękowy, wywołany przez czkawkę, naogół nie należał do głośniejszych, jakkolwiek prawie zawsze słyszalny był dla otoczenia. Wiadomo, że czkawka wynika z podwójnego synchronicznego skurczu przepony b. zusznej z jednej strony, zaś zwieraczy głośni z drugiej. W chwili, kiedy wytwarza się ciśnienie powietrza, powodowane przez skurcz kloniczny diafragmy, wdechowy prąd powietrza zdławiony zostaje przez spazmodyczne zwężenie głośni. Właśnie vibracja głośni powoduje ów swoiste gardłowy dźwięk czkawki, którego natężenie może być ogromne i który przypomina czasem łkanie lub szczekanie. Ponieważ w spostrzeganych przeze mnie przypadkach czkawki nagminnej drgania przepony mogą być tak intensywne, że z łatwością można dostrzec gołem okiem, zaś efekt głosowy jest zazwyczaj niewielki, można więc przypuścić, że w obecnej epidemii komponent głośniowy skurczu usuwa się zazwyczaj na plan dalszy. Ciekawe jest, że skurcze przepony nie zawsze muszą być obustronne. W jednym niezmiernie ciekawym przypadku radioskopja stwierdziła skurcze wyłącznie prawej połowy przepony. Analogiczne spostrzeżenie ogłosił A c h a r d podczas epidemii paryskiej z 1920 r.

O ile początek choroby jest zwykle nagły z acme drgań w 2-im dniu choroby, o tyle sprawa kończy się zazwyczaj per lysin. W ostatnich dniach choroby kadencje frenokloniczne stają się coraz słabsze i coraz bardziej krótkotrwałe. Jeden z pacjentów moich, u którego choroba trwała ściśle 9 dni, podawał, że w 7-y dniu choroby czkawka trwała 2 godziny, w 8-y jedną, a w 9-y zaledwie pół godziny. Należy przytem mieć na uwadze, ażeby przy stwierdzaniu zakończenia sprawy nie opierać się nigdy na wypowiedziach pacjentów, że czkawka zupełnie minęła. W niektórych przypadkach moich chorzy twierdzili, że czują się już dobrze, dokładne natomiast oględziny okolicy podżebrzy stwierdziły jeszcze wyraźne drgania przepony. W 2 obserwacjach właśnie w okresie takiego pozornego wyzdrowienia wystąpiły dosyć gwałtowne wymioty.

Naogół natężenie skurczów frenoklonicznych jest niewielkie, w 5 przypadkach jednak było ono bardzo silne, powodując bóle nietylko w podżebrzach i w jamie brzusznej, ale nawet w okolicy krtani. Wogóle cały szereg chorob moich uskarżał się na dotkliwe sensacje kurczu w krtani nietylko podczas kadencji czkawki, ale nawet zupełnie niezależnie od tego. W 2 przypadkach owe subiektywne sensacje w krtani stanowiły objaw inauguracyjny choroby. Z innych objawów bólowych spostrzegałem bóle głowy o nieokreślonej lokalizacji, uporczywe bóle nadoczodołowe o charakterze neuralgicznym, rwanie w nogach w końcowym okresie, a nawet, po przeminięciu czkawki, dotkliwe mrowienie w palcach dłoni.

Z objawów towarzyszących najczęstsze jest nieznaczne podniesienie ciepłoty (37,0, 37,40, w jednym tylko przypadku 38,20). Występuje ono tylko w początkowym okresie czkawki i jest tak krótkotrwałe, że udaje się je uchwycić tylko przy systematycznym mierzeniu temperatury. W kilku przypadkach moich jednak nawet takie systematyczne mierzenie nie zdołało stwierdzić ani razu stanu podgorączkowego. — Tętno zazwyczaj bywa przyspieszone niezależnie od ciepłoty, zarówno podczas kadencji czkawkowej jak i w okresach dalszych. Jeden raz podczas paroksyzmu czkawki stwierdziłem wyraźne zwolnienie tętna (64). W niektórych przypadkach ciśnienie krwi mierzone przyrządem P a c h o n a wykazywało nieznaczne obniżenie.

We wszystkich absolutnie przypadkach brak było senności i objawów śpiączkowych. B. senność, na którą uskarżała się niektórzy pacjenci, jest objawem ściśle wtórnym zależnym od przerywania snu przez paroksyzmy frenoklonji. W wielu przypadkach jednak pomimo czkawki nocnej sen był zupełnie dobry. Badanie układu nerwowego nie wykrywało absolutnie żadnych zmian w nerwach czaszkowych; w jednym

przypadku tylko wystąpiło bardzo nieznaczne opadnięcie lewej powieki. Ciekawe było zachowanie się niektórych pacjentów w stosunku do czkawki i pewne intuicyjne manewry w celu przerywania frenoklonji. Jeden z pacjentów moich twierdził, że mu jest lepiej w cieple i robił sobie ogrzewanie jamy brzusznej i klatki piersiowej, innemu znów ulgę sprawiała samoistnie zaaplikowane zimne okłady; inny jeszcze zrobił spostrzeżenie, że przyjęcie większych ilości pokarmów i płynów przerywa paroksyzmy czkawki, innemu wreszcie czkawka ustawała podczas kaszlu, co przypominało mechanizm znanego manewru V a l s a l v y w tachykardji paroksyzmalnej, jeszcze innemu pacjentowi pomagało przyjęcie pewnej pozycji w łóżku.

Samopoczucie naogół było nienajgorsze. Zdenerwowanie ściśle odpowiadało natężeniu i częstości paroksyzmów czkawki. W jednym tylko przypadku spostrzegałem niepokój i podniecenie, które można kreślić jako patologiczne. To też przy cierpieniu w obecnej epidemii można określić jako ambulatoryjny. Większość pacjentów nie przerywała pracy i niechętnie stosowała się do rady, ażeby położyć się do łóżka, którego wpływ jednakże zawsze był pomyślny i niewątpliwie sprzyjał przerywaniu objawów frenoklonicznych.

Po przeminięciu czkawki prawie zawsze spostrzegałem objawy następne w postaci pewnej prostracji fizycznej, utrudnienia pracy, bólu głowy, rwących bólów w podudziach lub w okolicy pasa barkowego. W jednym przypadku w okresie zdrowienia wystąpiły niesłychanie uporczywe i częste zmywy nocne, których pacjent dotąd nigdy nie miał. W żadnym jednakże ze znanych mi przypadków warszawskich w epidemii obecnej sprawa nie pozostawiła śladów w układzie nerwowym ośrodkowym i nie przeszła w klasyczną śpiączkę.

Wiek pacjentów był przeważnie młody i wahał się pomiędzy 20 a 38 rokiem życia. Tylko 3 znane mi przypadki dotyczyły osobników starszych (58, 60, 61 i 85 lat), zaś jeden przypadek dotyczył 9-letniego chłopczyka. Zdumiewającą jest fakt, że wreszcie bez wyjątku obserwacje moje dotyczyły mężczyzn. Również i S i c a r d i P a r a f na zasadzie licznych spostrzeżeń swoich podczas epidemii paryskiej w 1920 r. twierdzą, że choroba ta nie zdarza się nigdy u kobiet. R i v e t na 30 przypadków własnych w tej epidemii stwierdził tylko 1 kobiecie. Co się tyczy trwania choroby, to najczęstsze w spostrzeżeniach moich były typy 2-dniowy, 4-dniowy, były jednakże i przypadki o trwaniu dłuższem: 6, 7, 8, 9 dni. Najdłuższy ze spostrzeganych przeze mnie przypadków trwał 22 dni. W rzadkich przypadkach sprawa wykazywała tendencje do nawrotów: w jednym przypadku np. po 4-dniowym trwaniu czkawki wystąpiła pauza prawie dwutygodniowa, poczem nastąpił 3-dniowy nawrót czkawki. Od nawrotów istotnych należy zdaniem moim odróżniać nawroty w r z e k o m e, kiedy po 1 lub 2 dniach subiektywnie dobrego samopoczucia sprawa chorobowa rozwija się dalej.

Co się tyczy strony epidemiologicznej, to, sądząc z materiału własnego oraz danych otrzymanych od innych kolegów, w samej Warszawie musiała przewinąć się ogromna liczba przypadków czkawki nagminnej.

Z prowincji nie posiadamy dotąd dokładnych danych, wiadomo mi jednak o większych skupieniach przypadków w niektórych miastach (K r a k ó w, B r z e ś ć). Bezpośrednia zaraźliwość cierpienia, o ile się zdaje, jest niewielka, jednakowoż już w samej Warszawie zdołałem stwierdzić tu i owdzie t. zw. „drobne ogniska zakażenia“: 7 przypadków w fabryce „Parowóz“, 2—w jednym biurze; 3—wśród tramwajarzy. R o k o w a n i e, jak dotąd jest zupełnie dobre, należy pamiętać jednakże, że podczas epidemii w Warszawie w 1921 r. stwierdzono nieliczne przypadki śmiertelne, zaś podczas epidemii paryskiej w 1920 r. C u r t o i s - S u f f i t i N e t t e r spostrzegali śmierć w przeciągu 48 godzin od początku choroby.

Przechodząc do rozpoznania różniczek o w e g o, nie mam zamiaru poruszać tu tych wszystkich postaci klinicznych, w których ujawniać się może czkawka, gdyż zaprowadziłoby to zbyt daleko i byłoby rozstrząsaniem czysto akademickiem, pragnę jednakże podnieść znaczenie praktyczne różniczkowania czkawki nagminnej z dwoma cierpieniami układu nerwowego, w których czkawka występuje może w sposób ostry. Mam tu na myśli przedewszystkiem:

zator tętnicy mózdkowej tylnej dolnej (embolia art. cerebelli inferior. posterior.), a następnie historję. W pierwszym z tych cierpień czkawka inaugurować może obraz kliniczny i stanowić jeden z najbardziej ciężkich i najbardziej uporczywych jego objawów: sprawę rozstrzyga dalszy przebieg i dołączenie objawów lateropulsji, parestezji twarzy, nieznacznych objawów piramidowych itp. Co się zaś tyczy historji, to wyłącza ją brak głośnego efektu dźwiękowego czkawki, występowanie prawie wyłącznie u mężczyzn, podniesienie ciepłoty, przyspieszenie tętna oraz t. zw. synergję paradoksalną—to znaczy propagowanie się kurczu na konstelacje mięśniowe, które w sposób synchroniczny nie mogą być unerwiane dowolnie. W jednym przypadku, w którym zaalarmowano mnie wiadomością, że od ojca chorego na czawkę nagminną zaraziła się córka, stwierdziłem u pacjentki tej klasyczną czawkę histeryczną, która powstała na tle „infekcji psychicznej” drogą suggestyjną i wzruszeniową. Rzuca to interesujące światło na epidemie czkawki opisywane przez Boerhaave’a w Haarlemie, w których ośrodkiem krystalizacyjnym mogła być czkawka nagminna, przekształcająca się szeroko drogą infekcji psychicznej na liczne przypadki czkawki histerycznej, jak to np. w średniowieczu miało miejsce z istotną płaswicą, która w sposób naśladowczy produkowała przypadki masowej historji (chorea saltans hysterica).

Co się tyczy terapii, to zalecałem różnorodne środki narkotyczne i przeciwkurczowe (chlorek wapnia, adrenalina, kokainę, belladonnę, atropinę z dodatkiem urotropiny), synapizmy i okłady na okolice nadbrzusza, nie miałem jednakże wrażenia, ażeby stosowanie tych właśnie środków przyspieszało wyleczenie, ponieważ sprawa niewątpliwie mija samoistnie. Nie widziałem również nigdy wyraźnego efektu na przebieg samych paroksyzmów przy stosowaniu licznych zalecanych przez rozmaitych autorów zabiegów mechanicznych, jak ucisk stosu paciierzowego (Nothern’a gell), ucisk kończyn górnych (Peretti), ucisk na nerw łokciowy (Pauzot), ucisk na gałki oczne (Sicard i Paraf), ucisk na przeponę przez forsowne przyginanie ud do jamy brzusznej (Jödicke), rozciąganie przełyku (Sicardi Paraf) lub żołądka (Kanngiesser), przykładanie pęcherza z lodem na okolicę epigastyczną (Elloy), bezpośredni ucisk nerwi phrenici na szyi (Leloir), wyciąganie języka (Lépine).

O lokalizacji sprawy chorobowej sędzić możemy dotąd przeważnie na zasadzie analogji z temi cierpieniami ośrodkowego układu nerwowego, w których czkawka występuje ze specjalną elektywnością przy zajęciu górnej szyjnej części rdzenia i opuszki. W istniejących dotąd nielicznych sekcjach przypadkach czkawki epide-

micznej (Ekonomo, Foix i Leclerque, Hylkema), stwierdzono w przednich i tylnych rogach rdzenia szyjnego oraz po części w opuszce zmiany zapalne, przypominające obraz patologo-anatomiczny, spostrzegany w nagminnym zapaleniu mózgu. Jednakowoż swoście paroksyzmalny, czasem rytmiczny, a zawsze spazmodyczny charakter czkawki nagminnej czyni zdaniem mojem możliwym przypuszczenie, że nie można tu całkowicie wyłączyć węzłów podkorowych i układu pozapiramidowego jako podłoża anatomicznego sprawy chorobowej.

Upřednio już opisywane były epidemie czkawki w Wiedniu (Ekonomo w końcu 1919 i w początku 1920 r.), w Berlinie (w maju 1920 r.), w Holandji Hylkema—w czerwcu 1921 r.), w Norwegji (Bentzer—w styczniu i w lutym 1921 r.), w Rzymie (Pontano i Trenti—w 1921 r.), w Manchesterze (w 1921 r.), w Szwajcarji (Gautier, Carrière—1919 i w 1920 roku), w Warszawie nieliczne przypadki w 1921 roku. Jednakże najdokładniejszą epidemiologiczną i kliniczną ocenę zawdzięczamy badaczom francuskim podczas epidemji w Wersalu (Bénard—w 1920 r.) oraz w Paryżu—1920 i 1921 r. (Dufour, Sicard i Paraf, Netter, Curtois—Suffit, Achard i Rouillard, Cl. Vincent, Rivet, Lhermitte, Logre i Heyer). Roger i Schulmann badali graficznie krzywe czkawki podczas epidemji paryskiej, nie wykryli jednakże nic swoistego w zestawieniu z innemi typami czkawki. Pontano i Trenti zastrykiwali osobnikom zdrowym krew całkowitą i przesączoną, płyn mózgowo-rdzeniowy oraz przepłuczyny jamy nosowogardzielowej—zawsze jednakowoż z wynikiem ujemnym.

Olbrzymia większość badaczy z wyjątkiem może Logrea i Heyera, którzy określają czawkę nagminną jako „grippe bénigne à forme phrenique”, uważa czawkę nagminną za postać poronną względnie ekwiwalent nagminnego zapalenia mózgu. Osobiście stoję na tem samem stanowisku. Przemawiają zatem, prócz skąpych dotąd danych patologo-anatomicznych, niektóre dane epidemiologiczne, jak występowanie czkawki nagminnej i nagminnego zapalenia mózgu w jednej rodzinie, niezmiernie skąpe występowanie śpiączki nagminnej podczas epidemji czkawki, oraz kliniczne, jak objawy bólowe o typie centralnym lub korzeniowym, spostrzegane przeze mnie minimalne objawy oczoporażne, zwiększona zawartość cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, typ ciepłoty oraz charakterystyczny dla poronnych postaci śpiączki nagminnej szereg objawów następnych. Co się tyczy stosunku do grypy, to upřednia epidemia grypy i upřednio przebyta przez osobnika grypa najprawdopodobniej uczuła tylko organizm na zarazek czkawki nagminnej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

O zaparciu nawykowym w świetle współczesnych poglądów i teoryj.

Podał

Ludwik JUSTMAN (Warszawa).

(Dokończenie).



Fig. 9.

Przeciw teorii Schmidta wypowiedziało się wielu autorów, w tej liczbie Noorden, Reiss, którzy twierdzą, że nie może być mowy o lepszym lub gorszym trawieniu drzewnika, skoro stwierdzono, że jelito ludzkie nie zawiera zaczynu trawiącego drzewnika, i że ulega on trawieniu jedynie dzięki zaczynom bakteryjnym; ubóstwo zaś bakterij w kale nie jest przyczyną, lecz raczej skutkiem zaparcia, jak to wykazał Strassburger. Następnie widzieliśmy wyżej, że podniety, pobudzające kışkę do ruchów robaczkowych, są jaknajróżnorodniejszego pochodzenia. Nie można więc sprowadzać zaparcia wyłącznie do braku podniety lokalnych, pochodzących z zawartości. Wreszcie sam Schmidt stwierdza istnienie tych podniety skoro mówi o wtórnym podrażnieniu śluzówki i spazmie. Teoria Schmidta może nam zresztą służyć, jako próba wytłomaczenia zaparcia, zlokalizowanego w kątnicy i wstępnic, jednak najzupełniej nie tłumaczy zaparcia w colon terminale. Ma ona zastosowanie do bardzo ograniczonej grupy, jaką Noorden nazywał obstipatio alimentaria. Przyczyna leży tu w bardzo daleko posuniętych ograniczeniach dietetycznych, dających w wyniku faktycznie niedostateczny materiał do tworzenia kału.

Rola nieżyty kışzek w patogenezie zaparcia. Faroy i Baumann w bardzo ciekawej pracy ustalają związek między zaparciem, a katarem śluzówki okrężnicy względnie colon intermediaire. Im bardziej powierzchowny jest katar, tym łatwiej daje on w wyniku zaburzenia układu nerwowego kışzek, dowodem czego, zdaniem autorów, jest colica membranacea. Rozróżniać należy trzy okresy tego cierpienia: okres 1) — phase myasthenique — w okresie tym przeważają objawy podrażnienia i zmęczenia, lekka atonia mięśniówki — obserwujemy to u szczupłych chorych, cierpiących od niedawna. Poprzecznicą jest opuszczona „en guirlande“, ale zgięcia są na miejscu, kolana zgięć dają się oddzielić, nie mamy więc zwicnięcia. Rysunek wypukleń jest normalny, niekiedy mało zaznaczony. Poprzecznicą odznacza się wzmocną ruchliwością, jej położenie i postać zmieniają się co chwila. Ruchy zmienne, raz — hyper, po chwili hypokinetyczne. Niekiedy spostrzegamy nieznaczne zwolnienie transportu kału; w okolicach zgięć widzimy kışkę wypełnioną gazem. Jest to okres skompensowanej atonji.

Stolce są zmienne — to papkowate, porowate z powodu nadmiaru gazów, zawierają śluz, skrob, bakterje jodofilowe, kiedyindziej sformowane, niekiedy spłaszczone, fragmentowane, jak przy zaparciu spastycznym, otoczone śluzem. Skarg chorych sprowadzają się do uczucia niecałkowitego wypróżnienia; bólów niema. Poza obrazem rentgenograficznym nie stwierdzamy obiektywnie nic (Fig. 10).



Fig. 10.

Drugi okres — kışkowonerwowy, względnie nerwowo-mięśniowy — Phase enteronévritique ou neuromyopathique — jest wynikiem wyraźniejszych zmian w śluzówce z zajęciem układu nerwowego. Tutaj odruch kompensacyjny jest wyrażony nadmiernie i ujawnia się w skurczu zwieraczy czynnościowych (forme arhythmique) lub na całej przestrzeni (forme éréthique). W postaci arytmicznej (Fig. 11)



Fig. 11.

mamy na obrazie rentgenograficznym odcinki skurczone, jasne, prawie nie zawierające masy kontrastowej, względnie o formie paciorkowatej i odcinki rozszerzone, atoniczne, dające cień wyraźny w gładkich konturach. Pierwsze z nich odpowiadają zwieraczom czynnościowym. W innych przypad-

kach obraz poprzecznicą jest nieregularny, znajduje się ona w skurczu, spostrzegamy odcinki paciorkowate, nitkowate, przerywania, w zgięciach gaz. Postać eretyczną czyli, jak określają autorzy, kışka gruba neurasteniczna (Fig. 12)

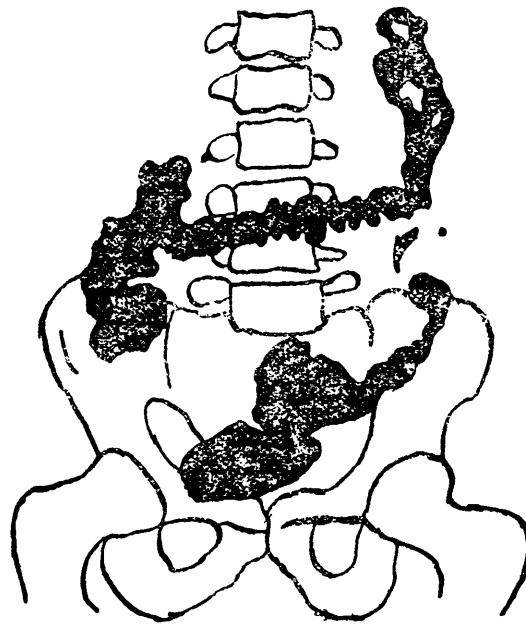


Fig. 12.

odznacza się bardzo wysokiem położeniem zgięcia śledzionowego — jest to colon en écharpe. Poprzecznicą i zstępnicą są cienkie, niekiedy nitkowate, nieregularne, cień przerywany, wstępnicą jest często rozszerzona. Palpacja pod okranem wykazuje bolesność okrężnicy, głównie okolic zgięć i zwieracza Keitha, również sploty nerwowe są bolesne przy ucisku. Chorzy skarżą się na bóle opasujące po jedzeniu w okolicy śródbrzusza, niekiedy krótkie ataki, przypominające angina abdominalis, głównie w nocy, z uczuciem strachu, wzdęciem, zatrzymaniem gazów, wymiotami. Ucisk na brzuch sprawia ulgę. Badanie żołądka mimo podobieństwa do gastralgji, zmian nie wykazuje. Wypróżnienia bywają zmienne: kał bądź twardy, pokryty śluzem, niekiedy w większych kawałkach, na zmianę z małymi spłaszczonymi, bądź znów papkowaty.

Okres trzeci to Asystolie du colon transverse (Fig. 13).



Fig. 13.

Mamy tu zupełne osłabienie mięśniówki i zanik napięcia elastycznego. Nie widzimy wcale skurczu, jako reakcji na podniety normalne. Objawy zapalne ustępują, skargi na bóle stają się mniej dotkliwe, zjawia się uporczywe zaparcie i objawy niedomogi gruczołów trawiennych i dokrewnych. W obrazie rentgenologicznym na pierwszy plan występuje rozszerzenie i wydłużenie poprzecznicą — colon dolichotransversum, mamy więc przebieg podobny do liter V, S, M, W. Zrosty utwalają zwykle okrężnicę w danym położeniu i uniemożliwiają podniesienie. Zgięcia — w przeciwieństwie do enteroptozy nie opuszczają się. Często występuje następne rozszerzenie kışki ślepej. Obraz więc zbliża się do opisanego przez Lane'a.

Lokalizacja zaparcia. Rentgenografia. Praca Faroy — Baumann'a ilustruje nam znaczenie nieżyty kışki

grubej w pochodzeniu zaparcia i wprowadza nas w dziedzinę djagnostyki topicznej, dając obraz zaparcia umiejscowiony w poprzecznicy. Poza tem zaparcie lokalizuje się również w kątnicy i wstępnicy oraz w esicy. Dzięki promieniom Roentgena rozróżniamy więc 1) opisany przez Boehma i Stierlina typus ascendens. Kaszka bizmutowa dochodzi tu do kiszki ślepej w normalnym czasie — to jest około 7 godzin; wypełnia okrężnicę do zgięcia wątrobowego lub zwieracza Keitha i zatrzymuje się tutaj bez zmian na 48 godzin i dłużej. Od czasu do czasu oddziela się od cienia małe kłęby i powoli wędrują dalej; jednak jeszcze po kilku dniach obserwujemy w miejscu schorzenia resztki bizmutu.

W czystej postaci obraz ten występuje rzadko, często obserwujemy postacie poronne. Zawsze powinniśmy się doszukiwać przyczyn, jako przyczyn; w nielicznych przypadkach, gdzie możemy całkowicie wykluczyć zrosty, spostrzegamy głównie objawy atoniczne (Coecum mobile, Typhlatoxia). W przypadkach tych, oprócz rozszerzenia i nadmiernej ruchliwości kiszki ślepej — objawów niezawsze spostrzeganych, widzimy podług Faulhabera, że cień kontrastowy nie jest jednolity; obok miejsc wyraźnie cieniowanych mamy bledsze, względnie brak cienia. Faulhaber tłumaczy to tem, że normalnie zawartość kiszki ślepej jest płynna i nowoprzybywające masy mieszają się całkowicie z dawnymi, dając cień jednolity. Przy zaparciu w Typus ascendens kał twardnieje już w kiszce ślepej, wobec czego nowonapływające, pozbawione czynnika kontrastowego masy otaczają twarde kawałki i w wyniku otrzymujemy niejednolity cień. Rysunek kiszki daje obraz atonji, wypuklenia są słabo zaznaczone; natomiast Boehm podkreśla znaczenie skurczu zwieracza Keitha i związanych z nim ruchów antyperystaltycznych (Fig. 14).



Fig. 14.

2) W opisanym przez Singera i Holzknechta zaparciu Typus descendens przeważają objawy spastyczne; w okolicy kolana odbytniczo-esowego stwierdzamy skurczową przerwę cienia; colon proximale znajduje się w stanie wzmoczonego napięcia. Schlesinger nie uważa powyższego obrazu za zasługujący na nazwę oddzielnego typu, gdyż podobne zmiany czynnościowe spostrzegamy i w poprzecznicy, najrzadziej zaś we wstępnicy (Fig. 8).

Promienie Roentgena umożliwiają nam wnioski nie tylko co do lokalizacji zaparcia, ale i co do charakteru. Podług Schwartza rozróżniamy zaparcie hypokinetyczne, odpowiadające atonicznemu, wzorem którego jest kiszka zatropinizowana (Fig. 6). Rozróżniamy tu objawy atoniczne, jako osłabienie czynności peristole, a więc kiszka nieco rozszerzona, segmentacja bardzo słaba, w kątach zgięć dużo gazu. Obok tego stwierdzamy osłabienie czynności perystaltycznej — objawy hypokinetyczne, a więc stwierdzamy, że ślup kałowy przesuwają się jako całość, bez segmentacji, nader powoli i dopiero po kilku dniach dochodzi do odbytnicy. Rzadkie i ilościowo niedostateczne wypróżnienia pozostawiają w odbytnicy przez całe tygodnie resztki bizmutu. Objawy hypokinetyczne mogą występować na całej przestrzeni kiszki grubej, lub w poszczególnych odcinkach jak np. w Typus ascendens (Fig. 8). W zaparciu spastycznym czyli hyper — lub dyskinetycznym (Fig. 9) obserwowanym częściej niż zaparcie hypokinetyczne, zawartość kiszki dochodzi do colon terminale z normalną, niekiedy przyspieszoną szybkością, co prawda niekiedy zatrzymuje się wyżej, już w końcu poprzecznicy. Na obrazie widzimy wyraźną segmentację kiszki; poprzecznicą wygląda jak sznur paciorków, okrężnica zstę-

pująca i esica są zwężone, często spostrzegamy tu przerwy skutkiem stojących fal skurczowych. Podobne skurcze obserwował też Singer przy rektoskopji. Schwartz stwierdza, że segmentacja, zwykle obserwowana dopiero w połowie poprzecznicy, tu występuje już u zgięcia wątrobowego. Po 24 godzinach spotykamy cienie kontrastowe rozsiane na całej przestrzeni kiszki grubej. Świadczy to o zaburzeniach dykinetycznych. Schwartz tłumaczy je jako wzmocnienie małych ruchów „polymophe Anordnung“, o jakim mówiłem poprzednio, skutkiem czego kał wcześniej twardnieje i przyjmuje stałą postać oraz jako nadmierny skurcz poprzecznicy i okrężnicy zstępującej, wzmoczoną antyperystaltykę i nieskoordynowaną segmentację, rozdrabniającą kłęby kałowe.

Jak widzimy, różnica między podziałem Fleinera na zaparcie atoniczne i spastyczne, a Schwartza na hypo- i hyper-, względnie dyskinetyczne polega na tem, że Fleiner daje nam pojęcie statyczne, to, co obserwujemy na obrazach rentgenologicznych. Schwartz sięga głębiej i bierze rzecz dynamicznie; obrazy, jakie obserwujemy, sprowadza do zaburzeń ruchowych, te zaś wiąże ze zmianami pobudliwości. Nie stany napięcia — spazm lub atonia, lecz zaburzenia perystaltyczne, ruchowe są dla niego ważne. Dalsza analiza tych zaburzeń i ustalenie związku ich z układem nerwowym kiszki wniesie niezawodnie dużo światła do patogenezy zaparcia nawykowego.

Zaparcie odbytnicze (Fig. 15). Specjalną formę za-



Fig. 15.

parcia stanowi zaparcie odbytnicze — obstipatio rectalis, proctostasis. Dyschezia. Kał zbiera się w normalnym czasie w kolanie odbytniczo-esowym jako gębszy polvus i tu się zatrzymuje, względnie skutkiem atonji odbytnicy wypełnia ją do zwieracza. W przeciwieństwie do atonji odbytnicy zwieracz zewnętrzny jest w stanie skurczu, często przerostu. Przyczyna tego stanu tkwi we wrodzonym lub nabytym przytępieniu wrażliwości odruchowej odbytnicy skutkiem przyczyn ogólnych (myelitis, peritonitis), względnie lokalnych. Do tych należą: nawykowe powstrzymywanie się skutkiem rodzaju pracy, lub bólów, powodowanych wypróżnieniem (przy szczelinie odbytu, skurczu, katarze odbytnicy), dalej osłabienie mięśni ściany bieżącej i kroczu np. po porodzie. Kaliber kału jest gruby, niekiedy tworzą się guzy kałowe i zachodzi potrzeba zabiegu celem usunięcia kału. Strauss opisał specjalną formę tego cierpienia pod nazwą proctostasis paradoxa. Chorzy, dotknięci tem cierpieniem, mają wypróżnienia normalne, śluzowe lub papkowate, cuchnące, skargi dyspeptyczne: brak apetytu, bóle głowy, mdłości, zapach amoniakalny z ust. W odbytnicy wyczuwamy miękki jak glina wałek wielkości pomarańczy, ruchomy, tak, że usuwa się pod naciskiem palca. Cierpienie to jest kombinacją proktostazy z wtórnym katarzem odbytnicy skutkiem podrażnienia przez zebrany kał. Usunięcie wałka usuwa cierpienie.

Niezależnie od tego proktostazę spostrzegamy, jako skutek zmian anatomicznych: nadmiernych fałd, rozszerzeń wrodzonych i nabytych, stanów zbliżonych do choroby Hirschsprunga. Zmiany te różnią się zasadniczo od czynnościowego zaparcia nawykowego, podkreślę tylko, iż są częstsze, niż to wywnioskować można z poczynionych spostrzeżeń.

Symptomatyka zaparcia. Przejdziemy obecnie do symptomatyki zaparcia. Czynnościowy charakter cierpienia tłumaczy nam, dlaczego na pierwszy plan wysuwają się liczne i najróżnorodniejsze skargi subiektywne. Chorzy skarżą się

na zbyt rzadkie, niedostateczne, a przy proktostazie również utrudnione lub bolesne wypróżnienie. Skargi na bóle ostre, tak zwane kolki, spotykamy przy zaparciu spastycznym, niekiedy jako klucie w boku, nasuwające przypuszczenie kataru opłucny. Bóle te związane są ze wzmożoną perystaltyką, jednak pochodzenie ich, jak wogóle kwestia powstawania bólów w jamie brzusznej, jest jeszcze dalekie od wyjaśnienia. Specjalną postacią tych bólów jest colica mucosa: ataki bólów w lewym podbrzuszu powiązane z wydzielaniem śluzu w postaci błon lub rurek skręconych, dających odlew kiszki. Zwykle atak poprzedza kilkakrotne wydzielanie urywkowe spastycznego kału, zakańcza się zaś wypróżnieniem większych ilości takiegoż kału.

Przy zaparciu spastycznym spostrzegamy często również bóle tępe, przy atonicznym nader rzadko. Oprócz bólów mamy zwykle skargi dyspeptyczne — brak apetytu, niesmak, wzdęcia, utrudnienie oddechu, ucisk i najróżnorodniejsze objawy neurasteniczne: bezsenność, zdenerwowanie, niezdolność do koncentracji myślowej, zaburzenia obiegu krwi; arytmje, przyływy do głowy, tachycardia, jak ją opisuje Hoffman, białkomocz. Kuttner opisuje niekiedy niepokojący spadek wagi u młodych dziewcząt i wtórne zaburzenia tarczycy i innych gruczołów dokrewnych przy zaparciu; niekiedy występują zmiany psychiczne. Wszystkie te objawy rozpatrywać można zarówno jako skutek, jak i przyczynę zaparcia. Przeważnie są to objawy współzależne, zaburzenia korelacji w życiu roślinnym ustroju *).

Badanie obiektywne dzięki metodzie H a u s m a n n a pozwala nam wyczuć przy pomocy palpacji ten lub inny odcinek kiszki grubej, nie daje jednak stałych obrazów. Jakkolwiek badanie promieniami Roentgena daje nam o wiele lepsze wyniki, to jednak są to tylko dorywcze obrazy, z których nie zawsze można wykonstruować wnioski ostateczne o działaniu kiszek. O postaci kału mówiłem poprzednio.

Co się tyczy skutków zaparcia to, z wyjątkiem guzów kałowych, trudno je ustalić. Niewiadomo np. do jakiego stopnia guzy krwawnicowe (hemoroidy) można uważać za skutek zaparcia.

Dane statystyczne. Dla łatwo zrozumiałych przyczyn brak nam danych statystycznych co do częstości zaparcia nawykowego. Bezwarunkowo jest to cierpienie nader rozpowszechnione. Nie zawsze sprawia ono dolegliwości: R e j c h m a n n opisał przypadki, gdzie przy jaknajlepszym samopoczuciu wypróżnienie zjawiało się raz na 2—3 tygodnie; w przypadku, opisanym przezmennie, co 4 tygodnie, w przypadku Gerla i Jonesa nawet raz do roku. Co do udziału płci, przeważają kobiety. A s c h widzi w zaparciu częstą przyczynę lub skutek zachorzeń ginekologicznych. Masy kałowe przy zaparciu odbytnicowym wypychają szyjkę macicy ku przodowi, co usposabia do retroversio uteri. Silne parcie przy utrudnionem wypróżnieniu wywołuje przekrwienie i zastoinę, co pociąga za sobą zaburzenia menstrualne i katary. Wreszcie katary odbytnicy mogą się przenosić na organa rodne, szczególniej osłabione skutkiem porodów, opuszczeń i t. p. Z drugiej strony większa przestronność miednicy u kobiet i fakt, że przed odbytnicą mieszczą się organa miękkie i przesuwalne, powoduje, że wypełnienie odbytnicy masami kałowymi nie jest tak dotkliwie odczuwane, jak u mężczyzn. Szczególniej po porodzie osłabienie elastyczności więzów i mięśni daje obraz obstipatio myogenita. Przy pęknięciach krocza występuje rectocoele; parcie wywołuje opuszczenie

*) Wspomnę tu o teorii intoksykacyjnej B o u c h a r d a. Podług niego i innych francuskich autorów objawy powyższe są skutkiem dalszego rozkładu zatrzymanej zawartości kiszek i zatrucia organizmu przez powstające stąd anormalne produkty. R o u x rozróżnia constipation coecale, przy którym obserwujemy owe objawy samozatrucia; rezekcja kiszki usuwa je, nawet nie usuwając zaparcia. Natomiast constipation gauche nie daje objawów samozatrucia, gdyż przy lewostronnem zaparciu mamy kał już sformowany, procesy gnicia i fermentacji sprowadzają się prawie do zera, nie mamy więc owych patologicznych produktów. Chiray opisuje przy constipation droite objawy niedomogi wątroby, a więc dużą i bolesną wątrobę, wzmożenie indoksyłu i kwasów glikuronowych w moczu. Autorowie niemieccy za wyjątkiem A l b u wypowiedzią się przeciw teorii B o u c h a r d a i większą wagę przypisują nerwicom, jako tłu do powstawania zaparcia i towarzyszących mu objawów.

organów rodnych, ucisk na pęcherz, a dolegliwości, z tem związane, skłaniają kobiety do wstrzymywania się od wypróżnień. Oprócz tych przyczyn mechanicznych, znacznie większą niż u mężczyzn odgrywa rolę u kobiet pruderja, której kobieta tem łatwiej folguje, że potrzeba wypróżnienia objawia się u niej słabiej. Pewną rolę gra również przedmenstruacyjna polyuria, powodująca wysychanie kału. Brak ruchu, słaby rozwój muskulatury, djeta, przyzwyczajenie do środków czyszczących i wreszcie mniej odporny ustrój nerwowy a więc ułatwione bierne przystosowanie się psychiczne, są również niezmiernie ważnymi przyczynami częstszego zaparcia u kobiet.

Co do wieku, w jakim zjawia się zaparcie, ciekawe są dane T h a y s e n a oparte na materiale 200 kobiet i 175 mężczyzn

w wieku od—do

	1—10	11—15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46
% kobiet	31,5	11,5	26,5	16,0	3,5	3,5	3,0	3,0	1,5
% mężcz.	13,1	8,0	29,1	22,3	14,9	6,3	1,7	2,3	2,3
% ogólny	22,9	9,8	27,7	19,	8,8	4,8	2,4	2,6	1,9

Z danych statystycznych tych wynika:

1) Zaparcie nawykowe jest cierpieniem rozpoczynającym się przeważnie w pierwszym 25-leciu. Z tego wyciągamy wniosek, że zwykle przytaczane przyczyny zaparcia, a więc siedzący tryb życia, nieodpowiednia djeta, osłabienie mięśniowe, nie mogą grać w etiologii zaparcia roli przeważającej. Również psychozy i stany neurasteniczne występują przeważnie w wieku dojrzałym, a rzadko kiedy przed okresem dojrzewania płciowego, — tymczasem w pierwszym dziesięcioleciu mamy 22,9% ogólnej ilości zaparcia. Musimy więc doszukiwać się przyczyny w ustroju danego osobnika i widzieć w zaparciu cierpienie ustrojowe.

2) Drugi wierzchołek krzywej spostrzegamy między 16, a 25 rokiem; u mężczyzn sięga on nieco później, niż u kobiet. Zmiana trybu życia w tym okresie u dziewcząt jest niewielka, przynajmniej przed okresem zamążpójścia, które w Danii, kraju bardzo uprzemysłowionym, nie przypada chyba przeciętnie przed 20 rokiem, nie daje więc nam żadnych wyjaśnień co do okresu od 16—20 roku. Tryb życia chłopów zmienia się niezawodnie, ale raczej w kierunku przeciwdziałającym zaparciu. Natomiast jest to okres dojrzewania płciowego. W okresie tym ustala się konstytucja osobnika, współdziałanie gruczołów dokrewnych, wpływ ich na wegetacyjny układ nerwowy, ujawniają się braki ustrojowe. Zwolennicy zależności zaparcia od enteroptozy wskazują na rozszerzenie miednicy w tym okresie i działanie gorsetu u kobiet — jednak nie tłumaczy to wcale, dlaczego stwierdzamy tak wielką odsetkę zaparcia u mężczyzn w tym okresie.

3) Gwałtowny spadek procentowy u kobiet po tym okresie znacznie ogranicza rolę porodu i ciąży w genezie zaparcia. Statystyka ta świadczy również przeciw teorii S c h m i d t a, gdyż, skoro zaparcie ma polegać na nadmiernem trawieniu drzewnika, nie zrozumielibyśmy tak znacznej odsetki zaparcia u dzieci do lat 10, w odżywianiu których pokarmy, zawierające drzewnik, nie grają wybitnej roli.

Przewagę kobiet tłumaczy T h a y s e n tem, że ustrój nerwowomięśniowy przewodu pokarmowego u kobiet jest bardziej skłonny do atonii, tak że przyczyny zewnętrzne znajdują lepszy teren we właściwościach ustroju. U mężczyzn przyczyny te oddziaływać muszą mocniej i dłużej, dlatego też nie mamy tak wyraźnego spadku krzywej po 25 roku.

Zaparcie i enteroptoza. Kilka słów o stosunku enteroptozy do zaparcia. Podczas gdy R o v s i n g, P a y r i A l b u widzą w enteroptozie przyczynę zaparcia, T h a y s e n przeciwnie temu; przyłącza się do niego J o r d a n, który obserwował enteroptozę u zupełnie zdrowych sportowców. W obrazie enteroptozy musimy jednak uwzględnić, obok czynników mechanicznych, czynniki nerwowe.

O ile odrzucić można mechaniczne czynniki enteroptozy, jako przyczyny zaparcia, to na znacznie większą wagę zasługują czynniki nerwowe. Enteroptozę rozpatrywać winniśmy jako właściwą ustrojowi hypotonję tkanek. Czy wraz z B i e r e m podkreślić słabość tkanki łącznej, czy podług P a y r a włókien elastycznych i mięśniowych, nie ulega wątpliwości, że niedomoga układu nerwowego gra

w obrazie choroby Glenarda—Stillera rolę bardzo wybitną. Zaburzenia układu wegetacyjnego i czynności gruczołów dokrewnych są temi czynnikami w enteroptozie, które mogą powodować zaparcie. Nie należy ich jednak uważać za skutek zmian anatomicznych, lecz jedynie czynnościowych, jak to czyni Z weig, który uważa enteroptozę za nerwicę depresyjną. Przypomnę tu znowu, że Heyer drogą sugestji i hipnozy usuwa zaparcie i podnosi opuszczone jelita.

Leczenie. Co do leczenia, to większość autorów: Strauss, Müller, Alexander, Schmidt, z pewnością zastrzeżeniami również i Fleiner wypowiadają się przeciw stosowaniu środków czyszczących. Środki te są wyraźnie przeciwskazane w zaparciu dyskinetycznym, zaś w stanach hypotonicznych stanowią zawsze nieobliczalny w swych skutkach czynnik, nie oddziaływający przyzwoicie, a na dłuższą metę stosowany, jeszcze bardziej przytępiający i tak już przytępioną pobudliwość kiszki. Jedynie Noorden uważa stosowanie dawek minimalnych i to w ilościach coraz mniejszych, za wskazane. Uważa on to za ćwiczenie aparatu neuromięśniowego kiszki, ułatwiające przyzwyczajenie do codziennych wypróżnień. Niestety, przeważnie nie można się obejść zupełnie bez środków czyszczących. Przeważnie stosowana jest grupa antachinonowa, a więc Sennes, Rheum, Cascara, Frangula, Aloes, względnie siarka — środki te oddziałują wyłącznie na kiszkę grubą. Preparaty phenolphthaleinowe, w tej liczbie i drastyna, przy dłuższym użyciu wpływają ujemnie na nerki. Wody i sole mineralne pobudzają perystaltykę już w jelitach cienkich, czem utrudniają wysysanie — tem tłumaczy się działanie odłuszczone Karlsbadu i Marienbadu. W jelitach grubych powodują zwiększone napełnienie kiszki, ale, jak to wykazał Hirsch, jednocześnie osłabiają stan napięcia ścianek. Ta właściwość ich może wywołać tak zwane zaparcie paradokalne, mimo papkowatej postaci kału. Kalomel i ryцина wogóle nie nadają się do dłuższego stosowania.

Schmidt, zastępując jakoby nadmierne trawiony drzewnik, wprowadził do terapii regulinę. Składała się ona poprzednio tylko z agar-agar, hemicellulozy nieulegającej wysysaniu i łatwo pęczniejącej. Agar-agar ma służyć jako balast, powiększający nadmierne zredukowaną ilość kału i rozmiękczać ją. Następnie Schmidt dodał do reguliny cascara sagrada, tak że właściwie regulina nie różni się obecnie od innych środków przeczyszczających. Zaznaczam jednak, że regulina, wyrabiana u nas w kraju pod nazwą emolliny, dawała mnie nieraz bardzo dobre wyniki. Na tej samej zasadzie balastu opiera się działanie parafiny, zalecanej przez Z weig'a przy zaparciu typus ascendens.

Znacznie więcej na miano leczenia przyczynowego zasługuje stosowanie alkaloidów i hormonów. Pilokarpina ze względu na objawy poboczne nie bywa stosowaną wcale, adrenalina z tych samych względów i ze względu na słabe działanie; szeroko natomiast stosowaną jest atropina, względnie extr. belladonnae. Że w praktyce zawsze prawie musimy liczyć się ze spazmami, dodaję je zawsze do mieszanek przeciwbstrukcyjnych, normując dawkę stosownie do objawów. Stosowanie hormonów ogólnych i lokalnych: choliny, hormonalu — jest jeszcze zbyt mało poznane i zbyt związane z objawami ubocznymi, niekiedy groźnymi, by mogły być już szerzej stosowane, — niewątpliwie jednak w przyszłości będą one mogły odgrywać znaczną rolę. Tam, gdzie zaparcie jest jednym z objawów cierpienia gruczołu dokrewnego — np. przy niedomodze tarczycy, in climacterio — podawanie odpowiedniego hormonu daje nader dobre wyniki. Singer, Hayem i Chauffart widzieli wzmoczoną perystaltykę poprzecznicę i zstępnicę po lewatywie żółciowej i zalecają ten zabieg terapeutyczny.

Niezależnie od środków czyszczących stosujemy szeroko nervina, a więc brom, walcjane, luminal, wapien oraz środki ogólnie wzmacniające, co jest zrozumiałe ze względu na nerwowy charakter cierpienia. Jednak zasadniczo powinniśmy stanąć na stanowisku, że farmakoterapia może grać przy leczeniu zaparcia tylko rolę drugorzędną i stanowi raczej *malum necessarium*, niż czynnik niezbędny w leczeniu. O wiele większą rolę gra psychoterapia. Szklanka zimnej wody, lemoniady, owoce surowe lub gotowane, cygaro — wszystko, to podawane naczem, dać często bardzo dobre wyniki. Tłumaczyć to możemy podług Besta odruchowym podrażnieniem perystaltyki ze śluzówki żołądka, a głównie dwunastnicy — ale odruch taki spocząty tylko przy nie zrównoważonym układzie nerwo-

wym, i nie należy wątpić, że czynnik psychiczny ma tu znaczenie przeważające. Od tych najprostszych środków sugestyjnych do hipnozy mamy masę środków działających mniej lub więcej sugestyjnie: wyjazd, zmiana zajęcia i warunków życia, również większość zabiegów fizykalnych — elektryzacja, masaż, gimnastyka, wodolecznictwo należą do środków psychoterapeutycznych. Dają one niekiedy dobre wyniki całkowicie nieuzasadnione, jak i zawodzą w innych przypadkach.

Stosowanie lewatyw na zasadzie doświadczenia, jakie dają nam obrazy rentgenograficzne, właściwie powinno być przeciwwskazane; wiemy bowiem, że po lewatywie występuje zupełna atonia kiszki. O ile więc jednorazowe zastosowanie lewatywy z wody, rumianku lub oliwy celem wypłukania względnie rozmięczenia nadmiernych mas kałowych jest zrozumiałe, o tyle stałe stosowanie lewatyw nie ma żadnych podstaw. Lewatywy z domieszką środków drażniących: mydła, sody, soli, przytępiają wrażliwość odbytnicy na podniety normalne i usposabiają do proktostazy. Lepiej działając podniety termiczne przez zastosowanie zimnej wody. Wysokie lewatywy wogóle nie mają racji bytu, gdyż i normalna lewatywa dochodzi do zastawki Bauhina.

O terapii fizykalnej mówiłem już wyżej. Tu dodam, że wystarczy sobie uprzytomnić, jak zmienna jest topografia kiszki grubej, aby zrozumieć, że o specjalnym masażu mówić trudno.

Czynnik psychiczny odgrywa znaczną rolę również w djetoterapii i mam wrażenie, że nie ten lub inny plan djetetyczny, a raczej raptowna zmiana w warunkach odżywiania jest kwestją zasadniczej wagi. Zależnie od poglądu autorów na genezę zaparcia, wskazania djetetyczne różnią się nadzwyczaj od siebie. Fleiner, zdaje się, nie przypisuje djetetycznego znaczenia, gdyż w ostatniej swojej monografii wogóle nie wspomina o leczeniu djetetycznym. Rosenfeld, uważając skurcz za punkt wyjścia dla zaparcia, zaleca możliwie łagodną, niedrażniącą djetę. Na tem samem stanowisku stoi Schmidt, gdyż zdaniem jego drzewnik nawet wprowadzony w wielkiej ilości również ulega trawieniu, a nadmiar jego przytępią pobudliwość ścianek, względnie drażniąc je nadmierne, powoduje niestrawność i niezżyty. Zaleca on djetę małodrażniącą, dodając agar-agar, jako balast, i większą ilość płynu, aby przeciwdziałać wysychaniu kału. Strauss zaleca przy obstipatio torpida djetę cięższą, zawierającą drzewnik i to mniej zmieloną — jednak każe się liczyć z objawami podrażnienia, względem i niezżytem. Radzi również ograniczyć mięso. Najradzykalniejszy jest Noorden. Zaleca on łagodną djetę tylko w wyraźnych stanach spazmofilji, w początku leczenia. Po ustąpieniu objawów skurczowych stosuje on, jak mówi, jedyny fizjologiczny bodziec perystaltyki — odpowiednią djetę. Jest to „Belastungskost“ — djetę obciążającą, dzięki większym ilościom drzewnika silnie pobudzającą aparat nerwowo-mięśniowy kiszki. Daje ona dobre wyniki przy obstipatio alimentaris, gdzie pobudliwość splotu Auerbacha jest normalna i tylko zbyt wyszukana, tak zwana „lekka“ djetę nie daje dostatecznej podniety, a skurcze są wtórnym wynikiem podrażnienia przez kał zeschnięty. Djetę taką uważa Noorden za wskazaną i w Colica mucosa. Ale i w tak zwanem przez niego pierwotnem zaparciu hypoperystaltycznem jest wskazana djetę obciążająca. Nie jest tu ona leceniem przyczynowem, lecz wzmagając podniety, ćwiczy aparat nerwowo-mięśniowy kiszki i tem samem zwiększa jego pobudliwość. Zastrzega się Noorden, aby nie ujmować sprawy mechanicznie, jak to czynili dawni autorowie, którzy dawali opiłki drzewne, a nawet piasek — nie idzie tu o grubsze zmielenie drzewnika, i w związku z tem o większe podrażnienie mechaniczne, lecz jedynie o podniety, jaką stanowi drzewnik dzięki zdolności do pęcznienia. Przeciwwskazana jest do pewnego stopnia djetę ta przy obstipatio typus ascendens, gdzie może dać nadmierne podrażnienie, a w innych formach tak długo, póki wyraźnie przeważają objawy spastyczne.

Ostatnio, dzięki pracom autorów francuskich i głównie L a n e a, powstała kwestja leczenia chirurgicznego zaparcia nawykowego. Co do operacji utrwalających — Colopexiae, — to zabiegi te przeważnie nie dają oczekiwanych wyników. Bardziej obiecujące jest stosowanie połączeń drogą coecotransverso i coecosigmoidostomii. L e f e b v r e widzi w niej dren dla prawej okrężnicy. Stwarza ona jakoby drogę zapasową, którą odchodzi nadmiar zawartości, pozostawiając jednocześnie okrężnicę jej czynności trawiennej. Najra-

dykalniejszym jest Lane, propagując rezekeję prawie całej okrężnicy. Szenkier opisał 3 przypadki, wyleczone tą metodą. Jednak uwzględniając niebezpieczeństwo zabiegu, a i wogóle, że tak powiem, brak uzasadnienia fizjologicznego do leczenia chirurgicznego w czynnościowym zaparciu na wykwodem, należy traktować sprawę chirurgicznego leczenia zaparcia z wielką rezerwą.

Przy leczeniu proktostazy leczenie dietetyczne ustępuje na plan dalszy. Tutaj przede wszystkim powinniśmy usunąć przyczyny miejscowe, a więc skurcz zwieraczy. O ile przyczyn miejscowych nie ma, stosujemy środki mechaniczne, a więc rozszerzacze w postaci balonu, względnie bardzo dużych czopków z 20 gr. masła kakaowego, zwykłe czopki glicerynowe, ławatywy z wody solarskiej podług Schmidta, z dodatkami żółci podług Singera, oliwy, parafiny lub rumianku. W pierwszym rzędzie i tu trzeba uwzględnić czynnik psychoterapeutyczny, zalecając liczenie się z każdym nawet najślabszym uczuciem potrzeby wypróżnienia, względnie zalecając, aby chory o określonej godzinie udawał się do klozetu i próbował oddać stolec.

Rysunki.

Fig. 1. Schemat кишки grubej. Liczby oznaczają czas w jaki pokarm spożyty dochodzi do oznaczonych miejsc. K—zwieracz Keitha.

Fig. 2. Kiszka gruba po ławatywie w stanie atonji (por. Fig. 6).

Fig. 3—5. Schemat małych ruchów okrężnicy podług Bergmanna i Katscha.

Fig. 3. Schemat fali wypukleń.

Fig. 4. Ustawienie wypukleń jednolite.

Fig. 5. Ustawienie wypukleń zmienne.

Fig. 6. Kiszka gruba pod działaniem atropiny.

Fig. 7. Kiszka gruba pod działaniem pilokarpiny.

Fig. 8. Zaparcie atoniczne. Atonia wstępniczy i poprzeczniczy. Skurcz zstępny i esicy (po czerwonce). Podług Fleinera, 24 godziny post. caenam.

Fig. 9. Zaparcie skurczowe. Zawartość podzielona na

całej przestrzeni. Podział na kłęby zachowany aż do odbytnicy. G—gazy. Podług Schlesingera, 45 godz. p. c.

Fig. 10—13. Nieżyt poprzeczniczy (podług Farrow i Baumanna).

Fig. 10. Okres I niedomogi mięśniowej (Phase myasthenique).

Fig. 11. Okres II neuromięśniowy, forma arytmiczna. (Phase neuromyopathique, forme arhythmique). Odcinki spastyczne obok atonicznych.

Odcinki spastyczne obok atonicznych.

Fig. 12. Okres II forma cetyczna (Forme éréthique).

Fig. 13. Okres III. Bezwład (Asystolie). Dolichotransversum.

Fig. 14. Zaparcie zlokalizowane we wstępniczy (Typus ascendens. Różnice cieniowania. Podług Faulhabera, 44 godz. p. c.

Fig. 15. Zaparcie odbytnicowe (Obstipatio proctogenes). Antyperistaltyka sięgająca do kątnicy. (Retropulsio). Podług Fleinera, 24 godz. p. c.

Sprostowanie błędów zauważonych w pierwszej części pracy powyższej w poprzednim numerze „Czasopisma“:

str	kol	wiersz:	wydrukowano:	powinno być:
431	I	16 od dołu	opanowaniem	opuszczeniem
„	II	5 od góry	pracę	prasę
„	II	24 od góry	po „wypróżnieniu“	opuszczono (Fig. 1)
„	II	36 od góry	po „ławatywy“	opuszczono (Fig. 2)
„	II	37 od góry	Fig. 4	Fig. 6
„	II	6 od dołu	lug	lub
432	I	26 od góry	Fig. 1—3	Fig. 3—5
433	I	19 od góry	każdy mpunkcie	każdym punkcie
„	I	37 od góry	Fig. 5	Fig. 7
„	I	39 od góry	Fig. 4	Fig. 6
„	II	21 od góry	podniety	podniety
„	II	13 od dołu	Fig. 6	Fig. 8
434	I	38 od góry	typhlitis	typhlitis
„	II	3 od góry	Fig. 7	Fig. 9
„	II	9 od góry	po „staje“	opuszczono „się“
„	II	33 od góry	vaginismuss	vaginismus

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

Johannes FIBIGER. O rakach wywołanych przez spiroptera oraz przez inne pasorzyty zwierzęce. (Congrès du Cancer, Strasbourg, 23—24 Juillet 1923).

Teoria pasorzytnicza pochodzenia nowotworów posiada cały szereg obserwacji, popierających jej założenie. Halland znalazł w tkance podskórnej starych myszy, żyjących w tych samych warunkach, co i myszy rakowate, obłecia. Wasielewski stwierdził w brodawczakach żołądka gołębi obecność gatunku Disphragus. Fibiger i Loewenstein obserwowali powstawanie brodawczaków pęcherza moczowego u szczurów, zakażonych gatunkiem Trichodes. Beatti widział ten sam nowotwór w żołądku szczurów zakażonych gatunkiem Trichuris. Ewing stwierdził niejednokrotnie włósnice w rakach języka. Dużą też rolę przypisuje się w etiologii nowotworów przywrom (Trematodes). Dość wspomnieć o ścisłym związku, jaki zachodzi między rakami pęcherza a bilharziami, jak również między pierwotnymi nowotworami wątroby (gruczolaki, raki) a fasciolą hepaticą, opisthorchis felinum, clonorchis sinensis i schistosomum japonicum. Najbardziej jednak ważkich dowodów dostarczyły dopiero badania eksperymentalne, w pierwszym rzędzie Fibigera oraz Bullocka i Curtisa. Ostatni w 1921 roku, opierając się na opisanym w 1906 r. przez Borela przypadku mięsaka pierwotnego wątroby u szczura z wągrem taenia crassicolis, wywołali u 210 szczurów drogą karmienia ich jajami tego tasiecmia typowe mięsaki pierwotne wątroby. Fibiger i Borel opisał w roku 1907 specjalnego pasorzyta pod nazwą spiroptera neoplasmatica s. gongylonema neoplasmaticum. Żyje on w nabłonku jamy ustnej, przełyku oraz wpustu żołądka u szczurów. Dostaje się on tam po spożyciu karaluchów, które są jego gospodarzem pośrednim.

Pasorzyty te wywołują 2 typy nowotworów: łagodne

brodawczaki, dochodzące czasami do olbrzymich rozmiarów, oraz typowe raki, rosnące naciekająco, dające przerzuty do płuc i dające się przeszczepić. Te drugie spotykał Fibiger tylko w żołądku oraz języku. Heterotopia nabłonka nie jest koniecznym początkowym okresem w rozwijaniu się raków, powstawa one mogą tylko z nabłonka hyperplastycznego. Przytem początek ich jest zawsze jedno—lub kilkocokomórkowy oraz wielogniskowy, w przeciwieństwie do wielogniskowego i wielocokomórkowego początku raków smołowcowych. Nowotwory swe Fibiger otrzymał nie tylko u szczurów, ale też i u białych myszy.

Te badania doświadczalne oraz fakt częstego powstawania raków pęcherza moczowego u ludzi z bilharziami dostatecznie chyba dowodzi, że pasorzyty i nowotwory nie znajdują się względem siebie w stosunku prostej koincydencji.

Przemawia za tem przypadek Eikena, który opisał u szczura wystąpienie 2 różnych nowotworów, wywołanych przez 2 odrębne pasorzyty (mięsak i cysticercus, rak i spiroptera). Zresztą Smithowi udawało się otrzymywać nowotwory u roślin przez bacillus tumefaciens. Mechanizm działania pasorzytów nie jest jasny. M. Borrel uważa, że są one tylko niejako przewodnikiem zarazka niezanego. Fibiger jednak sądzi, że chodzi tutaj o działanie pewnych substancji toksycznych, produkowanych przez robaki. Wskazuje na to pewna swoistość działania spiroptera w porównaniu z pokrewnym gatunkiem Trichosoma, który u szczurów nigdy nowotworów nie wywołuje. Działanie nowotworowe w korzeniach roślin Heterodora radicola umożliwione jest, zdaniem Eriksa Smitha, dzięki całkowitemu zanurzeniu tego obłecia w tkankach korzenia, przez co substancje, produkowane przez organy wydzielnicze tego pasorzyta, mogą swoiście zadziałać na roślinę. W obserwacji bowiem Cobb'a pokrewny gatunek do Heterodora nie wywołuje nowotworów, gdyż jest zanurzony tylko główką w korzeniu rośliny, pozbaionej narządów wydzielniczych. Za hi-

potezę F i b i g e r a przemawia wyżej podany przypadek E i k e n a oraz miejscowa eozytofilia tkank.

Badania doświadczalne sprecyzowały różne formy usposobienia nowotworowego. Występowanie różnego rodzaju nowotworów ilustruje dostatecznie u szczurów istnienie usposobienia indywidualnego. Fakt, że B r u m p t o w i w P a r y ż u oraz S c h m i t - J e n s e n o w i w Kopenhadze nie udało się wywołać mięsaków u szczurów, które tak łatwo wywołali B u l l o c k i C u r t i s w Ameryce, przemawia za usposobieniem gatunkowym. Niemożność wywołania raków smołowcowych u szczurów i świnek morskich należy w tenże sam sposób pojmować. Istnieją również obserwacje, dotyczące usposobienia narządów. F i b i g e r nigdy w swoich doświadczeniach nie widział raków przełyku. I s h i b a s h i i O h t a n i wywoływali brodawczaki żołądka u królików przez zastrzykiwanie smoły w ścianę żołądka — tegoż samego efektu nie mogli otrzymać w jelitach.

W sprawie usposobienia tkankowego wiemy tylko, że pewne tkanki reagują na określone podniety jednym typem przekształcenia nowotworowego. Istnieją jednak liczne dość wyjątki od tej zasady. Dość wspomnieć, że znane są przypadki mięsaków pęcherza moczowego przy bilharzja oraz mięsaki smołowcowe. (Y a m a g i w a i I t c h i k a w a, L i p s c h ü t z i D e e l m a n, R u s s e l, L e i t s c h). Wszystkie doświadczenia dotychczasowe przemawiają za tem, że etiologia nowotworów nie jest sprawą jednolitą, lecz raczej złożoną. F i b i g e r uważa, że czynników wywołujących istnieje bardzo dużo, i to o charakterze zupełnie odrębnym. Na podstawie dzisiejszego stanu nauki zaliczyć do nich należy: czynnik pasorzytniczy oraz drażnienie smołą.

Również bakteriologiczne bodźce należą do tej kategorii. Wskazuje na to częste dość występowanie raków u ludzi z wilkiem, raków języka u luteyków oraz nowotwory roślin, wywołane przez bacillus tumefaciens (S m i t h).

Zresztą, mnożą się obserwacje, dotyczące guzów, które histo-patologicznie dają obraz typowy bujania nowotworowego, w przebiegu jednak klinicznym uderza w nich jakby charakter zakaźny. Tu należą mięsaki u kur, opisane przez P e y t o n R o u x, oraz guzy okolicy kości sitowej i oczodołu u krów i koni, obserwowane w Szwecji i Norwegii (M a g n u s s o n, S t e e n s t r ö m, S t e n e r s e n, H e n s c h e n). Czynnikiem zapalnym odmawia F i b i g e r, przynajmniej w swoich doświadczeniach, znaczenia. Nie spostrzegł bowiem żadnej współmierności pomiędzy stanem zapalnym i nasileniem przekształcenia nowotworowego.

J. L a s k o w s k i.

K. I T C H I K A W A i S. M. B A U M. Wywoływanie doświadczalne raków u królików francuskich za pomocą smoły. (Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer, Tome XII, Nr. 9, str. 686).

Według zdania autorów europejskich królik nie jest tak dobrym materiałem doświadczalnym, jak mysz, która w większym odsetku przypadków daje wyniki dodatnie przy wywoływaniu raków smołowcowych. Przeciwnego zdania są autorzy — robiąc bowiem swe doświadczenia na królikach francuskich, otrzymali po 80 dniach w 91% raki rozwinięte całkowicie, a w 96% nabłoniaki mieszkowe. Uderzająca szybkość i łatwość wywołania nowotworów jest więc widocznie ściśle związana z następującą techniką, podaną przez autorów.

- 1) Należy smarować smołą wewnętrzną powierzchnię ucha możliwie na szerokiej przestrzeni. Niebezpieczne dla zwierząt początkowe zatrucie jest konieczne, jak to podkreślają specjalnie autorzy, do powstawania w przyszłości raka.
- 2) Częstość smarowania smołą nie może przekraczać 2—3 razy na tydzień. Przed każdym smarowaniem należy zdjąć warstwę zeschniętej smoły.
- 3) Wszystkie te zabiegi należy stosować aż do zjawienia się nowotworu (około 10 tygodni). W tym momencie można się ograniczyć do smarowania samego guza i jego otoczenia.
- 4) W celu przyspieszenia przekształcenia rakowego można podawać królikom w pokarmach: 10 gr. bezwodnej lano-liny, lub 0,5 cm³ sol. 2% Kalii arsenicosi.
- 5) Zdaje się, że króliki ciemne są podatniejszym materiałem od jasnych.

J. L a s k o w s k i.

P. M E N E T R I E R, A. P E Y R O N, J. S U R M O N T. W sprawie odczynów limfo-łącznotkankowych w doświadczalnym nabłonkowcu smołowcowym. (Bulletin de L'association Française pour L'Etude du Cancer, Tome XII, Nr. 3, 1923).

Autorzy, wywołując raki smołowcowe u królików i myszy, zauważyli, iż odczyn ze strony tkanki łącznej skóry jest znacznie więcej wyrażony u myszy. Stwierdzili tam bardzo znaczne nagromadzenie się komórek tłuszcznych oraz komórek wędrujących w spoczynku M a x i m o w a (=klazmatocyty R a n v i e r a). Te ostatnie wykazywały w otoczeniu nowotworu, ulegającego zwyrodnieniu, po kilka jąder i dochodziły do dużych rozmiarów. Różnica więc w porównaniu ze skórą normalną myszy jest tylko ilościowa. Obrazów tych nie spotyka się jeszcze po 15 godzinach od chwili zastrzyknięcia podskórnie smoły, z drugiej strony odczyn ten autorzy stwierdzili przed zjawieniem się nowotworu. Wnoszą więc, że zjawienie się powyżej opisanych komórek w zwiększonej liczbie nie zależy bezpośrednio od smoły, ani też od zadzia-lania komórek rakowych, lecz tylko od przewlekłego stanu podrażnienia oraz przypadkowych infekcji.

J. L a s k o w s k i.

P R I B R A M. Zapalenie otrzewny u niemowląt i u ludzi starszych w związku z różną zdolnością otrzewny do wchłaniania zależnie od wieku. (Zbl. f. Chir. Nr. 36, 1924).

Przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci jest wyjątkowo łagodny, nie pozostawiający żadnych namacalnych śladów przebytego wysięku. Chcąc uprzytomnić sobie, czy ta zdolność otrzewny do wchłaniania osłabia się z wiekiem, autor dokonał szeregu badań na królikach, którym wstrzyknął do jamy otrzewny 1% roztworu kali jodatu z określeniem czasu, kiedy cała zawartość jodu została wydzielona i w ten sposób zakończony okres wchłaniania. Okazało się, że u młodych królików wydzielanie się jodu zostało zakończone po 24—30 godzinach, wtedy gdy u starszych trwało do 72 godzin.

Na zasadzie powyższego, w związku z danymi klinicznymi, autor wysnuwa prawo biologiczne, że stara otrzewna walczy z infekcją za pomocą otorbienia zrostami; młoda — dzięki wybitnemu wchłanianiu. Ma to dość duże znaczenia w sprawie sączkowania jamy otrzewny, co po dzień dzisiejszy jest kwestją wciąż sporną.

J. P o m p e r.

T. O G A T A, S. K A W A K I T A, H. O K A, S. S U Z U K I, S. K A G O S H I M A (Tokjo). Uwagi krytyczne o identyczności lub nieidentyczności B-awitaminy i ludzkiej „kakke”. (D. Med. Wochft. Nr. 17, 1924).

Na podstawie szeregu faktów anatomo-patologicznych i objawów klinicznych dochodzą autorowie do wniosku, że B-awitaminoza i „kakke” stanowią odrębne cierpienia. Jakkolwiek posiadają one wiele cech wspólnych, a nawet, być może, stoją ze sobą w pewnym genetycznym związku, to jednak identyfikować tych jednostek chorobowych, jak to czyniono dotychczas, nie można. Wzajemny stosunek B-awitaminy do „kakke” określa się przez analogię stosunku krzywicy do awitaminy: brak czynnika dodatkowego w pożywieniu przyczynia się do rozwoju krzywicy, jednak do całkowitego obrazu krzywicy niezbędny jest jeszcze brak soli Ca lub P. Poprzednie zapatrywanie autorów na „kakke” jako na rezultat zatrucia ustroju ludzkiego substancjami trującymi, wydziałanymi przez saprofity, rozmnażające się obficie w jelitach ludzi, odżywiających się pokarmami, ubogimi w czynnik dodatkowy, pod wpływem wielu doświadczeń i badań, uległo pewnym modyfikacjom; uważają oni obecnie, iż schorzenie to zależy od braku B-witaminy i jeszcze innych czynników dotąd bliżej nieznanych, które odgrywają nie mniej ważną, niż moment pierwszy, rolę. Przechodząc do oceny zależności B-awitaminy i „kakke”, porównywały autorowie spostrzeżenia anatomo-patologiczne i kliniczne tych cierpień.

I. Odnosnie do ilości B-witaminy stwierdzają w B-awitaminozie brak tej witaminy; w „kakke” natomiast przypuszczenie to nie potwierdza się: gołębie chore na B-awitaminozę, otrzymując wątrobę ludzi, zmarłych na „kakke”, zdrowiały.

II. Niemniej wybitne różnice zachodziły również w układzie nerwowym. U zwierząt chorych, prócz ogólnego osłabienia, występują jeszcze kurcze, bezwład, utrata świadomości, u ptaków — kurcze mięśni, szyi i nóg; kurcze w łapkach w „kakke” nie dadzą się porównać z temi objawami u zwierząt. Bezwład, występujący u ptaków i ssaków,

nigdy nie występuje u ludzi, podobnie jak nie cierpią ludzie na utratę świadomości. Znaczne różnice zaznaczają się co do czasu występowania objawów nerwowych; u zwierząt występują one zazwyczaj w okresie końcowym choroby (okres nerwowy); okres ten trwa względnie krótko (od jednego do kilku dni, rzadko tygodni) i charakteryzuje się tem, że podanie w tym czasie zwierzęciu pożywienia, obfitego w czynniki dodatnie, nie przedłuża mu życia. Zmiany histologiczne zapalenia nerwów występują jedynie w tym okresie.

III. Zaburzenia w układzie krążenia. W „kakke“ występują: przyspieszenie tętna, przerost serca i objawy zastoinowe, podczas gdy w awitaminozie — zwolnienie tętna i zanik mięśnia sercowego.

IV. Obrzęki — objaw, ogromnie rozpowszechniony i stały u ludzi chorych na „kakke“, spotyka się wyjątkowo u zwierząt.

V. Zaburzenia w oddychaniu, w przeciwstawieniu do „kakke“, u zwierząt chorych na B-awitaminozę stwierdzają się zaledwie w okresie końcowym, mianowicie występuje zmniejszenie liczby oddechów jednocześnie ze zmniejszeniem liczby tętna.

VI. Zmiany w narządach trawienia zachodzą w obydwu cierpieniach, jednak w awitaminozie są one zaznaczone wybitniej.

VII. W awitaminozie ze strony krwi występują znaczne zmiany, polegające na zmniejszeniu się postaciowych elementów krwi, ogólnej niedokrewności, odkładania się barwika w znacznych ilościach w wątrobie i śledzionie — objaw, wskazujący na intensywny rozpad czerwonych ciałek krwi w okresie poprzedzającym powstanie niedokrewności. Stwierdzono jednocześnie u zwierząt zmiany histologiczne w szpiku kostnym, czyli, że niedokrewność ma swe pochodzenie zarówno ze strony krwi, jak i ze strony szpiku kostnego. W bardzo wybitnej formie występuje również zanik gruczołów chłonnych z jednoczesnym brakiem limfocytów. W „kakke“, przeciwnie, stwierdza się przerost i rozrost układu chłonnego i obraz krwi mało zmieniony.

VIII. U zwierząt awitaminowych występuje skaza krwotoczna, jako następstwo daleko posuniętego stanu niedokrewności; objawu tego nie obserwowano u ludzi.

IX. Przez wielu autorów zostało potwierdzone spostrzeżenie występowania gorączki w lekkim stopniu u ludzi chorych na „kakke“; u zwierząt zaburzenia w gospodarce cieplnej mają miejsce, ale w postaci znacznego spadku ciepłoty ciała.

X. Zachodzą również wybitne różnice między stanem nadnerczy w jednym i drugim cierpieniu. O ile w B-awitaminozie substancja korowa ulega przerostowi, podczas gdy substancja rdzeniowa zostaje niezmienną z prawie normalną ilością adrenaliny, w „kakke“ widzimy zwiększoną objętość substancji rdzeniowej ze zwiększoną ilością adrenaliny. Gruczoły płciowe, zwłaszcza jądra, ulegają w awitaminozie znacznemu zanikowi, co się odbija, rzecz oczywista, na zdolności rozrodczej zwierząt; u ludzi nie stwierdzono histologicznie żadnych szczególnych zmian w gruczołach płciowych.

XI. W awitaminozie niejednokrotnie stwierdzano występowanie chorób zakaźnych, co świadczyłoby o obniżeniu odporności; przeciwnie, „kakke“ występuje czasami, jako powikłanie pewnych chorób zakaźnych (dur brzuszny, czerwotka).

Powyższe różnice, jak zarówno stwierdzony przez prof. Nagawa fakt istnienia u ludzi stanu chorobowego, zwanego „Chichiko-dyspepsie“ — bardzo zbliżonego do choroby awitaminowej zwierząt, skłania autorów do uznania odrębności B-awitaminozy i „kakke“.

E. Czarniecki (Wilno).

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

LAUBRY, OURY i TECON. Działanie pilokarpiny na układ sercowo-naczyniowy. (Archives des Malad. d. Coeur Nov. 1924 Nr. 11).

W badaniach swych autor posługiwał się aparatem P a c h o n a, jak również wykresami, otrzymywanymi drogą łączenia aparatu z walcem M a r e y a. Każdemu z szesnastu chorych, wziętych bez wyboru, zastrzyknięto w trzy godziny po jedzeniu 0,01 gr chlorowodorku pilokarpiny podskórnie; wykresy wykonywano zarówno 10 minut przed, jak i systematycznie co 10 minut po zabiegu. Wyniki, otrzymane przez autora, zupełnie przeczą dotychczasowym danym o działaniu

pilokarpiny. Mianowicie, obniżenie ciśnienia stwierdzał autor tylko u 8-miu badanych, z tych u 2-ch ciśnienie systoliczne spadło o przeszło 8 ctm. Hg, przyczem wystąpiły wymioty, tętno nitkowate, oziębienie kończyn i t. p. objawy zapaści. Natomiast u innych 8-miu badanych działanie P. było wręcz przeciwnie. Ciśnienie krwi wzrosło o 1 do 3 ctm. Hg. Jak w jednej tak i w drugiej grupie chorych efekt był szybki (5 do 10 minut po iniekcji), lecz krótkotrwały, gdyż po 30—40 minutach ciśnienie powracało zazwyczaj do stanu poprzedniego. Zmiany te nie dotyczyły zupełnie ciśnienia diastolicznego Mn (m n ma), jedynie w dwóch przypadkach Mn, nieco się wzmagalo.

Dalej wybitnemu zwiększeniu ulegała rozległość (amplituda) wahań (oscylacji) (u 8-miu chorych); zjawisko to, znane już dawniej, tłumaczyli L a v r a u t i G i l l e t rozszerzaniem naczyń obwodowych, towarzyszącym spadkowi ciśnienia; tłumaczenie, zdaniem autora, błędne, gdyż amplituda zwiększała się najwybitniej właśnie w przypadkach z podniesionym ciśnieniem. Działanie na tętno nie było ani charakterystyczne, ani stałe; naogół występowało nieznaczne przyspieszenie o 8—10 uderzeń. Zmianom w ciśnieniu krwi towarzyszyły również objawy ze strony gruczołów, mianowicie wzmożone wydzielanie potu, śliny, moczu, jednakże autor nie zauważył jakiegось wzajemnego stosunku stałego.

Tak samo nie znalazł autor jakiegось zależności pomiędzy ciśnieniem krwi a liczbą leukocytów, które ulegały pod wpływem P. bardzo znacznym wahaniom np. od 6400 do 14000 lub odwrotnie. W końcu autor przytacza dobre wyniki lecznicze, jakie otrzymali G ü b l e r, R o b i n, T a i l l e i g u e w przypadkach astmy i L e w y, S o l a l i T z a n k w przypadkach eklampsji, i zaleca stosowanie P. w przypadkach zachwianej równowagi n. błędnego i n. współczulnego.

G. R a c i ą ż e k.

HOESCH. O działaniu leczniczym magnezu. (Münch. Med. Woch. 1924 Nr. 48).

W wyniku szczegółowych badań nad działaniem Mg. przychodzi autor do następujących wniosków: na wprowadzony podskórnie magnez reaguje najwybitniej tkanka nerwowa, przyczem w jej czynności fizjologicznej następuje zahamowanie, nigdy pobudzenie. Po podaniu podskórnym większych dawek siarczanu magnezu otrzymywał autor zarówno u zwierząt, jak u ludzi narkozę, natomiast zastrzykiwanie tejże soli dołędźwiowo powodowało porażenie, wzgl. nieczulenie kończyn dolnych, z czego wniosek, że szczególnie powinowactwa do któregośkolwiek układu nerwowego magnez nie posiada. Stwierdzony doświadczalnie fakt, że umieszczone *in vitro* sole magnezu szybciej są pochłaniane przez tkankę nerwową, niż przez inne tkanki, jak np. erytrocyty, nie wyjaśnia bynajmniej, zdaniem autora, własności biochemicznych magnezu, gdyż np. podczas wspomnianej wyżej narkozy Mg, w mózgu wcale nie znaleziono. Autor wskazuje dalej na pewien antagonizm, jaki panuje we wzajemnym rozmieszczeniu Mg i Ca w komórkach mięśniowych i osoczu krwi. W warunkach normalnych znajdujemy zazwyczaj przewagę Mg w komórkach (nie w osoczu), natomiast po podaniu dożylnym 1 gr siarczanu magnezu następuje stosunek odwrotny. Według A b d e r h a l d e n a pod wpływem Mg rozpyływały się przegrody komórkowe, i następuje nowe rozmieszczenie cząsteczek koloïdowych, w przeciwieństwie do niejako koloïdoustalającego działania Ca. Ażeby poznać dalej farmakodynamikę Mg w stosunku do przewodów pokarmowych, autor podawał osobników, względnie zwierzęta doświadczalne, którym zastrzykiwano 1 gr. siarczanu-magnezu podskórnie, systematycznie prześwietlaniu promieniami R o e n t g e n a, jak również badania bezpośredniemu po—przez okienko do jamy brzusznej. Okazało się, że ruchy robaczkowe, jak również napięcie mięśniowe jelita ulegają osłabieniu do porażenia włącznie. W działaniu swem różni się magnez od atropiny tem, że ta ostatnia, porażając zakończenia n. błędnego w ścianie jelita, jednocześnie pobudza zwoje A u e r b a c h a, podczas gdy Mg równomiernie poraża wszystkie zakończenia nerwowe. Występujące jednocześnie w przebiegu tych doświadczeń obniżenie temperatury tłumaczy autor zadziałaniem magnezu na ośrodek cieplny, jednakże osiągnąć tego efektu u np. gorączkujących suchotników autorowi się nie udało. Reasumując, autor wymienia wskazania do zastrzykiwania podskórnego świeżo przygotowanego i wyjałowionego 25% roztworu siarczanu magnezu w jednorazowej dawce przeciętnej około 5 ctm³, podkreślając zupełną bezbolesność i nieszkodliwość. Jeśli zawodzi atropina i inne środki, należy

zastosować magnez podskórnym w przypadkach zaparcia spastycznego, stanów skurczowych, astmy i t. p.

G. R a c i a ż e k.

Bakterjologia i Serologia

S. NUKIDA i MATSUZAKI. Oporność tkanek i przyczyna trwałej odporności nabytej. (Journal of Exp. Med. V. XL, p. 661).

Pewnym wyrazem odporności, uzyskanej po przejściu zakaźnej choroby są przeciwciała, znajdujące we krwi, ale znalezienie tych przeciwciał po pewnym okresie nie znaczy jednakże zasadniczo tej odporności nabytej. Autorzy sądzą, że mamy tu do czynienia z odpornością tkankową, i w tym kierunku zostały przeprowadzone badania. Używano do doświadczeń serce króli zupełnie zdrowych i uodpornionych i otrzymano następujące wyniki. Oporność tkanki serca na jadłowite substancje laseczników durowych jest większa u uodpornionych króli, niż u nieuodpornionych. Uzyskana przez uodpornienie oporność jest swoista. Oporność nabyta jest skutkiem swoistych zmian w tkankach, a nie krążących w obiegu przeciwciał.

F. P r e s m y c k i.

W. CRAMER i A. NEAVE KINGSBURY. Obrona miejscowa i ogólna przeciw zakażeniu i wpływ na nią braku witamin. (British Journal of experim. Pathology V. V p. 300).

Oprócz ogólnej odporności organizmu przeciwko infekcji istnieje jeszcze mechanizm obrony miejscowej pewnych organów, jak jelita, oczy, płuca, skóra. Przy stosowaniu diety, pozbawionej witaminy A, odporność lokalna tkankowa staje się niedostateczną, chociaż ogólna nie zostaje osłabiona. Studja nad infekcją wykazują, że odporność miejscowa odgrywa niezmiernie ważną rolę, a zmniejszenie się jej pozwala drobnoustrojom wtargnąć do organizmu, chociaż ogólna odporność jest nieuszkodzona.

F. P r e s m y c k i.

L. ARNOLD i E. WEISS. Surowica przeciwbakterjofagowa. (The Journal of infectious diseases V. 35 p. 505).

Drobnoustroje, rozwijające się na surowicy przeciwlitycznej, nie nabywają odporności przeciwko litycznym własnościom bakterjofagów. Drobnoustroje, rozwijające się na surowicy przeciwlitycznej, nie zmniejszają jej własności antylitycznych, ale wpływają na zmniejszenie się aglutynin, opsonin dla homologicznych drobnoustrojów. Łączenie się lizyn z przeciwlizynami podlega prawu wielorakiej proporcji i jest również zależne od czasu i od temperatury. Przeciwlizyny należą do tej samej grupy przeciwciał co przeciwyjady i przeciwermenty.

F. P r e s m y c k i.

CH, H. HITCHCOCK. Precypitacja i wiązanie dopełniacza przez „reszkowe antygeny“ z niehemolitycznymi paciorkowcami. (Journal of Exp. Med. V. XL, p. 575).

Antygeny, przygotowane z paciorkowców według metody Zinssera (residue antigen) i zastosowane do precypitacji i wiązania dopełniacza, wykazują, że paciorkowce hemolityczne tworzą oddzielną grupę serologiczną, różniącą się zupełnie od niehemolitycznych paciorkowców, przyczem tych ostatnich nie udaje się podzielić na typy serologiczne.

F. P r e s m y c k i.

Meta SCHROEDER. Zmiana zdolności produkowania przeciwciał. (The Journal of Med Research V. XLIV p. 507).

Autorka zaobserwowała, że u króli z podskórnymi wrzodzikami można otrzymać znacznie silniejsze hemolizyny, niż u całkowicie zdrowych. Badania, przeprowadzone w tym kierunku, wykazały, że zjadliwe bakterje (pneumokoki) są ubocznym bodźcem dla produkcji przeciwciał (hemolizyn), nie mającym żadnego związku z danym antygenem.

F. P r e s m y c k i.

ISBECQUE. Poszukiwania przeciwciał specyficznych u nosicieli czerwi jelitowych. (Comptes rendus de la Soc. de Biologie, Nr. 10, 21.III.1924).

Autorzy wykonali na 25 osobnikach badania nad obecnością przeciwciał specyficznych u nosicieli czerwi jelitowych i wbrew dotychczasowym badaniom stwierdzili, że reakcja

odchylenia dopełniacza, gdy się ją wykonywa przy pomocy odpowiedniego przeciwciała, jest u nosicieli czerwi stale dodatnia — Reakcja ta nie jest bezwzględnie specyficzna, może być np. dodatnią, wykonana przy pomocy przeciwciała Ascaris u nosiciela Trichocephalus. Jest natomiast prawie zawsze ujemna u osobników zdrowych.

J. T y p o g r a f.

Frederic PARKER jr. Hodowanie in vitro zarazka ospy. (The Journal of Med. Research V, XLIV p. 645).

Hodowla tkanek jąder królików oraz plazma były zastosowane do wyhodowania zarazka ospy in vitro. Zarazek był przeprowadzony przez 9, 8 i 6 generacji i ogólny czas inkubacji wynosił 54, 45 i 35 dni.

Porównyując pierwszą generację z trzecią, można było zaobserwować zwiększenie ilości zarazka.

F. P r e s m y c k i.

H. MORAL i S. SARBADHIKARY. Czy odczyn tuberkulinowy jest odczynem antygeno-niwecznikowym. (D. m. W. 1924, Nr. 41).

Wassermann i Bruck w r. 1906 objaśniali powstawanie odczynu tuberkulinowego działaniem przeciwciała. Tego samego zdania byli Citron, Wolf i Eisner, Sahli i t. p., gdy cały szereg innych autorów z Selterem na czele jest w ostatnich czasach tego zdania, że tuberkulina nie jest antygenem. Przeciwno temu zdaniu Seltera wystąpili niedawno rozmaici badacze. Rømer i Hofe brali krew u chorych z gruźlicą oka i wywoływali odczyn doskórny przez wprowadzenie 0,1 mieszaniny z 0,4 surowicy tego chorego i z 0,1 tuberkuliny bez albuminu (1:100). Twierdzą oni, że mieszanina ta w lekkich postaciach gruźlicy dawała odczyn słabszy, niż kontrolne próby (obecność przeciwciał w surowicy, neutralizujących tuberkulinę), w cięższych zaś odczyn silniejszy lub identyczny z kontrolnymi (brak lub słaba obecność przeciwciał).

Autorzy nie mogli tego potwierdzić u osobników z gruźlicą płuc. Jadaśsohn zauważył, że tuberkulina, zmieszana z surowicą ludzką (bez względu na obecność lub brak gruźlicy) i przechowywana w ten sposób przez 24 godziny, daje silniejszy odczyn, niż mieszanina ta, dopiero co przygotowana. Sądzi on tedy, że w czynnej surowicy każdego człowieka znajdują się swoiste ciała, które przetwarzają tuberkulinę w bardziej jadowitą substancję — tuberkulopyrinę. Autorzy potwierdzili słuszność samego spostrzeżenia Jadaśsohna, przekonali się jednak, że samo wzmocnienie odczynu otrzymuje się, jeśli zostawić na 24 godziny mieszaninę tuberkuliny z jakimkolwiek roztworem białka lub też sam roztwór białka bez tuberkuliny. Badania te obalają objaśnienie Jadaśsohna.

M. G.

Higjena i Epidemjologia.

K. KARAFFA-KORBUTT, prof. Uniw. Wileńskiego. Zarzys higieny cz. I i 2, 3 w opracowaniu.

W książce tej pozyskujemy nowy doskonale opracowany podręcznik dla słuchaczy medycyny, lekarzy i urzędników sanitarnych. Autor potraktował sprawę inaczej, niż to widzimy w podręcznikach, dotąd wydanych. Wielką uwagę na naczelnem miejscu poświęcił podstawom statystyki sanitarniej i wprowadził czytelnika w pewne zakłopotanie, gdyż dotychczas higienista naukowymi metodami statystyki wcale się nie zajmował. Autorowi nawet to wytknięto w jednym ze sprawozdań — zdaniem mojem, zupełnie niesłusznie. Autor w ten sposób wzbogaca literaturę nowymi poglądami, które zwłaszcza w Anglii i Ameryce oddawna uzyskały prawo obywatelstwa. I zaraz wyłania się potrzeba, którą autor we wstępie podnosi, zmiany w końcowych studjach lekarskich dla lekarzy, mających poświęcić się nie medycynie praktycznej, lecz społecznej. Ostatni rok studjów lekarskich winien objąć te działy, których dotąd w wykładach niema: statystykę sanitarną, higienę zawodową, higienę pracy, higienę społeczną, technikę sanitarną, ustawodawstwo, wodoznawstwo, dokładniejsze traktowanie sposobów wytwarzania i badania produktów żywności i innych. Być może nawet, że 1 rok studjów na to nie wystarczy.

Przy omawianiu działu odżywiania — nie wiele jest do dodania. Jest to wszystko potrzebne. Usterki drobne lub niedomówienia prawie nie wchodzą w rachubę. Bact. lactis aërogenes nie umieszczalbym w szeregu bakterij kwaśnie-

nia; za jedyny normalny czynnik muszą uważać strept. ac. lactici, który spotyka się stale tam, gdzie mamy dobre, zdrowe kwaśnienie. Dążyć należy do wprowadzenia najlepszych odmian rasowych tej bakterii w produkcji mleczarskiej. Nie zgodzę się na to, że u nas nie używa się mięsa surowego: używamy go często w postaci półsurowych rozbefów, a co gorsza, poledwicy wędzzonej, zlekką podwędzonej. Przy braku te i owdzie kontroli na trychniny i węgry mamy częste przypadki zakażenia.

W Stanach Zjednoczonych do konserwacji używa się nastrzykiwania od razu w rzeźni octem do wielkich pni nacyniowych — co podnosi trwałość mięsa. Do konserwacji zwierzęcych i drobiu doradzam również po wypaproszeniu na świeżo wysuszyć jamę brzuszną octem (nie kwasem octowym stężonym). Kleber — lepiej przyjąć już używany wyraz gluten, niż klej. Wprawdzie słownik lekarski przyjmuje równocześnie nazwę klej roślinny, ale przecież chodzi tu nie o klej, lecz o prawdziwe białko.

Należałoby wspomnieć o potrzebie rozpowszechnienia u nas win owocowych i przytoczyć ich skład. Nie będziemy używali wówczas tyłu mikstur zagranicznych, winem zwanych.

Drugą część pracy autor rozpoczyna od regulacji ciepła w ustroju. Ten tom, może jeszcze lepszy od pierwszego, omawia treściwie wszystko, co w tej dziedzinie w krótkości powiedzieć można. Wszędzie znać pracę własną i wyniki własnych doświadczeń. Omówienie warunków marszu wojaskowego jest tu bardzo dobrym przykładem. W przyrządach do badań powietrza są pewne braki, zresztą nieznaczne: przyrząd Wolperta nie wykorzystany należycie. Warunki życia kolonistów międzywrotnikowych treściwie omówione. Sprawa ubrania traktowana z wielką znajomością i praktycznie ujęta. Podobnie sprawa obuwia, mieszkań i budowl.

Jedyny zarzut, jaki zrobić można, jest bardzo wielka liczba ruscyzmów, które należy koniecznie corychlej usunąć. Jest bowiem koniecznym, ażeby styl podręczników dawał dobry przykład słuchaczom, zwłaszcza kresowym. Podręcznik polski musi mieć język polski. I w tym kierunku są tutaj bardzo znaczne braki, które na innym miejscu szczegółowiej omawiam (p. Lekarz Wojskowy).

Prof. Bujwid.

NOBÉCOURT i BOULANGER-PILET. Kryzys mieszkaniowy a wzrost gruźlicy wśród niemowląt. (Le Mouvement Sanitaire Nr. 3 1923).

W dniu 8 lipca r. b. na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu złożyli raport ze znacznego wzrostu gruźlicy wśród niemowląt, leczonych w klinice lekarskiej. Ankieta wykazała, że 80% dzieci było zakażonych gruźlicą bądź przez samych rodziców, zamieszkujących mieszkania niehigieniczne, bądź przez to, że dzieci były wychowane w izbach, o znacznym skupieniu mieszkańców.

Jan Adamski.

H. F. SMITH. Służba higieniczna miasta Kantonu. (Le Mouvement Sanitaire Nr. 2, 1924).

Według raportu Dr. H. F. Smitha, członka Służby higieny publicznej w Stanach Zjednoczonych, w Kantonie, mieście z 800000 mieszkańców i przeszło 1000000 rocznie emigrantów i imigrantów, krążących pomiędzy Kantonem a sąsiednim portem Hong-Kong, niema żadnej służby higieny, ani danych o chorobach w tem mieście; niema żadnej organizacji, która mogłaby przedsięwziąć jakiekolwiek środki sanitarne celem zapobieżenia chorobom zakaźnym; niema urządzeń do usuwania odpadków i nieczystości; niema żadnych urządzeń wodociągowych, ani studzien. — beśpośrednio z rzeki mieszkańcy zaopatrują się w wodę; niema żadnej portowej organizacji sanitarnej; niema żadnej organizacji sanitarnej nad imigrantami i emigrantami; brak stacji kwarantannowej dla załóg okrętów zakażonych; niema szpitala izolacyjnego dla zakażonych; nie są dokonywane badania szczurów, jak również absolutnie nic się nie robi w zakresie walki z dżumą.

Jan Adamski.

Lecznictwo.

BIELING. Chemoterapia i dezynfekcja wewnętrzna. (Deutsch. Med. Woch. 1924).

Substancje chemiczne, które powstrzymują rozwój drobnoustrojów w żywym organizmie, nie uszkadzając przytem tkanek, nazywają się środkami chemoterapeutycznymi. W celu dezynfekcji wewnętrznej w chorobach infekcyjnych pochodzenia bakteryjnego Morgenroth, Ehrlich i inni stosowali preparaty chininy i szczególną uwagę zwrócili na akridinę, która jest właściwie uproszczoną chininą.

Doświadczenia in vitro i na zwierzętach udaje się za pomocą związków akridyny zahamować rozwój zarazków chorobotwórczych i szerzenie się zmian zapalnych i zwyrodnieniowych w tkankach. Pochodny akridyny riwanol atakuje w równej mierze wszystkie rodzaje paciorkowców i gronkowców, gdy trypaflawina ogranicza swoje działanie tylko do pewnych rodzajów strepto i stafilocoków.

W zastosowaniu u ludzi dobre wyniki otrzymywano w leczeniu monoinfekcji np. mastitis, furunculus, carbunculus, abscessus etc.

W zakażeniu ogólnym, zwłaszcza połogowem, stosowanie jednocześnie riwanolu i surowicy przeciwpaciorkowcowej wzmacnia wzajemnie ich działanie dezynfekcyjne.

A. Głuskin.

BIELING. Chemoterapia i dezynfekcja wewnętrzna. Trąd i gruźlica. (Deutsch. Med. Woch. 1924).

Pisma angielskie i amerykańskie komunikują o dodatkowych wynikach zwalczania trądu przy systematycznym leczeniu trędowatych olejkami, otrzymywanymi z owoców drzew podzwrotnikowych. Preparaty takie (estry kwasu oleinowego) znane są w handlu pod nazwą Chanimgura, Hydrokarpus, Glynokardium etc. Wyniki kuracji temi środkami zależne są od okresu, w jakim się znajduje sprawa choroby. Gdy we wczesnych okresach choroby otrzymywano rezultaty bardzo pomyślne, to już w stadium drugim, gdzie występują objawy nerwowe, wyniki są gorsze, a w okresie zmian guzowatych tylko pojedyncze przypadki kończyły się wyleczeniem. Kuracja polega na iniekcji śródmięśniowej 1 cm. wymienionej substancji raz na tydzień, po 2—3 tyg. dawkę zwiększa się o 1 cm. i w ten sposób dochodzi się do maksimum — 6 cm.

W naszej strefie wzbudza większe zainteresowanie wpływ tych środków chemicznych na laseczki gruźlicy, które pod względem morfologicznym są tak zbliżone do laseczników trądu.

Dotychczasowe wielokrotne badania w tym kierunku pozwalają wnioskować, że lasecznik Kocha jest niemniej odporny na działanie tych substancji, jak i innych dotąd stosowanych środków, tak, że chemoterapia gruźlicy ludzkiej pozostaje nadal zadaniem do rozwiązania.

A. Głuskin.

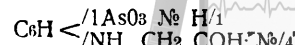
STÜMPKE (Hannover). Afenil, jako środek profilaktyczny przeciwko niektórym szkodliwym, ubocznym działaniom salvarsanu. (Münch. Med. Wochenschr. 1924 Nr. 3).

Afenil jest to 10% roztwór mocznika w chlorku potasu. W niektórych przypadkach dawał on bardzo dobre wyniki przy bólach głowy, wymiotach i podniesieniu ciepłoty po salvarsanie, zwłaszcza wtedy, gdy po zastrzyku salvarsanu zjawiała się osutka pokrzywkowa lub objawy angoneurotyczne. Ponieważ te osutki, występujące każdorazowo po zastrzyku, czyniły często niemożliwym dłuższe leczenie salvarsanem, przeto środek ten jest wyjątkowo cenny, gdyż usuwa objawy uboczne. Afenil najczęściej stosuje się, jako Solvens dla salvarsanu, zwykle w ilości 10 cm., u osób starszych 5 cm. U dzieci 1—2 cm.: w przymiocie wrodzonym z salvarsanem, w pokrzywce zaś i zółtach doustnie. Dobre wyniki otrzymywał również autor przy stosowaniu afenilu w przypadkach świądu i świerzbiączki, jak również w krwotokach z organów płciowych kobiecych (endometritis, metritis). W ogólności wystarcza 4—5 zastrzyków z przerwami 4—5 dniowymi.

Edward Bemski.

GUILLAIN i GIROT. Studium terapeutyczne nad Tryparsamidem. (Journal de Pharm. et de Chimie 1924, Nr. 10).

Tryparsamid zawiera 25,32% arsenu pięciowartościowego i odpowiada wzorowi Co H



Jest to biały proszek, rozpuszczający się łatwo w wodzie, bardzo mało trujący, gdyż dawka śmiertelna dla zwierząt waha się pomiędzy 0,71 a 2,00 gr. na klg. wagi. Jakkolwiek Tryparsamid nie posiada szczególnie wybitnych cech krótkobójczych, to jednak autorowie amerykańscy chętnie posługują się nim w leczeniu kiły, mianowicie: kiły układu nerwowego ze względu na silne powinowactwo Tr. do tkanki nerwowej. Pomijając ogólnie krząpiący wpływ Tryparsamidu na organizm ludzki, cechujący wszelkie przetwory arszenikowe, nie należy upatrywać w nim szczególnych zalet, przewyższających pod jakimkolwiek względem Neo-Salvarsan.

G. R a c i ą ż e k.

BRUNNER i MANDL. Zastrzyk parawertebralny, jako środek do usuwania bólów ze strony narządów jamy brzusznej. (Wien. Kl. Woch. Nr. 21—24).

Opierając się na doświadczeniach L a e v e n a, który stosując zastrzyki parawertebralne 10—15 ccm. 0,5% rozc. nowokainy dla celów różniczkowego rozpoznania w cierpieniach narządów jamy brzusznej, spostrzegając częstokroć trwałe usunięcie bólów, zwłaszcza w cierpieniach pęcherzyka żółciowego i nerek, autorowie zastosowali środek ten w 10 przypadkach kamicy żółciowej w celach leczniczych. Zwracano się do tego środka tylko w tych przypadkach, w których wszelkie inne środki pozostawały bez skutku. Z 10 przypadków tylko w jednym nie było pożądanego wyniku, we wszystkich pozostałych natomiast skutek jest trwały (8 miesięcy po zabiegu nie było nawrotu). Zastrzykiwano w D9 z prawej strony. W 2 przypadkach bólów nerwowych zastrzykiwano w D12 z dobrym skutkiem. Długotrwałe działanie nowokainy w tem zastosowaniu autorowie tłumaczą tem, że zostały zablokowane sam zwoj współczulny, rami communicantes i czuciowe nerwy grzbietowe.

Godne również wzmiankowania, że autorowie stosowali ten sposób leczenia także w 6 przypadkach duszniczy nerwowej z dobrym wynikiem.

M. O r z e c h.

KRITZLER. W sprawie techniki szwu otrzewnowego. (Zbl. f. Ch. 1924, str. 417).

Na zasadzie zrostów sieci i jelit, wykrywanych przy sposobności relaparotomii, autor przychodzi do wniosku, że zwykły szew brzegów otrzewny jest nieracjonalny, poleca natomiast nakładać szew L a m b e r t a, przy czym można wzmacniać go, biorąc w szew od strony otrzewny mięsień prosty brzucha.

K o h a n.

AUFRECHT. Notatki lecznicze. (Med. Klinik 1924, Nr. 49).

Dla uniknięcia objawów ubocznych, jakie wywołuje kwas salicylowy, stosowany w reumatyzmie stawowym, A. posługuje się z równie dobrym wynikiem (bez działania ubocznego) diplosalem, którego daje pierwszego dnia 4 razy po 2 pastylki półgramowe, drugiego dnia 3 razy po 2, trzeciego dnia pauza. W razie potrzeby powtarza ten sam cykl.

Kilkakrotnie w bardzo długo przeciągającym się reumatyzmie, w którym inne środki nie pomagały, wywarła nadzwyczaj korzystne działanie c h i n i n a 2 razy dziennie po 0,5 w ciągu kilku dni.

Arszenik stosuje autor od wielu lat tylko w postaci pigulek razem z żelazem według następującego przepisu: Acidi arsenici 0,3, Ferri reducti 5,0; Pulv. rad. Gentian. 4,0; Extr. Gentian. q. s. ut. f. pil. Nr. 100. DS. 2 razy dziennie po 2 pigułki po śniadaniu i po kawie lub herbacie poobiedniej. Jako wskazanie do użycia As, służą przypadku ciężkiej małokrwistości, blednicy, szczególnie te, którym towarzyszą bóle głowy, oraz niedokrwistości złośliwej. I w tej ostatniej miał kilka razy wyniki dodatnie. W wymienionej wyżej postaci As. znosi się doskonale i niewywołuje zaburzeń żołądkowych nawet przy 3—4-krotnym zażyciu przepisanej ilości. Przy użyciu roztworu F o w l e r a okazał się zbyt słabym zwyczaj stopniowego powiększania, a następnie stopniowego zmniejszania dawki. Wreszcie zaznacza autor, że od zastrzykiwań podskórnych arszeniku nie widział lepszych wyników, niż od wspomnianych wyżej pigulek.

Tinctura Chinae composita i Acidum hydrochloricum są to doskonałe stomachica, ale pierwsze daje się zwykle w zbyt małej dawce, drugie — w zbyt silnym stężeniu. A u-

f r e c h t daje pierwszego 1 -- 2 łyżeczek od herbaty w łyżce stołowej wody na pół godziny przed obiadem, a w razie potrzeby po raz drugi przed kolacją.

Kwas solny działa najlepiej w znacznym rozcieńczeniu in dosi refracta, mianowicie: Acid hydrochl. 1,0; Syr. spl. 20,0, Aq. dest. ad 200,0. Co 2 godziny łyżkę stołową.

Można obu leków używać jednocześnie.

K o k a i n e stosuje autor w rozmaitych cierpieniach jamy ustnej, gardzieli i wejścia do krtani w ten sposób, że na zmoczony w wodzie pendzelek nabiera 0,03 kokainy. Również dobre usługi oddaje zapendzlowanie dziąsła kokainą w p.zypadkach bólu zęba, a nawet, przy wyjmowaniu zęba (w ostatnim razie należy zapendzlować i sam ząb). Duże usługi oddaje autorowi zapendzlowanie podniebienia miękkiego kokainą przed badaniem laryngoskopowem.

Przy tej sposobności radzi autor wszystkim matkom, aby w dniach zdrowia dzieci przyzwyczajały je do naciskania języka trzonkiem łyżki, ażeby uszczędniać dzieciom krzyku i sprzeciwiania się przy badaniu gardła przez lekarza.

G l i c e r y n e czystą stosuje autor od wielu lat w przypadkach suchości języka i błony śluzowej jamy ustnej i sądzi, że tą drogą usuwa niebezpieczeństwo wtargnięcia drobnoustrojów do tkanki podśluzowej w przypadkach długotrwałych chorób gorączkowych. Suchość błony śluzowej jamy ustnej może też przyczyniać się do zapalenia ślinianki przyusznej. Przeciwno tym powikłaniom okazało się bardzo skutecznym obfite pendzlowanie czystą gliceryną języka co godzina, a nawet częściej. Przeciwno p l e ś n i a w k o m z dobrym skutkiem stosuje natrium boracicum (delikatne wycieranie miejsc pokrytych pleśniawkami watą lub gazą, zmoczoną nasyconym roztworem leku). W razie opuszczania się pleśniawek do dolnych części gardzieli aż do przełyku stosuje autor ten sam środek wewnętrznie, co 2 godziny łyżkę roztworu z 8,0 na 200 (w razie zajęcia krtani inhalacje z tegoż środka — przyp. referenta). Przeciwno pruritus vulvae stosował autor z dobrym wynikiem przestrzykiwania pochwy roztworem kwasu bornego (30:1000), oraz zwilżone tymże roztworem tamponiki kładzie pomiędzy wargi.

W celu wydobywania drzazgi z pod paznokcia ścina autor ostrym nożem warstwę za warstwą powierzchnię paznokcia, aż się ukaże koniec drzazgi, którą chwytając szczypcami i wyciąga.

Przepuklinę pachwinową u starej kobiety, po uprzednich bezskutecznych próbach, udało się autorowi doprowadzić po właniu do kieszki przeszło litra ciepłej wody w położeniu kolanowo-łokciowem.

Z: S:

Choroby zakaźne.

Prof. H. ZIEMANN. Malaria und Schwarzwasserfieber. Handbuch der Tropenkrankheiten herausgegeben von Prof. Menze, II Auflage, III Band, str. 592 z 152 rycinami i 7 tablicami barwnymi, Lipsk, J. A. Barth. 1924.

Wojna wszechświatowa spowodowała takie pomieszczenie narodów i plemion, że dawniejsze granice terytorjalne rozprzestrzeniania się chorób podzwrotnikowych uległy częściowemu zatarciu, tak, że coraz częściej widzimy obecnie typy chorobowe, dawniej u nas mało albo wcale nieznane. Dlatego też znajomość tej dziedziny patologii staje się i dla nas coraz bardziej niezbędna. Zimnica, zresztą, już oddawna należała u nas do rzędu chorób, bardzo rozpowszechnionych, a wojna ostatnia spowodowała i u nas znaczne zwiększenie liczby przypadków zimnicy, wymagające bacznej obserwacji i podjęcia stosownych środków zapobiegawczych. Jak zaniechanie w tym względzie srodze się mści, najlepiej dowodzi smutny przykład sąsiedniej Rosji, w której zimnica ostatnio pochłonięła kolosalną wprost liczbę ofiar. Zresztą, studium zimnicy, która, na podobieństwo kiły, ma obraz i przebieg nadzwyczaj zmienny i która wiąże się z mnóstwem bardzo ważnych zagadnień teoretycznych i praktycznych, stanowi samo przez się nadzwyczaj ciekawą i bardzo pouczającą lekturę.

Książka Z i e m a n n a przedstawia soba wyczerpujący traktat o zimnicy, w którym nie tylko lekarz praktyk, ale i badacz ścisły na każdą kwestję, dotyczącą tej choroby, znajdzie wyczerpującą odpowiedź, opartą na bogatym doświadczeniu chlubnie w nauce o zimnicy znanego autora, znakomicie jeszcze podczas wojny wzbogaconem, i gruntownej znajomości piśmiennictwa wszechświatowego. W wykładzie swoim jest, zresztą, autor nie tylko bardzo sumienny i

drobiazgowy, ale posuwa swój obiektywizm tak daleko, że przytacza wszędzie wszystkie poglądy i teorie, jakie w danej sprawie zostały kiedykolwiek wypowiedziane, poddaje je szczegółowemu rozbirowi i zestawia z doświadczeniem własnym.

W 30 obszernych rozdziałach książki podaje autor między innymi wyczerpujący opis pasorzytów i zmian patologicznych, ilustrowany bardzo ładnymi rysunkami barwnymi, dokładną morfologię i biologię komarów, epidemiologię zimnicy, obficie ilustrowaną wykresami, sposoby badania krwi na zimnicę wraz z ogólną patologią krwi, patologię ogólną i szczegółową oraz anatomję patologiczną zimnicy, wreszcie rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie. W końcu znajduje się obszerny, 100 stron obejmujący, rozdział o hemoglobinurji zimniczej, postaci chorobowej, pomimo wielu badań, dotychczas zagadkowej.

Z braku miejsca musimy pominąć wyróżnienie mnóstwa szczegółów, bardzo skądinąd ciekawych i w książce niekiedy poraz pierwszy poruszonych. Ze względów praktycznych pozwolimy tu sobie tylko podać sposób leczenia zimnicy, który wydaje się nam najbardziej racjonalnym.

W trzeciaczce i czwartaczce daje Z. na 2—3 godziny co najmniej przed oczekiwanym napadem 1,0 chininy, dawkę tę powtarza codziennie, aż do zniknięcia schizontów lub zniknięcia gorączki. U osobników silnych podaje w końcu napadu jeszcze raz 1,0 chininy. Jako środek pomocniczy stosuje parówkę. W malarji złośliwej podaje w ciągu pierwszych 4 dni, bez względu na okres choroby 2,0 chininy dziennie, połowę doustnie i połowę domięśniowo. W przypadkach nawrotów daje chininę tylko podczas spadku ciepłoty w ilości 1,0 (w 1 lub 2 dawkach), po 3—4 godzinach dawkę tę powtarza. W godzinę po otrzymaniu chininy chory dostaje parówkę. Jeżeli obawiamy się wystąpienia hemoglobinurji (Schwarzserfieber)—za wskazówkę służy tu obecność we krwi obfitej polychromatofilji i normoblastozy — należy oddzielne dawki chininy znacznie zmniejszyć (5—10 razy dziennie po 0,2, a nawet po 0,1). Co się tyczy dalszego postępowania, to w przypadkach trzeciaczki i czwartaczki daje Z. jeszcze w ciągu dalszych 8 dni po 1,0 chininy, poczem następuje pauza 2-dniowa bez chininy; następnie 2 dni z chininą, 2 dni pauzy, 2 dni chininy i w końcu w ciągu 6—8 tygodni w środy i soboty po 1,0 chininy. W zimnicy złośliwej podaje w ciągu tygodnia codziennie 2,0, potem 2 dni pauzy, 2 dni chininy (1,0), 2 dni pauzy, 2 dni chininy i dalej, jak w trzeciaczce. W przypadkach, nie reagujących na chininę, podaje jeszcze neosalvarsan w dawkach szybko wzrastających (co 7 dni od 0,3—0,6).

Jeżelibyśmy coś zarzucić mogli tej znakomitej pod każdym względem książce, to chyba jedynie przeładowanie jej ogólnie znaną semiotyką oraz metodyką badań, nie mającą właściwie ścisłego związku z zimnicą. Autor tłumaczy to tem, że pragnął ułatwić mniej doświadczonym lekarzom, a szczególnie studentom, poznanie tego ciekawego działu patologji, co też mu w zupełności się powiodło.

K l e j n.

VALENTI i TOMASELLI. O stosowaniu Stovarsolu w zimnicy. (Il Policlinico 1924, Nr. 33).

Autorowie zastosowali Stovarsol w dwóch przypadkach zimnicy. Pierwszy dotyczył młodzieńca 18-letniego, cierpiącego na zimnicę o typie czterodniowym (Quartana); chinina bez skutku. Autorowie zastosowali stovarsol w tabletkach. Pierwszego dnia po napadzie chory otrzymał jedną tabletkę, następnych dni po dwie tabletki, z pominięciem dnia, poprzedzającego napad. Po jedenastodniowej kuracji, przyczem napad powtórzył się tylko raz jeden, przerwano podawanie Stovarsolu. Już w 6-tym dniu kuracji pasorzyty we krwi znikły, śledziona wróciła prawie do normy, obraz krwi znacznie się poprawił. W ciągu następnych 20-tu dni po odstawieniu Stovarsolu napad się już nie powtórzył.

W drugim przypadku — chłopiec 15-letni, chory od miesiąca, wcale nie leczony w domu. We krwi pasorzyty typu trydniowego (Tertiana); śledziona przekracza linję pępkową, silna anemja. Po podaniu Stovarsolu już w pięć dni znikły pasorzyty we krwi, śledziona gwałtownie się zmniejszała, napady febrji zupełnie ustąpiły. Na podstawie powyższego autorowie gorąco zalecają wypróbowanie Stovarsolu w przypadkach zimnicy.

G. R a c i ą ż e k.

F. G. BLAKE. Leczenie płonicy surowicą przeciwpłoniczą Dochez. (Boston Med. and surgic. Journ. 1924—191—43).

Otrzymano dobre wyniki z surowicą przeciwpłoniczą (strept. szkarlatynowe) w leczeniu 13 przypadków. Jednocześnie zastrzyknięcie śródmięśniowe 50 cm³ surowicy albo nawet mniejszej ilości jest dostateczne do wyleczenia w ciągu 24 godzin. Surowica, a czasem i mocz w ciężkich przypadkach, zawierają jady, które dają pozytywny odczyn skórny, wstrzyknięte do skóry w ilości 0,3 cm³. Jady te mogą być neutralizowane przez działanie surowicy przeciwpłoniczej Dochez, podczas gdy surowica normalna w tym razie nie wykazuje żadnego działania. Podczas normalnej rekonwalescencji jady znikają same. W 12 przypadkach płonicy wykryto jady, w 7 przypadkach, z których 5 było lekkich, a 2 ciężkie, jadów niewykryto.

F. P r z e s m y c k i.

BAKER J. Doskórny odczyn, wywołany przez rozczyzn fizjologiczny soli u chorych na błonicę i płonicę. (The Journal of Am. med. As. V. 83 p. 1566).

McClure i Aldrich zauważyli, że pęcherzyki i kółko, wytwarzające się na skórze po doskórnym zastrzyknięciu 0,2 cm³ rozczynu fizjologicznego, znikają znacznie prędzej u dzieci, mających obrzęki, niż u zdrowych. Według tych autorów normalny czas zaniku pęcherzyków trwa około 60 minut u dzieci ponad 1 rok wieku, Baker zaś sądzi, że rozciąga się on od 60—90 minut. Baker zastosował te obserwacje do błonicy i płonicy i znalazł, że zmniejszenie okresu znikania pęcherzyków jest zależne od ciężkości przypadku. Te doświadczenia są pomocne dla określenia przebiegu choroby.

F. P r z e s m y c k i.

I. SCOTT i CH. SIMON. Odra doświadczalna. (Am. Journal of Hygiene V. IV, p. 559).

Scott i Simon twierdzą, że najbardziej charakterystycznymi objawami przy zakażeniu króli odrą są: podniesienie temperatury i neutropenia. Ścisłe obserwacje temperatury i formuлки leukocytarne mogą służyć, jako dane zakażenia tym zarazkiem króli.

F. P r z e s m y c k i.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

E. KLOPSTOCK. Fermenty w skórze ludzkiej. (Dermatol. Woch. Nr. 46. 1924).

Autor roztrząsa pytanie, czy skóra posiada własną przemianę materji. Przypuszczano bowiem, że gotowe produkty przemiany materji drogą naczyń krwionośnych i chłonnych są dostarczane komórkom skóry li tylko w celach odżywczych. Gdyby zaś w komórkach skóry odbywała się własna przemiana materji, wytwarzanie białka, węglowodanów i tłuszczu, cały szereg zmian patologicznych skóry można byłoby odnieść do zaburzeń w przemianie materji. Należy też pamiętać o wewnętrznym wydzielaniu skóry. Komórce do przeprowadzenia jej reakcji chemicznych są niezbędne fermenty (zaczyny). Fermenty są to związki chemiczne bliżej nam jeszcze nieznanne, mające znaczenie katalizatorów. Katalityczne ich działanie zależne jest od różnych warunków: kwasny czy alkaliczny odczyn płynny, w którym się odbywa reakcja; zmiany w zawartości soli i metali, wpływ układu nerwowego, szczególnie sympatycznego; wpływ przypuszczalnych hormonów. Dlatego też dalszym ciągiem pytania, czy skóra posiada własną przemianę materji, byłoby: czy skóra posiada własne fermenty? Wohlgemuth i Jamsaki stwierdzili na trupach we wszystkich warstwach skóry obecność lipazy, fermentu, powodującego asymilację i dezasymilację tłuszczów. Stwierdzono również obecność diastazy (ferment powodujący rozszczepienie cukru), fenolazenu (ferment barwikotwórczy), katalozy (ferment utleniający); co do fermentów białkowych, jak pepsyna lub trypsyna, badania nie dały rezultatu, po śmierci bowiem następuje całkowity rozpad substancji białkowych. K. odkrył ferment niezbędny do powstawania zasadniczej składowej części jądra komórkowego, nukleoproteidu. Co do siły fermentów w różnych odciśkach skóry, K. stwierdził jednakową wszędzie siłę diastazy, nukleazę najwybitniejszą siłę posiada w skórze części rodnych (podobnie, jak lipaza, fenolazen) i podeszwy. Udało się więc stwierdzić wszystkie fermenty niezbędne do przemiany węglowodanowej, tłuszczowej i białkowej. Dalszym zadaniem będzie stwierdzenie zachowania się tych fermentów w skórze zdrowej i chorej.

Teraz już z całą pewnością można twierdzić, że przy-

czyną szeregu chorób skórnych są zaburzenia w przemianie materji skóry. Przemiana materji w innych narządach, i zmiany w chemizmie krwi miałyby dla chorób skóry znaczenie drugorzędne.

B. Frydman.

F. HOFF. O czynności skóry i leczeniu śródskórnem. (Med. Kl. Nr. 38, 1924).

Skóra jest narządem ze swoistemi czynnościami, wywierającymi wpływ na cały ustrój.

Müller i Nererman stosowali śródskórnem leki nieswoiste w rzeżączce w celach prowokacyjnych. We wszystkich tych zjawiskach główną rolę przypisywano układowi roślinnemu. Autor uważa, że tu wchodzi w grę przeważnie swoista czynność skóry, która ma znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu całego szeregu schorzeń, jak: rzeżączka, cierpienia stawowe i skóry. Zastrzyki śródskórne stosuje się 2 razy tygodniowo, ewentualnie co 2 dni w 2 miejscach po 0,1. W rzeżączce ten sposób postępowania jest bardzo cennym środkiem rozpoznawczym, jak również leczniczym w jej komplikacjach. Dodatnie wyniki otrzymał autor w pryszczycy, kuszycy, grzybicach i róży. W celach rozpoznawczych w raku stosował autor śródskórnem surowicę ludzi, chorych na raka i leczonych promieniami Roentgena, z wynikiem dodatnim.

Wszystkie te dane potwierdzają rolę skóry, jako narządu swoistego, jak również specjalne stanowisko leczenia śródskórnego.

J. Gelbfisz.

BORKHOLZ. Leczenie róży. (Arch. f. Ohren. Nas. u. Kehlkopfheilk. Bd III H. 3/4 S. 257, 267, 1924).

Autor zaleca leczenie proteinyne pozajelitowo: np. kazeozan dożylnie względnie domięśniowo. W swoich przypadkach osiągnął zupełnie dodatnie rezultaty.

B. Frydman.

NICOLAS J., GATÉ et DUPASQUIER. Leczenie czyraczności. (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg 1924, Nr. 4, S. 227—229, 1924).

Autor zaleca autohemoterapię tylko we właściwej czyraczności; wyłączone są przypadki pojedynczych czyraków i ropnych zapaleń mieszkowych. Nie należy się zrażać, jeżeli przy pierwszych wstrzykiwaniach nie ma efektu, liczba wstrzykiwań — 8 i więcej; należy je kontynuować, chociaż wykwytały, t. j. wykwyty mogły zniknąć po 2—3 wstrzykiwaniach, dla zniknięcia nawrotów należy dołączyć jeszcze 2—3 wstrzykiwania.

B. Frydman.

HERDIEN FORREST E. Leczenie peptonem. (Urol. a. cut. review. T. 28, Nr. 4, S. 211—212, 1924).

Autor w leczeniu pryszczycy swędzących, moknących i zliszajowatych otrzymał zupełnie wyzdrowienie, wstrzykując kilkakrotnie podskórnem 5% rozczyń peptonu.

B. Frydman.

RUMPEL. Leczenie rzeżączki u kobiet za pomocą zastrzyków mleka. (Derm. Zeitschr. Bd 40, S. 335).

Wobec tego, że dotychczasowy sposób miejscowego leczenia rzeżączki u kobiet okazał się niedostatecznym, przeto w ciągu ostatniego dziesięciolecia wypróbowano cały szereg środków domięśniowych i dożylnych. Najlepsze wyniki otrzymano, stosując zastrzyki sterylizowanego mleka. Działanie jego w pierwszym rzędzie objaśnia się wywołaniem przy tem podniesieniem ciepłoty (czasem do 41°), ponieważ gonokoki są bardzo wrażliwe na wysoką temperaturę. Do tego dołącza się również działanie w sensie proteinoaterapii. Aby wzmożnić działanie mleka próbowano dodawać arthigon (0,5 cc). Mleko zastrzykiwano w dawkach po 10 cc w ciągu trzech dni domięśniowo, podczas gdy arthigon dawano dożylnie. Mleko należy zawsze poddać filtrowaniu i sterylizacji w ciągu 10 minut w łaźni wodnej bezpośrednio przed zastrzykiem. Prócz bólu głowy i bolesności miejscowej innych objawów ułecznych autor nie spostrzegł.

Mleko przewyższa wszystkie przetwory sztuczne, jak np. aolan i t. p. Autor najlepszy efekt leczniczy mleka stwierdzał w tych przypadkach, gdzie infekcja ograniczała się tylko do kanału szyi macicznej, nieco słabsze było działanie zastrzyków w rzeżączce cewki. Przypadki zajęcia przy-

datków z podniesieniem ciepłoty autor poddawał leczeniu małemi dawkami (1—3 cc) ze stopniowem ich zwiększaniem i w ciągu dłuższego czasu. W większości przypadków uzyskano zupełne wyleczenie.

Drugie miejsce co do pomyślnych wyników leczenia rzeżączki u kobiet otrzymano przy stosowaniu gonoyatrenu, lecz działanie jego jest mniej energiczne, niż np. mleka. Jako dawek jednorazowych używano domięśniowo lub dożylnie 2,5—5,0 cc, ogólna liczba zastrzyków — 12 z przerwą 3—4 dniową. Powodzenia ze strony gruczołów Bartoliniego nie poddawały się działaniu ani mleka, ani gonoyatrenu, lecz zadawalające wyniki otrzymano przy zastrzykach 5% protargolu w obwód gruczołu.

Edward Bemski.

R. MUTSCHLER. Poronne leczenie przymiotu. (Univ. Klin. f. Haut. u. Ges. — Würzburg).

Poronne można leczyć tylko te przypadki wczesnego przymiotu, kiedy odczyn WR jest ujemny, od chwili zakażenia upłyne najwyżej 3—4 tygodnie, gdy gruczoły nie wykazują zmian. Gdy odczyn WR jest niewyraźny, nie może już być mowy o poronem leczeniu; w tych przypadkach należy minimum dać 2 silne kuracje. Gennrich w 7% wczesnego przymiotu z ujemnym odczynem WR znalazł zmiany patologiczne w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Poszczególne dawki przy poronem leczeniu: 0,45—0,75 gr. Neosalvarsanu; ogólna ilość = 4,5—7,5 gr. Neosalvarsanu. Można obejść się przy leczeniu bez rtęci: Odczyn WR należy sprawdzać w ciągu 3 lat; w pierwszym półroczu — co miesiąc. Po 1—1½ roku po 2—6 tygodniach po prowokacyjnem podaniu salvarsanu — badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Przy takim leczeniu jest prawie 100% pewności wyleczenia.

B. Frydman.

(Według ankiety Rosta większość dermatologów niemieckich wypowiada się przeciwko jednokrotnej kuracji poronnej. Przyp. ref.).

Choroby nerwowe i psychiczne.

Epidemia nieznannej dotychczas choroby ośrodkowego układu nerwowego w Japonii. (Soc. des Nations. Renseign. dest. à paraître dans le Rapport epidemiologique mensuel Nr. 72 de la section d'hygiène).

W lipcu 1924 r. zaczęły ukazywać się na zachodnim wybrzeżu Japonii (w okręgu Tokyama) pierwsze przypadki cierpienia, które początkowo uważano za drętwicę karku, następnie za nagminne zapalenie mózgu, a które w końcu okazało się cierpieniem swoistem, dotychczas zupełnie nieznanem. Epidemia szybko się rozszerzała po całym kraju, dochodząc w sierpniu do największego nasilenia. We wrześniu zaczęła zwolna wygasać.

Do 5 września liczba przypadków, zgłoszonych w urzędzie sanitarnym Japonii środkowej, wynosiła 4,274, a od 5/IX—29/IX tylko 2,277. Rzadko kiedy spostrzegano więcej niż jeden przypadek w rodzinie. Śmiertelność wynosiła 54,85%.

Cierpieniem dotknięte były osoby przeważnie powyżej 50 r. życia, mężczyźni częściej, niż kobiety. Obraz kliniczny cierpienia przypomina do pewnego stopnia nagminne zapalenie mózgu. Początek nagły: podwyższenie ciepłoty ciała, która w ciągu 1—2 dni dochodzi do 41°, często mdłości, wymioty, brak łaknienia, bezsenność. Tętno zwolnione w stosunku do temperatury. Oddech cokolwiek przyspieszony. Niekiedy wysypka petociowa. Język suchy. Czasami zapalenie płuc. Często zatrzymanie moczu, zaparcie stolca. Białkomocz.

Objaw Kerniga dodatni. Brak zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych.

W obrazie chorobowym dominują zaburzenia psychiczne, które ustępują ze spadkiem temperatury.

W przypadkach cięższych głęboka senna; chory przebudzony odpowiada na pytania, przyjmuje pokarmy. W przypadkach cięższych zupełnie zniesienie świadomości i stan majaczeniowy. Ciepłota zaczyna po kilku dniach zwolna opadać (lysis), między 10—15 dnem choroby dochodzi do normy. Wyzdrowienie jest zupełne. Śmierć następuje jeszcze przed spadkiem temperatury.

Płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty wykazuje limfocytozę, niekiedy wzmożoną ilość globulinów (na początku choroby). Krew: 10—20,000 białych ciałek ze znaczną przewagą leukocytów neutrofilowych.

P o s i e w y (z płynu mózgowo-rdzeniowego, z krwi,

z tkanki mózgowej, z nerki i ze śledziony) dały wynik ujemny, natomiast przeszczepienie na króliki wypadło dodatnio.

Badanie pośmiertne: Przekrwienie i obrzęk opon miękkich mózgu, przekrwienie kory mózgowej. W niektórych przypadkach pojedyncze krwotoczki na dnie IV komory.

Bad. drobnowidzowe: nacieki drobnokomórkowe dookoła naczyń krwionośnych w korze mózgowej, w mostku, w rdzeniu przedłużonym.

Płuca: obrzęk, przekrwienie, nacieki w dolnych płatach.

Nerki: zwyrodnienie mięsiste, rozszerzenie miedniczek.

Wątroba: rozlane zwyrodnienie mięsiste.

Śledziona: cokolwiek powiększona, normalnej spistości.

Bau-Prussakowa.

Zapiski lecznicze.

Opracowała M. ERLICHÓWNA (Warszawa).

Z dietetyki chorób dzieci.

We wrześniu przywieziono do mnie ze wsi dziewczynkę półtoraroczną, u której wywiady ustaliły, co następuje: dziecko, urodzone w porę, karmione piersią do roku, dokarmiane od 8 miesiąca, zaczęło mówić i chodzić w 13 miesiącu. Była zawsze szczupłą i drobną, ale zupełnie zdrową, poza lekką dyspepsią w 5 miesiącu życia. Przed 4 tygodniami dostała biegunki do kilkunastu razy dziennie. Wypróżnienia były nieobfite, płynne, ze śluzem, bez domieszki krwi. Ciepłota była normalna; wymiotów nie było. Zawezwany lekarz rozpoznał nieżyt jelit, zapisał lekarstwo, w którym była tanalbina, oraz absolutną dietę, złożoną z herbaty i czarnej kawy, aż do czasu, póki się stolce nie poprawią. Gdy przy tem leczeniu nastąpiło silne osłabienie, a biegunka nie ustawała, rodzice dali dziecku na 3 dzień trochę rosółu. Ponieważ jednak lekarz zganił tę przerwę w diecie, dziecko pozostało na kawie i herbacie do 7 dni! Wtedy stolce były już lepsze, ale stan dziecka coraz bardziej się pogarszał. Wobec tego wezwano drugiego lekarza, który kazał niezwłocznie przerwać głodówkę i podawać co 2 godziny po 2 łyżki stołowe przegotowanego mleka, t. j. około 250—300 gr. na dobę: Czy chodziło tu o stopniowe ostryżne przyzwyczajenie dziecka do pożywienia, czy też może źle zrozumiano wskazówki lekarza, dość, że na tej lub niewiele większej ilości mleka trzymano dziecko do 3 tygodni. W końcu jednak rodzice, zaniepokojeni wzrastającym wyniszczeniem, bladnością i apatią dziecka, przywieźli je do Warszawy. Badanie wykazało: dziecko drobne, małe, leży na łóżku z bolesnym wyrazem twarzy, nie uśmiecha się wcale, popłakuje, pęsdzone, opada natychmiast na poduszki; skóra blada, nieelastyczna, obwisła, ciało niezmiernie wiotkie, śluzówki blade, z wyjątkiem dziąseł, które są przekrwione, obrzmiałe, krwawią przy dotknięciu. Ze strony narządów wewnętrznych zmian się nie stwierdza. Kończyny, zwłaszcza nasyady goleni i uda, są bardzo bolesne na lekki nawet ucisk, widoczna jest obawa przed każdym dotknięciem. Dziecko ożywia się tylko nieco na widok osób jedzących. Stołeczki są stałe, nieobfite, dość ciemne, śluzu nie zawierają.

Z przyczyn odemnie niezależnych nie można było przeprowadzić badań dodatkowych, jak badanie krwi, radiografia kości, a nawet nie można było żywić dziecka.

Zaleciłam żywienie 5 razy dziennie, złożone z 600 gr. krótko przegotowanego mleka, rosółu, kaszek, purée z jarzyn, surowych soków owocowych. Dziecko doskonale tolerowało podawane jedzenie i już po 3 dniach ożywiło się

znacznie. Po upływie tygodnia zaokrągliło się, zaróżowiło nieco, zaczęło siadać o własnych siłach, wyciągać rączki, uśmiechać się, objawy zapalenia i krwawienia dziąseł ustąpiły, znikła bolesność kończyn. Mała pacjentka pojechała na wieś z poleceniem intensywnego żywienia z dodatkiem tranu. Na wsi podobno poprawia się z każdym dniem, zaczyna stać na nóżki.

Pomimo krótkiej i powierzchownej obserwacji przypadek nie nasuwa żadnych trudności pod względem rozpoznania. Głodówka, trwająca około tygodnia, wywołała ogólne wyniszczenie; po tym czasie podawanie małych ilości mleka, które pokrywało zaledwie 1/4 zapotrzebowania kalorycznego i mniej więcej 1/3 niezbędnego płynu, było powodem dalszego wyniszczenia i wysuszenia ustroju. Z drugiej strony brak witamin wywołał niewątpliwie choć jeszcze mało zaznaczone objawy gnilca dziecięcego (morbus Barlowi): bolesność kończyn, krwotoczne zapalenie dziąseł, bladłość skóry i śluzówek. Pod względem klinicznym należy jeszcze podkreślić niezwykłą wytrzymałość dziecka na długotrwałe głodzenie.

Zespół choroby Barlowa taki, jaki widują autorowie francuscy i niemieccy, należy u nas do wielkich rzadkości. Natomiast obraz, tu podany lub jeszcze w słabszym stopniu zaznaczony, spotyka się nie tak rzadko. Jeśli jednak z powodu różnej wrażliwości na brak witamin nie zawsze szybko występują w podobnych warunkach objawy awitaminozy, to u każdego dziecka głodzenie musi oczywiście wywołać objawy ciężkiego wyniszczenia — jest to zrozumiałe nawet dla laika.

Przypadek ten zasługuje na uwagę nie tyle z powodu objawów klinicznych, ile ze względu na niezwykle leczenie, jakie zostało zastosowane. Jest to przykład, jak nie należy leczyć dziecka.

W zasadzie głodzenie dziecka stosujemy w różnych postaciach zaburzeń przewodu pokarmowego, najdłużej jednak w ciągu 12—24 godzin, przy jednoczesnym wprowadzaniu dostatecznej ilości płynów obojętnych. W żadnym jednak razie stwierdzenie biegunki nie upoważnia do głodzenia dziecka przez czas dłuższy.

Wogóle nie trzeba nawet podkreślać, że w leczeniu dziecka obchodzi nas przede wszystkim jego obraz ogólny i wygląd, a nie stan i wygląd jego wypróżnień; stąd lekarz, który czeka na poprawę stolców u głodzonego dziecka, doczekać się może, że umrze dziecko z zupełnie dobrymi stolcami.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie z dnia 14.XI.1924 r.

Było obecnych 15 członków i 5 gości.

Przewodniczący E. L o t h.

1. Zatwierdzono sprawozdanie z posiedzenia poprzedniego (25.VI).

2. E. L o t h przedstawił „Sprawozdanie z międzynarodowego Kongresu antropologicznego w Pradze i wrażenia z wizyty w zakładach anatomicznych uniwersytetów czeskich“.

W przemówieniu prelegent skrytykował stronę międzynarodową i naukową odbytego kongresu, a podkreślił doniosłość wycieczki do Brna, gdzie w muzeum demonstrowa-

no szczątki około 20 szkieletów ludzi przedhistorycznych z grotty Macochy.

Opisując następnie zakłady anatomii opisowej i topograficznej uniwersytetu w Pradze (prof. J a n o s i k, prof. W e i g n e r), prelegent podkreślił, jako zastępcę Czechów, dbałość o stronę podręczników. Ostro jednak skrytykował niedostateczne prosektorjum, gdzie zaledwie 40% słuchaczy może pracować, natomiast 60% nawet noża do ręki nie bierze. Dziwnie też się wydaje stanowisko pedagogów czeskich, którzy, zapytani o to, pogardliwie ruszają ramionami, oświadczając, że przecież przeważnie chodzi o cudzoziemców.

Wreszcie prelegent opisał zakład Anatomii Opisowej niemieckiego uniwersytetu w Pradze (prof. G r o s s e r) oraz

czeskiego w Brnie (prof. V o l k e r).

3. M. K o n o p a c k i podzielił się wrażeniami z wycieczki do Uniwersytetów Jugosławii i Węgier. Prelegent zwiedzał niektóre zakłady lekarskie, głównie zaś anatomiczne i histologiczne w Budapeszcie, Belgradzie, Zagrzebiu i Lublanie.

W Budapeszcie są równorzędne zakłady anatomiczne, kierowane przez profesorów: L e h n h o s s e k a i T e l l y e s n i c z k y e g o, wykładających również i histologię z embriologią. Zakłady te są dość duże i porządnie urządzone, a zwraca uwagę, że posiadają osobne stanowiska preparatorów.

W Jugosławii wydziały lekarskie organizują się nanowo, gdyż przed wojną ich nie było. W Belgradzie i Zagrzebiu organizacja jest już na ukończeniu. W Lublanie uruchomiono zaledwie dwa pierwsze lata. W urządzeniu zakładów uderza pewna nierównomierność, zależna od indywidualnej energii profesorów. Naogół zwraca uwagę wielki rozmach, z jakim państwo organizuje u siebie studia lekarskie.

W Belgradzie anatomja obsadzona jest czasowo przez zastępcę profesora, histologję urządza prof. K o s t i ć, anatomję patologiczną — prof. J o v a n o v i ć.

W Zagrzebiu anatomję urządzał prof. P e r o v i ć, histologję — prof. Z a r n i k.

W braku własnych sił, Jugosłowianie posługują się siłami obcemi. Fizjologję w Belgradzie wyklada prof. B u r j a n (niemiec); w Zagrzebiu prof. Š m i e t a n k a (czech); anatomję patologiczną prof. S a l t y k o w (rosjanin); w Lublanie fizjologiem jest prof. K a n s k y (czech).

W wielu zakładach można było zobaczyć najnowsze urządzenia i aparaty. Szczególnie godny widzenia jest zakład patologji ogólnej i farmakologji w Zagrzebiu (prof. M i k u l i ć i ć), gdzie, obok najnowszych wspaniałych urządzeń do badań teoretycznych, znajduje się oddział kliniczny na 20 łóżek. Zwraca też uwagę, że wszystkie zakłady anatomopatologiczne posiadają chłodzińce dla przechowywania zwłok. Najślabiej urządzony jest uniwersytet lublański, który posiada wszystko zaledwie w początku i w prowizorycznych budynkach. Na zakończenie prelegent podkreślił przychylny stosunek społeczeństwa Jugosławii do Polski i uczelni polskich.

W dyskusji E. L o t h wyraził życzenie, aby uczeni polscy wzięli udział w obsadzaniu katedr uniwersyteckich w Jugosławii. Potem podkreślił także konieczność posiadania stałych preparatów w uniwersyteckich zakładach anatomicznych i zaproponował, aby kierownicy tych zakładów wystąpili do władz z odpowiednim wnioskiem.

4. Zatwierdzono sprawozdanie sekretarza i skarbnika.

5. Do nowego zarządu T-wa wybrano na prezesa prof. M. K o n o p a c k i e g o, na sekretarza dr. C. J a s t r z ę b s k i e g o, na skarbnika dr. Z. Z a k o l s k ą i do komisji rewizyjnej: dr. A. W o j c i e c h o w s k i e g o i J. Z w e i b a u m a.

6. Poza porządkiem dziennym M. K o n o p a c k i zaproponował ustalić na przyszłość terminy posiedzeń T-wa na drugi poniedziałek każdego miesiąca. Propozycja została przyjęta.

Sekretarz: C. J a s t r z ę b s k i.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Posiedzenie z dnia 27.III.1924.

1) W. K n a p p e. Przypadek włośnicy, wyleczony tymolem. Mężczyzna lat 31 z typowymi objawami spojówkowymi i eozynofilią we krwi (15%). Po przedstawieniu dotychczasowych sposobów leczenia, które nie dawały wyników, K. zakomunikował, że w danym przypadku osiągnął wyleczenie poronne za pomocą tymolu według metody M u n k a, mianowicie: Thymoli 4,0+01. Ricini 20,0 w 2 częściach w odstępach 3-godzinnych.

Przy tej sposobności K. przedstawił siostrę poprzedniego chorego, która wykazywała dużą eozynofilię we krwi i w wywiadach miała objawy powiekowe, wyzdrowiała jednak samoistnie bez żadnego leczenia. Eozynofilia utrzymuje się we krwi całemi miesiacami po wyzdrowieniu.

Dyskusja: R ó b i n, K n a p p e.

2) M. H u r w i c z. Dwa przypadki ekstyrpacji krtani z powodu raka.

3) H. J a k u b o w i c z. Przypadek haemoglobinu-

riae paroxysmalis. Przypadek dotyczy 52-letniego mężczyzny, przedtem zdrowego, który pod wpływem dotkliwego zima (przeziębienie nóg i rąk) oraz zmęczenia fizycznego doznał dwukrotnego napadu krwimoczu w odstępie 2-tygodniowym. Z głównych objawów klinicznych zasługują na uwagę częste nudności i wymioty oraz bóle w łędźwiach i wzdłuż przednich części ud. Badanie moczu wykazało 6,5% białka. Odczyn K a s t l e - M e y e r a oraz T h e v e n o n a - R o l l a n d a (na barwiki krwi) występuje jaskrawo już w 100-krotnym rozcieńczeniu moczu, badanie mikroskopowe wykrywa ogromne ilości methemoglobiny oraz znaczną ilość t. zw. cieni krwinek.

Dyskusja: S z e n k i e r, J u s t m a n, J a k u b o w i c z.

4) W. R ó b i n. Przypadek kamicy żółciowej, imitującej wrzód żołądka i zapalenie wyrostka robaczkowego.

Chory M. G., lat 51, od 3 miesięcy uskarża się na zgagę i bóle w 2—3 godziny po jedzeniu. Przed kilkoma laty w Kijowie leżał 7 tygodni w łóżku i przeprowadził typową kurację „wrzodową“ z dobrym wynikiem. R o e n t g e n wykazuje obecnie wyraźne cechy Ulceris praepylorici. Jakkolwiek stwierdzono wyraźnie powiększoną wątrobę, zalecono typowe leczenie wrzodu żołądka. Bóle jednak trwały, choć mniejsze. W tym okresie zaczęto wyczuwać bolesną rezystencję w prawym dole biodrowym. Narada lekarska zdecydowała, wobec bezskuteczności leczenia wrzodowego, przesunąć punkt ciężkości na wyrostek robaczkowy i ewent. operować. Wówczas wystąpiła lekka żółtaczka, wskutek czego założono zgłębnik dwunastniczy. W zawartości dwunastnicy stwierdzono b. liczne kryształki cholesterolu. Leczenie skierowano na wątrobę (wlewania oliwy do dwunastnicy) i po 6 wlewaniach bóle całkowicie ustąpiły. Od tego czasu minął rok i bóle nie wracają.

Dyskusja: K n a p p e, H i g i e r, S z e n k i e r, R ó b i n.

5) A. L i c h t e n b a u m. Znaczenie kliniczne zgłębnikowa dwunastnicy. (Odczyt).

Zgłębnik dwunastniczy znajduje coraz szersze zastosowanie kliniczne tak w celach rozpoznawczych, jak i leczniczych. Dzięki niemu dotarliśmy do odcinka jelit, dotąd niedostępnego, co znakomicie ułatwia rozpoznanie całego szeregu chorób. Wprowadzano do krwioobiegu błękit metylenowy i indygoкармин, aby ustalić czas wydzielania barwika przez przewody żółciowe u osób zdrowych i chorych. Wprowadzano do dwunastnicy 25% roztwór siarczanu magnezu lub 5% roztwór peptonu i w zależności od barwy, zgęszczenia i rodzaju elementów morfologicznych wydobytej żółci starano się różniczkować schorzenia woreczka żółciowego i samej wątroby. L. badał w pracowni d-ra R ó b i n a w latach 1920—21 zaczynał trzustkowe; wyniki tych badań nie upoważniają jednak do ścisłego rozpoznania chorób trzustki, z wyjątkiem zupełnego braku fermentów. Dużę znaczenie posiada zgłębnik dwunastniczy w terapii. E i n h o r n wprowadza go do dwunastnicy na 14 dni i karmi w ten sposób chorych z owrzodzeniami żołądka lub dwunastnicy. R ó b i n i S i n g e r wprowadzają do dwunastnicy oliwę w kamicy żółciowej. L y o n, U m b e r i inni stosują 25% roztwór siarczanu magnezu w zapaleniach woreczka żółciowego. A. S c h m i d t wprowadzał przez zgłębnik do jelit tlen w t. zw. dyspepsji fermentacyjnej. N o o r d e n zaleca 1% wodę utlenioną w uporczywych biegunkach pochodzenia fermentacyjnego.

Dyskusja: J u s t m a n, M e s z, K n a p p e, D o b r y s z y c k i, S z e n k i e r, H i g i e r, R ó b i n, L i c h t e n b a u m.

Posiedzenie z dnia 10.IV.1924.

I. L i c h t e n b e r g. Przypadek akromegalji z objawami zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego (z oddziału d-ra L e w i n a).

Chory I. H., lat 17, do 14-go roku życia rozwijał się normalnie i nie chorował. Przed 3-ma laty szkarlatyna, po której zaczął szybko rosnąć i tyć. Od roku miewa napady zamroczeń, „absence“, trwające 1—2 dni, bez drgawek. Napady silnych bólów głowy z wymiotami. Dawniej sypiał do 16-godzin na dobę, obecnie bożsenność Łaknienie i pragnienie niewzmożone. Sensacje smakowe i węchowe Libido sexualis, erectio et ejaculat'o absunt. Wzrost wysoki (179 cm.), budowa mocna. Uwłosienie prawie żadne. Głowa duża, obwód czaszki—60 cm. Nadmiernie rozwinięty nos i małżowiny

uszne, duża szczeka dolna, grube wargi. Obfita podściółka tłuszczowa. Prącie i moszna niedorozwinięte jądra niewyczuwalne. Hypotonja mięśni. Defekty intelektualne i ośpienie afektywne. Dno oczu i pole widzenia—normalne. Mocz C. g. 1005—1009 przy 2—3 l. trach na dobę. We krwi 35% limfocytów. R o e n t g e n: siodło tureckie ogromnych rozmiarów, zniekształcone z powodu zniszczenia dna siodła, kości stopy i dłoni duże, serce duże, grasica zanikła.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na współistnienie akromegalji z objawami zwyrodnienia tłuszczowopłciowego (guz przedniego płata, uciskający na tylny płat, względnie na ośrodki dna 3-ciej komory),—na początek po szkarlatynie, — na napady „absence“ (ucisk na cornu Ammoni), — na zaburzenia snu (ucisk na dno 3-ciej komory),—polifagję i polidypsję, — na sensacje wchłowe, na hypotonję mięśniową,—wreszcie na zaburzenie psychiczne i brak zaburzeń ocznych (guz intrasellarny).

Dyskusja: J u s t m a n, S z w a r c, L i c h t e n b e r g.
2) M. H u r w i c z. Najnowsza technika operacyjna i leczenie pooperacyjne raka krtani. (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dnia 24.IV.1924.

1) M. D o l k a r t. Przypadek neuralgji plexus mesenterici. Z. I., lat 30. Od 5 lat napady gwałtownych bólów brzucha, promieniujących do odbytnicy i jąder, trwających 1—2 godzin, niezależnych od posiłku, bez wymiotów. Wypróżnienia 2 razy dziennie, uformowane. Początkowo miewał napady raz na miesiąc, po przebytej zaś ½ roku temu sprawie gorączkowej—miewa je kilka razy dziennie. Stan obecny: odżywianie dobre, tachycardia, stałe rozszerzenie żreń, brak odruchu z łącznicy i gardzieli, odruchy kolanowe wzmożone. Stały punkt bolesny, ściśle ograniczony znajduje się o 2 cm. na lewo od pępka i na palec niżej od tego miejsca, pozatem punkt M-c B u r n e y a jest bolesny tylko w czasie napadu bólu. Mocz bez zmian, rentgenogram kiszki grubej—norma. D. rozpoznaje nerwoból plexus mesenterici (mesogastralgia B u c h a) i wyłącza wiażdżenia, kolkę nerkową, zwężenie okrężnicy, kolkę ołowaną, zapalenie wyrostka robaczkowego; chory otrzymuje tylko roborantia i nervina i czuje się dobrze.

Dyskusja: H i g i e r, J u s t m a n, O r z e c h, L i c h t e n b e r g, R ó b i n, D o l k a r t.

2) G. B y c h o w s k i. O istocie psychoanalizy (Odczyt). Streszczenie nie nadesłane.

Posiedzenie z dnia 8.V.1924.

1) Dyskusja nad odczytem G. B y c h o w s k i e g o: „O istocie psychoanalizy“, zabierali głos H e r m a n, B r y z m a n i G. B y c h o w s k i.

2) L. J u s t m a n. „Najnowsze poglądy na zaparcie stolca nawykowe“ (Odczyt). Rzecz wydrukowana w Czasopiśmie Lekarskim.

W dyskusji zabierali głos: Z. B y c h o w s k i, D. S z e n k i e r, R ó b i n i J u s t m a n.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 11.XI.1924.

L. A n i g s t e i n wygłosił referat p. t.: Studja zbiorowe komisji Ligi Narodów nad malarją w Europie południowej i wschodniej.

Sekcja higieny Ligi Narodów zwołała latem r. b. Komisję Malaryczną złożoną z przedstawicieli 12-tu państw europejskich, wśród których był i prelegent

Zadaniem komisji było przeprowadzenie badań epidemiologicznych nad malarją w Europie południowej i wschodniej. Badania te prowadzono w Jugosławiji, Grecji, Bułgarji, Rumunji i Rosji. Malarja jest chorobą społeczną. Z państw bałkańskich najbardziej dotknięta jest nią Jugosławja, szczególnie Dalmacja, gdzie w niektórych miejscowościach prawie cała ludność jest zakażona. W Macedonji greckiej sprawa ta jest szczególnie groźna ze względu na nieuregulowaną repatriację uchodźców z Turcji — nosicieli zarazków zimnicy. W Jugosławiji i Grecji przeważa postać złośliwa malarji podzwrotnikowej, w Rumunji i Bułgarji przebieg malarji jest znacznie łagodniejszy. W Rosji liczba malaryków wynosi obecnie 12 milionów, przyczem głównymi terenami malarycznymi są Ukraina, Kaukaz, oraz gubernje nadwołżańskie, szczególnie zaś republika Niemców nad Wołgą, gdzie wskutek wojny i głodu postać podzwrotnikowa została rozpowszechniona.

W porównaniu z rokiem zeszłym malarja osłabła zarówno w Rosji, jak i w państwach bałkańskich i przybrała charakter endemji. Komisja zbadała również akcję zwalczania malarji w poszczególnych państwach.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dnia 21.III.1924.

1) H e r t z Ryszard. O wartości praktycznej badania krwi w chorobach wewnętrznych (autoreferat nie nadesłany).

2) E r l i c h ó w n a M a r t a. Odrębność krwi dziecięcej pod względem fizjologicznym i patologicznym (było drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.“).

Posiedzenie z dnia 5.IV.1924.

1) G o l d s t e i n i L e w i n. Dwa przypadki operacji S a u e r b r u c h a (autoreferat nie nadesłany).

2) B r e g m a n. Dwa przypadki nowotworu mózgu, leczone promieniami R o e n t g e n a (autoreferat nie nadesłany).

3) B a u - P r u s a k o w a. Dystrophia genito-sclerodermica, pokaz przypadku (autoreferat nie nadesłany).

Posiedzenie z dnia 12.IV.1924.

J a n o w s k i Wł. Kliniczne postaci niemiaryowości tętna (nie nadaje się do krótk. streszcz.).

Posiedzenie z dnia 2.V.1924.

1) Z y l b e r l a s t - Z a n d o w a. Przypadek zaburzeń czuciowo-odżywczych pochodzenia mostowego (było drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.“).

2) P o p o w s k i. Przypadek trombopenji.

3) H u r w i c z M. i S r e b r n y. Z dziedziny rozpoznawania i leczenia raka krtani (było częściowo drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.“)

Posiedzenie z dnia 24.V.1924.

L a n d a u i H e l d. O stanach żółtaczkowych (było drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.“):

Posiedzenie z dnia 14.VI.1924.

1) M a r k u s f e l d: a) Przypadek naevus unilaterialis; b) Przypadek choroby Recklinghausena (autoreferat nie nadesłany).

2) L a n d s b e r g i K o ł o d z i e j s k i. O wpływie insuliny na gojenie się ran (autoreferat nie nadesłany).

3) G r o t t. Oznaczanie ilościowe odczynu Gerhardta w moczu (autoreferat nie nadesłany).

4) Z y l b e r l a s t - Z a n d o w a. O narządzie ochronnym układu nerwowego ośrodkowego (było drukowane na innem miejscu).

Posiedzenie z dnia 27.IX.1924.

B r o k m a n. Zdobyte pedjatrii w dziedzinie badań nad odpornością i zapobieganiem chorobom zakaźnym (drukujemy w numerze bieżącym naszego pisma).

Posiedzenie z dnia 4.X.1924.

1) M e r e n l e n d e r i S i m c h o w i c z. Dwa przypadki skóry fałdowanej ciemnią (cutis verticis gyrata), z których u jednego 40 letniego mężczyzny fałdy przebiegają w postaci zwójów mózgu (skóra kłęta), u drugiego zaś (26 letniego) w postaci równoległych fałd, dających się przedłużyć ku czołu. Pokaz odnośnych preparatów histopatologicznych skóry, wyciętej u obu chorych (Przypadki te będą dokładnie opisane w pracy, która ukaże się w naszym piśmie).

S a b a t demonstrowa rentgenogramy jednego z powyższych przypadków oraz rentgenogram własnego przypadku, demonstrowanego we Lwowskim Tow. Lek. We własnym przypadku zmiany skóry ciemnienia S a b a t uważa za jeden z objawów akromegalji. H e r m a n spostrzegł parę podobnych przypadków u umysłowo chorych w Kochanówce, specjalnie u epileptyków H i g i e r sądzi, że niema dowodu, ażeby sprawy zapalne lub przymiotowe odgrywały w tej chorobie jaką rolę.

H. przypuszcza, że przerosł mezenchymalnej podskórnej tkanki śluzowej najlepiej tłumaczy tę anomalię rozwojową, głównie u psychopatów „spotykana“.

2) Zylberlast-Zandowa. Przypadek dystrophiae adiposo-genitalis pochodzenia zapalnego.

Przypadek dotyczy 13-letniego chłopca, który przed 3 lata nagle na letnisku zapadł przy objawach utraty przytomności i drgawek ogólnych z pianą na ustach. Napał ten miał miejsce na spacerze, nie był zwiastowany żadnymi dolegliwościami, trwał około pół godziny, poczem chłopiec uskarżał się na silny ból głowy. Mógł powrócić do domu przy pomocy postronnej. Następnego już dnia był wesół. Bóle głowy ustąpiły, natomiast skarżył się na mrowienie w prawej kończynie dolnej, chód stał się niezręczny. W parę tygodni po wypadku zauważono, że i górna kończyna nie porusza się tak sprawnie, jak poprzednio. Jednocześnie matka po kilku zaledwie tygodniach nieobecności swej z przerażeniem skonstatowała, że syn przez ten czas utył do niepoznania. Podobno w tym czasie miał duże pragnienie i pił wiele wody.

Bóle głowy nie powtarzały się, żadnych dolegliwości nie odczuwał. Z notatek d-ra Flataua (uprzejmie mi zakomunikowanych) wynika, iż chory w tym czasie miał zmiany na dnie oczu w postaci zastoiny obustronnej. Badanie krwi na odczyn Wassermann'a wypadło ujemnie, również żadnych zmian nie wykazał rentgenogram czaszki.

Stan obecny wykazuje co następuje: chłopiec jest niezmiernie tęgi, przy wzroście raczej wysokim (150 cm.) waga wynosi 69 kilogramów. Tkanka tłuszczowa skupiona jest przeważnie w okolicy sutków i brzucha, co przy twarzy raczej dziewczęcej nadaje chłopcu wygląd niewieści. Brak zupełny owłosienia pod pachami i na spojeniu łanowym. Narządy płciowe są niezmiernie słabo rozwinięte, prącie krótkie, jądra drobne, jak ziarna grochu.

Prawe kończyny są upośledzone zarówno co do siły, jak i sprawności ruchów. Najbardziej upośledzone są odcinki odśrodkowe — palce dłoni oraz stóp. Ruchy tych ostatnich są przeważnie zniesione.

3-letnie trwanie choroby z tak dużą poprawą, z zupełnym ustąpieniem objawów ze strony nerwów wzrokowych pozwala wyłaczyć nowotwór, a każe nam rozpoznać cierpienie raczej zapalne mózgu. Sądzić musimy, iż był to przypadek surowiczego zapalenia opon oraz tkanki mózgowej, przyczem ognisko chorobowe musiało się ulokować w przysadce mózgowej.

W dalszym ciągu prelegentka omówiła patogenezę omawianego cierpienia oraz obecny stan wiedzy o tej sprawie.

Szwarc zwrócił uwagę na to, że schorzenia, określane dotąd jako degeneratio adipso genitalis, nie zależą od schorzenia samej przysadki, ile od układu, który obejmuje sobą i przysadkę i śródmózgowie; pod tym kątem widzenia stają się zrozumiałe te przypadki, w których znajdują się minimalne zmiany w przysadce, a znaczne w śródmózgowiu, i dlatego tak rzadko widuje się w tych razach zajęcie Chiasma nn. opticorum.

Sabat stwierdza, że jeden z rentgenogramów wykazuje rozszerzenie wejścia do siodełka tureckiego,

Higier wyłącza cierpienie przysadki, guz i zapalenie mózgu, a rozpoznaje ostre surowicze zapalenie opon; wreszcie zapytuje, czy chłopiec pochodzi z rodziny otyłych, gdyż hydrocefalia przeważnie przy konstytucjonalnym uśposobieniu do tycia daje adipositas dystrophico-genitalis.

Mamrot przypomina, że w literaturze polskiej jest opis przypadku Pechkrantza i Mamrota, oraz stwierdza brak rentgenogramu kości w przypadku demonstrowanym, który powinien wykazać brak zrostu nasady z cranium.

Prelegentka kol. Mamrotowi wyjaśnia, iż pomięła piśmiennictwo zarówno polskie, jak i cudzoziemskie rozmyślnie, by nie przedłużać przemówienia.

Przypuszczenie kol. Higiera, iż jest to przypadek li-tylko surowiczego zapalenia opon nie może się ostać, wobec faktu, iż niedowład połowiczy u pacjenta trwa od lat trzech bez żadnych wahań, czego nie widzimy nigdy, w przypadkach zależnych od rozszerzenia komory bocznej, należy zatem uznać istnienie ogniska zapalnego samej tkanki mózgowej. Co się dotyczy zagadnienia, czy zespół jest wywołany zachorzeniem przysadki, czy też tkanki nerwowej wokół lejka, to zwolennicy pierwszej teorii zbijają twierdzenie przeciwników w ten sposób, iż mówią, że tam, gdzie przysadka jest nietknięta, schorzała zaś tkanka u podstawy mózgu, przyczyną zaburzeń tłuszczowo-płciowych ma być jednak

przysadka, której hormony nie mogą swobodnie przedostawać się do mózgu wskutek uszkodzenia tkanki, łączącej przysadkę z podstawą mózgu. Chory pochodzi istotnie z rodziny otyłej, która pod względem płciowym jest zupełnie normalna. Uwaga kol. Sabata, iż wejście do siodełka tureckiego jest rozszerzone, jest ważna i sprzyja przypuszczeniu, iż mamy tu do czynienia z rozszerzeniem III komory wskutek surowiczego zapalenia opon.

Jochweds i Petrynowski. Przypadek wrodzonej wady serca (Stenosis a. pulmonalis cum ductu Botalli persistenti?) (z II kliniki wewn. Uniw. Warsz.).

Demonstrowany chłopiec M. R., lat 15, niedorozwinięty fizycznie i umysłowo, od najwcześniejszego dzieciństwa przedstawiał objawy wrodzonej wady serca w postaci sinicy, duszności i bicia serca, występujących po wysiłku. Przed pół rokiem przebył ciężką zimą; od tego czasu nastąpiło znaczne pogorszenie. Po omówieniu kazystyki wad wrodzonych serca, wobec stwierdzenia u chorego następujących objawów: wybitnego powiększenia rozmiarów prawej komory (md=7,9 cm., ms=5,7 cm.), stłumienia Gerhardta, znanego powiększenia cienia naczyń od podstawy ku górze; chropowatego, długiego szmeru skurczowego, najwyraźniej słyszalnego nad tętnicą płucną, promieniającego ku tętnicom dogłównym, ku grzebietowi — na poziomie grzebienia lewej łopatki oraz ku prawemu sutkowi, b. słabo słyszalnego nad koniuszczkiem oraz pod lewą pachą, wobec wycewualnego drżenia skurczowego i mocnego, kłapiącego II tonu nad tętnicą płucną — pomimo braku rozszerzenia łuku tętnicy płucnej, J. i P. przychodzą do wniosku, że mają tu do czynienia z trudnym i zakłamanym pod względem rozpoznawczym przypadkiem wady wrodzonej serca, najprawdopodobniej z zwężeniem tętnicy płucnej i jednocześnie z przetrwałym przewodem Botalla. Zaznaczają przytem, że ilość CO₂ w wydychanym powietrzu w spokoju pomimo sinicy jest zmniejszona (zamiast powyżej 5 litrów na 1m² i godz. — 4,2 litra) oraz, że istnieje różnica pomiędzy ciśnieniem maksymalnym kończyn górnych na korzyść kończyny prawej (120 10 mmHg).

W dyskusji Higier zwraca uwagę, że chory dotknięty jest infantylizmem cielesnym. Infantylizm ten, znany w literaturze jako infantilisme cardio vasculaire, łączy się często z infantylizmem psychicznym, co daje zwyczajne głupactwo lub debilitas z mongolizmem, swoistą wrodzoną wadą serca.

Sabat zaznacza, że rentgenogram nie wykazuje figury, swoistej dla ductus B. persistens, na to Mesz odpowiada, że możliwe są takie wady bez typowego obrazu rentgenowskiego.

W odpowiedzi referent (J.) podkreśla, że w większości przypadków zlokalizowane dokładne wady wrodzonej serca jest rzeczą niemożliwą, oraz, że w przypadku demonstrowanym wspomniane rozpoznanie jest tylko najbardziej prawdopodobne. Co się tyczy powiększenia łuku tętnicy płucnej, to opisywane są w literaturze przypadki drożnego przewodu Botalla bez powiększenia łuku (Abelmann) i odwrotnie, przypadek, w którym tętniakowi tętnicy płucnej towarzyszył zarośnięty przewód (Arnheim).

Karbovski. Z kliniki i anatomii patologicznej gruźlicy narządu słuchowego.

Gruźlica narządu słuchu jest cierpieniem lokalnym ogólnie zakażonego organizmu. Badania muszą być prowadzone w tym samym kierunku, w jakim są prowadzone badania nad ogólną gruźlicą. Po uwzględnieniu danych z teorii odporności kwestia przebiegu gruźlicy narządu słuchu, dotychczas niezrozumiała, staje się dla nas coraz bardziej jasną.

Wszystkie postacie gruźlicy narządu słuchu, również różnorodność przebiegu układu się w ramach teorii odporności. Wszystkie postacie mogą być podzielone na dwie grupy:

- 1) Postacie przy dostatecznej odporności.
 - 2) Postacie przy niedostatecznej odporności.
- Przy dostatecznej odporności obserwujemy:
- a) postać suchą; b) postać nacieczeniową; c) postać Möllera; d) postać Scheibe-Bezolda.
- Przy niedostatecznej odporności:
- a) postać grzybowatą; b) postać wysiękową; c) postać w okresie przedśmiertnym; d) postać prosówkową.

Czyste postacie wyłącznie rozrostowe lub też wyłącznie wysiękowe są b. rzadkie; przeważają postacie mieszane, w których dominują te lub inne zmiany anatomiczne.

w zależności od przyływu i odpływu sił odpornych organizmu.

Gruźlica ucha wewnętrznego pod względem anatomicznym i klinicznym jest również w ścisłej zależności od stanu odpornościowego organizmu. Godne uwagi jest jednak to, że we wczesnych okresach niema zmian anatomopatologicznych — typowych dla gruźlicy. Niektórzy badacze skłonni byli uważać te zmiany za niegruźlicze.

Obecnie jednak niekoniecznie muszą być gruzełki dla rozpoznania sprawy gruźliczej; wystarczy stwierdzone współdziałanie pałeczki *Koch'a*. Prawdopodobnie w cieczy przychłonkowej pałeczki gruźlicze giną, i występuje działanie toksyczne. Doświadczalnie stwierdzono, że pałeczki *Koch'a*, wprowadzone do kanału kręgowego szybko giną, w płynie zaś mózgowo-rdzeniowym zjawia się pleocytoza. Ciecz przychłonkowa błędnika nie różni się niczem od płynu mózgowo-rdzeniowego.

(Autoreferat).

Posiedzenie z dnia 25.X.1924.

Higier H. O pograniczach padaczki. (Było drukowane w Nr. 11 naszego pisma).

Sterling Wł. Stanowisko kliniczne padaczki. Stanowisko kliniczne t. zw. padaczki samoistnej ugruntowuje się nie tylko drogą wyłączenia rozmaitych drgawek objawowych w organicznych zachorzeniach mózgowia, ale przede wszystkim drogą odgraniczania tych licznych stanów pokrewnych i różnorodnej symptomatologii, których analiza stanowiła właściwą treść referatu. Ze stanów tych natury organicznej omówione zostały: postaci kliniczne t. zw. wrzekomego Jacksona, t. zw. status hemiepilepticus idiopathicus, t. zw. padaczka pokłowa, padaczka późna, przypadki idjotyzmu z padaczką, specjalnie zaś stwardnienie guzowate, następnie postacie, opisane przez Kożewnikowa, padaczka miokloniczna oraz padaczka pozapiramidowa (Sterling). Ze stanów pad. czynnościowych podane zostały analizy t. zw. drgawki psychasteniczne, pad. afekcyjna, psycholepsja oraz t. zw. napady naczyniowo-błędne. Specjalną uwagę poświęcono krótkotrwałym stanom zamroczenia wieku dziecięcego (pyknolepsja), podnosząc ich charakter, odrębny od padaczki i odgraniczając je od napadowych stanów snu, hypnolepsji. Omówiono następnie stosunek padaczki do hysterji i stwierdzono niedopuszczalność przyjmowania postaci przejściowej pomiędzy padaczką, a hysterją. Na zasadzie analizy klinicznej wymienionych tutaj stanów pokrewnych padaczce stwierdzono dominujące obecnie tendencje do bardzo znacznego ograniczenia terenu padaczki idjopatycznej, lecz bynajmniej nie do zniwelowania jej jako autonomicznej jednostki chorobowej (Stanowisko Binswängera, Gruhle, Spielmeiera, Sterna, Reinhardta i referenta).

(Autoreferat).

Posiedzenie z dnia 8.XI.1924.

Landau An. Dwa przypadki kiły narządów wewnętrznych.

Omówienie przypadku aortitis luetica z cierpieniem nerwów, które ref. na mocy badania charakteryzuje, jako nefrosklerozę z domieszką nefrozy.

Przypadek długotrwałego cierpienia żołądka u osobnika, dotkniętego kiłą, i na pierwszy rzut oka mogącego ucho-

dzić za crises gastriques. Badanie wykazuje prawdopodobnie ulcus ventriculi lueticum.

Wł. Sterling. Przypadek zespołu ciała prądkowanego.

Hyperkineza. Drganie warg, języka, krtani, podniebienia. 3 napady padaczki, dwa z nich z drgawkami. Początek nagły, bez gorączki. Po wyłączeniu nagminnego zapalenia mózgu S. rozpoznaje cierpienie ciała prądkowanego na tle zapalno-naczyniowym.

Landsberg. Pokaz nowej próby doraźnego stwierdzenia azotemji. Wychodząc z założenia, że w ślinie znajdujemy te same ilości mocznika, co i we krwi, oraz posługując się nową barwną reakcją na mocznik, L. proponuje, aby w celu badania na azotemji do paru kropel śliny dodawano parę kropel odczynnika Ehrlich'a. Występowanie zielonkawego zabarwienia wskazuje na obecność azotemji powyżej 50 mg.

Funk zdaje sprawę ze swych badań nad insuliną, z których wynika, że prawdopodobnie insulina działa w ten sposób, że usuwa z krwiobieg cukru, łącząc go z kw. fosforowym (hezoza—kw. dwufosforowy, lactacidogen). Dlatego też wzrastająca ilość jednostek insuliny tylko do pewnego stopnia wzrasta w swem działaniu, po osiągnięciu maximum, dalsze wyższe dawki insuliny nie działają mocniej.

Podanie jednoczesne soli fosforowych wraz z insuliną usuwa tę nieprawidłowość w działaniu wysokich dawek insuliny. F. uważa, że wykrycie zależności działania insuliny od ilości soli fosforowych we krwi może mieć doniosłe znaczenie teoretyczne i praktyczne.

Goldstein, omawia metodykę przeszczepiania jąder według Wronowa i wskazuje na doniosły wpływ tego zabiegu na hodowlę zwierząt oraz na „odmładzanie” ludzi.

W dyskusji nad przypadkami Landaua zabierali głos Goldflam i Knappe.

W dyskusji nad odczytem Funka—Landau i Landsberg.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Lentz mówił o nowej chorobie Zatoki Świeżej (Frisch Haf) na posiedzeniu Berlińskiego Tow. Lekarskiego dnia 10/XII 1924 r. Poczynając od lipca r. b, aż do listopada zanotowano wśród rybaków Zatoki Świeżej (koło Królewca) około 600 przypadków ciężkiego cierpienia, występującego nagle. Cierpienie to polega na dotkliwych bólach w mięśniach kończyn i tułowia, doprowadzających do zupełnego zeszywnienia chorego. Stan taki trwa 2—3 godziny i po wystąpieniu dreszczy zaczyna z wolna ustępować. Po takim napadzie chory uczuwa w ciągu kilku do kilkunastu dni wielkie osłabienie mięśni. Po napadzie występuje hemoglobinuria i methemoglobinuria, białkomocz oraz waleczki. We krwi stwierdza się wybitną leukocytozę oraz liczne krwinki ziarniste i wylugowane. Śmiertelność minimalna. Ciekawem jest, że chorują tylko ci rybacy, którzy łowią ryby w zatoce; przebywają na łodziach nie uodporniając. Badania bakteriologiczne, chemiczne i hydrologiczne czynią prawdopodobnem, iż mamy do czynienia z zatruciem krwi przez wyziewy płytkiej i błotnistej zatoki, albowiem woda oraz błoto zatoki, zanieczyszczone przez sąsiednie fabryki celulozy, zawierają 0,0025% czystego arsenu, zamienianego przez wodorosty na AsH_3 . Arsenowodor zaś jest bardzo silnym jadem krwi,

(Med. Klinik Nr. 51, 1924). L.

Zjazdy.

88 Zjazd przyrodników lekarzy niemieckich odbył się we wrześniu r. b. w Innsbrucku. Z pośród licznych poruszonych na zjeździe tematów z zakresu medycyny na uwagę zasługują sprawa wola, omawiana przez Wegelina (Bern) z punktu widzenia anatomopatologa, Krausa (Berlin) ze strony fizjologicznoopatologicznej i klinicznej, wreszcie przez Eiselsberga, jako chirurga. Zdaniem Wegelina sam jod nie tłumaczy jeszcze powstawania wzrostu gruczołu tarczowego. Pod względem przyczynowym należy brać pod uwagę odżywianie, zakażenia, florę kiszkową,

wpływ substancji radioaktywnych, wreszcie czynniki dziedzienczone endogenne. Kretynizm endemiczny jest przeważnie hypotyreoza. Obszerne rozważania Krausa obracały się naokoło hormonu, zawierającego jod, — tyroksyny.

Bardzo złożone szczegóły, odnoszące się do czynności gruczołu tarczowego, drobniawo rozpatrywane przez Krausa, nie dadzą się streścić w kilku słowach; w ocenianiu praktycznym wola posiłkować się należy badaniami układu wentylacyjnego i innymi metodami. Podawanie niewielkich dawek jodu w celu zapobiegawczym niewątpliwie oddaje świat-

ne usługi. Zdaniem E i s e l s b e r g a dobrze wykonany zabieg w odpowiednio wskazanym przypadku zawsze daje dobre wyniki. W nowszych czasach skutecznie konkuruje z chirurgią leczenie promieniami, które również naogół daje dobre wyniki w odpowiednich przypadkach. W ożywionej na temat powyższy dyskusji wskazywano na konieczność ostrożnego podawania jodu w celach zapobiegawczych i na niebezpieczeństwo, związane z podawaniem nadmiernych dawek.

P o m m e r, K i e n b o c k i C o o s e r referowali sprawę osteoporozy na wspólnym posiedzeniu internistów, chirurgów i rentgenologów.

N o n n e, mówiąc o leczeniu kiły późnej i metakiły, rozróżnia kiłę układu nerwowego i kiłę mózgu i rdzenia. W pierwszym przypadku cierpienie umiejscawia się w tkankach, pochodzących z zewnętrznego listka zarodkowego, w drugim cierpią drobniutkie naczynia otoczek mózgu i rdzenia lub tworzą się kilaki (cierpią tkanki, pochodzące z środkowego listka zarodkowego). Pierwsza postać daje niekiedy samoistne poprawy lub czasowy spokój, druga przebiega dodatkowo jedynie pod wpływem odpowiedniego leczenia. Dotąd nie jest dowiedzione, czy istotnie wprowadzenie salwarsanu zmniejszyło liczną występujących tabesów i porażań postępujących.

Odczyn W a s s e r m a n n a w płynie mózgowordzeniowym ma wartość tylko wtedy, kiedy jest dodatni. Sam jednak dodatni odczyn W a s s e r m a n n a bez jakiegokolwiek objawów klinicznych nie uprawnia jeszcze do przeprowadzenia kuracji przeciwkiłowej, zwłaszcza, gdy nie znikną on po najsilniejszej kuracji. W porażeniu postępującym najlepsze wyniki daje szczepienie zimnicy. K y r l e (Wiedeń) widział najlepsze wyniki od zimnicy w tych przypadkach, w których żadna kuracja nie mogła doprowadzić do ujemnego W a s s e r m a n n a we krwi czy w płynie mózgowordzeniowym. K y r l e stosuje surowicę i w przypadkach kiły drugorzędowej w ten sposób, że po kilku zastrzykaniach neosalwarsanu szczepi zimnicę, by po 20 mniej więcej dniach usunąć gorączkę z pomocą chininy i znów zastrzyknąć pewną dawkę neosalwarsanu.

W sekcji rentgenologicznej B o r a k (Wiedeń) zdawał sprawę z dodatnich wyników naświetlania przysadki mózgowej w niektórych postaciach moczołki cukrowej, w przypadkach braku miesiączki i bolesnego miesiączkowania.

Niezmiernie liczne odczyty z wszystkich dziedzin nauki lekarskiej nie przyniosły naogół nic szczególnie nowego. Bardzo interesujące były niektóre odczyty z dziedziny nauk przyrodniczych (np. F r i s c h a z Wrocławia o pszczołach).

(wedł. Klin. Woch. i D. m. Woch.). M. G.

VI Międzynarodowy Zjazd Lekarski w Karlsbadzie.

Pod skromną nazwą międzynarodowych kursów lekarskich odbył się w Karlsbadzie w czasie od 7—13 września zjazd lekarzy, liczący 300 uczestników, w tem z Polski około 100 osób. Zjazdy te, zainicjowane 12 lat temu przez radę miejską Karlsbadu, początkowo miały na celu rozszerzenie i pogłębienie wśród lekarzy wiedzy lekarskiej w dziedzinie balneologii. Karlsbad, jako jedna z pierwszych i wzorowych miejscowości kuracyjnych w okresie swego rozkwitu, nadawał się do urządzania tego rodzaju Zjazdów. Już pierwsze 2 zjazdy okazały się wielce pouczające i bardzo żręcznie zorganizowane. Po tych pierwszych nastąpiła 6-letnia pauza, spowodowana wojną wszechświatową, i dopiero 2 lata temu, kiedy po ciężkich przejściach wojny światowej ludzkość zaczęła się uspakajać i politycznie i gospodarczo, zjazdy te zostały wznowione, i obecnie po raz 6 zjechali się do Karlsbadu bardzo liczni lekarze, przedstawiciele wszystkich narodów cywilizowanych.

Z Polski, jak zaznaczyłem, przybyło około 100 lekarzy, co dowodzi, że poszukiwanie nauki poza krajem, które w ostatnich latach, z przyczyn od nas niezależnych, wyszło, że tak powiem, z mody, się wznowia, i nasza pod tym względem przedsiębiorczość zaczyna się ożywiać.

Jak to wa wstępnie zaznaczyłem, głównym celem zjazdów jest, choć ramy zjazdu zostały bardzo rozszerzone, zawsze balneologia i balneoterapia. W dziedzinie tej powstały nowe poglądy, oparte na zdobycach chemii fizjologicznej, która znakomicie objaśnia czynnik leczniczy—balneoterapii.

Na tegorocznym zjeździe poruszone były i inne dziedziny medycyny, zawsze wielce interesujące i mające praktyczne znaczenie.

Po przemówieniu sekretarza i powitaniu zebranych przez burmistrza, szereg odczytów rozpoczął prof. A s c o l i z Rzymu, wygłosiwszy swój odczyt po włosku o przewlekłej malarji. Prof. A s c o l i zaleca znany nam środek przeciwko malarji, mianowicie chininę, ale kładzie nacisk na długotrwałe stosowanie tego leku.

Duże zainteresowanie wzbudził referat prof. C h a g a s a z Rio de Janeiro o chorobie znanej w Brazylii pod nazwą choroby C h a g a s a. Jest to nowa postać chorobowa, którą autor na licznych przypadkach obserwował i dokładnie opisał. Choroba ta, panująca w strefie gorącej, powstaje i przenosi się przez dużego owada, znanego pod nazwą B a r e i r o; owady te kasać człowieka przeważnie po nocach, a we krwi chorych, dotkniętych tą chorobą, wykryć można pasorzyta (*Trypanosoma cruzi*).

Wspaniały odczyt prelegenta ilustrowany był przez zrzecami, co ułatwiało zrozumienie tej interesującej choroby.

Powołując się na prace naszego znakomitego uczonego, dra F u n k a, obecnego kierownika oddziału biochemji w naszym państwowym zakładzie epidemiologicznym, i twórcy nauki o witaminach, z którym wspólne badania przeprowadzał, dr F i s c h e r z Nowego Yorku miał odczyt o krzywicę. Nowy York na dzielnicę, bardzo gęsto zaludnioną, gdzie ludzie gnieźdzą się w mieszkaniach, do których niema dostępu ani światło, ani powietrze; miał też F i s c h e r materiału dużo do swoich obserwacji. Upatrując przyczynę t. zw. angielskiej choroby w braku witamin, F i s c h e r wspólnie z F u n k i e m przeprowadził badania nad działaniem tranu rybiego na krzywicę, jako najlepszego zastępcy witamin. F u n k przyrządził skoncentrowany tran w postaci małych tabletek, wygodnych do zażywania (w handlu tabletek tych jeszcze niema). Na uwagę przytem zasługuje jeszcze projekt autora żywienia tym tranem i krów, by w ten sposób i mleko krowie wyposażyć w witaminy.

Z więcej interesujących odczytów wymienić należy referaty szwajcarskich lekarzy, prof. S t a e h e l i n a z Bazylei, A s h e r a z Bernu, prof. M a g n u s a z Utrechtu. S t a e h e l i n przedstawił stan nauki o insulinie. Odkrycie B a n t i n g a i B e s t a dowiodło, że wyspki L a n g e r h a n s a produkują wydzielinę wewnętrzną, i że wydzielina ta zawiera substancję działającą w najmniejszych ilościach, tak samo, jak gruczoł tarczowy, i następnie odkrycie to przekonało nas o tem, że zwykłą moczołkę cukrową wywołuje właśnie brak tej wydzieliny. Przez zastrzyknięcie insuliny jesteśmy w możności usunąć wszelkie objawy moczołki.

Teoretycznie więc możemy za pomocą insuliny choremu na moczołkę, pomimo normalnego odżywiania, życie przedłużyć. Najprościej byłoby wprowadzić do organizmu jednocześnie z węglowodanami odpowiednią ilość insuliny, ale insulina niszczy się w przewodzie pokarmowym. Należy więc ją zastrzykiwać krótko przed przyjęciem pokarmów. Określenie dawki insuliny jest trudne, musi być w każdym poszczególnym przypadku oznaczane. Przy dużym spadku cukru we krwi zjawiają się pewne objawy zatrucia, które można usunąć, wprowadzając do organizmu glukozę, najlepiej dożylnie. Dlatego obawa przed dużym zmniejszeniem się ilości cukru we krwi nie powinna nas odstraszać od energicznego stosowania insuliny. Stosowanie insuliny zbyt uczęstnie jest w przypadkach lekkiej moczołki cukrowej. Natomiast wskazane jest w przypadkach ciężkich. I w tych przypadkach leczenie za pomocą insuliny stanowi postęp.

Leczenie za pomocą głodówki nie dało dobrych rezultatów, to samo można powiedzieć o diecie tłuszczowo-jarskiej. S t a e h e l i n uważa za najodpowiedniejszą dietę, która zawiera stosunkowo mało białka, dużo tłuszczu i, celem zabezpieczenia organizmu od zakwaszenia, niezbędną ilość węglowodanów. Jeśli chory na tę dietę będzie wolny od cukru, obojędnie się bez insuliny, wydzieli przytem cukier, należy rozpocząć stosowanie insuliny, a przytem obok insuliny należy stosować i alkalja. W ciężkich przypadkach odrazu należy zastosować dożylnie duże dawki insuliny. Jeśli występują objawy dużego spadku cukru we krwi, dać trzeba cukier gronowy dożylnie.

Przypadki moczołki z powikłaniem lub przypadki operacyjne wymagają specjalnej troskliwości.

Studia nad insuliną nie dobiegają jeszcze końca, i za-

pewne dalsze badania naukowe nam niejedno jeszcze wyświetlą.

M a g n u s referował prace, dokonywane w jego własnej pracowni, a które dziś mają wartość przełomową. Otóż w ścianie kiszek podczas ich czynności znajduje się w stanie rozpuszczonym substancja chemiczna o takiej koncentracji, która pobudza splot A u e r b a c h a, kierujący ruchami żołądka i kiszek. Substancja ta nazywa się choliną. Stąd nowa zdobycz dla lecznictwa. Ruchy żołądka, kiszek zależne są od obwodowego układu nerwowego, od splotu A u e r b a c h a. Automatyzm tego ośrodka jest chemicznie uwarunkowany.

Prawidłowa ilość choliny w tkankach jest bardzo stała za życia, nawet w stanach chorobowych, ale zmniejsza się w zatruciu morfiną. Zwłaszcza działanie atropiny na ruchy przewodu pokarmowego jest właśnie zależne od zawartości choliny. To samo powiedzieć można o działaniu lub braku działania soli organicznych, które w połączeniu z choliną tworzą substancję o rozmaitej mocy działania. W ten sposób w tkankach naszych posiadamy chemiczną podstawę, od której zależne jest działanie leku, wprowadzonego do organizmu. Doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone przez M a g n u s a, wykazały, jak upośledzone ruchy żołądka i kiszek wznawiają się po zastrzykiwaniach choliny. Trudności związane z utrzymaniem czystych preparatów choliny, zostały niedawno usunięte. I w ten sposób leczenie za pomocą choliny zostało wprowadzone do kliniki przez profesora K l e é w Monachjum.

Prof. A s h e r z Bernu wygłosił odczyt o wątrobie ze szczególnem uwzględnieniem balneoterapii. Punktem wyjścia dla jego odczytu były prace, wykonane w klinice M a y o na psach, pozbawionych wątroby; u psa, któremu usunięto wątrobę, śmierć następuje w pierwszych 24 godzinach z powodu hypoglikemji; objawy ciężkiej hypoglikemji występują już po 3 godzinach, ale szybko można je usunąć, zastrzykując cukier gronowy. Wątroba jest niezbędna dla spalania węglowodanów. Tworzenie barwnika żółciowego poza wątrobą jest rzeczą dowiedzioną; mocznik wytwarza się tylko w

wątrobie, kwasy aminowe bez udziału wątroby nie mogą być przetwarzane na cukier. Tworzenie się żółci zależne jest od pracy wątroby, a zwłaszcza od przeróbki białka, tłuszczu i węglowodanów. Dalej porusza A s h e r wpływ układu nerwowego na czynność wątroby, nerw błędny działa pobudzająco na wydzielanie żółci; czynność wątroby ma wpływ i na serce, regulując działalność serca drogą mechaniczną, chemiczną i za pomocą hormonów. Wątroba to zbiornik, który z układu krwionośnego żyły wrotnej zatrzymuje z jednej strony fermenty, a z drugiej udziela przepływającej krwi substancji, działających pobudzająco na serce. W końcu wspomina A s h e r o leczeniu wodami mineralnemi cierpien wątroby, przyczem objaśnia to leczenie pobudzaniem komórek wątrobianych i dróg żółciowych.

Nie streszczam tu całego szeregu wykładów, ponieważ nie byłem na nich obecny; odczyty te ukażą się w druku za kilka miesięcy.

W przeciągu dni sześciu wypełniały nam odczyty codzienne całe przedpołudnie, popołudniowe godziny były pozostawione rozrywkom. Nie mogę pominąć milczeniem jeszcze pokazu filmowego. W ostatnich dniach zjazdu zademonstrowano nam w miejscowym kinoteatrze wiele pouczających film, przedstawiających powstawanie i zapładnianie jaja, film ten wykonany został w Madrycie pod kierunkiem prof. R e c a s e n s a. Niepospolita jest wartość dydaktyczna takich filmów. Na co dawniej student poświęcać musiał wiele czasu i trudu dla zrozumienia, na to dziś wystarcza naprawdę jednorazowe obejrzenie filmu; film R e c a s e n s a odrazu tłumaczy całą procedurę zapłodnienia i rozwoju jaja.

Jak z powyższego tylko pobieżnego streszczenia całej pracy naukowej zjazdu widać, czas spędziliśmy w Karlsbadzie bardzo pożytecznie, a że codziennie popołudniu pomyślano i o jakiejś rozrywce, więc pożytecznie i miło.

Wydany na cześć uczestników zjazdu bankiet, urządzony w znanych apartamentach P u p a, uświetniony produkcjami muzycznymi, wyróżniał się wspaniałością. Organizatorzy zjazdu w przemówieniach swych niejednokrotnie wyrażali radość z tak liczego udziału w tym roku — Polaków.

Antoni T u c h e n d l e r (Warszawa).

MEDYCyna Społeczna.

Organizacja Służby Zdrowia w Szwajcarii.

Podał

Dr. Wiktor HRYSZKIEWICZ (Warszawa).

Krótkie streszczenie organizacji służby zdrowia w Szwajcarii przedstawia poważne trudności ze względu na to, że ustrój polityczny tego kraju nie tylko nie jest jednolity, lecz dzięki swej nadzwyczajnej decentralizacji i absolutnej prawie autonomji poszczególnych części składowych Związku, przedstawia obraz, jakiego nie spotyka się gdzieindziej.

Mały kraj¹⁾, z niespełną czteromilionową ludnością, stanowi państwo związkowe, składające się z 25 kantonów i półkantonów, z których każdy posiada swój parlament i rząd oraz prawo uchwalania wszelkich ustaw i rozporządzeń, jakie uzna dla siebie za pożądane i pożyteczne.

Z a r y s p o w s t a n i a p a ń s t w a z w i ą z k o w e g o.

Celem wyjaśnienia przyczyn tej tak zawiłej organizacji politycznej, pozwolę sobie przytoczyć krótki zarys powstania szwajcarskiego państwa związkowego.

W 1291 r. trzy kantony pierwotnie: Uri, Schwyz i Unterwalden zjednoczyły się w stałe przymierze przeciwko domowi Austriackiemu. Z biegiem czasu przystąpiły do przymierza sąsiednie 10 kantonów, i aż do końca 18-wieku Szwajcaria stanowiła Związek 13-tu kantonów. Przystąpienie poszczególnych kantonów do stałego przymierza pozwalało im korzystać z pełni praw, które obowiązywały w danym kantonie, a często znacznie się różniły od innych. Były to więc państwa suwerenne, związane ze sobą wzajemną ugodą, a nie wspólną konstytucją. Przedstawiciele tych państwewek stanowili radę Związku, która się zbierała dla omawiania spraw

polityki zewnętrznej i niektórych wspólnych zagadnień wewnętrznych. Po najściu francuzów w 1798 roku i wcieleniu Szwajcarii do imperjum w postaci „republik helwetyckiej“, powstała za „pośrednictwem“ Pierwszego Konsula Bonapartego Szwajcaria o 19 kantonach, przeistoczona w 1815 r. na Kongresie Wiedeńskim w państwo związkowe o 22 kantonach.

Tego rodzaju związek państw suwerennych, związanych układem co do wzajemnej pomocy (assistance) oraz co do niektórych spraw ogólnych polityki wewnętrznej, nie mógł zapewnić krajowi niepodległości i związanych z nią zagadnień obrony narodowej, wspólnych środków komunikacyjnych, cel, walki z zagrażającymi ludności epidemjami i t. p.

Dopiero po długich walkach i zaciętej wojnie domowej w 1848 roku doszło do zrozumienia konieczności ścisłego sojuszu i do utworzenia Związkowej Konstytucji, która też, po szczególowej rewizji w 1874 r., obowiązuje dotychczas.

K o n s t y t u c j a Z w i ą z k u.

Charakterystyczną cechą tej konstytucji, jak zresztą wszystkich konstytucji związkowych, jest to, że przewiduje ona dwa równoległe organizmy: jeden centralny i jeden miejscowy, w danym wypadku — 25. W istocie, każdy kanton posiada swoją konstytucję i swoje władze, a będący nad kantonami Związek ma też swoją konstytucję i swoje władze. Nie tylko Związek, t. j. Szwajcaria w swej całości, posiada swój parlament, swój rząd i swoje władze sądowe lecz każdy kanton zorganizowany jest jako państwo całkowite, z tą tylko różnicą, że konstytucję związkową może wykonywać jedynie w zakresie przywilejów, które mu ona przyznaje. Konstytucja związkowa jest w rzeczywistości najwyższym prawem. Władze Związku reprezentują Szwajcarję nazewnątrą i są ostateczną instancją dla załatwiania konfliktów kompetencyjnych pomiędzy kantonami. Lecz ta sama konstytucja związkowa pozostawia wielką swobodę kantonom, a te ostatnie ze swej strony, szczególnie w Szwajcarii wschodniej, pozostawiają do-

¹⁾ 3883700 mieszkańców w 1920 r. na powierzchni 41419 klm².

syć znaczną autonomję samorządom. Swobody te są wielce cennie one przez kantony, posiadające tradycję historyczną swych urzędów i rasową różnicę swych narodów, wobec czego żaden z kantonów nie godzi się na centralizację całej władzy w rękach Biurku, z obawy przed zniwelowaniem życia publicznego przez biurokrację i przed poświęceniem praw mniejszości narodowych.

Ta odrębność polityczna wynika z prawa konstytucyjnego Związku; mianowicie przywileje, dotyczące ustawodawstwa i sądownictwa, są tam podzielone pomiędzy Związkiem i kantonami, przyczem w wypadkach kiedy Związek nie zrobił użytku z przyznanych mu przez konstytucję praw, przywileje przechodzą do kompetencji kantonów. Naprzykład: do kompetencji Związku należy wydawanie ustaw, co do określenia poziomu naukowego wolnych profesyj, a ponieważ Związek zastosował dotychczas swe prawo tylko w stosunku do uprawnień lekarzy do wykonywania praktyki, nie może już zatem wydać ustawy, określającej kwalifikacje moralne, niezbędne do wykonywania zawodu lekarskiego. Te sprawy normuje każdy kanton stosownie do swej woli. Dalej: Związek może wydawać prawa co do sposobów walki z epidemjami, lecz pozbawiony jest prawa normowania obrotu specyfików i trucizn. Dlatego to znawcy prawa konstytucyjnego obradowali nad zagadnieniem, czy Związek jest kompetentny do wydania ustawy o wyrobie i sprzedaży pochodnych opium, potrzebnej do wykonania międzynarodowej konwencji opiumowej, do której Szwajcaria ma zamiar przystąpić.

Nowelizacja Konstytucji.

Chcąc upoważnić Związek do wydania ustawy w sprawie, nieprzewidzianej przez konstytucję, należy konstytucję uzupełnić za pomocą głosowania całej ludności. Nowy tekst może być przyjęty tylko, co ile otrzyma większość głosów, głosujących w całej Szwajcarii i większość kantonów. Naprzykład: art. 69 Konstytucji o sposobach walki z epidemjami w obecnym swym brzmieniu został przyjęty przez Izby Związku 18 grudnia 1912 r., a przez ludność i kantony 4 maja 1913 roku większością głosów ludności 169012 przeciwko 111163 i większością kantonów 17 i pół przeciwko 4 i pół.

Co się tyczy kantonów, to mogą one wydawać prawa we wszystkich sprawach, niepozwostawionych przez Konstytucję kompetencji Związku, lub w takich, co do których Związek, pomimo posiadanej kompetencji dotychczas przepisów prawnych nie wydał.

Parlament Związku.

Uchwalenie ustaw przez Związek odbywa się za pomocą głosowania w parlamencie na wniosek Rady Związkowej. Parlament składa się z dwóch Izb: Rady Narodowej, reprezentującej ogół ludności szwajcarskiej, wybieranej na trzy lata według systemu proporcjonalności, po jednym deputowanym na 20000 mieszkańców, i z drugiej Izby, w której skład wchodzi po dwóch deputowanych od każdego kantonu (po jednym od każdego pół-kantonu),¹⁾ t. j. 44 członków,

P ó ł k a n t o n y: 20) Obwalden, 21) Nidwalden, 22) Baselstadt, 23) Baselland, 24) Appenzell, A. Rh. 25) Appenzell I, Rh.

wyberanych według systemu i na czas, przez każdy kanton określony; obecnie wybory odbywają się najczęściej przy udziale wszystkich mieszkańców kantonu, większością głosów.

Ustawy, uchwalone przez zgodne głosowanie obydwu Izb, muszą być poddane pod głosowanie całej ludności, jeżeli 30000 mieszkańców w ciągu 90 dni po ich ogłoszeniu będzie tego wymagało (referendum na żądanie). W ostatnich latach 40-tu z pomiędzy 217 ustaw, uchwalonych przez Izby, 28 było poddanych pod głosowanie całej ludności, a 16 z pomiędzy nich zostało przez referendum odrzucone.

W kantonach władza ustawodawcza nie jest jednako zorganizowana. W większości kantonów głosuje cała ludność (referendum obowiązkowe), przyczem ma szerokie zastosowanie inicjatywa ludności, która pozwala pewnej liczbie obywateli przedkładać na referendum projekty ustaw i rozporządzeń. W niektórych wypadkach sąsiednie kantony mogą się łączyć w t. zw. „konkordat“ dla uchwalenia wspól-

nej ustawy w sprawach, jednakowo je obchodzących. Jednakże taka współpraca ustawodawcza całej ludności niezawsze prowadzi do pożądaných skutków: mianowicie ustawy, dotyczące uszczuplenia swobód osobistych, nie uzyskują przezważnie aprobaty referendum (np. ustawa o obowiązkowym szczepieniu ospy).

Władze wykonawcze Związku.

Władzami wykonawczymi są: Rada Związkowa, wybierana przez zjednoczone Izby Związku i Rady państwowe kantonalne, wybierane przez ludność kantonów. Dodatnią stroną takich wyborów jest to, że polityka władz rządzących jest taka sama, jak polityka parlamentu, wobec czego nieznane są w Szwajcarii kryzysy ministerjalne. Poszczególni członkowie Rad stoją na czele ministerjów, nazywanych tam departamentami, przyczem na czele rządu stoi nie prezes, lecz kolegium równych sobie co do kompetencji członków rządu.

Decentralizacja wykonania ustaw Związku.

Wykonanie ustaw i administracja są także podzielone pomiędzy Związek i kantony, przyczem wykonanie większości ustaw, ogłoszonych przez Związek, przekazane jest kantonom, a przez nie komunom, a Związek pozostawia sobie tylko prawo administracyjnej kontroli nad prawidłowością wykonania. Naprzykład: ustawy związkowe o ubezpieczeniach i emigrantach wykonywują władze Związku, natomiast ustawy związkowe o pracy w przemyśle, zwalczaniu epidemji i badaniu środków spożywczych przekazane są w większości wypadków kantonom. W razie skarg na nieprawidłowe wykonywanie przez kantony ustaw związkowych, organem odwoławczym (aż do czasu utworzenia trybunału administracyjnego według wniesionego obecnie projektu ustawy), jest Rada Związkowa. Od jej orzeczenia rekurs może być wniesiony przed władze ustawodawcze.

Ta złożona, a wskutek tego ciężka i powolna machina organizacji politycznej Szwajcarii, polegająca na możliwie wielkiej decentralizacji, ma te dobre strony, że pozostawia jednostkom i ich grupom wiele swobody i inicjatywy w dziedzinie prawodawstwa, i, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że cała ludność Szwajcarii dzieli się na przedstawicieli trzech różnych ras: germańskiej, francuskiej i romańskiej i dwóch wyznań: katolickiego i protestanckiego, to swoboda ta oczywiście może wyjść na dobre różnym grupom ludności z ich różnorodnymi potrzebami, obyczajami i tradycjami rasowymi.

Decentralizacja władzy ustawodawczej ma jednak i strony ujemne, mianowicie tam, gdzie chodzi o uszczuplenie dla dobra ogółu swobód osobistych obywateli. Jako przykład niech posłuży sprawa zwalczania partactwa lekarskiego: według praw, uchwalonych przez większość kantonów, praktyką lekarską może zajmować się wyłącznie osoba, która, oprócz dyplomu lekarskiego jednego z uniwersytetów szwajcarskich lub równoznacznych uniwersytetów zagranicznych, zda ponownie maturę i egzamin państwowy przy komisji egzaminacyjnej Związku. Prawo to zostało jednak w niektórych kantonach rozszerzone przez dopuszczenie do praktyki lekarskiej osobników, leczących za pomocą sił przyrody (Naturheilärzte), a kanton Appenzell, na skutek uchwały referendum poszedł jeszcze dalej, bo pozwala w obrębie swojego terytorjum zajmować się leczeniem każdemu, kto do tego ma ochotę, bez względu na to, czy posiada jakiś dyplom, czy też niema żadnego. Dalej: przymusowe szczepienie ospy, obowiązujące w kantonie Graubünden od r. 1807, a w kantonie Aargau od r. 1818, miało być rozciągnięte na całą Szwajcarię za pomocą ustawy z dnia 2 lipca 1886 r. o walce z epidemjami, ogłoszonej przez Związek. Lecz agitacja przeciwko szczepieniu zmusiła do poddania tej części ustawy, która dotyczyła przymusowego szczepienia ospy pod referendum, przyczem, oprócz kantonów Tessin i Graubünden oraz dwóch czy trzech kantonów w niemieckiej Szwajcarii, większość kantonów całą ustawę odrzuciła. Narazie brak przymusu szczepienia ospy nie dawał się odczuwać, ponieważ Szwajcarię, otoczona przez kraje, w których przymus ten istnieje, nie była narażona na niebezpieczeństwo zawleczenia zarazy. Lecz wkrótce po wojnie, w 1921 r. wskutek napływu uchodźców ze wschodu, oспа zjawiała się w Bazylei, Zurychu i Glarus w ilości 3900 przypadków (coprawda, w nader łagodnej postaci, bo zaledwie z trzema przypadkami śmierci), lecz, pomimo energicznej doraźnej akcji szczepiennej nie

¹⁾ K a n t o n y: 1) Zürich, 2) Bern, 3) Luzern, 4) Uri, 5) Schwyz, 6) Glarus, 7) Zug, 8) Fribourg, 9) Solothurn, 10) Schaffhausen, 11) St. Gallen, 12) Graubünden, 13) Aargau, 14) Thurgau, 15) Ticino, 16) Vaud, 17) Wallis, 18) Neuchatel, 19) Geneve.

wygasła w Szwajcarii dotychczas. Wskutek tego nastąpiła w dniu 23 kwietnia 1923 r. ponowna uchwała Rady Związkowej o obowiązku szczepienia ospy, lecz dotychczas uznawała ją tylko Rada rządowa kantonu Zurych uchwalając z dnia 25 maja 1923 r.

Związkowy Departament Służby Higieny Publicznej.

Utworzenie Związkowej służby zdrowia datuje się właściwie od 1890 r., kiedy to dla nadzoru nad wykonaniem (odrzuconej, jak widzieliśmy, przez referendum) ustawy o zwalczaniu epidemii powstało przy Związkowym departamencie spraw wewnętrznych Związkowe biuro sanitarne, przeistoczone następnie w 1905 r. w obecnie urzędujący, z siedzibą w Bernie, samodzielny departament pod nazwą: Związkowa Służba Higieny Publicznej (*Service fédéral de l'hygiène publique*). Na czele departamentu stoi dyrektor — lekarz, któremu dodano odpowiedni personel lekarski, pomocniczy i kancelaryjny, oraz laboratorium chemiczne i bakteriologiczne.

Zadania Związkowej Służby Higieny Publicznej między innymi są następujące:

- a) czuwanie nad wykonywaniem przez kantony ustaw związkowych o walce z epidemiami i policji środków spożywczych;
- b) sporządzanie sprawozdań o międzykantonowej i międzynarodowej służbie sanitarnej w porozumieniu ze Związkowym departamentem spraw wewnętrznych;
- c) statystyka chorobowości i śmiertelności z chorób zakaźnych;
- d) statystyka personelu sanitarnego i lekarskiego w Szwajcarii;
- e) ogłaszanie biuletynu sanitarnego i demograficznego oraz współpraca ze Związkowym biurem statystycznym;
- f) branie udziału w Komitecie głównym (*Comité directeur*) w sprawach związkowych egzaminów maturalnych, lekarskich, farmaceutycznych, dentystrycznych i weterynaryjnych;
- g) branie udziału w pracach organizacji międzynarodowych higieny publicznej (*Office international d'hygiène publique*), (*Comité d'hygiène de la Société des Nations*);
- h) opracowanie projektów związkowych ustaw i rozporządzeń w dziedzinie higieny publicznej i policji sanitarnej i t. p.

Celem możliwie ściślej koordynacji zarządzeń sanitarnych i uniknięcia rozbieżności w stale uzupełniającym się prawodawstwie sanitarnym, Związkowy Departament Służby Higieny Publicznej urządza w Bernie doroczne zjazdy wszystkich kierowników kantonalnych władz sanitarnych.

Kantonalna służba zdrowia.

W kantonach służba zdrowia przedstawia się niejednolicie: w niektórych większych kantonach rząd kantonalny czyli Rada składa się z 5 do 9 członków, wybieranych bądź przez ludność, bądź przez parlament kantonu. Każdy członek Rady jest jednocześnie kierownikiem departamentu czy dyrekcji, t. j. grupy wydziałów, których zadaniem jest prowadzenie pewnej gałęzi gospodarki publicznej. Większe kantony, jak: Bern, Bazylea, Zurych, Lozanna posiadają:

- 1) departament finansów i cel,
- 2) departament sądowy i policji,
- 3) departament oświaty,
- 4) departament budowlany,
- 5) departament sanitarny,
- 6) departament spraw wewnętrznych (sprawy komunalne, handel, komunikacja, przemysł, prawodawstwo fabryczne i robotnicze),
- 7) departament wojskowy.

W niektórych kantonach departament sanitarny jest złączony z departamentem spraw wewnętrznych w innych znów z departamentem finansów, a w jednym nawet z departamentem spraw wojskowych (Genewa).

Na czele samodzielnych departamentów sanitarnych stoją bądź lekarze, bądź prawnicy (którzy mają lekarza jako rzeczoznawcę do pomocy). W kantonach, w których służba sanitarna złączona jest z innymi departamentami, referentami sanitarnymi są przeważnie lekarze.

W niektórych kantonach są jeszcze mianowani przez rząd lekarze urzędowi (*médécins officiels*, *médécins dele-*

gués, *médécins de district*), którzy, poza walką z chorobami zakaźnymi, dokonywaniem szczepień ochronnych i czynnościami sądowo-lekarskimi, wykonywują nadzór nad personelem lekarskim i czuwają nad prawidłowym stosowaniem ustaw sanitarnych przez samorządy.

Jako wyższa władza sanitarna doradcza, istnieją we wszystkich kantonach komisje czyli Rady zdrowia, których zadaniem jest badanie spraw zdrowotności publicznej, przygotowanie projektów ustaw i rozporządzeń sanitarnych i nadzór nad prawidłowym stosowaniem powierzonych przez Związek kantonom praw.

Równoległe z temi radami kantonalnemi prawo przewodzi miejscowe samorządowe komisje zdrowia, mające takie same zadanie, jak i Rady zdrowia, lecz istnieją one przeważnie tylko na papierze.

Kantonalny Departament sanitarny.

Jako przykład organizacji sanitarnej w kantonie może służyć posiadający najszerszy zakres działalności departament sanitarny w Bazylei.

Zadania i obowiązki departamentu sanitarnego określa statut kantonalny o jego organizacji.

Na czele departamentu stoi lekarz, którego zastępuje w razie potrzeby jego zastępca (także lekarz).

Departament sanitarny jest kantonalną władzą nadzorczą, miejscową władzą zdrowotną dla miasta i gmin wiejskich i właściwą władzą, na zasadzie postanowienia Związkowej ustawy o obrocie środków spożywczych i przedmiotów użytku.

Departament sanitarny ma następujące komisje doradcze:

- a) komisję sanitarną,
- b) komisję Kas Chorych,
- c) komisję dla gazowni i wodociągów,
- d) komisję dla elektrowni.

W skład każdej z tych komisji wchodzi dyrektor departamentu sanitarnego, jako przewodniczący, i po sześciu członków komisji.

Departament sanitarny załatwia sprawy następujące:

- 1) nadzór nad zdrowotnością publiczną i wydawanie zarządzeń celem zapobiegania i usunięcia braków sanitarnych, nadzór nad personelem lekarskim i nad sprzedażą leków i trucizn, nadzór nad domami noclegowymi, osobami, odnajmującymi pokoje i biorącymi dzieci na wychowanie,
- 2) wykonywanie ustawy budowlanej,
- 3) wyższe kierownictwo zakładu leczniczego i opiekuńczego Friedmatt, szpitala kobiecego, szpitala izolacyjnego i publicznej kasy chorych, nadzór nad zakładami leczniczymi i opiekuńczymi, nienależącymi do państwa,
- 4) policja środków żywności, w szczególności nadzór nad ubojem i obrotem mięsa, nad rzeźnią i miejscem postoju bydła rzeźnego,
- 5) policja weterynaryjna i nadzór nad usuwaniem nieczystości,
- 6) wyższe kierownictwo gazowni, wodociągów i elektrowni,
- 7) sprawy cmentarzy i chowanie zmarłych (krematorium),
- 8) kierownictwo państwowych zakładów kąpielowych i pralni,
- 9) prowadzenie kantonalej kasy asekuracji bydła.

Organami wykonawczymi departamentu sanitarnego są:

- a) kancelaria departamentu,
- b) urząd zdrowia,
- c) wydział zakładów leczniczych i opiekuńczych,
- d) wydział cmentarny,
- e) laboratorium chemika kantonálnego,
- f) wydział rzeźni i urząd weterynaryjny,
- g) wydział gazowni i wodociągów,
- h) wydział elektrowni.

Na czele każdego z tych organów stoi kierownik wydziału, który załatwia sprawy wydziału pod najwyższym kierownictwem i nadzorem dyrektora departamentu. Wydział zakładów leczniczych i opiekuńczych składa się z czterech oddziałów, z których każdy ma swego kierownika. Każdy z wydziałów posiada niezbędny personel techniczny i administracyjny, składający się z urzędników, funkcjonariuszów i robotników.

Poza rządową w większości kantonów istnieje kantonalna służba zdrowia, jako instytucja wykonawcza związkowych i kantonalnych ustaw i rozporządzeń sanitarnych na

terenach gmin miejskich i wiejskich. Lecz w niektórych miastach, będących siedzibą kantonu, funkcje władzy sanitarnej miejskiej pełni rządowy urząd zdrowia, będący wydziałem departamentu sanitarnego. Naprzykład, w Bazylei dla uniknięcia „nadmiernej organizacji“ (*Überorganisation*) urzędowi zdrowia powierzono jednocześnie sprawy sanitarne miasta.

Urząd zdrowia departamentu sanitarnego.

Na czele urzędu zdrowia jest lekarz (niemający prawniczych uprawnień), który ma do pomocy: adjunkta — lekarza (z wyjątkiem tylko 4 godziny dziennie i zajmującego się tylko jedną sprawą), dwóch komisarzy sanitarnych (jeden do spraw dezynfekcji, drugiego do spraw mieszkaniowych) i szereg dezynfektorów dla dokonywania dezynfekcji w miastach. Urząd zdrowia nie posiada własnej kancelarii, lecz korzysta z kancelarii departamentu sanitarnego. Zadaniem tego są następujące:

1) nadzór nad personelem lekarskim i nad szpitalami i lecznicami,

2) nadzór nad aptekami (rewizja każdej apteki odbywa się raz na 3—4 lata), drogerjami, chemicznymi fabrykami, odnośnie do fabrykacji, przechowywania i sprzedaży lekarstw, środków tajnych (*Geheimmittel*) i trucizn. Rewizje odbywają się wspólnie z chemikiem kantonalnym lub innymi przez departament sanitarny wyznaczonymi rzeczoznawcami,

3) nadzór nad stosunkami zdrowotnymi miasta, wydawanie zarządzeń dla zapobiegania i usuwania braków sanitarnych oraz dopilnowanie wykonania tych zarządzeń,

4) zwalczanie chorób epidemicznych przez wykonanie związkowej ustawy o przedsięwzięciu środków przeciwko chorobom zakaźnym,

5) kierownictwo rządowymi stacjami sanitarnymi i instytutami dezynfekcyjnymi,

6) dokonywanie szczepień ochronnych,

7) wykonanie ustawy budowlanej, ocena sanitarna projektów budowy i fachowe orzeczenia, dotyczące skarg w tej dziedzinie,

8) nadzór nad jadłodajniami, domami noclegowymi, odnajmowanymi pokojami i osobami, biorącymi dzieci na utrzymanie, oraz fachowe orzecznictwo przy wydawaniu pozwoleń na prowadzenie takich instytucji,

9) ogólny nadzór nad funkcjonowaniem państwowych, funkcyjarskich niższych i robotników, wstępujących na służbę państwową, bądź zapisujących się do kasy państwowej dla wdów i sierot, do robotniczej kasy chorych i przy ich spensjonowaniu. Poza tem urząd zdrowia wydaje innym władzom i sądom orzeczenia i opinie fachowe.

O skuteczności organizacji sanitarnej kraju można do pewnego stopnia wnioskować ze zmniejszenia się liczby zachorowań i zgonów. Pomijając znaczne rozpowszechnienie się wśród ludności wola (według prof. Quervina a na 94% w wieku do lat 16 i 7—10% w wieku pobyrowania) z towarzyszącymi mu zaburzeniami w sferze fizycznej i umysłowej; dosyć liczne przypadki śpiączki (*encephalitis lethargica*) (w ostatnich 10 latach 640 przypadków i 400 zgonów); zapalenie rogów przednich (*poliomyelitis anterior acuta*) (w ostatnich 10 latach 828 zachorowań z 25% zgonów); rak (ze śmiertelnością 12,1 na 10,000 ludności); ponowne zjawienie się w niektórych kantonach ospy i t. p., z któremi to kłeskami rządu związkowe i kantonalne wspólnie z organami samorządowymi i społecznymi toczą zaciętą walkę, — to przynajmniej należy, że ogólny stan chorobowości i śmiertelności doznał znacznej poprawy. Według statystyki zgonów, śmiertelność ogólna z 24,3 na tysiąc mieszkańców w roku 1876 spadła w 1922 r. na 12,9. Przypadki zgonów osób przed dwudziestym rokiem życia zmniejszyły się z 470 na tysiąc zmarłych w 1876 r. na 183 w roku 1922. Śmiertelność z chorób zakaźnych, która wynosiła w latach 1881—1885 — 145 zgonów na sto tysięcy mieszkańców, pochłonięta w okresie 1916—1920 r. już tylko 33 ofiary na sto tysięcy mieszkańców. Śmiertelność z gruźlicy spadła od roku 1881 z 33 na dziesięć tysięcy mieszkańców — na 20. Śmiertelność noworodków spadła w tym samym okresie z 18 do 7 przypadków na sto żywo narodzonych.

Znacznym postępem, osiągniętym w kierunku zmniejszenia się chorobowości i śmiertelności, należy przypisać w wielkiej mierze powstaniu i działaniu takich instytucji, jak: ka-

kłady badania środków spożywczych i przedmiotów użytku, instytuty badania mleka (instytut rolniczy w Lieberfeld i in.), instytut eksperymentalny dla zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom przy Związkowym urzędzie ubezpieczeń w Lucernie, muzeum higieny przemysłu w Zurychu i Lozannie i t. p.

Zadaniem tych zakładów jest nie tylko wykonywanie nadzoru i kontroli w przynależnym im zakresie, lecz także badanie, opracowanie i ustalenie ulepszonych lub nowych metod i sposobów i dawanie odpowiednich wyjaśnień i wskazówek analogicznym zakładom komunalnym.

Poza tem rząd rozciąga opiekę nad położnicami przez zapewnienie im bezpłatnego połogu, nad matkami — przez wydawanie premii dla karmiących piersią, nad dziećmi nieślubnymi — przez zapewnienie im całkowitej opieki, nad dziećmi w wieku szkolnym — przez obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby oraz subwencjonowanie całej sieci kolonij letnich; przez znaczne zapomogi: na tworzenie i prowadzenie przychodni i sanatorjów gruźliczych, na walkę z wolem i kretynizmem, na walkę z rakiem, z alkoholizmem, na tworzenie kas chorych, na ubezpieczenie od wypadków i t. p. W rozumieniu doniosłości rozwoju tych instytucji władze Związkowe i kantonalne o ile nie były całkowicie na ich utrzymanie, przyznają im znaczne zapomogi, dochodzące do 50 i więcej procent ich budżetów. Ta opieka rządowa przyczynia się znacznie do ujednolinitości w całym państwie zasad higieny i opieki społecznej oraz skoordynowania pracy w tym kierunku władz kantonalnych i komunalnych.

Wielka liczba doskonale zaopatrzonych szpitali rejonowych, utrzymywanych przez związki komunalne, i szpitale rządowych (*Hôpitaux de canton et de districts*), rozlokowanych częstokroć w okolicach górskich, z uciążliwą komunikacją, odciąża szpitale miejskie i ułatwia mieszkańcom gór korzystanie ze szpitali. Troska władz i samorządów w tym kierunku wyraża się w następujących cyfrach: 1 łóżko szpitalne wypada na 130 mieszkańców (wsi i miast), a 1 łóżko w zakładach dla umysłowo chorych — na 350 mieszkańców.

Z uwagi, że chory, dobrze pielęgnowany i obsługiwany, prędzej wraca do zdrowia, z drugiej zaś strony dla zachęty i pozyskania większego kontyngentu osób życzących poświęcić się pielęgowaniu chorych, jedna pielęgniarka przypada na dwóch do trzech chorych.

Dzięki tak wielkiej liczbie personelu pielęgniarskiego nie wyczerpuje się długim czuwaniem przy łóżku chorego, jest zawsze wypoczęta, chętna i uprzejma, a to zwiększa zaufanie ludności do szpitali. Chory nie zwleka z leczeniem, chętnie udaje się do szpitala i to tem chętniej, że ma szpital pod bokiem, blisko od domu rodzinnego i zwykłego otoczenia.

Nadzór władz sanitarnych nad mieszkaniem wyraża się we wzorowo prowadzonej hipotece mieszkaniowej (*Casier sanitaire*), dzięki której całe nieraz dzielnice domów antysanitarnych ulegają zburzeniu i odbudowaniu według nowoczesnych wymagań higieny, przy znacznych zapomogach ze strony rządu.

Obfite wodociągi, dostarczające w miastach po 200—300 litrów wody na mieszkańca dziennie, bez zarzutu funkcjonująca kanalizacja, dobrze zorganizowane sprzątanie śmieci, tani gaz i prąd elektryczny dla oświetlania i ogrzewania mieszkań, publiczne, wzorowo urządzone kąpiele, publiczne pralnie, ścisła kontrola na granicy środków spożywczych wwożonych do kraju, są pod nadzorem władz sanitarnych, świadczą o ich racjonalnej i widłostronnej organizacji i gwarantują ludności możliwie higieniczne warunki życia.

Tak mniej więcej w ogólnych zarysach przedstawia się w Szwajcarii służba zdrowia, i jeżeli stan sanitarny kraju jest naogół zadawalający, to przyczyną tego jest po pierwsze znaczny poziom kulturalny ludności, u której poczucie czystości i porządku jest wysoce rozwinięte i dzięki umiejętnej i stałej propagandzie podtrzymywane, a powtórne znaczna liczba sił fachowych, które rząd i samorząd powołuje do nadzoru sanitarnego. Rzeczywiście, wyżej przytoczona organizacja służby zdrowia w kantonie Bazylei wykazuje, że nadzór sanitarny nad 141,000 ludności wykonywa departament sanitarny ze swym urzędem zdrowia w liczbie przeszło 60 urzędników i funkcyjarskich fachowych, nie licząc szpitali, różnych zakładów leczniczych i opiekuńczych, przychodni i t. p. które zatrudniają sporą liczbę

lekarzy i personelu pomocniczego. W innych kantonach dzieje się mniej więcej to samo co dowodzi, że zarówno rządy kantonów i Związku, jak i społeczeństwo całe trafnie docze-

nia pracę fachową w dziedzinie opieki sanitarnej i nie robi oszczędności w wydatkach, związanych z utrzymaniem zdrowotności publicznej na możliwie wysokim poziomie.

Wiadomości bieżące.

— Na czele dzisiejszego numeru przynosimy żalobną wieść o śmierci nieodżałowanego członka redakcji naszego pisma ś. p. prof. Kazimierza Rzętkowskiego. Pogrzeb odbył się dnia 23 grudnia r. b. Na dziedzińcu uniwersyteckim przemawiali: rektor prof. Krzyształowicz, prof. Michałowicz i przedstawiciel młodzieży akademickiej. Nad mogłą wygłosili mowy żałobne: adjunkt II kliniki wewnętrznej kol. Michalski — od asystentów, wiceprezes Tow. Lek. Warsz. kol. Kazimierz Zieliński, kol. prof. Szymanowski od Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego i Medycyny Społecznej, przedstawiciel młodzieży akademickiej i kol. Trenkner, jako towarzysz szkolny Zmarłego. Przemówienie członka naszej redakcji, kol. Szymanowskiego brzmiało, jak następuje:

„W imieniu Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego oraz w imieniu Komitetu Redakcyjnego Medycyny Doświadczalnej i Społecznej żegnam tu zmarłego kolegę, żegnam Go z żalem i troską.

Żegnam Go z żalem, bo dopiero przed rokiem zakładaliśmy wraz z Nim Czasopismo, bo tak krótko pracowaliśmy razem.

Trudno nam będzie pogodzić się z myślą, że nas już nie wesprze Jego wytrwały sąd, Jego energia, gotowość do pracy i wiara przyszłość.

Żegnam Go z troską, bo nazbyt często spotykamy się tu w ostatnich czasach nad otwartą mogiłą, w progu wieczności, odprowadzając najlepszych wśród nas, odchodzących w pełni sił męskiego wieku.

Żeromski powiedział raz, żeśmy strasznie prędko żyli w niewoli. Ja sądzę, że dziś żyjemy o wiele szybciej: Los szczerze każe sobie płąć: za zniszczone młodości naszej sny, za osiągnięty cel krwawych wysiłków tylu pokoleń przed nami, za to, że na własne oczy oglądamy wolną Polskę, że dzieci nasze uczą się w polskiej szkole, że pracujemy w polskim Uniwersytecie. Spracowane jest nasze pokolenie, umęczone zawrotnym pędem przeżyć, nieobjętą rozległością ich skali. Zbyt szybko jednak przerzedzają się zastępy tych lekarzy, którzy z otwartem czołem mogą powiedzieć o sobie, że służba publiczna ofiarą i bezinteresowna wypisana była na ich sztandarze. W tem pokoleniu lekarz był wszędzie: i w twardej bezpośredniej walce z wrogiem, która się nie raz rozpoczynała już na ławie uniwersyteckiej, która tyle pochłonięta ofiar, i o której najczęściej wiedzieli tylko najbliżsi towarzysze broni, i w instytucjach społecznych, ogólnych i fachowych, i w nauce. R z ę t k o w s k i należał do tych, których zadaniem było strzec znicza nauki polskiej w dobre najcięższej, gdy, wygnana przez brutalną przemoc z murów uniwersyteckich, chroniła się po oddziałach szpitalnych dzięki ofiarności lekarzy. R z ę t k o w s k i przyjął ten święty ogień z rąk najbardziej powołanych, z ostatniej w Warszawie szkoły lekarskiej w wielkim stylu, z rąk Dunina. W służbie swej, nie dając ani laurów, ani zaszczytów, R z ę t k o w s k i trwał niezłomnie, aż doczekał się lepszych czasów. Dane mu było nie tylko widzieć zmartwychwstanie umiłowanej nauki polskiej, ale i kłaść fundamenty tego odrodzenia. Nie doczekał wprawdzie plonów tego ostatniego okresu swej pracy, ale widział już wschodzący bujnie zasiew. Za wcześnie umarł! Teraz kolej na młodych. Ten otwarty grób do czynu ich wzywa. Oto pole przed nimi otwarte. Usunięte są z ich drogi zapory, które piętrzyły się przed nami. Dziś żaden wysiłek nie pójdzie na marne, i, zanim ich wieczór nastanie, bogate plony będą ich udziałem“.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego postanowił uczcić pamięć ś. p. R z ę t k o w s k i e g o przez wmurowanie tablicy w II klinice wewnętrznej, której Zmarły był kierownikiem.

— Polski Komitet do zwalczania raka podaje do wiadomości, że w czasie od dnia 1 stycznia do dnia 1 marca 1925 r. odbędzie się ankieta w sprawie raka, zorganizowana przez Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia łącznie z Polskim Komitetem do zwalczania raka.

Ponieważ powodzenie tej ankiety, połączonej ze znacznymi kosztami i trudnościami organizacyjnymi, zależy od dobrej woli wszystkich Panów Kolegów na Ziemiach Polskich, (każdy bowiem odpowiednie kwestionariusze otrzyma), przeto na I-ym Wszehpolskim Zjeździe do walki z rakiem, który się odbył w Warszawie dn. 14.XII 1924 r. przy współudziale przedstawicieli wszystkich Uniwersytetów, Rządu, Samorządów i szeregu działaczy społecznych, jednogłośnie postanowiono jako uchwałę Zjazdu, aby zwrócić się do wszystkich lekarzy z prośbą o jaknajwyższe współdziałanie w wymienionej ankiecie.

— 6 Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w Warszawie jednocześnie z 12 Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich, jako sekcja w pierwszej połowie lipca 1925 r.

Referaty główne:

1) Choroba Brighta: referenci — M. Franke, Lwów, K. Rzętkowski, Warszawa.

2) Kamica żółciowa (wspólnie z chirurgami): referenci — Władysław anowski i Antoni Leśniowski, Warszawa.

Zgłoszenia wykładów, odczytów, pokazów etc. przyjmuje nie później jak do dnia 1 czerwca 1925 przewodniczący Komitetu Zjazdu Internistów Polskich K. Rzętkowski, Warszawa, Hoża 23.

Zgłaszający referaty, wykłady etc. winni wraz ze zgłoszeniem nadsyłać krótkie streszczenie tych referatów, bez którego referaty nie będą wogóle przyjmowane.

Referat nie może trwać dłużej niż 15 minut, przemówienie w dyskusji — dłużej niż 5 minut.

— Towarzystwo Lekarskie francusko-polskie zawiadamia że II kongres lekarski francusko-polski będzie miał miejsce w Paryżu od 23 do 28 kwietnia, poczem nastąpią wycieczki do Vichy, Lyonu, Nancy i Strasburga.

Informacji udziela sekretarz Towarzystwa dr. Józef Zieliński, Wspólna 51 m. 6 od 6 do 8 godz., tel. 225-26.

— W roku bieżącym zaczął wychodzić miesięcznik: „Nowiny Psychiatryczne“, poświęcony sprawom psychiatrycznym, naukowym i praktycznym. Redaktorem jest kol. Aleksander Piotrowski. Adres Redakcji i Administracji: Gniezno — Dziekanka, Krajowy Zakład Psychiatryczny.

— Zmarli: Prof. dr. Józef W i c z k o w s k i, prymarjusz szpitala powszechnego, prezes Tow. Przeciwgruźliczego we Lwowie, w 66 roku życia.

— Dr. C h e i n i s s e, znany popularyzator wiedzy lekarskiej i referent prac lekarskich polskich w „Presse médicale“, zmarł w Paryżu.

— Prof. T r e n d e l e n b u r g, słynny chirurg lipski — w Berlinie

— Dr. F e h l e i s e n, znany z wykrycia zarazki róży — w San Francisco.

— Prof. M o r g e n r o t h, wielce zasłużony na polu chemoterapii współpracownik Ehrlicha — w Berlinie.

OD ADMINISTRACJI.

W r. 1925 „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ wychodzić będzie w tym samym formacie, w tej samej objętości, co dotychczas.

Warunki prenumeraty na kwartał I r. 1925 pozostają również bez zmiany, mianowicie:

w Warszawie	złp. 9
na prowincji	10
za granicą	12

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

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

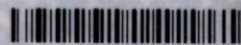
Drukarnia „WSPÓŁCZESNA

Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.

www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM

B.086



400000009820

