

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. 34

WARSZAWA, 11 PAŹDZIERNIKA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Oddziału wewnętrznego Szpitala Dz. Jezus.
(Ordynator Dr. J. SKŁODOWSKI).

Uwagi nad przebiegiem i leczeniem kiły narządu krążenia w związku z przypadkiem kiły tętnicy głównej u człowieka młodego¹⁾.

Podał

A. W. KAPŁAN. (Warszawa).

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę ze względu na rozległe zmiany kiłowe tętnicy głównej, które wystąpiły dość szybko u człowieka młodego.

Chory, urzędnik lat 23, — zaniemógł na jesieni 1926 r. Początkowo przez 6 tygodni miał zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe, następnie wystąpiły bóle w stawach i mięśniach kończyn, bicie serca podczas wysiłku. Apetyt dobry; mimo to stracił 7 kg. wagi. Częste dreszcze, zwłaszcza w grudniu i styczniu; t⁰ nie mierzył. Z powyższymi skargami przybył 5.II. 1927 r. na oddział.

Stan obecny. Budowa prawidłowa, odżywianie upośledzone, skóra wilgotna, błony śluzowe blade, oczy podbite; obrzęków niema. Stan podgorączkowy (36.3 — 37.8). tętno 90. miarowe, napięte. Poci się. Płuca bez zmian. Wymiary serca w granicach normy, nad koniuszkiem pierwszy ton głuchy z okresowo występującym niewyraźnym szmerem skurczowym. Pierwszy ton nad tętnicą płucną głuchy, drugi nad tętnicą główną i płucną wzmożony. Brzuch: śledziona powiększona, inne narządy bez zmian. Stawy wolne. Odruchy żywe. Reakcja źrenic i dno oka prawidłowe.

Ciepłota krwi 21.5 max. — 8.0 min. (Pachon-Gallavardin) Mocz: Urobilinogen nieco wzmożony, pozatem bez składników patologicznych. Kał normalny.

Badanie krwi: Hemoglobiny 64%, krwinek czerwonych 4.200.000; wskaźnik barwny 0.76. Ciałek białych — 7500. Wzór: obojętnochłonnych 55%, limfocytów 36%, monocytów i przejściowych 6%, eozynochłonnych 2%, zasadochłonnych 1%.

mocznika 0.15 g. w litrze surowicy krwi; kwasu moczowego 0.12‰. Posiew krwi ujemny.

Odczyny Wassermann'a i Besredki ujemne.

Prześwietlenie zmian w narządach klatki piersiowej nie wykazuje.

20.II. Chory czuje się nieco lepiej, mniej się poci. Pobierał duże dawki salicylanów. Stan przedmiotowy bez zmian. W moczu wystąpiły ślady białka, w osadzie 4—8 białych ciałek w polu widzenia.

24.II. Wypisany. Stan bez zmiany. Przybyło 1 kilo wagi.

Od marca do września 1927 r. chory był w domu i na wsi, czuł się lepiej. We wrześniu stan się pogorszył; wzmożyły się bóle stawów i mięśni; wystąpiła krwawa biegunka, trwająca 3 dni, t⁰ dochodziła wtedy do 38.6°; rozwolnienie — 3—4 wolne stolce dziennie — utrzymało się nadal.

24.X. 1927 przybył ponownie na oddział w stanie wielkiego osłabienia.

B. błady i chudy. Wagi 41 kg. (za poprzednim pobytom 48.4 kg.). Poci się, kaszle. T⁰ 37.4°, tętno 112, miarowe, napięte. Obrzęków i gruczołów powiększonych niema. Język nieobłożony. Granice płuc ruchome, oddech pęcherzykowy, z tyłu pojedyncze świsty. Serce: uderzenie koniuszkowe widoczne, wzmożone; wymiar poprzeczny nieco powiększony; nad koniuszkiem szmer skurczowy najwyraźniej słyszalny w III międzyżebrow z lewej strony; II ton nad tętnicą główną i płucną zaakcentowany. Pachon — 19 max., 10 min. Brzuch lekko wzdęty, niebolesny. Śledziona duża, wystaje na palec pod łukiem żebrowym. Źrenice i odruchy normalne.

Mocz zawiera 1/4—1/2‰ białka, w osadzie krwinki i kilka wałków ziarnistych w polu widzenia. W płwocinie pneumokokii; kał jaj pasorzytów nie zawiera. Krew: Hmgb 50%, krwinek czerwonych 2.600.000, białych 8000.

Następnego dnia po przybyciu chory dostał większej duszności, t⁰ podniosła się, kaszel z krwawą płwociną. W płucach z lewej strony z tyłu i z boku stwierdzono przytłumienie i liczne drobne rżenia. Duszność i sinica coraz większe, wystąpiły objawy wysięku lewostronnego. Dnia 1.XI chory zmarł.

Mieliśmy więc do czynienia z długotrwałym stanem podgorączkowym u młodego człowieka, z postępującą anemią wtórną, z zawałami zatorowymi w śledzienie następnie w nerkach (glomerulo-

¹⁾ Wygłoszone i demonstrowane na posiedzeniu klinicznym Tow. Medycyny Społecznej 31.V.1928.

nephritis haemorrhagica), ostatnio w płucach. Danych dla rozpoznania kiły, zdawało się, nie było żadnych. Należało prędzej myśleć o powolnym zapaleniu wsierdza. Niejasny był powód wysokiego ciśnienia w młodym wieku przy braku cech klinicznych lub radiologicznych zajęcia aorty. Sprawę wyjaśniło badanie pośmiertne.

Wynik sekcji (Dr. Półtorzycka):

Serce większe nieco od pięści, błona wewnętrzna gładka bez zmian. W zastawkach i w części wstępującej aorty żadnych zmian niema.

Poniżej odejścia dużych pni naczyniowych ściana tętnicy głównej jest zgrubiała na przestrzeni całego odcinka piersiowego oraz brzuszego do punktu, leżącego 10 cm. poniżej przepony. Zgrubienie dotyczy wszystkich warstw ściany. Błona wewnętrzna jest szaro-biała, jak gdyby szklista, pokryta szeregiem ubytków większych i mniejszych, bądź powierzchniowych, bądź głęboko sięgających aż do warstwy mięsnej. Do ubytków tych ściśle przylegają liczne masy zakrzepowe. Na przestrzeni 8 cm. powyżej i 4 cm. poniżej przepony światło tętnicy jest znacznie zwężone, ma ona wygląd rurki zwapniałej, wypełnionej prawie całkowicie zakrzepem. Zmiany powyższe urywają się nagle. Poniżej linii, odgraniczającej część zmienioną tętnicy ściana jej jest cienka o błonie wewnętrznej gładkiej.

Mikroskopowo. Nadzwyczaj zgrubiała jest warstwa wewnętrzna wskutek rozrostu młodej tkanki łącznej. Rozrost ten stwierdza się również w błonie środkowej. Bardzo obfite nacieki, przeważnie z komórek plazmatycznych, dookoła naczyń w błonie środkowej i przydane, a nawet gdzieś w błonie wewnętrznej. Włókien sprężystych jest b. mało, w niektórych odcinkach brak ich prawie zupełny. Tam, gdzie się zachowały, są one wyprostowane, poprzerywane, miejscami zgrubiałe; tu i owdzie spotyka się jakby rozrost tych włókien.

W naczyniach odżywczych włókna sprężyste są nierównomiernie faliste, miejscami wstążkowate, zgrubiałe. Ściany naczyń odżywczych są nierównomiernie zgrubiałe, wykazują skłonność do zarastania światła.

Śledziona, Bardzo duża, torebka jej zgrubiała. Liczne dość głębokie wręby. Liczne zawały, bądź świeże, bądź w okresie organizacji, bądź wygojone w postaci większych i mniejszych blizn. Śledziona na przekroju żywo czerwona, zrąb łączno-tkanowy wyraźny. Na nożu zbiera się tylko ciemna krew płynna

Mikroskopowo. Naczynia i zatoki śledziony są obficie wypełnione krwią i rozszerzone. Zrąb łączno-tkanowy występuje b. wyraźnie; komórek miążsi jest mniej. Naczynia zwłaszcza tętnice środkowe ciałek Malpighiego mają ściany kolosalnie zgrubiałe. Dookoła nich, a także wszędzie w miąższu śledziony widać bardzo liczne komórki plazmatyczne.

Nerki. Nieco powiększone, o powierzchni płatowej (zrazowatej) z szeregiem blizn pozawałowych; powierzchnia gładka. Nerka b. wiotka. Na przekroju kora odcina się wyraźnie od piramid, szerokość jej mierna, zabarwienie szaro żółte. Pasemkowaty rysunek kory zatarty. Ukrwienie całej nerki słabe (b. blade).

Mikroskopowo: Rozrost nadzwyczaj obfity i dość równomierny ziarniny z bardzo licznymi komórkami plazmatycznymi. Kłębki są rozmaitej wielkości, niektóre uciśnięte przez otaczającą tkankę ziarninową. Dookoła nich najobficiej nacieki z komórek plazmatycznych. Spotykamy kłębki w rozmaitych okresach bliznowacenia i zeszkliwienia. Widać obrazy rozrostu tkanki łącznej w postaci półksiężyców lub całkowitego zarastania kłębków. Zmiany naczyniowe — dość znaczne zgrubienie ścian, bujanie błony wewnętrznej, nacieki dookoła naczyń, zmiany we włóknach sprężystych. Duże ilości drobnych kulek tłuszczu w nabłonkach kanalików krętych i prostych. (*Glomerulo — nephritis chronica syphilitica*).

Wątroba. Wystaje na pół palca w linii pachowej, dość duża, torebka cienka, powierzchnia gładka, brzeg zaokrąglony. Na przekroju sina, z szeregiem żółtawych plam. Rysunek wyraźny, w niektórych miejscach środki zrazików wyraźnie sine, obwody żółte. (*Venostasis et infiltratio adiposa hepatis*).

Rozpoznanie anatomo-patologiczne:

Pleuropneumonia inferior sinistra. Oedema et bronchopneumonia dispersa lobi inferioris et medii pulmonis dextri. Mesaortitis luetica cum calcificationibus aortae descendentis et abdominalis. Hypertrophia concentrica cordis. Thrombus parietalis aortae in regione diaphragmatis. Stenosis aortae. Tumor lienis chronicus. Infarctus anaemici et cicatrices lienis post infarctum. Venostasis et infiltratio adiposa hepatis. Infiltratio adiposa et cicatrices post infarctum renum.

W związku z opisanym przypadkiem chciałbym podać kilka uwag w sprawie kiły narządu krążenia.

Zmiany kiłowe aorty i zastawek — *mesaortitis luetica* — są częstsze, niż ogólnie się przypuszcza, i są zarazem najczęstszym przejawem kiły narządów wewnętrznych.

Bruhns¹⁾, badając systematycznie 200 chorych na kiłę stwierdził w 40% zmiany w sensie *mesaortitis luetica* — Zmiany te wystąpiły w okresie od 4 do 40 lat po zakażeniu. Większość chorych nie miała żadnych skarg lub zaburzeń. Przy energicznym leczeniu wczesnym udaje się przeważnie sprawę wstrzymać. Często jednakże odnosi się wrażenie, że, im leczenie swoiste jest energiczniejsze, tem wcześniej występuje *m. luetica*.

Graf i Ramel²⁾ opisują przypadek chorego na kiłę, 24 lat, u którego w 1½ roku po zakażeniu stwierdzono *mesaortitis luetica* i kiłak śledziony, mimo wczesnej — bo już w miesiąc po zakażeniu — i bardzo energicznej kuracji (15,0 gr. neosalwarсанu).

Wogóle liczba przypadków kiły narządów wewnętrznych, a zwłaszcza krążenia w ostatnich latach stale się powiększa³⁾. Kiła jakby się przerzuciła ze skóry i kości na narząd krążenia i układ nerwowy. Jeśli nie ¼, to ⅓ wszystkich chorych sercowych ma za podłoże kiłę, ¾ schorzeń aorty jest przez nią uwarunkowane⁴⁾.

Zmiany kiłowe mogą powstać we wszystkich odcinkach tętnicy głównej. Zwykle spotykamy je w części wstępującej, następnie w łuku, w części zstępującej i piersiowej. Zmiany zazwyczaj urywają się ostro. Badanie szczegółowe (histologiczne) wykazuje wtedy mniejsze blaszki w różnych odcinkach.

Zmiany charakterystyczne dla kiły są następujące:

1) Sprawa obejmuje wszystkie 3 warstwy tętnicy, począwszy od warstwy środkowej, — *panaortitis*. — W miążdżycy zmieniona jest tylko błona wewnętrzna, *intima*.

2) Obfite nacieki leukocytów i komórek plazmatycznych, zwłaszcza naokoło naczyń przydanki — *periaortitis* — W miążdżycy mamy zwyrodnienie komórek błony wewnętrznej i następce ich zwapnienie.

3) Przemieszczanie (dyslokacja) i przerwa w ciągłości błony elastycznej, co tłumaczy łatwe powstanie tętniaków i typowy dla *mesaortitis luetica* obraz radiologiczny.

W połowie przypadków brak tętniaków i zmian w zastawkach. Zmiany naczyń wieńcowych (b. niebezpieczne) są rzadkie.

Przebieg kliniczny często bez skarg. Ostrego zapalenia wsierdza kiła nigdy nie daje. *A. l.* często łączy się z kiłą układu nerwowego (wiadom rdzenia, porażeniem postępującym i kiłą mózgowo rdzeniową). Przebieg wtedy bywa łagodniejszy. Objawy kliniczne mogą być najróżnorodniejsze i w dużym stopniu zależne są od umiejscowienia zmian i przebiegu. Najcięższe postacie mamy, gdy sprawa przechodzi na zastawki lub zagarnia ujścia naczyń wieńcowych. W tym przypadku może nastąpić szybkie zamknięcie światła tych naczyń i stąd nagła śmierć u osób dotąd pozornie zdrowych. Same naczynia wieńcowe mogą być przytem niezmiennione. Wartość praktyczną ma podział, zaproponowany przez Schotmüllera, który odróżnia: *Aortitis valvularis, coronaris, supra-avalvularis i aneurysmatica*. Z wielu objawów chciałbym podkreślić jako typowe: długotrwały ból pozamostkowy bez uczucia śmiertelnego niepokoju (Vernichtungsgefühl), szmer skurczowy nad aortą, nie oznaczający zwężenia jej światła, i zaostrenie II tonu bez wzmożonego ciśnienia; dusznica bolesna, występująca przy wysiłku. Objawy dusznicy brzusznej na wysokości trawienia. Połączenie dusznicy bolesnej i niedomogi zastawek tętnicy głównej pg. Schlesingera⁵⁾ zawsze przemawia za kiłą. W dużym odsetku przypadków śledziona bywa powiększona.

Często, bo prawie w połowie przypadków, ciśnienie krwi bywa podwyższone. Wzmożenie to uważane jest za będące pochodzenia odruchowego. Stan zapalny ścian tętnicy głównej, zwł. przydanki w jej części wstępującej, ma pobudzać ośrodek naczynio-ruchowy (Wenckebach). — Aorto — bulbärer Gefäßreflex.

Odczyn Wassermann'a w $\frac{1}{3}$ części przypadków kiły narządów wewnętrznych lub aorty jest ujemny, ale i odczyn dodatni świadczy tylko o obecności kiły, a nie o istnieniu kiły aorty.

Rozpoznanie, a zwłaszcza różniczkowanie między kiłą, a miażdżycą jest często trudne lub nawet niemożliwe. Należy uwzględnić wywiad (wyłączyć reumatyzm, zapal. wsierdza, ew. i zimnicę), wiek, obraz radiologiczny ewent. współistniejącą kiłę układu nerwowego. Wiek młodszy lub do 50 lat przemawia raczej za kiłą, powyżej 50 lat za miażdżycą, możliwe jest również połączenie kiły i miażdżycy zwłaszcza, jeżeli dołącza się alkohol.

Rokowanie. Przypadki postępujące — ostre nieleczone, zwłaszcza u ludzi młodych, trwają od kilku miesięcy do kilku lat. Większość przypadków ma przebieg powolny — przewlekły.

Leczenie ogólnie przyjęte i niekiedy skuteczne jest swoiste. Istnieje jednak duża różnica poglądów co do rodzaju i liczby leków, czasu i tempa kuracji oraz wyboru samych przypadków, nadających się do niej.

W większości przypadków, zwłaszcza świeżych, i u ludzi młodych wyniki są często bardzo dobre, w wieku podeszłym, po 50-ce wątpliwe, aczkolwiek zdarzają się i dobre. W razie niedomogi krążenia lub posuniętej miażdżycy leczenie swoiste jest bezcelowe lub szkodliwe. Tak w przypadku, dotyczącym mężczyzny 26 lat, który przybył do szpitala w stanie dusznicy bolesnej, po 6 wcieraniach rtęci

nastąpiła znaczna poprawa subiektywna i odczyn Wassermann'a z ujemnego stał się dodatni. W drugim przypadku u oficera 50 letniego, który przybył na nasz oddział z kiłą narządów wewnętrznych, niedomogą krążenia i dodatnim odczynem Wassermann'a, przy leżeniu i leczeniu zwykłym (naparstnicą etc.) nastąpiła znaczna poprawa i stan równowagi; po zastosowaniu jodu i małej dawki Salwarsanu — znaczne pogorszenie i śmierć.

Ocena skutku leczniczego jest możliwa tylko w niewielu przypadkach, np. aortalgii lub dusznicy bolesnej; zwykle nie mamy danych obiektywnych dla oceny stopnia poprawy lub wyzdrowienia.

Niewiele pomaga nam tu i odczyn Wassermann'a. Ujemny odczyn serologiczny nie jest przeciwwskazaniem dla terapii swoistej, gdyż, jak podaliśmy wyżej, w $\frac{1}{3}$ części przypadków kiły wewnętrznej niema go wogóle. Nie może być również celem leczenia kontynuować je tak długo, aż odczyn dodatni przejdzie w ujemny. Niekiedy wogóle to się nie udaje. Często zaś zbyt długotrwałe i energiczne leczenie prowadzi przejściowo tylko do odczynu ujemnego, wyczerpuje chorego i szkodzi mu, nie uwalniając go przytem od istniejącej *a. l.*

Okoliczność, że energiczna kuracja salwarsanowa prowadzi szybko do zniknięcia objawów skórnych, jest uważana przez wielu autorów, jak np. przez Josepha, za czynnik niekorzystny w rozwoju *a. l.* Objawy skórne bowiem prowadzą według nich do wytworzenia przeciwciał i chronią narządy wewnętrzne od uszkodzenia jadem kiłowym. Opierają się oni także na tem, że w krajach o małej kulturze, gdzie kiła jest mniej leczona lub leczona tylko rtęcią, mamy przewagę przypadków skórnych i kostnych, natomiast prawie nie widzi się kiły narządów wewnętrznych. Autorzy ci wobec tego w II-im okresie kiły wstrzymują się od ewentualnego leczenia salwarsanem, stosując tylko rtęć lub bizmut; z drugiej strony opuszczają oni moment dla walki, gdy krętek nie jest jeszcze wszędzie rozpowszechniony w ustroju.

Bardziej celowo może postępuje Bruhns, wyczekując z kuracją salwarsanową, aż do zjawienia się objawów skórnych, ale tylko w przypadkach z dodatnim odczynem serologicznym.

Leczenie więc swoiste jodem, rtęcią, bizmutem i arszenikiem, w zasadzie uznane za najodpowiedniejsze, w praktyce nastęrcza duże trudności i nie daje się ująć w stały schemat, tembardziej, że są to wszystko środki nieobojętne dla ustroju. Tak salwarsan ma działanie toksyczne na wątrobę, bizmut i rtęć na nerki. Postępowanie więc ustalone w leczeniu kiły I i II-go rzędowej, gdy organizm jest młody i narząd krążenia oraz miąższ wątroby i nerek sprawny, nie może być — jak słusznie zaznacza Donzelot⁷⁾ — bezkrytycznie przeniesione do leczenia kiły III rzędowej. W każdym przypadku należy uwzględnić poza narządem krążenia stan wątroby i nerek.

Nie wchodząc w szczegóły leczenia, chciałem zwrócić uwagę na nasuwające się przy tem trudności. Sprawa wymaga dalszej systematycznej obserwacji i wymiany zdań. Wielka dyskusja⁸⁾, jaka toczyła się na ten temat w roku bieżącym i ubiegłym na szeregu posiedzeń „Société Médicale des Hôpitaux de Paris” wykazała, jak zawile i sporne są te rzeczy.

PIŚMIENNICTWO.

1) Bruhns: Vorkommen und Häufigkeit der Aortitis luetica. XIV Kongr. d. Deutschen dermatol. Gesellsch. Münchn. med. Woch. 1927 r. str. 206. 2) Graf et Ramel: Badania nad wczesną kiłą aorty. Revue medicale de la Suisse romande 26.XI.26 c. pg. Münchn. med. Woch. 1927 r. str. 193f. 3) E. Langer: Die Häufigkeit der luetischen Organveränderungen, insbesondere der Aortitis luetica. Münchn. med. Woch. 1926 r. № 43, str. 1782; Kl. Woch. 1926 r. Buschke, Gumpert und Langer: Zur Kenntnis der Epidemiologie der venerischen Krankheiten. Münchn. med. Woch. 1927 № 19 str. 795. 4) Witgenstein i Brodnitz: Münchn. med. W. 1924 str. 135f. Grenet, Levent, Pellisier: Les syphilis viscerales tardives. Masson & Co, 1927 r. Heller: Die Prognose der Aortitis syphilitica. Klin. Woch. 1927 r. str. 567, Moritz: Über spezifische Gefässerkrankungen Münchn. med. W. 1926 № 31 str. 1263. 5) H. Schlesinger: Syphilis und innere Medizin. J. Springer. Wien. 1927. 6) Wassermann: der aortale Hochdruck und sein Mechanismus Wiener klin. Woch. 1927 str. 517. 7) E. Donzelot: L'abus des médicaments antisypilitiques dans le traitement des affections cardiovasculaires. (Diskussion: M. M. Léon Tixier, Laubry, Clere, H. Grenet, Noel Fiessinger). Bulle-

d. Hôpitaux de Paris. 1927 № 33. I.XII. 8) A. Sézary: Le traitement des affections cardiovasculaires syphilitiques. Ibid str. 1547. Ch. Flandin: Diagnostic et traitement des aortites syphilitiques. Ibid. str. 1551. R. l. Weissenbach: Quelques remarques sur l'emploi des médicaments antisypilitiques dans le traitement des syndromes chroniques. Ibid. str. 1555. Maurice Renaud: Sur la rôle de la syphilis dans la détermination des affections cardio-vasculaires. Bullet. d. Hôp. de Paris 1927 № 34. G. Gaussade et A. Tardieu: A propos du traitement des aortites syphilitiques. La base anatomique des notions de syphilis de l'aorte et d'aortite syphilitique. Ibid str. 1584. Ch. Aubertin: Le traitement antisypilitique chez les cardiaques. Ibid. 1586. C. Lian: De l'importance étiologique de la syphilis en pathologie cardio-vasculaire. déductions thérapeutiques, Ibid 1588. René Benard: De l'usage du traitement antisypilitique dans les affections cardio-vasculaires. B. d. H. № 35, str. 1607. Henri Dufour: Troubles cardiovasculaires et traitement antisypilitique. Ibid. str. 1610. Marcel Pinard: Efficacité des traitements arsenicaux intensifs et prolongés dans les anevrismes syphilitiques. (Discussion: M. M. Hallé, Sicard et Caussade). Bullet. d. Hôpitaux Paris. 1928. № 38. Milian: A propos des conflits thérapeutiques dans le traitement de la syphilis. Bull. d. Hôpit. Paris. 1928 № 9. 15.III.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala na Czystem
(Ordynator: Dr. G. LEWIN)

O synergetycznym działaniu moczopędnem związków rtęci i amonu.

Podali

J. FLIEDERBAUM (Warszawa) i L. KRASUCKA (Warszawa).

Działanie moczopędne rtęci znane było już za czasów alchemików. Wspomina o niem Paracelsus. Wpływ rtęci na znikanie obrzęków uległ jednak zapomnieniu, i dopiero w r. 1886 Jendrassik przypadkowo nanowo wykrywa owo działanie lecznicze.

już przez podawanie kalomelu udaje się niejednokrotnie wywołać szybkie zniknięcie obrzęków i puchlin sercowego i wątrobowego (nietylko kilowego) pochodzenia ze spadkiem wagi nieraz do 10 kg. w ciągu kilku dni. Kalomel często jednak uszkadza nerki i wywołuje objawy zatrucia rtęcią.

Analogiczne działanie mają hydrargyrum tannicum oxydulatum (Maks. Sternberg, Med. Kl. 1923, 13), domięśniowe zastrzykiwania sublimatu i salicylanu rtęci (Fleckseder) i inne środki.

Potężne działanie moczopędne, wolne od wpływów ubocznych, uzyskujemy dopiero, stosując wprowadzony przez Saxla i Heiliga (Wien. Klin. Woch., 1920, 33) novasurol, zalecany przez Bluma i Schwaba salyrgan (Pr. Méd. 1925, 100), neptal i inne związki organiczne rtęci. Jak mogliśmy się niejednokrotnie przekonać, po jednym zastrzyknięciu dożylnym 2—3 cm.³ novasurolu udawało się uzyskać nieraz ilość dobową moczu, równą 8—10 litrom. (Nieraz stosowanie i tych środków nie jest wolne od działań ubocznych, o czym napiszemy na innym miejscu).

Tak pomyślnie działanie novasurolu i inn. związków rtęci, jak przekonywaliśmy się niejedno-

krotnie, stopniowo jednak wyczerpuje się i to w czasie, kiedy nie doszło jeszcze do całkowitego zniknięcia puchlin i obrzęków. Dla przykładu podajemy kilka obserwowanych przez nas przypadków:

1 przyp. Zwyródnienie mięśnia sercowego z objawami niedomogi sercowej (zastoiny, obrzęki) u kobiety 58 l. Po 1 zastrzyknięciu domięśniowym 1 cm.³ salyrganu 2500 cm.³ moczu, po 2-iem — 1800 cm.³, po 3-iem — 1000 cm.³, po 4-em — 70 cm.³, po 5-em (zastrzyknięto 2 cm.³ salyrganu dożylnie) — 50 cm.³ (Pauza między zastrzykiwaniami 5-dniowa). Obrzęki i puchliny — znaczne.

2 przyp. Marskość zanikowa wątroby z puchliną brzuszną i obrzękiem kończyn dolnych u kobiety 50 l. Po 1-ym zastrzyknięciu dożylnym 1 cm.³ salyrganu—2800 cm.³ moczu w ciągu doby, po 2-iem—3000 cm.³, po 3-iem — 3000 cm.³, po 4-em — 900 cm.³, po 5-em (2 cm.³ salyrganu) 800 cm.³, po 6-em i 7-em (3 cm.³ salyrganu) po 70 cm.³, po 8-em (2 cm.³ novasurolu dożylnie) — 100 cm.³ moczu. (Pauza między zastrzykiwaniami 4—5 dniowa). Puchlina brzuszna nadal dość znaczna.

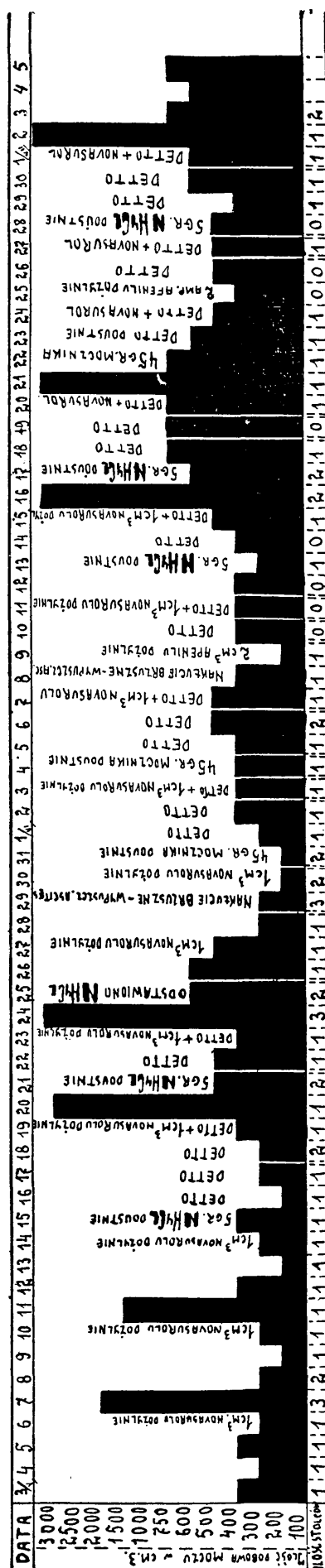
3 przyp. Marskość kiłowa wątroby z puchliną brzuszną (bez żółtaczki) u osobnika 42-letniego. Po 1-ym dożylnym zastrzyknięciu 1 cm.³ novasurolu—3500 cm.³ moczu w ciągu doby, po 2-iem — 3200 cm.³, po 3-iem — 2200 cm.³, po 4-em — 1200 cm.³, po 5-em—630 cm.³, po 6-em—200 cm.³, po 7-em — 120 cm.³, po 8-em (2 cm.³ novasurolu) — 120 cm.³, po 9-em (3 cm.³ novasurolu) — 50 cm.³ (Pauza między zastrzykiwaniami 3-dniowa). Puchlina brzuszna nie zmniejsza się.

4 przyp. Otyłość wielogruczołowa u osobnika l. 36, leczonego tarczycą oraz zastrzykiwaniami domięśniowymi novasurolu (1 raz na tydzień 1 cm.³). Po 1-ym zastrzyknięciu novasurolu spadek w ciągu doby na wadze 2500 gramów, po 2-ym zastrzyknięciu — 1500 gr., po 3-ciem, po 4-ym, po 5-ym brak straty na wadze.

Jak wspomnieliśmy wyżej, w przypadkach przytoczonych oraz szeregu innych salyrgan i novasurol przestawały działać jeszcze zanim organizm pozbywał się nadmiaru płynów (obrzęki, puchliny, wysięki, „nalana otyłość” www.libra.wum.edu.pl

Tablica I.

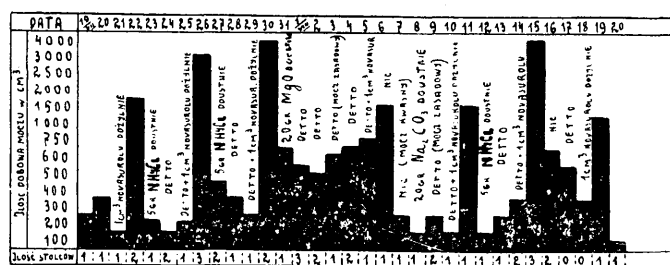
Chora W. Ch., 1. 17 ks. Chor. ch 30C3 26. *Insuff. el stenosis valv. mitr. a usolia* — kio'a ustąpiła po środkach nasercowych. Pozostały jedynie duża wątroba i puchlina brzuszna: której nie udało się usunąć zwykłymi środkami moczopędnymi.



Ponieważ naogół organiczne związki rtęci stosujemy tam, gdzie zawiodły wszystkie inne środki moczopędne, jest zrozumiałą rzeczą, że fakty po-

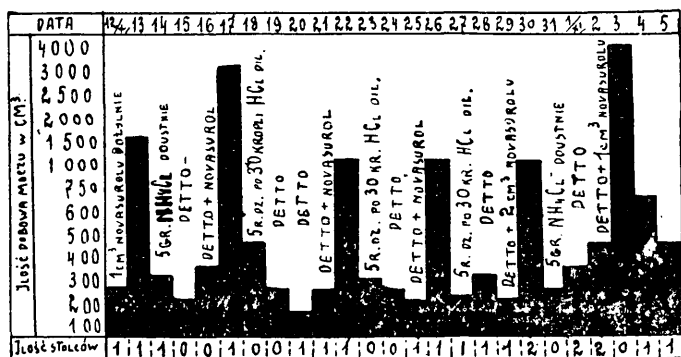
Tablica II.

Chory M. Z.—1. 18, 1. ks. chorych 1934/27. *Nephrosis idiopatica. Anasarca.*



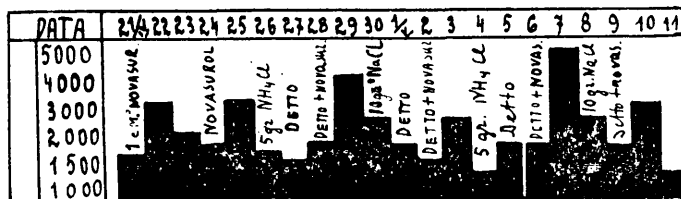
Tablica III.

Chora E. F., 1. 55, 1. ks. chorych 3909/27. *Degen. musc. cordis. Asystolia.*



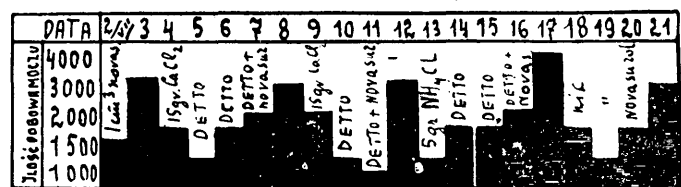
Tablica IV.

Chora T. A., 1. 24, 1. ks. chorych 2695/26. *Adipositas hypophyseogenes*, leczona preparatami tarczycy oraz zastrzykowaniami novasurolu (2 razy na tydzień), (w okresie późniejszym — naświetlania okolicy przysadki promieniami Rentgena).



Tablica V.

Chory Sz. D., 1. 34, 1. ks. chorych 1965/28. *Pleuritis exsudativa sinistra.*



wyższe zamieniają przypadki ciężkie na bezna-
dziejne.

Dużym zatem postępem w lecznictwie stanów
nawodnienia ustroju jest stwierdzenie przez Kei-

tha. Barriera i W. Melana (Journ. Am. Med. Ass., T. 85, Nr. 11, 12.8.1925 r.) synergetycznego działania moczopędnego chlorku amonu i novasurolu,

Autorzy ci stwierdzili, że podawanie doustne chlorku amonu w ilości 5—15 gr. dziennie w przeciągu 3—18 dni zwiększa działanie moczopędne wstrzykiwań domięśniowych lub dożylnych novasurolu. Wyniki dodatnie uzyskali autorzy u 10-ciu z 12-tu chorych na nerki z obrzękami!

Badania te zostały potwierdzone przez Szczeklika (Polsk. Gaz. Lek., 1927,8) Labbé i Violle'a („Métabolisme de l'eau" 1927), Weinstein'a (Kl. Woch., 1927,39), Oehme (Kl. Woch., 1927,49) i inn.

Chlorek amonu w połączeniu z novasuolem stosujemy na oddziale p. D-ra Lewina od blisko 3-ich lat. Wyniki nasze zgodne są z otrzymanymi przez autorów powyższych: podawanie chlorku amonu wzmacnia lub przywraca (reaktywuje) działanie moczopędne novasurolu — w zastoinie sercowej, nerczycy przewlekłej, marskości wątroby (kiłowej, sercowej, zanikowej), w wysiękowym zapaleniu płuc i t. d. Poza tem spostrzegaliśmy, że podawanie chlorku amonu wzmacnia b. znacznie spadki gwałtowne wagi po zastrzykiwaniach novasurolu w przypadkach „nalanej otyłości“, leczonych tarczycą i novasuolem (wg. Eppingera). Wreszcie badania nasze wykazały, że owo synergetyczne działanie moczopędne dotyczy nie tylko chlorku amonu i novasurolu, jak twierdzą autorzy powyżsi, lecz również NH_4Cl i salyrganu i wszystkich wspomnianych powyżej innych związków rtęci o własnościach moczopędnych.

Ogółem stosowaliśmy owe kombinacje lekowe w przeszło 30 przypadkach schorzeń — naogół z wynikiem dodatnim. Wobec tego, że przytoczone prace (np. praca Szczeklika) obfitują w przykłady uczulającego novasurol działania moczopędnego chlorku amonu, podawać przykładów takich nie będziemy.

W pracy niniejszej chcemy przedstawić wyniki badań naszych nad chemizmem owego działania synergetycznego.

Chlorek amonu jest solą obojętną. Jak wiemy jednak, działanie soli obojętnych na ustrój jest jednoznaczne z działaniem zawartych w nich jonów. Należało tedy zobaczyć, jak wpływają na gospodarkę wodną jony chloru i amonu. Ponieważ, dalej, jon chloru ma własności kwasu, amonu — zasad, należało zobaczyć, czy działanie to nie jest identyczne z wpływem kwasów i zasad na ustrój. Wg. Haldanea wprowadzone do ustroju sole amonu wywołują powstawanie mocznika. Trzeba więc było sprawdzić, czy działanie NH_4Cl nie jest działaniem mocznika na diurezę.

Zaczęliśmy więc badać wpływ wspomnianych środków na diurezę ponovasurołową.

1. Wpływ mocznika na diurezę po związkach rtęci.

W jednym przypadku sercowej marskości wątroby z puchliną brzuszną, w którym już podawa-

liśmy poprzednio novasurol, zaczęliśmy w okresach między zastrzykiwaniami podawać NH_4Cl lub mocznik doustnie. W tablicy I uwidoczniiony jest wpływ tych leków na diurezę ponovasurołową.

Z tablicy tej wynika, że 1^o w przypadku, w którym żaden inny środek moczopędny nie mógł usunąć puchliny brzusznej novasurol okazał się skutecznym środkiem moczopędnym, 2^o owo działanie moczopędne po następujących po sobie zastrzykiwaniach stopniowo malało, aż po 3 zupełnie ustało, 3^o przez podawanie doustne chlorku amonu (5 gr. dziennie) udało się przywrócić, a nawet wzmocnić diurezę ponovasurołową; 4^o odstawienie chlorku amonu, jak sprawdziliśmy dwukrotnie, znosiło działanie novasurolu, — mieliśmy więc prawo sądzić, że NH_4Cl reaktywował działanie novasurolu; 5^o podawanie mocznika doustnie (45 gr. dziennie) lub dożylnie (w postaci afenilu) wzmacniało w stopniu nieznacznym diurezę, nie przywracało jednak diurezy ponovasurołowej, a zatem mocznik novasurolu nie reaktywował; 6^o ponowne podawanie doustne chlorku amonu znowu reaktywowało novasurol.

Analogiczne badania nad novasuolem i salyrganem przeprowadziliśmy jeszcze w 3 przypadkach puchlin i obrzęków. Wyniki uzyskaliśmy analogiczne do powyższych. Mamy więc prawo sądzić, że synergetyczne działanie moczopędne chlorku amonu i organicznych związków rtęci nie jest zależne od powstania w ustroju mocznika po wprowadzeniu soli amonu.

2. Wpływ zasad na diurezę po związkach rtęci.

Istnieje pogląd wypowiedziany przez Fishera, że obrzęki powstają wskutek zakwaszenia koloidów tkankowych, co pociąga za sobą zwiększenie ich wodochłonności. Szereg autorów (m. inn. Schade) nie zgadza się z takim ujęciem patogenezy obrzęków. Badania własne (dotąd nieogłoszone) przemawiają jednak za tem, że gromadzenie się kwasów odgrywa tu pewną rolę. Wiemy również, że przez alkalizację ustroju np. podawanie MgO , MgCO_3 , Na_2CO_3 udaje się niejednokrotnie zwiększyć diurezę.

Ponieważ grupa NH_4 w roztworach wodnych ma własności zasad (tworząc NH_4OH), należało zobaczyć czy działanie chlorku amonu nie jest jednoznaczne z działaniem moczopędnym zasad.

By rozstrzygnąć to pytanie, zaczęliśmy w przypadku *nephrosis chronica* z dużymi obrzękami podawać 1) novasurol, 2) novasurol i NH_4Cl i 3) MgO i Na_2CO_3 (aż do zalkalizowania moczu) i novasurol. Wyniki uwidocznione są na tablicy 2-ej.

Z tablicy tej wynika, że 1) u badanego chorego novasurol zwiększył diurezę, 2) działanie moczopędne tego środka wzrosło przeszło dwukrotnie po podawaniu doustnym NH_4Cl (po 5 gr. dz. w opłatkach), 3) wprowadzenie doustne MgO i Na_2CO_3 (3—4 łyżeczki dziennie), aż do zalkalizowania moczu zwiększało nieznacznie i przelotnie ilość dobową moczu, nie zwiększało natomiast działania moczopędnego novasurolu i 4) ponowne podawanie doustne NH_4Cl ponownie zwiększało diurezę ponovasurołową.

Badania te, potwierdzone jeszcze i u 3 innych chorych, uprawniają nas do wniosku, że działanie synergetyczne moczopędne NH_4Cl i novasurolu (detto salyrganu) nie jest identyczne z działaniem moczopędnym zasad.

3. Wpływ kwasów na diurezę po związkach rtęci.

Wg. Haldana podawanie chlorku amonu obniża we krwi zasób zasad (od 22 25% CO_2) oraz większą kwasotę moczu. Ma to być skutkiem przemiany grupy NH_2 na mocznik, uwolnienia się Cl jako HCl i następnego zakwaszenia ustroju.

(Przebieg reakcji: mocznik
 $\text{CO}_2 + 2 \text{NH}_4\text{Cl} \rightarrow \text{NH}_2 \cdot \text{CO} \cdot \text{NH}_2 + \text{H}_2\text{O} + 2\text{HCl}$)
 Ponieważ wg. Wyssa (D. Arch. f. Kl. Med. 111, 93, 1923 r.), Heislera (Zeitschr. f. Ges. Exp. Med., 34, 111; 1924 r.), Weltmanna (Wien. Arch. f. Klin. Med. 2, 124; 1921 r.), Oehme (Kl. Woch., 1927, 49) i inn. sole, zakwaszające ustrój, mają działać odwadniająco, zaczęliśmy badać, czy działanie moczopędne NH_4Cl nie sprowadza się do działania kwasów.

Badania, przeprowadzone analogicznie do powyższych, dały wyniki, uwidocznione na tablicy 3-ej.

Z tablicy tej widać, że w przypadku, w którym NH_4Cl dwukrotnie podwyższał działanie moczopędne novasurolu, kwas solny (który znacznie podwyższał kwasotę) zmniejszał diurezę oraz nie wpływał zupełnie na działanie moczopędne novasurolu.

Analogiczne wyniki otrzymaliśmy po podawaniu HCl i salyrganu w 2 przypadkach obrzęków.

Widzimy więc, że zmniejszenie zasobu zasad we krwi oraz zwiększenie kwasoty moczu po podawaniu NH_4Cl nie jest przyczyną wywołanego przez NH_4Cl odwodnienia ustroju.

Nie wyłącza to bynajmniej innej nasuwającej się koncepcji, że mianowicie NH_4Cl przez zmianę konfiguracji chemicznej obrzękłych koloidów tkankowych powoduje oddawanie przez obrzękłe tkanki

nadmiaru kwasów do krwi i stąd do moczu (przez obniżenie zasobu zasad we krwi oraz zakwaszenie moczu). Zakwaszenie byłoby zatem w myśl tej koncepcji nie przyczyną, lecz następstwem działania moczopędnego NH_4Cl . — Mogłyby to rozstrzygnąć badania specjalne.

4. Wpływ jonów amonu i chloru na diurezę po związkach rtęci.

Jak wspominaliśmy powyżej, z NH_4 może w ustroju powstać mocznik i kwas solny. Wg. Mainzera (Kl. Woch. 1927, 36) kwas solny zaraz po powstaniu łączy się z dwuwęglanami krwi, przyczem wydala się CO_2 , i powstaje sól kuchenna wg. wzoru: $\text{NaHCO}_3 + \text{HCl} \rightarrow \text{NaCl} + \text{H}_2\text{CO}_3 \rightarrow \text{NaCl} + \text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O}$. (CO_2 wydyla się przez płuca). Nasuwa się zatem możliwość, że w NH_4Cl właśnie jon chloru ma owo działanie moczopędne.

Jak wykazały jednak badania nasze, analogiczne do powyższych, NaCl zmniejszało działanie moczopędne novasurolu i salyrganu (tablica 4), CaCl_2 owego działania nie potęgowało (tablica 5), badania zostały przeprowadzone u 3 chorych każde.

Nasuwał się zatem wniosek ostateczny: synergetyczne działanie moczopędne związków rtęci i chlorku amonu jest następstwem działania jonu amonu.

Badania nasze potwierdziły ten wniosek. Podawanie wielu chorym w przerwach między zastrzykiwaniami novasurolu i salyrganu różnych soli amonu wykazało, że działanie moczopędne związków organicznych rtęci potęgują poza NH_4Cl również i $\text{NH}_4\text{H}_2\text{PO}_4$ oraz NH_4Br .

Badania następne, przeprowadzone u trzyczestukilku chorych wykazały, że z tych 3-ch środków NH_4Br najbardziej potęguje działanie moczopędne novasurolu i salyrganu.

Dlatego też proponujemy zamiast NH_4Cl podawać chorym bromek amonu (w roztworze wodnym — w ilości 5-10-12 gr. substancji suchej dziennie). Bromek amonu jest mniej przykry w smaku i bardziej skuteczny w działaniu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Splot naczyniasty.

Podał

Natalja ZANDOWA (Warszawa)

Niesprawiedliwy jest los dla narządów, istniejących w obrębie układu nerwowego, a posiadających budowę odmienną od niego; nie zajmują się nimi ani neurologowie, ani anatomo-patolodzy, leżą więc one odłogiem, niepoznane w swej działalności i w budowie.

Słuszność powyższego popiera przykład choćby szyszynki, do obecnej chwili niezbadanej należycie, mimo że oddawna gołosłownie przypisywano jej najrozmaitsze własności.

Splot naczyniasty również należy do tej kategorii: w żadnej z nowoczesnych anatomii patologicznych nie odnajdziemy pełnego opisu narządu w jego odmianach chorobowych, w żadnym podręczniku fizjologii nie wyczytamy omówienia czynności splotu.

Dopiero w ostatnich czasach szereg badaczy (Meek, Francini, Mott, Pellizzi, Vonwil-

ler, Dixon i Halliburton, Mestrezat, Grynfeldt i Euzière, Weed, Cushing i in.), postawił sobie za zadanie rzucić snop światła na tę zaniedbaną dziedzinę.

Hipotezy, dotyczące roli spłotu, a nie po parte żadnymi poważnymi badaniami, istniały od bardzo dawna. Już w wiekach średnich nazywano go „*rete mirabilis*“ (Riolan) i przypisywano własność oczyszczania duszy od zbędnych naleciałości (Galen i Ve zaljus z). Jeśli przypomnimy sobie, że dusza podług ówczesnych pojęć mieściła się w szyszynce, to uznamy, że sąsiedztwo bezpośrednie spłotu było wygodne dla niej, pragnącej się doskonalić.

Odkładając żart na bok, musimy przyznać, że hipoteza ta, wzięta symbolicznie, przypomina blisko teorię współczesną Monakowa, według której spłot naczyniasty decyduje o zdrowiu psychicznym: schizofrenja, zdaniem tego uczonego, powstaje w przypadkach niedorozwoju spłotu. Teoria ta nie wytrzymała sprawdzianu anatomo-patologicznego: okazało się, że istnieją przypadki schizofrenji, w których spłot naczyniasty pozostał niezmieniony.

Najbardziej rozpowszechniona jest obecnie teoria, głosząca, iż spłot jest narządem ochronnym, zatrzymującym substancje obce, krążące we krwi, i w ten sposób czuwającym nad bezpieczeństwem układu nerwowego (Schmorl, Goldmann, Zangger, Stern i Gautier i in.).

I ta teoria nie mogła się ostać przed krytyką badaczy ostatniej doby: tak badania, przeprowadzane w pracowni neurobiologicznej w Warszawie wykazały, że usunięcie spłotu naczyniastego z komory bocznej nie stwarza dla niej warunków gorszych, niż te, jakie panują w komorze nietkniętej: barwnik, wprowadzany dożylnie, nie przedostaje się do żadnej z półkul mózgowych. A więc nie spłot stoi na straży bezpieczeństwa, gdyż brak jego nie odbija się ujemnie na nienaruszalności terytorjum nerwowego.

Poszukiwania samego narządu ochronnego doprowadziły do wniosku, iż jest nim opona miękka dzięki obecności w niej układu siateczkowo-śródbłonkowego, reprezentowanego przez histiocyty Ashoffa.

Behnsen również doszedł do negowania roli ochronnej spłotu. Prowadząc badania swe na młodych myszkach, u których barwnik wprowadzony dożylnie nie jest tak doskonale zatrzymywany przez narząd ochronny, jak to ma miejsce u osobników dorosłych, i przenika do tkanki nerwowej, badacz ten zauważył, iż wbrew oczekiwaniom najbardziej zabarwione były nie wzgórki wzrokowe, to jest okolice najbliższej sąsiadujące z domniemanym filtrem (ze spłotem), lecz zgoła odległe (mianowicie podstawa mózgu). Na zasadzie tych badań Behnsen wypowiedział się przeciw własnościom ochronnym spłotu naczyniastego.

A zatem rola narządu, ochraniającego układ nerwowy przed wpływami postronnymi, została spłotowi odjęta.

Przed wyszczególnieniem jego istotnych zadań należy podkreślić, iż, embriologicznie biorąc, spłot składa się z dwu tkanek odrębnych: z nabłonka, pochodzącego z listka zarodkowego zew-

nętrznego oraz ze zrębu łącznotkankowego, pochodzącego z listka zarodkowego środkowego. Nabłonek jest zatem równoznaczny z tkanką nerwową, zrąb łącznotkankowy — z oponą mięką. Stosunki bezpieczeństwa są tu takie same, jak i w obrębie tamtych narządów, t. j. nabłonek jest ochraniający, podczas gdy zrąb łącznotkankowy ochrania.

Badania nasze potwierdziły to i wykazały, iż w splocie naczyniastym pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną tkwią histiocyty, które tu pełnić muszą tę samą czynność, co i w obrębie opony miękkiej układu nerwowego, a mianowicie czynność obronną.

Co się tyczy roli samego nabłonka, to zdawna istniało mniemanie, iż spełnia on czynność wydzielniczą. Pierwszy był Faivre, który w roku 1853 wypowiedział mniemanie, że spłot naczyniasty jest gruczołem, wydzielającym płyn mózgowo-rdzeniowy. Następnie szereg badaczy (Galeotti, Kingsbury, Claisse i Lewy, Blumenthal, Findlay, Pettit i Girard, Studnicka, Cavazzani i in.) hipotezę tę przeobraził w pewnik.

Z dowodów, przytaczanych na jej korzyść, wymienić należy przede wszystkim doświadczenia Dandiego. Badacz ten odosabniał jedną komorę boczną od reszty układu komorowego przez zatkanie otworu Monro. Wywoływał w komorze tej wodogłowia, o ile spłot naczyniasty pozostawał na miejscu, i odwrotnie: w tych samych warunkach doświadczalnych nie otrzymywał wodogłowia, jeśli uprzednio usuwał z komory tej spłot.

Doświadczenie to nader dobitnie przemawia na korzyść przypuszczenia, iż spłot naczyniasty wytwarza płyn mózgowo-rdzeniowy.

Z doświadczeń dawniejszych przytoczyć należy badania Cavazzaniego i Cappellettiego (1901), polegające na stosowaniu podskórnym rozmaitych substancji, wzmagających wpływ płynu mózgowo-rdzeniowego, jak: pilokarpiny, muskaryny, eteru.

Kiedy Pettit i Girard poddali spłoty z tych przypadków badaniu drobnowidzowemu, to spostrzegli, iż komórki nabłonkowe są wypełnione wodniczkami. Stąd należało już wysnuć wniosek, że gromadzenie się wodniczek w nabłonku spłotu jest wyrazem jego wzmożonej czynności, oraz że nadmiar płynu mózgowo-rdzeniowego pochodzi z nadczynności spłotu.

Teoria o roli wydzielniczej spłotu została w ostatnich latach poparta dokładnymi badaniami Grynfeldta i Euzièrea (1912—1924); badacze ci rozróżniają trzy rodzaje komórek nabłonkowych w splocie: w pierwszym — narząd mitochondrialny złożony z ziarenek (*chondriomites*) lub ze zrębów nitek (*chondriocotes*) układu się podłużnie od podstawy komórki do rąbka granicznego t. j. do wolnego brzegu komórki, co nadaje jej wygląd prążkowany.

W drugim rodzaju komórek narząd mitochondrialny jest spęczniały i przedstawia się w postaci drobnych pęcherzyków o jasnych, niebarwiących się metodami histologicznymi wnętrzach.

W trzecim wreszcie rodzaju komórek stwierdzić można wodniczki, wypełnione płynem mózgowo-rdzeniowym. Grynfeldt spostrzegł u ryby (*Scyllium*) przeciskanie się kropelek płynu mózgo-

wordzeniowego poprzez warstwę niteczek obrzeżnych komórki, stanowiących wolny jej brzeg.

Pierwszy rodzaj komórek wyobrażać ma stan spokoju fizjologicznego nabłonka, drugi — przejście do czynności wydzielniczej, trzeci — stan zakończonej czynności wydzielania czyli nagromadzenie kropelek płynu mózgowordzeniowego w obrębie zarodzi komórki.

Splot naczyniasty, zdaniem tych badaczy, reguluje automatycznie ciśnienie wewnątrzczaszkowe: o ile jest ono zbyt wysokie, splot hamuje swą działalność, w przypadku przeciwnym potęguje ją. Zastoina w obrębie układu krwionośnego musi pociągać za sobą wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. jednocześnie zatem ma działać hamująco na czynność splotu, nabłonek przeto w stanie tym realizuje postać prądkowaną. Odwrotnie, zmniejszenie ciśnienia krwi (wskutek np. wykrwienia) cechować ma komórka z wodniczkami, t. j. wyobrażająca nadmiar czynności splotu.

Aby sprawdzić wartość tej hipotezy, Grynfeldt i Euzière badali sploty zwierząt, uśmierconych w rzeźniach rozmaitymi sposobami: 1) przez wykrwienie, 2) przez przecięcie rdzenia przedłużonego i 3) przez powieszenie.

Zwierzęta wykrwione miały istotnie sploty, obfitujące w komórki z wodniczkami.

Przecięcie rdzenia przedłużonego, powodujące śmierć nagłą, utrzymywało splot w stanie zwykłej czynności z komórkami we wszystkich trzech stadiach: w spokoju, w stadium pośrednim oraz z wodniczkami.

Śmierć przez powieszenie dawała przewagę komórkom prądkowanym, t. j. znajdującym się w stanie spokoju. Działo się to miało wskutek zastoiny w układzie krwionośnym i wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Dla jeszcze pewniejszego ugruntowania swej hipotezy autorzy poddawali rozmaitym rodzajom śmierci jeden i ten sam gatunek zwierząt (psy i świnki morskie). Wyniki i tych badań potwierdziły spostrzeżenia, poczynione na zwierzętach z rzeźni.

Podczas wojny Dc. Harven skonstruował na materiale ludzkim słusność hipotezy Grynfeldta i Euzière'a: badając sploty osób, zmarłych wskutek utraty krwi, znajdował obfitość komórek z wodniczkami, zaś u ofiar wstrząśnienia mózgu — przewagę komórek prądkowanych. W tych ostatnich przypadkach badacz skłonny jest (podobnie jak Grynfeldt) uważać wstrząs za przyczynę zahamowania działalności splotu.

W jednym przypadku uszkodzenia kręgów lędźwiowokrzyżowych i sączenia się płynu De Harven znalazł (po miesiącu choroby) obraz podobny do tego, jaki wywołuje podrażnienie pilokarpiną.

Nawiązując do tych danych spostrzeżenia kliniczne, Lenhartz wypowiada mniemanie, że złe ukrwienie układu nerwowego w przebiegu błednicy wywołuje nadmierne wydzielanie płynu mózgowordzeniowego, co powoduje bóle głowy, które często udawało mu się usuwać przez nakłucie lędźwiowe.

W chwili obecnej zatem przeważa w nauce opinia o splocie, jako o narządzie, wytwarzającym płyn mózgowordzeniowy.

Dla ścisłości przytoczyć należy fakt, że doskonały znawca płynu mózgowordzeniowego, Me-streza, jest zdania, iż płyn nie jest żadną wydzieliną, lecz tylko djalizatem osocza krwi poprzez błonę, jaką stanowi dlań splot naczyniasty.

Przeciwko tej opinii należy wysunąć następujące względy: płyn tworzy się szybciej, niż odbywać się może djaliza. Tak np. w przypadkach złamania podstawy czaszki notowano utratę 200 do 400 cm.³ płynu dziennie (Falkenheim i Nau-nyn).

Drugi wzgląd, przemawiający na korzyść raczej wydzieliny, odnajdujemy w budowie gruczołowej splotu i w obrazach drobnowidzowych, cechujących nabłonek w stadium wydzielania.

Wreszcie przytoczyć należy własności hormonalne splotu: Frazier i Peet, a za nimi Dixon i Halliburton, Cushing i Weed dowiedli, że wyciąg ze splotu naczyniastego, zastrzyknięty pod skórę, wywołuje wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Patologia splotu naczyniastego jest jeszcze bardziej zaniedbaną dziedziną, niż jego anatomia i fizjologia. Prace anatomo-patologiczne zjawiające się od czasu do czasu w prasie lekarskiej, informują sporadycznie o zmianach splotu, w poszczególnych chorobach.

Badania nasze, przeprowadzone na dosyć obfitym materiale, pozwalają ustalić następujące wytyczne: każda z trzech części składowych splotu (t. j. nabłonek, warstwa tkanki łącznej oraz naczynia krwionośne) może ulegać zmianom chorobowym.

Zmiany te dadzą się podzielić na dwie kategorie: 1) ostrą i 2) przewlekłą.

Ostrą cechuje pierwotne zwyrodnienie nabłonka, polegające na obrzęku komórek, zmętnieniu zarodzi, rozpadzie komórek lub odwrotnie, na zagęszczeniu zarodzi i jądra (*pyknosis*).

Zmiany takie spotyka się w cierpieniach, w których czynnik szkodliwy przeniknął po za obręb barjery ochronnej i działa bezpośrednio na nabłonek. Stwierdziliśmy je w najsilniejszym stopniu w zatruciu gazami wojennymi, w przypadkach kiły mózgu, w dwu śmiertelnych przypadkach płasawicy, w kilku (nie we wszystkich) przypadkach stwardnienia rozsianego oraz w niektórych gwałtownie przebiegających przypadkach drętewicy karku.

Tkanka łączna może przytem również ulec cierpieniu, wykazując bądź proces reakcyjny w postaci bujania komórek, bądź zwyrodnieniowy w postaci zmian szklistych włókien łącznotkankowych.

Druga kategoria zmian splotu naczyniastego, t. j. postać przewlekłą, powstaje pod wpływem szkodliwości, działających na organizm długotrwale i niezbyt gwałtownie.

Cechuje ją przedewszystkiem zwyrodnienie warstwy łącznotkankowej. W niektórych postaciach na plan pierwszy występuje przerost włókien łącznotkankowych, w innych — nagromadzenie komórek łącznotkankowych, w innych wreszcie — bujanie histiocytoz i skupianie się ich w rodzaj guziczek.

Nabłonek splotu w sprawach przewlekłych zachowuje niezmiernie długo stan normalny. Dopiero daleko posunięte zwyrodnienie tkanki łącznej po-

ciąga za sobą zwyrodnienie lub złuszczenie nabłonka.

Zmiany przewlekłe spłotu spotykaliśmy w przypadkach alkoholizmu, otępienia wczesnego, w cierpieniach zakaźnych o przebiegu długotrwałym, w miażdżycy naczyń mózgowych, w nowotworach układu nerwowego, w niektórych przypadkach stwardnienia rozsianego, wreszcie w spłotach starczych.

Na specjalną uwagę zasługują zmiany, występujące w zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Zmiany przypominają te, jakie Schulze zanotował w zapaleniu jajowodów. Cały spłot oddziela się od przestrzeni komorowej błoną otorbielającą, która powstaje w następujący sposób: w pierwszym stadium cierpienia kosmki spłotu, umieszczone na obwodzie zbliżają się, sklejąją ze sobą, nabłonek obrzeżny tworzy nieprzerwaną palisadę komórek. Tkanka łączna po nabłonkiem staje się terenem obfitego nacieczenia komórkami wielojądrzastymi (w przypadkach ropnych) lub komórkami jednojądrzastymi (w przypadkach gruźliczych).

W następnym stadium warstwa nacieczeniowa zaczyna się organizować i przeobraża się w tkankę bliznowatą, zaś nabłonek obrzeżny — wyrodnieje.

Kosmki spłotu mieszczące się zdala od błony otorbielającej mogą zachować całkowicie normalny wygląd.

Proces taki spotykaliśmy w zapaleniu opon nagminnym, w zapaleniu gruźliczym, w wągrowatości układu nerwowego i w zapaleniu opon pneumokokowym.

Rozdział o fizjologii i patologii spłotu nie jest zakończony. Zaczyna dopiero zajmować należne miejsce i porzuca rolę kopciuszka układu nerwowego.

Im bardziej do świadomości lekarzy przenika fakt, iż płyn mózgowordzeniowy nie jest biernym tylko środowiskiem, lecz cieczą odżywczą dla mózgu, tem więcej uwagi poświęca się spłotowi, jako narządowi płyn ten produkującemu.

Na zakończenie podkreślić należy dużą ważność spłotu na zmiany zachodzące w organizmie. Trudno znaleźć ten narząd w stanie idealnie normalnym: jak na czulej płycie fotograficznej odbija się na nim wszystko złe, wpływające na nas, tak, iż w wieku podeszłym każdy spłot jest zmieniony: nosi on na sobie ślady przebytych w ciągu życia cierpień oraz zmiany starcze do pewnego stopnia fizjologiczne.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Choroby płuc.

B. S. KLINE. Ropień a zgorzel płuca. (Journ. of the Am. Med. Ass. tom 90 Nr. 25 r. 1928).

Ropień jest częstszy u dzieci, aniżeli u dorosłych, i przeważnie bywa pochodzenia zachłystowego, z wyjątkiem nielicznych przypadków przerzutowych przy istniejących gdzieindziej ogniskach ropnych.

Rozmazy i hodowle wykazują brobnoustroje ropne. Mikroskopowo można nawet odróżnić ropnie zachłystowe od przerzutowych. W pierwszych ciała ropne znajdują się wokoło oskrzelików, brak ich natomiast w naczyniach, — zaś w drugich stosunki są odwrotne.

Rokowanie w przypadkach ropni zachłystowych jest naogół niezłe.

Zgorzel płuc jest cierpieniem o wiele cięższym, występującem głównie u starszych osobników. Wywołwana jest przez szereg drobnoustrojów, z których wymienić należy krętki, przecinkowce i laseczniki wrzecionowate, przeniesione z jamy ustnej. Miejsce zgorzeli na przekroju jest brunatnawo-zielone, brudne o przykrym zapachu. Rozmazy wykazują obecność wymienionych wyżej drobnoustrojów.

Klinicznie można przeprowadzić różnicę pomiędzy jednym a drugim cierpieniem na zasadzie badania płwociny: w przypadkach ropnia płwocina jest śluzowo ropna lub czysto ropna bez specjalnego zapachu; w przypadkach zgorzeli płwocina jest brudno-szara lub szaro-zielona, cuchnąca.

W pierwszym przypadku gronkowce dają się wykryć metodą Grama, w drugim przypadku krętki i t. p. drobnoustroje metodą Fontany lub mocnem barwieniem karbolfuksyną.

Różniczkowanie jest konieczne nie tylko ze względu na rokowanie, które jest o wiele poważniejsze w przypadkach zgorzeli, lecz także ze względu na leczenie, zgorzel bowiem szczególnie dobrze leczy się preparatami arsenobenzolowymi.

Aspirowanie zakażonego materjału z jamy ustnej jest główną przyczyną występowania zgorzeli (ropienie okołożębowe) — toteż higiena jamy ustnej jest najlepszym środkiem zapobiegawczym.

B. G.

E. HELLMAN. O współczesnych metodach leczenia zachowawczego przewlekłe zapalnych i ropnych spraw w płucach. (Deut. Arch. f. Klin. Med. Tom 160, zeszyt 1/2).

Autor omawia nowoczesne metody zachowawczego leczenia przewlekłych spraw płucnych, do których zalicza: przewlekłe nieżyty ropne oraz ograniczone ropienie opłucny. Diagnostyka tych spraw w ostatnich czasach zyskała na pewno dzięki zastosowaniu lipjodolu do bronchografii.

Leczenie operacyjne zapomocą kłapsotterapii czy rezekcji jest, siłą rzeczy, ograniczone do spraw ściśle zlokalizowanych, czego nie da się powiedzieć o sprawach oskrzelowych, w których najwłaściwsze jest odpowiednie leczenie zachowawcze.

Z pośród obecnie stosowanych metod autor wymienia: leczenie zapomocą ograniczenia ilości płynów, neosalwarsan, preparaty chininowe i szereg innych metod mniej znanych.

Ograniczenie płynów, wprowadzone do lecznictwa przez Singera przed 17 laty, opiera się w zasadzie na stopniowym zmniejszaniu ilości płynów z zachowaniem obfitej w kalorie diety. Pragnienie zwalcza się do pewnego stopnia podawaniem neucesu (Mercka), który, zawierając kwas nikotynowy drażni ślinianki.

Postępowanie jest następujące: przez 3 dni chory dostaje suchą dietę — ilość płynów nie przekracza 600 cm³, na 4 dzień dostaje płynu 1000 — 1200 cm³, potem znów 3 dni suche, lecz już o 100 cm³ płynu mniej t. j. po 500 cm³, 4 dzień płynny, i t. dalej stopniowo redukując ilość płynów w dzień suche do 100 cm³ na dzień.

Przy tem leczeniu ilość płwociny zmniejsza się znakomicie, traci ona swą woń, przyczem jednak chory nie traci na wadze. Ostrożnie i stopniowo przeprowadzona kuracja taka

nie ma żadnych przeciwwskazań, choć w sprawach gruźliczych wyniki są mniej dobre.

W przypadkach ciężkich, w których metoda ta byłaby trudna do przeprowadzenia Singer proponował metodę następującą (która szczególnie nadaje się do leczenia postaci krwotocznych). Chory dostaje zastrzykiwania śródżylnie roztworu soli kuchennej we wzrastających stężeniach od 2 — 30%, poczynając od 5 do 30 cm.

Dla postaci, w których wydzielina ma charakter gnilny lub posokowaty, w których zatem obecne są krętki chorobotwórcze, najlepiej nadaje się Salwarsan. Zdania co do skuteczności tego leczenia są podzielone — jedni widzą dobre wyniki, inni nie widzieli żadnych.

Co do leczenia preparatami chininy, względnie w połączeniu z kamforą — wyniki również nie są pewne. Szczególnego rozgłosu nabrał preparat transpulmin autor jednakże nie widział nadzwyczajnych, wyników po jego stosowaniu, co najwyżej nieznaczną poprawę i to przejściową.

Lepsze wyniki były stwierdzone w sprawach ostrych.

Ostatnio próbowano również eukupiny ze skutkiem jeszcze niepewnym.

Stosowanie połączeń tłuszczowych jodu w djałgnoście cierpień płucnych dało myśl wypróbowania działania leczniczego tych preparatów. I istotnie już dziś dają się słyszeć głosy, które chwalą działanie jodipiny i podobnych preparatów.

Wątpliwe w działaniu są wszelkie preparaty żywic, terpenów, kreozotu i t. p. czy też mentolu.

Pewną wartość leczniczą posiada proteinoterapia.

Stosuje się również z powodzeniem szczepionki, przygotowane z płwociny chorego. Pozatem stosuje się jeszcze cały szereg znanych już oddawna metod fizykalnych oraz leczenie klimatyczne.

B. G.

HAJOS K. Przyczynę do zagadnienia duszniczy oskrzelowej. (Deutsch, Med. Woch. Nr. 17, 1928).

Na podstawie 100 spostrzeganych przypadków rozróżnia aut. następujące momenty przyczynowe: 1. Zmiany w błonie śluzowej nosa i przegrodzie nosowej; 2. Choroby zakaźne dróg oddechowych, przeziębienie, grypa, zapalenie płuc, krztusiec i t. d.; 3. Zmiany zapalne szczytów płucnych; 4. Wrażliwość na szereg substancji unoszących się w powietrzu; 6. Zaburzenia równowagi dokrewnej. Do wywołania napadu niezbędny jest swoisty czynnik wywołujący.

W przypadkach, wywołanych zaburzeniem czynności gruczołów dokrewnych, spostrzegał aut. często zmiany w czynności gruczołów płciowych, podkreśla również wielką wartość oznaczania podstawowej przemiany materii. W przypadkach zmienionej czynności gruczołu tarczowego dobre wyniki otrzymywał przez nasświetlanie promieniami Roentgena i podawanie tarczycy,

W okresie międzynaładowym znajdował autor zmiany w gospodarce wodnej, soli, chloru, potasu, wapnia oraz w zachowaniu się krzywej cukru we krwi. Autor i Kürti znajdowali stale zwolnione wydzielanie kwasu moczowego.

Dusznicę pokarmową tłumaczy autor przenikaniem niezmienionych protein przez uszkodzoną błonę śluzową przewodu pokarmowego do krwi. Uczulenie organizmu przez wdychane alergeny uzależnia H. od zmian nabłonka oskrzelowego, wywołanych najczęściej przebytem zakażeniem dróg oskrzelowych (40 proc. przyp. aut.).

Autor zachowuje pewną rezerwę w stosunku do prób skórnych, które są jedynie oznaką zmienionego oddziaływania naczyńioruchowego.

W leczeniu dąży autor do ustalenia równowagi nerwów autonomicznych, do swoistego uodpornienia, do możliwego usunięcia szkodliwych wpływów. W proteinoterapii rozdziela autor

nieswoiste odczulanie od leczniczego działania gorączki. Odczulanie przeprowadza małymi dawkami obcego lub własnego białka.

M. Goldman junior.

Choroby serca i naczyń.

E. MOSCHCOWITZ. O pozornej czyli przejściowej miażdżycy naczyń. (Journ. of the Am. Med. Ass. 1928 N. 19).

Autor opisuje zespół objawów, które obejmuje nazwą pozornej miażdżycy, występujący w przebiegu zapalenia nerek.

Tętnice robią wrażenie stwardniałych, tak, że klinicznie sprawa wygląda jak miażdżycza.

O ile pacjent się poprawia, uczucie twardości przechodzi w kilka tygodni po ustąpieniu nadciśnienia, związanego z zapaleniem nerek.

Wrażenie stwardnienia naczyń jest uwarunkowane dwoma czynnikami: samem nadciśnieniem oraz przerostem mięśniówki, będącej następstwem wzmożonego ciśnienia.

Tętnica główna w przypadku, podanym przez autora, okazała się na autopsji bez zmian.

Rokowanie zależne jest w znacznym stopniu od uwzględnienia niniejszego objawu pozornej miażdżycy.

B. G.

OFFENBACHER. O leczeniu nowasurolom ciorych na serce. (Arch. f. Vrdgrkh. T. XLII Z. 4).

Liczni sercowo chorzy, z wyraźnymi objawami stenokardycznymi i z sinicą, z normalnem lub nawet zwiększonym ciśnieniem krwi, nie wykazują początkowo zabużeń w przemianie wodnej. Naparstnica, diuretyna i ich pochodne w tych przypadkach nie usuwają przykrych objawów subiektywnych, ani nie dają poprawy obiektywnej. Chorych tych cechuje wielka skłonność do obrzęków. Już w tym okresie przedobrzękowym autor stosował nowasurol, i tą drogą udało mu się przywrócić chorym zdolność do pracy. Silna diureza ma powodować odciążenie w niedomodze krążenia, dając wyraźną poprawę zarówno subiektywną, jak i obiektywną.

Dla uzyskania trwałego efektu O. wstrzykiwał nowasurol przez dłuższy czas (1 — 2 razy tygodniowo 1 ccm śródmięśniowo), stosując jednocześnie dietę małosolną. W przypadku marskości kiłowej wątroby z puchliną wodną, nie mogąc nakłuwać samego brzucha wskutek wyprysku infekcyjnego, wprowadzał kaniulę do obrzękłego uda. Przez stosowanie nowasurolu uzyskano znaczne zwiększenie ilości wydzielanego tą drogą płynu. Należy zatem temu preparatowi przypisać również działanie pozanerkowe.

Józef Nusbaum.

DANNHEISSER. Podwiązka żyły głównej dolnej. (Zblt. f. Chir., 43, 1927).

42-letnia kobieta była operowana nasutek guza zrośniętego z prawą nerką. W pewnym momencie, podczas wyłaniania guza z nerką nazewnątr, nastąpiło silne krwawienie najprawdopodobniej z żyły głównej dolnej. Uciśnięto żyłę z dwóch stron i szybko usunięto guz z nerką. W żyłę główną stwierdzono wówczas dziurę, długości około pięciu cm. Wobec kruchości ściany nie można było nałożyć szwu. Żyła była podwiązana poniżej rozdarcia i tuż powyżej szypuły żyły nerkowej prawej. Również zostały nałożone podwiązki na żyły macicznie-jajnikowe i krzyżowe, które wpadały do zranionego odcinka żyły głównej. Usunięty guz okazał się włóknakiem.

Chora wyzdrowiała bez powikłań. W miesiąc po opuszczeniu szpitala czuła się bardzo dobrze, mając tylko lekki obrzęk goleni.

W związku z tym przypadkiem autor przytacza literaturę, dotyczącą podwiązania żyły głównej dolnej, zranionej podczas usuwania nerki: są to przypadki Houzela, Goldmanna,

Kohtsa, Israëla, Bėjau i Cohna, Costa, Heresco Albarrana, Bottini, Hartmanna. Należy zaznaczyć, że nigdy nie stosowano szwu żyły, który zresztą okazał się i tak zbyt czysty, gdyż ze wszystkich tych chorych zmarło tylko 2, i to z powodów od podwiązki niezależnych. W żadnym przypadku nie stwierdzono ważnych i trwałych zmian w krążeniu krwi.

Autor również tłumaczy, w jaki sposób występuje wyrównanie w krążeniu po podwiązce żyły głównej dolnej, i przytacza wyniki podwiazek doświadczalnych u zwierząt, wykonanych przez Leotta, Bėjau i Cohna, Gosset i Lecène oraz Costa.

J. Pomper.

Choroby narządów trawienia.

KALK i SIEBERT. Wrzód dwunastnicy, a drogi żółciowe. (Klin. Woch. N. 49 r. 1927)

Obraz kliniczny wrzodu dwunastnicy jest dokładnie znany. Jednak istnieją nietypowe obrzęby chorobowe, które wahały się zaliczyć do grupy schorzeń dwunastnicy, czy też do grupy cholecystopatii lub innych zaburzeń.

Dla celów diagnostyki różniczkowej posiada donośne znaczenie wrażliwość (ból) przy opukiwaniu. Na tę wrażliwość opukową składają się: 1) przeczulica skóry w postaci zon Heada 2) przeczulica poszczególnych odcinków mięśni powłok brzusznych, 3) nadwrażliwość otrzewny ściennej, 4) wzmożona wrażliwość samego narządu i, być może, nadwrażliwość bólowa splotu słonecznego. Dla wrzodu dwunastnicy (oraz odźwiernikowej części żołądka) charakterystyczny jest obszar skórnej nadwrażliwości opukowej, zajmujący linię środkową ciała na brzuchu oraz część podżebrza prawego, dla wrzodu żołądka, t. j. jego części pozaodźwiernikowej, typowa jest wysepka przeczulicowa, leżąca w podżebrzu lewym, tuż na lewo od linii środkowej brzucha. Przy oddychaniu głębokim te wysepki opukowe nie przesuwają się zbyt wyraźnie, gdyż i narząd schorzały nie zmienia swego położenia przy czynności oddechowej. We wrzodzie dwunastnicy rzadko tylko wysepka przeczulicowa rozrasta się do pasa, obejmującego całą prawą połowę ciała.

Taki pas przeczulicowy towarzyszy Łółom stałym będącym objawem grożącego przebicia wrzodu lub oznaką jego drażnienia włąb trzustki.

Cholecystitis i cholelithiasis dają natomiast objawy odmienne. Bóle nie występują tu, jako bóle głodowe, nie znikają również, jak w *ulcus duodeni*, po przyjęciu pokarmu, zjawiają się nagle, promieniują nie tylko do pleców, ale i do łopatek. Wysepka przeczulicowa leży wprawdzie również w podżebrzu prawym, ale wyraźnie przesuwa się przy głębokim wdechu i staje się przytem większa: odpowiada to powiększonej i bolesnej przy opukiwaniu wątrobie.

Badanie chemizmu żołądkowego w postaci zgłębnikowania frakcjonowanego dostarcza nieraz również pewnych danych rozpoznawczych: w *ulc. duod.* — często typowa krzywa schodkowata, czego nie ma w *cholecystitis*. Z drugiej strony stwierdzenie zupełnego braku soku żołądkowego wyłącza stanowczo wrzód dwunastnicy, zaś w cholecystopatii achylja jest objawem częstym. Pomocne jest również badanie chemiczne krwi, które wykazuje we wrzodzie dwunastnicy wzrost ilości bilirubiny: przeciętnie 0,87 mg. % w porównaniu z normą 0,64 mg. %. Ta bilirubinemia pozostaje w związku z bólami, gdyż znika po ich ustąpieniu.

Fakt wzrostu bilirubiny we krwi przy wrzodzie dwunastnicy świadczy o zajęciu jednoczesnym dróg żółciowych.

Wrzód dwunastnicy ma wywoływać na drodze odruchowej skurcz m. zwieracza Oddiego oraz najdrobniejszych nawet kapilarów żółciowych. Za faktycznym występowaniem tych cholangiospazmów przemawia zajęcie dróg żółciowych

(bilirubinemia) w tych przypadkach, w których nie udało się wykazać w dwunastnicy jakichkolwiek zmian anatomicznych, sam wrzód zaś był usadowiony daleko od brodawki Vatera. — O tle czynnościowym świadczy również występowanie bilirubinemii już przy pierwszych atakach bólowych, gdy zatem nie było poprostu jeszcze czasu na powstanie wtórnych zmian anatomicznych. Próba pituitrynowa wykazuje również nadmiar bilirubiny w żółci w porównaniu z normą, co da się wytłumaczyć utrudnionym odpływem żółci wskutek skurczu przewodów żółciowych, a przeto jej zagęszczeniem z powodu dłuższego w nich pozostawiania. Wartości bilirubiny we krwi wzrastają w 1/3 części przyp. wrzodu dwunastnicy, do liczb znacznych: 1 mg. % i więcej jeszcze.

Z. Świder.

SOŁOWIEWA. O drobnoustrojach, znajdujących się w dwunastnicy w niektórych schorzeniach narządów trawienia. (Wracz. Gaz. N. 1 1928 r.).

1. Normalna treść dwunastnicy bywa jałowa i niejłowa. W treści niejłowej stwierdzono nieznaczna ilość gronkowców i gramujemnych pałeczek.

2. W przewlekłych nieżytach grubej kiszczy często spostrzegamy znaczną ilość pałeczek gramujemnych.

3) W przewlekłych zapaleniach pęcherzyka żółciowego często otrzymujemy pałeczkę gramujemną w niektórych przypadkach gronkowca, najczęściej żółtego.

4. W przypadkach patologicznych nie widzimy równoległości między ilością drobnoustrojów w treści otrzymanej z dwunastnicy, a kwasotą treści żołądkowej.

5. Również nie stwierdza się równoległości między ilością drobnoustrojów a szybkością trawienia.

6. Szybkość wydzielania się treści dwunastniczej pozostaje bez wpływu na ilość drobnoustrojów. W niektórych przypadkach przy przyspieszonym wydzielaniu się treści ilość drobnoustrojów wzrasta.

7. Aby otrzymać wyniki prawdziwe, należy robić posiewy z treści kilkakrotnie pobieranej pojedyncze bowiem porcje, w ciągu jednego badania mogą być jałowe.

Sz. T.

H. L. BOEKUS i J. BAUH. Choroby żołądka a kiła. (Journ. of. Amer. med. Assoc. 1928 N.3)

Autorzy przytaczają kazuistykę 23 przypadków schorzeń żołądkowych u osobników chorych na kiłę. Chorzy mieli objawy wrzodu żołądka i dwunastnicy, nieżyty, marskości żołądka, zwężenia odźwiernika. Charakterystyczne poniekąd dla tych chorych są wielogniskowe zmiany rentgenologiczne w żołądku. Inną cechą wspólną jest zaleganie barytu w przełyku (5 przypadków na 23 bez widocznego rozszerzenia przełyku). 6 przypadków z ogólnej liczby odpowiadało klinicznie obrazowi kiły żołądka. W 7 innych przypadkach kiła odgrywała mniejszą rolę w powstawaniu objawów. Reszta przypadków to schorzenia przewodu pokarmowego u osób, przypadkowo cierpiących na kiłę. W leczeniu należy oddać pierwszeństwo preparatom arsenu i bizmutu.

B. Goldstein.

LAGEMANN. Zapalenie otrzewny u tabetyków. (Zblt. f. Chir., 51. 1927).

Zapalenie otrzewny u tabetyków ma przeważnie takiż przebieg, jak u ludzi normalnych. Są jednakowoż przypadki, w których objawy znieczulenia brzuszno zaciemniają obraz kliniczny zapalenia otrzewny, co stwarza znaczne trudności w różniczkowaniu: w istocie nie ma ani bólów, ani odruchowego kurczenia się ściany brzusznej, i rozpoznanie ogranicza się do ogólnego stanu chorego i zjawienia się późnych objawów zapalenia otrzewny, jak naprz. wzdęcie jeli.

Przypadki podobnego rodzaju obserwowali Conner, Krecke, Hauser, Lehman, Preuss i Jacobi L., podaje 4 nowe przypadki: 2 przypadki zapalenia ślepej kiszki oraz 2 przypadki przedziurawienia ślepej kiszki. Dwóch chorych operowano, obydwaj zmarli, jak również dwaj nieoperowani.

Należy zaznaczyć że 5 przypadków podanych przez wyżej wymienionych autorów również zakończyły się śmiercią co dowodzi nadzwyczajnie ciężkiego przebiegu skrycie przebiegającego zapalenia otrzewny.

J. P o m p e r.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

G. R. MINOT, MURPHY i STETSON. O stosowaniu wyciągu z wątroby w niedokrewności złośliwej. (Am. Journ. of Med. Sciences N. 5 1928 r.)

Autorzy używali standardyzowanego wyciągu wątrobowego w 160 przypadkach niedokrewności złośliwej. Leczenie to w ilości 9 — 18 gramów wyciągu, odpowiadające 300 — 600 gr. wątroby świeżej, zazwyczaj sprowadzało szybką i wybitną poprawę w stanie zdrowia u 89 pacjentów.

Wyciągi z 500 — 600 gr. świeżej wątroby, zdaje się, wystarczają do wywoływania maksymalnego efektu w większości przypadków. Istnieje, bowiem, wyraźna zależność pomiędzy ilością podawanego wyciągu a stopniem odczynu ze strony czerwonych ciałek.

Przeciętnie wyciąg z wątroby z 500 — 600 grm. świeżej substancji podawany codziennie wywoływał u pacjentów, którzy mieli mniej niż 2000000 czerw. ciałek wzrost o $2\frac{1}{2}$ miliona w ciągu zaledwie 30 dni.

Po 2 miesiącach takiego leczenia liczba czerwonych ciałek wynosiła około 5 milionów.

Pacjenci, którzy otrzymywali wyciąg z wątroby, dostawali prócz tego urozmaiconą dietę, nie zawierającą wątroby lub nerek. Polepszenie bardzo wybitne i rzucające się w oczy było takie same, jak u chorych, leczonych świeżą wątrobą

Wzrost liczby czerwonych ciałek odbywa się naogół w szybszym tempie, aniżeli wzrost ilości hemoglobiny, zarówno przy stosowaniu świeżych organów jako też przy podawaniu wyciągów, przy jednoczesnym odżywianiu chorych urozmaiconą dietą jednak nie wyróżniającą się szczególnie bogactwem żelaza.

Natomiast, o ile pożywienie zawierało te barwnikorojne substancje w zwiększonej ilości, ilość hemoglobiny wzrastała szybciej.

Należy zaznaczyć, że, według opinii autorów, podawanie substancji czynnych (wątroby lub wyciągów) jest niezbędnym warunkiem podtrzymywania stosunków normalnych w czerwonym obrazie krwi.

LOEWENBERG i GOTTHEIL. Dieta wątrobowa w 12 przypadkach niedokrewności złośliwej. (Deutsch. med. Woch. N. 15. 1928).

Autorzy otrzymali doskonałe wyniki podawania diety wątrobowej w 11 przypadkach niedokrewności złośliwej na 12-le leczonych. Poprawa zaznaczyła się przedewszystkiem w obrazie krwi, stanie ogólnym oraz w zachowaniu się podstawowej przemiany materji. W większości przypadków przemiana ta była przyspieszona, pod wpływem zaś leczenia wątrobowego powracała do normy. Autorowie nie znajdowali jednak poprawy zdolności wydzielania kwasów w żołądku, achylja utrzymywała się bez zmiany, pozatem stale znajdowano dużo lasieczników okrężnicy w soku dwunastniczym i w żołądku.

Autorowie zaznaczają, że w niektórych przypadkach ilość podawanej wątroby nie przekraczała 120 — 150 gr.

M. G o l d m a n junior.

BOHM L. Wycięcie śledziony w niedokrewności złośliwej. (Deutsch. med. Woch. N. 18 1928).

Dane statystyczne, dotyczące operacyjnego usunięcia śledziony w przypadkach niedokrewności złośliwej, zawierają dość liczne przypadki pomyślnego stanu chorych, spostrzegane przeszło 4, rzadziej 6 lat.

Autor opisuje przypadek, w którym wycięcie śledziony przywróciło choremu zdolność do pracy na przeciąg kilku lat. Zejście śmiertelne nastąpiło po 6 latach. Kuracje arsenowe, jak i przetaczanie krwi, niedziałające przed operacją, okazały się skuteczne po zabiegu.

M. G o l d m a n junior.

NAGY G. O zespole krwotocznym i jego ustosunkowaniu konstytucjonalnem. (Deutsch. med. Woch. Nr. 18 1928).

Autor nie zgadza się z poglądem, iż małopłytkowość jest czynnikiem przyczynowym w patogenezie ch. Werlhofa. Brak tej zależności uwidacznia się szczególnie w okresie początkowym oraz w czasie poprawy cierpienia. Spostrzeganie zachowania się płytek przed i podczas perjodu wykazuje często rozbieżność z natężeniem krwawień: ostatnie wyprzedzają spadek liczby płytek. Natomiast w okresie znikania krwawień w chorobie Werlhofa łatwo uchwycić chwilę, w której krwawienia zupełnie ustały, a liczba płytek pozostała na bardzo niskim poziomie.

U osobników z dodatnim odczynem naczyniowym spostrzegano aut. zmniejszanie się liczby płytek w czasie występowania podbiegnięć krwawych lub wybroczyn. Wybroczyny zmniejszają wybiórczo liczbę płytek.

Wbrew poglądom Kaznelsona i Franka, widzi autor w chorobie Werlhofa czynnościową chwiejność ścian naczyniowych; w jej następstwie dopiero zjawiają się krwawienia i małopłytkowość.

N. ujmuje chorobę Werlhofa jako skazę swoistej krwotocznej konstytucji o składnikach trojakiiego rodzaju:

1) konstytucjonalna słabość naczyniowa; 2) konstytucjonalnie mniejsza wartościowość płytek, oraz 3) krwotoczność, jako odczyn alergiczny. Połączenie wymienionych czynników stwarza kliniczne obrazy skazy krwotocznej.

Momentem, wywołującym przewlekłe cierpienia Werlhofa, jest najczęściej spaczona czynność jajników, która jednak bez odpowiedniego podłoża wywoła znane krwawienia okresu pokwitania. Wobec jednego z wymienionych czynników różni się obraz, łatwo przechodzący w klasyczną chorobę Werlhofa. Znajdziemy krwawienia małopłytkowe bez objawów skórnych, jak również okresowe zastępcze krwawienia bez małopłytkowości.

M. G o l d m a n junior.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

F. RABE. Cukrzyca i praca trzustki. (Deutsch. med. Woch. Nr. 17, 1928).

Podkreślając niewątpliwy związek jakości spożywanych pokarmów z częstością występowania cukrzycy, stara się aut. wykazać prawdopodobną zależność wydzielania zewnętrznego trzustki od czynności wewnątrzwydzielniczej aparatu wysepkowego.

W doświadczeniach, przeprowadzonych na psach spostrzegano R., iż największe ilości soku trzustkowego otrzymywał podczas podawania mięsa, w mniejszym stopniu — mleka, cukru, chleba; znacznie słabsze posiadają działanie — jarzyny. Do bodźców najsilniejszych należy kwas solny. Pomyślnie działanie głodówki, dni jarzynowych lub kuracji owsiankowej tłumaczy autor ich oszczędzającym wpływem na czynność trawienną trzustki.

Wzrost częstości cukrzycy po wojnie uzależnia autor nie tylko od większego spożycia cukru, lecz i od większej ilości spożywanego białka, zwłaszcza mięsa, które, silnie wyczerpując czynność zewnątrzwydzielniczą trzustki, upośledza w następstwie jej produkcję hormonalną.

M. Goldman junior,

FONSECA. Wychudzenie i insulina, *Hyperinsulinismus*. (Arch. f. Verdaungskrkh. t. XIII, z. 4).

We wszystkich opisanych przypadkach insulina powodowała szybki przyrost na wadze, zwiększając apetyt i poprawiając stan odżywiania chorego. Autor wyłącza retencję wody przez insulinę, nie obserwował zwiększonej diurezy po odstawieniu insuliny. Według niego mamy tu do czynienia z takim samym życiem, jak w leczeniu djetetycznym, tylko proces jest szybszy. Dla kontroli stosowano u chorych badanych próbę wodną Volharda, raz podając jednocześnie insulinę, drugi raz bez niej, przyczem w obu razach otrzymywano prawie te same wyniki. Odwrotnie, większość przypadków otyłości według F., ma swoje źródło w nadczynności trzustki, połączonej z dysfunkcją innych gruczołów wewn. wydz. Nadczynność tę stwierdzono w ten sposób, iż chorym podawano 50 gr. cukru — otrzymana krzywa cukru we krwi wykazywała wartości poniżej normy. W przypadkach tych powodem odkładania się tłuszczu był *hyperinsulinismus* bezwzględny lub względny, a więc zwiększone tworzenie się insuliny, bądź osłabienie czynności gruczołów antagonistycznych, a tem samem zmniejszenie hormonów, osłabiających czynność insuliny. F. przyjmuje, iż insulina powoduje lepsze trawienie i wchłanianie, pozatem ułatwia przemianę węglowodanową i wpływa na spalanie się cukru, którego kosztem pokryte zostają potrzeby organizmu. Dzięki temu tłuszcz zaoszczędza się i odkłada.

Józef Nusbaum

E. VOGT. Zależność działania insuliny od gruczołów płciowych kobiecych. (Deutsch. med. Woch. Nr. 17, 1928).

Autor podaje z dobrym wynikiem insulinę w przypadkach kwawień pochodzenia jajnikowego, jak w krwawieniach młodzieńczych, okresu przekwitania lub w krwawieniach pochodzenia zapalnego.

Zastanawiając się nad stosunkiem działania insuliny do normalnej czynności jajników, spostrzegł autor, że te same dawki insuliny posiadały w różnych okresach niejednakowe działanie. Bezpośrednio przed perjodem działanie insuliny było najsilniejsze, zmniejszało się zaraz po perjodzie, wzrastając powoli w połowie okresu między perjodami. Jednolity charakter tej zmienności działania spostrzegł autor w 50 przez siebie badanych przypadkach. Natomiast podczas ciąży posiadała insulina działanie stale równomierne.

Frank i Fels wykazali, iż działanie odmienne insuliny w zależności od okresu czynnościowego jajników stoi w związku z ilością krążącego we krwi hormonu jajnikowego.

Sprawdzając badania Bertrama nad aktywującym wpływem surowicy na insulinę, wykazuje aut., iż działanie najsilniejsze posiada surowica, wzięta bezpośrednio przed perjodem. Wpływ uczynniający jest tu następstwem obecności hormonu jajnikowego, a nie substancji białkowych, za czem przemawia fakt aktywującego działania follikuliny, która jest ciałem w wodzie rozpuszczalnym i pozbawiona białka.

M. Goldman junior.

Choroby nerwowe i psychiczne.

DE RUDDER. O stosowaniu Nirvanolu w płasawicy. (Ther. der Geg. Nr. 4 r. 1928).

Nirwanol jest z budowy swej fenyl-etylo-hydantoiną. Jednym z cierpień, w których leczeniu ma zastosowanie, jest płasawica (*chorea minor*), i to głównie w ciężkich, postaciach, nie

poddających się leczeniu innemi środkami, oraz w przypadkach nawrotów płasawicy.

Działanie skuteczne środka jest zazwyczaj związane z wystąpieniem wysypki, co następuje zwykle po kilku dniach ciągłego stosowania. O ile zaś po 14 dniach wysypka się nie zjawi, należy uważać kurację za nieudaną. Dawkowanie wynosi 0,3 na dobę u dzieci mniejszych, u starszych można dojść do 0,6 na dobę, nie przekraczając już dawki. Podczas całego leczenia należy chorego trzymać bezwzględnie w łóżku.

Wysypka, która zjawia się naogół między 6 a 14 dniami najczęściej 9 — 12 dnia, ma wygląd zbliżony do odrowej; towarzyszy jej niekiedy podniesienie ciepłoty. Natężenie wysypki jest zmienne. Czasem sprawa przybiera ciężki przebieg. Skutek jest prawie pewny; czasem występuje przed zjawieniem się wysypki lekkie pogorszenie, które jednak odrazu z początkiem wysypki ustępuje, i stan szybko poprawia się.

Co do natury samej wysypki, to przypuszczalnie należy ona do kategorii schorzeń t. zw. posurowicznych.

Przypadki oporności wobec nirwanolu istnieją (brak wówczas także wysypki), zaś przy powtarzaniu kuracji nirwanolowej są nawet regułą. Przynajmniej autor nie zna przypadku powtórnej wysypki nirwanolowej.

B. G.

G. BOENNINGHAUS. O usunięciu blokady komorowej w ostrem zapaleniu surowiczym opon drogą szerokiego nacięcia opony twardej i wytworzenia wypadnięcia mózgu. (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 21, 1928).

Autor cytuje 3 przypadki zapalenia surowiczego opon mózgowych pochodzenia usznego, w których wytworzyła się blokada komorowa.

Wobec tego, że żadne zabiegi lekarskie nie odnosiły skutku, nacięcie oponę twardą w ten sposób by powstało wypadnięcie mózgu. Wynik operacji był bardzo dobry. Stan chorych szybko się poprawiał. Po pewnym czasie cofnęło się też wypadnięcie mózgu.

Autor wyjaśnia istotę sprawy. Wskutek zastoju płynu mózgowo-rdzeniowego w komorach tylna i boczna ściana komory czwartej zostają wypięte i przyciśnięte do ściany kostnej czaszki. W ten sposób ulegają zamknięciu otwory Magendiego i Luschki, przez które odpływa płyn mózgowo-rdzeniowy z komór. Dzięki tej operacji, która powoduje dekompresję, blokada komorowa zostaje usunięta.

J. Tencer

NATANSON H. W sprawie cierpień rdzeniowych w niedokrewności złośliwej. (Deutsch. med. Woch. Nr. 18 1928).

Autor opisuje przypadek typowego cierpienia rdzeniowego (*myelosis funicularis*), w którym dopiero po kilku latach rozwinął się obraz niedokrewności złośliwej. Częste występowanie jednakowych objawów, z których aut. wymienia: brak kwasów w żołądku, zapalenie języka, urobilinogenurię, obecność paciorkowców lub pałeczek okrężnicy w soku dwunastniczym, przemawia za wspnem tłem patogenetycznym obu zespołów chorobowych. Ich przebieg może być zupełnie niezależny, mogą jednak istnieć liczne stany przejściowe.

M. Goldman junior.

MINKOWSKI. Przypadek niemoty słownej u poligloty (Rev. Neur. 1928 Nr. 3).

Autor przytacza przypadek 44-letniego mężczyzny, u którego odzyskiwanie mowy, utraconej wskutek udaru apoplektycznego, postępowało inaczej, niż to bywa zazwyczaj, a mianowicie, najpierw powróciła zdolność najsłabiej zakorzeniona mó

wienia po francusku, następnie po niemiecku, a dopiero potem — mowa w żargonie szwajcarskim, mimo, iż, jak wywiad wykrył żargon szwajcarski był językiem użytku codziennego przed chorobą, języka niemieckiego chory nauczył się dopiero w szkole francuskiego zaś używał pomiędzy 19-ym a 25-ym rokiem życia, kiedy przebywał we Francji.

Wywiad szczegółowszy pozwalał ustalić, iż z językiem francuskim związane były u chorego wspomnienia natury uczuciowo-erotycznej, i temu autor przypisuje wyjątkową szybkość odzyskiwania obrazów słownych i przewagę ich nad obrazami słownymi języka rodzimego szwajcarsko-niemieckiego.

N. Z. Z.

Wskazówki praktyczne.

— Moos gorąco zaleca *duże dawki* (do 100 cm.³ codziennie) *kollargolu w ławatywach* przeciwko *posocznicy* różnego pochodzenia. Nawet tam, gdzie ten sam kollargol, zastosowany dożylnie, okazał się bezskuteczny, duże dawki tego środka w ławatywach, codziennie aplikowanych, sprowadzały wyleczenie. W wyjątkowych przypadkach skarżyli się chorzy na umiarkowane palenie w prostnicy. Jedyną przeszkodą w takim stosowaniu kollargolu stanowi nietrzymanie ławatywy przez chorych nieprzytomnych. W celu zabezpieczenia bielizny przed poplamieniem należy używać podkładów gumowych.

(Med. Klin. 1928 Nr. 39).

— *Eukodal*, jako środek *przeciwbólowy i nasenny* stosował z dobrym skutkiem R. Pfeiler. Żadnego działania ubocznego P. nie spostrzegał. Dawka 0,02 powtórzona dwukrotnie w ciągu 1 — 1½ godz. w postaci zastrzykiwań podskórnych wywiera dostateczne działanie kojące i przeciwbólowe. Działanie nasenne krzepiące otrzymuje się po zastosowaniu 2 tabletek po 0,005.

(Med. Klin. 1928 Nr. 39).

— *Jodalcet* jest to związek jodu z glinem. Dotychczas był z powodzeniem stosowany w *praktyce dentystycznej jako środek przeciwnie i tamujący krew*. W. Düker poleca go do zasypywania *świeżych ran, wrzodów goleni i oparzelizn*. We wszystkich trzech rodzajach uszkodzeń otrzymywał D. szybkie oczyszczanie się i ziarninowanie ran i owrzodzeń. Nigdy nie spostrze-

gał D. objawów zatrucia jodem, nie należy tylko zbyt hojnie szafować proszkiem jodalcet.

(Med. Klin. r. 1928 Nr. 39).

— Lehr uważa działanie *auroprotasinu w gruźlicy płuc* za tak pomyślne, że żadne inne leczenie dorównać mu nie może. Zastrzykiwania są dobrze znoszone i zasługują na stosowanie w rozległych, wysiękowych, świeższej daty sprawach gruźliczych płuc.

(Ther. d. Gegenw. 1928 Z. 8).

— Coates i Delicati stosują *djetę wątrobową w niedokrewności utórnej towarzyszącej zakaźnym zapaleniom stawów*. W większości leczonych przypadków stwierdzono wzrost liczby erytrocytów i ilości hemoglobiny. Przypadki, oddziaływające na leczenie pomyślnie, wykazują przyrost leukocytów wielojądrzastych i spadek limfocytów, zaś nie poddające się leczeniu, przeciwnie ubytek pierwszych i przyrost drugich.

(Lancet. 1928. N. 5465).

— Mc Crea na licznych materiale zbadał porównawczo wartość leczenia szczepionkowego *rzeżączki*, mianowicie, jedna połowa chorych była leczona zwykłymi metodami, druga prócz tego jeszcze szczepionką. Okazało się, że w drugiej grupie był znacznie większy odsetek wyzdrowień, o wiele mniejszy odsetek powikłań i krótszy czas trwania kuracji.

(Chin. med. journ. 1928)

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczp. Polskiej.

89 posiedzenie kliniczne z dnia 7 lutego 1928 r.

Pokazy:

1. Ambasów na i Fliederbaum. *Przypadek raka trzustki*. Chora l. 42, przybyła do szpitala na 2 dni przed śmiercią. Badanie kliniczne wykazało: ogólne wyniszczenie, stan podżółtaczkowy, stolce kitowate z dużą zawartością niestrawionego tłuszczu obojętnego, w moczu urobilinogen: wątrobę o dłoń poniżej łuku żebrowego twardą, niebolesną: płyn wolny w jamie brzusznej. W innych narządach zmian nie stwierdzono. Badanie pośmiertne wykazało raka trzustki, rozrastającego się w trzonie i w ogonie, oraz olbrzymie przerzuty do wątroby. Mikroskopowo stwierdzono w trzustce nieliczne wysepki Langerhansa, w wątrobie obok ognisk nowotworowych zanik mięszu na znacznej przestrzeni. F. zastanawia się nad brakiem cukromoczu przy tak znacznym zniszczeniu trzustki. W związku z nowymi badaniami (Loewi i inni) nad udziałem wątroby w powstawaniu cukrzycy należy przypuszczać, że zniszczenie mięszu trzustki tylko wtedy prowadzi do cukromoczu, gdy równocześnie występuje nadprodukcja glikeminy w wątrobie; glikemina ma podwyższać zawartość cukru we krwi. W przedstawionym więc przypadku cukromocz nie wystąpił wskutek rozległego zniszczenia wątroby.

Rozprawa:

Płóński, Szlagier, odpowiadają Ambasów na, Fliederbaum.

2. Lubelski. *Trzy przypadki zamknięcia sztucznego odbytu metodą własną (jednoczasową)*.

Metoda polega na przedwstępnym zamknięciu przetoki i utworzeniu nad nią szczelnego worka w celu otrzymania zu-

pełnie jałowego pola operacyjnego. Późem dopiero zostaje otwarta otrzewna, zrosty oddzielone, a zamknięty worek wraz z jelitem wyciągnięty nazewnątr. L. operuje tą metodą od roku 1920 i nie miał ani jednego przypadku śmiertelnego. Pokazuje 3 przypadki, ostatnio operowane z bardzo pomyślnym wynikiem.

Rozprawa:

Goldstein, Mutermilch, Bregman, odpowiada Lubelski.

3. Bregman i Szpilman-Neudingowa. *2 przypadki porażenia nerwu udowego*.

W obu przypadkach porażenie wystąpiło w związku z ziębieniem. B. podkreśla, iż schorzenia n. udowego na tle gośca są rzadsze, niż schorzenia n. kulszowego. W demonstrowanych przypadkach występuje odrębna postać porażenia czuciowego, przy stosunkowo nieznacznych objawach porażenia ruchowego. W jednym z nich zasługuje na uwagę duży zanik mięśni przy względnie dobrze zachowanej władzy ruchowej.

Odczyt:

1. Dworecki. *O posocznicach paciorkowcowych*. (Było drukowane w „Warsz. Czas. Lek.” 1928, 25. 26 i 27).

90 posiedzenie kliniczne z dn. 28.II.1928.

Pokaz:

Szenkier. *Przypadek urodzonego uchyłko pęcherza moczowego*. (Było drukowane w „Warsz. Czas. Lek.” 1928 Nr. 15—16).

Odczyty

1. Goldfeil. *Nadciśnienie samoistne i jego leczenie*.
2. Dworecki. *O posocznicach paciorkowcowych* (streszczenie i rozprawa).

91 posiedzenie kliniczne z dn. 27.III.1928.

Pokazy:

1. Higier. a) *Rzadka postać padaczki czuciowej.* b) *Rodzina dotknięta przemijającym porażeniem mięśni.*

2. Róbin i Adelfang. *Dilatatio idiopathica oesophagi.*

Odczyt:

Róbin. *O uproszczonym śniadaniu próbnym.*

R. omawia braki popularnego dotąd śniadania próbnego Boas-Ewalda. Mianowicie brak ścisłości w stosowaniu i stąd niejednokrotne cyfry, niefortunny skład samego śniadania dla wielu chorych nieodpowiedniego, — wreszcie konieczność stosowania twardego zgłębnika w wielu przypadkach niepożądanego. Stąd dążenia do modyfikacji śniadania w różnych kierunkach.

R. poleca próbne śniadanie, składające się z 180 gr. herbaty, 20 gr. mleka i 5 gr. cukru. Aspiracja cienką sondą po 30 minutach. Śniadanie to jest apetyczne, bardziej zbliżone do naszego rannego posiłku, jest nieszkodliwe i może być wydobyte za pomocą miękkiego zgłębnika dwunastniczego, względnie cienkiego zgłębnika dzieciennego.

Doświadczenia R. wskazują, że to śniadanie próbne posiada cechy stałości i stanowi dość silny bodziec do wydzielania żołądkowego. Cyfry normalne po podaniu tego śniadania próbnego są: L. = 10 — 20, A. = 30 — 50. Domieszki obce, masy zastoinowe, krew, żółć, śluz — łatwiej dają się tu stwierdzić, niż przy pomocy śniadania próbnego Boas-Ewalda.

Rozprawa:

Szlagier, Turyn.

92 posiedzenie kliniczne z dn. 24.IV.1928.

Pokaz:

Dolkart. *Przypadek wyleczonego karczsu odźwiernika, na ile wrzodu trawiennego z wyłilnym zastojem treści żołądką.*

Odczyt:

Fejginówna. *O bakteriofagach d'Herella i szczepionkach Besredki.*

93 posiedzenie kliniczne z dn. 8.V.1928.

Pokazy:

1. Szenkier. *Przypadek zupełnego zatrzymania moczu o niezwykle pochodzeniu.*

2. Szlagier. *Przypadek miażdżycy naczyń brzusznych.*

Odczyt:

Sachs F. *O zagadnieniu szkarlatyny.*

94 posiedzenie kliniczne z dn. 22.V.1928 r.

Odczyt:

Sachs. *O zagadnieniu szkarlatyny, (dokończenie i rozprawa.*

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Ciekawy odczyt p. t. *Następstwa i zwalczanie nieszczęśliwych wypadków, związanych z pracą i ruchem w wielkich miastach* — wygłosił w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim d. II.VII.1928 r. A. Weinert. Jeżeli technika ma wydawać błogosławione owoce, to musi być trzymana w karchach. W Londynie giną dziennie 3 ludzie wskutek następstw nieszczęśliwych wypadków.

Berlin ma prawie codziennie do zanotowania jeden taki przypadek śmierci. W niektórych punktach Ameryki śmiertelność, spowodowana nieszczęśliwymi wypadkami, przekracza śmiertelność z gruźlicy. Ażeby walczyć skutecznie z wypadkami nieszczęśliwymi w życiu fabrycznym, rząd angielski urządził wżorową fabrykę, wyposażoną we wszelkie środki ochronne. Nie wpłynęło to jednak zupełnie na zmniejszenie liczby nieszczęśliwych wypadków. Zabrano się tedy do pouczania robotników o warunkach, w jakich nieszczęśliwe wypadki przytrafić się mogą, i wtenczas ich liczba spadła do $\frac{1}{3}$. Renty dla poszkodowanych są wydatkami nieprodukcyjnymi, należy zapobiegać nieszczęśliwym wypadkom. Nadają się do tego celu np. pouczenia przy pomocy odpowiednich obrazków w specjalnie na to przeznaczonyj centrali. Obrazki takie obok wykonania artystycznego powinny odpowiadać poczuciu człowieka z ludu. Należy je często zmieniać. Lekarze nie są w stanie wytłumaczyć, w jaki sposób dochodzi do wypadków, które zawsze wywołują te same uszkodzenia. Dopiero studja nad temi uszkodzeniami i następstwami wypadku mogą doprowadzić do poznania prawa, według którego wypadek powstaje. Urządzenia ochronne nie odpowiadają oczekiwanemu z nich pożytkowi. Daleko ważniejsze jest uświadomienie. Dalej prelegent przedstawił na licznych obrazkach najrozmaitsze uszkodzenia i wytłumaczył sposób ich powstawania; zwrócił pomiędzy innemi uwagę na zły zwyczaj monterów bliźszego stykania się z maszynami, będącymi w ruchu; na konieczność trzymania zdala od maszyn ludzi starych; na zawartość materiałów wybuchowych w śrucie; na możliwość zakażenia wąglikowego. W razie porażenia elektrycznego należy robić sztuczne oddychanie, transport poszkodowanego jest przeciwwskazany. Porażenie elektryczne powinno być leczone konserwatywnie, — i wogóle należy dążyć do leczenia konserwatywnego wypadków nieszczęśliwych.

Walka z niemi stanowi nową gałąź zawodu lekarskiego. Obowiązkiem lekarza jest obeznanie ludu z tą walką. Musi powstać instytut centralny zwalczania wypadków nieszczęśliwych. Niezbędna jest pod tym względem współpraca prasy, lekarzy, fizjologów i patologów.

(Med. Kl. 1928 Nr. 39).

Z j a z d y.

Sprawozdanie.

z przebiegu Konferencji Międzynarodowej Federacji Towarzystw Eugenicznych,

odbytej w Monachjum w dniach 13-15 września 1928 r.

Przewodniczący Federacji — Dr. Davenport (Stany Zjednoczone).

Sekretarka adm. Federacji — Mrs. Hodson (Anglia).

Wiceprzewodn. Federacji — Dr. Schlaginhaufen (Szwajcaria).

Wiceprzewodn. Federacji — Dr. Ploetz (Niemcy), Dr. Lenz (Niemcy), Dr. Mjoen (Norwegja), Dr. Frets (Holandja), Dr. Hanwerden (Holandja), Sir Bernard Mallet (Londyn — Anglia), Dr. Shiller (Oxford — Anglia), Dr. Sandoval (Kuba), Dr. Reichel (Austria), Dr. Gini (Włochy), Dr. Borkowski (Polska).

Odczytano protokół z posiedzenia poprzedniego w Amsterdamie (1927).

Przewodniczący podał do wiadomości o śmierci prof. Johansena (Danja) ustąpieniu pani Lucien March (Francja) oraz sekretarza dra. Govaerts (Belgia). Podał do wiadomości również, że dr. Eusch (Belgia) będzie reprezentował Federację na Kongresie Przeciwgruźliczym w Rzymie r. b. Dalej przewodniczący zawiadomił, że w roku 1932 odbędzie się Międzynarodowy Kongres Genetyczny w Ameryce. Postanowiono by delegaci amerykańscy utworzyli na kongresie tym sekcję eugeniki i dziedziczności.

Niektóre państwa zalegają z wpłacaniem składki członkowskiej, wynoszącej 5 funtów miesięcznie (licząc sterling według wartości z roku 1914).

Wybrano nowych członków: prof. Collery (Sorbana) na miejsce ustępującej m-me March i pana Mare (Anglia).

Postanowiono zaprosić do Federacji T-wo Genetyczne oraz Międzynarodowy Związek Populacyjny (World Population Union) z prośbą o wyznaczenie swych delegatów.

Dr. Halfdan Bryn (Prezes Akademii Nauk w Trondjem) został obrany jako trzeci delegat Norwegii. Dwaj przedstawiciele Włoch zostali ponownie wybrani.

Profesor Gini, zdając sprawozdanie z „Bibliothèque Internationale“ zawiadomił, że dwa tomy tej Biblioteki będą ogłoszone drukiem (O Belgii i Italii).

Sprawozdanie Komitetu Programowego:

Dr. Mjoen zawiadomił, że przesłał swój program eugeniczny do grona specjalistów, których uwagi ogłosił drukiem.

Prof. Gini zdał sprawozdanie z funduszu na cele badania wpływu wojny na ludność pod względem eugenicznym.

Z państw, które brały udział w wojnie światowej, powołano po jednej osobie wojskowej i jednym uczonym cywilnym na członków Komitetu do badania dysgenicznego i eugenicznego wpływu wojny.

Prof. Gini proponuje powołać do tego Komitetu również po jednym przedstawicielu państw neutralnych.

Sprawozdanie Komitetu badania krzyżowania ras:

Przewodniczącym tego Komitetu został obrany dr. Davenport. Komitet składa się ze znawców amerykańskich, szwedzkich oraz norweskich.

Wniosek, żądający przedkładania historii rodzin emigrantów państwom, przyjmującym emigranta, został odrzucony wskutek opozycji przedstawiciela Włoch.

Prezes zawiadomił zebranie o utworzeniu się Panamerykańskiego Biura do spraw eugeniki i homikultury (Panamerican Office for Eugenics and Homiculture) z siedzibą w Hawanie (Kuba) oraz przedłożył Federacji, by poproszono Biuro Panamerykańskie o przysłanie delegata swego do Federacji. Ponieważ statut Federacji Towarzystw Eugenicznych nie przewiduje przyjmowania związków państw na członków Federacji, przeto zmieniono odpowiednio klauzulę statutu, Federacji.

Sir Bernard Mallet (Anglia) zawiadomił że w Paryżu w lipcu został utworzony Związek Międzynarodowy do badań zagadnień ludnościowych, w którego statucie jest klauzula, przewidująca możliwość współpracy z licznymi międzynarodowymi organizacjami naukowymi, zainteresowanymi w sprawach ludnościowych.

Przez głosowanie przyjęto na członków Federacji Austrię, Finlandję oraz Estonję.

Referaty naukowe, wygłoszone na Konferencji.

Dr. Davenport wygłosił rzecz: *Krzyżowanie ras na Jamajce* (z przezrocami).

Referent przedstawia cechy antropologiczne tubylców (czarnych) oraz mieszaińców z białymi.

Zdolności muzyczne (badanie zdolności rozróżniania dźwięków kamertonu) są najbardziej rozwinięte u tubylców (czarnych), mniej u mieszaińców, najmniej zaś u białych.

Zdolności odróżniania barw, zapachów — jak wyżej
Zdolności rachunkowe (wykonanie 10 prostych zadań rachunkowych) występują w kierunku odwrotnym.

Dr. Laughlin: *Wyjaławianie płciowe w Stanach Zjednoczonych* (odczytane przez dra. Davenporta).

W Stanach Zjednoczonych poddano wyjaławieniu płciowemu (sposobem chirurgicznym) 6.244 osoby, z tego w Kalifornii—4.636 osób.

Prawodawstwo poszczególnych stanów nie zezwala na wyjaławianie ze względów eugenicznych, uważając zabieg ten za „niehumanitarny i najbardziej niezwykłą karę“ (cruel and most unusual punishment).

Tylko w Stanie Kalifornii udało się eugenistom znaleźć podstawę prawną do wykonywania tego zabiegu nie tylko za zgodą operowanego, lecz nawet wbrew jego woli (przymusowo).

W dyskusji prof. Rüdina oraz prof. Irwing Fishera występowali przeciw wyjaławianiu przymusowemu, a nawet dobrowolnemu, jeśli wskazania do wyjaławiania są eugeniczne, a nie indywidualno-terapeutyczne.

Prof. Ernst Rüdina wygłosił referat „*Psychiatria a higiena rasy*“.

Referent wyszczególnił, jakie choroby umysłowe zaliczyć należy do grupy fenotypicznej, a jakie do grupy genotypicznej. Tylko ta druga grupa interesuje higienę rasy ze względu na występowanie dziedziczne tych chorób.

Prof. Rüdina, jako dyrektor oddziału genealogicznego Niemieckiego Instytutu Psychiatrycznego im. Krapelina w Monachium (Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie) rozporządza olbrzymim archiwum, zawierającym genealogię osób, chorych umysłowo.

Zbieranie danych genealogicznych rodzin (w linii prostej i bocznych) osób, chorych psychicznie, wymaga znacznych wydatków finansowych na koszty przejazdu personelu Instytutu do najbardziej odległych zakątków kraju, względnie przejazdu chorych i członków ich rodzin do Instytutu.

Instytut ten otrzymuje pomoc finansową od Fundacji Rockefellera, jak również i Skarbu Rzeszy.

Na zasadzie nagromadzonego olbrzymiego materiału archiwalno-genealogicznego prof. Rüdina wypowiada tezę, stojącą w sprzeczności z istniejącymi poglądami na dziedziczenie pewnych chorób umysłowych. Prof. Rüdina uważa schizofrenję za chorobę genotypiczną, wole zaś za chorobę fenotypiczną. Uważa on, że zbieranie danych genealogicznych w chorobach umysłowych w chwili obecnej nie ma znaczenia praktycznego wobec braku ustawodawstwa eugenicznego, które jest potrzebą palącą współczesnej cywilizacji.

Prof. Ploetz wygłosił referat „O mutacji“ w swej pracowni genetycznej (Schloss Rezensried, Herrsching).

W pracowni tej Ploetz prowadzi badania nad mutacją na materiale króliczym, złożonym z tysiąca sztuk zwierząt.

Od trzech lat Ploetz specjalnie poświęcił czas badaniu wpływu spożywania alkoholu przez rodziców na potomstwo. W celach doświadczalnych podaje się koniak królikom codziennie przez zgłębnik żołądkowy (przez szereg miesięcy). Powien odsetek królików alkoholizowanych ginie na zapalenie płuc, schorzenia wątroby (często ropne), nerek itp. Króliki alkoholizowane, pozostałe przy życiu, parzy się i to często, w chwili odurzenia alkoholowego.

Dotychczas wyniki badań upoważniają prof. Ploetza do wypowiedzenia się, że na materiale króliczym nie da się stwierdzić ujemnego wpływu spożycia alkoholu przez rodziców na potomstwo. Krzywe śmiertelności potomstwa, testy psychiczne, badania pośmiertne wskazują, że alkohol jest jadem fenotypicznym, lecz nie genotypicznym.

Po ukończeniu tych doświadczeń, z ogłoszeniem wyników których ociąża się ze względów natury socjologicznej, prof. Ploetz ma zamiar przystąpić do badań wpływu zakażenia królików syfilisem na potomstwo.

Na wyniki projektowanych badań prof. Ploetza wszyscy genetycy czekać będą z największym zainteresowaniem, ponieważ obecnie już eugeniści i genetycy zapatrują się na kiłę, jako na jad fenotypiczny, a nie genotypiczny, który wywołuje zmiany wyrodnieniowe w pierwszym, względnie nawet i drugim pokoleniu, będące wynikiem zatrucia, względnie uszkodzenia gruczołów dokrewnych, nie zaś uszkodzenia komórek rozrodczych.

Następny Zjazd Federacji ma odbyć się w Rzymie na zaproszenie przedstawiciela Włoch.

Dr. Wiktor Borkowski (Warszawa).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce¹⁾.

Podali

Dr. Witold PRZYWIECZERSKI, Inż. Felicjan RAKIEWICZ i Dr. Rudolf SIKORSKI (Warszawa).

I. Przewodnie zasady rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

(Ciąg dalszy—p. Nr. 33).

Zasada powyższa nie uwzględnia w odpowiedzialnej mierze problemu ubóstwa, tylko jedno-

stronnie stosuje go w mechaniczny sposób do kosztów leczenia. Kraje o wysokiej kulturze liczą się z przyczynami ubóstwa jako z zagadnieniem pierwszorzędnego znaczenia, zaś środki zapobiegające ubóstwu mają przede wszystkim na celu ochronę godności obywatela, który samodzielnie utrzymuje siebie i swą rodzinę. Ustawa z r. 1875 uwolniła gminy galicyjskie od obawy ponoszenia kosztów leczenia za swych przynależnych i skłoniła ludność do korzystania ze szpitali, od których ona przedtem stroniła, lecz wprowadziła szablone traktowanie kwestii ubóstwa, bowiem 80% osób korzystających ze szpitala uważanych jest, często bezkrytycznie za ubogich, za 10% leczonych ponoszą koszty pracodawcy i Kasy Chorych, a tylko 10% leczonych ponosi koszty leczenia samodzielnie, z tej zaś liczby 3% płaci taksy leczenia dobrowolnie, a 7% płaci tylko w drodze egzekucji

¹⁾ Referat przedstawiony w ogólnym zarysie na VI-ym Zjeździe Polskich Lekarzy Higienistów we Lwowie w dniu 8-ym lipca 1928 r.

O ile nawet podręczniki ekonomji politycznej uważały Galicję za kraj masowego zubożenia, a to głównie z powodu rozdrobnienia gospodarstw rolnych, o tyle trudno przypuścić, że aż 80% leczonych w szpitalu jest istotnie ubogich; nowe poglądy zaś nabyte doświadczeniem ze strony wybitnych dyrektorów szpitali w Galicji, wykazują, że z pośród tej liczby ubogich 30—40% nie należy faktycznie do ubogich i mogłaby ponosić koszty leczenia, ludność zaś sama ma przeświadczenie, że, chcąc być dobrze leczonym, zwłaszcza w poważnych przypadkach, nie można tego uzyskać w szpitalu, lecz tylko jako pacjent lekarza, któremu się za ordynację płaci. Faktycznie wiele osób zamożnych, których dochody są niewiódzące, uzyskuje z łatwością świadectwo ubóstwa, rzeczywiście zaś ubodzy dlatego, że posiadają 2—3 morgów gruntu, traktowani są jako zamożni.

System powyższy odpowiadał jeszcze zasadzie, która i w Wielkopolsce była przewodnią, że leczenie szpitalne jest sprawą ubogich, nie odpowiada zaś nowoczesnej zasadzie, że szpital jest przedewszystkiem zakładem leczniczym, a nie zakładem dobroczynnym. Jeśli się obok tego zważy, że obecnie ponoszenie kosztów leczenia tak jak i obowiązek wspierania ubogich, nie opiera się więcej o prawo przynależności do gminy, tylko o jednoroczne zamieszkanie, to musi się uznać wspomnianą zasadę galicyjską za przestarzałą i nie odpowiednią, a natomiast za głębsze i nadal racjonalne zasady musi się uznać przepisy pruskiej ustawy o miejscu zamieszkania pod względem wsparcia, która gminy obciąża jedynie $\frac{1}{3}$ częścią kosztów leczenia i wspierania osób chorych psychicznie, i chronicznie chorych, niedołączonych i nieuleczalnych, zaś $\frac{2}{3}$ części tych kosztów przerzuca na związki powiatowe; budowę zaś zakładów leczniczych i przytułków dla osób powyższych czyni obowiązkiem związków krajowych — obecnie wojewódzkich. Ustalanie ubóstwa pojęte we właściwej mierze, jest rzeczą miejscowych związków ubogich, które tworzą albo gminy pojedyncze, albo związki kilku gmin. System Wielkopolski i Śląska nie tworzy większych zaległości w kosztach leczenia, niż w Galicji, szpitale zaś Śląska i Wielkopolski przy swym systemie ponoszenia kosztów leczenia ubogich są prowadzone nie gorzej od galicyjskich szpitali prowincjonalnych, gdzie koszty te ponosił fundusz krajowy.

5) Wątpliwości wzbudza wreszcie i finansowa strona galicyjskiego systemu szpitalnictwa. Praktyka wykazała, że oparcie finansowe szpitali prowincjonalnych o fundusze jednego Wydziału Krajowego było zachwiane, gdy zmalały fundusze samego Wydziału, był bowiem czas, że szpitale prowincjonalne, nie subwencjonowane przez Wydział Krajowy, nie były w stanie przyjmować więcej chorych. Objaw ten nie miał miejsca w innych dzielnicach Polski, gdzie związki samorządowe bezpośrednio utrzymywały szpitale, każdy bowiem związek był w stanie dopomóc swemu szpitalowi w czasach krytycznych i żaden z nich na zastój działalności nie był narażony.

Obfite subwencjonowanie szpitali prowincjonalnych przez Wydział Krajowy a conto zaległych kosztów leczenia ubogich mogło w poszczególnych wypadkach być powodem poświęcenia się dyrekto-

rów szpitali, uwolnionych od szpitalnych trosk finansowych, sprawie podniesienia lecznictwa w tych szpitalach, lecz zarazem mimowoli wstrzymywało Wydział Krajowy od pospiesznego mnożenia liczby szpitali prowincjonalnych, wątpliwe bowiem jest, czy Wydział Krajowy mógłby dwa razy większą liczbę szpitali publicznych tak obsłużyć, jak wspierał obecną ich liczbę, która w myśl nowych pojęć o szpitalnictwie nie była dostateczna.

Z powyższych powodów nie można było przyjąć galicyjskiego systemu szpitalnictwa za wzór dla ustawy o zakładach leczniczych, krytyczny zaś rozbiór zasad, przepisów i faktycznych stosunków wykazał, że pierwsze miejsce należy się szpitalnictwu b. dzielnicy pruskiej, drugie ze względu na najwyższą w Polsce działalność narodowo-społeczną, tak ze względu na liczbę pierwszorzędnych działaczy o wysokim zmyśle społecznym, jak i ze względu na ofiarność społeczeństwa — należy się Królestwu, a szpitalnictwu Galicji przypada dopiero trzecie miejsce, przyczem główną jego zaletą, którą można wykorzystać w przyszłości, będzie doświadczenie w zakresie nadzoru nad szpitalnictwem, jakie zebrał Wydział Krajowy.

Ze względów poprzednio przedstawionych i z motywów poniżej podanych oparło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, jako organ Naczelnej Władzy Sanitarnej rozporządzenie o zakładach leczniczych o następujące zasady przewodnie:

1) Przyjęło za zasadę wydanie jednolitej ustawy szpitalnej dla całego Państwa z wyjątkiem Śląska, który w tym względzie posiada autonomję.

2) Szpital uznano za zakład leczniczy, a nie dobroczynny, dostępny dla wszystkich warstw ludności, którym leczenie w domu nie wystarcza lub dla których jest nieodpowiednie.

3) Leczenie szpitalne, wyposażone w najlepsze i najnowsze urządzenia i środki lecznicze, winno być dostępne dla najszerszych warstw społeczeństwa, a wyborowa opieka lekarska w szpitalu ma być zapewniona na możliwie najdostępiej warunkach.

Dla tego celu winna być liczba szpitali równomiernie pomnożona w całym Państwie, braki zaś uzupełnione w przyspieszonym tempie.

4) Z uwagi na to, że ustawodawstwo południowych i zachodnich dzielnic, a obecnie i zasadnicza ustawa sanitarna nakłada na związki samorządowe obowiązek budowy szpitali i urządzeń dla zwalczania epidemij, przyjęło rozporządzenie o zakładach leczniczych tę zasadę, jako powszechną i nałożyło obowiązek budowy szpitali ogólnych i szpitali epidemicznych na powiatowe związki samorządowe i miasta wydzielone, zaś wzorem Wielkopolski nałożyło obowiązek budowy szpitali specjalnych, a zwłaszcza zakładów dla psychicznie chorych na przyszły samorząd wojewódzki, a w jego zastępstwie na dobrowolne powiatowe związki komunalne i miasta wydzielone.

Przyjęcie powyższej zasady poparł fakt, że miasta i powiatowe związki samorządowe przejęły na obszarze b. zaboru rosyjskiego przekazane im szpitale, zarządzane dawniej przez Rady Dobroczynności Publicznej, ziemstwa lub założone przez

Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat dla zwalczania epidemij — dotychczas w liczbie 109 i prowadzą je nadal przy pomocy własnych funduszy, oświadczając gotowość ich dalszego prowadzenia, byle uporządkowano sprawę ich stanu prawnego, własności i funduszy i zdecydowano, zwłaszcza na kresach wschodnich, o warunkach przejścia szpitali zbudowanych lub 'odziedziczonych przez Państwo.

Poza tym faktem, przewyższającym energią i twórczością dotychczasową działalność na polu szpitalnictwa innych dzielnic, zbudowały powiaty lub miasta na obszarze Państwa w latach 1926 — 1927 14 nowych szpitali, a szereg powiatów i miast rozszerza, odnawia lub przebudowuje swe szpitale. Przoduje w tym względzie województwo kieleckie, a nie pozostaje w tyle nawet ubogie województwo poleskie, w którym w tym roku powiaty budują 2 nowe szpitale i przebudowują jeden, zaś w roku przysyłym mają budować również 2 nowe szpitale. Województwo kieleckie zawiązało nawet Komitet Społeczny, działający w miejsce samorządu wojewódzkiego, który już wybudował zakład leczniczo-wychowawczy dla 400 dzieci chorych na jaglicę, a obecnie buduje pierwsze w Polsce sanatorium dla 350 dzieci gruźliczych w Rabsztynie, gdzie ma być równocześnie założona 7 klasowa szkoła powszechna i kolonje letnie dla 250 dzieci.

Daty te są dowodem, że powiaty i miasta wydzielone są w stanie zakładać i prowadzić szpitale, czego zresztą dowodzi także i b. zabór pruski, który posiada 78 szpitali komunalnych, i b. zabór rosyjski, który utrzymuje i prowadzi 226 szpitali komunalnych.

5) Rozporządzenie o zakładach leczniczych pozostawia zbudowane przez związki komunalne szpitale na własność tymże związkom, a nie przyjęło typu szpitali galicyjskich, tworzących wyodrębnione ze związków samorządowych osoby prawne. Zasady, stawianej w b. Galicji, że powiaty i miasta winny budować szpitale, a prowadzić je mają samorządy wojewódzkie, również nie można podzielić, związek bowiem powiatowy lub miasto, które stać na to, aby ofiarować $\frac{1}{2}$ miliona złotych na budowę szpitala stać będzie również i na prowadzenie szpitala, dobór odpowiedniego personelu i t. p.; niema zaś żadnego powodu, aby taki powiat lub miasto uważać za związek małoletni, potrzebujący opieki. Wystarczy odpowiednie ukształtowanie nadzoru ze strony wyższego związku samorządowego lub Państwa, a przede wszystkim i ponadto zapewnienie pomocy dla związków słabych finansowo. Zasady, wyrażone pod p. 4 i 5, opracowane w 1925 r. przez obecnego Podsekretarza Stanu Dr. Jaroszyńskiego, uchwalił Związek Sejmików Powiatowych.

6) Rozporządzenie o zakładach leczniczych przyznało tem samem prawo publiczności wszystkim powszechnym szpitalom państwowym i samorządowym, które przez to uzyskują prawo do ściągania zaległości z tytułu kosztów leczenia w drodze egzekucji administracyjnej, i którym rozporządzenie zapewnia wolność od podatków i opłat publicznych, oraz prawo wywłaszczenia nieruchomości potrzebnych do założenia lub rozszerzenia szpitala.

7) Tak rozporządzenie o zakładach leczniczych, jak i projekt ustawy o opiece nad psychicz-

nie chorymi podkreślają publiczno-prawne stanowisko dyrektorów szpitali, wyposażają je, jak i działalność ordynatorów, w odpowiednią do godności nauki lekarskiej samodzielność wolną od mechanicznej kontroli administracyjnej i poddają działalność tych organów w zakresie lecznictwa tylko kontroli organów fachowych, działających np. w projekcie ustawy psychiatrycznej w razach odwołania od decyzji lekarzy kierujących komisjonalnie, przy pomocy innych biegłych.

Stałemu personelowi szpitali publicznych przysnaje tak rozporządzenie o zakładach leczniczych, jak i projekt ustawy psychiatrycznej ochronę prawną na równi z urzędnikami publicznymi.

Przyjmowanie służby prowizorycznej, jak i oddalanie jej w okresie służby próbnej oddało rozporządzenie dyrektorom szpitali.

Personel szpitali publicznych podlega przepisom uposażeniowym i emerytalnym na równi z funkcjonariuszami państwowymi, lub komunalnymi, zależnie od tego, do kogo szpital należy, a ponadto przewidziało rozporządzenie obsadzania posad dyrektorów i ordynatorów szpitali w drodze konkursu celem umożliwienia wyboru siłom najprzedniejszym, władzom zaś nadzorczym przyznało rozporządzenie prawo obsadzenia posady w inny sposób, (np. przez powtórne rozpisanie konkursu przy ofiarowaniu wyższych poborów), gdy pierwszy konkurs nie dał rezultatu. Rozporządzenie o zakładach leczniczych przewidziało następnie możliwość przyznawania dyrektorom szpitali i lekarzom ordynującym różnych dodatków, uwzględniających szczególnie właściwości pracy lekarskiej.

8) Państwo zachowało dla siebie tylko nadzór w zakresie policji sanitarnej, oddając w szpitalach komunalnych nadzór finansowo - gospodarczy wyższym związkom samorządowym.

Wyrazem nadzoru państwowego jest zastrzeżone władzom rządowym prawo *вето* przeciw nominacji dyrektora szpitala niepaństwowego.

Prawo powyższe ma na celu jedynie nadzór nad przestrzeganiem przepisów, dotyczących obsadzania posad dyrektorów szpitali publicznych, którzy pracują nad zwalczaniem chorób, a zwłaszcza zakaźnych, w zleconym zakresie działania, w którym są czynni jako organy państwowe.

Pozatem obejmuje prawo nadzoru państwowego zatwierdzanie statutów szpitalnych, które każdy szpital i zakład leczniczy posiadać musi.

9) Rozporządzenie omawiane reguluje w końcu i stosunki prawne szpitali bez prawa publiczności, lecznic prywatnych i przychodni, obejmuje przeto wszystkie zakłady lecznicze, nie wyłączając państwowych i instytucyj ubezpieczeń społecznych.

10) Rozporządzenie o zakładach leczniczych uwzględnia w zarządzie wszystkich szpitali publicznych współudział właściwych, a interesowanych organów urzędowych, fachowych i czynnika obywatelskiego, albowiem przepisuje, że każdy szpital publiczny winien posiadać radę szpitalną, której skład przepisuje statut szpitala.

Rada szpitalna jest w szpitalach komunalnych organem opiniodawczym i kontrolnym i ma na celu poparcie usiłowań dyrektorów szpitali, dążących do postawienia szpitala na poziomie wymagań nowoczesnej nauki lekarskiej.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

KOMITET BUDOWY POMNIKA DLA UCZCZENIA PAMIĘCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ Warszawa, Szpital Ujazdowski. Tel. 522-30. Konto P.K.O. 14.111 nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie następującą

Odezwe.

Jak długą jest historia walk o wolność naszej Ojczyzny tak długą jest lista tych, co w służbie zdrowia wojsk polskich spłacili daniny życia i krwi na jej ołtarzu.

Byli to lekarze, farmaceuci, felczerzy, były siostry-sanitarjuszki i prości sanitariusze, były też wolontariuszki i wolontariusze, dla których głosem sumienia i obowiązku była pomoc walczącym.

Ginęli oni za czasów napoleońskich, ginęli w walkach powstańczych, a później w Legjonach i różnych formacjach ochotniczych.

Dziesiątki i setki ich ginęły w zapomnieniu na oddalonych lądach i morzach, w mrocznych więzieniach Sybiru do końca swych dni służąc współbraciom swą wiedzą i pomocą.

A iluż ich poległo w ostatnich bojach?

Niewiele ich nazwisk zna historia.

Większość poległa tak cicho i niepostrzeżenie, jak cichą była ich praca i poświęcenie dla cierpiących współbraci.

Któż zliczy te imiona, kto oceni ich ofiarności?

Nie społeczeństwo, bo ich nie zna i nic o nich nie wie. Wielkie zadanie sanitariatu nie zawsze znajduje zrozumienie w społeczeństwie. Ludzi bardziej przekonywa i olśniewa jeden wielki czyn, jeden odruch męstwa, niż długa, cicha i nieefektywna choć ofiarna i pełna niebezpieczeństw praca.

My tylko sami, służba zdrowia winniśmy to ocenić. Rzucony projekt uczczenia pamięci poległych winien znaleźć szerokie echo.

Chcemy wnieść im pomnik.

Stanie on w stolicy Odrodzonej Ojczyzny, gdzie będzie widomym znakiem, że nie zginęła pamięć o poległych bojownikach. Będzie on dla przyszłych pokoleń drogowskazem jak należy żyć i umierać dla Ojczyzny.

Komitet zwraca się z gorącym apelem do wszystkich, związanych w jakikolwiek sposób ze służbą zdrowia. Poprzyjcie nas. Nawet drobny, ale zbiorowy wysiłek tysięcy ludzi stworzy dzieło godne pamięci tych, których uczcić chcemy.

Komitet Budowy Pomnika

Dla Uczczenia Pamięci Członków Służby Zdrowia Poległych Za Ojczyznę.

Następują podpisy przedstawicieli Ministerstw, Magistratu m. Warszawy, Medycyny Wojskowej, Profesorów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warsz., Przewodniczących Instytucyj, Stowarzyszeń i Związków Lekarskich i Farmaceutycznych i t. d.

— W dniu 20 września r. b. odbyło się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Departamencie Służby Zdrowia) posiedzenie sekcji do spraw walki z chorobami wenerycznymi Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych w następującym składzie:

Zastępca Dyrektora Departamentu Dr. Jan Adamski.

Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wojskowych Dr. Szczodrowski.

Przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej — Dr. Śmiechowski.

Przedstawiciel Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego — Prof. Dr. Czyżewicz, oraz kooptowani człon-

kowie: Prof. Krzyształowicz Dr. Malinowski, Dr. Wernic, Radca ministerjalny Dr. Sęczyński oraz Dr. Borkowski.

Porządek dzienny obejmował projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, — celem szczegółowego rozważania i przedstawienia wniosków na posiedzenie plenarne Rady.

Po zagajeniu przez Przewodniczącego P. Zastępcę Dyrektora Departamentu Dra Adamskiego i wysłuchaniu przemówienia referenta ustawy radcy ministerjalnego Dr. J. Sęczyńskiego, dyskusja poruszała 3 zasadnicze kwestie projektu: 1. zniesienie reglamentacji, 2. obowiązek lekarzy zgłaszania pacjentów do władz i 3. kwestię kosztów leczenia.

Mówcy naogół wypowiadali się za zniesieniem reglamentacji, nie przecząc jednakże tych trudności życiowych, jakie wprowadzi zniesienie reglamentacji.

Kwestia zgłaszania chorych wywołała żywą dyskusję, w której podnoszono, iż chorzy weneryczni wszelkimi sposobami przez podawanie fałszywych nazwisk będą utrudniali prawidłowe zgłaszanie.

Podkreślono konieczność wprowadzenia karalności świądomego zarażenia chorobą weneryczną.

Mówcy zwracali uwagę na trudności organizacyjne, związane z tem ujęciem sprawy kosztów leczenia chorych wenerycznych, jakie zamierza wprowadzić projektowana ustawa, mianowicie przez włączanie ryczałtów bez podania nazwisk chorych. Bezpłatne leczenie chorych wenerycznych w znacznej mierze rozwiązałoby trudności, związane z obciążeniem gmin kosztami leczenia tych chorych, i w związku z bezpłatnym leczeniem znikałaby konieczność wyjawiania nazwisk tych chorych.

Wskazano na przykład Danji, Niemiec i Turcji, które wprowadziły darmowe leczenie chorób wenerycznych.

Ponieważ projektowana ustawa porusza zawiłe zagadnienie społeczne, trudne do rozwiązania, przeto zebranie, podkreślając dążenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do współpracy ze światem lekarskim, nie tylko z punktu widzenia fachowego, lecz społecznego, postanowiło zwołać komisję celem ponownego rozpatrzenia i opracowania projektu ustawy o chorobach wenerycznych oraz przedłożenia w czasie najbliższym na posiedzenie Sekcji do walki z chorobami wenerycznymi dla przedłożenia w następstwie na plenarne posiedzenie Rady.

— Wydany świeżo zeszyt 8 — 9 „Wiedzy i Życia” zawiera na wstępie pracę prof. T. Zielińskiego: „Filhelleńskie poematy Byrona”: w której najznakomitszy hellenista doby obecnej z właściwym mu mistrzostwem charakteryzuje filhellenizm jako ideę światową początku XIX wieku i na tem tle daje znakomitą genezę utworów Byrona. Niezmiernie ciekawą sprawę porusza Dr. A. Hertz w artykule p. t. „Tajemnica Glozel'u”. Sprawa ta wynika z wyjaśnienia autentyczności wykopalisk archeologicznych w okolicy słynnej miejscowości kuracyjnej Vichy. O doniosłości tematu świadczy fakt oddania całej sprawy przed sąd Międzynarodowego Instytutu Antropologicznego. Dr. Amelja Hertzówna informuje o wiadomościach matematycznych Egipcjan i Babilończyków, dając wyczerpujący obraz ówczesnego stanu wiedzy matematycznej. W artykule p. Kosmowskiej znajdujemy informacje o inicjatywie kulturalnej współczesnej Czechosłowacji, zilustrowane barwnym opisem wystawy w Brnie. P. Wacław Husarski zaznajamia czytelnika z twórczością genialnego malarza Albrechta Durera; reprodukcje obrazów uzupełniają artykuł p. Husarskiego. W omawianym zeszycie znajdujemy szkic poświęcony pamięci Tołstoj, a wyjaśniający pokrótce znaczenie tego pisarza jako filozofa i reformatora. Liczne ilustracje i obszerna kronika aktualnych spraw z dziedziny techniki i przyrodznawstwa nadają całemu zeszytowi charakter nader zajmującej i treściwej lektury

TREŚĆ: A. W. KAPŁAN. Uwagi nad przebiegiem i leczeniem kiły narządu krążenia w związku z przypadkiem kiły tętnicy głównej u człowieka młodego. — J. FLIEDERBAUM i L. KRASUCKA. O synergetycznym działaniu mocznopędnym związków rtęci i amonu. — N. ZANDOWA. Splot naczyński. (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ, i R. SIKORSKI. Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce. (C. d.) — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. W. KAPŁAN. Remarques sur le parcours et le traitement de la syphilis de l'appareil de la circulation en rapport avec un cas d'aortite syphilitique chez un jeune homme. — J. FLIEDERBAUM et L. KRASUCKA. Sur l'action synergetique diurétique des combinaisons de mercure et d'ammonium. — N. ZANDOWA. Le plexus choroïde. (Rév. gén.) — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ et R. SIKORSKI. L'état actuel de la législation hospitalière et les besoins des hôpitaux en Pologne (Suite).