

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 22-23

WARSZAWA, 26 LIPCA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

R o z p r a w y.

Korrelacja zjawisk fizycznych i psychicznych w nozologii i patologii¹⁾

Podał

Rafał BECKER (Otwock — „Zofjówka“)

Przystępując do omówienia wzajemnego stosunku między zjawiskami fizycznymi i psychicznymi w dziedzinie nozologii i patologii, nie zamierzamy przeprowadzić ścisłego rozgraniczenia między zachorzeniami, uwarunkowanymi przyczynami ściśle fizycznymi a chorobami, wywołanymi przez momenty czysto psychiczne, czyli t. zw. chorobami funkcjonalnymi. Zadaniem niniejszej rozprawy będzie raczej ustalenie ścisłego związku, jaki daje się zaobserwować między temi dwoma szeregami zjawisk chorobowych. Jest rzeczą niezmiernie ważną, by lekarze, zwłaszcza lekarze — praktycy byli obznajmieni z charakterem tej łączności, gdyż poznawanie jest nie tylko warunkiem lepszego zrozumienia istoty tego rodzaju zaburzeń, lecz może nadto przyczynić się do bardziej celowej terapii.

Podobne postawienie kwestji odpowiada w zupełności naturze rzeczy. W ten sposób stawia też tę kwestję Prof. Bleuler w swojej pięknej pracy p. t. *Physisch und Psychisch in der Pathologie*²⁾, na której marginesie właściwie ten odczyt powstał.

Mówiąc o zwyczajnem ropyeniu, nie zadajemy sobie pytania, czy mamy przed sobą cierpienie organiczne, czy też tylko czynnościowe; tak samo nie zastanawiamy się nad kwestją, czy objaw lęku jest zjawiskiem psychicznym, czy też fizycznym. Przeważnie stosunki nie przedstawiają się tak prosto i wyraźnie. W wielu przypadkach przeciwstawienie tych dwóch pojęć — organiczne czy czynnościowe, fizyczne lub psychiczne, należy uznać za fałszywe. Musimy zastąpić je przez sformułowanie mniej absolutne czyli bardziej względne, a mianowicie: w jakim stopniu organiczne, a w jakim — funkcjonalne.

Mocne uderzenie w głowę lub w okolice zo-

ładka, znaczna utrata krwi do tego stopnia może podzielać na układ naczynioruchowy, że spowoduje anemię mózgu, i dany osobnik wpada w stan omdlenia. Jeśli zaś ktoś mdleje już naskutek lekkiego uderzenia, lub też jeśli stan omdlenia trwa zbyt długo, jest to oznaką, że dany osobnik posiada specjalnie wrażliwy układ naczynioruchowy i jest skłonny do omdlewania. Skłonność ta lub usposobienie może być spotęgowane do tego stopnia, że dotknięty niem osobnik wpada w stan omdlenia już z powodu normalnego podrażnienia, które na człowieka zdrowego nie wywarłoby żadnego wpływu.

W pierwszym przypadku momentem decydującym jest jedynie przyczyna zewnętrzna, wywołująca dany objaw, jakkolwiek stan anemii bezpośrednio wywołany jest przez pewien mechanizm. Natomiast w razie nadwrażliwości układu naczynioruchowego wszystko sprowadza się do skłonności (usposobienia), gdyż zwykle podrażnienia są zbyt częste, by można było ich unikać.

Albo też weźmy inny przykład. Neurotyk jest nienormalnie lękliwy. Kiedy ktoś zapuka do drzwi, kolana zaczynają mu tak silnie drżeć, że ledwie może utrzymać się na nogach. Normalny człowiek przy nieoczekiwanem podrażnieniu również może się złąknąć, przyczem łatwo może zeszytnieć albo zostać jakby sparaliżowany. Szczególnie często występuje w takich razach drżenie kolan.

Skłonność do wpadania w podobny stan jest zupełnie normalną reakcją lęku. W tym przypadku mechanizm działania jest ten sam u neurotyka, co i u człowieka zdrowego. W jednym razie wywołuje on objawy patologiczne, gdyż natrafia na specjalną skłonność, która go pobudza do przesadnie silnego ruchu.

W drugim razie, kiedy chodzi o osobę zdrową, niezwykle energiczne działanie mechanizmu występuje jako skutek nieoczekiwanego wrażenia, do którego normalny organizm nie jest przygotowany.

Tak przedstawia się opisane tu zjawisko w swoich objawach krańcowych. W rzeczywistości zdarzają się przeważnie przypadki mniej krańcowe, w których jednocześnie działają oba czynniki: usposobienie i bodziec zewnętrzny, bardzo często natury psychicznej. Im większa bywa skłon-

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego w „Stowarzyszeniu Lekarzy miasta i uzdrowiska Otwock“, dnia 15 marca 1928 r.

²⁾ Wydawnictwo J. Springer Berlin 1916

ność, tem mniejszą może mieć siłę bodzić zewnątrz i odwrotnie.

Skłonność do omdlenia lub też do zeszytywnienia lękowego naskutek zwykłego podrażnienia stawiamy nie w związku z konstytucją układu nerwowego, która jest oczywiście podłożem organicznym. Lecz na tem podłożu organicznym bodziec zewnętrzny czyli moment psychiczny wywołuje zaburzenie czynnościowe.

W przeważającej części tych przypadków przyczyna choroby jest czysto psychiczna (jak n. p. strach). Lecz nawet w tych przypadkach, w których przyczyna jest natury fizycznej, jak n. p. silne uderzenie, występuje ogniwo funkcjonalne za pomocą specjalnego odruchu.

Jeszcze jeden przykład współdziałania czynnika fizycznego i psychicznego stanowią znane w psychiatrii, tak zwane stany zamroczenia.

W stanie zamroczenia chory zazwyczaj ignoruje świat rzeczywisty, albo systematycznie nie docenia go, stawiając na jego miejsce sytuację zmyśloną. Już człowiek normalny ujawnia tendencję do unikania wyobrażeń nieprzyjemnych, które chętnie odsuwa od siebie, z drugiej zaś strony dąży do tego, by w wyobraźni przenieść się w sytuację przyjemną. Przy okazji również fałszuje swoje wrażenia w zależności od swych pragnień lub obaw. Jednak u normalnego człowieka nigdy nie dochodzi do trwałej zamiany rzeczywistości tworami fantazji.

Natomiast np. histerycznie usposobiona kobieta, której mąż podczas jej porodu zrobił uwagę z powodu nieobmyślnego kroku natury gospodarczej, grożąc, że ją porzuci, wpada w stan silnego podniecenia, zapomina całkowicie zarówno o popełnionym błędzie, jako też o samym poroku oraz o wszystkim, co z nim jest związane, i stosownie do tego zupełnie inaczej ustosunkowuje się do swojego otoczenia.

Schizofreniczka, która jeszcze była zdolna do prowadzenia w szkole lekcji, dowiedziawszy się, że człowiek którego kocha, zdradził ją, odrazu zaczyna zupełnie negować ten fakt i wbrew rzeczywistości przeżywa w swej wyobraźni swój ślub, miesiące miodowe i nawet ciążę.

Epileptyk, będąc w stanie zamroczenia, połączonego z uczuciem strachu i odpowiedniami halucynacjami, bierze zupełnie nieszkodliwego i Boga ducha winnego swojego współpracownika za napastnika i zadaje mu cios nożem w brzuch.

We wszystkich tych przypadkach widzimy, że momenty afektywne spaczają myślenie i orientację. Może to oczywiście nastąpić tylko w tym razie, kiedy momenty afektywne osiągają przewagę nad momentami intelektualnymi.

U histeryków taka przewaga powstaje przede wszystkim naskutek szczególnej mocy i szczególnego rodzaju afektywności. U epileptyków i u schizofreników momentami decydującymi są właściwe tym chorym osłabienie procesu myślowego oraz zaburzenie skojarzeniowego, przyczem procesy te należy rozumieć przeważnie, jako następstwo wpływów toksycznych lub organicznych.

A zatem scharakteryzowane stany zamroczenia mogą powstać u histeryków na podstawie specyficznego charakteru afektywności, u epileptyków w zależności od osłabienia zdolności myślenia,

wreszcie u schizofreników dzięki zaburzeniom procesu skojarzeniowego oraz urazu psychicznego.

Tak samo, jak epileptycy i schizofrenicy, zachowują się pod tym względem chorzy, dotknięci zaburzeniami organicznymi układu nerwowego. Zespoły objawów natury psychogenetycznej (histerycznej) zdarzają się bardzo często na gruncie wszelkich chorób organicznych, jak np. w stwardnieniu wieloogniskowym, wrodzonym rdzenia, nowotworach mózgowych, w zatruciach na tle złej przemiany materji, w chorobie Basedowa i innych cierpieniach.

Znalezienie jakiegokolwiek zespołu psychogenetycznego nie wystarcza jeszcze do postawienia rozpoznania hysterji. Takie rozpoznanie może być tylko wynikiem dokładnego badania obok jednoczesnego wyłączenia wszelkich innych chorób. Zdarza się bardzo często, że schizofrenicy, chorzy w początkowych okresach stwardnienia wieloogniskowego lub dotknięci nowotworami mózgu, tabetycy, albo nawet paralitycy są traktowani, jako histerycy lub neurastenicy, i to nie dlatego, że mylnie interpretowano wspomniane objawy, lecz dlatego, że na podstawie tych objawów natury psychicznej wnioskowano o psychicznym pochodzeniu tej lub innej choroby.

Ale mogą być także przypadki odwrotne. Freud np. przez pojęcie „Körperliches Entgegenkommen”, to znaczy — przystosowanie cielesne, określa następujący rodzaj współdziałania czynników fizycznych i psychicznych: gdy jakiś organ nieprawidłowo funkcjonuje, obserwujemy, że z chwilą, kiedy dany osobnik odczuwa potrzebę uchodzenia za chorego lub też chęć uwidocznienia jakiejś idei przy pomocy objawu chorobowego, ten upośledzony organ musi służyć wspomnianemu celowi.

Później Alfred Adler rozwinął swoją teorię o powstawaniu nerwicy na tle pewnego upośledzenia organu (Minderwertigkeitstheorie)¹⁾.

Ktoś np. ma chorowity żołądek. Niech tylko zajdzie potrzeba uchodzenia za chorego — a ten właśnie narząd pierwszy zacznie odmawiać posłuszeństwa.

W ciąży ujawnia się pewne uczucie ciężaru w jamie brzusznej, któremu towarzyszy potrzeba odciążenia żołądka. Potrzeba ta uwarunkowana jest bądź czynnikiem fizycznym, bądź chemicznym, jednym słowem, wytwarza się organiczna skłonność do wymiotów.

Obok idei, że kobiety ciężarne wogóle muszą wymiotować, w tym przypadku może odgrywać pewną rolę nieświadoma chęć pozbycia się tą drogą płodu, do którego z jakiegobądź powodu czuje się wielką niechęć. Objaw ten często może być wyleczony za pomocą umiejętnej sugestji, jak np. za pomocą rozszerzenia szyi macicznej lub też leku, do którego chora ma zaufanie.

Również w kokluszu zastanawiano się nad tem, czy należy uważać to cierpienie za bezpośredni skutek infekcji, czy też za nerwicę. Na rzecz jednego, jako też i drugiego powodu możnaby przytoczyć prawie jednakowo przekonujące argumenty. W każdym razie nie można zaprzeczyć, że istnieje tu stan podrażnienia dróg oddechowych.

¹⁾ A. Adler. Über den nervösen Charakter, Wiesbaden, 1912.

Okres początkowy jest bez wątpienia pochodzenia kataralnego, a nie natury neurotycznej. Napady koklusu przeważnie nie są uwarunkowane psychicznie, i nie mogą też być psychicznie stłumione. Bywają jednak napady, niewątpliwie spowodowane przez momenty psychiczne, które też psychicznie dają się usunąć.

Zdaniem Hamburgera, właściwa choroba infekcyjna trwa tylko 4 do 5 tygodni, lecz przedłużone i przewlekłe stadium *decrementi* jest raczej następstwem psychicznej reprodukcji poprzednich napadów. Droga wpływów psychicznych, do których też on zalicza zmianę powietrza, powyższe objawy dają się, jego zdaniem, usunąć w przeciągu 1-2 dni.

Również kurcz krtani jest poniekąd zjawiskiem organicznym, bywa jednak w wielu przypadkach wywołany przez momenty psychiczne.

W jankaniu liczni badacze widzą osłabienie mechanizmu mowy. W wielu ciężkich przypadkach jankania anomalji tej towarzyszy wyraźne zaburzenie ogólnej koordynacji funkcji mowy. A jednak choroba ta szczególnie ulega wpływom psychicznym, i istotne wyleczenie odbywa się, jeżeli nie zawsze, to w większości przypadków drogą psychiczną.

Mimowolne moczenie nocne niewątpliwie jest uwarunkowane czynnikami psychicznymi, gdyż może się zdarzać nawet przy zupełnie normalnej budowie anatomicznej organów moczowych. Wielu badaczy sprowadza to zjawisko do wrodzonego niedorozwoju, ew. wrażliwości tych organów.

Trzeba przyznać, że powtarzające się przypadki dziedziczenia tej choroby, jakoteż obserwacje, poczynione nad ilością oddanego moczu, przemawiają w pewnej przynajmniej części przypadków za istnieniem organicznego podkładu tej choroby. Mimo to *enuresis*, jak wiadomo, przeważnie daje się wyleczyć wpływami psychicznymi i niewątpliwie też wywołana jest przez momenty psychiczne.

Jako przykład, może służyć zaobserwowany przez Freuda fakt, że często w tych przypadkach mamy do czynienia z objawem nieświadomego uporu ze strony dziecka lub też z przejawem nieświadomego działania seksualnego.

Podług najnowszych zapatrywań taki *locus minoris resistentiae* bywa zazwyczaj też w nerwach serca.

O powyższem szczególnie dokładnie poucza nas W. Stekel w swoim dziele p. t. „*Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung*“ (Urban & Schwarzenberg, 1921). W tych przypadkach mamy do czynienia z dowolnymi kombinacjami następujących przyczyn: na podłożu neuropatycznym jakikolwiek bodziec zewnętrzny może wywołać nerwicę; pewna niedokładność zaś funkcji serca uwarunkowuje umiejscowienie cierpienia, powodując tem samem różnego rodzaju nerwicę serca.

Nawet takie sprawy fizjologiczne, jak głód i pragnienie, menstruacja i poród, ulegają w znacznym stopniu wpływom psychicznym. Każdemu lekarzowi z własnego doświadczenia znane są przypadki, kiedy oczekująca z trwożliwą niecierpliwością nastąpienia menstruacji kobieta nie może się jej doczekać, jakkolwiek ciąża jest wyłączona. Z drugiej strony już dawno jest dowiedzione, że menstruacja może być wywołana i zatrzymana przy pomocy hipnozy.

Co się tyczy t. zw. bólów porodowych, to występują one szczególnie intensywnie tylko u kobiet narodów kulturalnych. U narodów pierwotnych natomiast proces porodowy przebiega znacznie łagodniej. Zresztą, nawet u naszych kobiet zdarzają się przypadki (o jednym z takich przypadków pisze Bleuler), kiedy ta sama kobieta, która w stanie umysłowo normalnym miewa nader ciężkie porody, związane z interwencją chirurgiczną, — będąc umysłowo chorą, powiła tej samej wielkości dziecko w bardzo krótkim czasie i bez pomocy lekarskiej.

Specjalnym tematem w tej dziedzinie jest niemoc płciowa u mężczyzn i *frigidity* u kobiet. Dawny pogląd, że anomalje te mają wyłącznie podłoże organiczne, został obecnie całkowicie obalony. Podług najnowszych zapatrywań, wspomniane cierpienia należy uważać prawie wyłącznie za następstwa czynników czysto psychicznych.

Powstanie tych chorób, ich rodzaj i charakter, jakoteż ich leczenie jest przedmiotem bardzo rozległej literatury, zwłaszcza psychoanalitycznej. Powodzenie leczenia psychoanalitycznego takich chorych, najlepiej świadczy o psychicznej genezie tych cierpień.

Ze względu na ciasne ramy niniejszego artykułu musimy zaniechać dalszego przytaczania przykładów. Chcielibyśmy tylko na zakończenie raz jeszcze podkreślić myśl Bleulera, że chemizm organizmu w tak dużym stopniu zależny jest od wpływów psychicznych, iż nie jest wyłączone, że zdanie: „wbrew własnej woli człowiek nie zachoruje“, ma pewną rację bytu również po za dziedziną nerwicy.

Wszak jest powszechnie wiadomem, że ludzie energiczni, że dobrze usposobione oddziały wojaskowe nie tak łatwo zapadają na chorobę i wykazują większą wobec niej odporność, aniżeli ci, którzy się znajdują w nastroju przygnębionym. Niejednokrotnie zauważono, że podczas epidemji grypy, w przypadkach, kiedy cała rodzina leżała w łóżkach, matka jedna była na nogach — nie miała bowiem czasu na chorobę.

Również często zdarzający się fakt prawie jednoczesnego zgonu starszych małżeństw przemawia za istnieniem pewnego czynnego nastawienia psychicznego naszych funkcji życiowych. Można by to prawie nazwać zrezygnowaniem czynnem ze swojej jaźni fizycznej.

Tak samo często zdarzający się szybki uwiąd osób starszych, zwłaszcza arterjiosklerotyków, którzy porzucili swoje zwykłe zajęcia, by przenieść się w stan odpoczynku, sprowadza się częściowo do wspomnianego zjawiska zrezygnowania ze swojej jaźni fizycznej, częściowo zaś spowodowany jest przez utratę starych zakorzenionych nawyków i asocjacji.

Możemy zatem, wślad za prof. Bleulerem, przychylić się do zdania, że większa do pewnego stopnia, chorobowość ludzi w porównaniu ze zwierzętami uwarunkowana jest nie tylko wpływami życia kulturalnego, domestykacji, zakłóconej selekcji oraz nieprzystosowaniem się do warunków klimatycznych, lecz również ma źródło, w nieproszo-nym wtrącaniu się naszej psyche do procesów fizjologicznych naszego organizmu.

Wykłady kliniczne.

O porodowych urazach wewnątrzczaszkowych u noworodka.

Podał

J. PRZEDBORSKI (Warszawa)

Poruszam temat, prawie nieomawiany dotychczas w polskiej literaturze lekarskiej, a zasługujący na uwagę ze względu na wybitne znaczenie, jakie osiągnął w ciągu lat ostatnich w literaturze europejskiej i amerykańskiej. Szczególnie Niemcy i Amerykanie rozbudowali sprawę urazów wewnątrzczaszkowych noworodka wskutek porodu tak wszechstronnie, że zdają się one przedstawiać obecnie kwestję najpierwszorzędniejszej wagi. U niektórych autorów niemieckich kwestja ta nabiera charakteru wprost rewolucyjnego dla całej patologji noworodka, niemowlęcia, dziecka, a nawet w wielu razach człowieka dorosłego.

Już lekarze początków 19 stulecia (Denis, Billard, Cruveilhier) zwrócili uwagę na urazy mózgu noworodka, powstałe wskutek porodu, wielu autorów niemieckich pisało o tej sprawie w ciągu ubiegłego stulecia (Weber, Virchow, Runge, Kundrat, Doehle i inni), ale właściwie dopiero w ciągu ostatniego dziesięciolecia zagadnienie to nabrało tak wielkiej powagi. Ostatnie dziesięciolecie jest pierwszym w dziejach właściwym okresem współpracy położnika i pedjatry, i tej współpracy zawdzięcza patologja noworodka wyświetlenie różnych problemów dawniej z konieczności zaniedbywanych.

Pierwszym pedjatrą, który, będąc kierownikiem pedjatrzyznym oddziału położniczego w „Kaiserin Auguste-Victoria Haus für Säuglingsschutz“ w Berlinie, wysunął jako ważki problemat urazów wewnątrzczaszkowych u noworodka, był Ylppö, obecny profesor pedjatrii w Helsingforsie. W roku 1919 ogłosił on kilka cennych prac z zakresu patologji wcześniaków, te zaś prace stały się podłożem i bodźcem dla całej wielkiej liczby prac autorów z różnych dziedzin wiedzy lekarskiej; szczególnie pod tym względem zdziałał bardzo wiele instytut patologiczny w Frankfurcie, a mianowicie: Schwartz i jego współpracownicy. Odtąd kwestja urazów, względnie wylewów krwawych wewnątrzczaszkowych u noworodka wchodzi na nowe tory, zjednywając sobie dla swych oczywistych dowodów specjalistów położnictwa, otjatrii, neurologji i t. d. i stając się pierwszorzędną kwestją społeczno-lekarską.

Nigdy dawniej nie przypuszczano, że nawet t. zw. normalny poród pociąga za sobą bardzo poważne konsekwencje dla mózgu noworodka, jak tego dowiodły badania i prace lat ostatnich. Schwartz, a za nim inni autorowie dowiedli, że conajmniej u 65% wszystkich sekowanych noworodków stwierdza się wylewy krwawe wewnątrzczaszkowe bądź to pod oponami, bądź w komorach, bądź też w istocie mózgowej, zarówno szarej, jak

i rdzeniowej. Autorowie amerykańscy (Sharpe, Macclair, i inni) całkowicie te dane potwierdzają. Ze wylewy te mają kolosalny wpływ na śmiertelność noworodków, która w pierwszym miesiącu życia łącznie z martwo urodzonymi wynosi około 10% wszystkich noworodków, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Pozatem u dzieci, pozostałych przy życiu, urazy odbijają się często na ich rozwoju, chorobowości i psychice.

Co się tyczy mechanizmu powstawania urazów porodowych wewnątrz czaszki, to niezależnie od uszkodzeń sztucznych, wskutek tego lub innego zabiegu porodowego, których w referacie niniejszym nie bierzemy zupełnie pod uwagę, istnieje wiele czynników poniekąd naturalnych działających podczas każdego porodu, a wpływających na wylewy krwawe wewnątrzczaszkowe. Czynnikami takimi są:

1. Niewspółmierność pomiędzy wielkością czaszki noworodka a rozmiarami kanału porodowego.
2. Siła bólów porodowych.
3. Czas trwania porodu.
4. Stopień objawów zastoinowych i zamartwicznych (v. Reuss).
5. Większa od normy przepuszczalność i łamliwość naczyń krwionośnych, szczególnie u wcześniaków.
6. Różnica w ciśnieniu wewnątrz macicy i na zewnątrz kanału porodowego, wynosząca niekiedy około 250 mm. rtęci, a powodująca działanie ssące na przodującą część płodu, po pęknięciu pęcherza płodowego.

Wymienione w pierwszych czterech punktach czynniki są same przez się zrozumiałe i nie wymagają bliższego omówienia. Co do p. 5, dotyczącego łamliwości i przepuszczalności naczyń krwionośnych, istnieją prace doświadczalne Ylppögo, tłumaczące mechanizm powstawania wylewów krwawych. Otóż Ylppö zauważył, że im mniejszy jest noworodek lub wcześniak, tem łatwiej występują wybroczyny podczas porodu we wszystkich narządach, szczególnie zaś w mózgu. Według niego jest to efekt zewnętrznego działania ssącego, t. zw. ujemnego ciśnienia, na mało odporny układ naczyniowy noworodka. By objaw ten ustalić drogą doświadczalną, Ylppö użył szklanego klosza, połączonego z pompą wodną, lokując go na skórze noworodków różnej wagi i wywołując w ten sposób na skórze ciśnienie ujemne. Następnie Ylppö określał to ujemne ciśnienie, przy którym powstawały wybroczyny na skórze.

U noworodka ważącego powstawały wybroczyny na skórze przy ciśnieniu ujemnym

< 1000 gr.	150 mm. Hg.
1000 — 1500,	250 „ „
1500 — 2000,	310 „ „
2000 — 2500,	400 „ „
2500 — 3000,	450 „ „
> 3000	520 „ „

Coprawda, różnią się przypuszczalnie warunki powstawania wybroczyn na skórze i w mózgu, jednak doświadczenia Ylppögo stanowią poniekąd potwierdzenie prac anatomopatologicznych, że, im drobniejsze jest dziecko, tem mniejsze ciśnienie ujemne wywołuje krwawienia; statystyka częstości wylewów krwawych w mózgu u drobnych noworodków przedstawia się według Ylppögo zależnie od wagi, w sposób następujący (na zasadzie sekowanych przypadków):

u noworodków ważących wylewy krwawe w mózgu

> 1000	90%
1001 — 1500	76.5%
1501 — 2000	35.3%
2001 — 2500	26.7%

Przepuszczalnością i łamliwością naczyń krwionośnych pod wpływem ujemnego ciśnienia tłomacza się przypadki wylewów krwawych w mózgu noworodków, urodzonych drogą cięcia cesarskiego, gdzie o jakimś uszkodzeniu mechanicznym nie może być mowy, natomiast jedynie działa tam nagła różnica między ciśnieniem wewnątrzmacicznym a późniejszym ciśnieniem otaczającej atmosfery. Przypadki takie ogłosili Ylppö, Mayner i inni.

Jednak, jeżeli sądzić z prac lat ostatnich, szczególnie z prac Schwartz'a, Vossa i innych to główną rolę w powstawaniu wylewów krwawych w mózgu noworodka odgrywa wymienione powyżej w punkcie 6 ciśnienie ujemne na przodującą część płodu, a więc przeważnie główkę, z następującą bardzo znaczną zastoiną w układzie żylnym wewnątrzczaszkowym. Zastoina żylna wskutek różnicy ciśnień jest, według Schwartz'a, najgłówniejszym czynnikiem wylewów krwawych w czaszce i to wylewów wszelkiego rodzaju i lokalizacji. Bieg powstawania wybroczyn i wylewów krwawych w czaszce jest, według Schwartz'a, we wszystkich typowych przypadkach następujący. Tak zwane ciśnienie ujemne odbija się przede wszystkim, po pęknięciu pęcherza płodowego, na tej części czaszki, która zwykle przoduje, a więc w okolicy małego ciemniaczka; stąd przez cienką podatną warstwę tkanki działanie ssące przenosi się bezpośrednio na okolicę tylnej części zatoki wraz z zatoką prostą (*sinus rectus*). W zatokach tych powstaje wówczas znaczne ciśnienie ujemne, przerywające odpływ krwi do dalszego układu żylnego. Pozatem do zatok tych, jako do miejsca wysokiego ujemnego ciśnienia, zostaje szybko wessana krew z tych żył opon i mózgu, które normalnie odpływają do zatok. W następstwie zatoki żyłne mózgowe wykazują znaczne przepełnienie i zastoinę; dalej żyły i żyłki dopływowe, których krew została wyssana do zatok, szybko się zapełniają krwią nową, dopływającą z normalnie funkcjonujących tętnic, a nie mając dalszego odpływu do przepełnionych zatok żylnych, same się przepełniają i wykazują objawy zastoinowe. W razach znacznej zastoiny występują wybroczyny, wylewy, zakrzepy, a nawet pęknięcia naczyń w całym układzie żylnym wewnątrzczaszkowym, ściśle z sobą związanym. W szczególności więc objawy zakrzepowe i wybroczynowe powstają w żyłach oponowych, odpływających do zatoki strzałkowej górnej i dolnej, dalej szczególnie w układzie żylnym *vena ma-*

gna Galeni, układzie, będącym w najtrudniejszych warunkach w razie ciśnienia ujemnego nad małym ciemniączkiem, albowiem krew musi wówczas odpływać przez wąski, szybko przepelniony *sinus rectus*, a wszak *vena magna Galeni* otrzymuje krew z rozgałęzień z całej istoty mózgowej, z głównych jąder, z komór mózgowych; wreszcie objawy zastoinowe, choć w mniejszym stopniu, przenoszą się również przez zatokę poprzeczną na zatoki skaliste; w tym układzie żylnym zastoina jest, co prawda, mniejsza ze względu na bliskość i łatwość odpływu do żyły jarzmowej, a jednak wybroczyny stwierdzone są tam bardzo często, jak tego dowiodły prace anatomopatologiczne, doświadczenia i kliniczne Vossa, Wichersa i innych otjatrów.

Taki jest w ogólnych zarysach w myśl dzisiejszych poglądów mechanizm powstawania wylewów krwawych do jamy czaszkowej. Teoria Schwartz'a upraszcza w znacznym stopniu zrozumienie wielorakiej postaciowości zmian anatomopatologicznych w czaszce noworodka, albowiem sprowadza wszystkie prawie wylewy do jednej dominującej przyczyny. Przed powstaniem teorii Schwartz'a oddzielano ściśle wylewy oponowe od wylewów mózgu i starano się dla każdej grupy znaleźć specjalne tłumaczenie, specjalny mechanizm. A więc rozróżniano pod względem anatomopatologicznym wylewy krwawe pod oponą twardą (*haemorrhagiae subdurales*), pod oponą pajęczynową (*subarachnoideae*), pod naczyniową (*subpiales*), następnie dokomorowe, których pochodzenie prowadzono od *plexus chorioidei*, wreszcie do istoty mózgowej. Wylewy krwawe pod oponę twardą różniczkowano jako nadnamiotowe i podnamiotowe (*haemorrhag. supra- et infratentoriales*). Jest to klasyfikacja anatom.-patol., podana przez Seitz'a.

Zwracano uwagę na częstsze powstawanie wylewów pod oponą twardą u noworodków dojrzałych, szczególnie przy niewspółmierności główki i kanału porodowego, dzięki czemu wolne w szwach brzezi kości czaszki przesuwają się ku sobie, kalecząc zatoki żyłne; pozatem znaczny ucisk czołowo-potyliczny, względnie dwuciemienny wpływ na pęknięcie namiotu, względnie sierpa (*falx cerebri*).

Dziś jest jasnem, że wylewy, prócz wyraźnie mechanicznie urazowych, są jednakże u dojrzałych jak i wcześniaków, przyczem częstsze u wcześniaków ze względu na mniejszą odporność naczyń. Schwartz przeszedł i przestudjował wszelkie postacie i metamorfozy, jakoteż objawy rezydualne w mózgu noworodków i dzieci starszych, powstałe wskutek wylewów krwawych, stwierdzając ich obecność w każdej części mózgu z zadziwiającą częstością, zarówno na oponach, jakoteż w substancji szarej, rdzeniowej, jakoteż w jądrach mózgowych. Na oponach i w komorach stwierdza się najpierw skrzepy, potem rdzawe zabarwienie; w istocie mózgowej najpierw wybroczyny, później elementy tłuszczowego zwyrodnienia, potem ogniska rozmiękania i wreszcie białe plamki, jako objawy bliznowacenia.

Klasyfikacja anatom.-patol. Seitz'a z podziałem według ściślej lokalizacji wylewów krwawych została stworzona z myślą oparcia na niej różniczkowania objawów klinicznych, które miałyby *intra vitam* pozwolić na określenie lokalizacji wylewów.

Jednak liczne prace lat ostatnich wykazują, że objawy kliniczne z małymi wyjątkami nie idą w parze z objawami anatomopatologicznymi, i że neurolog, opierający swą wiedzę na doświadczeniu u dorosłych, jest zdumiony, jak nikłe u noworodka stwierdza się objawy kliniczne i jak wielkie zarazem zmiany anatomopatologiczne. Naprz. duże wylewy do komory z rozcięciem istoty mózgowej mogą nie dać żadnych objawów klinicznych. Seitz, co prawda, nakreślił ścisły obraz chorobowy oddzielnie dla wylewów nadnamiotowych, oddzielnie zaś dla wylewów podnamiotowych, jednak sam stwierdza, że przeważnie ze względu na jednocześnie objawy zastoinowe mózgowe ogólne, ścisłe rozpoznanie kliniczne nie często ustalić się daje. Z tego też względu wydaje się bezcelowe dążenie do ścisłego określania miejsca wylewu krwawego, jakoteż jego rozmiarów. Wszelkie najbardziej kliniczne rozumowanie najczęściej zawodzi, czego dowodem jest materiał obdukcyny. O ciężkości objawów decyduje najczęściej lokalizacja urazu, której za życia przeważnie ustalić nie możemy. Bynajmniej nie jest konieczna obecność napięcia ciemniaczka i drgawek, które występują często znacznie później. Natomiast o istnieniu wylewu sądzymy przeważnie na zasadzie objawów ogólnych. Do zasadniczych objawów, stanowiących poniekąd triadę, należą: asfiksja, zaburzenia oddechowe i zaburzenia naczynio-ruchowe.

Chociaż zamartwica jest często wywoływana nieprawidłowościami przebiegu procesu porodowego, to jednak stwierdzano na stole obdukcynym prawie w dwóch trzecich przypadków zamartwicznych wylewy krwawe, nawet z przerwaniem namiotu. Noworodek zamartwiczny musi być wobec tego z dużą podejrzliwością traktowany w kierunku urazu mózgu.

Co się tyczy zaburzeń oddechowych, należy szczególnie zwracać uwagę na występujące często objawy bezdechu, względnie objawy wzdychania, raptownego wciągania powietrza, wykrzykiwania, lub też na nieprawidłowości oddechu według typu Cheyne-Stokesa.

Zaburzenia naczynioruchowe, powodowane przeważnie urazem w rdzeniu przedłużonym, dają noworodkowi specjalne piętno, a mianowicie: sinicę całej skóry z wyraźną błądzącością twarzy, Zwolnienie tętna stwierdza się często, jednak nie stale.

Obserwując noworodka, u którego stwierdziliśmy którekolwiek z wymienionych wyżej objawów, zauważamy tuż zatem i inne, mniej lub więcej wyraźnie występujące, a więc noworodek taki jest apatyczny, smutny w oczkach, czołko ma zamarszczone. ssie źle, albo wcale nie ssie, wysane wylewa często przez nasek. nie mogąc połykać. nie przestaje ziewać, wykazuje znaczne wahania ciepłoty (anarchja termoregulacji objaw znany również w urazach mózgowych u dorosłych), dalej zdradza oczoślą spontaniczny, nawet w braku obecności drgawek. Ylppö zwraca jeszcze uwagę na jakoby stały t. zw. objaw pajaca, polegający u noworodka na tem, że, opukując okolicę mostka, wywołujemy w przypadku urazu mózgu błyskawiczne wzdrzanie kończyn. Osobiście bardzo rzadko stwierdzałem objaw powyższy, nawet w przypadkach, któ-

rych rozpoznanie skądinąd nie ulegało wątpliwości. Wymioty nie są objawem koniecznym, zresztą, są one wogóle tak częstym objawem w pierwszych dniach po urodzeniu, że trudno jest zaliczać je na konto urazu mózgu.

Z innych objawów, spotykanych w wielu przypadkach, wspomnę jeszcze *opisthotonus*, hipertonię kończyn, erekcję, marszczenie się moszny — objawy ostatnie głównie w razie równoczesnego urazu rdzenia.

Co się tyczy użytkowania dla celów rozpoznawczych odruchów noworodka, a więc odruchów rzepkowych, Chwostka, Babińskiego, Troussseau, Gordona, Oppenheima, to pod tym względem niema jeszcze ustalonej opinii. W każdym razie trudno na podstawie ich obecności, wzmożenia lub braku stawiać właściwe wnioski. Odruch Babińskiego stwierdzany bardzo często u noworodka, zostaje jednak ostatnio tłumaczony nie jako poniekąd fizjologiczny dla noworodka, lecz jako objaw uszkodzeń w *corpus striatum* (analogicznie do pseudo-Babińskiego u dorosłych); uszkodzenia takie powstają wskutek urazu porodowego na terenie *vena terminalis*, będącej rozgałęzieniem *vena magna Galeni*.

Celem uzupełnienia rozpoznania (ewentualnie w celach terapeutycznych) stosuje się nakłucie lędźwiowe, ciemniaczka, a nawet nakłucie cysterny.

Chociaż Amerykanie przywiązują do nakłucia lędźwiowego wielką wagę, to należy jednak podkreślić, że nakłucie to, jako metoda rozpoznawcza, często zawodzi.

Przedewszystkiem nakłucie, prawidłowo wykonane, może nie dać krwi w przypadkach, kiedy późniejsza obdukcja wykazuje wylewy krwawe w istocie mózgowej, niekiedy bardzo rozległe, a to przez brak komunikacji miejsca wylewu z płynem mózgowo-rdzeniowym; poza tem można nie stwierdzić domieszki krwi w płynie w przypadkach wylewów nadnamiotowych, gdy namiot ściśle ogranicza odpływ krwi od kanału rdzeniowego. Również obecność krwi w płynie wymaga bardzo krytycznego traktowania. Wobec obfitości naczyń żylnych w kanale rdzeniowym, szczególnie u noworodków drobnych, uszkodzenie tych naczyń wskutek nakłucia jest nadzwyczaj łatwe, stąd też konieczna jest analiza płynu zwykłymi metodami, stosowanymi przy rozgraniczaniu ewentualnej świeżej lub starej domieszki krwi w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Jeszcze na jeden objaw rozpoznawczy chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na wprowadzoną przez otologów (Voss i jego uczniowie) metodę badania objawów okoruchowych pod wpływem bodźców termicznych na bębenek, względnie pod wpływem ruchów obrotowych, a więc zadziały na aparat błędnikowy. Praktycznie metoda ta nie ma wielkiego znaczenia, jednak wyniki jej stosowania u noworodków wskazują wyraźnie, że noworodki z urazem mózgu wykazują brak, względnie obniżenie pobudliwości obrotowej.

Jeszcze wspomnę, że metoda encefalografji narazie nie miała wyraźnego zastosowania u noworodków.

Ustąpienie objawów z pierwszych dni życia absolutnie jeszcze nie daje rękojmi, czy następstwa

urazu porodowego nie występują w późniejszym wieku. Pod tym względem Ylppö, Schwartz i inni na zasadzie swych wyczerpujących prac dochodzą raczej, jak już wspominałem wyżej, do wniosku, że różne, ściśle nie określone przejawy chorobowe późniejszego wieku należy traktować jako następstwa urazu porodowego mózgu. A zatem dla autorów tych *asphyxia, debilitas vitae, atrophia* i stany analogiczne — to skutki urazu porodowego.

Najważniejszą jednak dziedziną, w której dominują następstwa urazu porodowego czaszki, to dziedzina neurologii. Pozostawiam siłom bardziej w tym zakresie kompetentnym omówienie bardzo licznych neurologicznych postaci chorobowych, stojących w ścisłym związku z urazem porodowym, które bardzo szczegółowo opisali w swych pracach Schwartz, Dollinger, Zappert. Z nazw wspomnę tylko niektóre ważniejsze, jak: *hydrocephalus, epilepsia*, wszelkie postaci choroby Little'a *sclerosis cerebri, porencephalia, athetosis congenita*, różne postaci niedorozwoju umysłowego, zaburzenia wewnątrzwydzielnicze w związku z wylewami do przysadki mózgowej (jak to ostatnio dowiódł Wickers), i wielu innych.

Co się tyczy częstości choroby Little'a i niedorozwoju umysłowego w związku z urazem porodowym, to istnieją próby danych statystycznych. Ylppö, wychodząc z założenia, że wcześniaki wykazują najczęściej wylewy krwawe do mózgu, zbadał katamnestycznie (do 8-miu lat) 598 wcześniaków i stwierdził w tej liczbie 3,1% przypadków choroby Little'a i 7,4% idiotów i imbecylów. Dollinger dochodzi do wniosku, że 25% wszystkich stanów niedorozwoju umysłowego u dzieci powstaje wskutek urazu wewnątrzczaszkowego podczas porodu, badając zaś ciężkich imbecylów, stwierdził wśród 70 około 40% (28) wcześniaków, więc znowu dzieci z dużym prawdopodobieństwem urazu porodowego.

W sprawie leczenia krwawych wylewów wewnątrzczaszkowych należy podkreślić, że przypadki lżejsze nie wymagają żadnego leczenia, gdyż objawy pierwotne, jeżeli niema krwawiaczki, szybko ustępują. W przypadkach cięższych należy dbać o spokój ruchowy noworodka i, co uważam osobliście za bardzo ważne, nie należy zapominać o odżywianiu noworodka, względnie podawaniu dostatecznej ilości płynu. Noworodkom, które *per os* pokarmu nie przyjmują, należy pokarm wprowadzać przez zgłębnik, jeżeli zaś wymiotują, wprowadzać pokarm w małych dawkach lub kropłówką do odbytnicy, pozatem rozczyń Ringera lub cukru granowego podskórnie, śródmięśniowo lub do otrzewny. Bardzo ważnym środkiem leczniczym jest homoterapia w ilości 20 do 60 gramów i więcej krwi (ojca) codziennie śródmięśniowo. Powyższymi metodami osiąga się często przekroczenie okresu krytycznego.

Amerykanie zalecają gorąco, jako środek leczniczy, nakłucie lędźwiowe, ciemiączkowe, podpotyliczne, a nawet komorowe, ewentualnie wstrzyknięcie surowicy końskiej albo krwi ludzkiej do kanału rdzeniowego po wypuszczeniu odpowiedniej ilości płynu.

Jako środki uspakajające, stosuje się *luminalna-trium* w ilości 0,05 — 0,1 śródmięśniowo lub *chloralhydrat* do 0,5 w ławatywie.

W napadach duszności często duże usługi oddaje lobelina 0,003 podskórnie lub tlen, wprowadzony przy pomocy kateteru przez nos do gardzieli (u wcześniaków w okresach bezdechu tlen przez zgłębnik do żołądka). Od roku 1905 stosuje się metodę operacyjną. Pierwszy stosował operacje Amerykanin Cushing, za nim Seitz, Simons, Henschen, Chippault, Dorran, Sharpe i w. inn. Metoda ta możliwa jest do zastosowania głównie w wylewach podoponowych nadnamiotowych, Śmiertelność natychmiastowa około 40%. Wobec trudności rozpoznawania lokalizacji wylewu, wskazania do operacji są niepewne, może w przyszłości encefalografia ułatwić rozpoznanie. Kończąc referat niniejszy, chciałbym jeszcze w związku z wyżej przytoczonymi danymi zwrócić uwagę na nasuwające się wnioski praktyczne, mianowicie: na znaczenie wylewów do mózgu z punktu widzenia sądowno-lekarskiego i na konieczność stosowania możliwej profilaktyki.

Częstość wylewów krwawych do mózgu winna być brana pod uwagę podczas obdukcji sądowno-lekarskich, gdyż znane są liczne przypadki oskarżenia matki o dzieciobójstwo gdy tymczasem na sekcji znajdowano liczne wylewy. Gryzwo-Dąbrowski w swoim materiale sekcyjnym stwierdził na 390 przypadków 103 razy wylewy krwawe z uszkodzeniem niamotu.

Co się tyczy profilaktyki wylewów krwawych do mózgu noworodka, to zaznaczyć muszę, że nie rzeczą pedjatry jest omawianie celowości lub szkodliwości tych lub innych metod akuszerskich. Gromadzi się ostatnio sporo prac z dziedziny położnictwa, traktujących bardzo poważnie temat powyższy (Jaschke, Stern, Hejdler, Karmauner). Z punktu widzenia pedjatrycznego należy jednak z całą bezwzględnością potępić już zresztą przez niektórych położników zarzucony system sztucznego oddychania według Schultzego u noworodków z zamartwicą. Ponieważ asfiksja powstaje przeważnie skutkiem wylewów krwawych, przeto „Schultze” wywołując co prawda, sztucznie oddech, wzmacnia jednak wylew do mózgu i ciężkie jego następstwa późniejsze. Przy omawianiu profilaktyki urazów porodowych podczas normalnego porodu mimowoli nasuwa się pytanie, dlaczego proces tak fizjologiczny, jak poród, jest tak ciężkiem przejściem dla dziecka, groźnem pod względem następstw. Grają tu rolę te same prawa biologiczne, co i wszędzie: natura tworzy, jak wszędzie, z nadwyżką, mogąc sobie w ten sposób pozwolić na straty. Wobec tego jednak, że naturze przeciwdziała cywilizacja, doprowadzając do krainowego ograniczenia liczbę urodzeń, przeto na ludności ciąży obowiązek, by przy znacznie mniejszej liczbie urodzeń były jaknajmniejsze straty.

Należy wobec tego rozbudować opiekę społeczną nad matką i dzieckiem, a szczególnie dążyć do współpracy położnika z pedjatą.

PIŚMIENICTWO.

Berberich u. Wickers Zur Symptomatologie des Geburtstraumas Ztschr. f. Khk. Bd. 38, H. 2. Berberich. Experimentelle Untersuchungen über das Geburtstrauma des Felsenbeins, Dtsch. Med. Woch. 1925. Nr. 42, S. 1726-1728. Berberich. Geburtstraumatische Veränderungen der Hypophyse, Monatsschr. f. Khk. Bd. 34, H. 3/6 1926, Dollinger,

Geburtstrauma. Zentralnervensystem. Ergebn. d. inn. Med. u. Khk. Bd 31 S 373 — 455, 1927. Grzywo - Dąbrowski. Pęknięcie namiętności mózdkowego lub wyrostka sierpowatego, występujące u dzieci podczas porodu. Warsz. Czas. Lek. 1924 Nr. 2. Heidler, Hans. Ueber das Geburtstrauma des Schädels Neugeborener. Wien. Klin. Wochenschr. Jg. 38 Nr 52, Sonderbeilage 1925. Heidler Aut laesio intracran. aut asphyxia neonatorum. Zeitschr. u. Geburtshilfe. Bd. 91, H. 2, 1927. Jaschke Mechanik u. Klinische Bedeutung des Schädeltraumas unter der Geburt. Monatschr. f. Kinderh. Bd 34, H. 3/6, 1926. Kermaun Fritz. Zur Behandlung des scheinot geborenen Kindes. Wien. Klin. Wochenschr. Jg. 39 Nr. 38, S 1070 — 1073, 1926. Schwartz Ph. Traumatische Geburtsschädigung des Gehirns Münchn. Med. Wochenschr. 1922, Nr. 30. Schwartz, Ph. u. Fink, Lotte, Morphologie u. Entstehung geburtstraumatischer Blutungen im Gehirn u. Schädel des Neugeborenen Zeitschr. f. Kinderh. Bd 40, H. 5, 1925. Schwarz, Ph. Die geburtstraumatische Schädigung des Kopfes Neugeborenen u. ihre Bedeutung für die Pathologie, Monatschr. f. Khk. Bd. 34,

H 3/6, 1926. Schwartz, Die traumatischen Schädigungen des Zentralnervensystems durch die Geburt. Ergebn. d. inn. Med. u. Khk. Bd. 31, Sharpe und Maclaire. Further observations of intracranial haemorrhage in the new born. Surg and obstetr. T. 41 Nr. 5, Sharpe. Neurosurger in the new-born and children. New York State Journ. of med. T. 27, Nr. 13, 1927. Stern Alfred. Die Bedeutung der kindlichen Geburtsverletzungen für die Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 124, H. 3, 1925. Voss Klinische u patholog.—anatomische Folgeerscheinungen geburtstraumatischer Schädigungen des Felsenbeins. Monatsschrift Khk. Bd. 34, H. 3/6, 1926. Ylppö: Patholog — anatom Studien bei Frühgeburten Zeitschr. f. Khk. Bd. 20, 1919, S. 212 — 431. Ylppö Zum Entstehungsmechanismus der Blutungen bei Frühgeburten u. Neugeborenen. Zeitschr. f. Khk. Bd 39, 1924, S. 32—45. Ylppö. Das Schädeltrauma bei der Geburt, Monatsschrift. Khk. Bd. 34 H. 3/6 1926. Zappert. Ueber Dauerschäden des Nervensystems nach Geburtsverletzungen des Gehirns Monatsschrift. Khk. Bd. 34, H. 3/6, 1926.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Kierownik Prof. Dr. F. VENULET).

Zachowanie się wapnia i potasu we krwi pod wpływem blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Podał

Dr. Med. Piotr DEMANT Asystent Zakładu (Warszawa).

Badania lat ostatnich nad wpływem elektrolitów na przemianę materji, a zwłaszcza na przemianę węglowodanową, nabierają coraz większego znaczenia.

Przystępując do omówienia wzajemnego stosunku elektrolitów do przemiany węglowodanowej, należy przedewszystkiem uwzględnić stan pewnej równowagi, który istnieje między elektrolitami wewnątrzkomórkowymi a elektrolitami krwi i płynów tkankowych. Każda bowiem zmiana w rozmieszczeniu elektrolitów wewnątrzkomórkowych odbija się na ich zachowaniu w płynach ustroju. Zdolność przechodzenia przez błony komórkowe napół przepuszczające posiadają tylko zjonizowane cząsteczki elektrolitów, i one służą do podtrzymywania równowagi między elektrolitami tkanek a osocza. Większe lub mniejsze stężenie danego elektrolitu w tkankach idzie w parze ze wzmoczeniem lub osłabieniem napięcia układu roślinnego: zwiększenie stężenia potasu w środowisku międzykomórkowym odpowiada według Krausa i Zondka podrażnieniu układu parasympatycznego, zwiększenie zaś wapnia zależy od podrażnienia nerwu sympatycznego.

Podając adrenalinę, Dresel otrzymywał przejściową hiperkalcinemję, po której występowała długotrwała hipokalcinemja. Na zasadzie swoich badań autor utrzymuje, że napięciu n. sympatycznego towarzyszy obniżenie poziomu wapnia we krwi, ponieważ wówczas następuje stężenie wapnia w komórcie.

Jeszcze dalej posunął się Zondek. Twier-

dzi on, że hormony działają za pośrednictwem elektrolitów. Takież stanowisko zajmuje Kylin.

Należy również zwrócić uwagę na wpływ elektrolitów na przepuszczalność cukru.

Hamburger i Brinkmann twierdzą, że nerkę żaby można uczynić mniej lub więcej przepuszczalną dla cukru w zależności od rodzaju stężenia elektrolitów w płynie odżywcym.

Wiadomo również, że cukier wyzwała się z wątroby żabiej tylko przy określonym stężeniu wapnia w płynie odżywcym. Wobec tego i przepuszczalność otoczek komórkowych względem ciał, biorących udział w przemianie komórkowej, zależy najprawdopodobniej od stężenia elektrolitów w płynie tkankowym. Również Loeb zwraca uwagę na współzależność przepuszczalności otoczek komórkowych dla cukru i wzajemne ustosunkowanie się elektrolitów.

Należy jeszcze wspomnieć o badaniach Zondka i Benatta, Kylina i Nystroma, Baratha i innych, którzy przecukrzenie krwi stwierdzili pod wpływem wapnia, podanego dożylnie.

E. Kylin i E. Engel, podając znów osobnikom zdrowym potas, otrzymywali spadek cukru dość pokaźny (z 110 do 60), utrzymujący się w ciągu godziny. Kylin, zastrzykując osobnikom zdrowym na godzinę przed podaniem adrenaliny (0.01 mgr.) bądź wapń (10 cm.³ 10%), bądź potas (2 cm.³ 10%), nie otrzymał wyników jednolitych: tak wapń, jak i potas to wzmagaly, to znów obniżały podadrenalinowy poziom cukru.

Hochfeld, Schenk, Hasenöhrl i Höglger nie potwierdzają wpływu wapnia na przecukrzenie krwi, jak również potasu na obniżenie poziomu cukru. Do tego samego wniosku przyszedł Sterkin na zwierzętach.

W pracach poprzednich stwierdziłem, że po podaniu dożylnem srebra kolloidalnego czyli t. zw. blokadzie układu siateczkowo-śródbłonkowego (u. s. s.) występowało przecukrzenie krwi w pierwszych trzech godzinach i spadek cukru w późniejszym okresie poblokadowym (w 6 — 7 g.).

W związku z przytoczonym piśmiennictwem chodziło mi o zachowanie się elektrolitów wapnia

i potasu we krwi pod wpływem blokady u. s. s. srebrem koloidalnym.

W tym celu przeprowadzone były doświadczenia na 15 psach, z czego u 3 psów równolegle z elektrolitami badano cukier krwi. W doświadczeniach tych do t. zw. blokady użyto argentolu, korgolu lub elektrargolu. Psy głodzone dobę przed doświadczeniem. Krew pobierano stale z serca komory lewej. Cukier we krwi określano metodą makro Mac Leana, wapń zaś i potas badano metodą Kramera i Tisdala.

Przechodzimy do omówienia otrzymanych wyników.

Jako przykład może służyć doświadczenie 15:

Czas	0	30'	60'	90'	120'	180'	%
Cukier	0.97	1.09	1.20	1.26	1.42	1.42	47
Wapń	8.2	8.8	9.8	9.9	10.7	0.2	30
Potas	26.5	22.0	20.5	19.5	19.1	19.2	28

Jak widać największe przecukrzenie krwi (47%) miało miejsce w 2 godziny po podaniu argentolu (1 cm.³ pro kilo). Jednocześnie zawartość wapnia wzrosła do 30%, a potasu obniżyła się do 28%. Stężenie wapnia należy przypisać zjonizowanym elektrolitom, które powędrowały do krwi komórek i płynów tkankowych. W doświadczeniu tem stwierdzono stały wzrost cukru i wapnia w ciągu dwóch godzin; poziom potasu odwrotnie wykazuje spadek.

Doświadczenie 14:

Czas	30'	60'	90'	120'	180'	%	
Cukier	0.90	0.05	1.05	1.01	1.17	0.97	47
Wapń	9.0	9.5	9.8	9.5	10.2	—	13
Potas	21.4	18.6	21.0	17.4	19.4	—	9

Z doświadczenia tego, jak i innych, staje się widocznym, że stosunek wapnia do potasu nie jest stały. W tym czasie, gdy poziom wapnia wzrósł o 13%, poziom potasu obniżył się tylko o 9%.

Co się tyczy potasu, to zawartość jego w surowicy i krwi nie jest jednakowa. We krwi potasu jest więcej, ponieważ czerwone ciała, jak i inne składniki komórkowe, obfitują w potas. Zawartość potasu we krwi również nie jest stała, co tłumaczy się chwiejną zawartością elektrolitów w ciałkach czerwonych.

O stanie, w jakim zjawia się potas we krwi lub surowicy, nic pewnego powiedzieć nie można. Najprawdopodobniej znaczna część znajduje się w postaci zjonizowanej (Zondek).

W doświadczeniu 1:

Czas	0	30'	60'	90'	120'	180'
Wapń	7.1	6.4	7.8	6.9	8.2	7.4

zwraca uwagę spadek poziomu wapnia w 30' z 7.1 do 6.4.

Barath, zastrzykując wapń dożylnie osobnikom zdrowym, zauważył początkowo spadek ciśnienia krwi, obniżenie poziomu cukru, zwężenie źrenic i t. d.; przypuszcza więc, że miał do czynienia z podrażnieniem nerwu błędnego. Podrażnienie to utrzymywało się czas krótki, poczem wystąpił okres napięcia nerwu sympatycznego (w 1½ *maximum*) ze wzmożonym parciem, przecukrzeniem krwi i t. d.

Czy podobnie nie działa w naszym doświadczeniu srebro koloidalne, w którym występuje dwukrotnie podniesienie poziomu wapnia z każdorazowym spadkiem?

Jednocześnie uwydatnia się tutaj odczyn dwufazowości.

W 11-u doświadczeniach stężenie wapnia wynosiło 11%—30%, w trzech doświadczeniach były wahania w zakresie błędu i w jednym doświadczeniu dał się stwierdzić spadek poziomu wapnia poniżej pierwotnego, t. j. przed podaniem srebra koloidalnego.

Zestawiając wyniki niniejszych doświadczeń, przychodzimy do wniosków następujących:

1. Po dożylnym podaniu srebra koloidalnego, czyli t. zw. blokadzie u. s. s., występuje stężenie wapnia w krwi; stężenie to przebiega mniej więcej równolegle z przecukrzeniem krwi.

2. Wzrostowi wapnia towarzyszy spadek potasu w krwi.

3. Stosunek wapnia do potasu w następstwie blokady przesuwają się na korzyść wapnia.

PIŚMIENNICTWO.

1) J. G. Zondek — Die Elektrolyte 1927 r. 2) J. Węgieńko P. G. L. zesz. 32 i 33 1926 r. 3) J. Goldfeil — W. Cz. L. zesz. 12 1925 r. 4) S. G. Zondek — Kl. W. zesz. 19 1925 r. 5) E. Kylin i A. Engel — Kl. W. zesz. 14 1925 r. 6) E. Kylin — Kl. W. zesz. 11 1925 r. 7) Hasenöhrl i F. Högl — Kl. W. zesz. 9 1927 r. 8) E. Barath — Med. Klinik Jg. 20 zesz. 46 1924 r. 9) E. Sterkin — Biochem. Zeitsch. tom 174 zesz. 1—3 1926. 10) Kramer i Tisdal — Mikromethodik — L. Pincussen Lipsk 1925 r. 11) E. Kylin — Zeitsch. f. d. ges. Exper. Med. Tom 59 zesz. 1—2 1928 r. 12) P. Demant — Med. Dośw. i Społ. Tom VI zesz. 5—6 1926 r. 13) P. Demant — Med. Dośw. i Społ. Tom VII zesz. 1—2 1927 r.

Z Oddziału psychiatrycznego Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. A. WIZEL).

Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci.

Podał

Roman MARKUSZEWICZ (Warszawa)

Asystent oddziału.

(Dokończenie).

Z dotychczasowych badań moich wynika, iż objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku bądź wstępującym, bądź zstępującym, przejawiający się całkowicie lub częściowo, nie daje się stwierdzić tylko w tym przypadku, gdy badana osoba przed badaniem zapamiętała jakieś przypadkowe cyfry, które następnie perseweruje, powtarzając zadanie. Widzimy to w następującym przykładzie:

Przypadek Nr. 8: T. S., mężczyzna, l. 41.

Taboparalysis (postać otępieniowa).

Pierwsze badanie:

4, 7, 5, 6, 9	4, 7, 5, 6, 9 po 15 sek.: 4, 7, 5, 6, 9 po 30 sek.: 4, 7, 5, 6, 9 po 60 sek.: 4, 5, 6, 9 po 75 sek.: 4, 5, 6, 9
---------------	---

Dzięki zapomnieniu 7 przez badaną osobę, stwierdzamy tutaj objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym.

Po pierwszym badaniu natychmiast przystąpiliśmy do drugiego badania.

Drugie badanie:

9, 3, 8, 4, 6	9, 4, 3, 6 — 9, 3, 8, 4, 6 po 15 sek.: 9, 4, 8, 3, 7 po 30 sek.: 8, 4, 3, 7 po 60 sek.: 4, 8, 3, 7 po 75 sek.: 4, 8, 3, 7
---------------	---

W pierwszym powtórzeniu zadania, 4 reprodukowana jest na drugim miejscu; to samo obserwujemy, gdy chory powtarza zadanie po 15 i 30 sekundach. Przyczyna tego szybkiego przesunięcia 4 tkwi w tem, że cyfra ta znajdowała się w pierwszym zadaniu i była powtarzana wówczas pięć razy przez pacjenta, jako pierwsza cyfra; z tego powodu utkwiała ona tak silnie w pamięci badanego, że, gdy powtarza się ona w drugim zadaniu, zostaje ona reprodukowana początkowo na drugim miejscu, a po upływie 60 sekund na pierwszym miejscu, t. j. na tem samym, jakie ta cyfra zajmowała w pierwszym zadaniu. Jednocześnie jednak i tuż obok siebie w pierwszym zadaniu obok 4 występowała 7; dlatego więc i w drugim zadaniu z 4 zostaje skojarzona 7, tak że możemy powiedzieć, że utrwalenie się w pamięci cyfr 4 i 7 nastąpiło dzięki pierwszemu badaniu. Z drugiego zadania pacjent zapamiętał 8 i 3; perseweracja zaś cyfr 4 i 7 przeszkadza w uwydatnieniu kolejności zapamiętanych cyfr. Wówczas dopiero, gdy wyłączymy owe persewerowane cyfry, będziemy w stanie osądzić kolejność szeregu cyfr: np. po upływie 15 sekund otrzymamy po usunięciu 4 i 7, szereg cyfr w porządku zstępującym: 9, 8, 3.

Po drugim badaniu przystąpiliśmy natychmiast do trzeciego badania.

Trzecie badanie:

2, 9, 7, 5, 3	2, 9, 7, 5, 3 po 15 sek.: 2, 9, 3, 7, 4 po 30 sek.: 7, 4, 5, 9, 2 po 60 sek.: 4, 5, 6, 9, 7 po 75 sek.: 4, 9, 5, 7 po 90 sek.: 4, 9, 5, 7
---------------	---

Widzimy tutaj, że z cyfrą 7 zostaje skojarzona 4 z pierwszego i drugiego badania; cyfry te, jako najdłużej powtarzane, reprodukowane są i w tem badaniu. Również cyfry 5 i 9, które powtarzane były podczas pierwszego badania, zaś cyfra 9 z drugiego badania, zostają obecnie najlepiej zapamiętane, skoro powtarzają się i w trzecim badaniu. Ponieważ więc wszystkie cztery zapamiętane cyfry są produktami perseweracji, nie możliwa się staje obecnie ocena kolejności zapamiętanych cyfr.

Po trzecim badaniu przystąpiliśmy natychmiast do czwartego badania:

Czwarte badanie:

9, 7, 3, 6, 5	9, 7, 3, 4, 5 — 9, 7, 6, 3, 5 — 9, 7, 6, 3 — 9, 7, 3, 6, 5 po 15 sek.: 9, 7, 3, 4, 5 po 30 sek.: 9, 4, 3, 6, 5 po 60 sek.: 7, 4, 3, 5, 4 po 75 sek.: 4, 7, 5, 3
---------------	---

Również i tutaj obserwujemy, że cyfry, które są najczęściej powtarzane, zostają najlepiej zapamiętane i zakłócają zwykłą kolejność zapamiętania cyfr: cyfry 4 i 7 powtarzają się w pierwszym, drugim i trzecim badaniu, zaś cyfry 5 i 3 zawarte są w trzecim i czwartym zadaniu. Tam natomiast gdzie nie są kojarzone persewerowane cyfry, jak np. w powtórzeniu trzecim, przejawia się objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku zstępującym (9, 7, 6, 3).

Widzimy więc z powyższego szeregu doświadczeń, że w przypadkach, w których parę cyfr z jakiegokolwiek bądź powodu zostają persewerowane, nie widzimy kolejnego zapamiętywania cyfr, gdyż perseweracja uniemożliwia automatyczne liczenie.

II. Przypadki otępienia starczego i padaczki.

Zaburzenie zapamiętywania badaliśmy również w przypadkach otępienia starczego i padaczki. Z dużej liczby przeprowadzonych badań przytaczam tylko parę przykładów:

Przypadek Nr. 9: Z. T., mężczyzna, l. 66. Otępienie starcze.

2, 7, 3, 5	2, 3, 7, 5 — 2, 3, 5, 7 — 2, 3, 5, 7
------------	--

Widzimy tutaj objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym.

Przypadek Nr. 10: A. M., mężczyzna, l. 24, padaczka.

7, 1, 9, 5	7, 1, 5, 6, 7 po 15 sek.: 1, 5, 7, 5, 7, 1, 5, 7 po 30 sek.: 1, 5, 7, 5, 7
------------	--

Również i w tym przypadku widzimy objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym i jednocześnie właściwą padaczkę persewerację, która tłumy objaw automatycznego liczenia. To właśnie tłumienie objawu automatycznego liczenia w przypadkach padaczki, widzimy również bardzo dokładnie w następującym przykładzie:

Przypadek Nr. 11: L. C., mężczyzna, l. 50, padaczka.

2, 7, 5, 9, 3	5, 3, 5, 7 — 5, 7, 7 — 5, 7, 5, 3, 3 — 2, 5 (pacjent zapytuje: „czy nie było 6?”), 7, 5, 2 — 2, 7, 9
---------------	--

Z reprodukcji czwartej widzimy, że tendencja do automatycznego liczenia przejawia się tutaj wprost impulsywnie, zostaje jednakowo stłumiona przez persewerację cyfr 5 i 2.

III. Przypadki schizofrenji i psychozy manjakałno-depresyjnej.

Badania nasze ograniczają się z natury rzeczy do przypadków psychoz organicznych w ścisłym tego słowa znaczeniu, albowiem w tych psychozach stwierdzamy zazwyczaj wybitne zaburzenia pamięciowe. Przedsięwzięliśmy jednakowoż badanie i innych postaci psychoz w tym celu, aby otrzymać materiał porównawczy. Zapewne, należy oceniać z wielką rezerwą wyniki badań zaburzenia zapamiętywania w przypadkach schizofrenji: wiadomem jest bowiem, iż objaw, przemawiający pozornie za zaburzeniem pamięci, w przypadku schizofrenji może być spowodowany zgoła innymi zaburzeniami psychicznymi, które z pamięcią nic wspólnego nie mają. Dla nas jednakowoż, w związku z postawieniem przez nas zagadnieniem, było bardzo ważne przekonać się, czy i w przypadku schizofrenji nie przejawia się objaw automatycznego liczenia, wzgl. kolejnego zapamiętywania cyfr, jeśliby nawet mechanizm występowania tych objawów był inny, niż w przypadkach organicznego zaburzenia pamięci.

Przypadek Nr. 12: D. R., mężczyzna, l. 19. Hebefrenja. Choroba trwa od 4 miesięcy.

2, 9, 7, 3, 5	2, 3, 7 — 17, 19 — 2, 5, 7, 9, 15, 17, 9 — 2, 3, 7, 5, 9 po 15 sek.: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
---------------	---

Ogólnikowo należy stwierdzić, że i w przypadku schizofrenji obserwujemy zjawisko analogiczne, które nazwalibyśmy objawem kolejnego zapamiętywania cyfr, pomimo to, że odpowiedzi czasami są zupełnie nieoczekiwane (jak np., 17, 19). Również w reprodukcji po upływie 15 sekund byłibyśmy skłonni dopatrywać się tendencji do automatycznego liczenia, a nie traktujemy tej odpowiedzi, jako wynik tylko kojarzenia dźwiękowego (t. j. bodźcem byłoby moje pytanie: „proszę powiedzieć mi cyfry”, na co pacjent mógłby reagować wyliczeniem wszystkich cyfr, t. j. liczeniem): jest bowiem zastanawiające, że pacjent rozpoczyna liczenie nie od 1, jak można byłoby wówczas oczekiwać, — lecz od 2, t. j. tej samej cyfry, od której rozpoczyna się zadanie.

Przypadek Nr. 13: M. C., mężczyzna, l. 26, hebefrenja (choroba trwa od 1918 r.).

2, 9, 3, 7, 5	3, 5, 7, 5, 3, 2, 1 — „Proszę powiedzieć cyfry, proszę powiedzieć cyfry” — 2, 3, 5, 7 — 2, 3, 5, 9, 7 od razu chory mówi samorzutnie: 2, 9, 3, 7, 5 po 15 sek.: 2, 9, 3, 5, 7 po 30 sek.: 2, 3, (poprawia się): 2, 9, 3, 5, 7 po 45 sek.: 2, 9, 3, 5, 7 po 60 sek.: 2, 9, 3, 5, 7
---------------	---

W pierwszej reprodukcji widzimy zjawisko którego dotychczas nie obserwowaliśmy w psychozach organicznych, — mianowicie, jednoczesne wystąpienie objawu kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym i zstępującym. Następnie objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym występuje całkowicie w reprodukcji trzeciej, częściowo zaś w reprodukcji czwartej; w reprodukcjach zaś późniejszych przedstawieniu ulega 5, tak że otrzymujemy szereg cyfr: 3, 5, 7 w porządku wstępującym, — a więc objaw kolejnego zapamiętywania cyfr wyrażony jest tutaj w postaci częściowej. Należy podnieść, że po upływie 30 sekund występuje wyraźnie tendencja do zupełnego przedstawienia cyfr w porządku wstępującym: pacjent mówi początko 2, 3, — lecz natychmiast tendencja ta ulega stłumieniu, i chory reprodukuje pierwsze trzy cyfry prawidłowo.

W innych przez nas zbadanych przypadkach schizofrenji perseweracja utrudniała częściowo stwierdzenie, w jakim porządku cyfry uległy przedstawieniu przy reprodukcji: w każdym bądź razie mogliśmy stwierdzić, że występuje i w przypadkach schizofrenji tendencja do przedstawienia reprodukowanych cyfr w porządku bądź wstępującym, bądź zstępującym, chociaż objaw ten nie występuje tutaj tak wyraźnie, jak w przypadkach porażenia postępującego i otępienia starczego.

Przypadek Nr. 14: S. S., mężczyzna, l. 53, psychoza manjakałno-depresyjna, stan manjakałny. (Choroba trwa z remisjami od 2 lat.

2, 9, 3, 7, 5	2, 3, 9, 3, 5
	—
	2, 3, 7, 5
	—
	2, 3, 9, 5
	—
	2, 3, 9, 5, 7
	—
	2, 3, 9, 5, 7
	—
	2, 3, 9, 5
	—
	2, 3, 9, 5, 7
	—
	2, 3, 9, 5
	—
	2, 3, 9, 5
	—
	2, 3, 9
	—
	2, 9, 3, 5, 7
	po 15 sek.:
	2, 3, 9, 5, 7
	po 30, 45 i 60 sek.:
	2, 3, 9, 5, 7

Obserwujemy więc i w przypadku psychozy manjkalno-depresyjnej tendencję do przedstawiania reprodukowanych cyfr w kierunku porządkowości wstępującej; przyznać atoli należy, że objaw ten nie występuje zupełnie wyraźnie dlatego, iż dzięki względnie dobrej pamięci początek i koniec zadania zostaje prawidłowo zapamiętany, tak, że przedstawienia mogą mieć miejsce jedynie w części środkowej zadania. Zasługuje jednakowoż na uwagę, że owe, pojedyncze nawet, przedstawienia cyfr zawsze odbywają się w kierunku kolejnej porządkowości cyfr.

IV. Badania, przeprowadzone na osobnikach psychicznie zdrowych.

W celu otrzymania materiału porównawczego przeprowadziliśmy badania na osobnikach psychicznie zdrowych, przyczem, jako zadanie, podawaliśmy dłuższy szereg cyfr. Ze względu na to, że cały szereg badań, przeprowadzony na osobach dorosłych i dzieciach, dał wynik zasadniczo jednakowy, przytaczam, jako przykład, jeden tylko przypadek:

Przypadek Nr. 15: H. D., kobieta, l. 27, zdrowa psychicznie.

2, 7, 9, 4, 6, 8, 3, 5	2, 7, 9, 6, 4, 2
	—
	2, 7, 9, 4, 6, 8, 3, 5
	po 15 sek.:
	2, 7, 9, 4, 6, 8, 3, 5
	po 30 sek., 45 sek., 60 sek., 90 sek., 2 min., 3 min.:
	2, 7, 9, 4, 6, 8, 3, 5
	po 5 min.:
	2, 7, 4, 6, 8, 9... (przypuszcza, że popełniła błąd, lecz nie wie dokładnie jaki, — mówi dalej): 3, 5
	po 7 min.:
	2, 7, 9, 4, 6, 8, 3, 5
	po 10 min.:
	2, 7, 9, 4, 6, 8, 3, 5
	po 15 min.:
	2, 7, 9, 4, 6, 8, 5, 3 (poprawia się).
	3, 5

W pierwszej reprodukcji obserwujemy objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku zstępującym, lecz tylko częściowo przejawiający się (9, 6, 4, 2). Następnie osoba badana, która ma dobrą pamięć, powtarza prawidłowo szereg cyfr nawet po 3 minutach. Dopiero po 5 minutach obserwujemy bardzo ciekawe zjawisko: pierwsze dwie cyfry zostają prawidłowo powtórzone, wszystkie inne natomiast, t. j. 4, 6 i 8 umieszczone zostają przed 9, dzięki czemu otrzymujemy szereg cyfr w porządku wstępującym: 4, 6, 8, 9. Osoba badana spostrzega się, że popełniła jakiś błąd, lecz chwilowo nie może uprzytomnić go sobie: nie dopomaga nawet wysiłek pamięci. Dopiero po upływie 7 minut osoba badana powtarza samorzutnie prawidłowo zadanie, które jej przedtem powtórzone nie było. Wreszcie po upływie 15 minut przedstawia ona 5 przed 3, dzięki czemu powstaje porządkowość cyfr zstępująca (8, 5, 3), — lecz natychmiast osoba badana spostrzega swój błąd i reprodukuje zadanie prawidłowo.

Widzimy więc, że objaw, opisany przez nas w przypadkach psychoz, obserwujemy w stopniu znacznie łagodniejszym również i u ludzi psychicznie zdrowych, z tą wszakże różnicą, że osobnik zdrowy zauważa popełniony przez się błąd, chociaż niezawsze jest w stanie natychmiast ów błąd usunąć.

Reasumując wyniki naszych badań, stwierdzamy, co następuje:

1) mechanizm zaburzenia zapamiętywania sprowadza się do tendencji do automatycznego liczenia;

2) „objaw automatycznego liczenia” jest wyrazem bardzo ciężkiego zaburzenia zapamiętywania;

3) „objaw kolejnego zapamiętywania cyfr w porządku wstępującym, wzgl. zstępującym” jest przejawem automatycznego liczenia w stopniu znacznie łagodniejszym: zostają bowiem wyliczone nie wszystkie cyfry, lecz tylko te, które zawarte są w zadaniu, przyczem ustawione są one w porządku kolejności. Jest to więc objaw zaburzenia zapamiętywania, lecz zaburzenie to w tym przypadku nie osiągnęło tak silnego natężenia, ażeby mógł się przejawiać objaw automatycznego liczenia;

4) w przypadkach, w których zaburzenie zapamiętywania występuje w jeszcze łagodniejszej postaci, obserwujemy objaw kolejnego zapamiętywania cyfr, przejawiający się nie całkowicie, lecz tylko częściowo, t. zn. przedstawieniu w porządku kolejności podlegają nie wszystkie cyfry zadania, lecz tylko parę z nich, lub nawet jedna cyfra;

5) powyższe dwa objawy obserwujemy w postaci najbardziej wyraźnej w przypadkach porażenia postępującego i otępienia starczego; natomiast w przypadkach podaczki, schizofrenji i psychozy manjkalno-depresyjnej objawy te ulegają częściowemu zamaskowaniu przez zjawiska inne, właściwe danej psychozie;

6) również u osobników zdrowych psychicznie stwierdzamy w zasadzie tenże mechanizm zaburzenia zapamiętywania, przyczem mechanizm ten jest tylko lekko zaznaczony;

7) objawy te umożliwiają nam oznaczenie stopnia zaburzenia zapamiętywania, co specjalnie ważne jest w porażeniu postępującem celem ścisłego klinicznego określenia zmian. wzgl. popraw, występujących w przebiegu danego przypadku.

Należy obecnie zastanowić się nad narzucającym się wprost zagadnieniem, jak zrozumieć ten tak stały i ogólny mechanizm zaburzenia zapamiętywania. Wiadomo, że w daleko posuniętych przypadkach organicznego otępienia, wiadomości, uzyskane w dzieciństwie przez wielokrotne i mechaniczne powtarzanie, stosunkowo najdłużej opierają się procesowi zniszczenia organicznej psychozy. Liczenie właśnie od jednego do dziesięciu jest najbardziej zmechanizowaną i trwałą umiejętnością każdego człowieka. Pierwszą nauką dziecka jest liczenie kolejne; dopiero, opierając się na tej umiejętności, uczy się dziecko oceniać indywidualną wielkość poszczególnej cyfry, dedukując tę wielkość z liczby poprzedzających ją cyfr. A więc dla małego dziecka 7 jest dlatego większa od 5, że po cyfrze 5 następuje 6 i dopiero później 7. Również nauka działań arytmetycznych, jak np. dodawanie opiera się na kolejnym liczeniu: dodając np. 2 do 3, dziecko liczy: 3, 4, 5. Widzimy więc, że kolejne liczenie jest najważniejszym i najczęściej powtarzanym zasadniczym mechanizmem wszystkich później nabytych matematycznych wyobrażeń. Zrozumiałe jest wobec tego, że ten podstawowy mechanizm jest zawsze żywotny w naszej pamięci, chociaż następnie zostaje zahamowany przez te wyobrażenia wyższej kategorii, które uzyskujemy dzięki nauce i ćwiczeniu, tak, że zbyt częste dla nas się staje posługiwanie się tym najprostszym mechanizmem kolejnego liczenia. Dopiero wówczas, gdy przez proces organicznej psychozy ów wyższy hamujący aparat zostaje osłabiony, przejawia się wtedy automatyzm kolejnego liczenia, który dotychczas był tłumiony przez wyższe ośrodki mózgowe. Widzimy więc tutaj zjawisko odhamowania¹⁾ mechanizmu, który został utrwalony w dzieciństwie. To odhamowanie zostaje spowodowane w psychozach organicznych przez uszkodzenie kory mózgowej (t. zw. organiczne odhamowanie), — w przypadkach natomiast, w których nie stwierdzamy uszkodzeń organicznych, lub u osobników zdrowych psychicznie musimy ująć to odhamowanie, jako odhamowanie psychogenne w pojęciu Binga²⁾. To właśnie psychogenne od-

hamowanie widzimy np. w sposób bardzo wyraźny w naszym przypadku Nr. 15: po upływie 5 minut zostaje odhamowany mechanizm kolejnego liczenia. Osoba badana przypuszcza, że popełniła błąd, nie jest jednakowoż w stanie usunąć go. Wysilek pamięci nie zdaje się chwilowo na nic, lecz wysilek ten hamuje automatyzm liczenia, i, gdy po upływie 7 minut osoba badana powtarza zadanie, te reprodukuje ona szereg cyfr w porządku prawidłowym, chociaż reprodukcja ostatnia była błędna, zaś nikt jej zadania nie powtórzył. Zjawiska tego, które często obserwowaliśmy, nie możemy inaczej zrozumieć, jak tylko jako wynik psychicznego zahamowania automatyzmu, który przejawia się wówczas, gdy skutkiem osłabienia uwagi, zmęczenia, działalność aparatu hamującego ulega chwilowo osłabieniu. Zapewne, również i w organicznym odhamowaniu, odhamowanie psychogenne może odgrywać pewną rolę: skutkiem osłabienia uwagi, specjalnych stanów uczuciowych i t. d. odhamowanie organiczne może ulec wzmoczeniu przez odhamowanie psychogenne, a dzięki temu automatyzm kolejnego liczenia wystąpi w stopniu silniejszym, niż należałoby oczekiwać; a w ten sposób zaburzenie zapamiętywania może przejawiać się w nasileniu znaczniejszem, niżli jest ono warunkowane tylko zmianami organicznymi. Należy więc badanie pamięci przeprowadzać w takich warunkach, które możliwie wyłączałyby powstawanie dodatkowego psychogennego odhamowania: wówczas bowiem tylko otrzymamy właściwy obraz stanu uszkodzenia, w jakim znajdują się w danym przypadku aparaty hamujące.

W ten sposób przedstawia się nam problemat pamięci w specjalnym oświetleniu. Trwałość bowiem pamiętania przeżyć nowych uzależniona jest nie tylko od łatwości przypominania sobie engramów: przekonał się bowiem właśnie, że łatwość przypominania sobie starych mechanizmów wywiera wpływ ujemny na zdolność zapamiętywania. Przeżycia więc nowe mogą tylko wówczas być dobrze zachowywane w pamięci, gdy przeżycia starszej daty lub wpływające z nich automatyzmy, wzgl. afektywne kompleksy są w dostatecznym stopniu zahamowane, wzgl. stłumione. W przeciwnym bowiem razie, przy niedostatecznym tłumieniu, w przeżyciach człowieka dorosłego zawsze tkwić będzie przeżycie dziecięce, i wówczas to właśnie niedotłumione przeżycie z lat dziecięcych powodować będzie zafałszowanie pamięci dla przeżyć nowych w myśl przeżyć starych. W ten sposób przychodzimy więc w końcu do wyniku, który z punktu widzenia psychoanalitycznego jest jaknajzupełniej usprawiedliwiony, a mianowicie, że bez należytego stłumienia nie może być dobrej pamięci i że w czynnościach omyłkowych pamięci znajdujemy to, co nie było dostatecznie stłumione.

¹⁾ Używam tutaj terminu „odhamowanie“ (= Enthemmung) w znaczeniu przeciwieństwa do pojęcia „zahamowanie“. Ze względu na to, że źródłosłów jest analogiczny do słów używanych powszechnie, jak: zamknąć — odemknąć, zawiesić — odwiesić, i t. d., — pozwalam sobie na użycie słowa: odhamowanie, gdyż słowo to jest krótsze, niż dotychczas używane opisy tego pojęcia, jak np. „zniesienie zahamowania“, i poza to słowo odhamowanie ściślej oddaje pojęcie tego, co w literaturze naukowej niemieckiej zrozumiane jest pod terminem „Enthemmung“.

²⁾ Por. pracę M. Nachmansohna (Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 107, H. 3/4, 1927), który posługuje się po-

jęciem Binga o psychogenne odhamowaniu dla wytłumaczenia powstawania objawów hysterji

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Działalność kory mózgowej w świetle teorii Pawłowa.

Podali

Stefan MILLER (Warszawa) i Jerzy KONORSKI (Warszawa)

CZĘŚĆ PIERWSZA

Odruchy warunkowe.

I.

Jest rzeczą charakterystyczną, że szybki rozwój wiedzy fizjologicznej w 19 wieku nie objął w równej mierze wszystkich jej dziedzin. Fizjologia, badając czynność wszystkich elementów organizmu zwierzęcego z ośrodkowym układem nerwowym włącznie, zatrzymała się przed jego najwyższym rozwojowo odcinkiem, przed korą mózgową, uznając jakgdyby zgóry swą zupełną bezradność w tej dziedzinie. Wprawdzie mamy opartą na klinice i doświadczeniach naukę o lokalizacji kory mózgowej, ale na tem kończą się nasze wiadomości w tej gałęzi fizjologii. Sprawą dla fizjologii najistotniejszą mechanizmem samą działalności kory nauka zajmuje się dotychczas niewiele, tworząc jedynie luźne hipotezy, bądź też używając pojęć psychologicznych, opartych na introspekcji. W ten sposób tworzy się niezmiernie szkodliwy dla nauki konglomerat fizjologiczno-psychologiczny, który, nie mając jasnych podstaw i wyraźnie określonych zadań, nie jest zdolny do jakiegokolwiek rozwoju.

Pierwszym który nie tylko jasno zdał sobie sprawę z bezpłodności dotychczasowych metod w fizjologii kory mózgowej, lecz rozpoczął nowe badania nad jej działalnością stojąc na gruncie ściśle obiektywnym był Pawłow (1900). Nie na tem polega główna zasługa Pawłowa, że ujrzał on możliwość stworzenia obiektywnej fizjologii kory mózgowej, gdyż o tej możliwości wiadano już przedtem¹⁾; i nie na tem, że odkrył on nowe, nieznane fakty, gdyż fakty, któremi początkowo operował, były dobrze znane²⁾ lecz na tem, że wprowadza w czyn to, co było przedtem tylko możliwością, zaczyna rozpatrywać i interpretować zjawiska konsekwentnie, z punktu widzenia ściśle fizjologicznego. I chociaż on i jego uczniowie nie wyszli jeszcze dotychczas poza zjawiska stosunkowo proste, to jednak to, co dotychczas stworzyła szkoła Pawłowa, stanowi trwałą podwalinę obiektywnej, ściśle naukowej fizjologii kory mózgowej.

Przedstawienie całego dorobku szkoły Pawłowa w krótkim referacie jest rzeczą niemożliwą, musimy więc ograniczyć się do zwięzłego przeglądu najważniejszych punktów teorii Pawłowa,

pozostawiając z konieczności pewne niedomówienia i pomijając wiele nasuwających się zagadnień.

Należy przedewszystkiem zdać sobie sprawę z tego, czem właściwie zajmują się, na jakiej płaszczyźnie są prowadzone badania szkoły Pawłowa.

Nie zajmują się one zagadnieniami, jakie zjawiska fizyczno-chemiczne towarzyszą działalności kory mózgowej, ani też badaniem rozwoju ośrodkowego układu nerwowego w związku z ewolucją jego działalności, lecz, mówiąc słowami Pawłowa, „ogarniając działalność zawiłych konstrukcji czynnościowych zwierzęcia w całej ich rozciągłości, odnajdują one ściśle prawa tej działalności“, innymi słowy, zajmują się konstatowaniem tych warunków, które ściśle określają przebieg czynności zwierzęcia we wszystkich jego momentach i kombinacjach. Inaczej, nie wchodząc w istotę procesów, odbywających się w mózgu, badania Pawłowa mają jedynie na celu wykrycie ich mechanizmu, skonstruowanie schematu działalności kory, przeprowadzenie „rejestracji i charakterystyki oddzielnych aktów działalności kory, określenie ścisłych warunków ich powstawania i ich systematyzacji“.

Metoda tych badań, pojęta najogólniej, polega oczywiście na tem, że u zwierzęcia bądź z zachowaną korą mózgową, bądź też z uszkodzoną, lub wyciętą w całości, stosuje się pewne bodźce i ich kombinacje i ze sposobu reakcji wnosi się o procesach, zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym.

Jeżeli chodzi o niższe składowe ośrodkowego układu nerwowego to wiemy, że wyrazem ich działalności są odruchy, t. j. wrodzone, stereotypowe reakcje ustroju na dane bodźce. Jeżeli odruch rozumieć w znaczeniu najszerszem, jako wszelkie wrodzone reakcje ustroju, wówczas całe postępowanie instynktowne zwierzęcia również zaliczymy do odruchów lub ich kombinacji³⁾ i otrzymamy w ten sposób szeroką, choć niedostatecznie jeszcze w nauce usystematyzowaną dziedzinę aktów odruchowych zwierzęcia, któremi zawiadują niższe ośrodki ośrodkowego układu nerwowego. Czysty, niczem niezamącony zespół takiej działalności odruchowej przedstawia nam zwierzę z wyciętą korą mózgową, „I, jak powiada Pawłow, jest rzeczą niezmiernie ważną posiadać całkowity spis i odpowiednią systematyzację odruchów, dlatego, że cała pozostała działalność nerwowa organizmu nadbudowuje się na ich fundamencie“.

Wiemy dobrze, że działalność odruchowa zwierzęcia zapewnia mu tylko przystosowanie do warunków otoczenia w najgrubszych zarysach, naj-

¹⁾ Szczególnie jasno zdawał sobie sprawę z tego Siechenow, którego Pawłow uważa za swego nauczyciela.

²⁾ Siebold, Mitscherlich już w 1833 r. (według Bechterewa)

³⁾ Czy rzeczywiście instynkty dadzą się do odruchów sprowadzić, nie jest jeszcze właściwie zupełnie rozstrzygnięte, i zarówno na Zachodzie, jakoteż i w samej szkole Pawłowa (Zielonyj) toczy się na ten temat żywa dyskusja. Zdaniem samego Pawłowa, da się instynkty z odruchami utożsamiać.

bardziej ogólne i schematyczne, pozwala tylko odpowiedzieć na bodźce stałe, stereotypowe, istniejące w ciągu całego życia gatunku, natomiast przystosowanie bardziej subtelne, bardziej szczegółowe, przystosowanie do ciągle zmiennych warunków otoczenia w życiu osobniczym, to uskuteczniane bywa dopiero przy pomocy kory mózgowej.

Lecz w jaki sposób wśród zawilego indywidualnego postępowania zwierzęcia, uwarunkowanego przez działalność jego kory mózgowej, odzyskać te akty, które byłyby najprostszymi objawami tej działalności, jak wyodrębnić te zjawiska, których mechanizm jest najbardziej podstawowy, a które stanowią proste składowe zjawisk bardziej złożonych.

Zjawiska te poznaje Pawłow drogą następujących rozważań:

Jeżeli porównamy zwierzę z wyciętą korą mózgową ze zwierzęciem normalnym, to dojdziemy do wniosku, że zasadnicza różnica między nimi daje się sprowadzić do czynności sygnalizacyjnej kory mózgowej, której to czynności zwierzę bez półkul jest pozbawione. Już sam widok pokarmu wywołuje u zwierzęcia normalnego wydzielanie się śliny, gdy u zwierzęcia operowanego wydzielania się ona dopiero po wprowadzeniu pokarmu do pyska. U zwierzęcia normalnego już same warunki, które poprzednio towarzyszyły niebezpieczeństwu, wywołują reakcję obronną (w postaci np. ucieczki), podczas gdy u zwierzęcia bez półkul zjawia się reakcja obronna dopiero po zadziałaniu bodźca specyficznego dla odruchu obronnego. Tak więc u zwierzęcia normalnego okoliczności, które pierwotnie towarzyszyły danemu odruchowi, sygnalizują niejako zjawienie się tego odruchu i zdolne są go wywołać.

Ujmijmy rzecz ściśle i skonstruujmy czyste doświadczenie, któreby nam fakt ten ilustrowało.

Niechaj w obecności psa, umieszczonego w specjalnie urządzonej klatce doświadczałym, odzywa się przez chwilę np. metronom, następnie dajmy temu psu pokarm. Podanie pokarmu wywołuje odruchowe wydzielanie się śliny. Okaże się, że, po zastosowaniu kilku takich połączeń, sam dźwięk metronomu zacznie wywoływać wydzielanie się śliny.

Dochodzimy tu do powszechnie już znanego pojęcia odruchu warunkowego, wprowadzonego przez Pawłowa w przeciwstawieniu do odruchów dotychczas znanych, wrodzonych, które nazywa on odruchami bezwarunkowymi. Odruch warunkowy jest, jak i bezwarunkowy, reakcją ustroju (wydzielanie się śliny) na pewien bodziec (metronom), lecz reakcja ta jest nabyta podczas życia osobniczego i może w ciągu życia zniknąć. Bodziec, wywołujący odruch warunkowy, nazywamy bodźcem warunkowym.

Prawo odruchów warunkowych możemy ogólnie sformułować w sposób następujący: jeżeli jakiś bodziec wywołuje reakcję ustroju w postaci odruchu bezwarunkowego, i jeżeli razem z tym bodźcem stale występuje jakiś bodziec obojętny dla danej czynności ustroju, to po pewnym czasie wytworzy się odruch warunkowy, polegający na tym, że bodziec, dotychczas obojętny, zacznie wywoływać daną reakcję.

Z wielu względów najdogodniejszymi dla ści-

słych badań okazały się odruchy, związane z wydzielaniem się śliny, mianowicie odruch pokarmowy oraz odruch obronny, jaki otrzymujemy przy wlewaniu psu do pyska kwasu, to też szkoła Pawłowa prawie wyłącznie posługuje się temi odruchami, czasami tylko pomocniczo używając innych.¹⁾ (Bechterew w swoich badaniach posługuje się przeważnie odruchem cofania kończyny na drażnienie prądem elektrycznym²⁾).

Jakie są najważniejsze warunki powstawania odruchów warunkowych?

¹⁾ Wspomnieliśmy, że bodziec warunkowy (w naszym przykładzie metronom) musi towarzyszyć bodźcowi bezwarunkowemu (podawaniu pokarmu), to znaczy, bądź występować jednocześnie z nim, bądź nieco go wyprzedzać. Zdawało się przez dłuższy czas, że bodziec warunkowy nie może występować po bezwarunkowym, jednak badania lat ostatnich (zarówno ze szkoły Bechterewa³⁾ jak i Pawłowa⁴⁾ mniemanie to obaliły.

²⁾ Bodziec warunkowy musi stale występować z bodźcem bezwarunkowym, jak powiadamy musi stale być wzmacniany przez ten bodziec. Jeśli bodziec warunkowy występuje sam, nie wzmacniany przez bodziec bezwarunkowy, wówczas odruch warunkowy nie wytwarza się.

³⁾ Dalszym warunkiem wytworzenia się odruchu warunkowego jest czynny stan półkul mózgowych oraz brak innych bodźców zewnętrznych i wewnętrznych, do czego niebawem powrócimy.

⁴⁾ Ostatni warunek powstania odruchu warunkowego wynika z następujących rozważań: jasne jest, że bodziec warunkowy jest również bodźcem, wywołującym jakąś reakcję ustroju. Otóż, aby odruch warunkowy mógł się utworzyć, koniecznym jest, aby był on słabszym bodźcem od bodźca bezwarunkowego. Często nie można *a priori* ustalić, który z dwóch bodźców jest mocniejszy, i wówczas jedynym kryterium tego jest doświadczenie. Ilustrują to doświadczenia Jerofiejewoj: drażnimy prądem elektrycznym skórę psa, co wywołuje odruch obronny, a następnie podajemy mu pokarm. Okaże się wówczas, że po pewnym czasie reakcja obronna psa zniknie, a na drażnienie prądem zwierzę odpowie jedynie reakcją pokarmową, t. j. wydzielaniem się śliny. Bodziec, wywołujący reakcję obronną, okazał się w tym przypadku słabszym od bodźca pokarmowego i dlatego stał się jego bodźcem warunkowym. Jeżeli jednak elektrody przyłożymy w ten sposób, żeby prąd przebiegał przez kość zwierzęcia, wówczas okaże się, że bodziec taki nigdy nie stanie się bodźcem warunkowym odruchu pokarmowego, z czego wynika, że jest on silniejszy od bodźca pokarmowego. Mogłoby się zdarzyć wówczas odwrotnie, że podawanie pokarmu wywoływałoby reakcję obronną.

Doświadczenia Jerofiejewoj rzucają zarazem pewne światło na mechanizm wytwarzania się odruchów warunkowych. Mianowicie widzimy,

¹⁾ W sprawie metodyki por. Podkopajew: „Metodika o ustłownych refleksow“. 1926, oraz Juszczenko: „Ustłownyje refleksy rebjonka r. 1928.“

²⁾ Bechterew „Obszczije osnovy refleksologii czelowieka“ 1925.

³⁾ Szniрман „Nawoje w refleksologii“ 1925.

⁴⁾ W. J. Pawłowa, Krepisjin.

z nich, że, jeżeli każdemu z bodźców odpowiada jakiś ośrodek odbiorczy w ośrodkowym układzie nerwowym, to energia bodźca o słabszej sile przelewa się jakgdyby ze swego ośrodka do ośrodka, silniej pobudzonego, torując sobie drogę między temi ośrodkami i zamykając przez to łuk odruchu warunkowego. Z tych dwóch ośrodków ośrodek odbiorczy dla bodźca bezwarunkowego musi znajdować się koniecznie w korze mózgowej, gdyż kora jest warunkiem *sine qua non* powstania odruchu warunkowego¹⁾. Kwestję, czy i ośrodek odbiorczy dla bodźca bezwarunkowego znajduje się w korze, na tem miejscu pominiemy.

Jeżeli odruch warunkowy jest dostatecznie umocniony, wówczas, przy zachowaniu pewnych ostrożności, można otrzymać, przy pomocy nowego bodźca obojętnego, nowy odruch warunkowy, oparty nie na odruchu bezwarunkowym, lecz na starym odruchu warunkowym, czyli odruch warunkowy II-go rzędu. Tak np., gdy w odruchu warunkowym (metronom → wydzielanie się śliny) przed uderzeniem metronomu będziemy zapalali lampkę elektryczną, wówczas sama lampka po pewnym czasie zacznie powodować wydzielanie się śliny.

II.

Dotychczas mówiliśmy o zamykaniu łuków odruchów warunkowych, obecnie przejdziemy do drugiej zasadniczej funkcji kory mózgowej, mianowicie do ich otwierania.

Wspomnieliśmy wyżej, że, aby odruch warunkowy mógł powstać, nie wolno, aby jednocześnie istniały jakieś inne bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne. Gdy jednocześnie z bodźcem warunko-

¹⁾ Należy zresztą zaznaczyć, że Pawłow nie przesądza kwestji, czy wszystkie odruchy warunkowe wytwarzają się za pośrednictwem kory mózgowej, choć uważa fakt ten za więcej niż prawdopodobny. Pawłow stwierdza tylko, że tych odruchów, z którymi on miał do czynienia, nie udało się wytworzyć bez współdziałania kory.

wym zadziała na zwierzę jakiś inny, dostatecznie silny bodziec, wywołujący jemu właściwą reakcję, wówczas odruch warunkowy nie wystąpi. Tak więc dostatecznie silny bodziec obojętny dla danego odruchu, występujący razem z bodźcem warunkowym, hamuje powstanie odruchu warunkowego. Hamowanie to polega na tem, że jakiś ośrodek, silnie pobudzony, hamuje pobudzenie ośrodków odruchu warunkowego. Hamowanie takie zostało nazwane zewnętrznym, gdyż przychodzi jakby od zewnątrz, od innych ośrodków.

Lecz istnieje również hamowanie, powstające w samym ośrodku odruchu warunkowego, t. zw. hamowanie wewnętrzne.

Przypuśćmy, że mamy wytworzony jakiś odruch warunkowy, np. metronom → wydzielanie się śliny. Stosujemy następnie jedynie metronom, nie wzmacniając go podawaniem pokarmu. Okaże się wówczas, że po pewnym czasie metronom przestanie powodować wydzielanie się śliny, łuk odruchu warunkowego zostanie otwarty. Czy na stałe? Otóż, nie. Wystarczy bowiem przerwać doświadczenie na jakiś czas, lub zastosować w międzyczasie dowolny dość silny bodziec, a okaże się, że metronom znów powoduje wydzielanie się śliny. Mamy tu więc czasowe przerwanie łuku odruchowego.

Czem stał się dotychczasowy nasz bodziec warunkowy metronom? Można byłoby przypuszczać, że po przerwaniu łuku odruchowego stał się on tem, czem był na początku, mianowicie zwykłym bodźcem obojętnym w stosunku do reakcji pokarmowej. Jednak tak nie jest. Jeżeli bowiem natychmiast po zastosowaniu metronomu zastosujemy jakiś inny bodziec warunkowy o nienaruszonym łuku odruchowym, wówczas okaże się, że odruch ten nie wystąpi. Widzimy więc, że w danym przypadku metronom nie jest czemś obojętnym dla reakcji pokarmowej, lecz raczej posiada wartość ujemną, mianowicie może zahamować inny odruch warunkowy, zachodzący razem z nim. Ten rodzaj hamowania nazywamy hamowaniem gaszącym.

(D. c. n.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Fizjologia normalna i patologiczna.

A. MAKSIMOW. Związek między komórkami krwi a tkanką łączną i śródbłonkiem. (Ann. d'Anat. Pathol. T. IV, N. 7 r. 1927).

W organizmie zdrowym u dorosłego trudno jest dopatrzeć się związku między komórkami krwi i tkanki łącznej. Badania 1) histogenezy zarodkowej krwi i tkanki łącznej, 2) zmian zapalnych w tkankach u osobników dorosłych i 3) tkanek w hodowli doprowadziły autora do wniosku, że między obu liniami komórkowymi istnieje ściśle związek nie tylko w życiu płodowym, lecz i w organizmie dojrzłym.

We wszystkich okresach rozwoju zarodka daje się wyraźnie stwierdzić pochodzenie wspólne z pierwotnej komórki mezenchymalnej zarówno wszystkich pierwiastków morfotycznych krwi jak i komórek wędrujących rozsianych wszędzie w mezenchymie, które przez całe życie zachowują charakter komórek zarodkowych. Posiadają one zdolność wytwarzania wszystkich komórek krwi oraz komórek tkankowych—histiocyty czynnych.

Ten podział mezenchymy na 2 linie komórkowe, zapoczątkowany w życiu płodowym, istnieje w ustroju przez całe życie. Narządami krwiotwórczymi zarodka są kolejno 1) naczynia żółtkowe, 2) wątroba i 3) szpik kostny wraz ze śledzioną i gruczołami limfatycznymi. W każdym z wyżej wymienionych narządów powtarza się ten sam typ wzrostu i różnicowania się maciejszej komórki mezenchymalnej z jednej strony w kierunku komórek krwi z drugiej zaś w kierunku komórek tkankowych wędrujących. W wątrobie biorą udział w krwiotworzeniu także śródbłonki naczyń krwionośnych. Równocześnie proces analogiczny odbywa się wszędzie w tkance mezenchymalnej. I tu i tam komórki wędrujące tkankowe są związane z hemocytoblastami (limfocyty duże, pierwotne komórki krwi) i ich pochodnymi ciałkami krwi szeregiem postaci przejściowych.

U osobników dorosłych hemocytoblasty znajdują się prawie wyłącznie we krwi narządów krwiotwórczych, histiocyty, przeciwnie, koncentrują się w podścielisku tych narządów. Obie grupy zachowują bliski stosunek w ciągu całego życia i pokrewieństwo ich przejawia się wyraźnie przy ład okazji. Część komórek

wędrujących mezenchymy zarodkowej przekształca się w komórki tuczne.

Do grupy komórek wędrujących zalicza autor elementy komórkowe, opisane przez szereg autorów pod rozmaitemi nazwami jak makrofagi, kłazmatocyty, komórki pyrrholowe histiocyty, komórki przydanki, komórki siateczki, komórki siateczkowo-śródbłonkowe albo hemohistioblasty, komórki Browicz - Kupfera w wątrobie.

Cechą wspólną wymienionych komórek jest zdolność pochłaniania roztworów koloidalnych (barwienie się przyżyciowe) oraz przekształcanie się pod wpływem czynników rozmaitych w komórki wędrujące czynne typu histiocytarnego.

Do histiocytów czynnych są bardzo zbliżone histologicznie i czynnościowo monocyty. Pochodzenie ich jest sporne.

Dualiści zaliczają monocyty do linii szpikowej (pochodne myeloblastów) Trialiści rozróżniają: a) linię limfocytarną, b) linię szpikową, c) linię histiocytarną i monocytarną.

Unitaryści przypisują wspólne pochodzenie hemocytoblastom i komórkom wędrującym wraz z ich pochodniami monocytami. Monocyty mogą wytwarzać się wszędzie w mezenchymie, zwłaszcza w śledzionie, szpiku, wątrobie, gruczołach limfatycznych i sieci, skąd dostają się do naczyń i biorą udział w krążeniu jako stały składnik krwi. W warunkach zwykłych histiocyty nie trafiają do krwiobiegu.

Najbardziej czynną rolę w zapaleniu odgrywają poliblasty.

Powstają one z 1) histiocytów wolnych, (komórki wędrujące czynne), 2) histiocytów w spoczynku (komórki wędrujące w spoczynku). Największą część 3) a) z limfocytów krwi, 4) b) z monocytów krwi. W narządach krwiotwórczych 5) z komórek siateczki i 6) z limfocytów tkankowych.

Polyblasty mogą przekształcać się w okresach późniejszych w komórki nabłonkowe lub olbrzymie.

Większość przekształca się w komórki wrzecionowate i komórki wędrujące w spoczynku aż do nowego zapotrzebowania.

W warunkach zwykłych komórki wędrujące tkanki łącznej powstają również częściowo z limfocytów i monocytów krwi.

Komórki plazmatyczne są swoistym rodzajem polyblastów. Pochodzą wyłącznie z limfocytów wyemigrowanych z krwi. Teoretycznie możliwe, że i z limfocytów pochodzenia tkankowego.

W hodowlach tkanek zachodzą mniej więcej te same procesy przekształcania się komórek jak w zapaleniu, tylko brak diapedezy komórek krwi. Różnica zachodzi tylko w tkance limfoidalnej, gdzie obok anatomicznego rozmnażania się limfocytów spotyka się często proces przekształcania się komórek siateczki w limfocyty.

Komórki eozynochłonne są składnikiem stałym tkanki łącznej luźnej u myszy, świnki morskiej i szczura.

Znaczenie fizjologiczne komórek eozynochłonnych jest nieznane, a pochodzenie ich nierozstrzygnięte. Niema żadnych dowodów ich pochodzenia tkankowego, wobec czego należy przyjąć wywiedowanie tych pierwiastków ze krwi. U wszystkich ssaków spotyka się komórki eozynochłonne w błonie śluzowej jelit. Możliwie, że część ich powstaje tu z limfocytów miejscowych lub myelocytów eozynochłonnych tkankowych. Komórki eozynochłonne, opisane przez wielu autorów w sieci i innych miejscach, nie są prawdopodobnie prawdziwymi leukocytami eozynochłonnymi ani myelocytami lecz limfocytami, które wytwarzają w zarodki ziarenka kwasochłonne.

Tkanka sieci nawet w warunkach normalnych robi wrażenie tkanki zapalnej (zapalenie fizjologiczne Roesslea). Obok fibroblastów zawiera ona duże ilości histiocytów czynnych i w spoczynku (plamy mleczne), które zotają wydalone w dużych ilościach do jamy brzusznej, gdzie noszą nazwę polyblastów wysięku (Wiereszynski), pozatem limfocyty duże i małe i powstałe z nich komórki plazmatyczne. Być może część ich,

jak chce Marchand i Pappenheim powstaje z histiocytów miejscowych, lecz większość, jak wykazał Wiereszynski jest pochodzenia krwionośnego i rozmnaża się autonomicznie. Część limfocytów przekształca się również w polyblasty wysięku.

Stosunek komórek, pokrywających błony surowicze, do tkanki łącznej i krwi nie jest znany.

Maksimow na podstawie swych badań jeszcze nie opublikowanych, przychodzi do wniosku, że należy ściśle odróżniać komórki wyściełające błony surowicze od fibroblastów

Fibroblasty tkanki łącznej dojrzalej tracą zdolność wytwarzania limfocytów i komórek wędrujących.

Kwestja odwrócona — przekształcanie się limfocytów i komórek wędrujących histiocytów w fibroblasty nie jest rozstrzygnięta.

Autor sądzi, że przynajmniej niektóre polyblasty, które przedtem były limfocytami przekształcają się w fibroblasty i wytwarzają włókna klejodajne.

Histiocyty w spoczynku i histiocyty czynne oraz limfocyty i monocyty mogą przekształcać się w fibroblasty.

Wielu autorów przypisuje śródbłonom zdolność wytwarzania rozmaitych typów komórkowych jak komórki wędrujące, monocyty, limfocyty; Herzog posuwa się dalej jeszcze i sądzi, że ze śródbłónków mogą powstawać komórki mięsne, tłuszczowe, komórki krwi. Badania Maksimowa nie potwierdziły tych twierdzeń.

Nasze wiadomości o roli histiocytów w wytwarzaniu monocytów i innych komórek krwi są ważną zdobyczą hematologii nowoczesnej. W komórkach tych mamy niezwykłą mieszaninę zdolności czynnościowych wysoko zróżnicowanych obok wielorakiej potencji rozwojowej zarodkowej. Ze względu na czynność fagocytarną mają one duże znaczenie dla metabolizmu ogólnego, wydzielania wewnętrznego i wytwarzania przeciwciał. Zawdzięczając zdolnościom potencjalnym zarodkowym mogą one wytwarzać monocyty a także hemocytoblasty, a tem samem i inne, komórki krwi.

Śródbłonki istotne, do których autor zalicza wyłącznie tylko komórki, wyściełające serce i naczynia krwionośne i limfatyczne, nie grają żadnej roli w krwiotworzeniu u ssaków począwszy od późniejszych okresów życia płodowego. Najwyżej w zapaleniu mogą one przekształcać się w fibroblasty przyczem proces odwrotny nie ma miejsca.

Histiocyty o charakterze śródbłónków wyściełających naczynia włosowate i zatoki w śledzionie, wątrobie, gruczołach limfatycznych i szpiku kostnym mogą oczywiście wytwarzać polyblasty, hemocytoblasty i inne komórki krwi.

Dr. Połtorzycka.

RIGLER I TEEMANN. O substancji, warunkującej automatyzm serca. (Klin. Woch. Nr. 12. 1928).

Haberlandt w wyniku swych badań nad „hormonem sercowym” doszedł do wniosku, iż hormon ten wytwarza się we właściwej tkance mięśniowej serca. Jednak pogląd ten nie ostał się w świetle badań innych autorów, którzy wykazali, iż substancja ta znajduje się również w koniuszku serca oraz w wyciągach z różnych narządów.—Badania własne R. i T. wykazały, że własności fizyczno-chemiczne tych hormonów sercowych, a mianowicie: ich rozpuszczalność, odporność na wpływ podniesionej temperatury i t. p. — są identyczne z właściwościami histamin. Dla przykładu zatem podają ci autorowie, że roztwór histaminy 1:10 milionów podobnie oddziaływa na przedsiorek serca królika, jak wyciąg z tkanki z zatoki sercowej; ta substancja zatokowa, jak i histamina, wywołuje skurcz macicy dziewiczych morskich świnek, a pozostaje bez wpływu na macicę szczura. Substancja zatokowa daje wreszcie, znowu jak histamina, dodatni odczyn Paulyego, t. j. żółtawo-czerwone zabarwienie z roztworem alkalicznym kw. dwuazobenzosulfonowego.

Z. Świder.

J. LA BARRE. O hiperinsulinemji w związku z wstrzykiwaniami wyciągów tylnego płata przysadki. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 32. 1927).

Wzajemny stosunek czynności, który łączy różne gruczoły wewnątrzwydzielnicze był przedmiotem bardzo licznych prac. Nie posiadamy jednak dotychczas bardziej dokładnych danych co do wpływu przysadki na przemianę węglowodanową. Opierając się na danych klinicznych i doświadczalnych, można przypuszczać, że przysadka, podobnie jak to zostało już wykazane dla nadnerczy, wywiera wpływ antagonistyczny na wydzielanie wewnętrzne trzustki.

Autor wykonał na psach cały szereg bardzo skomplikowanych, lecz tem nie mniej przekonujących doświadczeń z których wynika, że wstrzykiwania wyciągu płata tylnego przysadki zwiększają wydzielanie insuliny przez trzustkę. Wzmocniona czynność przysadki, wywołując hiperinsulinemję, jest przeto, w stanie wpływać na węglowodanową przemianę materji.

J. T y p o g r a f

Higjena.

∞ Ośrodki zdrowia w Polsce pod redakcją dra M. Kacprzaka. Komitet Polski Międzynarod. Konfer. Służby Społecznej. Warszawa 1928. Str. 114.

Leży przed nami jeden z dowodów, że zaczynamy na dobre wstępować na drogę racjonalnego zapobiegania, a ponieważ i zwalczania chorób, że dotychczas niepodzielnie panujące sposoby, polegające niemal wyłącznie na przepisach prohibicyjnych i propagandzie słownej i u nas zostały uznane za co najmniej problematyczne pod względem skuteczności. Książka, wydana pod redakcją kol. Kacprzaka, jest żywą ilustracją tego, co na nowej drodze zdołano w krótkim czasie w naszych tak trudnych dla spraw sanitarnych warunkach materialnych uczynić na przestrzeni Rzeczypospolitej. „Śnać potrzeby były wielkie — powiada Kacprzak — skoro w ciągu tak krótkiego czasu powstało już przeszło 20 takich instytucji, a przeszło 100 jest w stadium organizacji. Mowa też o zrodzonych w Ameryce i nieco zmienionych na naszym gruncie ośrodkach zdrowia, które w odpowiednich warunkach mogą w naszym kraju oddać niepożyte zasługi. Podkreślam w porę „w odpowiednich warunkach“, gdyż najzupełniej podzielam zdanie Kacprzaka, że „w takich warunkach, kiedy człowiek żyje w nędzy, kiedy całe jego otoczenie i sposób życia urągają najelementarniejszym wymogom kultury, kiedy do lekarza ucieka się tylko w obliczu śmierci, lub nie mogąc znieść bólu, trudno propagować hasła zapobiegania chorobom, hasła do których ludzkość musi dorosnąć. Nieuwzględnienie tego momentu może, zdaniem mem, doprowadzić do całkowitego spaczenia idei ośrodków zdrowia. Co pomogą wszelkie najbardziej ideowe i pełne poświęcenia poczynania lekarzy i personelu pielęgniarskiego ośrodków, na co zdadzą się wzory, demonstrowane w poradniach, jeśli ludzkość po staremu zmuszona będzie i nadal dosłownie gnić w nędznych, ciemnych, dusznych, wilgotnych i przeludnionych norach, jeśli opłakane warunki ekonomiczne, jeśli niedostateczne zarobki nie mogą wystarczyć na najelementarniejsze nawet potrzeby? Niewątpliwie ośrodki zdrowia są wielkim krokiem naprzód, zaś uwzględnienie w naszych ośrodkach natrysków, kąpeli i pralni jest olbrzymiem plusem, szczególnie w naszych warunkach swoistych. Póki jednak nie potrafimy wysunąć na plan pierwszy walki o ludzkie mieszkankie, dopóki nie zdobędziemy się na czyn iście herkulesowy, na wzór Londynu, zwalenie całych dzielnic w naszych miastach i miasteczkach i wybudowania dostatecznej liczby domów, idąc śladem Wiednia, dopóty ośrodki i inne poradnie będą tylko półśrodkami. Co więcej, tak szybko i z taką łatwością dajemy się temi półśrodkami zahipnotyzować, że istnieje obawa, iżbyśmy znów w ośrodkach zdrowia nie zechcieli widzieć alfy i omegi naszych poczynąń sanitarnych, zapominając, że i ośrodki zdro-

wia są tylko jednym z ogniw w jednolitym łańcuchu zarządzeń zdrowotnych. Kacprzak najwidoczniej podziela te same obawy w pewnym stopniu, wyrażając je niezmiernie dyskretnie. Akcentuje on wielką korzyść, płynącą z ośrodków, nie uważa ich jednak za panaceum, co uważny czytelnik z łatwością stwierdzi między wierszami. Cały szereg zagadnień znajdzie w artykule kol. K. Omówienie co najmniej pobieżne: sprawa lecznictwa, które właściwie nie powinno mieć miejsca w ośrodkach zdrowia, a jednak często jest nie do ominięcia (jaglica, chor. weneryczne), obawa, by ośrodki zdrowia nie przekształciły się w zwykłe polikliniki, sprawa celowości pobierania opłat, rodzaj i charakter ośrodków, — te i tym podobne pytania nasuwają autorowi refleksje, któremi dzieli się z czytelnikami. Całokształt sprawy jest zbyt poważny, by nie zaprzętał umysłu higienisty.

W książce znajdujemy pozatem artykuł kol. T u b i a s z a: „Zarys ogólny organizacji ośrodków Zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej“, wyrażający pogląd władz zdrowotnych w Państwie i omawiający celowość i charakter ośrodków zdrowia, artykuł kol. Ł a b ę c k i e g o o powiecie Skierniewickim, wreszcie kol. K a c p r z a k a o ośrodkach zdrowia m. Warszawy i powiatu warszawskiego na zasadzie dostarczonych materiałów. Wszystkie są niezmiernie interesujące, jako ilustracja wysiłków, zmierzających do poprawy naszych często opłakanych warunków zdrowotnych.

Kilka słów jeszcze o stronie zewnętrznej. Jeżeli wogóle winniśmy dbać o wygląd zewnętrzny naszych wydawnictw, to względ ten winien być szczególnie brany w rachubę, gdy idzie o druki, które mają pewne zadanie do spełnienia za granicą. Krótkie artykuły w języku francuskim i angielskim mają na celu zaznajomienie Zachodu z naszymi poczynaniami w kierunku wyżej omawianym. Wydanie książki o ośrodkach zdrowia jest naogół staranne, papier niezły. Dlaczego jednak część broszury odbita została na papierze żółtawym i dlaczego niektóre klisze (zwłaszcza na str. 21 i 78) są bardzo niezadawalające? Są to drobiazgi, których łatwo można było uniknąć?

M. G a n t z.

Radjologia.

∞. Prof. Dr. phil. et. chem. J. PLOTNIKOW. Kurtzer Leitfaden der Photochemie im Dienste der Medizin, insbesondere der Lichttherapie und Photophysologie. 1928, Georg Thieme Verlag Leipzig.

Medycyna zainteresowała się dopiero od niedawnych czasów oddziaływaniami światła na ustrój ludzki, zwłaszcza światła pozafizjologicznego. Oddziaływania te wchodzą do dziedziny fototerapii i fotofizjologii, pozostającej w ścisłym związku z fotochemją właściwą. Wśród lekarzy fotochemja wogóle mało jest znana. Jako odrębna gałąź wiedzy fotochemja rozwinęła się dopiero w ostatnich latach, po uporządkowaniu i usystematyzowaniu zebranego materiału doświadczalnego.

Książka prof. I. P ł o t n i k o w a przeznaczona jest głównie dla lekarzy. Ma ona na celu z jednej strony bliższe zaznajomienie z podstawami fotochemji, z drugiej — zachęcenie do pogłębienia i rozszerzenia swych wiadomości w nowej dziedzinie, która może odegrać doniosłą rolę w postępie medycyny.

Autor, znany w nauce specjalista, umi je treść dziełka w sposób b. dostępny, kładąc szczególny nacisk na działy, związane z fizyką, i podkreślając dziedzinę zjawisk fotochemicznych. Po omówieniu na początku ogólnych własności energii promienistej, w rozdziałach I, II, III autor podaje: Klasyfikację procesów fotochemicznych i podstawowe ich prawa.

Rozdziały IV i V poświęcone są oddziaływaniom fotochemicznym i najważniejszym reakcjom (Kataliza fotochemiczna i jej znaczenie dla medycyny, reakcje świetlne).

W rozdziale VI zebrane są wskazówki doświadczalne, dotyczące źródeł światła, ze szczególnem podkreśleniem i zwróceniem uwagi na filtry świetlne.

Rozdział VII traktuje o wpływie temperatury i podaje doświadczalne rezultaty dla termostatów i przyrządów, regulujących dopływ ciepła. Omówione jest tu również zastosowanie termostatów w terapii świetlnej (okna kwarcowe Płotnikowa).

Wreszcie w ostatnim rozdziale VIII zamieszczone są niektóre zasadnicze wzory matematyczne, dotyczące reakcyj świetlnych, praw absorpcji i zjawisk fotochemicznych, udostępniając studja poważniejsze w dziedzinie fotochemii i jej zastosowania. Książka napisana jest żywo i interesująco. Na 186 str. tylko autor zgromadził bardzo wiele materiału naukowego, podając go w formie jasnej i przystępnej.

Dziełko prof. J. Płotnikowa można polecić gorąco wszystkim życzącym poznać bliżej ciekawą, a dotąd mało znaną dziedzinę, o wielkiej niewątpliwie przyszłości.

S. S.

Lecznictwo.

∞ PROF. DR. FRITZ RABE. *Richtlinien diätetischer Therapie*. Nakład G. Thiema Lipsk. 1928. Stron 110. 8° M. 4.60.

W serii monografij terapeutycznych, wydawanych pod redakcją prof. Dr. von den Walden i Dr. med. i fil. P. Wolffa, mających zobrazować zasady naukowe i zastosowanie praktyczne metod leczniczych, wyszła z druku monografia prof. Rabe z Hamburga, zawierająca zasady leczenia djetetycznego.

Na samym wstępie autor wspomina, że leczenie djetetyczne ma opinię dzieła bardzo trudnego. Istotnie tak jest, a wynika to stąd, że zasady djetetyki są nieopracowane. Przeciężny lekarz dzieli w swoim umyśle potrawy na płynne, papkowe i stałe, na kwaśne i łagodne, na lekko i ciężko strawne i, oczywiście, choremu zapisuje potrawy, „łagodne i lekkostrawne“, zaliczając do nich potrawy, jakie mu zdrowy rozsądek którego zwykle brak choremu, w danym przypadku poddyktuje.

Nie chodzi jednak autorowi o tego rodzaju, banalny podział potraw w jego pracy. Autor rozumiał, że za nielicznymi wyjątkami niema choroby, w której jakakolwiek potrawa byłaby absolutnie wzbroniona lub zakazana. Djetetyka polega na tem, żeby ustrojowi dostarczyć względnie do jego wieku, budowy i przyzwyczajzeń odpowiedniej ilości pokarmu w takiej postaci, żeby czynności narządów chorych oszczędzić, względnie pobudzić. Ażeby temu zadaniu sprostać, należy posiadać wiadomości nie tylko o wartości cieplikowej pokarmu, ale głównie o zmianach, zachodzących w pokarmach pod wpływem przyrządzenia kuchennego: od tych bowiem zmian najwięcej zależy wartość djetetyczna pokarmu. Kto pragnie mieć jasne pojęcie o zasadach djetetyki, powinien wiedzieć, jak przyrządzanie kulinarne wpływa na strukturę, konsystencję i zawartość tłuszczową produktów, które, podane choremu, przyspieszają lub opóźniają akt trawienia, oszczędzają jeden, a obciążają inny odcinek przewodu pokarmowego. Djetetyk powinien przeto więcej, niż zasady chemii, posiadać technikę kulinarną, ponieważ ta potrafi z każdego produktu wytworzyć potrawę, odpowiednią dla danego chorego.

Choremu jest właściwie wszystko jedno, co mu dadzą jeść, byleby potrawy mu smakowały i mało różniły się od tych, do których przez całe życie był przyzwyczajony. Nie chodzi mu o białko, tłuszcze i węglowodany oraz ciepłotki, lecz o smak i uczucie nasycenia, które powoduje zadowolenie psychiczne. Dobry smak i apetyczny wygląd potraw—to nie jest sybarytizm, lecz konieczność lecznicza.

Autor daje zestawienie pokarmów według ich składu chemicznego, który jest przeważnie wszystkim dobrze znany, wyszczególnia przytem jakim zmianom skład ten ulega pod wpływem przyrządzenia w kuchni i dla jakich postaci chorobowych wskutek tego najbardziej się nadaje. Oczywiście, uwzględniwszy przytem wszystkie współczesne zdobycze patologii i fizjologii.

W monografii swej autor podaje sposoby przyrządzenia kuchennego zup, sosów, jaj, galaretek, mięsa, mleka, jarzyn, owoców i używek; szczegółowo opisuje przebieg trawienia i wreszcie podaje zasady leczenia djetetycznego chorób żołądka (wrzodu trawiennego), jelit, wątroby i nerek, dny i cukrzycy. Osobne rozdziały poświęca autor jarstwu, głodzeniu i odżywianiu obdymicznemu.

W każdym dziale czytelnik znajduje rzeczy dla siebie nowe, a bardzo proste, i to stanowi właśnie urok książeczki, która na dwóch, trzech kartkach potrafi o każdej sprawie dać ściśle rzeczowe praktyczne i pożyteczne informacje. *Non multa sed multum*.

Słabym punktem książki jest dział o jelitach, zarówno w stanach prawidłowych, jak i chorobowych. Prócz podziału na jelito cienkie i grube, wiemy dziś już o rozmaitych odcinkach jelit cienkich, a głównie jelita grubego, które zasadniczo się od siebie różnią. Być może, że djetetyka nie może mieć zastosowania w powyższych subtelnościach, godzi się jednak przy omawianiu fizjologii i patologii przewodu pokarmowego o tych nowych zdobyczach przynajmniej wspomnieć. Również pominięta została czynność wydzielnicza dolnego odcinka jelita grubego, które pod tym względem jest „nerką“ przewodu pokarmowego. Tem się tłumaczy fiasco odżywiania *per rectum*. Przez dolny odcinek wydzielają się ze krwi metale, jady, toksyny, stąd częste owrzodzenia kiszki grubej i ich następstwa. Specjalna czynność jest przyczyną specjalnych chorób i wymaga specjalnych metod leczniczych. Odwrócenie zaś czynności z wydzielniczej na chłonną udać się nie może.

Książka jest wydrukowana estetycznie, na ładnym papierze, czcionkami bez zarzutu, jest zeszyta starannie i ma ładną trwałą, choć papierową, okładkę; tekst jest bez błędów drukarskich. Wszystko to jest zasługą firmy wydawniczej i powinno posłużyć naszym wydawcom za przykład, że czas już do wydawnictw naukowych zastosować wyższe normy, niż obecne, i nie obywać się byle czem, pod względem papieru, a głównie czcionek i druku.

W. Knappe.

A. FURSTENBERG i E. HOFFSTAEDT. O stosowaniu parafiny i ambryny w termoterapii. (Ther. d. Seg. Nr. 4 z r. 1928).

W leczeniu ogólnem, służącym głównie do celów odgrzewania, całe ciało zostaje pokryte, na przeciąg 1/2—1 godziny roztopioną czystą parafiną o punkcie topliwości 55°. Parafina krzepnie szybko, oddziela się przytem od ciała i dzięki obfitemu poceniu, jakie przytem powstaje, tworzy rodzaj komory wilgotnej dookoła ciała pacjenta.

Mieszaniny parafin o rozmaitych punktach topliwości z dodatkiem pewnej ilości obojętnych żywic stosuje się pod nazwą „ambryny“ do rozgrzewań miejscowych we Francji i Szwajcarii. Mieszanina taka ma tę wyższość nad zwykłą parafiną, że różnica między początkiem a końcem topnienia wynosi około 9° zamiast ok. 5,5° (w parafinie).

Stosuje się ambrynę w sposób następujący. Skóra chorej części ciała zostaje posmarowana zapomocą grubego pędzla mieszaniną ambrynową kilkakrotnie tak, by masa ta utworzyła dość grubą warstwę, poczem zostaje przykryta 2—4 milimetrową warstwą waty, która też zostaje przepojona ambryną i z kolei otoczona warstwą suchej waty i flanelową opaską. Cała procedura powinna się odbyć szybko, ażeby zapobiec ochłodzeniu. Przy stosowaniu ambryny na większej przestrzeni skóry należy pole podzielić na kilka drobniejszych, kolejno je smarować i owijać watą. Po krótkotrwałem pieczeniu pacjent odczuwa przyjemne ciepło, zaś po 2 godzinach wszelkie sensacje ciepłe ustają. Po 24 godzinem leżeniu okładu należy zrobić przerwę również 24 godziną. Pod wpływem okładu ambrynowego skóra się nieco maceruje z powodu silnego pocenia, nie ma to

jednakże większego znaczenia; po 24 godzinach pauzy można okład powtórzyć.

Znoszenie tak wysokiej ciepłoty przez dłuższy czas należy przypisać zupełnej bezwodności parafiny.

Stosowano metodę okładów ambrynowych, względnie parafinowych w sprawach zapalnych stawów, mięśni, w gościecu, rwie kulszowej i t. p. Wyniki naogół były dobre. Zaletą metody jest to, że można ją stosować wszędzie.

Pierwszy zabieg zazwyczaj bywa dokonywany przez samego lekarza, pozostałe już przez personel pomocniczy.

B. Goldstein

J. T. PEARCY i D. B. HAYDEN. O działanie azotynu sodowego w chorobie morskiej. Doniesienie tymczasowe. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 15 z r. 1928).

Wychodząc z założenia, że zapomocą obniżenia ciśnienia krwi można zmniejszyć pobudliwość aparatu przedsionkowego ucha, i przypuszczając że t. zw. morska choroba wywoływana jest głównie przez nadwrażliwość tego aparatu, autorzy spróbowali stosować azotyn sodowy, jako środek przeciwko chorobie morskiej.

Próba była przeprowadzona podczas podróży statkiem przez Atlantyk, przyczem część pasażerów otrzymywała lek, inna część go nie otrzymywała. Wyniki były bardzo dobre. Autorzy podawali 0,2—0,3 *natrii nitrosi*, co 2 godziny i zazwyczaj już po 4 godzinach mieli efekt wyraźny, chorzy mogli nawet jeść, przyczem zawroty głowy i nudności już nie powracały.

B. Goldstein

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

∞ Prof. Dr. Franciszek KRZYSZTAŁOWICZ. Choroby skóry. Warszawa 1928 wydanie z zasilku Wydziału Nauki Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w zawiadywaniu kasy im. J. Mianowskiego Instytutu Popierania Nauki w Warszawie, str. 539, rysunków 177 na 44 tablicach.

Jest to druga część podręcznika, pierwsza część: Etiologia i patogeniza chorób skórnych wyszła w Warszawie w 1926 roku. We wstępnych uwagach rozpoznawczych opisuje autor jednostki postaciowe — typy wykwitów skórnych.

Następne rozdziały poświęcone są ogólnym zasadom leczenia chorób skórnych. Przedewszystkiem autor uwzględnia skłonności (*praedispositio*) anatomiczne i biologiczne skóry wrodzone, zależne od wieku, różnych stanów fizjologiczno-chorobowych; odróżnia leczenie ogólne: dietetyczne, swoiste szczepionkami, nieswoiste, uodparniające (proteinoterapia, koloidoterapia, leczenie uczulające, odczulające), ogólne chorób pasorzytniczych, organoterapię, środki stosowane wewnętrznie, metody stosowane zewnętrznie, metody chirurgiczne, leczenie światłem i imięsienie i leczenie zewnętrzne (zaróbki płynne — okłady, kąpiele, mydła, zaróbki suche, tłuszcze; *adstringentia*, *keratolytica*, *keratoplastica*, *reductiva* i *caustica*).

Następna część kliniczna obejmuje przeszło 400 stron, i w niej autor szczegółowo opisuje, uwzględniając i ostatnie zdobycze nauki, choroby skóry i ich leczenie.

Autor zgodnie ze swojemi poglądami, wyrażonemi we wspomnianej wyżej 1-ej części podręcznika, dzieli cierpienia skóry na IV grupy:

1) Wady wrodzone i dziedziczne.

2) Zmiany urazowe (*dermatoses traumaticae et artificiales*) wywołane przez czynniki fizyczne i chemiczne.

3) Choroby skóry pasorzytne, wywoływane przez pasorzyty zwierzęce naskórne, śródskórne i pierwotniaki (*spirochaetoses*) pleśnie (grzybice naskórka i skóry — *blastomycoses cutis*, *sporotrichoses*, *actinomycosis*) i bakteryjne choroby skóry.

4) Schorzenia skutkiem zatrucia: wysypki lekowe (*toxidermia medicamentosa*), pokarmowe.

5) Schorzenia z przyczyny wewnętrznej.

a. skażenia *dyscrasiae*: awitaminozy i skaży.

b. Schorzenia w związku z narządem krwiotwórczym: schorzenia białaczkowe i skaży krwotoczne.

c. *Dermatoses endocrinosympathicae*.

6) Nowotwory złośliwe.

Nie mogąc w piśmie ogólnem lekarskiem zająć się bardziej szczegółowo rozpatrzeniem wielu oryginalnych poglądów autora, musimy podkreślić, iż dzieło to, choć przeznaczone dla studentów, powinno się znaleźć w rękach każdego lekarza Polaka, a tembardziej dermatologa.

Jasnym wykładem, znakomitem ujęciem wielu bardzo trudnych, zawiłych, nie dość jeszcze rozjaśnionych spraw, panowaniem nad przedmiotem, pięknym językiem, ślicznym wydaniem i doskonałemi fotografjami dzieło to — owoc wielu lat usilnej pracy — zasługuje na najwyższe uznanie.

Stanisław Markusfeld.

∞ Kurt FUERST. Grundriss der Arzneimittellehre für die Behandlung von Hautkrankheiten. — (Lipsk, 1928. Nakł. Georg Thieme, Cena 6 mk. niem).

W książce zawierającej 144 stronic druku, podaje autor treściwy przegląd ważniejszych środków farmakologicznych, stosowanych w leczeniu chorób skórnych. Omawiając alfabetycznie te środki, uwzględnia autor wszelkie wiadomości dotyczące historii ich zastosowania w chorobach skórnych, podaje skład chemiczny każdego środka, opisuje dokładnie jego działanie farmakologiczne na skórę, zwraca uwagę na działanie uboczne, przytacza wskazania oraz przeciwwskazania do stosowania tych środków i podaje sposób ich zastosowywania w danych schorzeniach skóry.

Uwzględniając najnowsze zdobycze na polu leczenia chorób skóry, przytacza autor szereg recept i omawia różne połączenia chemiczne następujących środków: arsenik, atropina, ołów, kwas borny, brom, wapń, kwas chromowy, chryzobrylina, formalina, jod, nadmanganian potasu, mentol, naftol, fenol, pilokarpina, kwas pyrogallusowy, rtęć, rezorcyna, kwas salicylowy, siarka, azotan srebra, kwas taninowy, dziegieć, tymol, glin, bizmut, cynk i kwas cytrynowy.

Omawiana książeczka zawiera wiele cennych wskazówek i jasno przedstawionych wiadomości, z zakresu leczenia chorób skórnych środkami farmakologicznymi i uwzględnia przede wszystkim środki i sposoby lecznicze, stosowane przez klinikę uniwersytecką we Frankfurcie n. M. (Prof. K. Herxheimer).

Adam Straszyński.

H. ROHLER. Praktyczne leczenie samogwałtu. (D. M. W. 1928 Nr. 5).

Przyczyny samogwałtu dzielą się na 1) wewnątrzustrojowe (choroby skóry, choroby wewnętrzne, nadmierne albo zbyt wczesnie rozbudzony popęd płciowy) i 2) zewnątrzustrojowe (nieodpowiednie wychowanie w domu i w szkole, nieprawidłowe odżywianie, warunki społeczne, niemoc, wstrzemięźliwość płciowa i inne.) Według Deslana uprawianie samogwałtu jest możliwe od dzieciństwa aż do wieku sędziwego (wdowy, wdowcy, stare panny). Daleko częściej uprawiają samogwałt dzieci i młodzież w okresie dojrzewania płciowego, kiedy przepełnienie ustroju hormonami pcha do „czynności płciowych”. Stwierdzając brak nieomylnych cech uprawianego samogwałtu, wymienia autor szereg objawów prawdopodobnych: neurastenja płciowa, brak energii duchowej, roztargnienie, osłabienie pamięci, niechęć do poważnej i wytrwałej pracy umysłowej u osobników o usposobieniu melancholijno-hipochondrycznym, nieenergicznych, ospałych, bojaźliwych, skażących się na zaburzenia w trawieniu, w krążeniu, na migotanie przed oczami, na mrocze.

Do obiektywnych objawów prawdopodobnych zalicza autor niezasadne upośledzenie psychiczne, osłabienie odruchu

mosznowego, popękanie napletka, uszkodzenia sromu i błony dziewiczej.

W celu zwalczania samogwałtu zaleca Rohleder w pierwszym rzędzie zapobieganie, polegające na obserwacji każdego dziecka oraz na racjonalnem wychowaniu.

Leczenie ogólne uzależnia autor od wieku chorych. U chłopców od 15 r. życia zaleca autor wpływ na psychikę, polegający na podkreśleniu upośledzenia zdolności umysłowych i osłabienia pamięci wskutek uprawianego samogwałtu; u młodych dziewcząt od 15 r. życia wykorzystuje autor ich próżność; grozi zgubnym wpływem samogwałtu na urodę kobiecą.

Młode dzieci od 5—10 r. ż. radzi Rohleder karać „łagodnymi karami cielesnymi“, u całkiem młodych dzieci — krępowanie rącek i nóg.

Pozatem we wszystkich wymienionych przypadkach od 17 r. ż. — zimne obmywanie tułowia i narządów płciowych, kąpiele morskie, pływanie. Przeciwwskazane jest leczenie narządów płciowych elektrycznością.

W przypadkach „nadmiernej“ pobudliwości płciowej należy stosować brom i jego pochodne, koźlek lekarski, adalinę, weronal, luminal i wyciągi z szyszynki w postaci Epiglandolu w zastrzykiwaniach podskórnych co 2—3 dni albo Epitotalu 2—3 razy dziennie po 1 tablecie.

Największe trudności napotyka leczenie samogwałtu u starszych osobników, unikających stosunku pozamałżeńskiego ze względów etycznych, religijnych, bądź z obawy zarażenia się. Doradzanie stosunku pozamałżeńskiego naraża pacjentów na chorobę weneryczną, pacjentki — prócz tego — na ciążę. Zalecanie zawarcia związku małżeńskiego nie rozstrzyga sprawy: dużo żonatych uprawia samogwałt, wielu onanistów — wolnych — myśli o małżeństwie.

Wstrzemięźliwość — bezcelowa, ponieważ normalny poścąg do zadowolenia płciowego nie może być stłumiony przemocą.

W ten sposób staje Rohleder wobec zagadnienia nie-rozstrzygniętego, wymieniając tylko to, czego nie należy zalecać w leczeniu samogwałtu u dorosłych.

Berland

J. H. SCHULTZ. Odpowiedź w sprawie praktycznego leczenia samogwałtu. (D. M. W. 1928 Nr. 8).

Autor podaje ostrej krytykę rozważania Rohledera, zarzucając mu brak krytycyzmu i zbyt powierzchowne ujęcie całej sprawy.

Wnioski uważa za pożałowania godne. 90% ludzi podług Rohledera uprawia samogwałt, niewszyscy jednak wykazują zaburzenia, o których Rohleder wspomina.

Hipochondrja, melancholja, bojaźliwość — wszystkie te objawy nie są skutkiem, lecz przyczyną uprawiania samogwałtu przez ludzi „uczuciowo-schizoidnych“, nieprzystosowanych do życia, natrafiających na nieprzezwyciężone przeszkody w walce życiowej, wobec której są nieraz całkiem bezradni.

Ci właśnie ludzie nie mogą pozbyć się samogwałtu, ponieważ nie są w stanie opanować samych siebie, nie mają wytkniętego celu w życiu.

Nikt jeszcze nie potrafił obiektywnie dowieść szkodliwości samogwałtu.

Wszyscy natomiast wiedzą, że wstrząsy psychiczne onanistów, wysłuchujących opowiadań o „szkodliwych wpływach samogwałtu“, powodują bardzo poważne zaburzenia sprawności życiowej.

Rohleder nie odróżnia onanistów „zamiastkowych“, dla których samogwałt jest zamiastką brakującego chwilowo stosunku prawidłowego, od tych przypadków, w których kojarzenia fantastyczne, często o charakterze perwersyjnym, oddalają chorych od rzeczywistości.

Berland

Choroby nerwowe i psychiczne.

Dr. Mieczysława BRUNOWA. Dziedziczenie konstytucji psychicznej i psychoz konstytucjonalnych. Na-
kładem Uniwersytetu Warszawskiego, Skład Główny Książ-
nica — Atlas 1927 r.

Praca Dr. Brunowej zawiera materiał, dotyczący siedmiu rodzin, obarczonych usposobieniem do chorób psychicznych, i stanowi dalszy ciąg prac autorki nad dziedzicznością w psychiatrii, ogłoszonych poprzednio.

Dr. Brunowa należy u nas do nielicznych pracowników na tem polu, które w literaturze zagranicznej, zwłaszcza niemieckiej (przez Rüdina, Kahna, Hoffmana i innych) jest obecnie po dłuższej przerwie nanowo uprawiane z coraz większą skrzętnością.

Ostatnia, omawiana tu praca kol. Brunowej odznacza się wielkimi zaletami. Nie mówiąc już o niezwyklej skrupulatności w zbieraniu danych, dotyczących samych probandów i probandek oraz, co najważniejsze, odległych nieraz pokoleń, na każdą rodzinę, po zestawieniu danych, rzucone jest oświetlenie analityczne, pozwalające zorientować się w nagromadzonym obszernym materiale

Do pracy dołączone są tablice przejrzyste i pięknie wykonane.

Maurycy Bornsztajn.

W. KIRSCHBAUM. Leczenie metakiły zapomocą malarji czwartaczkowej. (Münch. Med. Woch. 1928, Nr. 11).

W klinice psychiatrycznej w Hamburgu szczepiono od 7-ju lat malarję czwartaczkową i przeprowadzono badanie na 53 chorych. W liczbie tej znajdowali się przeważnie paralitycy, tabetycy i chorzy na kiłę mózgu. Niektórzy z nich byli już poprzednio szczepieni malarją trzeciaczkową bez jakiegokolwiek efektu. Przy zastrzykiwaniach podskórnych 2—3 cm.³ krwi czwartaczkowej, okres wylegania trwa od 2—6 tyg. — zastrzykując zaś dożylnie, skracamy ten okres do 6—15—20 dni. Temperatura występuje regularnie, powoli wzrastając i opadając, poprzedzona czasem dreszczami. Różnice wysokości temperatur pomiędzy trzeciaczką a czwartaczką nie istnieją. Dwudniowe, bezgorączkowe przerwy dają możność choremu dłużej odpocząć niż w trzeciaczce, ale i przedłużają okres kuracji.

Dłuższe przerwy bezgorączkowe i mniejsza jadowitość sprawy czwartaczki dają mniejszy odsetek powikłań ze strony aparatu krążenia i żołądka, wątroby i śledziony. Łagodniej, niż w trzeciaczce, przebiega również przypadek, skomplikowany przez *quartana duplicata* i *quartana triplicata*. Już przy podawaniu w ciągu 2-ch dni po 1,0 chininy znikają plasmodia z krwi obwodowej. Jednakże wskazane jest trzymanie się ustalonej liczby 10,0 chininy. Długi stosunkowo okres wylegania i prawie podwójny niż w trzeciaczce okres kuracyjny wymagają podawania chininy w przeciągu 6—8 tyg. aż do całkowitego spadku temperatury. Przy ocenie wyników tej terapii należy zwrócić uwagę, w jakim okresie choroby została szczepiona czwartaczka, i czy chory był już uprzednio szczepiony trzeciaczką. W tym ostatnim wypadku widoki poprawy są oczywiście mniejsze.

Przed szczepieniem chorzy otrzymywali swoistą kurację w postaci rtęci, bismutu i salwarsanu. Na 45 paralityków, 28 otrzymało pierwsze szczepienie czwartaczką i znajdowało się w 1 roku choroby. Z tych ostatnich 5-ju całkowicie się poprawiło, i w przeciągu 7-u lat stan ich nie uległ zmianie, 6-ju pomimo poprawy wykazało pewne braki intelektualne, dwóch z nich wróciło do stanu pierwotnego. Z reszty 16 chorych — jeden pozostał w tym samym stanie i dalszych pogorszeń nie wykazywał — u 4-ch zaś nie otrzymano żadnego efektu. Z 4-ch przypadków w 1-m — 2-m r. choroby — jeden

osiągnął dobry rezultat, 3 zaś nie dały żadnej poprawy. Co zaś dotyczy 17 przypadków, szczepionych pierwotnie trzeciaczką, to rezultaty osiągnięte są minimalne.

Naogół tedy niema żadnych powodów do unikania leczenia porażenia postępową czwartaczką, gdyż czwartaczka silnie reaguje na chininę, przebiega łagodniej, niż trzeciaczka, skutkiem czego może być stosowana u ludzi słabych. Regularnością przebiegu okresu gorączkowego przewyższa nawet dur powrotny. W szczepieniu powtórnym wybór musi paść bezwzględnie na czwartaczkę, gdyż możemy wówczas spodziewać się lepszych rezultatów, niż przy szczepieniu powtórnym trzeciaczką.

M. Etkin.

J. HARKAVY. O pneumokokowym zapaleniu opon mózgowych. (Journ. Amer. Med. Ass. 1928, Nr. 8).

Autor przytacza przypadek zapalenia opon mózgowych na tle pneumokokowym, leczony pomyślnie zapomocą surowicy Feltona.

B. G.

W. E. DANDY. Usunięcie prawej półkuli mózgowej w niektórych guzach mózgu. Doniesienie tymczasowe. (Journ. Am. Med. Ass. 1928, Nr. 11).

Autor podaje myśl usuwania prawej półkuli w niektórych przypadkach guza mózgu, o ile zwykła operacja dekompresyjna nie wystarcza, a nowotwór wykazuje szybki wzrost. Płat czołowy, skroniowy i potyliczny dają się usunąć bez wywołania specjalnych zaburzeń mózgowych. Porażenie, które występuje później, nie przeszkadza choremu żyć jeszcze przez szereg lat po zabiegu.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

— Wiechowski uważa *kofeinę i teofilinę* za najskuteczniejsze środki do zwalczania *zapaści sercowej*. W razie ustania bicia serca należy środki te zastrzyknąć dosercowo. Zdaniem W., zastrzykiwania dosercowe stanowią zabieg zupełnie niewinny i są zbyt rzadko stosowane.

(W. Kl. W. 1928, Nr. 14).

— Schindler podaje statystykę 39 przypadków *wrządu żołądka, leczonych konserwatywnie*. Leczenie polegało na odpowiedniej diecie, stosowaniu proszków alkalicznych z małym dodatkiem atropiny trzy razy dziennie oraz na zastrzykiwaniach dożylnych nowoprotyny. Dwanaście zastrzyknięć wystarczało do wyleczenia zupełnego. Z powyższych 39 przypadków pozostały niewyleczone pięć, z pozostałych 34 otrzymano wyleczenie zupełne u 24, dziesięciu chorych miało lekkie dolegliwości po skończeniu kuracji. (M. m. W. 1938, Nr. 23).

— Dumig zaleca dietę Petréna w leczeniu *moczówki cukrowej*. Dieta polega na znacznym ograniczeniu białka i węglowodanów obok rozległego stosowania tłuszczów. Dodatek węglowodanów i białka ma być w tempie powolnym przepisany i zawsze utrzymywany na poziomie niskim.

(M. m. W. 1928 Nr. 21).

— Jod Derman w małej chirurgii stosuje z dobrymi wynikami Ruhemanna. Jako główne wskazania wymienia R.: zapalenia ropne, zapalenia żył, gruźlicę gruczołów chłonnych, gościec mięśniowy i stawowy, zniekształcające zapalenie stawów, kontuzje i dystorsje.

(M. m. W. 1928, Nr. 24).

— Ohnsorge i Fischer otrzymywali wybitną poprawę w *stwardnieniu rozsianym (sclerosis multiplex)* za pomocą wstrzykiwań dożylnych *elektrokollargolu*. Kuracja musi być od czasu do czasu powtarzana.

(D. m. W. 1928, Nr. 23).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Patologów Polskich. (Sekcja Poznańska)

Posiedzenie z dnia 22 czerwca 1928 r.

Przewodniczący: prof. L. Skubiszewski. Obecnych 23.

1. Przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 28 kwietnia 1928 r.

2. Dr. Bederski wygłasza odczyt p. t. „*Rak pierwotny trzustki (na podstawie czterech przypadków)*”.

Z 4-ch przedstawionych przypadków raka pierwotnego trzustki dwa nie wykazywały zmian w stosunku do otoczenia, w 1-y przypadku z powodu umiejscowienia nowotworu w głowie trzustki wystąpił ucisk na drogi żółciowe. Dwa dały rozległe przerzuty w całej jamie brzusznej, jeden dał przerzuty tylko do wątroby, ostatni przerzutów nie dał wcale. Makroskopowo trzustka była wyraźnie zmieniona w 2 przypadkach, w jednym przypadku była równomiernie szklista, w jednym przypadku poza nieznacznym stwardnieniem była bez zmian. W tym właśnie przypadku istniały przerzuty do wątroby wyłącznie, tak że na sekcji wobec braku innych punktów wyjścia i niezmiennego wyglądu trzustki postawiono rozpoznanie: *carcinoma hepatis primarium* typu „*cancer nodulaire (Hanot)*”. Histologicznie 2 przypadki nowotworu wykazywały w trzustce zmiany dość niałe, anaplastyczne, które można było wiązać przyczynowo z istniejącym tu rozrostem tkanki łącznej z naciekami zapalnymi, oraz hiperchromazją jąder, nie wykazujących różnic kształtu, ani

wielkości. Stwierdzono jednak komórki nowotworowe wewnątrz naczyń chłonnych. W innym przypadku wśród prawidłowego nieledwie układu pęcherzykowego widać było bardzo nieznaczne ogniska nagłego przejścia w układ mniej lub więcej anaplastyczny. W przerzutach zawsze istniała silna anaplastyka. We wszystkich wypadkach zachodził rozrost tkanki łącznej, będący w 2 przypadkach z pewnością wtórnym odczynem fibroblastycznym. Punktem wyjścia, o ile z obrazu morfologicznego w myśl spostrzeżeń Oliviera, Munckenbecka i innych wnioskować można, były w jednym przypadku przewody wyprowadzające, w 2-ch przypadkach miąższ pęcherzykowy. W jednym z tych przypadków małe nowotworowe twory gruczołowe wykazywały rąbek oskórkowy prążkowany komórek, a czasem wprost jakoby małe rzęski. Obraz ten uważać należy za zespół atawistyczny. Podkreślić należy niekiedy pewną trudność rozpoznania histologicznego raka trzustki wobec względnej czasem anaplastyki, a z drugiej strony naruszających układ histologiczny trzustki różnorodnych procesów patologicznych, nie nowotworowych. Wskazywał na to już Hulst. Również ocena makroskopowa jest często złudna, zwłaszcza, gdy nowotwór zajmuje trzustkę całą równomiernie. Znaczny proces rozrostu tkanki łącznej może dać obraz zupełnie nowotworowy, nawet z uciskiem na drogi żółciowe, jak to wykazała niedawno sekcja w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. P. u osobnika, u którego postawiono rozpoznanie kliniczne: *carcinoma papillae Vateri*. Z drugiej strony, jak w przypadku przedstawionym, przypuszczalnie dawno istniejący nowotwór, dający rozległe przerzuty do wątroby z silnym rozrostem tkanki łącznej, obrazu makro-

skopowego trzustki nie zmienił prawie zupełnie. Raki trzustki pierwotne są względnie rzadkością według statystyki Lubieńskiego z r. 1906, wynoszą 1—2% przypadków raka.

Następują pokazy.

2) Dr. W. Kowalski przedstawia przypadek *uchyłka wyrostka robaczkowego* u 40-letniego mężczyzny (w wyniku apendektomii). Po rozpatrzeniu piśmiennictwa (z uwzględnieniem przypadku Feliksa Skubiszewskiego), które rozróżnia wrodzone i nabyte uchyłki wyrostka robaczkowego, przedstawia ref. szczegółowo obraz histologiczny własnego przypadku. Ściana uchyłka zawiera wszędzie cechy dłuższego podrażnienia zapalnego, mianowicie mięśniówka wyrostka wykazuje w miejscu uchyłka raptowną przerwę, z której przez długą szparę wyłania się śluzówka wyrostka, przechodząc do jamy uchyłkowej i wyszczepiając równomiernie całą powierzchnię wewnętrzną uchyłka. Wyjaśniając patogenezę tego zaburzenia, omawia ref. rolę ropni śródściankowych wyrostka, które stanowią początek dla powstania uchyłków nabytych, do których zalicza ref. także własny przypadek.

3) Dr. F. Skubiszewski przedstawia 2 przypadki *rozrostu gruczołów Brunnera*.

W przypadku 1 chodziło o chorego lat 27, który od paru lat cierpiał na nieznaczne dolegliwości żołądkowe, do których od roku dołączyły się silne bóle w nadbrzuszu, wymioty oraz wybitne wychudnięcie. Nadkwasota zawartości żołądkowej. Objawy rentgenologiczne wrzodu żołądka. Na operacji niewielkie stwardnienie krzywizny małej, wybitny skurcz i przerost zwieracza odźwiernika. Wycięcie odźwiernika sp. Rydygiera. Wyzdrowienie. Doskonała poprawa, spostrzeżenie przeszło roczne. W przypadku 2 dolegliwości żołądkowe były powikłane silnymi wymiotami, wychudnięciem, wobec czego przypuszczano raka żołądka. Na operacji: niewielkie rozszerzenie żołądka, wybitnie zgrubiały i przerosły zwieracz odźwiernika. Wycięcie sposobem Rydygiera. Wyzdrowienie. Na preparacie w obrębie odźwiernika widziało się wzniesienie pod postacią guza wielkości fasoli.

Histologicznie: w obu przypadkach, zwłaszcza w drugim, znaczny przerost zwieracza odźwiernika. Tuż poza odźwiernikiem stwierdza się grubą warstwę gruczołów Brunnera, położonych pomiędzy mięśniówką śluzówki i warstwą mięsna dwunastnicy. Zmiany zapalne w tkance międzygruczołowej, a to naciek, rozszerzenie naczyń krwionośnych. W przypadku 2 istniał tuż za odźwiernikiem guzek wielkości grochu o budowie typowej gruczołów B., przyczem wystawał on ponad poziom zwieracza.

Następujące szczegóły są godne uwagi. Właściwego owrzodzenia w obu tych przypadkach nie było, tylko istniał stan zapalny w śluzówce oraz w warstwach głębszych. Istniały typowe objawy dla wrzodu żołądka. Mikroskopowo miało się do czynienia z przerostem gruczołów B., które przechodziły ponad zwieraczem w kierunku żołądka. Nie było znamion mikroskopowych, pozwalających na utożsamianie owego przerostu z rozrostem właściwie gruczolakowym. Najprawdopodobniej chodzi tutaj o rozrost gruczołów B. na skutek podrażnienia zapalnego. Przytem trzeba podnieść, że w warunkach normalnych gruczoły B. tworzą grubą warstwę tuż poza odźwiernikiem, a można nawet owe gruczoły znaleźć w płaszczyźnie zwieracza. Rozrost gruczołów B. w związku z wrzodem dwunastnicy należy uważać za sprawę odczynową zapalną. Zresztą, rozrosty owe stwierdzano przeważnie w brzegach wrzodu dwunastnicy lub strefy przyodźwiernikowej i to tylko w odcinku odsiebnym wrzodu. Trudniej jest wytłumaczyć rozrost gruczołów B. w brzegach wrzodu żołądka, wtedy autorowie uzależniają go od przemieszczenia w życiu zarodkowym związków owych gruczołów. Omówione tutaj przypadki wskazują, że może przez dłuższy czas istnieć jedynie znaczny rozrost gruczołów B. bez wytworzenia właściwego wrzodu. Wrzód więc może powstać dopiero wtórnie na tle rozrostu gruczołów B. w następstwie zapalenia przewlekłego. Zbyt mało istnieje spostrzeżeń, aby można mówić o przeistoczeniu złośliwym rozrosłych gruczołów Brunnera.

4) Dr. Zeyland przedstawia rentgenogramy i preparaty mikroskopowe rzadkiego przypadku *mięsa (sarcoma magnoglobocellulare)* z bardzo licznymi komórkami olbrzymimi typu myeloplaksów u dziewczyny lat 15. Guz tworzy ognisko odgraniczone dość wyraźnie w dolnej nasadzie i części przynasadowej kości udowej. Ref. omawia 2 przypadki, znane w piśmiennictwie, wykazujące do pewnego stopnia podobne obrazy histologiczne (Beckera oraz Fincha i Gleave). Ref. podkreśla, że decydujące znaczenie dla rozpoznania charakteru guzów olbrzymiokomórkowych ma jedynie podścielisko, a nie komórki olbrzymie typu myeloplaksów, które przeważnie są wyrazem odczynu śródbłonkowego.

5) Dr. Czyżak przedstawia *guz pochwy* 20-letniej kobiety. Dla rozpoznania różniczkowego wchodzi w rachubę, *angiosarcoma* i *chorionepithelioma ectopicum*. (Chora zauważyła guz krótko po poronieniu w 6 mies.). Guz wychodzi z młodej, nie-zróżnicowanej tkanki mezenchymalnej śluzówki pochwy, jednak po starannym przesłedzeniu preparatów można odrębnie:

1) Gniazda komórek, podobnych do komórek jednojądrzastych warstwy Langhansa.

2) różrosty syncytjalne, które obramowują jamy i szczeliny różnej wielkości.

3) gęste, rozległe nacieki z małych i dużych komórek limfocytowych oraz pojedyncze, rozrzucone, duże komórki z piankową protoplazmą.

4) ogniska martwicze.

Ref. przyznaje, że guzy o tak wybitnem powinowactwie do naczyń krwionośnych, jak *chorionepithelioma* i *endothelioma*, będą miały pewne cechy wspólne, a mianowicie dążność do tworzenia komórek wielojądrzastych, a nawet zespólni.

6) Dr. Stoczek przedstawia 2 przypadki *jednostronnego braku nerki* i porusza główne momenty rozwojowe tychże narządów. Ref. zalicza przedstawione przez siebie przypadki do zahamowania rozwojowego we wczesnych stadiach. Następnie porusza kwestię ważności tych zmian dla klinicysty, a zwłaszcza dla chirurga i omawia preparaty histologiczne z przedstawionych przypadków.

7) Prof. L. Skubiszewski przedstawia:

a) 2 przypadki *uwieżnienia kamienia pęcherzyka żółciowego* w przewodzie żółciowym wspólnym. Pierwszy przypadek dotyczy kobiety 87-letniej, u której kamień wielościenny wielkości orzecha laskowego, przedzierając się w kierunku do dwunastnicy, ugrzązł w odcinku przewodu żółciowego wspólnego. Zanurzone już w ścianie dwunastnicy 14 kamienia wychylała się do dwunastnicy przez otwór w brodawce Vatera. Wskutek całkowitego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego wystąpiła ogólna żółtaczka i zejście śmiertelne. W pęcherzyku żółciowym stwierdzono 4 kamienie wielościankowe różnej wielkości.

Drugi przypadek też dotyczy 63-letniej kobiety. W odcinku przewodu żółciowego wspólnego, który biegnie między głową trzustki a przyśrodkową powierzchnią zstępującej części dwunastnicy, tuż przed zanurzeniem się przewodu do ściany dwunastnicy, stwierdzono guz wielkości dużego orzecha laskowego. Wejście do przewodu żółciowego wspólnego od dwunastnicy jest łatwe, zgłębnik przechodzi zupełnie łatwo przez ten guz i dalej przenika aż do pęcherzyka żółciowego. Obwód tej części przewodu żółciowego wspólnego wynosi 10 cm. Po przecięciu ściany przewodu żółciowego wspólnego wyłania się kamień z kształtu podobny do rogala z wyłobieniem rynekowatym w środku. Przez to wyłobienie, sądząc z wyglądu kamienia, żółć odpływa przez dłuższy czas, aż w ostatniej chwili rynekowate wyłobienie zapchało się zgęszczoną żółcią. Największy wymiar kamienia wynosi 4,5 cm. W wymiarze tym kamień ustawił się pionowo do światła przewodu żółciowego wspólnego. Kamień jest miękkiej, ziemistej. Z boku do niego przylega kamień wielościankowy, wielkości fasoli, a podobny do 4-ch kamieni, jakie znaleziono w pęcherzyku żółciowym. Wewnątrz rogalkowatego kamienia stwierdza się jeszcze kamień z kształtu podobny do kamieni pęcherzyka żółciowego.

b) preparat *prawdziwego perłaka w jamie bębenkowej lewej* 40-letniego mężczyzny. Twór ten spowodował zniszczenie pokrywy bębenkowej, udostępnił przedostanie się mikrobow, które wywołały ropne zapalenie opon mózgowych.

c) preparat, *rozpoczynającej się zgorzeli lewego podudzia* u 45-letniej kobiety. Sprawa ta powstała, jak wykazuje badanie, na tle zatoru, który zamknął światło tętnicy udowej lewej w miejscu podziału jej na tętnicę piszczelową przednią i tylną. Materiał zatorowy powstał, jak podał doc. Nowakowski, naczelny chirurg szpitala Miejskiego, na tle wsierdzy brodawkowej.

d) preparat *raka wrzodziejącego skóry* lewego podudzia na przedniej i bocznej powierzchni na przestrzeni 20 cm w wymiarze podłużnym. Przypadek ten dotyczył 46-letniego mężczyzny.

W dyskusji zabierają głos: Prof. L. Skubiszewski, Dr. F. Skubiszewski, Dr. Zeyland.

(—) J. Zeyland, sekretarz.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Sprawa rozpoznawania i leczenia choroby Basedowa była wyczerpująco omówiona na jednym z posiedzeń listopadowych (26 XI—28) Tow. Lek. w Budapeszcie.

Guhr, w odczycie swym p. t. *Klimatoterapia oraz zapobieganie chorobie Basedowa* zreferował wyniki swych spostrzeżeń nad dodatnim wpływem klimatu górskiego (1000 m. nad poziom morza) na to schorzenie. Ze statystyki autora wynika, iż pierwsze objawy choroby występują zwykle na wiosnę.

Csepai wygłosił odczyt p. t. *Nowe przyczynki do rozpoznawania, kliniki i terapii choroby Basedowa oraz różnych hipertyreoz.* W chorobie Basedowa oraz w różnych stanach chorobowych, związanych z nadczynnością tarczycy, mamy do czynienia ze wzmożoną wrażliwością ustroju na adrenalinę, pituitrynę, tyroksynę i hormon gruczołów przytarczycznych (parathormon). Należy to przypisać uczulającemu działaniu tarczycy, a mianowicie — nadprodukcji tyroksyny. Wg. Csepai niesłuszne jest twierdzenie o istnieniu antagonizmu między hormonem tarczycy i trzustki, bowiem tarczyca wykazuje działanie uczulające również względem hormonu trzustkowego. Dobre wyniki lecznicze osiągnął autor, stosując jednocześnie jod i naświetlania rentgenowskie.

Lax podał nową metodę leczenia Basedowa. Korzystne oddziaływanie klimatu górskiego należy przypisać zmniejszeniu ciśnienia tlenu. To skłoniło autora do zbudowania kamer pneumatycznych, w których wytworzył warunki ciśnienia, odpowiadające zachowaniu się gazów atmosfery górskiej (poziom 1000 m.). W kamerach tych przebywali chorzy z dość wzgl. bardzo ciężką postacią choroby Basedowa przez 2—3 tygodnie po kilka godzin dziennie (4). W 16 przypadkach osiągnął autor wybitną poprawę. Podstawowa przemiana materii obniżyła się o 35—36%. U 10 z pośród tych 16 chorych obniżanie się podst. przemiany materii postępowało dalej również po ukończeniu leczenia i u 6 doszło do liczb normalnych. Lax zaleca stosowanie tej nowej metody w celu leczenia chorych niezamożnych,

k którzy nie mogą sobie pozwolić na wyjazd do jakiejś górskiej stacji klimatycznej, wzgl. jako próbną, przedwstępną metodę w celu wyszukania chorych, nadających się do leczenia klimatycznego.

W dyskusji nad powyższymi odczytami zwrócono uwagę na rolę zasobu zasad we krwi w przypadkach hipertyreoz. Baliw natomiast sądzi, iż fakt występowania, wzgl. nasilania się objawów chorobowych na wiosnę pozostaje w związku ze sprostowaniami o tej porze roku zaburzeniami równowagi kwasowo-kwasowej. Mianowicie, na wiosnę krew staje się bardziej zasadowa, co sprzyja wzmożeniu napięcia układu współczulnego, a przeto i wystąpieniu poszczególnych objawów nadczynności tarczycy. Korzystne oddziaływanie klimatu górskiego tłumaczy sobie B. występowaniem kwasicy, przeciwdziałającej alkalozie ustrojowej u chorych na chorobę Basedowa. Bliżej rozwija ten pogląd Koranyi, tłumacząc wpływ atmosfery górskiej na zakwaszenie krwi zmniejszoną tu ilością tlenu. Ponieważ w chorobie Basedowa mamy do czynienia z przesunięciem równowagi kwasowo-zasadowej w kierunku alkalozji, możliwe jest zatem, iż dodatnie oddziaływanie klimatu górskiego polega właśnie na tym antagonizmie. Zmniejszenie ilości tlenu sprostowane w powietrzu górskim, można osiągnąć sztucznie nie tylko w specjalnych kamerach pneumatycznych, ale również za pomocą maski (Sangmaske) Kuhna, (Kl. Woch, 1928 Nr. 20).

Z. Św.

Z j a z d y.

VI Zjazd Higienistów Polskich we Lwowie.

(7—9 lipca 1928 r.)

Wymieniony w nagłówku Zjazd odbył się sprawnie, ku zadowoleniu dosyć licznych uczestników (wraz z paniami około 300 osób). Tonący w zieleni Lwów, podniósł wspomnienia, których wielu uczestników było naocznymi świadkami, drogocenne zbiory artystyczne i historyczne, dobra organizacja, spoczywająca w energicznych dłoniach prof. Nowickiego i dra. Dolińskiego — przyczyniły się do tego, że każdy z uczestników opuścił Lwów, wzbogacony miłymi wrażeniami i nowym doświadczeniem w tej lub innej dziedzinie wiedzy. Stolica była dosyć licznie reprezentowana, zwracała jednak ogólną uwagę, że, z wyjątkiem zawsze dzielnego i ruchliwego dra Polaka, żaden z warszawskich prelegentów lekarzy na zjazd nie przybył i nawet zapowiadzanego odczytu nie przysłał. Czynniono z tego powodu, zresztą zupełnie słuszne, zarzuty. Dziwnem też się wydawało, że Państwowy Instytut Higieny oraz Państwowa Szkoła Higieny świeciły absolutną nieobecnością. Jakkolwiek poruszone na Zjeździe sprawy nie wchodziły może bezpośrednio w sferę zainteresowań wymienionych instytucji, sądząc że ich czynny współudział rozszerzyłby i pogłębiłby pracę Zjazdu, zwłaszcza w kierunku naukowym.

Przy obecnej bowiem swojej strukturze Zjazd miał wyłącznie charakter społeczno-propagandowy. Nie czynię bynajmniej z tego powodu nikomu zarzutu. Propaganda higieny — powiedziałbym higieny samorządowej, — długie lata jeszcze u nas będzie wymagała intensywnych wysiłków.

Ale w współczesnym ujęciu higiena obejmuje cały szereg jeszcze innych niezmiernie doniosłych zagadnień teoretycznej i praktycznej natury —, które powinny interesować każdego działacza samorządowego na polu higieny (szczępienia zapobiegawcze i t. d.) Sądząc, że na przyszłych zjazdach sprawa rozszerzenia programu zjazdów higienistów powinna być przyjęta pod uwagę. Urozaichenie zjazdu przyciągnęłoby i te poważne sfery naukowe, które jakby unikały zjazdów higienistów polskich.

Szczegółowego streszczenia wszystkich odczytów nie będę tu przytaczał. Znaczna ich część została ogłoszona w rozdawanym na Zjeździe numerze „Zdrowia” 2 czerwca r. b. Wymieniam tylko niektóre.

We wstępnym odczycie p. t. Zadania Gmin w dziedzinie zdrowotności dr. Polak podkreślił, i w wielu innych sprawach (ustawa szpitalna) instynktownie rozdzielił między ustawami ministerjalnymi a potrzebami życia samorządowego.

Ostateczne jego wnioski brzmią:

1. Do warunków postępu zdrowotności w Polsce należy ściśle rozgraniczenie władzy wykonawczej i nadzorczej, wykonawcze czynności w obrębie samorządów nie powinny należeć równocześnie do władz samorządowych i rządowych, wykonaw-

czymi organami fachowymi w gospodarce samorządowej winni być lekarze samorządowi.

2. Projekt obecny ustawy o służbie zdrowia przeczy zasadom samorządu i osłabia odpowiedzialność pod względem zdrowotności władz, zarówno rządowych, jak samorządowych.

3. Najpilniejszą sprawą zarządów miast pod względem zdrowotności jest w chwili obecnej ułożenie planów systematycznych uzdrowienia miast, do czego przyczynić się winna współpraca z odnośnymi instytucjami społecznymi, przede wszystkim z Towarzystwem Higienicznym.

4. Należy wzmocnić kompetencję fachową sanitarną Związku miast i innych instytucji centralnych samorządowych w myśl uchwał zjazdów higienicznych.

Kto zna opłakany stan bruków w naszych małych miasteczkach (a nawet w niektórych uzdrowiskach, jak np. w Otwocku), powinien być wdzięczny p. dyr. Rabczewskiemu za jego rzeczowy odczyt p. t. „Bruki i plantacje a uzdrowienie małych miast i miasteczek”.

Doniosłą sprawę usuwania i przerabiania odpadków i śmieci z małych miast i wsi omawiał w szczegółowym referacie Inż. H. Przyłęcki na zasadzie osobistego dokładnego zbadania tej sprawy, na Zachodzie i w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej. Dla małych zwłaszcza miast — zalecał metodę Becceriego, opartą na zjawisku biologicznego spalania się związków organicznych, a więc na akcji drobnoustrojów, wywołujących fermentację tych związków. Śmiecie, poprzednio segregowane, zostają w niedługich specjalnych celach 30—40 dni i w ostateczności dają 3 gatunki nawozów o dosyć wysokiej wartości. Metoda ta pokrywa w pewnym stopniu koszty usuwania śmieci.

Wniosek inż. Przyłęckiego brzmi:

„Że dziś szczególnie. — jedynie przez wykorzystanie wartości rolniczych i pokarmowych leży droga dla małych miasteczek polskich i wsi polskiej ku rozwiązaniu racjonalnego zagadnienia usuwania odpadków”.

Ze zwykłą sobie swadą i krasomówstwem prof. Gantkowski z Poznania mówił o Organizacji Szpitalnictwa w Polsce. Dowiedzieliśmy się, że Poznańskie z ludnością dwumilionową ma 77 zakładów leczniczych z ogólną liczbą 7330 łóżek (łóżko na 270 mieszk.) Pomorze z milionową prawie ludnością — 40 zakładów z 4575 łóżek (łóżko na 205 mieszk.).

Najbogatszy jest pod tym względem Śląsk: 1.200.000 mieszkańców rozporządza 9554 łóżkami, t. j. jedno łóżko przypada na 115 mieszkańców (przypuszczam, że do dużej liczby łóżek szpitalnych na Śląsku przyczyniają się dwa duże zakłady dla umysłowo chorych). Organizacja szpitalnictwa, którą pozostawili Niemcy, wymagała pomimo swoich wielu dobrych stron licznych zmian i przystosowań do nowych warunków — społecznych, co zostało energicznie — dzięki też współpracy referenta — przeprowadzone.

Bardzo ciekawe były odczyty rady mim. Sikorskiego

(przy współudziale nieobecnych, dra. Przywieczerskiego i arch. Rakiewicza) p. t.: „Rys historyczny szpitalnictwa w Polsce w ubiegłym stuleciu, ze szczegółowym uwzględnieniem rozwoju szpitalnictwa na obszarze byłego zaboru rosyjskiego” i: „Stan obecny i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa polskiego”. Odczyty te będą prawdopodobnie całkowicie ogłoszone, i wtedy do nich w Czasopiśmie powrócimy.

Zjazd, jak to zwykle bywa, urozmaicony był pokazami i wycieczkami (na dobro komitetu organ. należy zanotować zaniechanie pompacyjnych, dużo czasu zabierających uroczystych przywitań).

Prof. Trawiński pokazał ciekawy film w sprawie szkodliwości szczurów i walki z nimi. Inż. Zardecki pokazał miejscową gazownię (w swoim odczycie, którego, niestety, nie słyszałem, wygłosił podobno odę pochwalną na rzecz gazu, dowodząc przewagi oświetlenia gazowego nad oświetleniem elektrycznym).

Kierownik rzeźni miejskiej pokazał rzeźnię z wzorowymi chłodniami o stałej t. + 2 i stację trychinoskopową.

Ze szpitali zwiedziłem: Kulparków (dla umysłowo chorych) (dyr. Dr. Bednarz) i szpital dla chorób zakaźnych (prymariusz Dr. W. Lipiński).

Szpital dla chorób zakaźnych, położony w pięknym obszernej parku, obliczony jest na 120 łóżek etatowych.

Składa się z oddziału obserwacyjnego i oddzielnych pawilonów dla poszczególnych chorób. Pomimo kilku szczegółów, na które bym, na pierwszy rzut oka przynajmniej, się nie zgodził — szpital robi wrażenie bardzo dodatnie. Widać tam dużo celowej i szczerzej pracy. Sale obszerne i jasne, każdy oddział ma oddzielną salkę operacyjną, tak, że w jednym pawilonie są 4 sale operacyjne. Wydzieliny chorych, nim się dostaną do ogólnej kanalizacji, zostają przedtem w specjalnym zakładzie gruntownie odkażone. Obszerna pracownia bakterjologiczna jest wyrazem tendencji naukowych instytucji. Przy okazji dowiedziałem się, że szczepienia ochronne przeciwskrzypaczynowe są we Lwowie bardzo rozpowszechnione (stosują anatoksynę) i dają dobre wyniki. Szpital magazynuje również surowicę ozdrowieńców po odrze i stosował ją już w 120 wypadkach z bardzo dobrymi wynikami. O ile można sądzić z relew, odżywianie chorych jest obfite. Szpital, niestety, nie posiada własnej pralni, co uważam za duży minus. Sprzeczna jest także z naszymi pojęciami okoliczność, że do szpitala tego — „wyjątkowo” jak się tłumaczył oprowadzający nas kolega, — przyjmują także przypadki gruźlicy osreji.

Oprócz prymariusza mieszka w szpitalu jeszcze trzech czy czterech lekarzy, nie mających prawa praktyki. „Gdyby nawet chcieli, dodał oprowadzający nas kolega, teżby nie mogli, tyle bowiem roboty mają w samym szpitalu”. Pomaga im w tej robocie jeszcze około 15 wolontariuszy bezpłatnych.

Kulparków (1800 chorych) widziałem przed kilku laty i z przyjemnością stwierdzam, że znakomicie się zmienił na lepsze. Robił wtedy wrażenie dużego przytułku. A obecnie przeobraził się w prawdziwy zakład dla umysłowo chorych w pojęciu nowoczesnym. Na każdym kroku widać energiczną rękę i dzielną inicjatywę nowego dyrektora, kolegi Bednarza. Sprawdza się stary aforyzm, że punkt ciężkości leży nie w luksusowych budynkach, lecz w energii i zamiłowaniu kierownika, jak również i jego współpracowników. Nie wątpię też, że Kulparków, pomimo swoich starych budynków, zajmie wybitne miejsce wśród naszych Zakładów dla umysłowo chorych.

Komitet organizacyjny urządził też kilka wycieczek do otaczających Lwów miejscowości kuracyjnych.

Pojechałem do Truskawca w towarzystwie kolegi Malecińskiego, inspektora naszego wydziału zdrowia. Na zasadzie 5 — 6 godzinnego pobytu nie mogę oczywiście nic powiedzieć o skuteczności tamtych źródeł. Przekonałem się, że wszystkie są smaczne, nawet słynna „Naftusia” (pomimo swej „pachnącej” nazwy. Na szczególne podkreślenie zasługuje w Truskawcu panujące tu wszędzie ład i wzorowa czystość. Dużo zieleni i ładne, nieuciążliwe spacerki. Zakład kąpielowy pierwszej klasy (jest i druga i nawet trzecia) może zadowolić wygórowane nawet wymagania. Specjalny lekarz zakładowy, któremu nie wolno praktykować, stale czuwa nad stanem sanitarnym kąpieliska i zachowywaniem przez kuracjuszy przepisów lekarskich. Jako minus uważam okoliczność, że zakład tylko na specjalne żądanie i za dodatkową dopłatą, daje bieliznę. Przeważnie kuracjusze przynoszą swoją własną. Nie przypominam sobie, abym się z tem spotkał w jakimkolwiek bądź szwajcarskiem, niemieckim lub włoskim uzdrowisku. Podział kąpieliska aż na trzy klasy uważam też za zupełnie zbędny. W tym ładnym, czystym i tak dzielnie administrowanym Truskawcu ciasne, drewniane „Wanny”, raczej kadzie, 3-ej klasy — są dysonansem.

Summa summarum, Zjazd we Lwowie zaliczyć należy do udanych. Szkoda, że trwał tak krótko. Widzielibyśmy prawdopodobnie jeszcze dużo ładnych i ciekawych rzeczy.

Dr. Z. Bychowski (Warszawa).

Przegląd terapeutyczny.

Badania biologiczne nad nową mączką witaminowo-wapniową „Witamożą”.

Podał

Dr. Paweł WOŁK (Warszawa).

Lecznictwo witaminowo-wapniowe w dobie współczesnej ma bardzo rozległe zastosowanie. Według Funka, Berga, Lelesza i innych aktywne witaminy są pierwszorzędym środkiem leczniczym. Oprócz gruźlicy płuc, gruźlicy gruczołów, cały szereg schorzeń, jak krzywica, skurcze odzwiernika, niedokrewność, skaza skurczowa, okres odłączania od piersi, ciąża, karmienie, stany bezpłodności, stany niedorozwoju płciowego, zeskórnienie spojówek, złamania kości, stawów i skóry — wszystko to łącznie stanowi olbrzymią dziedzinę lecznictwa witaminowo-wapniowego.

W pracy niniejszej pragnę w krótkim zarysie przedstawić główne wytyczne tego leczenia.

Sole wapniowe wprowadzono do lecznictwa już w roku 1864, jednakże nie wszystkie związki wapniowe mają jednakową wartość dla ustroju: niektóre związki wapniowe są przeceniane, niektóre są niedocenione.

Poglądy uczonych i klinicystów są dość rozbieżne: o ile według szkoły niemieckiej jakość związku wapniowego nie zdaje się odgrywać dominującej roli, o tyle szkoła francuska z Ferrierem na czele, jest zdania, że należy stosować jedynie nierozpuszczalne nieorganiczne sole wapniowe.

Motywy, którymi kierują się klinicyści francuscy, są następujące: związki nieorganiczne nierozpuszczalne (wapniowe) ulegają zupełnej asymilacji przez ustrój, jako chlorek wapnia Ca Cl_2 (Berg).

Drugim motywem jest stwierdzony fakt, że nieorganiczne nierozpuszczalne związki wapniowe nie powodują zakwaszenia ustroju dzięki brakowi zewnątrz-ustrojowych kwaśnych anionów.

Jak wiadomo, większość schorzeń, w których obecnie podaje się sole wapnia, przebiega z równoczesnym przesunięciem równowagi kwasowo-zasadowej ustroju w stronę kwaśną. Badania kliniczne wykazują przy tem niezbicie, że celem stałego wzniesienia poziomu wapnia (Ca) we krwi związki wapniowe muszą być podawane chorem stale przez dłuższy okres czasu.

Są jednakże pewne czynniki, które potęgują zatrzymywanie wapnia w ustroju. Jednym czynni-

kiem jest fosfor (Mc Collum). Jon fosforowy działa jako ogólny katalizator, znakomicie przyspieszający utleniające czynności komórki ustrojowej, a więc pośrednio usuwające stan kwasicy, jon fosforowy potęguje odkładanie soli wapnia (Györffy, Meyerhoff).

Drugim czynnikiem, zwiększającym asymilację i jednocześnie potęgującym zatrzymywanie wapnia w ustroju, są witaminy.

Sama myśl o witaminach nie jest nowa. Już lat przeszło 200 kielkował w genialnych umysłach (Cramer 1720, Bachström 1734) pewnik niemal, że muszą w sokach i owocach istnieć pewne tajemnicze substancje o właściwościach, przypisywanych obecnie witaminom.

Co to są witaminy?

Są to tajemnicze ciała pochodzenia egzogenicznego, dostarcza ich w olbrzymiej większości świat roślinny, częściowo zwierzęcy.

Jest kwestią sporną, czy rośliny syntetyzują je same ze składników więcej prostych, czy też otrzymują je z ziemi, gdzie witaminy zostają wyprodukowane przez drobnoustroje.

Jeżeli jednak w zamęcie hipotez i przypuszczeń możliwe są spory, czy gnilec np. jest awitaminozą, czy też nie (Mc Collum, Pitz), to natomiast pewnikiem niezbitym jest, że ustrój, pozbawiony witamin, nie może utrzymać się przy życiu, choćby nawet posiadał dostateczną liczbę ciepłotek w dostarczaniu pożywieniu.

Epoka wielkiej wojny światowej i czasy wojenne pozwoliły nam nauczyć się odróżniać poronne formy awitaminoz, zmieniły zasadniczo pewne poglądy na klinikę awitaminoz, dowiodły, że awitaminozy przebiegają zwykle przewlekłe, a nie ostro lub podostro, i że schorzenie musi istnieć jako utajone przez czas dłuższy, zanim wystąpią tak charakterystyczne dla tych schorzeń zespoły chorobowe.

Myśl zastosowania witamin w leczeniu została podjęta przez kierownictwa naukowe wszystkich zakładów i fabryk farmaceutycznych, i rzucano na rynek światowy Jemalt, Hewitan, Metagen. Calcisal — i t. d.

Czy rzeczywiście preparaty te mają witaminy?

Interesują nas preparaty krajowe jedynie, gdyż zagranicznych na rynku polskim brak.

Po rewelacyjnym artykule Dr. farm. M. Chorzeleskiej (Polska Gazeta Lekarska 15. 1928 str. 277 i następne), wskazującym niezbicie, że w Calcitrinie vel Calcisalu Spiessa witaminy całkowicie są zniszczone, że „Calcisal nie leczy, ani też zapobiega gnilcowi“ (cyt. dosłownie według Chorzeleskiej), postanowiliśmy przeprowadzić badania kontrolne¹⁾. Jako zwierząt laboratoryjnych używaliśmy gołębi. Wzięto 12 par gołębi. Wszystkie karmiono pszenicą, wyjałowioną w autoklawie przy 120° w ciągu 12 godzin. Jako napój podawano wodę z wodociągu miejskiego, codziennie wyjaławianą 1/2 godzinnym gotowaniem. 2 pary gołębi były zostawione do kontroli: dodawano do wody jedynie sok z pomidorów, 2 pary otrzymywały

wyciąg witaminowy — otrzymywany z Calcisalu Spiessa (metodę podajemy poniżej), i 2 pary otrzymywały jako dodatek do wody wyciąg witaminowy nowego preparatu „Witamoza“ (fabryki B. Kroguleckiego).

Wyciąg witaminowy z Calcisalu był otrzymywany przez nas w ten sposób, że mieszaliśmy przez dobę Calcisal z wyjałowioną wodą następnie mieszanina zostawała przefiltrowana. Przesąc dawano do picia gołębiom.

6 par otrzymywało jedynie tylko wyjałowioną pszenicę i wodę przegotowaną.

Wynik naszych obserwacji 2 miesięcznych przedstawia się jednakże nieco inaczej, niż u Dr. Chorzeleskiej, być może, ze względu na inny rodzaj zwierząt doświadczalnych, lecz myśmy obserwowali występowanie zmian chorobowych w tempie o wiele żywszem. Gołębie, które otrzymywały dodatek z soku pomidorowego, i gołębie, otrzymujące witamozę (Kroguleckiego), do dnia dzisiejszego (2 miesiące obserwacji) są zupełnie zdrowe, wesole, jedzą, nie tracą na wadze i nie sprawiają wrażenia jakiegokolwiek niedyspozycji. Gołębie, które otrzymywały Calcitrinę vel Calcisal (Spiessa), wykazywały dopiero pod koniec pierwszego tygodnia brak łaknienia, stawały się złe, wciąż się biły pomiędzy sobą, następnie następował spadek wagi, zanik zupełny łaknienia, i ptaki padały przy objawach Beri Beri.

Z gołębi, karmionych jedynie bezwitaminową pszenicą i wyjałowioną wodą, jeden padł na 16 dzień, jeden na 17 (prawdopodobnie młodsze) i dwa na 22 dzień przy tychże objawach klinicznych Beri-Beri.

Po 23 dniach zmodyfikowaliśmy nasze doświadczenia i podzieliliśmy pozostałe 8 gołębi tej grupy na 3 partje (po 2—3 sztuki). Jednej grupie dodawać zaczęliśmy sok pomidorowy — drugiej filtrat z Calcisalu Spiessa, trzeciej Witamozę Kroguleckiego. Z grupy tej padły na 27 1/2 dzień gołębie, karmione wyjałowioną pszenicą i wodą przegotowaną z dodatkiem Calcisalu Spiessa. Natomiast gołębie, którym dawano sok pomidorowy lub Witamozę Kroguleckiego, wróciły zupełnie do zdrowia i żyją już 4 tygodnie po ukończonych doświadczeniach.

Niezmierznie ważne i doświadczalnie ciekawe było zachowanie się gołębi, którym w chwili krytycznej podano Witamozę Kroguleckiego lub sok z pomidorów. Końcowe objawy Beri Beri przeminęły w kilka godzin zaledwie. i badane na drugi dzień, te same gołębie sprawiały wrażenie tak znacznej rekonwalescencji, że wprost wierzyć się nie chciało, by to mogły być wczorajsze konające okazy.

Pragniemy podkreślić główne różnice w otrzymanych wynikach pomiędzy naszymi doświadczeniami a doświadczeniami Dr. Chorzeleskiej. Przedewszystkiem u bezwitaminowo karmionych gołębi brak apetytu, osowiałość, złość występowały na 3—4 dzień zupełnie już wyraźnie, a nie, jak u obserwowanych przez Dr. Chorzeleską świnek. na 22 dzień. Następnie, ratując gołębie awitamino-we sokiem pomidorowym i Witamozą Kroguleckiego, nie obserwowaliśmy zupełnie zejść śmiertelnych nawet w późniejszych okresach. Nie wiemy, jak to zjawisko tłumaczyć. Wobec tego, że

¹⁾ Część badań wykonano w pracowni szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze (Kierownik: Dr. L. Świątopełk-Zawadzki).

gołębie zaczynały padać, i padła już 1/3 część, uważaliśmy za wskazane pomyśleć o ich ratowaniu, z drugiej strony kompletne odratowanie pozostałych gołębi po 22 dniach bezwitaminowej diety sprawiało wrażenie, jakgdyby obserwacje nasze były przerwane za wcześnie. Nie silimy się na objaśnienie zjawisk dla nas samych nie zupełnie zrozumiałych. Jedynie dla całokształtu sumiennej obserwacji notujemy je bez dalszego analizowania przyczyn.

Jeden szczegół zasługuje na zaznaczenie: kał gołębi, karmionych bezwitaminową pszenicą lub

z dodatkiem przesączu z Calcisalu Spiessa, dawał zawsze z wodą zabarwienie intensywnie zielone. Niestety, badania, przeprowadzone przez nas, nie zdołały wyjaśnić przyczyny powstawania tego zabarwienia.

W każdym bądź razie z przyjemnością konstatujemy, że na rynku polskim nareszcie została wyprodukowana rzeczywście czynna mączka witaminowa i rzeczywście zasługująca na poparcie i rozpowszechnienie.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Istota ostrego reumatyzmu stawowego i jego zwalczanie jako zagadnienie społeczne.¹⁾

Podał

HENRYK GOLDBERG (Warszawa)

Przy roztaczaniu opieki społecznej nad zdrowiem najszerzych warstw ludności, przy akcji zwalczania masowych schorzeń zwrócić należy uwagę na odłogi dotychczas leżącą dziedzinę ciężkich i groźnych chorób o podłożu reumatycznym. Jak często spotykamy ludzi w kwiecie wieku, którzy wskutek poreumatycznych powikłań sercowych utracili wszelką zdolność do pracy, wszelką chęć do życia, którzy stali się ciężarem dla społeczeństwa. I jak przykre jest położenie lekarza, gdy stwierdza już szereg zmian organicznych, których nie jest w stanie naprawić, i gdy musi pozostawić pacjenta w jego smutnej roli po za nawiasem dzisiejszego życia powszechnej wyczerpanej pracy i wysiłku. To też w krajach, gdzie organizacja opieki społecznej stoi na najwyższym poziomie, już od szeregu lat kielkowała myśl zorganizowania szeroko zakrojonej akcji przeciw reumatyzmowi. W Anglii, na przykład, stwierdzono w r. 1924, iż 1/6 część zapomóg, udzielonych wskutek niezdolności do pracy, przypada na schorzenia reumatyczne, stawiając je pod względem doniosłości tuż obok gruźlicy. Niemieckie statystyki wykazują, iż ok. 9% rent inwalidzkich wypłaca się reumatykom, dane krajów skandynawskich wykazują jeszcze wyższe odsetki. Przeróżające te fakty skłoniły sfery lekarskie oraz czynniki, kierujące ochroną zdrowia, do rozpoczęcia na wielką skalę walki z tą klęską społeczną, jaką jest reumatyzm. Z inicjatywy Anglików odbył się w Piszczanach przed 2 laty międzynarodowy zjazd, w którym wzięli udział przedstawiciele 12 państw. Tam został powołany do życia międzynarodowy komitet do zwalczania reumatyzmu.

W następnym roku zawiązały się w większości państw europejskich Towarzystwa, mające na celu studjowanie i zwalczanie reumatyzmu. Inicjatorami i najbardziej czynnymi członkami tych stowarzyszeń były wielkie powagi naukowe, tak np. w Niemczech na I posiedzeniu byli obecni pr. pr. Bier,

Dietrich, Strauss i wielu innych. Za zadanie swe uznał komitet międzynarodowy studja nad całokształtem zagadnień, objętych dzisiejszą nazwą „reumatyzm”, wliczając w to zarówno ostre, jak i przewlekłe schorzenia, zarówno mięśniowe, stawowe, jak i trzewiowe.

Chcę tu poruszyć tylko jedną postać o ściśle wyróżniającym się zespole objawów klinicznych: mianowicie ostry gościec stawowy. Schorzenie to stanowi całkiem odrębną i swoistą jednostkę chorobową; zapada na nią kilkanaście % chorych, dotkniętych dolegliwościami, noszącami ogólną nazwę „reumatyzm”, jest ona specjalnie doniosła z tego, względu, iż atakuje serce. Tem samym nietylko upośledza czynność kończyny lub narządu i pozabawia dotkniętą chorobą osobę możliwości wykonywania pewnego zawodu, lecz, o ile szkodliwe działanie silniej się rozwija, wbija się klinem w całokształt szarmonizowanej pracy ustroju, wytrąca go z równowagi i czyni człowieka upośledzonym pod każdym względem. Podług statystyk niemieckich w szpitalach na całym terenie Rzeszy przebywa rocznie ok. 20.000 chorych na ostry gościec stawowy. Jeżeli przyjmujemy, iż przeszło drugie tyle leczy się w domu, to okaże się, iż rocznie zapada ok. 1% całej ludności Państwa, a zatem w ciągu 20 lat życia, kiedy istnieje największe usposobienie do tej choroby, zapada ok. 2% ludności. Komplikacje ze strony serca występują podług szeregu autorów u 30-tu do 50-ciu % reumatyków, zatem przypuszczać należy, iż ok. 1% ludzi dotkniętych jest uszkodzeniem serca na tle ostrego reumatyzmu stawowego. Procent ten jest z pewnością wyższy, gdyż nie posiadamy bliższych danych cyfrowych o liczbie dzieci w pierwszym dziesiątku lat życia, co do których ustalono, iż występują u nich powikłania sercowe. We Francji ustalono, iż ok. 3% rekrutów przechodziło ostry reumatyzm stawowy. Oczywiście, większość ludzi, mających uszkodzone przez *virus* reumatyczny serce, znajduje się w stanie wyrównania wskutek sił zapasowych mięśnia sercowego i do pewnego stopnia i czasu może nie wiedzieć wcale o istniejącym uszkodzeniu, a dopiero w późniejszym wieku może się objawić szereg jaskrawych i ciężkich niedomagań. I w Polsce mamy z pewnością dziesiątki tysięcy ludzi, dotkniętych ciężkim, niewyrównanym i nieuleczalnym schorzeniem serca, skazanych na marną vegetację,

¹⁾ Referat wygłoszony na I-szym zjeździe lekarskim, „Tow. Ochrony Zdrowia” dnia 25. VI. 1928 r.

których byt jest ciągłym łańcuchem cierpień, a jedynym winowajcą ich nieszczęścia jest ostry gościec stawowy. Bliższe dane statystyczne, dotyczące się reumatyzmu w Polsce, zestawiam obecnie i wkrótce ogłoszę. Choroba ta, której skutki mogą być tak fatalne, codzień porywa dziesiątki świeżych ofiar, i walka z tą klęską jest zagadnieniem aktualnym i pilnym.

Przechodząc do istoty samego schorzenia, należy stwierdzić, iż już przed 20 laty Aschoff i Tawara wykryli i opisali ściśle swoiste zmiany, występujące w mięśniu sercowym u osób, które przechodziły ostry reumatyzm stawowy. Mianowicie, wytwarzają się dookoła tętniczek w mięśniu sercowym nacieki, i tworzą się swoiste grudki, które przeistaczają się następnie w białenki. Gdy zmiany takie postępują, rozwija się łącznotkankowe zwyrodnienie mięśnia sercowego. Mamy zatem w ostrym reumatyzmie stawowym nie tylko zmiany wsierdzia i zastawek, lecz, co jest stokroć ważniejsze, swoiste organiczne nieusuwalne zmiany w mięśniu sercowym. Badania te były potwierdzone przez wielką liczbę autorów w różnych krajach i dziś uchodzą za pewnik. Przed 2 lata Besançon i Weil ogłosili wyniki swoich prac, na zasadzie których doszli do przekonania, iż owe swoiste zmiany mięśnia sercowego są właściwym pierwotnym i stałym usadowieniem się schorzenia reumatycznego w ustroju, że te zmiany rozwijają się bardzo powolnie, przewlekłe, lecz stale postępujące i zwiększają stopień zwyrodnienia serca, a od czasu do czasu tylko dają jakby skoki na błony surowicze i maziowe stawów, wsierdzia, opłucny i t. d. przyczem jednocześnie sprawy w samym mięśniu ulegają obostrzeniu. Poglądy te znalazły z jednej strony wielu zwolenników, z drugiej strony spotkały się z ostrą krytyką i pozostają nadal przedmiotem licznych badań. W każdym bądź razie niezależnie od tego, czy zmiany w mięśniu sercowym są pierwotne, czy wtórne, czy przewlekłe i postępujące, czy też ostre i niepostępujące, faktem jest, że ostry reumatyzm stawowy jest przyczyną zwyrodnienia mięśnia sercowego, i tu leży punkt ciężkości całego schorzenia.

Sprawa wyrównania lub niewyrównania wad zastawkowych jest uzależniona od rozległości zmian wskazanych.

Z pośród rzadszych, lecz również ciężkich powikłań wspomnę jeszcze o zajęciu ośrodkowego układu nerwowego i powikłaniu ze strony płuc, opłucny i nerek.

Co do zmian zapalnych wysiękowych w maziówkach stawowych, to do dziś dnia, mimo bardzo licznych prac, nie jest ustalone, czy czynnikiem działającym są drobnoustroje swoiste, czy ich jady, czy też produkty rozpadu pewnych tkanek, poddanych działaniu bakterij, czy też zgłę nawet innych szkodliwych czynników. W ostatnich czasach niektórzy autorzy podnieśli wzajemną zależność gościca i gruźlicy.

W leczeniu na pierwszym miejscu stoi salicyl i jego połączenia. Wpływ tego leku na zmniejszenie liczby cięższych powikłań sercowych jest różnie przez rozmaitych autorów podnoszony.

Wrazie wystąpienia objawów ze strony serca nie należy przeceniać zmniejszenia tonusu sercowego, lecz, przeciwnie, należy energicznie prowa-

dzić kurację salicylową, która wywiera niewątpliwie wybitny wpływ leczniczy na zmiany we wsierdzu i mięśniu sercowym.

Gdy szereg objawów ze strony serca wskazuje na jego zajęcie, należy dołączyć do przetworu salicylowego środki tonizujące. Francuscy autorzy dodają stale sparteinę w ilości 0,2 na 200,0. Można również stosować kofeinę i strychninę, o ile możliwości jednak, jeżeli niema przeciwwskazań ze strony innych narządów, terapię salicylową należy w tych razach prowadzić intensywnie. Doskonałe wyniki daje salicyl, stosowany dożylnie. Chcąc wzmocnić bakterjobójczą działalność salicylu, oddawna podawano różne metale koloidowe; najlepsze wyniki daje codzienne dożylnie zastrzykiwanie 5–10 cm.³ elektrokollargolu w ciągu kilku tygodni, jednocześnie salicyl musi być dalej stosowany, i, stopniowo zmniejszając dawki, należy jeszcze przez pewien czas stosować go po ustaniu ostrych objawów stawowych. Surowice przeciwościcowe, zdaje się, nie mają działania swoistego i tylko działają jako proteinoterapia, pobudzając siły obronne ustroju, i tem samem wzmagają działanie salicylu. To samo można powiedzieć o większości szczepionek. Wrazie komplikacji ze strony serca, prócz lodu, zalecają w ciągu 3–4 dni codzień bańki cięte na okolicę serca. Gdy okres ostry minął, a obserwacja wykazała zajęcie wsierdzia, dobrze robi stosowanie naprzemian jodu i arseniku, które to środki przyspieszają wchłanianie nalołów na zastawkach.

Po ustąpieniu ostrych objawów należy się liczyć z tem, że jeszcze serce, a w szczególności jego mięsień, znajduje się w stanie zapalnym, i tu należy je jaknajbardziej oszczędzać. Najlepiej do tego nadaje się pobyt w sanatorium. W Ameryce oraz w krajach Skandynawskich istnieje już specjalne sanatoria dla ozdrowieńców po ostrym gościcu stawowym, gdzie kuracjusze przebywają pod obserwacją fachową, i w ten sposób zapobiega się wielu ciężkim i nieuleczalnym następstwom. W okresie rekonwalescencji istnieje duża skłonność do nawrotów, które zwykle mają skutki zgubne dla chorego. Otóż w tych sanatoriach chorzy mają zapewnioną odpowiednią ochronę przed wszystkim, co uspasabia do nawrotów i ich komplikacji. Jest zadaniem czynników, kierujących organizacją opieki zdrowia, stworzenie tego rodzaju zakładów i udostępnienie ich najszerzszym warstwom ludności.

Już od dziesiątków lat bardzo liczni badacze starają się wyosobnić zarazek gościca i przy jego pomocy otrzymać skuteczne surowice i szczepionki. Nie będę tu wyliczał długiego szeregu prób w tym kierunku. Ostatnio Belgijczycy podają, iż osiągnęli pewne wyniki, działanie ich szczepionek jest jednak niepewne. Większe już znaczenie posiada kurtiwakcyna Paula, jednak opinje co do niej również jeszcze nie są jednolite, i dopiero badania, prowadzone obecnie we wszystkich krajach, wyświeta skuteczną skuteczność tej broni przeciwko gościcowi. Badania nad surowicami i szczepionkami są nadzwyczaj ważne z tego względu, iż z chwilą otrzymania pewnie działających preparatów można je będzie masowo stosować zapobiegawczo i w ten sposób radykalnie rozwiązać kwestję ostrego reumatyzmu stawowego, jak zostało rozwiązane zagadnienie ospy.

Dopóki jednak nie posiadamy tej broni, mu-

simy używać środków, które są do naszej dyspozycji. Musimy w szerokich sferach ludności znaleźć czynnych współpracowników. Musimy je uświadomić o powadze ostrego schorzenia stawowego, by od początku choroby uciekano się do pomocy lekarskiej, unikając późniejszych następstw, których już wiedza i sztuka nasza nie potrafią naprawić. Szczególnie u dzieci następstwa tego schorzenia są ciężkie, a lekceważenie tej choroby przez rodziców jest częste, i dlatego widzimy tak fatalne następstwa.

Należy również dokładnie wyświetlić sprawę warunków pracy poszczególnych zawodów, by nie narażać ludzi na chorobę stawów. Statystyki wykazują, iż najczęściej reumatyków rekrutuje się z poróżd służby kuchennej i winiarni, która musi często schodzić do lodowni, dalej jest schorzenie to częste u górników, kowali i piekarzy. Najczęściej bodaj widzimy zapadanie na ostry gościec stawowy u służących, które chodzą boso po kamiennych posadzkach i myją podłogi. Wogóle dla zawodów, wystawionych na działanie zmiennej ciepłoty i wilgoci, należy wprowadzić pewne zasady higieny pracy. Mówi się zagranicą o tem, żeby specjalnie i stopniowo hartować pracowników, wystawionych na działanie tych szkodliwych, z którymi się spotykają przy wykonywaniu swego fachu. Otwarta pozostaje również dyskusja co do celowości masowego wyluszczenia migdałków (tonsillektomji), jako środka zapobiegawczego, która to operacja jest gorąco propagowana w Ameryce.

Ważnym czynnikiem jest hartowanie młodzieży na wpływ zimna, jako najważniejszego czynnika, wywołującego ostry gościec stawowy. Nie znając wszystkich nosicieli zarazka reumatycznego, możemy jednak przyjąć za pewnik, iż najwięcej posiadają go chorzy w czasie ostrego napadu gościa oraz pewien czas potem. Statystyki amerykańskie stwierdzają, iż przeciętnie osoby, niedotknięte o. r. st., miały w rodzinie w 19% ostry gościec stawowy, natomiast ludzie, dotknięci tem cierpieniem, w 46% miały w rodzinie reumatyków. Widzimy więc, iż istnieje $2\frac{1}{2}$ razy większe prawdopodobieństwo zapadnięcia na gościec, jeżeli ktoś z otoczenia przechodził tę chorobę. Fakt ten zmusza do stosowania pewnych zasad izolacji i aseptyki wobec chorych gośćców. Należy przede wszystkim ograniczyć odwiedzanie tych chorych

i kontakt ich z otoczeniem oraz zalecać systematyczne płukanie ust i gardzieli środkami odkażającymi; celowe również wydaje się oddzielne zmywanie talerzy i łyżek chorych gośćców.

Dlatego też istnienie sanatoriów i uzdrowisk dla reumatyków wydaje się równie korzystne dla chorych, jak i dla całej ludności.

Wobec wszystkich poruszonych tu kwestyj czynniki, powołane do ochrony zdrowia ludności, powinny rozpocząć akcję w kierunku zapobiegania i zwalczania ostrego gościa stawowego, jako choroby o znaczeniu społecznym.

Należałoby:

1. Wydać popularną i zwięzłą broszurkę o potrzebie wczesnego leczenia ostrego reumatyzmu stawowego.

2. Nawiązać kontakt z zagranicznymi towarzystwami i na zasadzie ich doświadczenia wprowadzić u nas zasady higieny pracy w stosunku do wpływów temperatury i wilgoci.

3. Przy wychowywaniu dzieci i młodzieży zwracać uwagę na rozumne i racjonalne przyzwyczajenie i hartowanie ich na wpływy termiczne.

4. Wprowadzać w życie zasadę odkażania jamy ustnej chorych na ostry gościec stawowy.

5. Poczynić kroki celem dania możliwości ozdrowieńcom po cięższych postaciach gościa przebywania w odpowiednich warunkach i pod fachową opieką.

6. Powołać towarzystwo przeciwrheumatyczne w Polsce na wzór innych Państw.

7. Zbierać dane statystyczne o częstości i cechach właściwych ostrego reumatyzmu stawowego w Polsce.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Ravina. Presse Médicale Nr. 15. 1927. 2) Vidal Les rhumatismes 1924. 3) Rolly. Der akute Gelenkreumatismus 1921. 4) Strauss. Rheuma u. Erkältung 1927. 5) Besançon et Weil: „La spécificité de la maladie rhumatismale, la maladie rhumatismale — cardiopathie chronique“ Annales de Médecine 1926 Nr. 2 t. XIX. 6) Abelaiff and Sobel. Archives of Pediatrics Nr. 9. t. XLII 1926. 7) Andrieu. Le rhumatisme articulaire aigu maladie contagieuse Thèse Toulouse 1926. 8) Gizeux. Le rhumatisme articulaire aigu 1924. 9) Schriften der deutschen Gesellschaft für Rheumabekämpfung Nr. 1. 2 i 3. 10) Bertrand. La vaccinotherapie antirhumatismale. Revue de thérapeutique Bruxelles Nr. 8. 1926. 11) Paul. Ueber die Beeinflussung des Rheumatismus durch die Hautimpfung Wien, Klin. Wochenschr. Nr. 36. 1925.

Sprawy zawodowe.

Lekarze a sprawiedliwość społeczna.

Projekt częściowej poprawy bytu lekarskiego.

Przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej istnieje od kilku lat instytucja samopomocy p. n. „Kasa Pogrzebowa“, która ma za zadanie udzielanie doraźnej pomocy rodzinom zmarłych lekarzy. Tego rodzaju instytucje istniały i przed wojną i były zakładane przez najniezamożniejsze warstwy społeczne (niżsi funkcjonariusze, drobni rzemieślnicy i t. d.).

Jest to dotąd dla nas lekarzy konieczność wobec braku na szerszą skalę zakrojonych instytucji samopomocy, wymagających znacznych zasobów

pieniężnych, Lekarze więc z musu zadawałają się tą skromną „Kasą“, by przynajmniej ulżyć rodzinie, dopóki nie znajdzie ona jakiegokolwiek zajęcia zarobkowego po śmierci lekarza-chlebobawcy. Zamierzone ubezpieczenie wolnych zawodów nie weszło jeszcze w życie.

Nie zapominajmy jednakże o żywych.

Tym, szczególnie starszym, zabrane zostały nie z ich winy nietylko oszczędności, o ile je posiadali w postaci listów zastawnych lub hipotek (ustawa Zolla), ale — i możliwość praktykowania wówczas, gdy wiek i brak sił nie pozwalają na oddanie się innej pracy zarobkowej. Liczni lekarze, ciesząc się najlepszą opinią, lekarze, którzy nie-

tylko w ciągu całego życia swego sumiennie, często bezinteresownie z narażeniem siebie i swoich najbliższych udzielali pomocy cierpiącym, ale i pracowali naukowo, wyrzuceni zostali za nawias życia. Wskutek powstawania instytucji ubezpieczeń społecznych, do których obowiązkowo zapisana jest b. znaczna część ludności miejskiej, a zatrudniających zaledwie małą część skromnie uposażonych lekarzy, większość odrazu pozbawiona została źródła zarobku; z racji zaś dobrobytu, jakim się dawniej cieszyli, obarczeni zostali nadmiernymi podatkami i zmuszeni są obecnie obniżać swoją skalę życiową, często i głodować, gdyż Instytut Ubezpieczeniowy tej kategorii pracowników dotąd nie uwzględnia (wiek).

Czy to jest słuszne, by lekarz w latach starszych, kiedy za ciężką pracę całego życia powinienby mieć zapewnioną starość spokojną, do czego, jako człowiek kulturalny, pracując i oszczędzając, dążył, pozbawiony został i oszczędności i możliwości zarabkowania i opieki społecznej?

Przy organizowaniu nowych instytucji społecznych, w zasadzie bardzo pożytecznych, zapomniano zabezpieczyć i wywłaszczone tych, w których rękach spoczywało całe lecnicstwo, nie dając wzamian nic za pozbawienie środków do życia. Należy przytem mieć na uwadze, że raz straconej praktyki lekarz odzyskać nie będzie mógł, nawet, gdyby wprowadzono wolny wybór lekarza, ponieważ pacjenci, odzwyczajeni wskutek ciężkiego przesilenia gospodarczego, jakie przeżywamy, od zasięgania porad u lekarzy prywatnych, często zapominają o swoich lekarzach dawniejszych.

Przy wprowadzaniu monopolów państwowych wypłacono poszkodowanym indemnizację, dlaczegoż więc lekarze mają być upośledzeni? Wszystkie konstytucje, oczywiście i polska, przewidują wynagrodzenie za wywłaszczanie terenów, w które właściciel często żadnej pracy nie włożył, a które dostały mu się drogą losu, dlaczegoż więc własność duchowa, jaką jest niewątpliwie zaufanie pacjentów do lekarzy, zdobyte drogą ciężkiej pracy, a będące podstawą bytu lekarza, ma być gorsza od własności materialnej (teren, fabryka)?

Żyjemy obecnie w okresie wynagradzania krzywd, jakie różne warstwy poniosły z powodu wojny. Rzesza niemiecka poświęciła na ten cel

około 1 1/2 miljarda marek zł. Sądziłbym, że zadaniem Izby Lekarskiej, jako instytucji dbającej przede wszystkim o losy zawodu lekarskiego, winno być dążenie do naprawy tej krzywdy, jaka się dzieje jego członkom wyjątkowo ciężko dotkniętym, tą niesprawiedliwą socjalizacją pracy lekarskiej.

Kompensatę za tę krzywdę wyobrażam sobie w sposób następujący:

a) w formie wypłacanej pozbawionym praktyki lekarzom i ich rodzinom renty dożywotniej, której wysokość określałaby corocznie kompetentna komisja. Rentę tę uważać należy, jako zwrot zaciągniętego, a dotąd nieuiszczonego długu, a wszelką zaś inną formę, zakrawającą na filantropję, jako uwłaczającą stanowi lekarskiemu z góry odrzucić należy, i

b) w formie zniesienia lub przynajmniej znacznego zredukowania ciężarów podatkowych (Łotwa to uczyniła), na które uskarża się prawie cały nasz stan, który wyjątkowo ciężko został dotknięty.

Nie wątpię że opinia lekarska poprze projekt powyższy w tej czy innej formie, i że Izba Lekarska zechce go rozważyć i, jeżeli go uzna za racjonalny, niezależnie od prac, dotyczących ogólnej poprawy bytu lekarskiego, złoży memoriał do władz prawodawczych i rządowych.

Należy mieć nadzieję, że czynniki miarodajne uwzględnią słuszne żądania lekarzy sproletaryzowanych i przyczynią się do zrealizowania na tem polu sprawiedliwości społecznej.

Streszczając się podaję wniosek następujący:

1) Redakcja „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“ zechce utworzyć łamy swego poczytnego pisma dla wszechstronnego omówienia poruszanej przezemnie sprawy.

2) Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Izby Lekarskiej zechcą zebrać dane w postaci ankiety co do materialnego stanu lekarzy i złożą odpowiednio opracowany memoriał do władz.

3) Izba Lekarska Warsz. Białost. zechce złożyć przez delegata swego właściwy wniosek w Międzynarodowym Związku Lekarzy celem moralnego poparcia sprawy.

Dr. Władysław Dobrzyński (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

— Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zaopatrywaniu ludności w wodę.

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji z dnia 17 marca 1921 roku i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 78 poz. 443) postanawiam co następuje:

Art. 1.

Piecza nad należytem zaopatrywaniem ludności w wodę do picia i potrzeb gospodarczych należy do obowiązku gmin. W wykonaniu tego obowiązku gminy powinny:

1. czuwać nad tem, aby istniejące w ich obrębie urządzenia wodne publiczne i prywatne odpowiadały przepisom niniejszego rozporządzenia oraz rozporządzeń, wydanych na jego podstawie;

2. budować i utrzymywać odpowiednio do potrzeb ludności urządzenia wodne, przeznaczone do użytku publicznego.

W zakresie, wskazanym w punkcie 1, gminy podlegają powiatowym, a, o ile chodzi o miasta, stanowiące samodzielne jednostki administracji państwowej, wojewódzkim władzom administracji ogólnej (w m. st. Warszawie Ministrowi Spraw wewnętrznych). Nadzór nad działalnością gmin, określoną w punkcie 2, sprawują wyższe związki samorządowe, a w m. st. Warszawie — Minister Spraw Wewnętrznych.

Art. 2.

Woda do picia w miejscu jej czerpania powinna odpowiadać warunkom fizycznym, chemicznym i bakteriologicznym, określonym rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych.

Tym samym warunkom powinna odpowiadać woda, używana do celów gospodarstwa domowego, do wyrobu i w związku z wyrobem artykułów spożywczych w wytwórniach

tych artykułów, do wyrobu lodu, oraz woda w zakładach kąpielowych publicznych.

Art. 3.

W celu utrzymywania wody w stanie, wymagany rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych (art. 2), gminy powinny prowadzić badania jej prób, pobranych w miejscach: a) ujęcia, b) wypływu z urządzeń do oczyszczania, c) czerpania wody z sieci wodociągowej, studni lub ujęcia źródłanego.

Art. 4.

Urządzenia wodne w rozumieniu niniejszego rozporządzenia są to naturalne lub sztuczne zbiorniki wodne (powierzchniowe i wgłębne), z których ujmuje się wodę, przylegające do nich tereny wodonośne, ujęcia wody, urządzenia do jej oczyszczania oraz urządzenia, z których pomocą woda jest dostarczana bezpośrednio do użytku (sieć wodociągowa, studnie, ujęcia źródłane).

Art. 5.

Ministrowi Spraw Wewnętrznych przysługuje prawo wydawania w drodze rozporządzeń przepisów sanitarnych, normujących:

1. warunki, którym odpowiadać winny urządzenia wodne publiczne i prywatne,

2. korzystanie z tych urządzeń.

Korzystanie z urządzeń wodnych, nieodpowiadających przepisom lub dostarczających wodę, nieodpowiadającą warunkom, wymienionym w art. 2, może być zabronione przez władze, wskazane w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych do czasu doprowadzenia tych urządzeń do stanu należytego.

Art. 6.

Zatwierdzanie projektów wodociągów oraz badanie urządzeń wodociagowych przed oddaniem ich do użytku publicznego należy:

1. w miejscowościach, liczących powyżej 25,000 mieszkańców, do Ministra Robót Publicznych w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych,

2. w miejscowościach, liczących poniżej 25,000 mieszkańców, do wojewódzkich władz administracji ogólnej.

Art. 7.

Budowa i utrzymywanie wodociągów dla użytku publicznego stanowi wyłączne prawo gmin; gmina może jednak zezwolić na budowę i utrzymanie wodociągów innej osobie prawnej lub fizycznej.

Na zaprowadzenie państwowej sieci wodociągowej zezwolenie gminy jest niepotrzebne.

Wysokość opłat za wodę, dostarczaną z wodociągów, zaprowadzonych na podstawie zezwolenia gmin przez osoby prawne lub fizyczne, wymaga zatwierdzenia wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, a w m. st. Warszawie Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 8.

Gminy, liczące powyżej 25,000 mieszkańców, które nie posiadają prawomocnego planu regulacyjnego i wodociągów, powinny bezzwłocznie przystąpić do prac przygotowawczych (badań terenowych i wodnych, sporządzenia projektów) z tem, aby projekty ostateczne urządzeń wodociagowych mogły być przedłożone władzom zatwierdzającym (art. 6) nie później, niż w 5 lat od wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Termin ten dla gmin, liczących powyżej 25,000 mieszkańców, posiadających prawomocne plany regulacyjne, a niemających wodociągów, nie może być dłuższy, niż 3 lata.

W gminach, liczących poniżej 25,000 mieszkańców, termin przedłożenia projektów wodociągów do zatwierdzenia ustalać będą dla poszczególnych gmin wojewódzkie władze administracji ogólnej. Na wniosek tych władz Minister Spraw Wewnętrznych może zwolnić poszczególne gminy ze względu na ich warunki finansowe i techniczne od obowiązku przedłożenia projektów wodociągów do zatwierdzenia i od zaprowadzenia urządzeń wodociagowych.

Minister Spraw Wewnętrznych określać będzie w poszczególnych przypadkach terminy rozpoczęcia budowy projektowanych urządzeń wodociagowych.

Art. 9.

Każdy właściciel nieruchomości, na której są budynki mieszkalne lub budynki użyteczności publicznej, jest obowiązany połączyć tę nieruchomość z wodociągiem publicznym w terminie 2-letnim od daty otwarcia tego wodociągu, o ile sieć wodociągowa została już doprowadzona w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, bieg terminu 2-letniego rozpoczyna się od dnia ogłoszenia tego rozporządzenia.

W razie wznoszenia budynku na nieruchomościach, nie-

zabudowanych w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymienionymi w ustępie pierwszym budynkami, nieruchomości te winny być połączone z wodociągiem publicznym przed oddaniem budynków do użytku.

W razie nie wykonania przez właściciela nieruchomości wymienionych połączeń gminie przysługuje prawo wykonania tych robót na koszt właściciela, jeżeli koszt robót nie jest niewspółmiernie wysoki w stosunku do wartości nieruchomości lub do dochodu z niej. W przypadkach, zasługujących na uwzględnienie, może gmina według swego uznania przedłużyć lub skrócić termin wykonania połączeń z wodociągiem miejskim, bądź zwolnić od tego obowiązku. Od decyzji odmownej przysługuje prawo odwołania się do wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, która orzeka ostatecznie.

Szczegółowe przepisy, dotyczące prowadzenia robót połączeń, określonych niniejszym rozporządzeniem, uchwałą właściwe organy gminne. Przepisy te podlegają zatwierdzeniu władz nadzorczych.

Art. 10.

Jeżeli wymienione w ustępach pierwszym i drugim art. 8 niniejszego rozporządzenia gminy nie przystępują do opracowania projektów urządzeń wodociagowych po upływie roku od wejścia w życie rozporządzenia, władza nadzorcza jest uprawniona do wstawiania do ich budżetów potrzebnych na ten cel sum i zarządzania wykonania projektów.

Postanowienie to dotyczy również gmin, obowiązujących w myśl art. 12 niniejszego rozporządzenia do budowy studzien publicznych, o ile po upływie wyznaczonego terminu nie powstają tych studzien.

Art. 11.

Budowa nowych studzien i przebudowa istniejących wymaga uprzedniego zezwolenia zarządu gminy. Zezwolenia takie będą udzielane po stwierdzeniu, że projektowana budowa, względnie przebudowa odpowiada wymaganiom niniejszego rozporządzenia i rozporządzeń, wydanych na jego podstawie.

Art. 12.

Gminy, zwolnione w myśl ustępu trzeciego art. 8 niniejszego rozporządzenia od obowiązku opracowania projektów wodociągów i ich budowy, obowiązane będą pobudować studnie publiczne w liczbie, odpowiadającej potrzebom ludności.

Obowiązek zaopatrzenia w wodę ludności gmin wiejskich drogą budowania potrzebnej liczby studzien publicznych ciąży na tych gminach. Gminom tym w razie potrzeby przyjdą z pomocą powiatowe związki komunalne.

Termin pobudowania studzien, wskazanych w ustępach 1 i 2 niniejszego artykułu, określają powiatowe władze administracji ogólnej. Termin ten nie może wszakże być dłuższy nad lat 2.

Art. 13.

Tereny, na których znajdują się ujęcia wody, oraz tereny wodonośne dla wodociągów gruntowych winny być przez wydanie stosownych zarządzeń zabezpieczone od wszelkich zanieczyszczeń, mogących w sposób ujemny wpłynąć na własności wody pod względem fizycznym, chemicznym i biologicznym.

Art. 14.

Jeżeli poza urządzeniami, dostarczającymi ludności wodę do picia, są w jakiejkolwiek miejscowości urządzenia wodne dostarczające wody dla innych celów (technicznych), nieodpowiadające warunkom art. 2, to urządzenia te winny być tak załozone, aby woda z nich nie przedostawała się do urządzeń z dobrą wodą. Sieć wodociągowa winna być dostatecznie zabezpieczona przed wszelkiem zanieczyszczeniem.

Art. 15.

Winny zanieczyszczenia wody gruntowej lub powierzchniowej, służącej do zaopatrzenia ludności lub zanieczyszczenia wody w sieci wodociągowej, ulegnie w drodze administracyjnej karze grzywny do 1.000 złotych i aresztu do 6-ciu tygodni, lub jednej z tych kar.

Kara grzywny, w razie niemożności jej uiszczenia, zamieniona będzie na areszt do 4-ch tygodni.

Do wymierzania kar powołana jest powiatowa władza administracji ogólnej.

Od orzeczenia karnego powiatowej władzy administracji ogólnej przysługuje interesowanemu w ciągu dni 7 od dnia następnego po doręczeniu orzeczenia prawo wniesienia na ręce tej władzy odwołania da właściwego Sądu Okręgowego, który rozstrzyga prawomocnie przy odpowiednim zastosowaniu przepisów, dotyczących odwołań od wyroków sądów powiatowych (pokoju). Sąd Okręgowy nie może jednak uchylić orzeczenia

z przekazaniem sprawy do ponownego rozpatrzenia przez władzę administracyjną.

Na obszarze Województw Poznańskiego i Pomorskiego stosuje się przepisy o wydaniu policyjnych mandatów karnych.

Art. 16.

Wykonanie niniejszego rozporządzenia powierza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami.

Art. 17.

Rozporządzenie wchodzi w życie na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem Województwa Śląskiego, z dniem jego ogłoszenia. Z dniem tym tracą moc obowiązującą sprzeczne z nim postanowienia ustaw i rozporządzeń, dotyczących tych samych spraw.

— Członek redakcji „Warsz. Czasop. Lek.„ kol. Edward Flatau, został wybrany na członka korespondenta Wiedeńskiego Towarzystwa Neurologiczno-psychiatrycznego. Winszujemy Szan. kol. Flatauowi tego ze wszech miar zasłużonego zaszczytu.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	17/VI—23/VI	24/VI—30/VI
Dzuma	0	0
Ospa	0	0
Cholera	0	0
Dur brzuszny	147 (zg. 8)	126 (zg. 16)
Dur rzekomy	1 (zg. 0)	0
Dur osutkowy	35 (zg. 2)	32 (zg. 1)
Dur powrotny	0	2 (zg. 0)
Czerwonka	18 (zg. 1)	6 (zg. 1)
Płonica	499 (zg. 37)	425 (zg. 43)
Błonica	132 (zg. 7)	133 (zg. 7)
Zapał. op. mózg. . .	18 (zg. 8)	17 (zg. 4)
Odra	620 (zg. 7)	693 (zg. 3)
Róża	79 (zg. 8)	61 (zg. 3)
Krwistolec	287 (zg. 17)	225 (zg. 13)
Malaria	32 (zg. 0)	24 (zg. 0)
Posoczn. po'og. . .	25 (zg. 11)	19 (zg. 6)
Trąd	0	0
Jaglica	271 (zg. 0)	270 (zg. 0)
Wąglik	0	3 (zg. 1)
Nosaczka	0	0
Włośnica	0	0
Wścieklizna	0 (zg. 3)	0 (zg. 1)
Zatrucie jad. kiełb. .	1 (zg. 0)	0
Choroba Heine-Medina	1 (zg. 0)	2 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne .	267 (zg. 48)	285 (zg. 36)

— Zarząd Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie wydał następującą odezwę:

O twórczy czyn. Królewski Kraków składa w tym roku hołd pamięci swojego pierwszego autonomicznego prezydenta, twórcy na szeroką skalę zakrojonych planów rozwoju i urządzenia miasta, nigdy niezapomnianego Józefa Dietla, profesora i rektora Jagiellońskiego Uniwersytetu, rozgłośniej sławy lekarza i wiernego syna polskiej ziemi, „Ojca polskiej balneologii”. W uroczystym obchodzie nie zabraknie napewno przedstawicielstwa polskiego zdrojownictwa. Ale fizyczne uczestnictwo,

złączone nawet z najgłębszym odczuciem wielkiej duszy, wielkiej mocy czynu Dietla, to stanowczo zamało dla prawdziwego uczczenia pamięci tego niepośredniej miary człowieka i dla stwierdzenia niewygasłej wdzięczności za to wszystko, co zdziałał dla polskiego zdrojownictwa i dla polskich uzdrowisk i co przysparzał dla ich dalszego rozwoju. Na to trzeba czynił tylko czynem mogą zdrojownictwo i uzdrowiska zadokumentować, że Dietla rozumiemy, znając jego balneologiczny testament, że chcąc i potrafiać go wykonać.

Fundamentem, na którym Dietl oparł twórczą robotę na polu polskiej balneologii i swoją własną swoich współpracowników, była stworzona przez niego w łonie b. Krakowskiego Towarzystwa Naukowego, Komisja balneologiczna, instytucja o charakterze wybitnie naukowym, dostosowana przytem do realnych wymogów praktycznego życia. Wiedziało Dietl aż nadto dobrze, że bez naukowej organizacji ani balneologia nasza, jako ważna gałąź wiedzy lekarskiej, ani uzdrowiska, jako ważna gałąź gospodarstwa narodowego, nie staną na wysokim poziomie, nie zrównają się z tem, czem tak bardzo słusznie szczyści się cały Zachód europejski. Zaczątkiem jej dla Polski miała być Komisja Balneologiczna — skończoną formą Akademicka Szkoła Balneologii.

Idea Dietla przyswierała i przyswiera w dalszym ciągu wszystkim kolejnym spadkobiercom jego balneologicznej roboty. O urzeczywistnienie jej stara się, ze wszystkich swoich sił, od szeregu lat Polskie Towarzystwo Balneologiczne. I urzeczywistnienie przestało być mrzonką z tą chwilą, kiedy starania przysięgły realną formę gromadzenia składek na budowę i na urządzenie Instytutu Balneologicznego w Krakowie, a w akcji gromadzenia wzięło udział wielkie grono lekarzy, wcale liczne uzdrowiska, a nawet osobistości, stojące poza zdrojownictwem. Polskie Towarzystwo Balneologiczne posiada w tej chwili dość już znaczny kapitał, jako Fundusz Budowy Instytutu Balneologicznego, oraz zapewnienie darowizny gruntu od Prezydium miasta Krakowa, o ile do budowy będzie mogło przystąpić.

Czyn, jako wyraz hołdu, złożonego pamięci Dietla, a równocześnie jako spełnienie podstawowej części Jego balneologicznego testamentu, to przynajmniej założenie węgielnego kamienia pod gmach naukowego ogniska polskiej balneologii. Z apelem o ten czyn zwraca się Polskie Towarzystwo, w pierwszym rzędzie do wszystkich lekarzy, pracujących zawodowo po krajowych uzdrowiskach, do Komisji Uzdrowiskowych, do właścicieli uzdrowisk i wszelkiego rodzaju przedsiębiorstw zarobkowych, działających na terenie uzdrowisk. Wszystkich prosi Towarzystwo bardzo gorąco i bardzo usilnie o pomnażanie Funduszu Budowy Instytutu. Prosi i o więcej jeszcze, o zjednanie dla tej samej myśli ogromnego zastępu osób, którym uzdrowiska dają zdrowie i siłę, a chociażby tylko sposobność do wytychnienia i do wielorakiej rozrywki. Wszak i od nich należy się wdzięczność „Ojcu polskiej balneologii”.

Ale nie wolno nam kończyć na tem tylko. Apel Towarzystwa zwrócić się musi w inną jeszcze stronę, w stronę najwyższych Władz państwowych, wykonawczych i ustawodawczych, musi powiedzieć i podkreślić, że 50 lat po zgonie Odnawiciela polskiego zdrojownictwa, Kraków, kolebką odrodzenia, arena działalności Dietla i kolejnych jego spadkobierców w pracy balneologicznej, czeka w wolnej, odrodzonej Polsce już całe dziesięciolecie na spełnienie naukowych, dla całego zdrojownictwa niezmiernie ważnych postulatów rodzimej balneologii.

W Krakowie, w lipcu 1928 r.

Za Polskie Towarzystwo Balneologiczne.

Sekretarz: Prezes

Dr. Tadeusz Heller Prof. Dr. L. Korczyński

NADESŁANO DO REDAKCJI

Dr. Zdzisław Świder. O rozpoznawaniu gruźlicy płuc u dzieci. Odb. z Nr. 18 tygodnika naukowego „Medycyna” 1928. Praca nagrodzona 2-ą nagrodą na konkursie „Medycyny”.

TREŚĆ: R. BECKER. Korrelacja zjawisk fizycznych i psychicznych w nosologii i patologii. — J. PRZEDBORSKI. O porodowych urazach wewnątrzczaszkowych u noworodka. — P. DEMANT. Zachowanie się wapnia i potasu we krwi pod wpływem błady układu siateczkowo-śródbłonkowego. — R. MARKUSZEWICZ. Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci. (Dok.). — St. MILLER i J. KONORSKI. Działalność kory mózgowej w świetle teorii Pawłowa. (Streszcz. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystwa Lekarskich. — Zjazdy. — J. P. WOŁK. Badania biologiczne nad nową mączką witaminowo-wapniową „Witamozą”. — H. GOLDBERG. Istota reumatyzmu ostrego i zwalczanie go jako zagadnienie społeczne. — Wł. DOBRZYŃSKI. Lekarze a sprawiedliwość społeczna. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: R. BECKER. La corrélation des phénomènes physiques et psychiques en nosologie et pathologie — J. PRZEDBORSKI. Sur les traumatismes intracrâniens chez les nouveau-nés pendant l'accouchement. — P. DEMANT. Le maintien du calcium et du potassium après la blocade du système réticulo-endothéliale. — R. MARKUSZEWICZ. Symptôme spécial dans les troubles organiques de la mémoire. (Fin.). — St. MILLER et G. KONORSKI. La fonction de l'écorce cérébrale selon la théorie de Pawlow. (Rév. gén.) — P. WOŁK. Recherches biologiques sur une nouvelle farine „Vitamose”. — H. GOLDBERG. Le rhumatisme aigu et la lutte contre lui, comme un problème social. — L. DOBRZYŃSKI. Les médecins et la justice sociale.

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

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

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich, Warszawa, Zielna 47. Tel. 19-57.