

# 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. 27-28

WARSZAWA, 30 SIERPNIA 1928 R.

Rok V

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

(Z pracowni bakteriologicznej Paw. chir. Szpitala na Czystem  
w Warszawie)

#### O posocznicach paciorkowcowych.<sup>1)</sup>

Podał

I. DWORECKI.

(Dokończenie—p. Nr. 26).

Co się tyczy strony klinicznej, nie podejmuję się, jako bakterjolog, szczegółowego omówienia tej kwestji, a ograniczę się do krótkiego przeglądu tych przypadków, które miałem możność obserwować razem z klinicystami głównie na terenie Szpitala na Czystem.

W ciągu niespełna 3 lat udało mi się wyhodować ze krwi czyste szczepy paciorkowców u 30 chorych. Wszystko to były przypadki posocznicy prawdziwej, a nie czysto objawowej bakterjemji. Jest to rzeczą zrozumiałą, gdyż podczas przelotnej streptokokcemji niema zazwyczaj tych ciężkich objawów, które dopiero skłaniają klinicystów do wzywania pomocy bakteriologicznej. Z wyhodowanych szczepów znaczna większość, bo 26, należała do gatunku *streptococcus haemolyticus* 3 — tylko do gat. *strept. viridans*, 1 był *str. anhaemolyticus*.

Śród tych posocznic pierwsze miejsce, odpowiadające  $\frac{1}{3}$  ogólnej liczby, zajmują zakażenia, wychodzące z kobiecych narządów rodnych. We wszystkich tych 10 przypadkach *sepsis puerperalis*, czy też *sepsis post abortum* o tle paciorkowcowem wyhodowałem *streptococcus haemolyticus*. Wszystkie chore, z wyjątkiem jednej zmarły. Zarówno pod względem gatunku wyhodowanych paciorkowców, jak i pod względem wyjątkowo ciężkiego przebiegu, statystyka obserwowanych przez nas przypadków posocznicy połogowej różni się od analogicznych zestawień Schottmüllera. Benthina, We-

bera, Wernera, Walthera Björkenheima, Römmera i innych, które między innymi nie są bynajmniej bardzo ze sobą zgodne. Jeżeli w sumarycznym przeglądzie wszystkich tych statystyk znajdujemy narówni ze *strept. haemolyticus* paciorkowce niehemolizujące i gnilne prawie w jednakowym odsetku, to tłumaczy się to po części nieuwzględnieniem przez nas — zwłaszcza na początku — siania krwi na podłoża beztlenowe. Stąd brak *strept. putridus*, tak samo jak u kilku z przytoczonych tu autorów. Główna zaś przyczyna rozbieżności tkwi w tem, że do badania bakteriologicznego krwi u naszych chorych szpitalnych dochodzi tylko w przypadkach bardzo ciężkich, często w okresie preagonalnym. Wielu posocznic lżejszych, jak się przekonałem, nie badano drogą hemokultury. Przytoczone zaś dane piśmiennictwa, głównie niemieckiego, oparte są na systematycznym badaniu wszystkich przypadków, podejrzanych w kierunku posocznicy, i śród odnośnych wyników dodatnich niewątpliwie — jak to słusznie zaznacza Leschke — część przypada nie na posocznice w sensie właściwym, a na przelotne bakterjemje, jakie spotykamy, np., po najdrobniejszych zabiegach na macicy, Z tych rozważań jedno tylko — na zasadzie danych piśmiennictwa i własnych obserwacji — wnosić możemy: z paciorkowców wywołujących posocznice połogowe, znaczna większość przypada na *strept. haemolyticus* (do 100% w przypadkach ciężkich), z którym związana jest również największa umieralność.

Po kobiecych narządach rodnych, drugie miejsce — co do częstości lokalizacji wrót zakażenia — przypada na śluzówkę jam ustnej i noso-gardzielowej. W przypadku, dotyczącym 37-letniego, dotąd zdrowego mężczyzny, z małej krostki na wardze dolnej powstało niezwykle ostre zapalenie podszczękowych gruczołów chłonnych. Tak rozpoczęła się posocznico - ropnica wywołana przez *streptococcus haemolyticus*, która w niespełna 2 tygodnie skończyła się zejściem śmiertelnym. Drugi przypadek dotyczy chorego, u którego punktem

<sup>1)</sup> Odczyt wygłoszony na posiedz. klin. Zrzesz. Lek. Rz. P. w lutym 1928.

wyjścia analogicznej posocznicy z przerzutami do stawów było zapalenie lewej jamy Highmora. Związek zupełnie wyraźny między anginą o zarazku swoistym a posocznicą zaznaczył się w 2 przypadkach: 1) w jednym — bezpośrednio po szkarlatynie nastąpiła posocznica paciorkowcowa z przerzutem ropnym do otrzewnej, skąd wyhodowałem również *strept. haemolyticus*; 2) w drugim przypadku u 40-letniego mężczyzny po anginie błonicy, stwierdzonej klinicznie i bakterjologicznie, — wybuch bardzo ciężkiego, zakaźnego w ciągu kilku dni śmiertelnego, zakażenia ogólnego, wywołanego przez paciorkowce hemolizujące. Co się tyczy banalnego zapalenia migdałków, to rola jego w powstawaniu posocznicy jest powszechnie znana. Spotykamy ten moment w wywiadach, odnoszących się, np., do przypadków zapaleń wsierdza.

W 3 przypadkach o typie *endocarditis lenta* wykryłem w jednym przypadku *strept. haemolyticus*, w dwu zaś *str. viridans*. W 3 innych przypadkach zapalenie wsierdza o przebiegu podoстрыm było wywołane przez paciorkowce hemolizujące. Wspomnę tu o jednej osobliwości, mającej spore znaczenie praktyczne. Mam tu na myśli fakt przedostawania się w posocznicy paciorkowców do moczu w związku ze stale prawie spostrzeganymi zmianami w nerkach. Istotnie w przebiegu zapalenia wsierdza udawało nam się wyhodować *strept. viridans* z posiewu jałowo pobranego moczu.

Prócz powyższych wrót zakażenia spostrzegliśmy następujące punkty wyjścia dla posocznicy paciorkowcowych.

1) rany na powłokach zewnętrznych. W jednym przypadku w kilka dni po skaleczeniu się gwoździem, który wbił się w piętę, wystąpiła po dreszczach gwałtowna posocznica: pomimo interwencji sprawa skończyła się już po tygodniu śmiercią chorej. Ze krwi wyhodowano za życia *streptoc. anhaemolyticus*. W drugim przypadku po *sectio alta*, dokonanej z powodu przerostu gruczołu krokowego, rozwinęła się posocznica; we krwi znaleziono *str. haemolyticus*. Po kilku tygodniach *exitus*;

2) zapalenie ucha: z 2 przypadków *sepsis otogenes*, wywołanej przez paciorkowce hemolizujące, jeden skończył się wyzdrowieniem.

3) zapalenie wyrostka robaczkowego, które dało rozlane zapalenie otrzewnej. We krwi stwierdzono *strept. haemolyticus*. Chora zmarła.

4) zapalenie szpiku kostnego: w związku z *osteomyelitis tibiae* powstała posocznica z licznymi przerzutami, w pierwszym rzędzie do kości przedramienia. Ze krwi wyhodowano *str. haemolyticus*. Chora zmarła.

5) Pozatem w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z t. zw. posocznicą kryptogenetyczną, oraz u jednego oseska ze krwi którego wyhodowałem *str. haemolyt.*, można było tylko z pewnym prawdopodobieństwem przypuszczać jelitowe pochodzenia zakażenia (*sepsis enterogenes*).

Jeżeli zamiast tego, być może zbyt lakonicznego, skrótu odnośnych historii chorób będziemy przeglądali je *in extenso* interesując się również sprawą leczenia, to zauważymy wszędzie ślady wielostronnych i energicznych wysiłków, skierowanych w kie-

runku zwalczania tej strasznej, tyle ofiar za sobą pociągającej infekcji. Pomijając już środki ogólne — higieniczno-dietetyczne, nasercowe, przeciwgorączkowe i t. d., oraz stosowanie nieswoistej proteinoterapii, leczenie posocznicy rozpządza dużą ilością różnych środków chemoterapeutycznych, z jednej strony i bakterjo-serologicznych, z drugiej. Kilka słów o tej ostatniej grupie, a więc o uodparnianiu czynnym i biernym, o szczepionkach i surowicach. We wszystkich przypadkach ze szczepu, wyhodowanego ze krwi, przyrządzałem szczepionkę własną w dawkach wzrastających od 50 milj. do 1 miljarda w 1 cm. sz. Kierowałem się nie tyle zbyt chwiejnym uzasadnieniem teoretycznym, ile licznymi wzmiankami autorów o pomyślnych wynikach autowakcyinoterapii. Niestety przypadki, do których byłem wzywany celem dokonania hemokultury, najczęściej, były już *in extremis*, bądź dlatego, że zazwyczaj w takim już stanie przybywali do szpitala, bądź też dlatego, że uprzednio próbowano stosowania wszelkich innych środków, poza leczeniem swoistem. Jest to oczywiście, postępowanie wielce niesłuszne. U kilku chorych leczenie szczepionkowe, rozpoczęte względnie wcześnie, nie odniosło pożądanego skutku. Z przypadków, w których nastąpiła znaczna poprawa przy jednoczesnym stosowaniu szczepionek własnych — nie twierdzę kategorycznie, że dzięki ich działaniu — wymienię: 1 — *sepsis otogenes*, 4 — *endocarditis lenta* i *subacuta* i 1 przypadek *sepsis puerperalis*. Wysnuwanie jednak jakichkolwiek wniosków praktycznych na zasadzie tak małego materiału byłoby rzeczą ryzykowną. Łatwiej jest ze stosowaniem surowicy przeciwpaciorkowcowej i z kontrolowaniem jej działania leczniczego. Aczkolwiek poglądy na tę sprawę są jeszcze rozbieżne, wielu badaczy podkreśla skuteczność swoistego leczenia surowiczego, jeśli rozpocząć stosowanie jego możliwie w początku choroby. Zważywszy niejednakowość cech biologicznych różnych ras streptokoków, trudności w określaniu ich zjadliwości, a zatem i miana surowicy leczniczej, zrozumiemy to znacznie mniej pewne działanie, jakie posiada wieloważna surowica przeciwpaciorkowcowa w porównaniu z klasyczną surowicą przeciwbłoniczą. Toteż wydaje się celową specjalizacja, wprowadzana obecnie w wyrobie surowicy przeciwpaciorkowcowej. Tak, np., poza wieloważną tutaj Państw. Zakład Higieny wyrabia 3 rodzaje surowic: 1) przeciwko róży, 2) przeciw gorączce połogowej i 3) przeciwbłoniczą, stosując szczep, zdobyte z odnośnych zakażeń dla swoistego uodparniania koni.

Kończąc omówienie swoistego leczenia posocznicy paciorkowcowych wspomnę o jednym oryginalnym pomysle amerykańskim, który mógłby znaleźć pewne zastosowanie praktyczne tylko w przypadkach posocznicy, przewlekłej, przebiegającej, naprz., pod postacią długotrwałego zapalenia wsierdza. Otóż w jednym z numerów „J. of inf. diseases“ z r. 1926 jest podana przez Howell-Beverly historia choroby pewnego osobnika, dotkniętego *endocarditis lenta*. Z posiewu krwi wyrosły jednocześnie *str. haemolyticus* i *viridans*, które miały podobno zachowywać w przeszczepach swą odrębność gatunkową w ciągu kilku miesięcy. Przyrządziwszy szczepionkę własną, autor zastrzykiwał ją nie choremu, który podczas posocznicy niezdol-

ny jest pono do czynnego uodpornienia sztucznego, a tym członkom rodziny, którzy posiadali tę samą, co chory grupę krwi. Krew tych oto osób szczepionych szybko nabierała własności uodparniających i była przetaczana choremu kilkakrotnie. W ciągu 5 miesięcy dokonano 12 transfuzji. To leczenie, prowadzone z iście amerykańskim rozmachem i konsekwencją, skończyło się zupełnym wyzdrowieniem pacjenta. Tę samą cechę śmiałej aktywności terapeutycznej stwierdzamy również w wyrosłej na gruncie amerykańskim nauce o *Oral sepsis*, która doprowadziła do bardzo częstego w Ameryce usuwania migdałków i chorych zębów, jako obfitującego w streptokoki najczęstszego źródła zakażenia. Niewątpliwie, jeżeli odrzucimy przesadę lekarzy amerykańskich, znajdziemy w ich dążeniu do radykalnego usunięcia ogniska pierwotnego jądro zdrowej myśli. Dowodzą tego liczne już teraz w pi-

śmiennictwie światowym przypadki zupełnego wyleczenia posocznicy, paciorkowcowej po wycięciu migdałków lub usunięciu zęba.

Reasumując, przychodzimy do wniosku, że w ciągu swego przeszło półwiekowego rozwoju nowoczesna nauka o posocznicach paciorkowcowych uczyniła wielkie postępy głównie w sensie rozpoznawania bakterjologicznego, zgłębienia patogenezy i t. p. zagadnień. W dziedzinie zaś rokowania, a zwłaszcza leczenia,—mimo ogromu wysiłków—zdziałano, niestety, bardzo niewiele. Jedną z największych zdobyczy w domenie zwalczania posocznicy jest nie leczenie ich, a dalsza rozbudowa tego wspaniałego gmachu profilaktyki, który stanął w drugiej połowie ubiegłego stulecia na trwałych podwalinach bakterjologii, zapoczątkowanej przez genialne odkrycia Pasteura.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

*Z Prosektorjum Szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.*

(Kierownik: Dr. med. A. SIEDLECKA).

### O guzkach wrzekomogruźliczych otrzewny.

Podał

Józef STEIN (Warszawa).

W następstwie operacji w jamie brzusznej, bądź też przedziurawienia żołądka lub jelit zjawiają się czasami na otrzewnie drobne, szarobiaławe czy szarozółtawe guzki, przeważnie w postaci skupień, rzadziej odosobnione, niekiedy zlewające się ze sobą. Są to t.zw. guzki wrzekomogruźlicze lub wrzekomorakowe. Makroskopowo są one bardzo podobne do gruzełków, albo do drobnych przerzutów nowotworowych i dzięki temu mogą być źródłem pomyłek zarówno dla chirurga, jak i dla anatomopatologa. Zwykle rozstrzyga sprawę badanie mikroskopowe, które wskazuje, że wspomniane guzki, dobrze odgraniczone, są zbudowane z luźnej tkanki łącznej, z licznymi komórkami olbrzymimi około szczątków ciała obcego, leżących wewnątrz nich lub w ich pobliżu.

Ciałami obcymi mogą być najrozmaitsze twory, zarówno pochodzenia jelitowego, jak i dostające się do jamy brzusznej ze świata zewnętrznego (najczęściej podczas zabiegu operacyjnego).

W opisanych przypadkach znajdowano rozmaite ciała obce: szczątki pokarmowe — roślinne (Alessandri, Brandes, Lecène i Moulonguet), nieokreśloną zawartość jelitową (Askanaży, Derevenyako, Gyergya, Petroff), ziarenka malin (po spożyciu przez chorego syropu malinowego na krótko przed przedziurawieniem wrzodu żołądka — Fedorowicz), smółkę (Dubler, Askanaży), jaja tasiemca (Helbig), jaja owsików (Kolb, Schneider, Strada), grudki węgla (choremu z wrzodem żołądka podawano duże ilości węgla w celach leczniczych — Lecène i Moulonguet), nitki bawełniane z serwetek,

użytych w czasie operacji (Imbert, Cottalorda Lagarde). W jednym wreszcie przypadku chodziło jedynie o małe ogniska martwicy podsiarczowatej tkanki tłuszczowej (*cytosteatonecrosis* bez wyraźnego odczynu ze strony otaczających tkanek (Lecène i Moulonguet).

Co do warunków powstawania guzków wrzekomogruźliczych otrzewny, często tworzą się one następco po przedostaniu się zawartości przewodu pokarmowego do jamy otrzewnej wskutek zabiegu operacyjnego (Brandes, Lecène i Moulonguet, Imbert, Cottalorda, Lagarde), bądź też przedziurawienia samoistnego (Fedorowicz, Lecène i Moulonguet) lub urazowego (Dubler, Askanaży, Derevenyako, Gyergya, Petroff). Wiemy jednak, że wrzekoma gruzlica otrzewny może powstać i bez uszkodzenia ciągłości przewodu pokarmowego, gdy do jamy otrzewnej dostaną się z zewnątrz ciała obce, np. nitki z serwetek, użytych podczas operacji, jak to ma miejsce w dwóch przypadkach Imberta, Cottalordy, Lagarde'a i, jak zobaczymy niżej, w naszych przypadkach.

Z danych piśmiennictwa wynika, że czas tworzenia się guzków waha się w granicach od kilku tygodni do kilku miesięcy.

Przechodzę teraz do omówienia dwóch przypadków wrzekomej gruzlicy otrzewnej, spostrzeczanych w Prosektorjum Szpitala Św. Ducha w Warszawie.

Przypadek I. Mężcz. l. 67. Dn. 9.XI, 1926 r. został operowany z powodu skrętu esicy. Operację wykonano w uspieniu eterowym. Skórę i otrzewną obłożono serwetkami; esicę odkręcono i przyszyto do otrzewnej kilku szwami katgutowymi. Dn. 30 tegoż miesiąca chory zmarł wśród objawów zapalenia otrzewnej.

Na sekcji (Dr. Siedlecka) obok innych zmian stwierdzono świeże rozlane zapalenie włóknikowe otrzewnej.

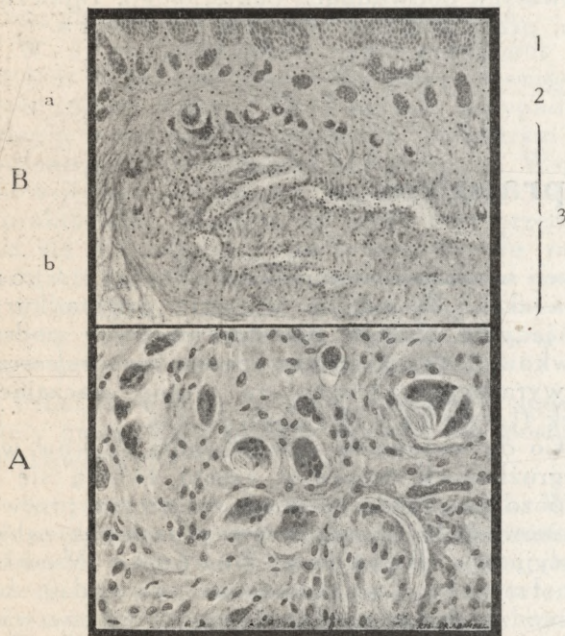
W kilku miejscach na otrzewnej jelit cienkich znaleziono rozrzucone drobne guzki (w liczbie około dziesięciu), wielkość



od ziarnka maku do ziarna prosa, szarobiaławe lub szarozółtawe, gdzieś otoczone czerwoną obwódką.

Badanie mikroskopowe ściany jelita w miejscach guzków wykazało, że na surowicówce znajdują się guzki, składające się z luźnej tkanki łącznej z dużą ilością włókienek, oraz nieobfitymi skupieniami limfocytów i komórek plazmatycznych (pozostałe warstwy ściany jelita posiadają budowę prawidłową). Dość liczne naczynia krwionośne są znacznie wypełnione krwią. Wśród tkanki łącznej leżą pojedynczo lub w skupieniach komórki olbrzymie najrozmaitszych kształtów i wielkości, z wielu jądrami, rozrzuconymi w zarodki zupełnie bezładnie. Obok ukształtowanych komórek olbrzymich spotykamy inne, jakgdyby w okresie tworzenia się.

Wewnątrz wielu komórek olbrzymich spotrzegamy jamki, zawierające twory podłużne, szarobiaławe, silnie połyskujące



Guzki wrzekomogruźlicze otrzewnej.

- A. Guzek z przypadku I-go (pow. około 200 razy).  
Ziarnina z licznymi komórkami olbrzymimi ciał obcych, gromadzącymi się zwłaszcza dookoła nici (nici najlepiej widoczne po prawej stronie ryciny).
- B. Guzek z przypadku II-go (pow. około 100 razy).
- |                                                   |                                                |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1—mięśniówka jelita;                              | a—komórki olbrzymie ciał obcych dookoła nitek; |
| 2—podsurowicówka z wypełnionymi krwią naczyniami; | b—martwica, do której wra-<br>sta ziarnina.    |
| 3—guzek „ciał obcych” w surowicówce;              |                                                |

i przełamujące światło, o budowie włókienkowej. Liczne takie same twory leżą również wolno wśród tkanki łącznej, otoczone przez komórki olbrzymie lub fibroblasty.

Mamy do czynienia z nitkami, pochodzącymi z operacji (prawdopodobnie z serwetek). Dookoła nitek — ciał obcych — wytworzyła się ziarnina, powstały „guzki ciał obcych”.

Przypadek II<sup>1)</sup>. Kob. l. 57, zgłosiła się do kliniki chirurgicznej II Un. War. z powodu uporczywych silnych bólów brzucha, występujących w 1 — 2 godziny po jedzeniu.

<sup>1)</sup> Dane kliniczne obu przypadków otrzymałem z Kliniki Chirurgicznej II U. W. (Kierownik Prof. Radliński). Za łaskawe udzielenie mi historii chorób serdecznie dziękuję.

Dnia 23.XI, 1926 r. chora została zoperowana. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono silne zrosty jajowodów ze skręconą esicą. Esicę odkręcono o 180° i przyszyto do ściany brzucha.

Dn. 26.XI szwy puściły. Wykonano powtórnie zabieg operacyjny, nałożono nowe szwy.

Dn. 7.XII chora zmarła na zapalenie otrzewny.

Na sekcji (Dr. Siedlecka) stwierdzono rozlane zapalenie ropne otrzewny, rozpadową gruźlicę płuc, owrzodzenia gruźlicze w jelitach.

Na otrzewnie jelit cienkich były rozrzucone dość liczne (w liczbie kilkudziesięciu) białawe, zbite guzki, wielkości od ziarnka maku do ziarna prosa.

Badanie mikroskopowe guzków wykazało obrazy następujące: w środku guzka spostrzegamy ognisko martwicy, dookoła którego znajdują się dość liczne komórki około ciał obcych, oraz młoda ziarnina z dużą liczbą komórek. Szczątki nitek są większe, niż w przypadku poprzednim, i niektóre z nich leżą wewnątrz komórek olbrzymich, większość jednak — bezpośrednio wśród ziarniny, zwłaszcza na pograniczu z ogniskiem martwicy. Gdzieś widać, jak komórki ziarniny skupiają się dookoła nici i zlewają się ze sobą, tworząc komórki olbrzymie. Naczynia, dość liczne, są obficie wypełnione krwią. Barwienie na prątki Kocha dało wynik ujemny.

W tym przypadku znajdujemy więc sprawę tę samą, co w przypadku poprzednim — mamy typowe „guzki ciał obcych”. Jednakże tym razem guzki są świeże, ziarnina jest bardzo młoda, komórek olbrzymich wytworzyło się mniej, a w środku guzków widzimy masę martwiczą. Stanie się to zrozumiałe, jeżeli przejrzymy historię chorób, dotyczące obu przypadków: w przypadku II-im chora zmarła już w 2 tygodnie od chwili operacji (11 dni od drugiego zabiegu), podczas gdy w przypadku I-y śmierć chorego nastąpiła w 3 tygodnie po zabiegu operacyjnym.

Powyższe obrazy mikroskopowe są zupełnie podobne do opisanych przez Imberta, Cottalordę, Lagardea. Autorzy ci w swoich przypadkach znaleźli również w guzkach nitki, pochodzące prawdopodobnie z serwetek operacyjnych.

Przypuszczalnie „guzki ciał obcych” na otrzewnie są zjawiskiem dość pospolitem, jednakże rzadko zwraca się na nie uwagę, gdyż zazwyczaj są drobne i nieliczne.

Należy zaznaczyć, że niekiedy obecności guzków wrzekomogruźliczych (czy wrzekomorakowych) na otrzewnie chirurg może przypisać duże znaczenie: z jednej strony może myśleć o przerzutach nowotworu złośliwego i zaliczyć przypadek do rzędu nie nadających się do operacji, z drugiej strony może rozpoznać istotną gruźlicę prosówkową otrzewny.

## PIŚMIENNICTWO.

Imbert, Cottalorda, Lagarde. Pseudo-tuberculose ou pseudo-cancer du péritoine. Annales d'anat. path. et d'anat. norm. méd.-chir. T. IV, Nr. 3, 1927, str. 263. Lecène, Moulounguet. La pseudo-tuberculose du péritoine secondaire aux perforations du tube digestif. Annales d'anat. path. et d'anat. norm. méd.-chir. T. III, Nr. 8 1926, str. 815 (podaje piśmiennictwo).



Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.  
(Kierownik: Prof. Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI).

## Kilka słów w sprawie wypadków samochodowych.

Podał

Dr. Alfred PIOTROWSKI (Warszawa).

Do kwietnia 1925 r. ruch samochodowy w Warszawie nie był duży, wypadki samochodowe były stosunkowo nieliczne.

Od chwili znacznego zwiększenia się liczby dorożek samochodowych liczba wypadków samochodowych również znacznie wzrosła. Da się to najlepiej zobrazować za pomocą tabel.

Dane do tabel braliśmy z Roczników Statystycznych i Kroniki Magistratu m. Warszawy i z materiału Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.

Tabela Nr. 1.

Liczba zarejestrowanych w Warszawie pojazdów.

| Lata    | Samochody     |         |          |           |           | Inne pojazdy |               |                | Razem |
|---------|---------------|---------|----------|-----------|-----------|--------------|---------------|----------------|-------|
|         | osób. prywat. | dorożki | autobusy | ciężarowe | motocykl. | rowery       | dorożki konne | wozy ciężarowe |       |
| 1922    | 1243          | 65      | 13       | 760       | 85        | 3700         | 1124          |                | 6990  |
| 1923/24 | 1963          | 57      |          | 568       | 266       | 5900         | 1670          | 5334           | 15721 |
| 1925    | 1719          | 1268    | 12       | 743       | 343       | 10300        | 1704          | 5140           | 21229 |
| 1926    | 1649          | 1404    | 11       | 730       | 381       | 10219        | 1433          | 4926           | 30753 |

Tabela Nr. 2.

Liczba wypadków samochodowych.

| Miesiące    | L a t a |      |      |      |      |      |      | Razem |
|-------------|---------|------|------|------|------|------|------|-------|
|             | 1921    | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 |       |
| Styczeń     | 13      | 3    | 4    | 7    | 5    | 23   | 22   | 77    |
| Luty        | 18      | 9    | 9    | 4    | 17   | 31   | 40   | 128   |
| Marzec      | 33      | 4    | 6    | 6    | 5    | 35   | 37   | 126   |
| Kwiecień    | 14      | 7    | 7    | 8    | 31   | 29   | 39   | 135   |
| Maj         | 12      | 11   | 15   | 15   | 37   | 47   | 57   | 194   |
| Czerwiec    | 8       | 11   | 11   | 19   | 41   | 49   | 77   | 216   |
| Lipiec      | 13      | 9    | 11   | 12   | 63   | 49   | 72   | 229   |
| Sierpień    | 12      | 9    | 12   | 20   | 61   | 45   | 49   | 208   |
| Wrzesień    | 15      | 14   | 11   | 13   | 56   | 18   | 52   | 179   |
| Październik | 13      | 8    | 16   | 19   | 28   | 19   | 53   | 156   |
| Listopad    | 3       | 5    | 3    | 8    | 13   | 24   | 31   | 87    |
| Grudzień    | 7       | 12   | 4    | 5    | 15   | 19   | 67   | 129   |
| Razem       | 161     | 102  | 109  | 136  | 372  | 388  | 616  | 1884  |

Tabela Nr. 3.

Liczba wypadków śmiertelnych wskutek przejechania przez samochody (według danych Z. M. S. Un. Warsz.).

| Miesiące    | L a t a |      |      |      |      |      |      | Razem |
|-------------|---------|------|------|------|------|------|------|-------|
|             | 1921    | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 |       |
| Styczeń     | 1       | 0    | 0    | 0    | 0    | 3    | 1    | 5     |
| Luty        | 3       | 1    | 1    | 0    | 2    | 3    | 1    | 11    |
| Marzec      | 0       | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 2     |
| Kwiecień    | 1       | 1    | 0    | 3    | 3    | 1    | 3    | 12    |
| Maj         | 2       | 1    | 0    | 0    | 1    | 0    | 2    | 6     |
| Czerwiec    | 0       | 1    | 0    | 2    | 1    | 4    | 2    | 10    |
| Lipiec      | 0       | 1    | 0    | 1    | 4    | 1    | 3    | 10    |
| Sierpień    | 1       | 0    | 0    | 1    | 4    | 2    | 1    | 9     |
| Wrzesień    | 0       | 1    | 2    | 2    | 5    | 2    | 4    | 16    |
| Październik | 3       | 0    | 3    | 4    | 3    | 2    | 2    | 17    |
| Listopad    | 0       | 0    | 0    | 1    | 5    | 2    | 0    | 8     |
| Grudzień    | 0       | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 4    | 10    |
| Razem       | 11      | 7    | 7    | 15   | 29   | 23   | 24   | 116   |

Liczby, podane w tabelce Nr. 3. nie odpowiadają całej liczbie wypadków przejechania, zakończonych śmiercią, gdyż nie we wszystkich przypadkach zwłoki były kierowane do Zakładu Medycyny Sądowej i nie wszystkie tego rodzaju wypadki były zarejestrowane, jako wypadki samochodowe. Poza przypadkami zgonów wskutek przejechania przez samochody od r. 1921 do r. 1927 włącznie w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniw. Warsz. zbadano 66 przypadków uszkodzeń ciała osób, które uległy wypadkom samochodowym.

Jeżeli liczbę osób zmarłych wskutek przejechania zestawimy z liczbą osób przejechanych wogóle, to otrzymamy następującą tabelkę:

Tabela Nr. 4.

| W latach             | 1921 | 1922 | 1923 | 1924  | 1925 | 1926 | 1927 | Razem |
|----------------------|------|------|------|-------|------|------|------|-------|
| Przejechano (śmierć) | 11   | 7    | 7    | 15    | 29   | 23   | 24   | 116   |
| Przejechano wogóle   | 161  | 102  | 109  | 136   | 372  | 388  | 616  | 1884  |
| Stosunek procentowy  | 6,83 | 6,86 | 6,42 | 11,03 | 7,79 | 5,92 | 3,89 | 6,15% |

Z powyższej tabelki widzimy, że liczba osób, przejechanych z wynikiem śmiertelnym, wynosi około 6,15% liczby wszystkich przejechanych w latach od 1921 do 1927 r. włącznie. Należy jednak stwierdzić, że faktyczny odsetek zmarłych w następstwie przejechania jest większy, gdyż, jak za-

znaczyliśmy, nie wszystkie przypadki przejechania były zarejestrowane jako wypadki samochodowe i nie wszystkie trafiły do Zakładu Medycyny Sądowej.

Uszkodzenia ciała, powstałe wskutek przejechania, były bardzo różnorodne.

Przyczyną zgonu było najczęściej uszkodzenie narządów znajdujących się w jednej z jam ciała, rzadziej się zdarzało, że poważnym uszkodzeniom ulegały narządy kilku jam ciała jednocześnie.

Narządy jednej tylko jamy uległy śmiertelnemu uszkodzeniu 90 razy, dwóch jam — 16 razy, trzech jam — 4 razy, przytem: jama czaszkowa była uszkodzona 61 razy, klatka piersiowa — 10 razy, jama brzuszna — 19 razy, czaszka i klatka piersiowa — 5 razy, czaszka i jama brzuszna — 3 razy, klatka piersiowa i jama brzuszna — 8 razy.

Co do rodzaju uszkodzeń, spotykano następujące:

1. na skórze — otarcia, odrapania, rozdarcia, sińce, stłuczenia;

2. w mięśniach i tkankach głębszych — wylewy krwawe, pęknięcia, rozdarcia, zmiżdżenia;

3. w kościach — złamania, pęknięcia, wgniecenia, zgruchotania;

4. w jamach ciała — wylewy krwawe, rozdarcia, stany zapalne;

5. w narządach wewnętrznych — pęknięcia, zmiżdżenia, wylewy krwawe, stany zapalne.

Typowym obrazem, spostrzeganym na sekcji zwłok osób uległych wypadkowi samochodowemu, był kompleks uszkodzeń, składający się z obrażeń skóry, wylewów krwi do tkanek i jam ciała, złamań lub pęknięć kości, pęknięć lub zmiżdżeń narządów mięsnych i t. p.

Otarcia naskórka były najczęściej pasmowate, rzadziej — kształtów nieprawidłowych; wylewy krwi przedstawiały się w postaci dużych nagromadzeń krwi, czasem w postaci wybroczyn krwawych.

Pęknięcia kości były zygzakowate, wielokrotne; złamania kości — skośne i poprzeczne.

W obrębie mózgu znajdowaliśmy najczęściej stłuczenia, najrzadziej — kompletne zmiżdżenia tego narządu.

Częstość uszkodzeń, spotykana w poszczególnych narządach, da się wyrazić za pomocą następującej tabelki:

Tabela Nr. 5.

| Nazwa narządu           | Ile razy |
|-------------------------|----------|
| Czaszka                 | 55       |
| Kręgosłup               | 5        |
| Zebra                   | 33       |
| Mostek                  | 3        |
| Miednica                | 15       |
| Kończyny górne          | 12       |
| „ dolne                 | 17       |
| Mózg (i opony)          | 59       |
| Rdzeń kręgowy (i opona) | 3        |
| Płuca                   | 8        |
| Wątroba                 | 25       |
| Śledziona               | 9        |
| Nerki                   | 7        |
| Nadnercza               | 2        |

| Nazwa narządu           | Ile razy |
|-------------------------|----------|
| Tętnica główna i płucna | 1        |
| Jelita grube            | 1        |
| Tchawica                | 1        |
| Język                   | 3        |
| Oczy                    | 2        |
| Stawy                   | 3        |
| Obojczyki               | 6        |
| Kości twarzy            | 7        |

Uszkodzenia te znajdowano na zwłokach w najrozmaitszych kombinacjach. Tak np. w jednym przypadku, dotyczącym chłopca lat 7-iu, na sekcji stwierdzono zgruchotanie kości twarzy i czaszki, zniszczenie mózgu, pęknięcie przegrody brzusznej, pęknięcie wątroby i jej wypadnięcie do prawej jamy opłucnowej, pęknięcie śledziony i lewej nerki, pęknięcie lewego mięśnia lędźwiowo-udowego, złamanie miednicy, zranienie powłok miękkich ciemienia, czoła i prawej okolicy jarzmowej, sińce na przedniej powierzchni uda lewego i prawej okolicy obojczykowej, otarcia naskórka na lewej łopacie, prawym policzku, prawym dolnym kwadrancie brzucha i przedniej powierzchni szyi.

Drugi przypadek dotyczył mężczyzny lat 50; podczas oględzin zwłok tego mężczyzny znaleziono: rozległe pęknięcie podstawy czaszki, złamanie poprzeczne szczęki dolnej, złamanie dolnych żeber z obu stron klatki piersiowej, złamanie lewego obojczyka, chrząstek tchawicy, wylewy krwi w jamie opłucnowej prawej, w powrózkach nasiennych, w jądrze prawem, pod oponami mózgu i w zwłokach podstawy mózgu, liczne otarcia naskórka.

Zdarzały się również przypadki, kiedy sekcja wykazywała stosunkowo nieliczne uszkodzenia; takich przypadków mamy cztery. W jednym z nich znaleziono na sekcji pęknięcie kątnicy i zranienia zewnętrznej powierzchni uda lewego; w 3 przypadkach stwierdzono pęknięcie wątroby i sińce lub otarcia naskórka.

W 10 przypadkach zgon przejechanej osoby nastąpił z powodu zakażenia przyranego.

Oprócz uszkodzeń urazowych i zmian chorobowych pochodzenia urazowego znajdowano na zwłokach różnorodne zmiany chorobowe, nie pochodzące od urazu: na 116 sekcjach znaleźliśmy powyższe zmiany w 61 przypadkach.

Częstość tych zmian zilustruje nam następująca tabelka:

Tabela Nr. 6.

Częstość spraw chorobowych, spotykanych na sekcji, a nie stojących w związku z przejechaniem.

| Nazwa choroby                        | Liczba przypadków |
|--------------------------------------|-------------------|
| Zwapnienie tętnic                    | 11                |
| Gruźlica płuc                        | 4                 |
| Rozedma płuc                         | 2                 |
| Rozległe zrosty w jamach opłucnowych | 4                 |
| Schorzenia serca                     | 8                 |
| Ropny nieżyt dróg oddechowych        | 2                 |
| Ropne zapalenie migdałków            | 1                 |
| Zrosty w jamie otrzewnowej           | 2                 |

| Nazwa choroby                           | Liczba przypadków |
|-----------------------------------------|-------------------|
| Wodogłowie wewnętrzne                   | 1                 |
| „ zewnętrzne                            | 1                 |
| Schorzenia tarczycy                     | 4                 |
| „ nerek                                 | 7                 |
| „ narządów płciowych kobiecych          | 4                 |
| Przerost gruczołów chłonnych ogólny     | 2                 |
| Przepuklina nadpępkowa                  | 1                 |
| Ropne zapalenie gruczołu podszczękowego | 1                 |

Niektóre z powyższych zmian niewątpliwie upośledzały sprawność fizyczną osoby, która na nie cierpiała, i mogły pośrednio stać się przyczyną wypadku samochodowego.

Co do płci osób przejechanych, to na 172 przypadków przejechania, które przeszły przez Zakład Medycyny Sądowej (jako przypadki śmierci lub uszkodzenia ciała) było 117 osób płci męskiej i 55 osób płci żeńskiej.

Niżej podajemy statystykę wieku osób, zmarłych w następstwie przejechania przez samochód.

Otóż na 116 przypadków sekcyjnych było:

| od lat | 1  | do | 5  | osób | 6  |
|--------|----|----|----|------|----|
| „      | 5  | „  | 10 | „    | 16 |
| „      | 10 | „  | 15 | „    | 11 |
| „      | 15 | „  | 20 | „    | 14 |
| „      | 20 | „  | 25 | „    | 3  |
| „      | 25 | „  | 30 | „    | 8  |
| „      | 30 | „  | 35 | „    | 1  |
| „      | 35 | „  | 40 | „    | 17 |
| „      | 40 | „  | 45 | „    | 3  |
| „      | 45 | „  | 50 | „    | 10 |
| „      | 50 | „  | 55 | „    | 3  |
| „      | 55 | „  | 60 | „    | 13 |
| „      | 60 | „  | 65 | „    | 4  |
| „      | 65 | „  | 70 | „    | 4  |
| „      | 70 | „  | 75 | „    | 1  |
| „      | 75 | „  | 80 | „    | 2  |

Z tego zestawienia wynika, że do lat 15 były 33 przypadki przejechania (ok. 28%). Dzieci często dostają się pod samochód wskutek własnej nieostrożności lub figlów, ewentualnie z tego powodu, że częstokroć są pozostawiane bez żadnej opieki i same biegają po jezdni.

Ciekawe, że osoby w wieku od 35 — 50 lat stosunkowo b. często ulegają wypadkowi samochodowemu (ok. 25%).

Ekspertyza sądowo-lekarska wypadków samochodowych, zdaniem Parisota i Morina<sup>1)</sup>, może być owocna przy zachowaniu następującego trybu postępowania:

1. samochód poddać trzeba badaniu zaraz po wypadku, by nie znikły namacalne dowody przejechania w postaci uszkodzeń pojazdu, śladów krwi i t. d.

2. pojazd sfotografować;

3. w miarę możliwości zabezpieczyć miejsce przejechania i zwłoki, by nie zatarty się różnego rodzaju szczegóły przejechania;

4. zarówno miejsce przejechania, jak i zwłoki zbadać należy za pośrednictwem fachowców;

5. jeżeli tylko można, zbadać szofera zaraz po wypadku (oczywiście badanie powtórne może i powinno być dokonane).

Wykrycie przyczyny wypadku pozwolić może nie tylko na wymierzenie sprawiedliwości komu należy, lecz wskaże, jaką drogą trzeba postępować, by wypadków przejechania wcale nie było.

Z dotychczasowego doświadczenia wynika, że najczęstszą przyczyną wypadku samochodowego jest kierowca samochodu, jeżeli zaś chodzi o Warszawę, to zapewne w dość znacznej mierze wina leży i po stronie samej publiczności.

Otóż z chwilą wprowadzenia dorożek samochodowych liczba przejechań nagle zwiększyła się; powyższy objaw tłumaczymy tem, że publiczność nie była przyzwyczajona do ruchu samochodowego i nie umiała chodzić, a szoferzy nie byli dostatecznie wyszkoleni i również nie byli przygotowani do bardzo ożywionego ruchu ulicznego.

Na dowód sięgamy do tabel. W r. 1923/4 zarejestrowanych było 57 dorożek samochodowych; w r. 1925 — 1268 (liczba innych pojazdów nie posiada w danym wypadku większego znaczenia, gdyż zwiększyła się ona nieznacznie); w r. 1923/4 przejechanych było 136 osób, w r. 1925 — 372 osoby, w r. 1926 — 388, w r. 1927 — 616 osób.

Ogólna liczba zarejestrowanych pojazdów w r. 1926 zmniejszyła się cokolwiek, liczba dorożek samochodowych wzrosła o 136 w porównaniu do roku 1925.

Z powyższych zestawień wynika, że ze wzmożeniem się ruchu samochodowego zwiększa się liczba przejechań.

Opinia publiczna widzi przyczynę przejechań w nadmiernie szybkiej jeździe samochodów.

By wyjaśnić to zjawisko, badać należy każdy wypadek przejechania jaknajskrupulatniej. Lekarz sądowy ma tu duże pole do działania. Należy do niego: badanie miejsca przejechania i pojazdu, badanie zwłok osoby przejechanej i badanie szofera.

Z badania miejsca przejechania wyciąga się wnioski, w jakich warunkach stał się wypadek; z badania pojazdu wnioskować można, w jaki sposób przejechał samochód daną osobę (resztki ubrania, ślady krwi lub ciała na częściach samochodu).

Wynik oględzin zwłok da nieraz możliwość ustalenia, w jaki sposób i z której strony została najechana dana osoba (przebieg otarć naskórka w stosunku do długości ciała, umiejscowienie sińców i ran, rodzaj uszkodzeń narządów wewnętrznych i rozkład lub liczba tych uszkodzeń), z wyniku zaś sekcji sądzić możemy, czy osoba przejechana była całkowicie sprawna pod względem fizycznym i czy nie trafiła pod samochód z powodu własnej ułomności (schorzenie narządów wzroku lub słuchu, schorzenie układu nerwowego lub narządów wewnętrznych, upojenie alkoholem).

Wreszcie badanie szofera dostarczyć może sądowi danych co do sprawności fizycznej szofera i co do stanu jego podczas wypadku; szofer w chwili wypadku mógł się znajdować w stanie nietrzeźwym, ewentualnie mógł być chory.

<sup>1)</sup> Parisot et Morin. Accidents d'Automobile. 1927.

Badać szoferów należy zaraz po wypadku; w celu stwierdzenia faktu i stopnia upojenia alkoholowego należałoby badać na zawartość alkoholu krew i mocz szoferów; badania te są skomplikowane i wymagają specjalnej pracowni.

W Danji (podajemy za W. Grzywo-Dąbrowskim<sup>1)</sup>) bada się szoferów w sposób ambulatoryjny podług schematu, ustalonego przez Radę sądowo-lekarską.

Schemat ten podajemy niżej.

1. Imię i nazwisko, adres, zajęcie i wiek osoby badanej. Czas i miejsce, gdzie zostało dokonane badanie, nazwiska świadków badania.

2. Jaki jest wygląd osoby badanej (wygląd senny, ociężałość powiek, przekrwienie twarzy i spojówek, pocenie się, gadatliwość, czkawka, wymioty, obecność wymiocin na ubraniu, ubranie w nieładzie).

3) Jak się zachowuje badany (hałaśliwy, podrażniony, łatwo podniecający się, arogancki, przygnębiony, wesoły, obojętny, niezdecydowany etc).

4. Czy wie, gdzie się znajduje i która jest godzina.

5. Stan pamięci — czy wie, co robił w ciągu ostatnich godzin; sprawdzić, czy może wymienić nazwy ulic.

6. Zdolność odtwarzania: należy zażądać od badanego opisu ostatniego wypadku, dać jakiś rysunek do przejrzenia i zażądać opowiedzenia tego, co widział.

7. Zbadać zdolność do rachunków.

8. Badanie mowy (zahamowanie, seplenienie, jąkanie się, bełkotanie, zacinać się) — badany powinien powtórzyć jakieś trudne wyrazy, przeczytać ustęp z gazety.

9. Badanie chodu: czy przy chodzeniu robi zygzaki, powłóczy nogami, czy chodzi z rozstawionymi szeroko nogami, czy jest niezborny, czy jest objaw Romberga.

10. Ruchy kończyn dolnych — poleca się zbierać przedmioty ze stołu, trafiać palcem w palec i t. d. (badanie niezborności).

11. Pismo — badany powinien napisać swe imię i nazwisko, adres, wiek, zajęcie.

12. Zachowanie się tętna, żrenic, wrażliwość na ból (może być obniżona).

13. Czy wyczuwa się od badanego zapach alkoholu.

15. Czy są objawy jakiejś choroby (padaczki, spraw urazowych, udaru mózgowego i t. p.).

15. Zapytać, czy, jak dużo i jakie trunki wypił badany w ciągu ostatnich 24 godzin.

Wykrycie przyczyny wypadku, ukaranie win-

nych posiadają znaczenie niemałe, wątpić jednak można, czy zmniejszy to liczbę wypadków samochodowych, o ile wypływające z nich wnioski nie będą zastosowane w życiu.

A wnioski te brzmią w sposób następujący:

1. niezwłocznie uregulować wszelki ruch uliczny.

2. poddać ścisłej kontroli szoferów i ich samochody.

Ruch uliczny musi być uregulowany, by przechodnie w miejscach szczeg. ruchliwych mogli przechodzić z jednej strony ulicy na drugą tylko w pewnych miejscach, pilnowanych przez policję. Tory tramwajowe przesunąć należy do chodników, by samochody nie tworzyły zatorów na przystankach tramwajowych i nie hamowały ruchu pieszego.

Pod kontrolą szoferów i samochodów rozumie my następujący tryb postępowania:

1) Do zawodu szoferskiego dopuszczać osoby całkowicie sprawne pod względem fizycznym, a w tym celu stosować do nich takie przepisy, jakie są stosowane przy przyjmowaniu na służbę wojskową lotniczą lub marynarską.

2) Przed przyjęciem do szkoły szoferskiej przeprowadzać dokładnie badanie psychologiczne, by do zawodu szoferskiego nie dostawały się jednostki nieodpowiednie, a przed wydaniem patentu egzamin ten ponawiać; chodzi o to, że fach szoferski wymaga zimnej krwi, szybkiej i prawidłowej orientacji.

3) Od czasu do czasu badać samochody i kontrolować prawo jazdy, przyczem kontrola pozwolen winna odbywać się przeważnie dorywczo, na ulicy.

4) Za jazdę wadliwą lub szybką zawieszać szoferów w czynnościach na pewien czas i poddawać ich ponownemu badaniu psychologicznemu i egzaminowi fachowemu.

5) Tych szoferów, którzy podczas jazdy znajdowali się w stanie nietrzeźwym, pozbawiać prawa jazdy na dłuższy przeciąg czasu, a w razie powtórzenia się tego samego — pozbawiać prawa jazdy na zawsze.

6) Szoferów, którzy przejechali kogoś nie z winy osoby przejechanej, lecz z własnej, pozbawiać prawa jazdy na zawsze, o ile nie zachodzą jakieś łagodzące okoliczności,

7) Tych szoferów, którzy są winni wypadku samochodowego bez ofiar, lecz zależnego od defektu w maszynie, pozbawiać prawa jazdy, o ile o defekcie wiedzieli.

8) Szoferów wojskowych, jeżdżących po mieście lub drogach, zatrzymywać celem kontroli po jazdy i prawa jazdy, a w razie braku pozwolenia lub jakiegoś defektu w maszynie kierować do komendy miasta.

<sup>1)</sup> Lekarz Polski. 1926 r



## Z praktyki prywatnej.

### Przypadek dziedziczno-rodzinnego obustronnego porażenia mózgowego.

(*Diplegia cerebialis heredofamiliaris*)<sup>1)</sup>

Podał

Jakób PUTERMAN (Sosnowiec).

Przypadek, który zamierzam przedstawić Szanownym Kolegom, wchodzi w zakres neuropatologii, obfitującej, jak wiadomo, w najrozmaitsze obrazy kliniczne. Szczególną wzbudza ciekawość mechanizm spraw dziedziczno-rodzinnych, nad którym dotychczas rozpościera się gruba zasłona. Wszelki więc przypadek, któryby w stanie był w nieznaczonej nawet mierze przyczynić się kiedyś do uchylenia rąbka tej nieprzeniknionej zasłony, winien być, zdaniem moim, skrzętnie notowany.

Historia choroby danego przypadku jest następująca:

C. Mirosław, 2 lata i 4 miesiące liczący, syn policjanta, pochodzi od rodziców stosunkowo młodych (31 — 30 lat) niespokrewnionych, pozornie zdrowych. *Lues et alcoholismus negantur*. Dziecko to jest czwarte z kolei. Pierwsze dziecko urodziło się w ósmym miesiącu ciąży, matka wówczas chorowała na sprawę nerkową z obrzękami, czemu przypisuje śmierć tego 7-miesięcznego dziecka. Drugie dziecko 7-letnia córka, normalnie rozwinięta, zmarła na sprawę mózgową (jakoby na zapalenie opon mózgowych). Trzecie dziecko — chłopczyk, po roku pozornie dobrego stanu zdrowia zmarło również na chorobę mózgową, po 2 latach i 2 miesiącach życia, cierpiąc od drugiego roku życia na sztywność nóg i rąk („zaciśnięte piąstki“). Po obecnem tu dziecku jest jeszcze chłopczyk roczny, który z pozycji leżącej nie może samoistnie się usadowić i jeszcze nie chodzi. Obecne tu dziecko karmione było piersią do 3 miesięcy, następnie mączką Nestlé. Długi czas, bo przeszło 7 miesięcy w pierwszym roku życia, a około 1/2 roku w drugim roku życia chorowało ono na katar kiszek z obfitymi rozwolnieniami. Dziecko to również do roku nie mogło samoistnie usadowić się z pozycji leżącej, jednakże, mając 1 1/2 roku, aż mniej więcej do końca drugiego roku życia mogło się posuwać na nóżkach, opierając się o ścianę, krzesło lub inny sprzęt.

W listopadzie r. z. matka zauważyła u dziecka oczopląs i niemożność stania i samoistnego chodzenia: przy próbie postawienia dziecka nóżki stawały się sztywne, również i rączki przy pewnych ruchach sztywniały.

Dane anamnestyczne są następujące:

U babki nieżyjącej obecnie i u matki ojca dziecka — obarczenie psychiczne, bliżej nieokreślone, u babki były jakieś zbożenia w kończynach dolnych. Dziadek ze strony ojca ma 70 lat i jest zupełnie zdrowy. Ciotka ojca — 70-letnia — od lat 30 jest sparaliżowana, ma wszystkie kończyny sztywne, a syn tej ostatniej od wieku młodzieńczego aż do zgonu w 36 r. życia — miał kończyny sztywne.

Ze strony matki dziecka chorób nerwowych nie było. Rodzice jej zmarli w stosunkowo niezbyt podeszłym wieku na bliżej nieokreślone choroby. U rodziców dziecka żadnych zbo-

żeń się nie stwierdza. Odczyn Wassermanna i Meinickego ze krwi matki wypadły z wynikiem ujemnym. Rozwój umysłowy rodziców jest na poziomie średnim. Żyją ze sobą w małżeństwie 10 lat. Poza pierwszym przedwczesnym porodem i jednym sztucznym poronieniem, porody zawsze odbywały się prawidłowo, bez interwencji lekarskiej. Dzieci urodziły się dojrzałe, dobrze rozwinięte w stanie nieasfiktycznym. Rozwój fizyczny u dziecka nieco upośledzony, mięśnie dolnych kończyn słabo rozwinięte. Podściółki tłuszczowej mało.

Wzrost dziecka 88 cm (odpowiada jego wiekowi). Waga 10 kilo (około 3 kilo mniej, niż u dziecka w jego wieku). Wyraz twarzy niegłupkowaty. Asymetrii twarzy nie ma. Guzy czołowe i ciemieniowe zbytnio nie wystają. Obwód czaszki 48 cm. (odpowiada jego wiekowi). Uzębienie prawidłowe — 16 zębów niekarbowanych. Psychicznie słabo rozwinięte, wymawia kilka zaledwie słów „mama, tata, ciocia“. Łaknienie dobre, żucie pokarmów możliwe, połykanie płynów nieco utrudnione, zachłystuje się od czasu do czasu. Wymiotów, ani drgawek nie było, zaburzeń zmysłowych, czuciowych oraz zaburzeń ze strony odbyticy i pęcherza moczowego nie ma, aczkolwiek zrana zazwyczaj oddaje moc z pewną trudnością. Sen niespokojny, narzeka na bóle tylnej części głowy i nóg. Nóżki często zimne. Czasami ślini się. Dziecko może siedzieć ze spuszczeniem i wyciągnięciem nóżkami. Przy próbie skłonienia dziecka do chodzenia, następuje skurcz mięśni. Chód nabiera charakteru spastyczno-paretycznego z tendencją do krzyżowania się kończyn. Chodząc, dotyka się ziemi przednią częścią stopy zwróconej ku wewnątrz (*pes equino-varus*). Napięcie mięśni wzmożone, *rigiditas* występuje również w górnych kończynach przy próbie wyprostowania ich ze stanu zgięcia łokciowego. Przykurczeń stałych nie ma. Ze strony narządów klatki piersiowej, jamy brzusznej zbożeń nie ma. Ze strony nerwów czaszkowych poza oczopląsem (*nystagmus*), ani porażen, ani niedowładów stwierdzić się nie daje. Słuch, smak zachowane. Dno oczu normalne. Ruchy głowy swobodne. Przy ruchach biernych — zginaniu kończyn — napotyka się znaczny opór. Klatka piersiowa, kręgosłup — prawidłowe. Stanie i chodzenie bez pomocy jest niemożliwe. Badanie odruchów okostnowych i ścięgowych utrudnione z powodu wzmożonego napięcia mięśni, wywołać jednakże się udaje objaw Babinskiego w postaci wachlarzowatej (*signe d'éventail*) oraz objaw Oppenheima.

### Epicrisis.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, widzimy, że sprawa chorobowa dotyczy kilkorga dzieci w wieku od roku do 2 przeszło lat, pochodzących od rodziców dość młodych, nie spokrewnionych, pozornie zdrowych. Dzieci obarczone są dziedzicznie ze strony rodziny ojca (babka, matka, ciotka, kuzyn). Dzieci urodziły się prawidłowo, w stanie nieasfiktycznym. Dziecko demonstrowane chorowało czas długi na katar kiszek. Początek obecnej choroby ujawnił się u niego bez przebiecia sprawy gorączkowej lub urazowej. Matka dziecka nie przechodziła podczas ciąży żadnych chorób. Przemyotu, alkoholizmu nie stwierdzono.

Początek choroby ujawnił się jak u dziecka zmarłego, tak i u obecnego zaburzeniami statycznymi i lokomotorycznymi: oczopląsem, niemożnością stania i samodzielnego poruszania się, chodem spastyczno-paretycznym z tendencją do krzyżowa-

<sup>1)</sup> Przypadek demonstrowany na posiedzeniu naukowem Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego dnia 21 marca 1928.

nia się nóg oraz sztywnością mięśni kończyn z odruchem Babińskiego w postaci signe d'évantail, oraz objawem Oppenheima z pewnymi zaburzeniami połykowymi oraz troficznymi. Choroba ma charakter postępujący.

Powstaje kwestja, z jaką postacią nozologiczną mamy do czynienia: z rdzeniową (*paralysis spinalis spastica*), czy z mózgową—porażenie mózgowe (*diplegia cerebialis*).

Zboczenia psychiczne u członków rodziny (babka, matka, ojciec, śmierć dwojga dzieci rodzeństwa z powodu sprawy mózgowej) przemawiają za odziedziczoną niewydolnością układu nerwowego pochodzenia mózgowego—za diplegją cerebralną.

Nasuwają się pytania, czy diplegja jest typu Little'a, czy też innego pochodzenia. Przeciwnie typowi Little'a przemawiają, brak przedwczesnego nieprawidłowego lub asfiktycznego porodu z następstwami, wkrótce po porodzie często występującymi drgawkami, brak sztywności kończyn, ujawniających się w najwcześniejszych okresach życia i brak wreszcie charakterystycznego dla tej sprawy ułożenia dolnych kończyn (uda mocno zgięte, zbliżone do siebie, często ku wewnątrz zwrócone). Natomiast poniższy szereg cech semiotycznych, na które pierwszy główny nacisk kładł Higier, przemawia za pewną postacią chorobową układu nerwowego, znaną pod nazwą obustronnego porażenia mózgowego dziedziczno-rodzinnego — *diplegia cerebialis heredofamiliaris*.

1. Pierwszą cechą tej postaci chorobowej jest jej dziedziczność i wewnątrzpochodność (*hereditas et endogenitas*): babka ojca, poza cierpieniem psychicznym, chorowała na kończyny; na spastyczne porażenie kończyn choruje jego ciotka, na tę sprawę chorował też zmarły jego kuzyn. Dzieci omawianego rodzeństwa przychodzą na świat zdrowe i po upływie pewnego czasu zachorowują na zboczenia układu nerwowego bez uprzednich zaburzeń zapalnych lub naczyniowych ze strony tegoż układu.

2. Drugą cechą sprawy tej jest występowanie objawów chorobowych u członków rodzeństwa w tym samym mniej więcej wieku, mianowicie w drugim roku życia występują u nich zboczenia statyczno-lokomotoryczne (*homochronia*).

3. Trzecią cechą jest identyczność i analogiczność siedliska cierpienia: zboczenia statyczno-lokomotoryczne (*homologia et homotopia*).

4. Czwartą wreszcie cechą jest postępowość sprawy (*progressivitas*).

W celach różniczkowych wzmiankę jeszcze uczynię o ataksjach typu Friedreicha i Marięgo, cechujących się również bezładem statyczno-lokomotorycznym i oczopląsem. Otóż choroby Friedreicha różni się od omawianej sprawa swoistą stopą szpotawą z retrakcją palucha, wiotkością masy mięśniowej i jej niezbornością, brakiem odruchów ścięgowych i początkowym swoim okresem: najczęściej bowiem występuje ona w wieku późniejszym, rzadziej pomiędzy 2 a 3 rokiem życia. Ataksja zaś dziedziczna typu Marięgo — bezład mózdkowy (*heredoataxie cerebelleuse*) cechuje się zaburzeniami koordynacyjnymi pochodzenia mózdkowego, chodem mózdkowym, zataczaniem się, za-

chowaniem lub nawet wzmożeniem odruchów ścięgowych, rzadszem występowaniem oczopląsu i zmian zanikowych nerwu wzrokowego, początkiem zazwyczaj poza okresem dojrzałości płciowej.

Wreszcie słówko o jednej sprawie degeneracyjnej wieku dziecięcego, o rodzinnym idiotyzmie ze ślepotą, o t. zw. chorobie Tay-Sachsa. Dotychczas spostrzegano sprawę tę wyłącznie wśród dzieci rasy semickiej i to dzieci żydów polskich oraz litewskich. Objawy tej sprawy są następujące: w drugiej połowie pierwszego roku życia u dotychczas pozornie zdrowo rozwijającego się dziecka występują, po uprzedniej hipotonicznej akinezi, objawy spastyczne, zaburzenia psychiczne i wzrokowe: zniesienie mianowicie odruchu żrenicznego ze ślepotą. Oftalmoskopowo stwierdzić się daje na siatkówce w okolicy plamki żółtej czerwono-wisniowy punkcik. Zejście śmiertelne najczęściej pod koniec drugiego roku życia, przy objawach zupełnej akinezi i wyniszczenia ogólnego.<sup>1)</sup>

Przechodząc do głównych cech semiotycznych naszego przypadku (*homochronia, homologia, i homotopia*), widzimy, że u członków omawianego rodzeństwa ujawniły się one w okresie wieku dziecięcego. Natomiast u członków pokolenia starszego zboczenia ze strony układu nerwowego ujawniły się dopiero w wieku starszym. O ile mogłem wnioskować z wywiadów, to u żyjącej dotychczas 70-letniej ciotki ojca porażenie spastyczne wystąpiło pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, zaś u jej zmarłego trzydziestoletniego syna w wieku młodziństwa (w 15—16 r. życia).

Spostrzeżenia kliniczne też pouczają nas, że pewne skłonności do dziedzicznych wewnątrzpochodnych patologicznych inwolucyj u następujących po sobie pokoleń, zazwyczaj ujawniają się w coraz wcześniejszych okresach życiowych (t. zw. *antepositio*), w dodatku o bardziej złośliwym charakterze (śmierć dwojga dzieci omawianego rodzeństwa na sprawy mózgowe). Celowość natury jakoby w kierunku tępienia degeneratów.

Co do identyczności cierpienia, to u babki i matki ojca niewydolność układu nerwowego manifestowała się wprawdzie zaburzeniami psychicznymi, natomiast u członków następnego rodzeństwa — zboceniami statyczno-lokomotorycznymi. Przemawiałoby to za tem, że albo identyczność lokalizacji dziedziczno-rodzinnych zboczeń dotyczy tylko członków jednego i tego samego rodzeństwa, albo, że psychika cierpieć może w późniejszym okresie choroby. Pozatem wiadomo, że niekoniecznie wszyscy członkowie danego rodzeństwa uleść muszą dziedzicznym zwyrodnieniom. Obok członków chorych mogą być i zdrowi, przynajmniej pozornie, a zboczenia utajone ujawniać się dopiero mogą u nich lub u członków pokoleń późniejszych bądź drogą atawistyczną, bądź też pod wpływem jakichkolwiek czynników zewnątrzpochodnych (kiła, alkoholizm, bliskie pokrewieństwo rodziców, katastrofy dziejowe i inne<sup>2)</sup>).

<sup>1)</sup> Jeden taki przypadek przedstawiłem w r. 1913 na posiedzeniu naukowym Towarzystwa Lek. Zagłębia Dąbrowskiego.

<sup>2)</sup> Higier spostrzegł i opisał 3 przypadki rodzinnego porażenia spastycznego o typie mózgowym, w których przymiot odgrywał rolę agent provocateur przy wrodzonej abiotrofii rodzinnego rdzenia (*Neurologia Polska* Tom VIII zeszyt I 1925 r.).

Co się tyczy zmian anatomopatologicznych, to mają one charakter nie zapalny, lecz zanikowo-degeneracyjny, lub niedorozwojowy. Spotykamy się więc w sprawach tego rodzaju albo z brakiem wrodzonym kory mózgowej (*aplasia*), z mózgiem o małych zakrętach (*microgyria*), porowatością mózgu (*porencephalia*), ze stwardnieniem mózgu wskutek rozrostu neuroglii (*sclerosis diffusa*), z brakiem lub niedorozwojem komórek piramidowych lub włókien nerwowych w torze piramidowym, niezdolnych do wykonywania złożonych funkcji. W naszym przypadku zboczenia ze strony torów rdzeniowych zależne są prawdopodobnie od wadliwej czynności i niewydolności odpowiednich elementów troficznych kory mózgowej.

### Rokowanie i leczenie.

Jak wzmiankowaliśmy, niektórzy członkowie poprzedniego pokolenia, obarczeni zwyrodnieniem pewnych elementów układu nerwowego, odzna-

czają się stosunkową długowiecznością (babka ojca zmarła w późnym wieku, matka jego i 70-letnia ciotka żyją dotychczas, syn tej ostatniej żył 35 lat). Wobec wszakże faktu, że u członków następujących po sobie rodzin degeneracyjne sprawy dziedziczne zazwyczaj ujawniają się w postaci bardziej złośliwej, rokowanie w danym przypadku *quo ad vitam* jest wątpliwe, zaś *quo ad valetudinem completam* — niepomysłne.

Co się tyczy terapii, to w sprawach tego rodzaju może być mowa tylko o leczeniu objawowym. W danym przypadku należy przypuścić ujemny wpływ długotrwałego kataru kiszek z upośledzeniem odżywczym (*avitaminosis*) na odziedziczone małowartościowe elementy ruchowe.

Wskazane zatem będą tutaj odpowiednie środki odżywcze, obfitujące w witaminy: tran lub jego przetwory (ostelin), ergosteryna (vigantol), witasteryna Funka (wikosan Barcikowskiego), po-  
zatem kąpiele obok zabiegów mechanoterapeutycznych.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe.

#### O leczeniu niedokrewności złośliwej zapomocą wątroby.

Podał a

D. TARKOWSKA (Warszawa).

Niedokrewność złośliwa należy do szeregu tych zachorzeń, w których wszystkie dotychczasowe metody lecznicze zawodziły: związki żelaza, organiczne czy nieorganiczne, przetwory arsenu, przetaczanie krwi, naświetlanie promieniami Roentgena, proteinoterapia, hemoterapia, leczenie dietyczne, a nawet zabiegi operacyjne (usuwanie śledziony) doprowadzały jedynie do krócej lub dłużej trwających przerw, po których choroba postępowała jednak niezmiennie do zejścia śmiertelnego. W wielu przypadkach przerwy w nasileniu choroby występowały tak nierównomiernie, że trudno było ustalić, czy są one uzależnione od leczenia, czy też występują samoistnie. W podobny sposób przedstawia się sprawa nawrotów. Dlatego też kwestją najzupełniej aktualną wydaje się streszczenie wyników leczniczych, otrzymanych przy stosowaniu metody leczenia niedokrewności złośliwej narządami mięszszowymi lub wyciągami z nich (metoda Whipple'a, Robscheita i Robbinsa).

Wspominani fizjologowie amerykańscy w badaniach, rozpoczętych w r. 1920, doszli do wniosku, że u psów z ciężką niedokrewnością spowodowaną przez wielokrotne upusty krwi, najszybciej następują odnowa krwi po podaniu dużej ilości wątroby wołowej, nerek, słabiej po stosowaniu serca, a naj-

mniej po mięsie wołowym. W doświadczeniach kontrolnych okazało się, że związki arsenowe nie wywierają żadnego działania na odnowę krwi u psów Whipple'a, żelazo natomiast działa w sposób skuteczny.

Whipple nie stosował osobiście swej metody u ludzi; zasługa przeniesienia metody Whipple'a do kliniki przypada w udziale amerykańskim klinicytom Minotowi i Murphymu w r. 1925.

Badacze ci 1<sup>o</sup> uregulowali dietę chorych na niedokrewność złośliwą, zmniejszając ilość tłuszczów, podając mierną ilość węglowodanów, dużo jarzyn i owoców, 2<sup>o</sup> dodali do diety wątrobę i nerki wołu, cielęcina, barana. Wątroby wieprzowej nie podają jako zbyt tłustej, Z tych samych względów nie nadaje się również wątroba drobiu.

Praktycznie dieta Minota i Murphye'go ma skład następujący:

120 gr. mięsa wołowego lub baraniego, 300 gr. jarzyn zielonych — zwłaszcza szpinak i sałata, 250 — 500 gr. owoców, 40 gr. masła do potraw (unikąć tłuszczów zwierzęcych i oliwy), 240 gr. mleka i ewent. 1 jajo.

Dietę uzupełnia się chlebem i kartoflami dowolnie. Kalorycznie dieta powyższa zawiera.

340 gr. węglowodanów, 150 gr. białka, 70 gr. tłuszczu (najwyżej); przedstawia zatem wartość 2 — 3000 kalorii. Zawartość żelaza wynosi 0,03 gr., ciał purynowych 1 gr. Zmniejszenie zawartości tłuszczu w powyższej diecie ma swe uzasadnienie

w szkodliwym działaniu kwasów tłuszczowych na ciało czerwone.

Do tej diety dodają autorzy 120 — 240 gr. wątroby gotowanej lub 180 gr. surowej w postaci purée z wodą lub sokiem pomarańczowym, gotować należy nie dłużej niż 10 minut; wodę, w której gotowano wątrobę, należy również podać choremu.

Metoda Minota i Murphyego została w ciągu lat 1925 — 1927 wielokrotnie sprawdzona w Ameryce i w Europie; wspomniani dwaj badacze podają 125 własnych przypadków. We Francji Rathery i Maximin stosują ją również w przypadkach niedokrewności złośliwej, Fiessinger i Castéran w niedokrewności typu śledzionowego z żółtaczką. De Loygne w żółtaczce hemolitycznej. Emile-Weil leczył niedokrewność złośliwą kombinowaną metodą Whipplea i Walinśkiego — podawanie wątroby z równoczesnym przetaczaniem krwi i z wstrzykiwaniem insuliny. W Niemczech metodę Whipplea stosowali Rosenow, Seyfarth, Schottmüller, Pal, Steinitz, Seyderhelm, Opitz, Jungmann i inni. Kutchera naświetlał wątrobę podawaną promieniami pozafioletowymi. W Polsce niewiele mamy doświadczenia w leczeniu niedokrewności wątroby (kilka nieogłoszonych przypadków Kleina, 3 przypadki Dziekiewicz-Czerniewskiej z Wilna).

Istnieją próby wyodrębniania czynnej substancji zawartej w wątrobie, działającej skutecznie w niedokrewności złośliwej. Minot i Cohn wykryli ciało czynne rozpuszczalne w wodzie, nierozpuszczalne w eterze i w acetonie, strącalne alkoholem, nie zawierające lecytyny i lipidów, wykazujące ślady białka, siarki i żelaza, zawierające około 7% azotu. West otrzymał preparat czynny, nie zawierający żelaza. Schottmüller i Pal wprowadzili do leczenia wyciąg z wątroby o zawartości 0.92% żelaza, t. zw. hepatopson. Drugi wyciąg z wątroby, znajdujący się w handlu pod nazwą hepatrat jest analogiczny do wyciągu Minota i Cohna.

Ogólne zdanie o wartości leczniczej wątroby w niedokrewności złośliwej jest dodatnie. Kilkakrotnie wspomniani badacze Minot i Murphy w 125 obserwowanych wypadkach mieli zdumiewające wyniki. Podobnego zdania są również badacze francuscy i niemieccy. Na czym polega i jak przebiega poprawa? bo o całkowitem wyleczeniu jeszcze dzisiaj nie można mówić z powodu zbyt krótkotrwałego okresu obserwacji.

Już po kilku (3 — 4) dniach stosowania wątroby zaznacza się wyraźnie poprawa stanu ogólnego, która wyprzedza zmiany na lepsze w obrazie krwi, a więc znika osłabienie, pobudliwość, kołatanie serca, zabarwienie podżółtaczkowe skóry, pieczenie i zaczerwienienie języka, poprawia się łaknienie.

Po 5 — 8 dniach kuracji stwierdzić się dają zmiany w obrazie krwi, jak wzrost ilości Hb i liczby ciałek czerwonych, następnie ustępuje anizocytoza, pójkilocytoza i makrocytoza; wskaźnik hemoglobiny ulega zmniejszeniu.

Autorzy niemieccy (Jungmann) podają, że przy poprawie niedokrewności złośliwej wskutek le-

czenia wątrobą nie stwierdza się przejściowego zwiększenia ciałek czerwonych jądrazastych i myeloidnych leukocytów, co jest charakterystyczne dla popraw samostynnych, zwanych „Blutkrisen”. Pod tym względem zachodzi różnica między badaczami niemieckimi a amerykańskimi i francuskimi, którzy właśnie stwierdzają zwiększenie liczby normoblastów w przebiegu leczenia niedokrewności złośliwej wątrobą.

Od 2-go tygodnia leczenia liczba ciałek czerwonych wzrasta szybko i wyraźnie i w ciągu 3-go tygodnia wynosić może 3 miliony (Meaus). W obrazie ciałek białych zamiast leukopenji z limfocytozą występuje leukocytoza z przewagą wielojądrazastych, obojętnochłonnych, zjawia się eozynofilia (do 6%).

Liczba płytek początkowo wzrasta, następnie ulega zmniejszeniu do normy. W moczu i w kale zmniejsza się zawartość urobiliny, względnie urobilinogenu, nadto znika w moczu iudykan. We krwi stwierdza się znaczne zmniejszenie zawartości bilirubiny z 0.95 — 0.75 mg. % na 0.3 — 0.25 mg. % (Hymans van den Bergh). Są to, zdaniem Jungmanna, objawy bardzo charakterystyczne. Znika język Huntera (*papillitis*) zostaje jednak bez zmiany *achylia gastrica* i zwyrodnienie pęczków rdzeniowych jako oznaka trwała zmiany anatomicznej. — chociaż w kilku przypadkach zauważono zanik przeczulicy i zaburzeń koordynacyjnych. Wczesne jednak zaburzenia rdzeniowe mijają albo uspokajają się po stosowaniu wątroby. W przypadkach niedokrewności złośliwej, powikłanych obrzękami, daje się zauważyć zwiększona diureza, przyczem zwiększenie diurezy jest nieproporcjonalne do spadku wagi, która może pozostać na tym samym poziomie z powodu wzmoczonego pod wpływem wątroby przyrostu tkanek, jako wyrazu poprawy stanu ogólnego.

Poprawa utrzymuje się przez czas długi, o ile tylko kuracja nie zostaje przerwana. U 52 chorych Minota poprawa utrzymuje się dłużej niż rok, u 12 przeszło 2 lata, u 2 przeszło 3 lata. Chorzy czują się natyle dobrze, że mogą nawet fizycznie pracować. Naodwrot, nawet po kilkudniowej przerwie kuracji w okresie, zanim obraz krwi dojdzie do normy, odrazu zaznacza się pogorszenie, którego najdobitniejszym wyrazem, jest zwiększona bilirubinemia i urobilinuria (Jungmann).

Po miesiącu leczenia średnia liczba ciałek czerwonych wynosiła 3.360.000, początkowa wartość średnia 1.500.000. Po dwu miesiącach 4,250,000, — po 1/2 roku 4.650.000. W 5 przypadkach liczba ciałek czerwonych wzrosła ponad 5 milj. tak, że należało ograniczyć ilość spożywanej wątroby. Podobne przypadki stwierdzają Pal, Jagić i Rosen.

Powyższe wyniki lecznicze są niejako przesunięciem obrazu krwi w kierunku odwrotnym, niż przy niedokrewności złośliwej, a mianowicie w kierunku policytemji. Najważniejsze stopnie policytemji obserwowano u dzieci przy leczeniu wątrobą *anaemia pseudoleukaemica infantum* (Schiff), co łatwo tłumaczy się większą fizjologiczną zdolnością regeneracyjną szpiku kostnego u dzieci.

Prócz niedokrewności złośliwej, próbowano leczyć wątrobą niedokrewności wtórne i blednicę; w wynikach różnią się badacze amerykańscy i europejscy. Autorzy amerykańscy uważają podawanie



wątroby w niedokrewnościach wtórnych za nieskuteczne i dochodzą nawet do wniosku, że brak poprawy przy dacie wątrobowej przemawia za tem, że niedokrewność nie była typu złośliwego (Minot, Murphy). Lepsze wyniki mają Niemcy, między nimi Pal podaje, że niedokrewność wtórna poprawia się przy stosowaniu wątroby do tego stopnia, że nawet odstawienie wątroby na pewien czas nie pogarsza stanu ogólnego i obrazu krwi.

Teorje działania wątroby w wielu punktach łączą się z teorjami o patogenecie niedokrewności złośliwej. Najbardziej przyjętą teorją o niedokrewności złośliwej, jest działanie jądów, które 1-sze wywołują rozpad krwinek w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, 2-gie działają jako podniet na miąższ krwiotwórczy w szpiku kostnym, skierowując wytwarzanie czerwonych ciał na patologiczne — embrjonalne tory. Niektóre z tych jądów są znane np. wyciąg z członów, *botriocephalus*, wyodrębniony przez Tallqista i zidentyfikowany przez niego, jak kwas oleinowy. W innych przypadkach niedokrewności złośliwej, jady są nieznane, jakkolwiek z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczane — a mianowicie produkty rozpadu białka i aminy.

Marcelle Labbé sądzi np., że wątroba zawiera ciała, które ochraniają krwinki czerwone przed hemolizą; podobnego zdania jest Jungmann, który, przypuszcza, że wątroba blokuje układ siateczkowo-śródbłonkowy, zmniejszając czynności hemolityczne tego układu, któremu Eppinger przypisuje podstawowe znaczenie w powstawaniu niedokrewności złośliwej. Dlatego też wzrasta liczba czerwonych ciałek po dłuższym stosowaniu wątroby, wskutek zmniejszenia ich rozpadu. W ten sposób możemy wytłumaczyć wytwarzanie się w niektórych przypadkach (a zwłaszcza u dzieci) po leczeniu wątroba, znacznej polycytemji, o czem wspominaliśmy poprzednio. Jeżeli okaże się słuszną teorją Jungmanna o blokadzie układu siateczkowo-śródbłonkowego przez wątrobę, to leczenie zapomocą wątroby możnaby teoretycznie porównać z zabiegiem operacyjnym wycięcia śledziony, który usuwa części układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Rathery i Hayem tłumaczą działanie wątroby zawartością w niej żelaza w postaci łatwo przyswajalnej. Teorji tej przeczy skuteczność, wyciągów z wątroby, otrzymanych przez Westa i niezawierających żelaza.

Według Minota i Murphyego wątroba ma zawierać substancje, niezbędne do budowy czerwonych ciałek krwi. Brak tego ciała — według nich — ma być istotą niedokrewności złośliwej. Wytwarzanie Hb nie ulega zmianie: czerwone ciała zawierają jak wiadomo — dużo Hb, niema również braku żelaza w ustroju.

Zdaniem Kesslera i Mauzera, którzy uważają niedokrewność złośliwą i wszystkie jej objawy kliniczne jako awitaminozę A, B i C, — możnaby wytłumaczyć działanie lecznicze wątroby zawartością w niej witamin, szczególnie witaminy A.

Doświadczenia Davisa J. Machta zdają się dowodzić, że w surowicy krwi chorych na niedokrewność złośliwą, znajdują się pewne ciała trujące, które działają hamująco na wzrost nasion

i zarodków łubinu (*lupinus albus*). Działanie owych ciał trujących (*phytotoksyn*) osłabiał Macht, naświetlając surowicę promieniami pozafioletkowymi, dodając jeszcze do surowicy eozynę lub fluoresceinę, jako uczulacze na światło. Ponieważ badacze amerykańscy Baumgartner i Lichty stwierdzali zmniejszenie toksyczności surowic chorych z niedokrewnością złośliwą przy zastrzykiwaniu chorem dożylnie eozyny, lub tetrabromfluorescyny i równoczesnem ich naświetlaniu lampą kwarcową, przeto Macht sądzi, że wątroba zawiera pewien rodzaj uczulacza, który zmniejsza jadowitość surowicy.

Zastanowić się należy, czy wątroba działa swoiście — przyczynowo na niedokrewność złośliwą, jak przyjmują Minot i Murphy, czy też działa tylko objawowo.

Przeciw swoistości działania wątroby przemawia skuteczność podawania nerek, mięsa wołowego i serca. Również przeciw swoistości działania przemawiają i doświadczenia Jansena i Karbauma, którzy badali zachowanie się chemizmu ustrojowego u zdrowych i u chorych z niedokrewnością złośliwą; podawanie diety standartowej zobojętnionej, t.j. zawierającej jednakowe ilości wartościowości kwasowych i zasadowych, wywołuje u ludzi zdrowych alkaliurję pokarmową, u chorych zaś na niedokrewność złośliwą występuje acidurja pokarmowa z Ph wahającym się około 5.5. Stosowanie wątroby nie zmienia krzywej Ph u chorych, czyli nie usuwa istniejącej u nich kwasicy, którą, owi autorzy uważają za istotę patogenet. schorzenia i którą tłumaczą nadmiernymi kwaśnymi fermentacjami w jelitach, wywołanymi przez prątki okrężnicy. Z punktu widzenia klinicznego jest rzeczą ciekawą, że u chorych z niedokrewnością złośliwą, u których krzywa Ph po dacie standartowej nie odbiegała od normy, otrzymano najlepsze wyniki po stosowaniu wątroby. Autorzy przypuszczają w tych wypadkach pozajelitowe tło niedokrewności.

Za swoistością działania wątroby przemawiają badania Seyderhelma i Wichelsa, którzy w kilkuset przypadkach niedokrewności złośliwej, nawet w okresach remisji znajdowali po próbnem śniadaniu Ewalda w treści żołądkowej obok achylji w posiewach liczne kolonie *bact. coli*. Po leczeniu wątroba wprawdzie pozostawała achylja posiewu jednak były zawsze jałowe. Świadczyć to może o zmniejszaniu się zawartości bakt. coli w przewodzie pokarmowym, a że bakterje te — według wielu teorji, — są podstawowymi czynnikami w powstawaniu niedokrewności złośliwej, — przeto wynik ten wydaje się znamieny.

Prócz niedokrewności złośliwej i niedokrewności wtórnych, dieta wątrobową stosowana była: 1-o przy obrzękach pochodzenia sercowego lub nerkowego; działanie moczopędne wątroby tłumaczy się blokadą układu siateczkowo-śródbłonkowego. Dobre wyniki w nerczycy samoistnej otrzymali Jungmann, Grossmann i Zagreb w nerczycy lipidowej, a w Warszawie Goldfeil.

2-do w *endocarditis lenta* i innych zakażeniach paciorkowcowych (Jungmann) 3-o w marskości nerek (Seyderhelm i Opitz). W schorzeniu tem wątroba działa zmniejszając prawdopodobnie autointoksykację jelitową (Volhard).

Celem zmniejszenia wstrętu u chorych, którzy całymi miesiącami zmuszeni są spożywać dość znaczne ilości wątroby, wprowadzono do leczenia wyciągi wątrobowe (o których składzie chemicznym była już mowa): *Hepatrat* (Nordmark — Werken — Hamburg), *Hepatopson* (firmy Promonta). *Pal* stosuje wyciąg *Stosiusa*, 19,8 gr. tego wyciągu odpowiada 1000 gr. wątroby. *Hepatrat* istnieje w dwóch postaciach: 1) *Hepatrat siccum* którego podaje się 7½ gr. dziennie, i 2) *Hepatrat liquidum* — 80 gr. dziennie, co odpowiada 400—500 gr. świeżej wątroby. Po osiągnięciu normy we krwi stosuje się mniejsze dawki, odpowiadające 200 gr. wątroby. *Hepatopson*, przygotowany z inicjatywy *Schottmüllera* w postaci proszku, podaje się z papką kartoflaną lub jabłczaną, albo na chlebie z masłem.

Definitywnie wypowiedzieć się o roli wątroby w leczeniu, jest — narazie — trudno, zbyt bowiem mało mamy własnych spostrzeżeń w Polsce; czy spełni rokowane nadzieje, czy też nie, przyszłość wykaże. Nadmienić jednak należy, że dotychczasowe wyniki obcych badaczy są tak zachęcające, sama zaś metoda tak nieszkodliwa, że należy stosować wątrobę na szerszą skalę, tembardziej, że leczenie wątrobowe jest łatwe do przeprowadzenia zarówno w praktyce szpitalnej, jak i prywatnej.

## PIŚMIENICTWO.

Die Therapie der Gegenw. I Heft 1928. Klinische Wochenschr. Nr. 5 — 1928. Klinische Wochenschr. Nr. 10 — 1928. Klinische Wochenschr. Nr. 2 — 1928. Presse Médicale Nr. 102 — 1927. Presse Médicale Nr. 104 — 1927. Aërtliche Praxis Nr. 2 — 1928.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Anatomja.

A. FRIEDEL. *Anatomja. T. I. Nauka o kościach i stawach.* Wyd. Weidmanna. (Berlin S.W. XVI. 206 str. 3 tabl. i 125 ilustracji. 1927. 10 R. M. w oprawie).

Pierwszy tom 3 tomowego podręcznika anatomicznego, napisany przez docenta Wyższej Szkoły ćwiczeń cielesnych i poświęcony rektorowi tejże wszechnicy, znakomitemu lekarzowi i wielkiemu chirurgowi A. Bierowi, przeznaczony jest głównie dla wykładowców sztuk pięknych, sportów i gimnastyki. Bardzo oryginalnie ujęta anatomja, uwzględniająca na każdym kroku fizjologję ruchów i postaw w najsubtelniejszych i najdrobniejszych jej szczegółach.

Wczytywanie się w tę książkę, obficie ilustrowaną w rysunki niezwykle, jedynie fizjologom bliżej znane, jest nie łatwe, gdyż zagłębia się zbyt w finezję ruchu i czucia. Formalna biologia funkcjonalna, z której się wiele nauczyć i skorzystać może lekarz i nauczyciel, zwłaszcza lekarz higienista i nauczyciel gimnastyki. Powoływania są bardzo liczne, na anatomję porównawczą i embriologję (*His, Rabe, Hertwig, Keibel*) ożywiają suche opisy i przyczyniają się do lepszego zrozumienia mechaniki stawów i czynności mięśni (*Weber, Fischer, Braune, Fick, Strasser, Braus*).

Niesamowity układ i ujęcie tematu wywołały też dość pochlebne oceny ze strony lekarzy różnych krajów (Niemcy, Szwecja, Czechosłowacja i różnych specjalności (*Biesalski, Stieve, Grosser, Frostell*)). Ciekawem jest, jak się wywiąże autor z 2-ej części, mającej omawiać układ mięśniowo-nerwowy.

H. Higier.

### Fizjologia normalna i patologiczna.

R. GRAILLY, A. LACHAPÈLE i CH. WANGERMEZ. O opróżnianiu się pęcherzyka żółciowego po spożyciu tłuszczów. *Cmpt. rend. de la Soc. de Biol.* Nr. 8. 1928.

Autorzy badali rentgenologicznie zachowanie się cienia pęcherzyka żółciowego (po wstrzyknięciu dożylnem lub przyjęciu per os tetrajodu) po spożyciu tłuszczów (125 gr. masła lub 15 do 30 gr. oliwy).

Z spostrzeżeń ich wynika, że cień pęcherzyka żółciowego widoczny bardzo wyraźnie w przeciągu wielu godzin po wstrzyk-

nięciu tetrajodu zmniejsza szybko swe duże uprzednio rozmiary i ginie nawet zupełnie lub prawie zupełnie w ciągu 1½ godzin po spożyciu tłuszczu.

Dokonywanie w ciągu tej 1½ godziny zdjęć co 15 minut pozwoliło na wykrycie pewnych dokładniejszych szczegółów co do sposobu opróżniania się pęcherzyka żółciowego; w ciągu pierwszego kwadransu lub pierwszej pół godziny pęcherzyk nie tylko, że się nie opróżnia, lecz cień jego nawet powiększa się nieznacznie i kontury jego zarysowują się nieco wyraźniej, a dopiero później rozpoczyna się stopniowe i powolne opróżnianie się. Dowodzi to, że okres właściwego wydalania żółci poprzedza okres, nazwany przez autorów okresem przygotowania się do wydalania.

Ten okres przygotowawczy zależy prawdopodobnie od mechanizmu odruchowego, który zostaje pobudzony przez obecność tłuszczu w żołądku. Powiększanie się objętości pęcherzyka może zależeć w pewnym stopniu również i od czynności wydzielniczej śluzówki pęcherzyka, obecność bowiem tłuszczu w żołądku warunkuje nie tylko pobudzenie mięśniówki pęcherzyka, lecz wzmacnia również jego wydzielanie.

J. Typograf.

J. GARZILA i J. DANICICO. O trawieniu tłuszczu i białka po resekcji żołądka. (*Cmpt. rend. de la Soc. de Biol.* Nr. 9. 1928).

Badanie czynności gruczołów trawiennych po resekcji żołądka było przedmiotem prac bardzo nielicznych. Jedni autorzy uważają, że po usunięciu żołądka nadczynność trzustki zastępuje do pewnego stopnia czynność żołądka, inni zaś są zdania wprost przeciwnego, że resekcja żołądka powoduje hipofunkcję gruczołów trawiennych (trzustki, wątroby, gruczołów kiszkowych).

Autorzy badali u 13-u osobników, u których dokonano całkowitą resekcję żołądka, stopień zdolności trawienia białek i tłuszczów obliczając ich ilość w pożywieniu i w kale.

Współczynnik wchłaniania tłuszczów, wynoszący w warunkach zwykłych 95%, wahał się u chorych bez żołądka od 53 do 93% (przeciętnie 78%). Współczynnik wchłaniania związków azotowych, wynoszący u ludzi zdrowych 90—95%, był w 5 przypadkach prawidłowy, w pozostałych 8 zaś wahał się od 72 do 87%.

Z badań autorów wynika, że trawienie zarówno tłuszczów, jak i białek, pogarsza się po resekcji żołądka. Trawienie tłuszczu

czów okazuje się stale mniejszem niż w normie, białek zaś w większości przypadków. Wydaje się prawdopodobnem, że ta niedomoga trawienna zależy przede wszystkim od niedomogi trzustkowej, powstającej po resekcji żołądka. Ważną rolę odgrywa przytem z pewnością również i niedomoga wątrobowa, w kilku bowiem przypadkach trawienie białek odbywa się prawidłowo, trawienie tłuszczów natomiast było upośledzone; można to wytłumaczyć jedynie niedostateczną czynnością wątroby. Pewną rolę w upośledzeniu wchłaniania należy również przypisać przyspieszeniu przejścia pokarmów przez przewód pokarmowy, które stwierdzano prawie we wszystkich przypadkach. Niedomoga trawienna okazywała się największą w tych przypadkach, w których sprawa chorobowa uszkadzała trzustkę (wrzód żołądka drążący do trzustki).

J. Typograf.

R. GAYET i M. GUILLAUMIE. O regulacji poziomu cukru we krwi u psów cukrzyczych po przeszczepianiu różnych ilości tkanki trzustkowej. *Compt. rend. de la Soc. de Biol.* Nr. 9. 1928

Autorzy dokonali na psach cukrzyczych po usunięciu trzustki szereg doświadczeń z przeszczepianiem trzustki. Celem tych doświadczeń było poznanie wpływu wywieranego na glikemję przez przeszczepiony narząd, pozbawiony całkowicie połączeń z układem nerwowym. Ogólna ilość spostrzeżeń wynosi 23. We wszystkich bez wyjątku przypadkach stwierdzano po przeszczepieniu spadek wysokiego uprzednio poziomu cukru we krwi. Spadek ten rozpoczynał się najczęściej już w ciągu pierwszej pół godziny i trwał tak długo, dopóki glikemja nie doszła wreszcie do normy.

W pracy swej autorzy zwrócili szczególną uwagę na wpływ, jaki wywiera na poziom cukru we krwi ilość przeszczepianej trzustki. Przeszczepiali mianowicie psom bądź to jedną lub dwie trzustki, bądź też mniejszą lub większą część trzustki, tak że waga przeszczepu była większa, równa lub mniejsza od wagi trzustki badanego zwierzęcia. Okazuje się, że jakkolwiek byłby stosunek wagi trzustki przeszczepionej do trzustki własnej i to w bardzo rozległych granicach (od trzykrotnie większej wagi do  $\frac{1}{15}$  wagi), przeszczep zawsze doprowadzał glikemję do normy. Prawie we wszystkich przypadkach działanie wyrównawcze przeszczepu rozpoczynało się zaraz po dokonaniu zabiegu. Zmieniała się jedynie w sposób znaczny i w zależności od wagi gruczołu szybkość, z jaką odbywał się spadek hyperglikemji. W przypadku, w którym przeszczepiono trzustkę psa wagi 23 kg., psu wagi 13,7 kg., spadek glikemji do normy odbył się niezwykle szybko (w ciągu 2 godzin). W przypadku zaś, w którym przeszczepiono ćwierć trzustki, czas powrotu glikemji do normy wynosił  $3\frac{1}{2}$  godziny, a w przypadku przeszczepienia  $\frac{1}{15}$  części trzustki—9 godzin.

Doświadczenia powyższe wykazują, że przeszczepiona trzustka zachowuje przez pewien czas zdolność bardzo dokładnego wydzielania insuliny, podobnego do wydzielania w warunkach fizjologicznych i zapewniającego stałość poziomu cukru we krwi. Jest to pierwszy przekonywający dowód, że trzustka jest w stanie odgrywać swą rolę regulatora glikemji zupełnie bez udziału układu nerwowego, to znaczy podlegając bodźcom wyłącznie humoralnym.

J. Typograf.

CHAHOVITCH, ARNOVLEJVITCH i VICHNJITCH. O znaczeniu nadnerczy dla termoregulacji. (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* Nr. 7. 1928.

Wiadomo, że nadnercza odgrywają dużą rolę w regulacji ciepłoty ustroju: zwierzęta, pozbawione nadnerczy, giną w stanie hypotermji, tracą zdolność odpowiedniego przystosowywania się do otaczającej ciepłoty, nie reagują na zakażenie prąt-

kiem ropy błękitnej podwyższeniem ciepłoty i nie udaje się u nich wywołać gorączki przy pomocy nakłócia ośrodka ciepłnego.

Obecne doświadczenia autorów przedstawiają nowy przyczynek do wykazania ważnej roli, jaką odgrywają nadnercza w termoregulacji. Autorzy badali wpływ mleka wstrzykniętego królikom do lewej komory serca na zachowanie się ciepłoty u zwierząt normalnych oraz pozbawionych nadnerczy.

Okazuje się, że u zwierząt normalnych wstrzyknięcie dosercowe mleka powoduje znaczne podwyższenie się ciepłoty, u zwierząt zaś, całkowicie pozbawionych nadnerczy, wstrzyknięcie mleka ciepłoty nie podwyższa wcale i giną one przy stopniowym coraz większym spadku ciepłoty.

J. Typograf.

J. BERNARDBEIG i M. SENDRAIL. O wpływie usunięcia tarczycy na wodochłonność tkanek. *Compt. rend. de la Soc. de Biol.* Nr. 8. 1928.

Skuteczność opoterapii tarczycowej w zespole objawów zatrzymania wody w ustroju i w nerczycach nasuwa myśl o wewnątrzwydzielniczej regulacji gospodarki wodnej. Autorzy postawili sobie za zadanie dokładniejsze zbadanie tej sprawy przy pomocy odczynu śródskórnego z płynem fizjologicznym (odczyn Aldricha) stosowanego w przebiegu rozwoju doświadczalnego obrzęku śluzakowatego.

Doświadczenia wykonano na królikach, u których obliczano czas wchłaniania się śródskórnie wstrzykniętego roztworu fizjologicznego w stanie normalnym, a następnie po usunięciu gruczołu tarczowego. Okazuje się, że u zwierząt, które wykazywały objawy całkowitego usunięcia gruczołu tarczowego (spadek ciepłoty, zmniejszenie oddechowej przemiany materji, troficzne zaburzenia skórne), wchłanianie się płynu odbywało się znacznie szybciej. Wynika z tego, że tkanki zwierząt po tyreoidtomji cechują się znacznie większą wodochłonnością niż w warunkach zwykłych. W jaki sposób hormon tarczycy wpływa na tę wodochłonność pozostaje do rozstrzygnięcia. Może ona zależeć od czynników, rządzących miejscowo przemianą wodną, od równowagi kwasowo-zasadowej, ciśnienia osmotycznego białek, rozdziału jonów mineralnych. W każdym razie w patogenezie obrzęków należy liczyć się bardzo poważnie z czynnikiem wewnątrzwydzielniczym.

J. Typograf.

## Patologia kliniczna i doświadczalna.

JUNG i AUGER. O mechanizmie śmierci po przeniknięciu powietrza do żył. (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* Nr. 9 — 1928).

Sprawa śmierci po przeniknięciu powietrza do żył podczas zabiegów operacyjnych pomimo licznych opisywanych przypadków nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną. Dla głębszego wnikięcia w mechanizm śmierci w tych warunkach autorzy wykonali szereg doświadczeń na psach, którym wprowadzali powietrze do żył, lub po otwarciu klatki piersiowej do komory prawej lub lewej. Powietrze wprowadzano zawsze bardzo szybko, w ciągu kilku sekund, wiadomo bowiem, że powietrze wprowadzone nawet w bardzo znacznej ilości lecz powoli, nie powoduje żadnych zaburzeń.

Z doświadczeń autorów wynika, że dla spowodowania zejścia śmiertelnego należało wprowadzić do komory prawej co najmniej 50 cm.<sup>3</sup> powietrza, lub co najmniej 100 cm.<sup>3</sup> przy wstrzykiwaniu do żyły szyjnej. W wielu przypadkach należało wprowadzić ilości znacznie większe. Natychmiast po wprowadzeniu powietrza stwierdza się gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego, przedsionek i komora prawa szybko się rozszerzają; po upływie

bardzo krótkiego czasu stwierdza się przenikanie licznych pęcherzyków powietrznych do żył wieńcowych, przedostających się do najdalszych rozgałęzień, w których zostają unieruchomione. Następnie komory wpadają w stan migotania, podczas gdy przedśionki biją nadal. W okresie tym nie tylko serce prawe, lecz również i duże żyły są wypełnione krwią bardzo pienistą. Czasami, jednak, względnie rzadko, znajdujemy nieco tej krwawej piany i w sercu lewym.

O ile chodzi o komorę lewą, to dla spowodowania zgonu wystarcza już znacznie mniejsza ilość wprowadzonego powietrza (20 cm.<sup>3</sup>). Prawie natychmiast kulki gazowe przenikają do tętnic wieńcowych, zatrzymują się w nich i doprowadzają do migotania komór.

Ani razu nie stwierdzono uchwytnych zmian w płucach, czyli, że przenikanie powietrza z komory prawej do lewej drogą przez płuca wcale nie wchodzi w rachubę. Przecięcie rdzenia lub nerwów błędnych pozostawało bez wpływu na objawy sercowe.

Wprowadzenie więc powietrza powoduje kolejno 3 następujące najważniejsze objawy: gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego, przeniknięcie powietrza do naczyń sercowych i migotanie komór.

Przeniknięcie powietrza do tętnic serca przy wstrzyknięciu go wprost do komory lewej jest rzeczą zupełnie zrozumiałą. Przeniknięcie zaś go do żył sercowych przy wprowadzeniu do komory prawej lub żył obwodowych, autorzy wyobrażają sobie w sposób następujący: powietrze wypełniające serce prawe i duże żyły przedstawia znaczną przeszkodę w wypełnianiu komory prawej i opróżnianiu jej zawartości do płuc; powoduje to spadek ciśnienia w układzie tętniczym otrzymującym za mało krwi z żył płucnych. Spadek ten odzyskuje się oczywiście również i na żyłach wieńcowych, do których, zwłaszcza w końcu okresu rozkurczowego, może z łatwością w kierunku przeciwnym prądowi krwi przeniknąć powietrze z przedsionka prawego. Wypełniając żyły wieńcowe powietrze zatrzymuje wreszcie krążenie krwi w mięśniu sercowym i doprowadza do migotania komór.

Wynika z powyższego, że śmierć naskutek przeniknięcia powietrza do krążenia krwi jest we wszystkich przypadkach wynikiem powietrznego zaczopowania naczyń sercowych.

J. Typograf

L. BLUM i P. GRABER. O zaburzeniach wydzielania nerkowego wskutek braku w ustroju soli kuchennej (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7. 1928).

Gdy ustrój traci znaczne ilości soli kuchennej, powstaje znaczne zaburzenie czynności nerek, które można szybko usunąć przez podanie chlorku sodu.

Autorzy obserwowali powyższe zjawisko u chorych z ciężką cukrzycą i wybitną kwasicą, która doprowadzała stopniowo do znacznego zubożenia ustroju w chlorek sodu. Z chwilą wystąpienia u tych chorych śpiączki ilość chlorku sodu, którą rozporządzali, była minimalna. Jeżeli chorem tym, przywróconym do życia dzięki zastosowaniu insuliny, dano dietę całkowicie pozbawioną soli kuchennej, wówczas stwierdzono następujące objawy: poziom mocznika we krwi, prawidłowy lub nieznacznie powiększony w okresie śpiączki, podnosi się gwałtownie i dochodzi do liczb bardzo wysokich (z 0,43 do 2,69 gr.). Podanie choremu soli kuchennej wystarcza, aby doprowadzić azotemję do normy.

Poza utrudnieniem wydzielania substancji azotowych zaburzenie czynności nerek przejawia się przez podniesienie progu cukromoczu: przy glikemii 4 gr. nie stwierdza się cukromoczu prawie wcale, lub jest on bardzo nieznaczny. Podanie soli kuchennej obniża próg cukromoczu, tak że przy glikemii nawet niższej niż uprzednio cukier pojawia się w moczu.

Poprawa zaburzonej czynności wydzielniczej nerek po podaniu soli dowodzi, że prawidłowa ich czynność wymaga obecności dostatecznej ilości chlorku sodu.

Z praktycznego punktu widzenia spostrzeżenie powyższe dowodzi konieczności podawania Na Cl w śpiączce cukrzycowej i we wszystkich przypadkach, w których występuje zubożenie ustroju w sól kuchenną (wymioty przy zwężeniu odźwiernika lub dwunastnicy, niedrożności jelit). Powstaje również pytanie, czy brak soli kuchennej nie odgrywa pewnej roli w obrazie chorobowym niektórych postaci chorób nerkowych, zwiększając ze swej strony zaburzenia, zależne od samego uszkodzenia nerek.

J. Typograf

BLUM, GRABER i WEILL. O wpływie mineralizacji ustroju na ciśnienie osmotyczne białka krwi i stosunek albumin do globulin. Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7. 1928.

Wiadomo, że podczas obrzęków ciśnienie osmotyczne białka krwi zmniejsza się, podczas zaś chorób nerek, przebiegających z nadciśnieniem tętniczym, a bez obrzęków, omawiane ciśnienie osmotyczne się zwiększa. Wszyscy autorzy, którzy się tą sprawą zajmowali, uzależniają zmiany ciśnienia osmotycznego od zmian ustosunkowania się różnych białek krwi: obniżenie ciśnienia ma jakoby zależeć od zwiększenia się ilości globulin w stosunku do albumin, a wzrost ciśnienia od powiększenia się ilości albumin w stosunku do globulin.

Autorzy badali, jaki wpływ wywierają substancje mineralne na ciśnienie osmotyczne białek krwi. Doświadczenia wykonano na chorych cukrzycowych, u których wystąpiło znaczne zubożenie w chlor i sód wskutek kwasicy i którzy przy diecie bezsolnej nadal tracili oba te związki. U chorych tych obliczano sód i chlor w surowicy, ciśnienie osmotyczne białek krwi i stosunek albumin do globulin.

Na podstawie otrzymanych wyników autorzy dochodzą do następujących wniosków: wahania ciśnienia osmotycznego białek krwi są uwarunkowane zmianami poziomu sodu i chloru w osoczu. Współczynnik albuminowo-globulinowy również zależy od ilości tych dwóch minerałów. Wydaje się, że oba zjawiska, ciśnienie osmotyczne i współczynnik albuminowo-globulinowy są związane i uzależnione od tej samej przyczyny, ale nie zależą jedno od drugiego. Zmiany ciśnienia osmotycznego białek krwi nie zależą, jak się to obecnie przyjmuje, od pierwotnych zmian tych białek, lecz są wynikiem zmian mineralizacji.

J. Typograf

## Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

W. LOEWENSTEIN. Przyczynki do leczenia cukrzycy zapomocą syntaliny. (Ther. der Geg. Nr. 4, r. 1928).

Autor opisuje sposób leczenia cukrzycy na oddziale prof. Strassera w Wiedniu.

Sporo osobników cukrzyczych, robiących z wyglądu wrażenie ciężko chorych, o dużej zawartości cukru w moczu i we krwi, z wyraźną ketozą, po zastosowaniu racjonalnej diety nie tylko daje się odcukrzyć, lecz także znosi dobrze 100 — 150 gr. węglowodanów.

Przy stosowaniu zasad Porgesa i Adlersberga, t. j. ograniczając silnie ilość tłuszczów, widzi się szybkie znikanie kwasicy oraz wzrost tolerancji węglowodanów.

Z drugiej strony zdarzają się przypadki, w których ilość wydzielanego cukru jest nieznaczna, lecz za to trzyma się uporczywie mimo zastosowania odpowiedniej diety.



Niejednakowe reagowanie chorych cukrzyczych na djetę objawia się także po zastosowaniu insuliny, względnie syntaliny, co daje niektórym autorom pohop do twierdzenia, że syntalina np. jest wogóle niepewna w działaniu.

Często mówi się także o trujących własnościach syntaliny, które chciano zwalczać w rozmaity sposób. Autor uważa, że wszystkie te sposoby nie odpowiadają swemu zadaniu, co najwyżej uniedostępniają i tak już wysoki koszt leczenia chorych na cukrzycę. Złudzenie może powstać dzięki temu, że niekiedy chorzy znoszą dobrze duże dawki syntaliny do 70 — 80 mlgr.

Racjonalne dawkowanie syntaliny 20 — 40 mlgr. dziennie z przerwami co pewien czas, łącznie do dwustu mlgr. na tydzień, a nawet z przerwą kilku dniową od czasu do czasu, zdaje się być odpowiednim sposobem leczenia diabetyków.

B. Goldstein.

G. G. DUNCAN. Syntalina w leczeniu cukrzycy. (Am. Journ. Med. Sciences 1928 r. Nr. 2).

Autor radzi ostrożne stosowanie syntaliny: trzy razy dziennie po 10 mg. przed jedzeniem w ciągu 2 dni, z przerwą na trzeci dzień. W razie powiększenia dawek należy przerwać podawanie zupełnie w razie wystąpienia najmniejszych objawów przedawkowania. Po 24 godz. można powtórzyć tę samą dawkę, o ile stosuje się również dehydrocholan sodu; w przeciwnym razie lepiej dawki zmniejszyć. Autor uważa stosowanie syntaliny za wskazane w każdym przypadku cukrzycy. Poza możliwością ograniczenia dowozu insuliny, główną zaletą syntaliny jest jej stosowanie doustne, co nie tylko jest wygodą dla pacjenta, lecz także rozszerza koło przypadków t. zw. cukrzycy „nieinsulinowej”.

B. Goldstein.

C. A. MILLS. O leczeniu cukrzycy zapomocą witaminy B. (Am. Journ. of. Med. Sciences № 3. 1928).

Autor stosował wyciąg z roślin, obfitujących w witaminę B. jak szpinak, marchew, cebula, koniczyna, otręby i t. p. Czterdziestoprocentowy alkohol etylowy, zawierający kwas solny w stosunku 0,4 na sto, używany jest do sporządzenia wyciągu, bez ogrzewania.

Po sporządzeniu wyciągu, zostaje on zobojętniony roztworem ługu sodowego, zaś strąt białkowy, który przy tem powstaje, usunięty za pomocą sączenia.

W 7 przypadkach osiągnięto obniżenie cukromoczu, 30 cm<sup>3</sup> wyciągu ma przytem działanie odpowiadające 30 jedn. insuliny.

Autor zaznacza, że mimo, iż cukrzyca nie może być uważana za cierpienie awitaminowe, wyciągi sporządzone, jak wyżej podano, osiągają pewien skutek i mają swą wartość już choćby dlatego, że mogą być podawane doustnie.

Szczególnie dobre wyniki miały wypaść po stosowaniu jednoczesnem insuliny i witaminy B.

B. Goldstein.

GORDON, CONNOR i RABINOWICZ. Cukrzyca a cierpienia dróg żółciowych. (Am. Journ. Med. Sciences 1928 r. № 1).

Autorzy opisują przypadek cukrzycy, połączonej z napadami kolki żółciowej, który zakończył się śmiercią.

Cukrzyca niekoniecznie w podobnych razach musi być zejściem zajęcia dróg żółciowych.

Autorzy wskazują także, że cukromocz sam przez się nie jest miarodajnym sprawdzianem ciężkości cukrzycy, gdyż może się okazać, że próg wydzielania cukru przez nerki zostanie podniesiony.

Miarodajne natomiast jest określenie cukru we krwi.

B. Goldstein.

ALTMANN. O pseudożółtaczkowym zabarwieniu skóry w cukrzycy. (Arch. f. Vrdgr. T. XLII Z. 4).

T. zw. *Xanthosis*, dość często spotykana u chorych cukrzyczych, różni się od żółtaczki umiejscowieniem: występuje w pierwszym rzędzie na skórze fałd nosowo-wargowych, dłoni, stopie, dalej na uszach, czole, skroniach, szyi i t.d.

Brak tu następnie zmian w moczu oraz w zawartości bilirubiny w surowicy. *Xanthosis* występuje wyraźniej podczas napinania skóry. W powstawaniu tego barwnika odgrywają główną rolę barwniki, znajdujące się przeważnie w pokarmach roślinnych. Natężenie zabarwienia zależy zatem od ilości podanych jarzyn i jaj. Specjalną rolę odgrywają: sałata, szpinak, marchew, kukurydza, żółtko jaj.

We wszystkich bez wyjątku przypadkach stwierdzono zwiększoną zawartość lipochromu w surowicy.

Józef Nusbaum.

## Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

A. ADAM. Czy witamina przeciwkrzywicowa tranu jest naświetlaną ergosteryną. (Klin. W. 1927 Nr. 27).

Stwierdzenie identyczności witaminy przeciwkrzywicowej tranu i naświetlanej ergosteryny nie było dotychczas możliwem, gdyż otrzymanie jej w stanie zupełnie czystym i pozbawionym domieszek innych związków przedstawia bardzo znaczne trudności. Autor w badaniach swych korzystał z zawierających witaminę tranową wyciągów alkoholowych o różnem stężeniu jonów wodorowych. Badając widmo pochłaniania tych kwaśnych wyciągów, stwierdza się, że dają one widmo bardzo zbliżone do widma ergosteryny naświetlanej, czyli witaminy przeciwkrzywicowej. Doświadczenia wykonane na szczurach wykazały w sposób niewątpliwy, że wyciągi kwaśne okazują silne działanie przeciwkrzywicowe, wyciągi zaś zasadowe działają bardzo słabo. Przy zobojętnianiu wyciągów kwaśnych widmo nie zmienia się wcale. Jest godnem uwagi, że widmo insuliny jest bardzo zbliżonem do widma naświetlanej ergosteryny.

J. Typograf

## Choroby narządów trawienia.

ADLER i LANGE. O zawartości kwasu mlekowego we krwi w schorzeniach wątroby. (D. Arch. f. innere Medizin, tom 157 zes. 3/4)

Autorzy określali u osobników zdrowych i chorych kwas mlekowy we krwi naczeczno metodą Hirsch-Kaufmana i Embdena, jednocześnie badając krew i mocznik na składniki żółci, czasem również rezerwę alkaliczną.

Z ilości kwasu mlekowego we krwi autorzy wyciągają wnioski rozpoznawcze oraz prognostyczne. W żółtaczkach pochodzenia nie mechanicznego wzrost ilości kw. mlekowego ponad 30 mgr/0 oznacza rokowanie poważne. Przy różniczkowaniu pomiędzy „mechaniczną” a „nie-mechaniczną” żółtaczką, zwiększenie się kw. mlekowego przemawia za uszkodzeniem komórek wątrobowych; jeśli zaś stwierdzono nowotwór, — to za przerzutami jego do wątroby.

Kamice dróg żółciowych, nowotwory bez przerzutów do samej wątroby wykazują normalną ilość kwasu mlekowego. W żółtaczkach kataralnych bez podniesienia poziomu kw. mlekowego rokowanie jest dobre. Zastoinowa wątroba (pochodzenia sercowego) daje zwiększenie ilości kw. mlekowego. Wydalanie kw. mlekowego przez chorą wątrobę odbywa się znacznie wolniej,

B. Goldstein.

R. KORBSCH. Nowe wyniki gastroskopji. (Ar. f. Verd. t. 41, z. 1/2).

Na zasadzie badań gastroskopowych autor dochodzi do wniosków że, (niezależnie od badań klinicznych czy nawet rentgenologicznych) sprawy zapalne żołądka obejmują zawsze cały żołądek. W t. zw. zapaleniach części przyodźwiernikowej zawsze dawało się stwierdzić zmiany również w części trzonowej żołądka.

Ważnym czynnikiem w powstawaniu wrzodu trawiennego żołądka poza usposobieniem konstytucjonalnem jest sprawa nietypowa.

B. Goldstein.

N. W. i L. J. KUZNIECOW i W. N. SUCHOW. Określanie zdolności wydzielniczej wątroby za pomocą chromoskopji. (Ar. f. Verd. t. 41, z. 1/2).

Autorzy, badając wydzielanie wątroby za pomocą wstrzykiwań indygo karminu, dochodzą do wniosków następujących:

1) Należy określać barwnik, zawarty w całkowitej treści dwunastniczej łącznie oraz jednocześnie zawartość jego w poszczególnych porcjach soku dwunastniczego.

2) U zdrowych wydzielanie rozpoczyna się w 15—45 min. po wstrzyknięciu dożylnem barwnika i trwa około 2 godzin; łączna ilość barwnika wydzielonego wynosi 42 — 74% ilości wstrzykniętej.

3) W żółtaczkach kataralnych wydzielanie nie daje się stwierdzić. W okresie zdrowienia wydzielanie jest zmniejszone wynosi 4 — 13%, początek wydzielania między 12-ą a 110-ą minutą po zastrzyknięciu.

4) W marskości wątroby wydzielanie jest zmniejszone i opóźnione, czasem zupełnie zniesione.

5) W przypadkach zajęcia mięszu wątrobowego opóźnienie i zmniejszenie wydzielonego barwnika do 15%.

6) W sprawach takich, jak bąblowiec wątroby, opóźnienie i zmniejszenie do 6% i niżej.

7) W sprawach pęcherzykowych wydzielanie jest zmniejszone.

8) Metoda ta zasługuje na dalsze opracowanie.

B. Goldstein.

A. PCZELINA. O czynności żołądkowej przy rozmaitych djetach, stosowanych w jadłodajniach moskiewskiego urzędu zdrowia. (Ar. f. Verd. t. 41 z. 1/2)

B. Goldstein.

N. S. ZWONICKI. Badania kinetyczne żołądka, czynności wydalania, wydzielania oraz tworzenia się kwasu. (Arch. f. Verd. t. 41 z. 1/2).

B. Goldstein.

L. SCHLAGER. Przypadek kilku ciał obcych w przełyku dziecięcym. (A. f. Verd. t. 40 z. 5/6).

Autor przytacza przyp. połknięcia kilku 5-groszów przez dziecko, stwierdzony rentgenologicznie.

B. Goldstein.

J. STRASBURGER. Badania nad trawieniem zawartości komórek roślinnych. Uwagi wstępne. (Arch. f. Verd. t. 41 z. 1/2).

B. Goldstein.

L. STRAUSS. Badania nad trawieniem skrobi i komórek roślinnych. (A. f. Verd. t. 41 z. 1/2).

B. Goldstein.

H. SALOMON. O zaletach t. zw. diety cogodzinnej. (A. f. Verd. t. 41 z. 1/2).

Autor zastanawia się nad stanami chorobowymi wymaga-

jącymi z rozmaitych względów nieobfitego a częstego odżywiania. Dieta ta, nazwana „cogodzinna“, ze względu na podawanie co godzinę jakiegoś pożywienia, musi odpowiadać 3 warunkom: 1) nie drażnić żołądka, 2) nie wywoływać zaparcia, 3) zawierać dostateczną ilość kaloryj. Tym to wymaganiom niezupełnie odpowiada także t. zw. dieta Sippy'ego, ze względu na swą jednostajność.

Autor zaleca 3 rozmaite diety dla następujących chorych:

I. Wrzód żołądka—jadłospis składa się z mleka, kleików, lodów, galaretek owocowych oraz 1 jajka na miękko.

II. Zaparcie nawykowe—dieta składa się z chleba razowego oraz owoców, podawanych co godzina w niewielkich ilościach na przemian.

III. Schorzenie pęcherzyka żółciowego — herbata z mlekiem, masło, ser, chleb razowy, jarzyny i owoce.

B. Goldstein.

H. S. LURJE. O zawartości gazu we krwi w niektórych stanach chorobowych żołądka. (Ar. f. Verd. t. 41 z. 1/2).

Autor, badając zawartość gazu we krwi w zależności od wydzielania żołądka, dochodzi do wniosków następujących:

1) W nadkwaśności ilość CO<sub>2</sub> we krwi stoi na górnej granicy normy lub nieco wyżej.

2) Przy zmniejszonej kwasowości zmniejszenie ilości CO<sub>2</sub> we krwi nie jest tak wyraźne.

3) Nie można stwierdzić wyraźnej zależności między zawartością tlenu we krwi, a stopniem kwasowości soku żołądkowego.

B. Goldstein.

## Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

G. R. MINOT. O rodzinnem usposobieniu krwotocznem. (Am. Journ. of. Med. Sciences. 1928. Nr. 3).

Autor opisuje rodzinną postać skazy krwotocznej, cechującej się przedłużeniem czasu krwawienia przy braku zmniejszenia się liczby płytek krwi lub czasu krzepnięcia. Objawem dominującym są częste krwawienia z nosa i podbiegnięcia krwawe.

Zarówno krwawienia, jak zwiększenie czasu krwawienia mogą wystąpić jednocześnie, jak również niezależnie od siebie.

Skaza ta występuje w dzieciństwie i może przetrwać aż do dojrzałego wieku, z czasem jednak nasilenie słabnie lub też objawy zupełnie znikają.

B. G.

M. T. MACLIN. Dziedziczność w krwawiączce. (Amer. Journ. Med. Sciences. 1928 rok Nr. 2).

Według autora osobnik z krwawiączką w razie poślubienia zdrowej kobiety ma wszystkie dzieci zdrowe. Córki jego jednakże mimo pozornego zdrowia przekazują połowie swoich synów chorobę oraz połowie swych córek skłonność do dziedziczenia choroby. Synowie zaś chorego pozostają sami, jakoteż ich potomstwo, zupełnie zdrowi.

Teoretycznie kobieta może mieć krwawiączkę, o ile ojciec jej cierpiał na nią, a matka była nosicielką zadatków choroby.

O ileby kobieta taka istniała, wszyscy jej synowie byłiby także chorzy.

Z rodziny krwawiączkowych jedynie zdrowi mężczyźni i ich potomstwo mają prawo się rozmnażać. Wszystkie zaś córki krwawiączkowych mężczyzn są nosicielkami choroby i nie powinny rodzić.

B. G.

H. Z. GIFFIN. O skazach krwotocznych. (Am. Journ. Med. Sciences. 1928 r. Nr. 1).

Autor opisuje pięć przypadków nietypowych skazy krwotocznej: w 1 przypadku np. donosi o skazie krwotocznej w 4

pokoleniach kobiet, która nie była czystą krwawiączką, ani też nie należała do schorzeń samej krwi. Podobnie w innych przypadkach nie można było przypuszczać ani krwawiączki, ani trombojenji, ani jakiegokolwiek typowej postaci nozologicznej.

B. G.

### Chirurgja.

BORS. Vigantol i gojenie się złamań kości. (Zntrbl f. Chir. № 51. 1927).

Cechy fizyczne i chemiczne Vigantolu (naświetlanej ergosteryny) zostały dokładnie zbadane przez Windausa i Pohla. W klinice stwierdzono doskonałe wyniki leczenia Vigantolem krzywicy oraz rozmiękania kości.

Autorzy badali w doświadczeniach na zwierzętach wpływ Vigantolu na przebieg gojenia się złamań kości; łamali oni mianowicie, białym szczurom kończyny i obserwowali przebieg gojenia się w warunkach zwykłych oraz przy podawaniu Vigantolu. Do 12-ego dnia od chwili złamania nie stwierdza się większej różnicy, pomiędzy zaś 12-ym i 15-m dniem poczęła się rysować wyraźna różnica w tworzeniu się kostniny. Zwierzęta, które dostawały Vigantol wykazywały na obrazie rentgenowskim kostninę o wiele wyraźniejszą, która rozwijała się tak szybko, że już w 22-im dniu zespolenie kostne było prawie zupełne, podczas gdy u zwierząt kontrolnych zwapnienie było o wiele słabsze i dawało jedynie słaby cień rentgenograficzny.

Doświadczenia te wykazują, że Vigantol jest w stanie znacznie przyspieszyć gojenie się złamań kostnych, i zachęcają do wypróbowania go w klinice.

I. Typograf.

### Choroby skórne i weneryczne.

M. SEITZ. O leczeniu wszawicy. (Münch. med Woch. Nr. 35. 1927).

Wszawica jest chorobą, która, szczególnie w praktyce uboższej, występuje o wiele częściej niż się to ogólnie przypuszcza. Przy badaniu pobieżnem można ją częstokroć przeoczyć. Myśl o niej powinny nasuwać stwierdzone podczas badania plamki (*Maculae caeruleae*), jako ślad po ukąszeniu wszy. Objawy samej wszawicy mogą być bardzo nieznaczne. W niektórych przypadkach chorzy skarżą się na uporczywe swędzenie. Czasami jednak chorzy sami nie wiedzą wcale o istnieniu u nich wszawicy, stwierdzonej dopiero przypadkowo przez lekarza. W każdym razie usunięcie pasorzytów, nawet o ile nie sprawiają one pozornie żadnych dolegliwości jest zawsze bardzo pożądane, mogą one bowiem sprzyjać szerzeniu się chorób. Bardzo często stosuje lekarz, lub nawet sam chory z własnej inicjatywy szarą maść; wielką jej wadą jest to, że usuwając naprawdę chorobę, może doprowadzić do podrażnienia skóry, które czasami jeszcze bardziej dokucza choremu niż sama wszawica. Stosuje się również obmywanie skóry sublimatem (10/00), lecz i ta terapia nie jest dla skóry obojętna. Autor, lecząc chorych na świerzbę znanym organicznym preparatem siarczany Mitigalem, zauważył zupełnie przypadkowo, że lek ten doskonale wpływał na istniejącą w niektórych przypadkach jednocześnie ze świerzbą wszawicę. Przy wielokrotnym sprawdzaniu działania Mitigalu na wszawicę stale okazywało się, że lek ten działał niezawodnie, i że dla usunięcia pasożytów zawsze wystarczało jedno jedyne wcieranie. Ze względu na zupełną niewinność i nieszkodliwość leku autor zaleca usuwanie wszawicy Mitigalem, jako prosty, tani i pewny sposób leczenia tego przykrego schorzenia.

J Typograf.

L. LOWENSTEIN. O rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączkowych zapaleń stawów z uwzględnieniem promieni Rentgena i radu. (Ther. d. Geg. 1928 Nr. 3).

Autor rozróżnia 4 postaci rzeżączkowych zapaleń stawów: 1) wysiękowe zwykłe. 2) surowiczowo-włóknikowe, 3) ropne. 4) ropowicze, przyczem złośliwość ich wzrasta kolejno od 1 do 4.

Zwykły wysięk przebiega stosunkowo bardzo lekko, kończąc się zupełnem wyleczeniem.

Najczęściej występuje druga postać, w której cierpi najwięcej aparat więzadłowy stawu, lecz i w tych przypadkach najczęściej przychodzi do zupełnego wyleczenia.

Ropne zapalenie jest już znacznie cięższe w swym przebiegu, kończy się często zeszytnieniem stawu, czasem nawet śmiercią wskutek ropowicy ogólnej.

Postać ropowicza prowadzi szybko i nieuchronnie do zupełnego zeszytnienia stawu, które niczem nie daje się odwrócić. Klinicznie należy odróżniać zapalenie stawów rzeżączkowe od banalnego gośćcowego oraz od kiłowego, które jest często do niego bardzo podobne.

Co do leczenia, to winno ono być zachowawcze, bez nakłuc i innych zabiegów, możliwie zupełny spokój i unieruchomienie. Jednocześnie stosuje się ciepło w postaci okładów, kąpeli świetlnych, ewentualnie zastoinę według metody Biera.

Zaleca się także leczenie nieswoiste, jak np. zastrzykiwania mleka względnie arthigonu.

W ostatnich czasach otrzymano zachęcające wyniki, stosując promienie Roentgena. Już w 24 godziny po naświetleniu zmniejsza się bolesność i ustępują nieco objawy zapalne.

Naświetlania mają przyspieszać wessanie się wysięku oraz rozluźnienie zrębów.

U pacjentów, poddawanych naświetlaniom, nie wolno stosować zabiegów, macerujących skórę, jak okładów, gorąca suchego i t. p. Najlepiej takie stawy unieruchomić w szynie i owinąć w suchą watę.

Rad stosuje się w postaci borowiny, zawierającej rad. Ostatnio wprowadzono do lecznictwa gotowe okłady radowe oraz preparaty do zastrzykiwań i do picia pod nazwą radiofan—(atofan + rad), który zastrzykuje się 5 — 6 razy tygodniowo po 1 — 2 ampułki.

Leczenie radem daje początkowo nasilenie się bólów, natomiast po 2 — 3 dniach następuje poprawa.

Co do sposobu działania preparatów radowych, autor nie może się na razie wypowiedzieć.

Poza powyższymi metodami powinno się stosować takie środki ogólne, jak salicyl, atofan oraz leczenie miejscowe dróg moczowopłciowych.

Z chwilą gdy ostre objawy mijają należy przystąpić do uruchamiania stawów, najpierw w gorącej kąpeli, potem poza kąpielą, stopniowo starając się przywrócić ruchy bierne i czynne.

W postaci ropowiczej należy unikać wszelkiego czynnego wkraczania i poprzestać na gipsowym opatrunku z „okienkiem” dla stawu, by w ten sposób unieruchomić staw w możliwie korzystnej pozycji, gdyż na wyleczenie z zachowaniem czynności normalnej stawu liczyć już nie można.

B. G.

### Psychologja.

A. RONDTHALER. Metoda psychologii indywidualnej A. Adlera. (Warszawa 1928. Str. 124. Wyd. Pol. Tow. Eugenicznego).

A. Rondthaler, dyrektor szkoły średniej, znawca metody psychoanalitycznej Freuda i licznych jej odmian, zebrał w tej książce bardzo przystępnie podane przez A. Simona i K. Szelmanna przykłady pracy wychowawczej, prowadzonej w szkołach bawarskich nad chłopcami trudnymi do prowa-

zenia, w myśl zasad metody Adlera z Wiednia, adherenta, kontynuatora i reformatora freudyizmu, oraz poprzedził je nader pouczającymi własnymi dwoma odczytami w tejże materji, wygłoszonymi w ostatnich latach w Sekcji Wychowawczej Polsk. Tow. Eugenicznego i w Związku Zrzeszeń Społecznych, opiekującymi się szkołami średnimi w Polsce.

Popularyzując myśl dla sprawy wychowania doniosłą i pożyteczną, dowodzi autor dosyć przekonująco możliwości stosowania metody Adlera psychologii indywidualnej w pracy pedagogicznej szkół, metody w zasadach swych wyłożonej w jego dawnej „Praxis und Theorie der Individualpsychologie” a następnie wielokrotnie przezeń uzupełnionej i korygowanej.

Książka Rondthaler'a niewątpliwie okaże się czynnikiem, który niejednego czytelnika zainteresuje, niejednego nauczyciela zachęci do prób, jakie licznie są rozsiane w broszurze i uwieńczone zostały nieraz pomyślnym skutkiem pedagogicznym.

Każdy wychowawca dzieci, każdy nauczyciel szkolny, każdy lekarz domowy odnajdzie w przytoczonych typach z praktyki szkolnej (uczeń nieprzystępny, bojaźliwy, uciekinier, wzorowy) galerję starych dobrych znajomych.

„Byłoby z wielką korzyścią dla społeczeństwa — kończy autor, — gdyby się ta metoda i u nas przyjęła. Mogłoby się przyczynić do tego stworzenie w Warszawie poradni wychowawczej, opartej na metodzie Adlera. Instytucja tego rodzaju mogłaby być poświęcona pracy praktycznej zarówno, jak naukowej, teoretycznej, a promieniując w duchu Adlera przyczyniałaby się do ocalenia od zagłady wielu istnień”.

H. Higier.

### Choroby nerwowe.

MELKERSSON. O odczynie myodystonicznym. (Revue Neur. Nr. 1. 1928).

Odczynem myodystonicznym nazwał Söderbergh rozkurcz mięśni, odbywający się etapami i przerywany ponownymi skurczami. Autor przytacza 14 przypadków z podobnymi skurczami: najczęściej znajdował go w parkinsonizmie pośpiączkowym, w cierpieniu Parkinsona, Wilsona, Westphala-Strümpella oraz w myotonji.

Najlepiej, poszukiwać go drogą drażnienia mięśni i nerwów prądem faradycznym silnym, doprowadzającym do odczynu tężcowego. Po przerwaniu prądu pojawia się rozkurcz wolny i nawroty skurczów.

Przyczynę zjawiska autor odnosi do cierpienia szarych jąder mózgowych.

N. Z. Z.

BERTRAND i CHERSICH. Zmiany rdzenia w przebiegu glejaków i gliomatozy mózgu. (Rev. Neur. Nr. 1. 1928.)

Nierządno nowotworom mózgu towarzyszy zniesienie odruchów ścięgnistych. Autorzy pragnęli ustalić przyczynę anatomiczną podobnych zmian. W 7 przypadkach nowotworów zbadał cały układ nerwowy. Stwierdzili względną częstość zmian w obrębie słupów tylnych, znacznie rzadziej ulegały zmianom słupy przednioboczne. Skłonni są na karb owych zmian złożyć znikanie odruchów ścięgnistych.

N. Z. Z.

SÖDERBERGH. Odwrócenie odruchów brzusznych. (Rev. Neur. Nr. 1. 1928).

Już od szeregu lat autor spostrzegał odwrócenie odruchu brzuszno, polegające na tem, iż zamiast strony drażnionej kurczyły się mięśnie strony przeciwległej. Odruchu należy poszukiwać, drażniąc skórę mocno i oczekując długo na wynik

drażnienia. Występuje on w sprawach uciskowych, kiedy zwykłe odruchy brzuszne znikają.

Teoretyczne wytłumaczenie zjawiska nie jest jeszcze ustalone.

N. Z. Z.

SONQUES, CRANZON i BERTRAND. Badanie anatomiczno - patologiczne przypadku zwyrodnienia jądra soczewkowatego. (Rev. Neur. Nr. 1. 1928).

15-letnia dziewczynka, dotknięta zespołem śluzo-obrzęku, już w szpitalu zaczęła wykazywać zespół parkinsonowski, poczem obraz kliniczny zmienił się i upodobił do obrazu skurczu torsyjnego.

Badanie pośmiertne wykryło zmiany w obrębie jąder szarych, zwłaszcza po stronie lewej.

N. Z. Z.

PERLZWEIG, DELRUE, GESCHICKTER. Nadmierna ilość białka we krwi w przypadku myelomatu. (Journ. of the Am. Med. Assoc. Nr. 10 r. 1928).

Autorzy opisują przypadek hyperproteinemji u osobnika z nowotworem szpiku kostnego. Większa część surowicy białka składała się z euglobulin i fibrynogenu. Autorzy chcą objaśnić ten fakt wystąpieniem w ustroju chorym na myelomat t. zw. białka Bence-Jonesa, które zachowuje się wobec ustroju, jak obcogatunkowe białko, powodujące wstrząs oraz zaburzenia w równowadze kolloidów krwi, a mianowicie zwiększenie ilości globulin i fibrynogenu, zmniejszenie albumin oraz zwiększenie łącznej ilości białka.

B. G.

### Położnictwo i choroby kobiet.

H. KATZ. Rak macicy. (Wracz. Obozr. 1927 Nr. 10).

Przejście z jednego okresu płciowego do drugiego stwarza odpowiednie podłoże dla rozwoju złośliwych nowotworów. Ostatnie dane liczbowe dowodzą, iż w tym samym wieku kobiety, niebędące w ciąży, rzadziej mają raka niż ciężarne, młodzi mężczyźni rzadziej zapadają na raka prostaty niż ciężarne kobiety tegoż wieku (Lindstedt). Również dowodem wymienionego związku jest fakt zjawiania się pierwotnych ognisk rakowych po radykalnej operacji u tej samej chorej za każdym razem podczas ciąży. To zapatrywanie znajduje potwierdzenie w szeregu innych obserwacji. Częściej rak powstaje przy istniejącej ciąży, niż następuje ciąża u istoty chorej na raka. Istnieje analogja pomiędzy przemianą materji ciężarnych i ludzi, cierpiących na raka. To jednak nie przemawia bynajmniej za specjalnie częstem zapadaniem na raka kobiet ciężarnych; raki twarzy, piersi, prostaty, żołądka b. rzadko spytają się u ciężarnych. Raka ciężarnej macicy pomimo danych statystycznych (I wiedeńska klinika uniwersytecka—0,03%, Sarwey—0,06% podobnie Franque i Zweifel), nie można zaliczyć do rzadkości ze względu na fakt nie zachodzenia w ciążę starych kobiet, a wogóle rzadkie zapadanie na raka osób młodych. Wymienione przypadki spotyka się najczęściej w wieku 30—40 lat. Kobiety bardziej płodne zdradzają większą skłonność do zapadania na raka. Autor sądzi, iż częściej rak powstaje po zajściu w ciążę, co jest sprzeczne z poglądem Cohnteina. Poglądy co do wpływu ciąży na rozwój Ca są sprzeczne. Graff i Zweifel przypisują ciąży wpływ przyspieszający na wzrost Ca, tłumacząc to zasobnością organów w soki oraz stanem przekrwienia. Meyer i Theilhaber są zdania przeciwnego, argumentując to z jednej strony tem, że płód czerpie wszystkie soki organizmu, co pociąga za sobą brak ich dla wzrostu nowotworu, z drugiej strony przekrwienie nie dopuszcza do wzrostu Ca. W okresie poporodowym rak szybko wzrasta

co jest stwierdzone jednomyślnie. Rak szyi macicznej sprzyja poronieniu (30 — 40%, pg. Katza 80%, Zweifla 18,2%). Poród zależy od stopnia rozprzestrzenienia się raka. Jeżeli są miejsca nie zajęte, zdolne do rozciągania się — może się on odbyć samoistnie, w przeciwnym wypadku są bardzo ciężkie komplikacje. Głównym objawem raka przy istniejącej ciąży są krwawienia urazowe (po stosunku) i mające charakter mięsnych popłuczyn. Zdarzają się omyłki przyjmowania mas rakowych za plac. praevia, residua post abortum, polipy i t. p. w ostatnich miesiącach ciąży za drobne części płodu. Leczenie obecnie sprowadza się do usunięcia ciężarnej macicy drogą cesarskiego cięcia lub metodą Schoa ota (rozszerzony sposób pochwy. Döderlein podaje jeden przypadek wyleczenia raka macicy zapomocą promieni radu. Schweitzer wypowiada przeciw tej terapii ze względu na kolosalne blizny szyi macicznej. W rezultacie autor wysnuwa następujące wnioski: 1) stwierdziwszy raka ciężarnej macicy, należy wyjaśnić, czy nadaje się do operacji czy też nie, w 1 przypadku usunięcie płodu przez rozcięcie corpus uteri, później operacja radykalna, w 2 przypadku — należy ratować życie płodu, chora winna być skierowana do szpitala — leczenie symptomatyczne w końcu ciąży cesarskie cięcie, przecięcie corpus uteri metoda Porro. Podczas porodu należy pamiętać o upływie krwi lub pęknięciu macicy.

B. Rubinstein

LÉVY-SOLAL i A. HADGÈS. O zgłębnikowaniu dwunastnicy w cierpieniach okolicy nadbrzusza prawego w czasie ciąży. (Paris medical 1928 r. Nr. 14).

Po przeprowadzeniu szeregu zgłębnikowań dwunastnicy u ciężarnych autorzy dochodzą do wniosków następujących. Wątroba w czasie ciąży wykazuje wzmożenie czynności. Zaburzenia wydzielania wątrobowego, częstość kamicy i zapaleń wyrostka dają się wyłómaczyć z jednej strony zmianami w przetwarzaniu białka, tłuszczu i lipidów (cholesteryny), z drugiej strony (wedł. autorów angielsko-amerykańskich) przerzutami zakażeń jamy ustnej, w szczególności zębów, które, jak wiadomo, w czasie ciąży szczególnie ulegają zmianom chorobowym.

Zgłębnikowanie dwunastnicy w przypadkach zaburzeń wątrobowych oraz wymiotów ciężarnych okazało się szybko działającym a nader skutecznym środkiem.

Przytem daje ono możliwość odżywiania chorych w razie wymiotów, co się odbija na całości gospodarki ustrojowej bardzo dodatnio.

Z drugiej strony zgłębnikowanie dwunastnicy daje nam możliwość dokładniejszego poznania natury cierpienia okolicy podwątrobowej, głównie z punktu widzenia fizyczno-chemicznego.

B. Goldstein

E. WALDSTEIN. O leczeniu rzucałki porodowej luminalem. (Zentralblatt für Gynekologie Nr. 28 — 1927).

Autor jest zdania, że wśród licznych sposobów leczenia rzucałki porodowej leczenie luminalem okazuje się jednym z najbardziej skutecznych. Morfina nie jest w tych warunkach odpowiednim farmakodynamicznie lekiem dla zmniejszenia pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego, już raczej nadaje się do tego celu wódzian chloralu, wywiera on jednak szkodliwy wpływ na serce i nerki.

Luminal okazał się doskonałym środkiem dla leczenia padaczki. Jego swoiste działanie polega jakby na usunięciu objawów drgawkowych z obrazu chorobowego. Na podstawie pewnej analogii obrazu klinicznego padaczki i rzucałki porodowej wydaje się uzasadnionem stosowanie luminalu dla leczenia rzucałki.

Autor stosuje już od 6 lat we wszystkich przypadkach rzucałki leczenie luminalem, przyczem podaje go albo natych-

miast po przyjęciu chorej, względnie po pierwszym napadzie. Zwykła dawka wynosi 0,3; podaje się ją doustnie, a w razie nieprzytomności chorej per rectum. Najwyższa dawka dobową polegała na trzykrotnym podaniu 0,3. Przy nieprzekraczaniu tej dawki maksymalnej (0,9 pro die) ani razu nie stwierdzono objawów jakichkolwiek szkodliwego działania ubocznego, korzyść zaś polegała na tem, że chore popadały w stan zamroczenia, który nie był tak głęboki jak po morfinie. Senność utrzymywała się przez dłuższy czas. Szczególnie wyraźnymi i pomyślnymi były wyniki leczenia luminalem rzucałki połogowej. Na 45 przypadków rzucałki poporodowej autor nie stracił ani jednego i uważa, że zawdzięcza to w dużym stopniu leczeniu luminalem.

J. Typograf

## Choroby dzieci.

KARL SVEHLA. Odżywianie zdrowego i chorego dziecka zapomocą kefiru i zup kefirowych. (Jahrb. für Kinderh. 69 tom 5/6 zeszyt).

Autor brał kefir, otrzymany z 3 — 5 dniowej fermentacji mleka odwirowanego, do przyrządzenia szeregu mieszanek. Zwykła mieszanka składa się w części z 30% kleju ryżowego osłodzonego cukrem lub sacharyną z dodatkiem 10% — 30% maki i w części z kefiru. Kefir należy szybko mieszać z gorącym klejem bezpośrednio przed podaniem mieszanki, przyczem mieszanki się już więcej nie gotuje, by nie rozłożyć witaminowych składników kefiru. Przy sporządzeniu zupy witaminowej należy do powyższej zupy kefirowej dodać surowe żółtko jajka i łyżeczkę od kawy soku cytrynowego. Autor stosuje witaminową zupę tam, gdzie chodzi o wzbogacenie pożywienia witaminami, z tem zastrzeżeniem, że porcję, zawierającą jajko, można podać raz dziennie. Dodatkowo strony kefiru polegają na tem że: 1) Symbioza drobnoustrojów i komórek drożdżowych, znajdujących się w zaczynie kefirowym, zabezpiecza mleko przed wegetacją innych szkodliwych, rozkładających je drobnoustrojów; 2) Kazeina mleka, które uległo fermentacji kefirowej, tworzy drobniejsze kłaczkę i jest nadtrawiona, co czyni ją łatwiej strawną dla dzieci chorych na zaburzenia w odżywianiu.

Autor stosował zupę kefirową u dzieci zdrowych, bądź przy allaitement mixte, bądź przy odżywianiu sztucznym, jako wyłączne pożywienie, lub też częściowe. Dzieci jadły je chętnie, przybierały na wadze, skóra była różowa, napięcie tkanek i mięśni prawidłowe, podściółka tłuszczowa rozwinięta dostatecznie. Druga grupa dzieci, którym podawano zupę kefirową obejmowała dzieci chore na ostre i przewlekłe zaburzenia w odżywianiu. Stosowanie w tych przypadkach zupy kefirowej wykazało: a) dodatni wpływ na procesy żołądkowo-kiszczkowe w sensie szybkiego ustępowania wolnych stolców i poprawy stanu ogólnego; b) przy stosowaniu zupy kefirowej jako podstawowego odżywiania w okresie reparacyjnym można wprowadzać tłuszcz i węglowodany i są one wówczas dobrze znoszone; c) stosując zupę kefirową u dzieci z zaburzeniem w odżywianiu można je w następstwie przeprowadzić na zwykłe odżywianie; d) przy stosowaniu surowego kefiru uwydatnia się jego wysoka zawartość witaminowa; e) wprowadzenie mieszanek kefirowych urozmaiciło i wzbogaciło jadłospis dziecięcy.

M. Stopnicka

KARL ŠVEHLA. O kefirze. (Jahrb. für Kinderh., 69 tom, 5/6 zeszyt).

Autor, badając własności kefiru osiągnął następujące wyniki:

I. Kefir konserwuje mleko, ponieważ:

a) Kefir można przechowywać wiele lat (w doświadczeniach autora powyżej 6-ciu lat), przyczem zachowuje on przy-



jemny smak i zapach oraz po rozcieńczeniu jest zdalny do użytku.

b) Zachowuje pełną swoją żywotność, gdyż z oryginalnego kefiru można po wielu latach otrzymać pochodne kefiry.

c) Zachowuje swoje własności dietetyczno-terapeutyczne.

II. Obserwacja kliniczna udowodniła, że kefir jest znakomitym środkiem dietetycznym, zwłaszcza w zaburzeniach w odżywianiu zarówno sztucznie, jak i naturalnie karmionych dzieci, u których występują gnilne stolce przy mniej lub więcej dotkniętym stanie ogólnym. Po zastosowaniu w powyższych przypadkach kefiru już po kilku dniach stolce zasadowe, wolne i cuchnące zmieniały się w stalsze, pozbawione przykrego zapachu, słabo kwaśne lub obojętne, jednocześnie ustępowały bóle.

III. W doświadczeniach na gołębiach, autor stwierdził, że przez jednoczesne podawanie polerowanego ryżu z kefirem można przesunąć o 14 dni występowanie objawów awitaminozy. Kefir wywiera korzystny, jakkolwiek przemijający wpływ na objawy doświadczonego *polyneuritis* u gołębi. W daleko posuniętej postaci *polyneuritis* kefir zawodzi, podobnie jak nie działa w tych przypadkach surowa pszenica.

M. Stopnicka

KURT FURST. Leczenie i los dzieci kiłowych. (Jahrb. für Kinderh. 69 tom, 5/6 zeszyt).

Śmiertelność dzieci z kiłą wrodzoną wynosiła powyżej 50%; najczęstszą przyczyną śmierci było zapalenie płuc. Z 230, dzieci, dotkniętych wysypką kiłową, zmarło 119 t. zn. więcej niż 50%, wbrew wyrażanemu często mniemaniu, że przypadki kiły wrodzonej z wysypką przebiegają mniej złośliwie, niż przypadki bez wysypki z zajęciem jedynie narządów wewnętrznych i układu nerwowego. Odczyn Wassermanna wypadł dodatnio u 85%. W leczeniu stosowano neosalwarsan, rtęć w postaci wcierek i zastrzykiwań salicylanu Hg, oraz bizmut w postaci domięśniowych zastrzyków Casbisu. U dzieci z ciężkimi objawami stosowano początkowo rtęć i bizmut z obawy wywołania przez salwarsan silnego odczynu Herxheimera w miarę możliwości przechodzono na salwarsan. Przy wyborze lekarstw liczone się ze stanem ogólnym, przebiegiem cierpienia i t. p. W przypadkach rozpaczliwych rezygnowano z leczenia specyficznego.

Wyniki leczenia autor ocenia na podstawie 80 przypadków, obserwowanych przez ciąg dłuższy, bądź też zbadanych powtórnie po upływie dłuższej przerwy.

Dochodzi do wniosków następujących: 1) objawy kiły leczą się lepiej przy energicznym stosowaniu salwarsanu, lub salwarsanu + Hg względnie + Bi, aniżeli przy stosowaniu wyłącznie Hg; 2) energiczne leczenie salwarsanem nie wywiera złego wpływu na rozwój umysłowy, raczej przeciwnie; 3) rokowanie w kile nabytej u dzieci nie jest gorsze niż u dorosłych; 4) rokowanie w kile wrodzonej jest mniej pomyślne, niż w kile nabytej u dzieci.

M. Stopnicka

J. K. CALVIN. O mimowolnym oddawaniu moczu (Journ. of the. Amer. Med. Ass. Nr. 11 r. 1928)

Autor zastanawia się nad patologią i leczeniem mimowolnego oddawania moczu. Większość przypadków ogranicza się tylko do nocnego oddawania moczu, również większość chorych datuje swoje cierpienie od czasów dzieciństwa. Dziedziczność odgrywa pewną rolę. Co do płci, to od 6 roku życia wżwyz przeważają chłopcy. Przyczyny autor dzieli na 2 grupy: organiczne (zaburzenie układu nerwowego, zaburzenia wydzielania wewnętrznego, zmiany w ilości i jakości moczu, schorzenia pęcherza i dróg moczowych, wreszcie zmiany w organach sąsiednich, wywołujące podrażnienie pęcherza) i nawykowe (zależne od nieumiejętnego wychowania oraz od chwiejnego układu nerwowego).

Nie zastanawiając się bliżej nad I grupą, autor przechodzi od razu do drugiej, zaznaczając tylko, że w każdym przypadku należy wykluczyć sprawę organiczną na podstawie badań somatycznych i laboratoryjnych.

Duże znaczenie ma racjonalne wychowanie dziecka już od najwcześniejszego wieku.

Z przyczyn, uspasabiających do schorzenia wymienia: 1) zbyt późne przyzwyczajanie dziecka do peroryncznego oddawania moczu; 2) zbyt surowe karanie wykroczeń związanych z potrzebami fizjologicznymi — nie należy nigdy przypominać dziecku tego rodzaju uchybień; 3) niewłaściwe łączenie z aktem mikcji sporów z dzieckiem; 4) unikanie wszelkich objawów uczuciowych w związku z aktem oddawania moczu; 5) nadmierne pieszczoty dziecka, co przedłuża okres niemowlęstwa; 6) samogwałt, często występujący łącznie z moczeniem mimowolnym, często jednakże moczenie mimowolne powstaje dopiero po ustaniu samogwałtu jako akt zastępczy; 7) niepotrzebne wmawianie dziecku, że ma słaby pęcherz, chore nerki i t. p. choroby.

Dziecko z *enuresis* należy oddawać pod opiekę osób odpowiednich, umięających się obchodzić z dziećmi.

Zasady samego leczenia dają się, według autora, sprowadzić do następujących punktów:

1) należy usunąć w miarę możliwości wszelkie wady fizyczne dziecka; 2) poprawić stan ogólny zapomocą ogólnej higieny, odpowiedniej diety oraz środków wzmacniających; 3) racjonalny tryb życia, a więc ograniczyć ilość napojów, szczególnie wieczorem, przyzwyczaić dziecko do oddawania moczu przed udaniem się na spoczynek, unikanie wszelkich podnieceń zarówno fizycznych jak i duchowych w godzinach wieczornych; 4) umiejętna psychoterapia; 5) przywrócenie pacjentowi wiary w siebie; 6) odpowiednie leki, jak kwas barbiturowy i jego pochodne atropina, wyciąg z przysadki mózgowej (w przypadkach moczówki prostej); 7) leczenie chirurgiczne jest przeważnie zbędne; 8) zmiana otoczenia.

B. G.

P. H. RUSSEL. Samoistne pęknięcie jelita u noworodka. (Journ. of the Am. Med. Ass. 1928. Nr. 18).

Z okazji operowania 1 przypadku samoistnego pęknięcia jelita u noworodka autor zebrał opisane w piśmiennictwie 22 przypadki analogiczne.

Zdarzają się one podczas życia płodowego, podczas porodu oraz po porodzie z powodu zarośniętego odbytu. Wczesna operacja daje niezłe rokowanie.

B. G.

## Choroby oczu.

WEEKERS. Leczenie skurczowego podwinięcia powieki zapomocą zastrzykiwań wysoku w okolicę zakończeń nerwu twarzowego w powiece. (Arch. d'ophtalm. Styczeń 1928).

Przy zastrzykiwaniu znieczulającym w dolną powiekę skurczowo podwiniętą powieka ta czasowo rozkurcza się wskutek obrzęku i działania nowokainy na mięsień okrężny oka. W celu otrzymania wyniku długotrwałego Weekers proponuje postępować w sposób następujący: zastrzyknąć pod skórę powieki  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  cc. 40% nowokainy; po 5 — 10 minutach zastrzyknąć w to samo miejsce  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  cc. 80% wysoku. Skurcz powieki znika na dłuższy czas. Wysok usuwa skurcz mięśnia okrężnego oka, porażając zakończenia n. twarzowego w powiece. Po przejściu obrzęku skóra powieki zostaje wskutek alkoholizacji stwardniała, co zapewnia wyleczenie podwinięcia.

S. Hinde s.

J. VAN DER HOEVE. Rak przerzutowy naczyńiówki. (Bull. de la Soc. Franç. d'Ophtal. T. 40 1927).

Prawie wszystkie raki naczyńiówki są przerzutowe Van

der Hoeve twierdzi, że przerzuty raka w naczyniówce są o wiele częstsze, niż dotychczas przypuszczano. W odpowiedzi na ankietę, rozesłaną do okulistów holenderskich, otrzymał opis 20 różnych przypadków, co w stosunku do ogólnej liczby ludności w tym kraju stanowi dość pokaźny odsetek. Ta sama proporcja dałaby we Francji liczbę 120, w Europie 1000, a na całym świecie kilka tysięcy.

Chociaż są to liczby o wiele przewyższające liczbę przypadków, opisanych w literaturze (a tych ostatnich jest według Lagzange'a i Sattlera 100), van der Hoeve przypuszcza, że liczby te nie odpowiadają jeszcze rzeczywistości: pacjenci tacy zwykle nie zgłaszają się sami do okulisty, albowiem z początku nie odczuwają żadnych dolegliwości ze strony oczu a w późniejszym okresie nie mogą być wziernikowani z powodu ciężkiego stanu ogólnego.

Gęsto rak w naczyniówce jest stwierdzany zupełnie przypadkowo; przedstawia się wtedy, jako plama czarna lub czerwona, mniej lub więcej wzniesiona. Wygląd anatomiczny

jest dość typowy. Rak naczyniówki w przeciwieństwie do mięsaka jest najczęściej płaski, zbity i twardy, uciśnięty między twardówką a błoną szklaną; czasem jednak może podobnie do mięsaka przybrać formę okrągłą, przerwać nawet błonę graniczną i szerzyć się w szklisce; staje się wtedy znacznie większy i rozrasta się o wiele szybciej.

Van der Hoeve obserwował 7 przypadków raka naczyniówki: w 5 przypadkach były to przerzuty z sutka w 1 przypadku z żołądka i w jednym ze ślinianki.

Autor wyraża życzenie, aby wszyscy pacjenci, cierpiący na raka, byli wziernikowani i aby oczy zmarłych na raka były, o ile tylko jest to możliwe, badane histologicznie. Ponieważ w raku sutka przerzuty oczne zdarzają się często, autor uważa za niezbędne przed operacją raka sutka dokładne zbadanie oczu w celu uniknięcia niepotrzebnego zabiegu, jakim byłaby operacja raka w okresie rozsiania.

W. Frenkiel-Zamenhofowa.

## Wskazówki praktyczne.

— Według Bergela *włóknik jest środkiem ochronnym i leczniczym dla chorego ustroju*. Leukocytoza, wytwarzanie niweczników, uodparnianie i włóknik idą równolegle. Bez włóknika niema tamowania krwi, niema gojenia się ran, ani tworzenia się niweczników. Włóknik ma też własności bakterjobójcze i pobudzające ziarninę. Nie ziarnina ochrania ranę, lecz włóknik. Do celów leczniczych używa B. włóknika, wydobytego z krwi końskiej za pomocą mieszania krwi z włóknikiem wysięków. Przetwórn ten z powodzeniem stosuje B. do tamowania krwi, do pobudzania gojenia się ran i tworzenia się kostniny w przypadkach źle gojących się złamań kostnych.

(D. m. W. 1928. Nr. 5).

— *Saprovitan* zawiera żywe saprofity, których zastrzyknięcie dożylnie wywołuje gorączkę. Weicksel robi 10—15 zastrzykiwań neosaprowitanu i wywołuje gorączkę, dochodzącą do 39,5—40,5. Dobre wyniki otrzymał W. w *schizofrenji i porażeniu postępującem*. Neosaprowitan może z powodzeniem zastąpić malarję w piroterapii, zwłaszcza w razie przeciwwskazań dla niej lub niegodzenia się na nią chorego albo jego otoczenia.

(D. m. W. 1928 Nr. 5).

— Stahl daje rzut oka na *leczenie posocznicy ostrej i przewlekłej*. W sprawach posocznicznych w związku z anginą należy niezwłocznie podwiązać żyłę jarzmową odpowiedniej strony. Środki chemoterapeutyczne nie dawały nigdy pewnego wyniku ani w ostrych ani w przewlekłych zakażeniach posocznicznych. W 3-ch przypadkach widział S. ni wątpliwe działanie Introcidu (związek jodu z cerem). Pomyślny wpływ stwierdził, stosując autowakcynę w kombinacji z wakcynowaną surowicą ludzką, której sposób przygotowania autor podaje.

(D. m. W. 1928 Nr. 9).

— Freund leczył z powodzeniem chorych, którzy od wielu lat cierpieli na nawroty *opryszczki*, za pomocą jedno lub dwukrotnego *szczeplenia* ospy.

(D. m. W. 1928 Nr. 9).

— Niermann gorąco poleca obfite spożywanie *owoców* w *zaparciu stolca*, *chorobach pęcherzyka żółciowego*, serca i nerek, podagrze, otłuszczeniu i cukrzycy. W ostatniej chorobie węglowodany owocowe były uderzająco dobrze znoszone. Leczenie przeprowadza N. w postaci „dni owocowych“, dając chorym banany, jabłka, pomarańcze, gruszki i t. d.

(Med. Klin. 1928 Nr. 5).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

W Tow. Lek. Częstochowskiem wygłosił (23/I—27) Rozen odczyt p. t.: „*O wypadkach śmierci po zastrzyknięciu neosalwarsanu z uwzględnieniem ewent. odpowiedzialności lekarza w takich wypadkach*“. W następstwie zastrzyknięcia tego środka może powstać zapalenie skóry lub żółtaczką posalwarsanowa lub też krwotoczne zapalenie mózgu. Każde z tych powikłań, zwłaszcza ostatnie, może spowodować śmierć chorego. Z dokonanego przez autora rozbioru przypadków zgonu wskutek zastrzyknięcia salwarsanu, ogłoszonych w piśmiennictwie niemieckim i polskim, wynika, że o winie lekarza wolno mówić tylko wtedy, jeśli sposób podawania leku lub dawkowanie nie odpowiada właściwym wymaganiom. A zatem, np. zastrzyknięcie salwarsanu (606) bez dodania ługu sodowego do roztworu, przekroczenie przy użyciu neosalwarsanu maksymalnej dawki 0,60 gr.

W Łódzkim Tow. Lekarskiem (4/V—27) omówił Bre-gman wyczerpująco *sprawę szczepień leczniczo-ochronnych przeciw*

*wściekliznie*. Stosowanie tych szczepień daje  $\frac{1}{2}\%$  śmiertelności, u nieszczepionych natomiast 14,8%. Badania, podjęte przez Palmirskiego nad działaniem leczniczym surowic zwierząt uodpornionych, nie dały, niestety, żadnych konkretnych wyników.—Szczepienie trwa 20 dni; codziennie wstrzykuje się podskórnie 2 cm. sześć, karbolizowanej zawiesiny ustalonego zarazka. Jak wiadomo, po szczepieniach tych występuje nieraz porażenie. Prelegent opisał własny przypadek, w którym w tydzień po ostatnim szczepieniu wystąpiły objawy *myelitis transversa*, która doprowadziła do śmierci w ciągu paru tygodni. B. zreferował wreszcie istniejące dotychczas zapatrywania na sprawę powstawania porażień poszczególnych: 1) teorię Kocha, w myśl której porażenia te są prosto poronną postacią wścieklizny, 2) teorię zatruciową B a b e s a oraz 3) teorię M a r v e g o, według której mamy tu do czynienia z uszkodzeniem układu nerwowego wskutek wprowadzenia do ustroju obcego ciała, nie konieczne zatem jadu wścieklizny (porażenia występujące u królików po zaszczepieniu im normalnej tk. mózgowej)

(P. Gaz. Lek. 4/28 r.)

W Tow. Lek. Warsz. (4/X—27) przedstawił Sawicki 2 przypadki *laminektoz* z powodu porażenia poprzecznego, wywołanego gruźlicą kręgow. Dotyczyły one kobiet w wieku lat 46 i 55, u których usunięto łuki kręgów grzbietowych (u jednej od 8—10, u drugiej od 4—6) wraz z grubą blaszką uciskającą na rdzeń tk. łącznej, wzgl. ziarniny. Wkrótce po zabiegu operacyjnym chore odzyskały władzę w nogach.

W Lwowskim Tow. Lek. (18,6—27) przedstawił Schütz przypadek *centralnego mięsaka kości piętowej*. Chodziło tu o chorego, u którego z powodu bólów przy chodzeniu oraz obrzęku w okolicy kostek dokonano rentgenografii, która wykazała ognisko wielkości gołębiego jaja, o nierównych zarysach. Wobec tego podejrzanego wyglądu ogniska chorobowego dokonano zabiegu operacyjnego; okazało się, że był to rzeczywście nowotwór złośliwy (*chondromyoma sarcomatodes*). Prelegent podkreśla doniosłe znaczenie wczesnego rozpoznania cierpienia, gdyż jedynym racjonalnym zabiegiem leczniczym jest operacja; nowotwory te reagują słabo na naświetlanie.

Na posiedzeniu tego Tow. z dnia 24 czerwca 1927 r. przedstawił Szumowski bardzo ciekawy *rzadki przypadek ciała obcego w przewodzie usznym zewnętrznym*. U wieśniaka lat 27, zranionego nożem w prawą okolicę skroniową, wystąpiło po roku zupełnie dobrego stanu ogólnego znaczne upośledzenie słuchu oraz ropotok z prawego ucha. Badanie wykazało obecność w zewnętrznym przewodzie słuchowym wydzieliny ropnej i ziarniny, a po ich usunięciu — spory odłamek noża, długości około 4,5 cm., a szerokości 1,5 cm. Po operacji, która polegała na usunięciu ciała obcego, chory odzyskał w zupełności słuch po stronie prawej.

Kryszyk przedstawił w Łódzkim Tow. Lekarskim (18/V—27) chorego l. 32 z dużym *tętniakiem aorty wstępującej*. Prelegent zwrócił uwagę na następujące szczegóły: 1) młody wiek chorego, 2) niekilkowe pochodzenie tętniaka, 3) stopniowe, lecz stałe powiększanie się tętniaka. Dodać należy, że chorego tego z wadą zastawkową aortalną K. obserwuje już półczwarta roku, i przez cały ten czas udaje się utrzymać serce w stanie wyrównania dzięki stosowaniu cebulki ostrawki pomorskiej.

(P. G. L. 7/28 r.)

Z. Św.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Jedno z posiedzeń niemieckiego Towarzystwa Patologicznego (18—21 kwietnia 1928 r.) poświęcone było sprawie *kiły wrodzonej*.

Herxheimer referował *poglądy ogólne* na powyższą sprawę. Uważa on zakażenie przez nasienie za niedowiedzione, jedynie droga łożyskowa jest pewna i doświadczalnie dowiedziona. Zakażenie maciczne możliwe jest od 4 miesiąca do końca ciąży. U płodów zmacerowanych znajdujemy mnóstwo krętków we wszystkich narządach, bez śladu odczynu. Od 8-o

miesiąca rozpoczynają się odczyny obronne ze strony tkanek i soków ustrojowych. U donoszonych martwych płodów i u oseków w pierwszych dniach życia stwierdza się jeszcze liczne krętki, ale już nie tak rozsiane, a później widzimy ich coraz mniej, albo wcale ich nie napotykamy. Chwila zakażenia wewnątrzmacicznego ma znaczenie rozstrzygające dla ciężkości przebiegu choroby i przyszłości dziecka. Zmiany morfologiczne wychodzą głównie z drobnych naczyń, gdzie z początku i krętki przeważnie się umiejscawiają. Do nacieczeń komórkowych i bujania rozlanego tkanki łącznej dołączają się twory ogniskowe rozmaitego rodzaju, stanowiące wyraz odczynu obronnego w stosunku do krętków. Te odczyny obronne dotyczą zawsze mezenchimy z jej naczyniami. Druga grupa zmian dotyczy uszkodzeń mięszu, trzecią grupę zaś stanowią następstwa niedokrewności i zakażeń wtórnych. Cały obraz kiły wrodzonej pod względem immunobiologicznym różni się wiele od obrazu kiły nabytej i musi być traktowany jako powikłany zespół spraw regresywnych i progresywnych.

Drugi referent, Schneider, mówił o *zmianach szczegółowych w kile nabytej*. Kiła nabyta nie oszczędza prawie żadnego narządu. Najczęstsze są sprawy rozlane wytwórczo-zapalne. Drugą grupę stanowią zapalenie ostre i nekroza koagulacyjna, do której należą i prosówkowe twory syfilityczne (Miliarsyphilome). Trzecia postać — guzowata — dawniej często oznaczana była nazwą kilaków, istotne kilaki są jednak w kile wczesnej zjawiskiem nader rzadkiem. Schematycznie wymienić można trzy grupy kiły wrodzonej: 1) postać bierna z mnóstwem krętków, bez odczynu, przeważnie płody martwo urodzone; 2) kiła odczynowa z licznymi ciężkimi i rozległymi zmianami, przeważnie noworodki niedonoszone i donoszone; 3) złejsza postać kiły oseków, dotkniętych chorobą na krótko przed urodzeniem lub urodzonych w okresie inkubacyjnym, postać znacznie cięższa, niż kiła nabyta dorosłych. Przyczynę tej ciężkości upatrywać należy w mniejszej, rozwijającej się dopiero sile obronnej ustroju młodocianego.

Trzeci referent, Müller, mówił o *klinice kiły wrodzonej*. Dzięki współczesnemu, energicznemu leczeniu obraz kliniczny i przebieg przedstawia się znacznie łagodniej. W razie wczesnego zastosowania energicznej kuracji przeistacza się kiła wrodzona w czystą postać schorzenia wczesnego niemowlęctwa. Objawy t. zw. okresu nawrotowego w 2 do 4 roku życia i objawy trzeciorzędowe późniejszego dzieciństwa pod wpływem leczenia zacierają się w mniejszym lub większym stopniu. Interes kliniczny skupia się teraz więcej na kwestii dalszego losu dzieci, zwłaszcza pod względem groźących im uszkodzeń sfery intelektualnej i duchowej, którym trudniej jest zapobiedz, niż uszkodzeniom cielesnym. Należałoby wykryć, jaki udział w tych brakach intelektualnych i duchowych bierze kiła mózgowordzeniowa, a jaki schorzenie gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Przeprowadzona ankieta przekonała, że energiczne leczenie wczesne daje wyniki znakomite.

(Med. Klin. 1928 Nr. 27).

S.

## Z j a z d y.

### 1-szy Międzynarodowy Zjazd

### Oto-ryno-laryngologiczny w Kopenhadze.

(30.VII — I.VIII 1928 r.).

### Wrażenia ogólne.

Niemal od początku powstania specjalności laryngologicznej i otaryngologicznej walczyły ze sobą dwa obozy: zwolenników i przeciwników połączenia obu specjalności. Szczególnie zaciętymi wrogami wspólnoty laryngologiczno-otaryngologicznej (rynologia szczęśliwie przylgnęła do obu stron) byli najwybitniejsi w czasach przedwojennych pionierowie rynolaryngologii — Bernard Fraenkel i Feliks Semon. Ze śmiercią pierwszego w r. 1911 reduta laryngologiczna chwiać się poczęła, a w pierwszych latach po wojnie, po śmierci również znakomitego uczonego i klinicysty, jak i wielce utalentowanego pisarza i polemisty, Semon, — padła ostatecznie: zwycięstwo zostało po stronie unijonistów.

Wymownym wyrazem tej unji było zwołanie w roku bieżącym I-go Międzynarodowego Zjazdu Oto-ryno-laryngologicznego w Kopenhadze, która przed laty niemal pięćdziesięciu była też terenem pierwszych międzynarodowych obrad laryngolo-

gów. Kopenhaga znana jest również, jako miasto rodzinne odkrywcy tak popularnych od lat kilkudziesięciu wyrosli adenooidalnych — Wilhelma Meyera, którego pomnik, wzniesiony ze składek międzynarodowych jeszcze za życia odkrywcy, oglądaliśmy z okazji odbywającego się Zjazdu.

Zjazd był nieliczny, na liście uczestników figuruje wprawdzie około 600 nazwisk, ale wielu z zapisanych na liście byli członkami Zjazdu tylko na papierze. Słychać przeważnie język niemiecki, często angielski, francuski rzadko, częściej włoski, czasem hiszpański. Nas, Polaków, zapisanych było 32, ale faktycznie — około 20. Taka mniejwięcej liczba złożyła bilety swoje wizytowe w poselstwie polskiem w Kopenhadze, na co w odpowiedzi pan Minister Rozwadowski wraz z ujmującą i gościnną małżonką swoją przyjmował nas na herbatce poobiedniej.

Nie przyniósł też Zjazd poważniejszych planów naukowych, co na zasadzie jego programu zgóry przewidzieć się dało, a dyskusja nad referatami programowymi i nad oddzielnymi odczytami niczem wydatniejszem się nie odznaczała. Bądźco bądź, przodującą rolę grał Wiedeń, którego przedstawiciele, znani, zresztą, ze swoich zasług naukowych w dziedzinie rynolaryngologii i otaryngologii, i tym razem zwracali na siebie uwagę.

Referatów programowych było 4: 1) Stany posoczniczne, mające za punkt wyjścia gardziel (Uffenorde — Marburg, Fer-

re ri — Rzym). 2) Budowa anatomiczna ucha środkowego i jej wpływ na przebieg ropień usznych (Portmann — Bordeaux, Wittmaach — Hamburg). 3) Doszczętna operacja zachowawcza w przewlekłych ropieniach usznych (Neumann — Wiedeń). 4) Djatarmja w leczeniu nowotworów złośliwych gardzieli, krtani, przełyku i nosa (Mackenzie — Londyn, Holmgren — Sztokholm).

Odczytów programowych zgłoszono przeszło 200, co skłoniło komitet organizacyjny z jednej strony do uproszenia kolegów kopenhaskich, aby zrzekli się swoich odczytów, z drugiej zaś — do surowego przestrzegania terminu 10 minutowego, przeznaczonego na wygłoszenie odczytu — żadnego odstępstwa od tej zasady, żadnego odwoływania się do audytorjum o przedłużeniu terminu nie było. Ale dzięki temu surowemu przestrzeganiu przepisów wszystkie odczyty i dyskusje nad każdym z nich doszły do skutku. Wogóle o porządku, jaki panował podczas posiedzeń, jak również w biurze Zjazdu, o całej jego organizacji wyrazić się muszę z najwyższymi pochwałami. Nie tylko za ten wzorowy porządek, ale i za gościnność oraz prawdziwie serdeczne przyjęcie należy się podziękowanie kolegom i władzom municypalnym kopenhaskim.

Na dobro komitetu organizacyjnego zapisać też wypada zaniechanie wszelkich przemówień powitalnych ze strony delegatów, reprezentujących kraje, które brały udział w Zjeździe. Dawniej przemówienia takie były tylko utratą czasu dla strony naukowej i wystawianiem na próbę cierpliwości uczestników.

Zjazd otworzył krótkim przemówieniem przewodniczący komitetu organizacyjnego, prof. Schmiegelow, uzupełnionem przez generalnego sekretarza Zjazdu, D-ra Blegvada. Otwarcie odbyło się w obecności króla, któremu prezes Zjazdu przedstawił po kolei delegatów państw. Naszymi delegatami byli: kol. Lubliner z Wąszawy i Szmurło z Wilna.

Cała strona towarzyska Zjazdu odznaczała się wielkim smakiem i wytwornością, robiono wszystko, aby członkom Zjazdu uprzyjemnić pobyt w Kopenhadze, a zarazem w niczem ich nie kępować.

Nam, lekarzom, Kopenhaga, licząca około 700 tysięcy mieszkańców, miała co zaprezentować ze swoich urządzeń zdrowotnych, zwłaszcza szpitali. Musi tu ich być dużo, skoro czołujący mnie po mieście jeden z ordynatorów Bispebjerg Hospital, mógł wskazać mi na względnie małej przestrzeni 6 szpitali. Bispebjerg Hospital jeden z nowych, rozrzucony na dużym terenie, otoczony ze wszystkich stron bujną roślinnością, krzewami i klombami, posiada wspaniale urządzone pawilon terapii fizycznej i osobny pawilon rentgenowski, który ma być w roku bieżącym odnowiony i wzbogacony nowymi maszynami i przyrządami. O znanym nam wszystkim ze słyszenia Instytucie Finzenowskim w Kopenhadze, który szczegółowo oglądaliśmy, uważam za zbyteczne rozpisywać się obszernie.

W Sztokholmie, na zaproszenie prof. Holmgrena, oglądaliśmy bardzo ładnie i bogato urządzone klinię laryngologiczną oraz chorych leczonych z powodzeniem djatarmją, razem i promieniami Roentgena. Prof. Holmgren robił też honory domu, przyjmując nas w ratuszu z upoważnienia i na prośbę municypalności miasta.

Reasumując wrażenia, wywiezione z Kopenhagi, kończę tę notatkę wyrażeniem przekonania, że uczestnicy Zjazdu zawsze mile wspominać go będą.

Z. Srebrny (Warszawa).

## Sprawozdanie z Międzynarodowego Zjazdu Lekarek w Bolonji.

W kwietniu r. b. odbył się w Bolonji Międzynarodowy Zjazd Lekarek. Zanim zdam sprawę z przebiegu, pragnę przypomnieć o istnieniu Zrzeszenia Lekarek Polskich, z ramienia którego udałam się na Zjazd w Bolonji.

Przez czas swego istnienia t. j. od września 1925 r. do kwietnia r. bież. Zrzesz. Lek. Pols. odbyło 17 posiedzeń, poświęconych głównie tematom społecznym. Zgodnie z intencjami założycielek najwięcej czasu zajęły sprawy związane z opieką nad Matką i Dzieckiem.

Referat, omawiający organizację Żłobków Fabrycznych, rolę tych instytucji w życiu społecznym, zapoznanie ze stanem żłobków we Włoszech były wygłoszone przez kol. Garlicką.

Sprawa Kursów pielęgniarskich dla kierowniczek Żłobków, reforma szkół dla położnych oraz projekt ustawy o położnych były omawiane w odczytach kol. Budzińskiej-Tylickiej.

Walka z alkoholizmem znalazła echo na zebraniu Zrzeszenia Lek. Pol., które wydelegowało kol. Borawską na Konferencję Międzyszowarzyszeniową Polskich Organizacji Kobięcych dla Walki z Alkoholizmem.

Losy dziecka opuszczonego i zaniedbanego były omawiane na posiedzeniu, na którym kol. Rosenblumówna referowała działalność „Ligi Opieki nad Dzieckiem”.

Tematem naukowym zajmowano się na posiedzeniu, poświęconem odczytowi o „Histerji” (kol. Zandowa).

W maju 1927 r. Zrzesz. Lek. Pol. zgłosiło akces do Międzynarodowego Związ. Lekarek (Medical Women's International Association), który ma siedzibę główną w Londynie. Z tego tytułu brało ono udział w dorocznym Zjeździe Międzyn. Zw. Lek. w Bolonji. W liczbie 25 zjechały delegatki z rozmaitych części świata, a więc były przedstawicielki: Anglii, Austrii, Francji, Hiszpanji, Jugosławii, Niemiec, Polski, Szwecji, Szwajcarii, Włoch, Turcji, Nowej-Zelandji, Stanów Zjednocz. Ameryki Północnej. Obok delegatek zjechało dużo uczestniczek Zjazdu w liczbie przekraczającej 100 osób.

Jako moment niezmiernie ciekawy i ważny należy podkreślić w sprawozdaniu delegatek niemieckich skargę na stosunki, panujące w łonie świata lekarskiego i utrudniające kobiecie lekarce pracę zarobkową; w niemieckich Kasach Chorych zarządy opierają się przeciwko przyjmowaniu lekarek.

Delegacja amerykańska informowała o bogatej i płodnej pracy Lekarek Amerykanek na terytorjum Macedonii.

Dalej z ust delegatki z Nowej Zelandji dowiedziano się, iż w kraju tym istnieje 70 lekarek, o ich bycie i pracy niestety brak było szczegółów.

Uczestniczyła na Zjeździe lekarka z Paryża p. Noël, twórczyni kosmetyki chirurgicznej; odmładza ona wygląd zewnętrzny przez usuwanie nadmiaru starczej obwisłej skóry. Metoda jej ma wielkie powodzenie zarówno wśród pacjentów, jak i wśród lekarzy.

Malownicze środowisko Bolonji stanowiło piękne tło dla zajęć Zjazdu. Jako tematy główne wysunięto sprawę opieki państwowej nad dzieckiem oraz walkę z chorobami oczu.

Następny Zjazd odbędzie się w Paryżu w lipcu 1929 r. (N. Z. Z.)

## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Uchwały posiedzeń plenarnych Pierwszego Krajowego Zjazdu Lekarskiego TOZ'u.

1. Zjazd zwraca uwagę opinii całego społeczeństwa oraz czynników miarodajnych, iż nędza szerokich warstw żydowskich, pozbawionych przysługującego każdemu człowiekowi prawa do pracy i zmuszonych z tego powodu trudnić się pracą nieprodukcyjną, jest stanem anormalnym, zubożającym się na stanie zdrowia fizycznego i psychicznego mas żydowskich. Zmiana na lepsze warunków bytowania żydów, a to drogą zapewnienia

im prawa do pracy i umożliwienia im zajęcia się pracą produkcyjną, jest nieodzownym warunkiem dla przebudowy stanu fizycznego ludności żydowskiej.

2. Zjazd stwierdza niedostateczne traktowanie potrzeb zdrowotnych ludności żydowskiej. Aczkolwiek władze okazują coraz większe zrozumienie dla tych spraw, jednak szersze uwzględnienie potrzeb zdrowotnych ludności żydowskiej w kraju jest nadal pilną koniecznością.

3. Zjazd uważa, że inicjatywa i samodzielność społeczeństwa żydowskiego na polu medy-

cyny i higieny społecznej winny być uzgodnione z programem pracy państwowych władz zdrowotnych. Z drugiej strony koniecznym jest, aby odpowiednie władze uznały placówki Toz'u za ośrodki świadome potrzeb ludności żydowskiej w dziedzinie zdrowia publicznego i odpowiednio je wspierały.

4. Zjazd uznaje, że główna wypadkowa wysiłków Toz'u powinna być zwrócona na teren opieki nad dziećmi, tu bowiem głównie leży rozwiązanie problemu odbudowy fizycznej ludności żydowskiej.

5. Zjazd uważa, iż współpraca z czynnikami szkolnymi w kierunku zreorganizowania życia szkolnego jest nieodzowną potrzebą istotnego uzdrowienia podrastającego pokolenia.

6. Zjazd uznaje, iż dla celowości i skuteczności pracy ochrony zdrowia wśród szerokich warstw ludności żydowskiej, winna ta praca opierać się o najszerze masy społeczne i to mianowicie przez ścisły kontakt z warstwami zorganizowanymi, zawodowymi, ekonomicznymi, kulturalnymi i naukowymi.

7. Zjazd uchwała konieczność kontynuowania prac naukowych nad zagadnieniami biologii, antropologii i patologii żydów przez zakładanie biur statystycznych, pracowni naukowych, wystaw, zjazdów i innych placówek naukowych.

8. Pierwszy Krajowy Zjazd Lekarski Toz'u stwierdza z zadowoleniem, że młode jeszcze, bo 7 lat zaledwie istniejące, Towarzystwo ochrony zdrowia ludności żydowskiej w Polsce, dokonało w ciągu tego krótkiego okresu ogromnej pracy na polu higieny społecznej wśród mas żydowskich, uważa za swój obowiązek wyrazić swe szczerze uznanie założycielom i centralnym władzom Toz'u za ich owocną pracę, w szczególności za inicjatywę i zorganizowanie Pierwszego Krajowego Zjazdu lekarzy-żydów, który bezsprzecznie przyczyni się do podniesienia poziomu naukowego działalności instytucji Tozowskich, rozszerzenia i pogłębienia pracy Tozu, skoordynowania pracy we wszystkich oddziałach całego kraju, wreszcie życzy centralnym władzom Tozu wytrwałości, niewyczerpanych zasobów energii w ich dalszej pracy dla dobra szerokich warstw ludności żydowskiej.

9. Pierwszy Krajowy Zjazd Lekarski Tozu stwierdza, że dla podniesienia stanu zdrowotnego ludności żydowskiej konieczna jest ogromna, systematyczna i wytrwała praca na tem polu; Toz tylko wtedy sprostą temu doniosłemu i ciężkiemu zadaniu, jeśli dozna należytego poparcia ze strony społeczeństwa żydowskiego, w szczególności lekarzy-żydów. Wobec tego Pierwszy Krajowy Zjazd Lekarski zwraca się z gorącym apelem do lekarzy żydów, rozrzuconych po większych i mniejszych ośrodkach całego kraju, by wzięli czynny udział w pracy Tozu, by rozwijali już istniejące i organizowali nowe oddziały T-wa, by się stali pionierami i propagatorami idei Tozu, a do społeczeństwa żydowskiego, by w zrozumieniu doniosłej roli Tozu w dziele fizycznego odrodzenia mas żydowskich, okazywali mu swe moralne i materialne poparcie.

10. Zjazd wzywa Radę Centralną, by zwróciła się z memorjałem do miarodajnych czynników rządowych w sprawie konieczności założenia przez władze państwowe, względnie komunalne, przy-

chodni dla djabetyków, gdzie niezamożni chorzy otrzymywaliby wskazówki dietetyczne, a w razie konieczności zastrzykiwania insuliny — jako środka mogącego w ciężkich przypadkach uratować życie, a niestety niedostępnego dla ludzi niezamożnych ze względów finansowych.

11. Zjazd stwierdza konieczność dla celów statystyki chorobowości i śmiertelności wśród żydów, ułatwienia przez władze spraw formalnych, związanych z dokonaniem aktu ślubu cywilnego, meldowania urodzenia i rejestrowania zgonu. Zjazd zwraca się z usilną prośbą do władz sanitarnych o łagodne i tolerancyjne traktowanie osób, co do których zgłoszono doniesienia o chorobie zakaźnej, a to celem zachęcenia do nieukrywania przypadków chorób zakaźnych.

Jednocześnie Zjazd zwraca się do gmin żydowskich z prośbą skrupulatnego prowadzenia zapisów urodzeń dziewcząt w celu otrzymania prawdziwego obrazu stanu urodzeń wśród żydów.

12. Zjazd wzywa gminy żydowskie do zorganizowania, w celu zachowania przepisów higieny podczas aktu obrzezania i unikania szkody dla zdrowia noworodków, specjalnych kursów chirurgiczno-higienicznych dla wyszkolenia mohelów w dziedzinie chirurgji, aseptyki, postępowania przy ranach i ogólnej higieny.

13. Zjazd stwierdza potrzebę szerszej uwagi społeczeństwa i czynników zdrowotnych dla spraw opieki społecznej nad chorymi na padaczkę i konieczności założenia przychodni i zakładów specjalnych dla dotkniętych tą chorobą.

14. Zjazd zwraca się z apelem do Rady Centralnej Tozu, aby, w celu zapewnienia racjonalnej opieki możliwie wielkiej ilości psychicznie chorych żydów, wzięła na siebie inicjatywę stworzenia szeregu patronatów, których zadaniem byłoby wynalezienie odpowiednich placówek pracy i opieki rodzinnej dla nadających się do tego chorych.

15. Przyjmując pod uwagę zaniedbany stan zdrowotny żydowskiej młodzieży akademickiej, Zjazd zwraca uwagę czynników zainteresowanych na konieczność przeprowadzenia niezbędnych studjów w celu znalezienia właściwych dróg do poprawy zdrowia tej młodzieży.

16. Zjazd upoważnia Radę Centralną Tozu do zwołania II Krajowego Zjazdu Lekarskiego za 2 lata w Warszawie.

## **Uchwały poszczególnych sekcji Pierwszego Krajowego Zjazdu Lekarskiego Tozu.**

### **I. Sekcja walki z gruźlicą.**

Dla skutecznej walki z gruźlicą Zjazd uważa za konieczne:

- 1) prowadzenie nadal energicznej pracy profilaktyczno-higienicznej, zwłaszcza wśród dzieci;
- 2) rozszerzenie sieci przychodni przeciwgruźliczych należycie wyposażonych;
- 3) udzielanie przez przychodnie przeciwgruźlicze materialnej pomocy gruźlikom i ich rodzinom;



4) skoordynowanie walki z gruźlicą zapomocą specjalnych regularnych zjazdów przeciwgruźliczych z udziałem rządu, samorządu, czynników ubezpieczeniowych, społecznych i higieniczno-lekarskich;

5) założenie instytutu finsenowskiego dla zwalczania gruźlicy skóry;

6) szersze zastosowanie metody opadania krwinek czerwonych w przychodniach przeciwgruźliczych;

7) prowadzenie ścisłych i wczesnych badań rentgenowskich w przychodniach przeciwgruźliczych;

8) prowadzenie ścisłej segregacji gruźliczych chorych, potrzebujących leczenia sanatoryjnego, bądź obserwacji w przychodniach oraz założenia specjalnych przychodni przeciwastmatycznych.

## II. Sekcja walki z chorobami zakaźnymi.

A. W sprawie stosowania octanu talowego przy leczeniu grzybic Zjazd uchwała:

1) stosowanie octanu talowego przy leczeniu grzybic posiada mniejszą wartość w porównaniu z leczeniem zapomocą promieni Rentgena;

2) w sprawie stosowania octanu talowego konieczne są dalsze badania kliniczne i doświadczalne;

3) stosowanie octanu talowego przy leczeniu grzybic powinno być prowadzone jedynie przez dermatologów;

4) Zjazd uważa, iż w chwili obecnej z powodu braku dostatecznych danych klinicznych i doświadczalnych nie jest wskazane zalecić Tozowi kombinowanego leczenia strupnia promieniami rentgena i octanem talowym.

B. W sprawie walki ze strupniem;

1) Zjazd stwierdza wielką doniosłość działalności Tozu w dziedzinie walki ze strupniem, która uratowała od zagłady tysiące chorych: przeważnie dzieci i przyczyniła się do znacznego zmniejszenia liczby chorych w kraju;

2) W celu wytypowania strupnia Zjazd uważa, iż leczenie biednych chorych powinno być prowadzone nadal zupełnie bezpłatnie;

3) Zjazd zaleca, aby w miejscowościach gdzie niema oddziału Tozu, leczenie strupnia i grzybic odbywało się w zakładach rentgenowskich w porozumieniu z Centralą Tozu.

C. W sprawie walki z goścem stawowym.

Zjazd uważa za wskazane zalecić Tozowi zapoczątkować zwalczanie gościa stawowego, jako choroby społecznej.

## III. Sekcja higieny społecznej i eugeniki.

1) Zjazd uchwała, iż wszystkie oddziały Tozu z centralą na czele winny prowadzić szeroką akcję propagandy higieny, a w szczególności dbać o wydawnictwo i rozpowszechnienie literatury naukowo-popularnej z dziedziny medycyny i hi-

gjeny; literatura popularna oraz propaganda w słowie winny obejmować przede wszystkim następujące zagadnienia:

a) wychowanie dziecka od urodzenia do wieku poszkolnego;

b) higieny kobiety i matki;

c) higieny menstruacji;

d) wychowania fizycznego; wpajanie zasad z dziedziny higieny;

e) higieny ogólnej; skóry (włosów, paznokci), obuwia, ubrania, mieszkania, odżywiania i t. p.,

f) higieny zawodowej;

g) ochrony przed najbardziej rozpowszechnionymi chorobami wenerycznymi i inn.

2) Zjazd uważa, iż poza powyższymi zagadnieniami do kwestji jakie ma poruszać literatura popularna, powinny należeć zagadnienia z dziedziny nauk przyrodniczych, biologji, fizjologii (wraz z anatomją), pedagogiki, eugeniki, historii medycyny (wraz z życiorysami), demografji i patologji żydów, a w pewnej mierze również kwestje, dotyczące wynalazków z dziedziny terapii (o ile kwestje te noszą charakter ogólnopryrodniczy i uświadamiający).

Literatura popularna winna mieć na celu wyłącznie uświadamianie i profilaktykę, bezwzględnie zaś nie leczenie i autokurację (leczenie się bez pomocy lekarskiej). Oddzielne miejsce w literaturze winno być poświęcone zagadnieniu medycyny społecznej wogóle, w szczególności zaś, o ile dotyczy środowiska żydowskiego.

3) Zjazd uznaje za demoralizującą wszelką popularną literaturę z dziedziny medycyny, reklamowaną zapomocą głośnych tytułów, lub noszącą charakter podręczników o samoleczeniu się.

4) Zjazd zwraca uwagę opinji publicznej i Izby Lekarskiej na szkodliwość popularno-medycznej literatury pornograficznej i domaga się przedsięwzięcia środków przeciwko rozpowszechnieniu tej literatury, podobnie jak to czyni wobec innych szkodliwych zjawisk społecznych i reklam, niegodnych etyki lekarskiej.

5) Zjazd uważa za wskazane zalecić oddziałom Tozu zastosowanie w szerokim zakresie patroli sanitarnych, których celem powinno być: wzbudzenie, rozwinięcie i utrwalenie poczucia czystości osobistej, mieszkaniowej i domowej pośród szerokich warstw ludności żydowskiej w kraju.

6) Dla skutecznego prowadzenia propagandy higieny wśród otoczenia domowego oraz utrwalenia zasad higieny i czystości indywidualnej, Zjazd uważa za celowe założenie przy oddziałach Tozu sekcji młodego Tozu.

7) Zjazd uważa, iż Komisja Naukowa przy Centrali Tozu winna opracować jednolity plan dla badań antropologicznych, prowadzonych przez lekarzy na prowincji.

8) Zjazd stwierdza konieczność zapoczątkowania przez Toz szerokiej pracy eugenicznej wśród ludności żydowskiej w Polsce. Praca ta winna posiadać następujące działy: a) dział zagadnień nauki teoretycznej o formach dziedziczenia, genealogji i czynników zzewnątrz przychodzących, b) dział teoretyczno-praktyczny badań nad przyrostem naturalnym i depopulacją różnych sfer ludności, c) dział praktyczny eugeniki; fizjo-

techniczny i psychotechniczny, d) dział poradni płciowej czyli poradni małżeńskiej, e) dział poradni wychowawczej, f) dział dydaktyczno-zapobiegawczy i g) dział eugeniczny-seminaryjny i propagandowy.

Zjazd upoważnia Radę Centralną Towarzystwa do zwrócenia się z memorjałem do władz rządowych o konieczności założenia specjalnych instytucyj eugenicznych dla badania cech swoistych narodów zamieszkałych w kraju.

#### IV. Sekcja opieki nad niemowlętami.

A. W celu prowadzenia walki skutecznej z chorobami zakaźnymi wśród niemowląt — Zjazd uważa za konieczne, aby

1) było prowadzone szerokie uświadamianie i pouczanie społeczeństwa i rodziców przez odczyty, pogadanki, ulotki, broszurki i prasę celem oświecenia najszerszych warstw ludności i pozyskania ich do współpracy;

2) były przewidziane odpowiednie zarządzenia sanitarno-lekarskie, polegające na obowiązkowych szczepieniach ochronnych ospy, płonicy i błonicy, na wprowadzeniu systemu pawilonowo celkowego w szpitalach i żłobkach, jakoteż na wydzieleniu ubikacyj izolacyjnych dla obserwacji wypadków podejrzanych, na umieszczeniu przychodni w dużych lokalach z przegrodami i osobnym wejściem i na ustanowieniu straży sanitarnej w osobie wyszkolonej pielęgniarki dla ambulatorjów, miejsc szczepień i placów zabaw dla dzieci.

B. W sprawie walki ze stałym wzrostem dzieci opuszczonych i z przyczynami tego zjawiska — Zjazd uważa, iż

1) należy założyć instytucje przejściowe dla matek wychodzących z przytułków położniczych;

2) należy uprościć i ułatwić wstępowanie matek z dziećmi do zakładów opiekuńczych;

3) celem jest prowadzenie szerokiej propagandy na rzecz adopcji podrzutków przez małżeństwa bezdzietne.

C. Zjazd uważa, iż dla roztoczenia należytej opieki lekarsko-higienicznej nad matką i niemowlęciem celową jest w warunkach pracy społecznych instytucyj opiekuńczych, organizacja i prowadzenie zakładów o charakterze opieki otwartej i półotwartej, których sieć powinna być znacznie rozszerzona w kierunku objęcia pod opieką coraz większej ilości noworodków.

W tym celu Zjazd zaleca organizację szkół dla matek przy oddziałach położniczych w szpitalach, gdzie matki otrzymują w ciągu krótkiego czasu trwania połogu najniezbędniejsze wiadomości, dotyczące obchodzenia się z noworodkami.

#### V. Sekcja opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach.

I. Rozważywszy dokładnie stan pracy higieniczno-lekarskiej w swoistych warunkach szkół żydowskich, szczególnie religijnych, dokąd uczęszczają dzieci, pochodzące z warstw ludności najbiedniej-

szej i pod względem higieny najmniej uświadomionej, gdzie system nauczania jest przestarzały, zniżający stan zdrowotny dziatwy i gdzie lokale przeważnie nie odpowiadają wymaganiom higieny, a urządzenia wewnętrzne są nieodpowiednie dla wieku dzieci, — Zjazd stwierdza, iż dla dobra dzieci należy w szkołach żydowskich domagać się, aby:

1) konieczne były wprowadzone przerwy odpoczynkowe między pojedynczemi godzinami oraz obowiązkowe ferie letnie;

2) zabronione zostało zakładanie szkół wspólnie z lokalami prywatnemi nauczycieli;

3) wyeliminowani zostali z pouczania nauczyciele chorzy na choroby zakaźne;

4) przyjmowanie do jednej i tej samej klasy uczniów ustalone było wg. odpowiedniego wieku (począwszy od wieku szkolnego) tak, ażeby nie było różnicy dochodzącej do lat 2, 3 i wyżej;

5) uwzględnione były w szkołach lekcje gimnastyki i wycieczki szkolne;

6) urządzone były w jaknajwiększej ilości kolonie i półkolonie dla dzieci wieku szkolnego;

7) wprowadzony został systematyczny nadzór nad rozwojem fizycznym dzieci oraz stały nadzór nad słabymi i choremi dziećmi.

II. Zjazd apeluje do władz rządowych i komunalnych o okazanie szerokiej pomocy Tozowi i organizacjom szkolnym w kierunku uzdrowienia dziatwy szkolnej w szkołach żydowskich oraz o konieczne zaopatrzenie tych szkół w niezbędne lokale i pomoce szkolne.

III. Dla należytego zorganizowania pracy higieniczno-lekarskiej w szkołach należy dążyć do przeszkolenia personelu szkolno-lekarskiego, utworzenia zastępu wykwalifikowanych lekarzy i higienistów szkolnych. W tym też celu Zjazd uważa za potrzebne zorganizowanie periodycznych krótkoterminowych kursów dla lekarzy i higienistów szkolnych, nauczycieli gimnastyki oraz specjalnych kursów o higienie dla nauczycielstwa.

IV. Dla skutecznej pracy w kierunku należytego podniesienia poziomu higienicznego dziatwy szkolnej należy dążyć do wzmocnienia kontaktu z otoczeniem dziecka i jego rodzicami.

Zjazd zaleca założenie komitetów rodzicielskich przy szkołach dla współpracy z personelem szkolno-higienicznym dla przeprowadzenia nadzoru higieniczno-lekarskiego oraz prowadzenia wśród rodziców szerokiej propagandy higieny w słowie i piśmie.

V. W celu uzupełnienia i pogłębienia pracy higieniczno-lekarskiej w szkołach, zbierania materiałów naukowo-statystycznych z tej dziedziny oraz opracowania wytycznych dla dalszej działalności w szerszym zakresie, Zjazd zaleca:

1) utworzenie przy Centrali Tozu centralnego biura naukowego do spraw medycyny i higieny szkolnej;

2) zakładanie gabinetów higieny szkolnej z szerokim uwzględnieniem prac naukowo-badawczych;

3) zwołanie specjalnego zjazdu lekarzy szkolnych, zatrudnionych w szkołach żydowskich;

4) zapoczątkowanie w większych miejscowościach badań psychiczno-technicznych i antropometrycznych wg. ujednolajonego, specjalnie opracowanego planu naukowego.

Zjazd uważa ponadto za celowe i pożyteczne, aby w kilku szkołach zaprowadzony został wzorowy nadzór higieniczny, który służyłby przykładem dla personelu lekarsko-higienicznego w szkołach

oraz władz szkolnych w ich pracy nad uzdrowieniem szkoły.

5) Zjazd uważa za pożądaną współpracę Tozu z Żydowskim Instytutem Naukowym w dziedzinie badań stanu fizycznego i psychicznego żydów, w pierwszym rzędzie dziecka żydowskiego i uprasza Centralę Tozu o umieszczenie w swym budżecie potrzebnych sum dla wspomnianej wspólnej pracy.

## Wiadomości bieżące.

### Choroby zakaźne w Polsce.

| RODZAJ CHOROBY         | 28/VII—4/VIII |
|------------------------|---------------|
| Dżuma . . . . .        | 0             |
| Ospa . . . . .         | 0             |
| Cholera . . . . .      | 0             |
| Dur brzuszny . . . .   | 226 (zg. 16)  |
| Dur rzekomy . . . .    | 1 (zg. 0)     |
| Dur osutkowy . . . .   | 7 (zg. 1)     |
| Dur powrotny . . . .   | 1 (zg. 0)     |
| Czerwonka . . . . .    | 83 (zg. 11)   |
| Płonica . . . . .      | 321 (zg. 14)  |
| Błonica . . . . .      | 131 (zg. 11)  |
| Zapal. op. mózg. . .   | 13 (zg. 8)    |
| Odra . . . . .         | 277 (zg. 3)   |
| Róża . . . . .         | 70 (zg. 5)    |
| Kızтусіec . . . . .    | 257 (zg. 8)   |
| Malarja . . . . .      | 13 (zg. 0)    |
| Posoczn. połog. . .    | 15 (zg. 3)    |
| Trąd . . . . .         | 0             |
| Jaglica . . . . .      | 158 (zg. 0)   |
| Wąglik . . . . .       | 2 (zg. 0)     |
| Nosaczna . . . . .     | 0             |
| Włośnica . . . . .     | 0             |
| Wścieklizna . . . .    | 0             |
| Zatrucie jad. kiełb. . | 13 (zg. 0)    |
| Choroba Heine-Medina   | 0 (zg. 1)     |
| Inne choroby zakaźne . | 106 (zg. 36)  |

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesało w sierpniu 1928 do Panów Wojewodów następujący Okólnik w sprawie inspekcji lotnych porządkowo-sanitarnych.

Celem rozszerzenia akcji uporządkowania osiedli ludzkich w Rzeczypospolitej i celem nadania tej akcji większej intensywności, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwraca się do Pana Wojewody z zaleceniem zarządzania lotnych inspekcji porządkowo-sanitarnych na terenie, podległym Panu Wojewodzie.

Inspekcje takie miałyby na celu sprawdzanie, czy zarządzania Pana Ministra w sprawie uporządkowania miast i wsi są należycie przestrzegane, przyczem zwraca się uwagę na tę okoliczność, że natychmiast po dokonanej inspekcji powinny być wydane niezbędne zarządzenia zarówno rzeczowe (naprawa, uzupełnianie braków), jak i osobowe (kary i nagrody). Tylko przy szybkim nastąpieniu zarządzeń po inspekcji można się spodziewać należytego wpływu psychologicznego na szerszy ogół.

Inspekcje takie powinny być wykonywane w ten sposób, żeby jednego dnia większa liczba inspektorów dokonała szczegółowych oględzin osiedla lub osiedli, przyczem na każdego z inspektorów przypada niewielka liczba obiektów. Wyniki oględzin winny być odnotowane na schemacie, który otrzymuje każdy z inspektorów.

Inspektorami mogą być nie tylko lekarze urzędowi, ale każdy inny urzędnik, obdarzony zaufaniem Pana Wojewody, ponieważ przy wymienionych inspekcjach chodzi tylko o stwierdzenie obecności lub nieobecności zasadniczych i elementarnych wymogów porządkowo sanitarnych, co nie wymaga specjalnego przygotowania.

Przy zarządzaniu inspekcji należy szczególną zwrócić uwagę na miasta wojewódzkie, a potem na inne miasta, miasteczka i wsie.

Ministerstwo prosi Pana Wojewodę, żeby jeszcze w sierpniu r. b. zechciał zarządzić tego rodzaju inspekcję w mieście wojewódzkim, a wyniki jej oraz zarządzenia podał do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia).

W załączeniu przesyła się wzór schematu, stosowanego podczas inspekcji st. m. Warszawy, do wiadomości i ewentualnego zastosowania.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

Adamski

Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.

Załącznik  
M B

— IV Kongres Międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego odbędzie się w Rzymie od 24—29 września r. b. Porządek dzienny: temat biologiczny: „Postaci przesyłalne zarazki gruźliczego” — prof. Albert Calmette, Paryż. Temat kliniczny: „Rozpoznanie gruźlicy dziecięcej” — prof. Rocco Jemma, Neapol. Temat społeczny: „Zapobieganie gruźlicy na wsi” — prof. William Brand, Londyn. Do tych tematów ma być nawiązana wyczerpująca dyskusja. Omawianie innych tematów poza wymienionymi jest niedopuszczalne.

Specjalne przemówienia: „Wspomnienia o Forlaninim” — prof. Eugeniusz Morelli, Pawja; „Leczenie chirurgiczne gruźlicy płucnej” — prof. Brauer, Hamburg; „Ubezpieczenie obywatelstwa przeciw gruźlicy we Włoszech”—referent zastrzeżony.

29 września posiedzenie w Medjolanie: „Organizacja walki z gruźlicą w fabrykach medjołańskich”, Stefan Antoni Benni, prezes narodowego związku faszystów przemysłowych.

Ministerstwo skarbu przyznało z całej Polski 200 paszportów ulgowych na 350 zapisanych uczestników.

— Wyszedł Nr. 1 „Gastrologji Polskiej” pod redakcją D-ra Bronisława Wejnerta, Wydawcą jest Dr. Ignacy Grundzacher. Jest to organ Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego, które istnieje w Warszawie od 2 lat, a jako sekcja Tow. Lekarskiego od r. 1909. Według zapowiedzi „Gastrologja Polska” ma być pismem, któreby nie tylko zainteresowało specjalistów gastrologów, chirurgów i rentgenologów, lecz nadto każdego lekarza-praktyka. Redakcja zamierza podawać jaknajniej prac archiwalnych, natomiast jaknajwięcej wiadomości praktycznych, życiowych, stojąc jednocześnie na wysokim poziomie naukowym.

Pierwszy numer zawiera prace: prof. F. Czubałskiego: „Czynności wydzielnicze gruczołów żołądkowych”; Dr. Róbin: „Nowe uproszczone śniadanie próbne”; Dr. Z. Mintza: „Przypadek wysokiej niedrożności kiszki, spowodowanej przez uwięziony kamień żółciowy”. Dr. Czerniewskiego: „Przypadek mięsaka żołądka”. Streszczenia. Protokoły posiedzeń Pol. Tow. Gastrol. Wiadomości różne.

Numer wydany jest w formie ósemki, ma stron 64. Roczna przedpłata za 1 tom (4 zeszyty) wynosi zł. 6.

Zyczymy nowemu polskiemu piśmie specjalnemu jaknajlepszego rozwoju i powodzenia.

— Zeszyt 3 tomu II Archiwum higieny zawiera obszerną pracę K. Rymaszewskiego: Sanitarne opisanie m. Wilna (z licznymi tablicami).

Redakcja Archiwum poświęciła II tom profesorowi doktorowi Wincentemu Boguckiemu ku uczczeniu jego trzydziestoletniej pracy w dziedzinie higieny i medycyny społecznej.

— Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Tom III Nr. 1 zawiera prace: A. Leśniowskiego: „Nowotwory kiszek grubej”; prof. B. Szarecki: „Nowotwory wyrostka robaczkowego”; D-ra M. Rosnowskiego: „Fizyko-chemia choroby raka”. — „Piśmiennictwo”. — „Walka z rakiem w Polsce”. — Walka z rakiem zagranicą.

— Lekarz Wojskowy Nr. 5 zawiera prace: Doc. D-ra Karwackiego i D-ra A. Niemyskiego: „Cztery przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych leczone aurosanem”. — Dr. W. Kaliciński: „Rak mięsakowaty trzonu macicy”. — D-ra M. Jankowskiego: „O zastosowaniu surowic leczniczych i szczepionek indywidualnych przy leczeniu zapalenia ucha środkowego”. — Dr. J. Żurkowski: „O masowych zachorowaniach w garnizonach wojskowych w Piotrkowie, Przygłowie i Skierniewicach”. — Dr. H. Szczodrowski: „Akrydynoterapia a dożylne zastrzykiwanie pyrokatechiny”. — „Streśczenia”. — „Varia”.

Nr. 7 Przeglądu felczerskiego zawiera artykuły: Stanowisko Towarzystwa medycyny społecznej w sprawie projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych (jest to powtórzenie memoriału, złożonego przez Towarzystwo Dyrekcji Służby Zdrowia; A. Rolińskiego: „Witamino-wapniowe leczenie w chwili obecnej”; Dr. K. Szokałskiego: „Djagnostyka chorób wewnętrznych. Bóle w kończynach”; St. Czerwiński, prokurator S. N.: „Odmowa okazania pomocy lekarskiej”. Ruch związkowy.

— Nr. 8 (1928) „Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i przewodnika turystycznego” zawiera prace: Dr. Stachórskiej: „Leczenie promieniami pozafiołkowymi”; Dr. Edelmanna: „O ważniejszych wskazaniach dla stosowania diety roślinnej; nadto sprawozdania, korespondencję oraz kronikę.

— Nr. 8 Przeglądu ubezpieczeń społecznych zawiera prace: Dr. H. Kłuszyńskiego: „skoordynowanie organów państwowych, samorządowych, ubezpieczeniowych i społecznych w walce z gruźlicą i finansowanie tej walki”; Dr. J. Pasternaka: „Organizacja zakładów ubezpieczeń pracowników, umysłowych na tle postanowień statutu wzorowego”; Adwokata S. Benkiela: „Orzecznictwo sądowe i interpretacja ust. z 19.V.20”; Dr. E. Birsowskiego: „Opieka nad

zdrowiem kobiety pracującej a Kasa Chorych”; Dr. St. Lusa ksamburga: „Refleksje z powodu artykułu „związki kachorych i urzędy”; Dr. E. Wajsa: „Kilka uwag o wolnym wyborze lekarza”; O. Einfelda: „Lecznictwo w ubezpieczeniu inwalidowem Niemiec”; S. Kłaczk: „O systemie statystyki w Kasach Chorych”. Kronika.

— Nr. 7 miesięcznika „Wiedza i życie” poświęcony został zagadnieniom z rozmaitych dziedzin wiedzy ludzkiej

W artykule „O skarbowości komunalnej” autor, Cezary Łagiewski, kończy cykl prac swoich poświęconych gospodarce samorządowej.

P. Stanisław Małachowski-Lempicki w dalszym ciągu zapoznaje czytelników z nowymi materiałami, dotyczącymi historii wolnomularstwa polskiego. Omawia właśnie czasy Księstwa Warszawskiego.

P. Wł. Jan Wyczałkowski w artykule „Wieści z zaświatów” podaje najnowsze teorie o promieniach kosmicznych, a p. Romuald Gumiński w artykule „Meteorologia na usługach żeglarstwa morskiego” omawia zadania naszych urzędów meteorologicznych na morzu polskim.

Kończą numer trzy artykuły St. Bohdanowicza, dr. St. Rudniańskiego i Henryka Elzenberga o J. J. Rousseau, jako o pedagogu, filozofie i pisarzu.

W następnym numerze Redakcja rozpoczyna druk nowej pracy Prof. Uniwersytetu Warszawskiego, Tadeusza Zielińskiego p. t. „Filhellenistyczne poematy Byrona”.

— Z okazji uroczystości Williama Harveya w Londynie nadano tytuł „Honorary Fellows”: premierowi Carl Balfourowi, fizykowi sir Ernest Ruthefordowi, fizjologowi I. P. Pawłowowi i prof. K. F. Wenckebachowi.

— Z okazji stoletniego jubileuszu wydziału lekarskiego w Kairze odbędzie się tam pod protektoratem króla Fuada I Międzynarodowy Kongres medycyny i higieny zwrotnikowej od 15 do 22 grudnia r. b., urządzony przez rząd królewsko-egipski. Na czas kongresu będzie zorganizowana wystawa. Lekarze wiedzący organizują lekarską wycieczkę do Kairu na kongres przez Triest, Wenecję, Brindisi, Aleksandrię i z powrotem, przez morze Egejskie, na wyspę Rodos, do portu Pireus, Aten, Korfu, Brindisi, Wenecję. Wycieczka trwać będzie od 13 grudnia (Wiedeń) do 4 stycznia 1929 r. (Triest) i kosztować będzie 1535 szylingów austr. od osoby. Szczegóły wycieczki podane są w Nr. 34 „Wiener Mediz. Wochenschr.”.

#### NADESŁANO DO REDAKCJI:

— H. Higier Eigenartige Hirnmetastase eines latenten Deciduoma malignum bei einem Manne (Amaurose, homonyme Hemianopsie, gekreuzte Oculomotoriuslähmung, unilaterale Halluzination) Odbitka z Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Band 105, H. 3/5.

— H. Higier. Stanowisko myotonji zwykłej czyli choroby Thomsena i myotonji dystroficznej czyli choroby Steinerta do myokymji i tężyczki. Odbitka z Medycyny 1928, Nr. 19—20.

TREŚĆ: I. DWORECKI O posocznicach paciorkowcowych. — J. STEIN. O guzkach wrzekomgruźliczych otrzewny. — A. PIOTROWSKI. Kilka słów w sprawie wypadków samochodowych. — J. PUTERMAN. Przypadek dziedziczno-rodzinnego obustronnego porażenia mózgowego. — D. TARKOWSKA. O leczeniu niedokrewności żołądka zapomocą wątroby. (Streszcz. zbior.). Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Tow. Lekarskich. — Zjazdy. — Uchwały posiedzeń plenarnych Pierwszego Krajowego Zjazdu Lekarskiego TOZ'u. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX. I. DWORECKI. Les streptococcies. — J. STEIN. Les granulomes pseudo-tuberculeux du peritoine. — A. PIOTROWSKI. Quelques mots à propos des accidents d'automobiles. — J. PUTERMAN. Un cas de la diplégie cérébrale hérédofamiliale. — D. TARKOWSKA. Le traitement de l'anémie grave au moyen de foie, (Rév. gen.) — Resolutions des séances générales du premier congrès médical territorial de TOZ. (Société de la protection de la santé des juifs.)

Redaktor przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej rano.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

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