

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Stenkiwiczka 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 24

WARSZAWA, 13 CZERWCA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Nerwice ogólne, psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej a racjonalne ich leczenie.¹⁾

Podał

Dr. Med. Henryk HIGIER (Warszawa).

Dziwna, zaiste, rzecz, że sprawa nerwic ogólnych, psychonerwic i nerwic narządowych, tak aktualna od lat kilku zagranicą, sprawa, która stanowiła temat programowy na kilku Zjazdach niemieckich i wywołała liczne artykuły i odczyty, dyskusje i polemiki wśród najpoważniejszych fizjologów i patologów, internistów i chirurgów, neurologów i psychologów (Hess, Heyer, Goldscheider, Boas, Pawłow, Bergmann, Katsch, Schour, Schulz, Schindler, Bumke, Kahn, Curschmann, Rosenfeld, Weizsäcker i t. d.), żadnem prawie echem nie odezwała się u nas, gdzie nerwice były i są chlebem powszednim lekarza i gdzie nasz głos winien był poniekąd zaważyć na szali. A nerwice tych jest bez liku, by wymienić nietylko bardziej ciekawe i bardziej ciemne, ale i bardziej popularne, jak nerwice urazowe, odruchowe, wstrząsowe, natrętne, lękowe, zawodowe, naczyniowe, nerwice wegetatywne okresu dziecięcego i okresu przekwitania i t. p.

Pod nerwicą wogóle — pojęciem wprowadzonym do medycyny bardzo dawno, zdaje się, jeszcze przez szkockiego lekarza Cullena — rozumiano w różnych czasach różne schorzenia, zależnie od stanu wiedzy. Rozumiano choroby z brakiem zmian anatomicznych, choroby funkcjonalne ze zmianami dynamicznymi, molekularnymi, odżywczymi, z upośledzeniem *neurotonus* (Veraguth) lub autoregulacji neuronów (Goldscheider), z zabu-

rzeniami dynamiki i statyki równowagi duchowej (G-Flateau), z zakłóceniem stanu fizyczno-chemicznego elektrolitów (Krause) czyli napięcia elektrycznego płynów ustrojowych, z upośledzeniem równowagi kwasowo - zasadowej, jonów potasu i wapnia tkanek, ustosunkowania wzajemnego sił i energii w obu działach układu roślinnego, autonomicznego, tej równowagi jakości, o której znajdują się wzmianki już u starodawnych filozofów i przyrodników.

Ciekawa jest „uwaga“, którą znalazłem w niedawnym odczycie L. Brauna „Herz und Hormone“. Podaje on według wskazówek filologa A. Kappelmachera z Wiednia cytata z Alkmaiona, najstarszego lekarza greckiego z okresu przedsofokratesowego, że „zdrowie zachowuje się jedynie dzięki równowadze sił wewnętrznych“... że „ustosunkowanie harmonijne jakości soków (cobyśmy nazwali obecnie hormonami, jonami, wytwórcami napięcia i energii) decyduje o zdrowiu (την δὲ υγιειάν την συμμετρον των ποιων κρασιν)“.

Jeszcze bardziej chaotyczne od pojęcia nerwicy ogólnej i psychonerwicy czyli tymopatii (Frank), których zresztą omawiać bliżej nie mam zamiaru, jest określenie nie mniej interesującej nerwicy narządowej, by tylko kilka przykładów jej przytoczyć, jak *cardiospasmus*, *aërophagia*, *colica mucosa*, *asthma bronchiale*, *neurosis cordis*, *angioneurosis peripherica*, *enteroptosis*, *vesicospasmus*, *neurosis sexualis* i t. d.

Nerwice narządowe stanowią jeden tylko dział, dział bardzo ważny w rozległej dziedzinie nerwic wogóle.

Nie mogąc dokładnie analizować wszystkich nerwic narządowych w ciągu przepisanej mi regulaminem godziny odczytowej, postaram się głównie wciągnąć w orbitę swoich rozważań nerwicę najczęstsze i praktycznie najważniejsze, nerwicę narządów pokarmowych, tu i owdzie potrącając o inne, czerpiąc czasem przykłady lub odsyłając po bliższe szczegóły do innych dziedzin interny

¹⁾ Odczyt wygłoszony w Tow. Medyc. Społecz. 10 Maja 1929.

(nerwic serca, naczyń, narządów oddechowych i moczopłciowych).

Dawniej, gdy metodyka badania i sprecyzowanie wywiadów były dość prymitywne, rozpoznawano, przyznać wypada, nerwice narządowe bardzo często, tak iż Leube, Riegel, Ewald, którzy pierwsi dali charakterystykę nerwic układu pokarmowego, a za nimi inni gastrologi, dagnozowali je — wprawdzie głównie *per exclusionem* — o wiele częściej, niż cierpienia organiczne tychże narządów (*dyspepsia, diarrhoea, enteralgia, enterospasmus nervosus*). W mniejszym stopniu powtarzało się to samo w dziedzinie nerwic płuc, serca i naczyń, w jeszcze znacznie słabszym stopniu w nerwicach moczopłciowych, gdzie prawie wszystko traktowano, jako zależne od dawno przebytej organopatii miejscowej.

Ponieważ odwiecznym dążeniem i marzeniem lekarzy, jako przyrodników, było i jest zastępowanie ciemnych i niejasnych faktów bardziej przystępnymi i wytłumaczalnymi, wprowadzenie korektury wszędzie do dagnostyki, rokowania i leczenia, to jasna rzecz, że im bardziej zgłębiano podłoże nerwic (konstytucjonalne, dokrewne, humoralne, psychiczne), tem nowsze i szersze ujawniały się horyzonty, nieznane w epoce Leubego.

Tem ściślejsze zaczęto stawiać rozpoznania, im bardziej ulepszone zostały metody badania i pomocnicze środki kliniczne, jak np. wziernikowanie przełyku i prostnicy, wydobywanie treści żołądka frakcjonowane, sondowanie dwunastnicy, pneumogastrowidzenie, tubage *étagée*, kontrastowe zdejmowanie żołądka, kiszek, pęcherzyka żółciowego i nerek, przez wprowadzanie ciał gazowych, płynnych i stałych do wnętrza, cewnikowanie poszczególnego moczowodu i analizowanie jego zawartości, pyelografia, mikrometodyka badania wydzielin i wydaliny i t. p.

Pod tym właśnie wpływem nowych zdobyczy zaczęła się w ostatnim ćwierćwieczu formalna — w przeważnej części nawet uzasadniona — naganka na „nerwice” jako na symulantki organopatii, na dzieci z nieprawego łóża kliniki, na nieproszonych i niepożądanych gości poważnej i ścisłej nauki.

Pierwszą ofiarą padły, gdyż na pierwszy ogień szły, liczne nerwice w samej neuropatologii, gdzie one królowały w ogromnym rozdziale przez dziesiątki lat jako: choroba Basedowa, choroba Addisona, choroba Dercuma, *paralysis agitans*, atetoz, płasawica, tężyczka, pseudoskleroz, moczówka prosta, sklerodermja, nerwica wstrząsowa, padaczka, a pod wpływem nowoczesnych badań histologicznych i fizyczno-chemicznych poddały się stopniowo jako cierpienia organiczne mózgu lub gruczołów dokrewnych. Okazało się bowiem, że niektóre nerwice urazowe czaszki wykazują, przy odmie czaszkowej, zrosty oponowe i drobne wylewy, padaczka wrodzona, badana encefalograficznie, — wodogłowie zamknięte, w *paralysis agitans* i płasawicy są zmiany drobnowidzowe w ośrodkach podkorowych, a w moczówce i eunuchoidyzmie, basedowizmie i adisonizmie cierpią liczne gruczoły wewnątrzwydzielnicze oddzielnie lub korrelacyjnie.

Stopniowo szły pod kontrolę i rewizję nowszej metodyki i nerwice narządów wewnętrznych. By przytoczyć kilka przykładów, wystarcza powiedzieć:

że pewne nerwice serca okazały się preskleroza naczyń wieńcowych, zwyrodnieniem mięśnia sercowego, zajęciem węzłów autonomicznych Keitha, Tawary, pęczka Hisa, wstępem i początkiem, jedynie na ekranie uwydatniającym się, rozszerzenia łuku aorty;

że nerwicowa *angina abdominalis dolorosa*, analogicznie do naczynioruchowej *angina pectoris*, zdemaskowała się tu i owdzie, jako utajony uchyłek dwunastnicy, jako *endarteriitis obliterans* lub zator naczyńia kiskowego;

że nerwoból międzyżebrowy i *lumbago chronica* okazały się często odruchem irradycyjnym, między narządowym sprawą sąsiedniej, organicznej;

że nerwicowa *pollakisuria dolorosa* dała się poznać przy sondowaniu każdego moczowodu z osobna i przy pyelografii pierwszym okresem gruźlicy nerki;

że nerwicowa *hypertonia essentialis* wykłuwiała się coraz wyraziściej i częściej jako wstępny objaw ciężkiej sprawy sklerotycznej nerek (*nephrosis*) lub przynerczy (*epinephrosis*) i t. p.

Gdy poznano bliżej w obrębie przewodu pokarmowego zespół kliniczny odźwiernikowy Soupaulta, obraz *ulcus duodeni latens* Moynyhana i braci Mayo, zbiór objawów opasania lewego łuku żebrowego Katscha czyli *pancreatitis larvata*, gdy wreszcie nauczone się zgłębiać anamnezę po infekcyjną i szukać drobnych skoków cięloty, t. zw. stanów podgorączkowych w *cholecystopathia chronica*, — a wszystko to żeglowało przez długie lata pod flagą nerwicową, — to zaczęto wierzyć, że legendą było i twierdzenie dawne Stillera, iż nerwice pokarmowe stanowią $\frac{3}{4}$ chorób tego układu, jak również legendą twierdzenie Ewalda, że wrzód dwunastnicy jest 50 razy rzadszy od owrzodzenia żołądka, gdyż w rzeczywistości nie różnią się od siebie częstością. Dawny lekarz, co prawda, odrzucał rozpoznawanie nerwicy żołądka czuciowej, ruchowej i sekrecyjnej dopiero wtedy, gdy np. przypadkowo znalazł w przebiegu choroby krew w wymiocinach, obecny odkrywa mikrohemicznie minimalne ślady nawet utajonych krwawień i w kale (Boas), określa sprawność czynnościową każdego narządu z osobna, jego współczynnik funkcjonalny, bada charakter długoletniej i okresowej, przemijającej i stałej nadkwaśności i cechy bólów nocnych, rannych, głodowych, stwierdza rentgenologicznie na ekranie uchylenie od rytmiki wahadłowej kiszek, a na fotografii niszę Haudeka, dwudzielnosć i klepsydrowatosć żołądka, skurcze i hipotonję muskulatury, przemawiające za świeżym lub zabliźnionym procesem chorobowym w tym lub owym odcinku przewodu pokarmowego, nie zaś za sprawą funkcjonalną, za *gastrospasmus, hypersecretio essentialis, gastrsuccorrhoea Reichmanna*, gastralgią, *pylorospasmus*.

Dawniej rozpoznawane nerwice kiskowe demaskuje obecnie bolesnosć perkusyjna prawego podżebrza i radjogram pęcherzyka jako cholecystopatię, zaś pasy hiperestezyjne i points douloureux Heada z ograniczoną *défense musculaire* na

12-em lewem żebrze obok diastazy w kale jako *pancreatitis chronica*.

Wreszcie dawniej rozpoznawane nerwice żołądka i kiszek ruchowo-wydzielnicze w postaci kolki, zaparcia i biegunki nerwowej okazują się tu i owdzie nawet równoważnikiem migreny (*gastroxynsis periodica*), jednym z objawów hormonalnych słuzobrzęku, tyreotoksykozy i adisonizmu, przejawem ołowicy, władu rdzenia (crises), tężyczki, obocznym odruchem trzewno-cuciowym Mackenziego, specyficznym odczynem alergiczno-humoralnym czyli reakcją swoistą predyspozycji tkankowej w rodzaju pokrzywki lub dychawicy oskrzelowej (*colica mucosa eosinophila*), a nierzadko przy ścisłej analizie psychologicznej nawet ekwiwalentem zespołu depresji okresowej, cyklotymji, (Krehl, Dreyfus), czyli psychozy utajonej.

A wszystko to żeglowało ongi, a poniekąd i dziś, pod flagą pospolitej „nerwicy narządowej”!

*

*

*

Wobec tych licznych źródeł dawnych błędów djagnostycznych w dziedzinie narządów pokarmowych, jakie wymienilem, a niemniej obfitych w innych układach jamy piersiowej, brzusznej i miedniczej, błędów, do których się w pokorze ducha przyznać musimy, należy się dobrze zastanowić, czy warto zatrzymać wogóle grupę nerwic narządowych (*Organneurosen*) i psychonerwic, będących na wygasaniu, czy też lepiej zupełnie wykreślić je z semiotyki, jak to czynią np. Laborde i Rosenstein, lub też ostrzegać przed nią, jak to usiłują Bergmann i Katsch, przedstawiciele frankfurckiej i berlińskiej szkoły gastrologów, w swoich podstawowych artykułach o „*Abbau der Organneurosen*”, mówiąc o nerwicach jako o „*Fehldiagnosen*” lub „*Cavediagnosen*”.

Osobiście sędzę, mimo że mój wróg newrozy, iż ten ostatni punkt widzenia jest w zasadzie i u podstawy swej zupełnie błędny i niesłuszny, gdy bliżej się wnika w to, jak definiować nerwicę i co rozumieć pod nią, czy się trzymać wogóle dawnego zbyt naiwnego i grubego schematu: „funkcjonalne i organiczne” oraz bezcelowego dualizmu „ciała i ducha”, somatyzmu i psychizmu czyli t. zw. *Leibseeleproblem* psychologów ubiegłej epoki. Zbankrutowały wprawdzie określenie nerwicy i jej metodyka badania, nigdy zaś jej istota.

Przed rozebraniem zastarzałego i zmurszałego gmachu nerwico-narządowego starajmy się przekonać, czy mimo zgłębienia symptomatologii somatycznej nerwic nie uda się ocalić ich stanowiska jako *ens morbi*, jako jednostki chorobowej, i zachować zreparowany gmach, miast go skazać na całkowite palenie.

Mimo faktu niewątpliwego, że dawne statystyki stosunku wzajemnego organicznych cierpień żołądka i kiszek, serca i naczyń do siebie i stosunku organopatji do neuropatji okazały się zupełnie błędne;

mimo faktu, że w miejsce dawnych jednostek nozograficznych (histerja, neurastenja, hipochondrja) wkroczyły symptomokompleksy

i zespoły chorobowe, a w miejsce dawnej systematyki klinicznej analiza strukturalna obrazu klinicznego;

mimo faktu, że różnica między nerwicą ogólną a narządową, między nerwicą objawową a bezobjawową czyli „charakterem nerwicznym” stopniowo się zaciera, zaś psychonerwica zwykła okazuje się nerwicą narządową, na drodze psychogennej powstałą (*thymopatja*) i pod postacią reakcji i konstytucji neuropsychopatycznej przebiegająca;

wreszcie mimo faktu, że wśród nerwic narządowych wybitnie przeważają, jak w cierpieniach organicznych, postaci ściśle umiejscowione, izolowane i monosymptomatyczne,

— mimo to wszystko ja gorąco wierzę, że ten stary gmach jest zbyt mocny, aby się obalić dał bez poważnego sprzeciwu i oporu, aby go zredukować *a limine* jedynie przez to, że tu i owdzie wyłomy w nim i rysy się konstatuje. Mam raczej wrażenie, że na gruzach rozpadającej się dawnej staromodnej kamienicy wyrośnie nowy potężny budynek, którego ściśle skryształizowane podwaliny zarysowują się coraz wyraźniej, gmach o strukturze bardziej skomplikowanej i urozmaiconej, wprawdzie nie stylowej, mniej jednolitej, o aktach, jak się mówi, z poszczególnych parafij, o częściach składowych budowlu różnych typów, gdzie obok stylu korynckiego będzie dorycki, obok baroka będzie rokoko.

Czyste nerwice, pozorne fikcje, będą nadal stanowiły poważną rodzinę nozologiczną, ściślej może, niż dawniej, rozsegregowane na poszczególne postaci organoneurotycznej reakcji o różnorodnej etiologii i wielobarwnej patogenezie.

W rzeczywistości wszak nigdy nie panowała, jak powyżsi autorzy, oponenci nerwicy, twierdzą i supponują, w medycynie klasyków bezmyślna tendencja doktrynerska do mnożenia nerwic, do świadomego krycia przez te ostatnie źle rozpoznanych cierpień organicznych. I dawniej tenże odwieczny postulat postępu medycyny obowiązywał lekarza krytycznego, aby wątpliwe hipotezy w djagnostyce ustępowały miejsca jasnym teorjom, tenże dezyderat panował u klinicysty, aby od czasu do czasu korektura i rewizja wnikały w dziedzinę prognostyki i lecznictwa. Obok tendencji do „*Aufbau der Organneurosen*”, istniał i wówczas poważny ruch i stale kroczył równolegle z nią kierunek i dążenie do „*Abbau der Organneurosen*”, słowem odbudowa i rozbudowa działu nerwic miejscowych szły zawsze w zgodnej parze ze sobą. I to niech będzie rehabilitacją dawnej szkoły poważnych klasyków, która zawsze uważała nerwicę za *malum necessarium* i wszędzie, gdzie mogła, rzecz tę podkreślała.

*

*

*

Jeśli więc nie w samej tendencji autorów dawnych, lecz w niedostatecznej metodyce, jaką rozporządzali, upatruję przyczynę nieporozumienia i zaognionej polemiki, i jeśli osobiście stoję na stanowisku koniecznej potrzeby zachowania i utrzy-

mania rozdziału nerwic miejscowych w internie mimo stopniowo zężającej się ich domeny, to czynię to z następujących względów, które postaram się po kolei bliżej uzasadnić.

1) Jeszcze obecnie, jak przed laty trzydziestu, uważa się i słusznie zwłaszcza ze stanowiska charakterologii, za nerwice serca, żołądka, kiszek—wprawdzie na platformie, dzięki zgłębieniu mechanizmu i patogenezy tychże, znacznie rozszerzonej—takie cierpienia, które powstają przeważnie u osobnika, neuropatycznie usposobionego, pod wpływem wzruszenia i wstrząsu duchowego, takie cierpienia, które przy dokładnem badaniu klinicznym i wieloletniej obserwacji nie dostarczają wyraźnych zmian i cech organicznych, a terapii celowej, dla danej organopatji wskazanej, absolutnie się nie poddają.

2) Doszukiwanie się tła anatomicznego było i jest w nerwicach nielogiczne, gdyż sprzeciwia się określeniu nerwicy, jako cierpienia, dającego się w swej zakłóconej czynności absolutnie wyrównać bez śladu nawet drobnowidzowego uszkodzenia tkanek (wyrównawczość—*reversibilitas*).

3) Są poszczególne choroby serca, narządów moczopłciowych, żołądka, kiszek, zależne wyłącznie od zmian organicznych w zwojach i nerwach obwodowych tych narządów lub w doprowadzających torach korzonkowych, rdzeniowych i mózgowych (*colica saturnina*, *crises tabétiques*, *accessus*)—Adam—Stokes, (Jürgens, Singer, Hess, Marburg, Heller, Pollak), ale te jednostki, częstokroć okresowe, bynajmniej nie winny rościć sobie prawa do miana nerwicy, jak to się niesłusznie czyni, mimo iż są natury katexochen nerwowej. Są to organoneuropatje, nigdy zaś nerwice w pojęciu zasadniczem.

4) Gdyby się nawet udało kiedykolwiek stwierdzić w nerwicach nie tylko zaburzenia dynamiczne, jak elektrolitowe, jonowe, wahania w napięciu sympatyczno-parasympatycznym, ale i subtelne zmiany histologiczne (np. w *ganglion cardiacum*, *coeliacum*, *intramurale*), to bez psychologii nerwicy mimo to nie obejdziemy się nigdy, jak bez psychologii hysterji lub neurastenji i absurdem byłoby wogóle żądać tego.

5) Wbrew temu, co widzimy w cierpieniach organicznych danego narządu, „samoistna” nerwica narządowa, jako taka, istnieje w odosobnionej lokalizacji wyjątkowo przez czas dłuższy, istnieje rzadko żołądek nerwicowy, często natomiast prezentuje się nam osobnik nerwicowy, urodzony nerwicowiec (*neuroticus non fit, sed nascitur*, powiedziałbym śmiało), który umiejscawia sam lub przy pomocy lekarza polipragmatyka swe cierpienie to w przełyku lub kiszce, to w płucach lub narządach moczowopłciowych, to w sercu lub naczyniach. Osobnik taki, posiadający całą rodzinę nerwic, cechuje się gotowością do mechanizmów nerwicowych i pogotowiem reakcji neurotycznych (*Neurosenbereitschaft* Niemców) na wzór pacjentów tężyczkowych i epileptyków z ich gotowością drgawkową (*Krampfbereitschaft*). Tu i owdzie nie pojedyncze indywiduum, lecz cała rodzina jego wykazuje tę samą gotowość neurotyczną, odziedziczoną drożność nadmierną podnieci (*ruminatio familiaris* Curschmanna, *aërophagia hereditaria* L. Mül-

lera, *asthma bronchiale heredofamiliare* mojej własnej obserwacji).

6) Pod względem patogenetycznym stoją na pierwszym planie następujące czynniki, które niżej bliższe znajdą omówienie:

a) odchylenie ustrojowe morfologiczne lub małowartościowość funkcjonalna danego narządu;

b) dopływ stały nienormalnych podnieci z obwodu lub z ośrodka;

c) odczyn patologiczny narządu końcowego, w układzie nerwowo-vegetacyjnym lub hormonalnym umiejscowionego.

Pod małowartościowością, niewydolnością narządu, wzgl. jego unerwienia lub unaczynienia, dawnym *locus minoris resistentiae*, różne rzeczy rozumiano w różnych czasach. Według nowszej szkoły psychologii indywidualnej Adlera pokrywa się ona z usposobieniem chorobowem narządu, układu narządowego i listka zarodkowego, zaś symptomatyka każdej psychonerwicy jest lokalizacyjnie determinowana przez poszczególną małowartościowość. Że w istocie małowartościowość konstytucjonalna jest mimo to pojęciem bardzo względnem, dowodzi codziennie fakt, że osobnik o temperamentie sangwinicznym znosi świetnie długoletnią zgagę, skurcz przełyku, biegunkę nawykową, puste odbijania nerwicowe, kołatanie napadowe serca, podczas gdy inny, hipochondrycznie usposobiony neurotyk, wirtuoz zmysłu czucia wewnętrznego, staje się formalnym inwalidą wskutek niewinnego zaparcia lub przelewania w kiszce, odczuwa je i przemysłwa bez przerwy nad małowartościowemi kiszkami ptocycznymi, hiper- lub atonicznymi, które się nie wypróżniają z regularnością i punktualnością zegarka. Znaną wszak jest rzeczą, iż nerwicowe kołatanie, *extrasystole*, towarzyszące organicznej wadzie serca, lub napady kaszlu, chrypki i afonji pochodzenia nerwicowego w gruźlicy płuc więcej nieraz dolegają choremu, niż choroba podstawowa.

Obok wrodzonego, czasem dziedzicznego usposobienia, spotykanego np. w dziedzinie nerwic naczyniowych obwodu, trzew brzusznych, mózgu, serca (*migraena*, *morbus Raynaud*, *angina pectoris vasomotoria*, *asthma bronchiale*) umieścić należy nabytą dyspozycję, często alergiczno-anafilaktyczną z gotowością do zachorzenia nawrotowego przy byle okazji nowego upośledzenia danego narządu, zwłaszcza, gdzie mamy do czynienia z hormonową genezą nerwicy (np. *migrenonerwica*, dychawica napadowa, *vomitus periodicus*, wszystkie jako odmiany *angioneurosis circumscripta* Quinckego).

Niewiele dotąd znana jest postać małowartościowości szerzej pojętego układu krążenia, obejmującego według Krogha i Eppingera nie tylko serce, naczynia i kapillary, ale mózgowe ośrodki i obwodowe tkanki z ich aparatem wewnętrznooddechowym. Niedomoga wrodzona lub nabyta tego całego układu prowadzi do asfiksji wewnętrzztkankowej, do anoksemji wskutek braku dowozu tlenu do tkanek, co według Dattnera i Jaensch'a ma być jednym z głównych czynników patogenetycznych psychonerwicy lękowej, dającej stale obok uczucia lęku, strachu i przygnębienia naczyniowo uwarunkowane

parestezje, drętwienia i niespokojny przerywany sen, a wszystko to zależne od wrodzonego niedorozwoju kapilarów (Kretschmer), od dysharmonji acydozy i alkalozji tkanek, odbijającej się na czynności odpowiednich ośrodków wegetatywnych, zwłaszcza oddechowych i sercowo-naczynioruchowych.

Wspomniany wyżej dopływ nienormalnych podniet działa upośledzająco na dany narząd przez stałe sumowanie się bodźców, tembardziej, iż neurotyk według wyrażenia Romberga staje się stopniowo wirtuozem czucia, gdyż uczy się odczuwać minimalne, pod progiem wrażliwości indywidualnej leżące bodźce, wychodzące z serca, jelit, obwodu mniej lub więcej przykre sensacje. Np. żołądek lub dwunastnica z owrzodzeniem przewlekłym łatwiej podlegają wpływom psychicznym (wzruszeniu) lub hormonalnym (tyreotoksykozie), wychodzącym z tegoż lub z sąsiedniego, a nawet odległego narządu (np. *oesophagospasmus prostaticus*), co też dało nazwę nerwicom irradycyjnym lub odruchowym. Jak rozległa jest dziedzina odruchów międzynarządowych i wewnątrzautonomicznych, wiemy choćby z tego, że perystaltyka i wydzielanie soków pokarmowych zostają zahamowane skutkiem zmartwienia, przepełnienia pęcherza, najrozmaitszych podniet ekstrasfizjologicznych, że bóle porodowe ustają nie raz pod wpływem silnego wzruszenia psychicznego.

7) Istnieje działanie wzajemne i zależność wymienna między formułą dokrewno-hormonową, budową jonów a dziedzina psychokonstytucjonalną na terenie właśnie nerwic miejscowych.

Najtrudniej zanalizować się dają te niezbyt rzadkie postaci mieszane, przejściowe i pograniczne, w których właśnie rozbrzmiewa jednocześnie cała gama wegetatywna, dokrewna, wzruszeniowa, psychoodruchowa i toksyczno-infekcyjna.

Jak dalece wybitny jest wpływ podniet nienormalnych i patologicznego odczynu narządu końcowego przy powstawaniu nerwicy ogól-

nej, dowodzi najdosadniej częstość wybuchu nerwicy lub psychonerwicy, a nie tylko psychozy, jak powszechnie mniemają, u kobiet w okresie połogowym, gdzie następują liczne wstrząsy w czynnościach biologicznych ustroju, jak: zmiana nagła w ciśnieniu krwi po porodzie, anemja następca, zaburzenie chemiczne krwi po wycofaniu się hormonów łożyskowych i wkraczaniu zaczynów mleka z czynnego gruczołu sutkowego, ingerencja substancji toksyczno-zakaźnych porodowych, przejście stanu wzruszenia porodowego w stan wyczerpania układu wegetatywnego i całego organizmu. Ta „*neurosis maternitatis* (Moll)“, rozwijająca się na tle przejścia okresu *graviditas* w *generatio*, *puerperium* w *lactatio*, o patogenezie wielobarwnej, cieszy się wprawdzie lepszą od innych prognozą.

8) Powstawanie nerwicy narządowej odbywa się nierzadko na drodze czysto duchowej, psychoodruchowej (Pawłow-Bechterew), i wtedy moment, ustalający genezę nerwicy, tkwi w przejściu t. zw. bezwarunkowych odruchów wegetatywnych w warunkowe czyli kojarzeniowe, sztucznie nabyte, nie zaś wrodzone. Następuje wtedy fiksacja ruchu lub czucia, stabilizacja mechanizmu neurotycznego (np. nerwica wymiotna przez wyobrażenie lub naśladownictwo podświadome).

9) Dawny stempel nerwicy narządowej prowadzi często na manowce, nie wystarcza przy stawianiu rozpoznania obecnie. Pytanie zasadnicze brzmieć winno, nie jak dawniej, organiczne czy funkcjonalne, somatyczne czy psychiczne, historyczne czy psychopochodne, lecz: ile w danym zespole jest organicznego i ile czynnościowego. Nie bez wielkiego wpływu jest tu rola popędów, wzruszeń, woli, afektu, psychorefleksów itp. Błędne też jest ryczałtowe zastosowanie przez pewnych krytyków do nich starego aforyzmu: *non eloquentia sed remediis curantur*.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu S. B. w Wilnie
(Kierownik: Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz)

Uszkodzenie promieniami Roentgena okrężnicy jako przyczyna zejścia śmiertelnego.

Podał

Prof. Dr. S. SCHILLING-SIENGALEWICZ (Wilno).

Uszkodzenia, wywołane promieniami Roentgena, tak częste i liczne w samych początkach zastosowania tych promieni w medycynie, zaczęły z czasem stopniowo zmniejszać się — a to dzięki coraz to większemu doskonaleniu się techniki naświetlania, jak i nabywanemu doświadczeniu w tej dziedzinie. Wprowadzenie w użycie t. zw. „terapii głębokiej“, stosowanej głównie w leczeniu spraw

nowotworowych narządów wewnętrznych, wzmogło ponownie falę częstości uszkodzeń promieniami R., jednak nie w tej mierze, jakby to z powodu stosowania w tych przypadkach promieni „twardych“ i dłuższego czasu naświetlania zdawać się mogło, a O. Strauss podkreśla w tym kierunku fakt nader znamieny, że liczba uszkodzeń promieniami R. stale i częściej się zdarza przy użyciu naświetlań do celów rozpoznawczych, aniżeli leczniczych.

Uszkodzenia promieniami R. mogą być najrozmaitszego stopnia i nasilenia i mogą dotyczyć poza skórą również narządów wewnętrznych, jak i wywoływać objawy schorzenia ogólnego. Najczęstszym źródłem uszkodzeń promieniami R. przy dzisiejszym wysokim poziomie rentgenologii jest niedostateczne opanowanie techniki naświetlania i niedbalstwo w zachowaniu odpowiednich ostrożności, związanych z tego rodzaju zabiegiem. W wyjątkowych przypadkach uszkodzenia podobne mogą powstać

nawet przy zachowaniu wszystkich ostrożności, a zdarzają się w następstwie nadwrażliwości organizmu na działanie energii promieniotwórczej, jaką stwierdzono n. p. w chorobie Basedowa, po podawaniu jodu i bromu wewnątrznie, po zastosowaniu salwarsanu, preparatów bizmutowych, po wprowadzeniu surowicy przeciwbłoniczej, jak również istnieje niewątpliwie też zwiększona wrażliwość u pewnych osobników, bez bliżej dających się określić przyczyn. Czy istnieje „idiosynkrazja” na działanie energii promieniotwórczej w ścisłym tego słowa znaczeniu, dotychczas nie zdołano jeszcze ustalić — chociaż szereg wybitnych rentgenologów przychyliła się do tego zapatrywania.

Przypadek, który poniżej podaję, zwrócił moją uwagę z tego względu, iż dotyczy uszkodzenia promieniami R. przewodu pokarmowego, które na ogół nie jest częste, a nawet do niedawna jeszcze było wogóle kwestionowane, nadto w przypadku danym zachodziły jeszcze pewne trudności rozpoznawcze anatomicopatologiczne, zasługujące również na podkreślenie.

(Opis przypadku) L. H. lat 36 z powodu zaburzeń żołądkowych (*ulcus ventriculi?*) poddał się w szpitalu w S. leczeniu promieniami R. Jak często i w jakich dawkach było naświetlanie stosowane, niewiadomo, w następstwie jednak tego naświetlania, w kilka miesięcy później powstał w okolicy lędźwiowej rozległy wrzód rentgenowski, który zmusił L. H. do leczenia się w tutejszej klinice chirurgicznej. Leczenie kliniczne, trwające stosunkowo niedługo, zaczęło powodować powolne gojenie się uszkodzenia, lecz prawie nagle wśród objawów otrzewnowych i niedomogi mięśnia sercowego pacjent zmarł. Sekcja zwłok L. H., wykonana w 24 g. po śmierci, wykazała:

(Protokół sekcyjny w skróceniu). Zwłoki mężczyzny lat 36, średniego wzrostu, znacznie wychudzone. Skóra i widoczne błony śluzowe blade. Stężenie trupie wyraźne, plamy pośmiertne skąpe. W okolicy lędźwiowej w linii środkowej ciała wzdłuż kręgosłupa znajduje się rozległy ubytek skóry, tkanki podskórnej, a częściowo i mięśni około 10 cm. długości i 7 cm. szerokości. Ubytek ten o brzegach wałowato obrzękłych i zaczerwienionych pokryty jest zielono-żółtą ropną masą i brudno-szaremi strzępami obumarłej tkanki. Brzegi ubytku wykazują świeżą, wiotką ziarninę. Innych obrażeń zewnętrznie nie ma.

(Ogledziny wewnętrzne) Opony mózgowe gładkie, cienkie, lśniące. Mózg blade, ciastowaty. Komory mózgowe światła odpowiedniego, o wyściółce gładkiej. Worki opłucnowe wypełnione prawie w całości zbitymi zrostami. Płuco prawe wykazuje w płacie górnym i środkowym w okolicy rozgałęzień oskrzeli większych i drobnych zbite masy serowate, ułożone pod postacią rozetek wokoło oskrzeli, rozprzestazowanych gęsto na całej powierzchni obu górnych płatów. Płat dolny płuca prawego bez zmian. Płuco lewe w szczycie wykazuje masę serowatą wielkości orzecha laskowego, otoczoną zbitą twardą tkanką łączną. Poza tą zmianą w szczycie całe płuco lewe o powierzchni przekroju równej zalewa się za uciskiem znaczną ilością cieczy pianistej. Błona śluzowa oskrzeli rozpulchniona, nastrzyknięta, pokryta ciągnącym się ropnym śluzem. Worek osierdziowy próżny. Serce w całości powiększone. Mięsień sercowy nieco zgrubiał, barwy żółtawej, kruchy. Śródsierdzie, zastawki cienkie gładkie. Aorta bez zmian. W jamie otrzewnowej około 1/2 litra mętno-żółtego płynu. Otrzewna jelitowa i ścienna zmętniała, miejscami złogami drobnego włókna pokryta. Żołądek i jelita o błonie śluzowej bladej, bez zmian. Na tylnej ścianie poprzecznicy znajduje się pięć owrzodzeń kształtu owalnego, leżących poprzecznie w stosunku do światła poprzecznicy. Owrzodzenia te, każde średnicy około 1 cm., o brzegach wałowato zgrubiałych, lekko podminowa-

nych drążą przez całą warstwę jelita grubego aż do błony surowiczej. Jedno z tych owrzodzeń przebija i błonę surowiczą i komunikuje z jamą otrzewnową. Sledziona bardzo mała, o torebce pomarszczonej, zbita, twarda. Wątroba barwy żółtawej na przekroju, o rysunku muszkatułowym, dość krucha. Nerki wielkości prawidłowej, żółtawo zabarwione na przekroju o zachowanym rysunku, torebka nerek schodzi łatwo. Nadnercza w części korowej wykazują białawe drobne ograniczone ogniska. Trzustka bez zmian.

Z całości sekcji zwłok musiały przede wszystkim zwrócić na siebie uwagę owrzodzenia poprzecznic, z których jedno, przebijając ścianę jelita grubego, było przyczyną zejścia śmiertelnego. Owrzodzenia tego rodzaju, jak w danym przypadku znaleziono, mogły być różnego pochodzenia, w rozpoznaniu różniczkowym jednak musieliśmy się zatrzymać na dwóch możliwościach: jednej, że są one następstwem zadziaływania promieni R., drugiej, że owrzodzenia te, biorąc pod uwagę zmiany gruczłowe w płucach, mogą być pochodzenia gruczłowego. Inne dane etjologiczne, wywołujące owrzodzenia w okrężnicy, mogły być w danym przypadku wyłączone, a jedynie tylko mogło się jeszcze nasunąć podejrzenie wrzodów mocznicy, wygląd jednak makroskopowy tych owrzodzeń, brak odpowiednich zmian w nerkach i objawów mocznicy za życia, mogły również usunąć tego rodzaju przypuszczenie, zwłaszcza, jeśli weźmiemy pod uwagę, że wrzody mocznicy nie doprowadzają do przebicia — szybciej bowiem wskutek ogólnego zatrucia w mocznicę następuje zgon.

Celem ostatecznego wyjaśnienia, jakiego pochodzenia są rozpatrywane wyżej owrzodzenia, wykonano badania histologiczne. Badania te nie wykazały w brzegach i dnie owrzodzeń gruczeków, ani też komórek olbrzymich lub epiteloidalnych, któreby przemawiały za gruczłowym pochodzeniem owrzodzeń. Natomiast charakter zapalno-zwyrodnieniowy ognisk badanych był bardzo wyraźny, ze szczególnie wyraźnymi zmianami w naczyniach pod postacią szklanego zwyrodnienia ich ścian, nadto stwierdzono zwyrodnienie nabłonków utrzymanych jeszcze miejscami przewodów gruczołowych, drobne wylewy krwawe, a nacieki komórkowy z obecnością komórek plazmatycznych i wielojądrzastych dopełniał obraz mikroskopowy.

Biorąc pod uwagę wyniki badań histologicznych, umiejscowienie owrzodzeń na tylnej ścianie poprzecznic, a więc na tej samej wysokości, na jakiej znajdowało się obrażenie na tułowie na skórze, nie ulegało już najmniejszej wątpliwości, że owrzodzenia okrężnicy w danym przypadku były następstwem działania promieni R.

Możliwość uszkodzeń przewodu pokarmowego promieniami R. nie ulega już dziś najmniejszej wątpliwości, a zdaniem niektórych badaczy przewód pokarmowy należy w tym kierunku do najbardziej wrażliwych narządów. Badania, dokonane na zwierzętach (Lacssagne, Nogier, Regaut), wykazały, że przy naświetlaniu przewodu pokarmowego szczególnie wrażliwe są na energię promieniotwórczą gruczoły Lieberkühna i układ chłonny jelit. Przy zastosowaniu dużych dawek naświetlania udało się też wywoływać znaczne uszkodzenie pętli jelitowych do przebicia ścian jelita właściwie. Wrażliwość przewodu pokarmowego u ludzi i moż-

ność wywołania promieniami R znaczniejszych uszkodzeń była dość długo kwestjonowana, i dopiero przypadek Franca (1917 r.) wykazał dowodnie możliwość podobnych uszkodzeń. W przypadku Franca naświetlanie z powodu nowotworu okrężnicy doprowadziło do rozległych zmian w samej okrężnicy, jak też i jelicie cienkim, chociaż w mniejszym nasileniu. Od tego czasu zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na możliwość uszkodzeń tego rodzaju, a obecnie piśmiennictwo posiada już dość sporo podobnych wiadomości. Haendly, zestawiając 127 protokołów sekcyjnych osób, zmarłych w następstwie obrażeń, wywołanych promieniami R. i radu (wzgl. mezotorjum), wykazał na tymże materiale 18-sto krotne uszkodzenie jelit, z czego 9 przypadków wyłącznie wskutek naświetlań promieniami R., w pozostałych dziewięciu stosowane było naświetlanie kombinowane razem z użyciem radu. Zestawienie Haendla wykazało nadto jeszcze 18 innych przypadków uszkodzeń, powstałych wskutek stosowania samego tylko radu, dotyczących również jelit. Z ogólnej zatem liczby uszkodzeń energią promieniotwórczą okazała część, jak wynika z powyższego, przypada na przewód pokarmowy. Najczęściej dotychczas stwierdzone uszkodzenia przewodu pokarmowego dotyczyły okrężnicy i odbytu, daleko rzadziej jelit cienkich lub żołądka. Czem mamy tłumaczyć sobie tę szczególną wrażliwość okrężnicy i odbytu na działanie energii promieniotwórczej w porównaniu z innymi odcinkami przewodu pokarmowego, niewiadomo. Wrażliwość różnych komórek i tkanek w tym względzie jest różna, a w zestawieniu wrażliwości granica może być zakreślona w ramach tak szerokich, jak 1:100 (H. Holthusen). Być może zatem, że tkanki okrężnicy i odbytu należą do rzędu tkanek bardzo wrażliwych, nasuwa się też przy rozpatrywaniu tej kwestji nie wyłączone przypuszczenie, że obecność pewnych produktów rozpadu, znajdujących się stale w tej właśnie części przewodu pokarmowego, jakim jest końcowy jego odcinek, stanowią czynnik, uczulający tkanki na działanie energii promieniotwórczej, jak to zresztą ma miejsce i z innymi tkankami, uczulającymi się pod wpływem tak zw. sensibilizatorów świetlnych. O. Strauss przyjmuje, że główne podłoże w ogóle w uszkodzeniach, jakie się zdarzają przy naświetlaniach, stanowią naczynia, i że drogą zmian w naczyniach dochodzi następnie do uszkodzenia tkanek. O. Meyer wypowiada natomiast pogląd, że pierwotny

punkt zaczepienia w szkodliwym działaniu energii promieniotwórczej ma miejsce w zakończeniach nerwowych. Za poglądem Meyera przemawiałby może szczegół, stwierdzający działanie znieczulające naświetlań, a zatem pewien szczególny wpływ energii promieniotwórczej na zakończenia nerwowe.

Naogół nie mamy dotychczas zupełnego wyjaśnienia co do mechanizmu działania szkodliwego naświetlań, i nie przynoszą nam również bliższych szczegółów w tym kierunku teorie działania energii promieniotwórczej na komórkę żywą, jak teoria punktów ciepłych Dessauera (Punktwärmehypothesen) czy też teoria nekrohormonowa Caspariego. Nadzwyczajna wrażliwość przewodu pokarmowego na działanie promieni R. w naszym przypadku zaznacza się w tem, że inne narządy, jak n. p. nerki, trzustka, wątroba, leżące również, w obrębie działania promieni, nie wykazywały wyraźniejszych zmian tak makroskopowych, jak i mikroskopowych.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku omawianym zachodził błąd w sztuce lekarskiej, wywołany nieumiejętnym dawkowaniem, czy też był następstwem zaniedbania odpowiednich ostrożności (filtr).

A jako kurjuzum, należy jeszcze dodać, że po wywołaniu już tak rozległego uszkodzenia, jakie było u L. H., zastosowano następnie do leczenia tego uszkodzenia lampę kwarcową.

Podobne przypadki, wynikające jaskrawo z nieumiejętności, powinny bezwzględnie zwrócić na siebie baczną uwagę i doprowadzić do ujęcia w przepisy bardzo ściśle praktykę lekarską w zakresie stosowania promieni R., radu i t. p. Tylko dłuższe szkolenie się, jak i złożenie odpowiednich egzaminów winno uprawniać jedynie do wykonywania praktyki w tak ważnej i samoistnej gałęzi nauk lekarskich, jaką jest rentgenologia. Zabiegi, dokonywane przez rentgenologa, są niemniej ważne i niebezpieczne, niż zabiegi chirurga, a jednak są tak dziwnie lekceważone. Tego rodzaju uszkodzenia, o jakich tu wspomniałem, rzucają nie tylko cień na wykształcenie lekarskie, lecz w równej mierze, jak słusznie wypowiada się w tej kwestji O. Strauss, świadczą i o neglegencji społeczeństw, które starają się ochronić przed niebezpieczeństwem jazdy automobilowej, żądając dowodów odpowiedniej sprawności i egzaminu od szofera, a nie czynią tego w stosunku do lekarza, operującego czynnikami również niebezpiecznymi.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowe kierunki w nauce o żywieniu.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa)

Wojna europejska była punktem przełomowym nie tylko w dziedzinie politycznej i społecznej, ale stanowi ona do pewnego stopnia punkt

zwrotny w zakresie nauki o żywieniu. Chociaż już w pierwszym dziesięcioleciu wieku XX obudzone zostało nanowo żywe zainteresowanie się zagadnieniami żywienia, a to dzięki zastosowaniu wysoce subtelnych metod doświadczalnych, to jednakże za właściwy początek nowej ery w nauce o żywieniu można uważać rok 1913, czyli datę ukazania się dzieła Funka o witaminach.

Ukazanie się dzieła Funka, a obok tego i wyników szeregu prac badaczy amerykańskich zbiegłymi okolicznościami przypadło bezpośrednio przed wojną europejską, która w dziedzinie żywienia stanowi olbrzymi eksperyment, dokonany na milionach jednostek ludzkich.

Drugie dziesięciolecie obecnego stulecia stało się świadkiem największych postępów, jakie dotychczas miały miejsce w zakresie wiadomości naszych o zapotrzebowaniu pokarmowym żywego organizmu i swoistych własnościach naturalnych środków żywności. Do wyników tych doprowadziły wciąż pogłębiające się wiadomości nasze o chemii substancji pokarmowych, zwłaszcza wiadomości, dotyczące ciał białkowych i kwasów aminowych, oraz niezwykle racjonalny i udoskonalony sposób przeprowadzania doświadczeń na zwierzętach. Postępy, jakie uczyniła w ciągu ostatnich lat nauka o żywieniu, wzbudzają nie tylko wielkie zainteresowanie teoretyczne, ale posiadają również i doniosłe znaczenie praktyczne. Nauczyły nas one między innymi i tego, w jaki sposób powinny być kombinowane środki żywności pochodzenia roślinnego, aby zastąpiły nam produkty zwierzęce. A zagadnienie to, należy w tym miejscu zauważyć, jest zagadnieniem nie tylko dla biologii, ale również dla ekonomii oraz polityki ludnościowej. Spostrzeżenia te i wyniki tych doświadczeń z ostatnich czasów zdołały silnie wzbogacić i patologię; zdołały bowiem one wykazać, że żywienie i występowanie różnych chorób pozostaje ze sobą w ścisłym związku przyczynowym. Dowiodły one dalej, że brak lub niedobór znanych lub nieznanych czynników dietetycznych może wywoływać stany chorobowe w stopniu daleko większym, aniżeli tego dawniej można się było spodziewać, a zarazem, że te stany chorobowe nie zawsze przedstawiają sobą tak wyraźny obraz, jak to widzimy w chorobach zakaźnych.

Aczkolwiek pierwsze początki nauki o jakościowo niedostatecznym pożywieniu sięgają roku 1881, kiedy to Lunin w pracowni Bungego doszedł do wniosku, że w mleku, oprócz sernika, tłuszczu, cukru mlecznego i soli, muszą być zawarte i inne jeszcze substancje, które nieodzowne są do żywienia, aczkolwiek Stepp w r. 1909 wykazał, że białe, myszy nie mogą żyć przy pokarmie, pozbawionym substancji lipoidalnej, a prace Eijkmana i Funka otworzyły szerokie horyzonty, to jednakże za ojczyznę nowej nauki o żywieniu, jak zatytułował przedmiot swych badań Mc. Collum, musi być uznana Ameryka. W r. 1906 zostało w Ameryce w Stanie Wisconsin na stacji doświadczalnej tegoż nazwiska rozpoczęte doświadczenie, które zdaniem Mc. Colluma wywarło niezmiernie doniosły wpływ na całokształt pojęć i zapatrywań badaczy zagadnień żywnościowych. Doświadczenie to zostało uplanowane przez Babcocka, a wykonane przez Harta i Humphreya, przy współudziale Steenbocka i Mc. Colluma.

Dane, osiągnięte dzięki temu po raz pierwszy na wielką miarę zakreślone doświadczeniu, były tego rodzaju, że warto je w ogólności przytoczyć, gdyż do dziś dnia nie straciły na swej aktualności. Z doświadczeń tych wynikło przede wszystkim, że wpływy, jakie wywierają różne

rodzaje pożywienia, zaznaczają się dopiero po dłuższym okresie czasu i odbijają się na następnych pokoleniach. Z trzech grup cieląt, hodowanych i obserwowanych na stacji Wisconsin, jedna grupa karmiona była pszenicą, druga kukurydzą, trzecia owsem, czwarta wszystkimi temi roślinami jednocześnie. Po roku okazało się, że wygląd, stan ogólny i waga krów, karmionych kukurydzą, przewyższała znacznie grupy inne. Potomstwo tych krów wykazywało wagę prawie dwa razy wyższą od wagi potomstwa krów, karmionych pszenicą, które wogóle pod każdym względem okazywało się jako cofnięte w rozwoju. Wielkie różnice na korzyść grupy, karmionej kukurydzą, dały się skonstatować i w zakresie produkcji mleka i w zawartości w niem tłuszczu; należy zauważyć, że moczw zwierząt, karmionych pszenicą, miał odczyn kwaśny, gdy moczw innych grup wykazywał odczyn zasadowy lub obojętny. Doświadczenie w Wisconsin doprowadziło Mc. Colluma do przeświadczenia o skuteczności zastosowania t. zw. metody oczyszczonych mieszanin pokarmowych, która to metoda okazała się niezmiernie płodna w wyniki.

Stopniowo prace Mc. Colluma i Davisa oraz Osborna i Mendela doprowadziły do powstania teorii dopełniających czynników pokarmowych, do czego w tymże czasie doszedł na innej drodze Funk. Wyniki tych badań, o ile dotyczą zarówno samych witamin, jak i wywołujących przez nie awitaminoz, znane są już mniej więcej lekarzom. Daleko mniej są im znane te wpływy, jakie osiągnięte tu w ostatnich latach rezultaty zaczynają wywierać na całokształt nauki o żywieniu. Różne środki spożywcze, które daje nam do rozporządzenia przyroda, zawierają tylko w najrzadszych przypadkach konieczne substancje pokarmowe w prawidłowych stosunkach ilościowych, tak żeby można było przy ich pomocy dostatecznie odżywiać zwierzęta. Przeważnie wtedy tylko zapewnić się daje wystarczające pożywienie, kiedy konsumowane zostają jednocześnie różne środki spożywcze; poszczególne bowiem produkty świata zwierzęcego i roślinnego potrafią często, na szczęście, wzajemnie się dopełniać.

Według Hofmeistera przeciętne pożywienie narodów cywilizowanych opiera się na pewnej liczbie produktów przyrody i przemysłu, które dostarczają organizmowi, jeżeli nie w jednym posiłku, to w ich szeregu, wszystkie nieodzowne substancje pokarmowe w dostatecznej ilości. Ze ten przekazywany oddawna dobór pomimo różnice, powodowane przez klimat i tryb życia, i pomimo brak oparcia naukowego, w ogólności odpowiadał istocie rzeczy — to jest dowodem, że uczucie smaku, sytości i poczucie własnej sprawności mogą prowadzić do mniej więcej prawidłowej oceny danego sposobu odżywiania się. Jednakże występowanie t. zw. awitaminoz czyli chorób, powodowanych brakiem pewnych składników pokarmowych przy swobodnie wybieranym sposobie żywienia się, jak również nadużywanie alkoholu wykazują, że to instynktowne regulowanie pokarmu nie jest wystarczające, a niecelowość doboru objawiać się może po upływie dłuższego czasu.

Dlatego też nie tylko z punktu widzenia fizjologa, lecz również lekarza, higienisty i ekonomisty

pożądane jest poznanie wartości poszczególnych produktów pokarmowych pod względem zawartych w nich ciał białkowych, składników mineralnych, witamin i t. p.

Do tego celu w miejsce analizy chemicznej, która nie mogła tutaj odpowiedzieć w pełni zadaniu, została przez Mc. Colluma i Davisa, wprowadzona metoda biologicznej analizy substancji pokarmowych. Metoda ta została zapoczątkowana przez badania ziarn pszenicy podawanej szczurom, i dała wyniki następujące:

Karmienie.	Wynik
1. Pszenica sama	Brak wzrostu, krótkotrwałość życia.
2. Pszenica i białko oczyszczone.	Brak wzrostu, krótkotrwałość życia.
3. Pszenica i mieszanina soli (tak, że pokarm zawierał tylko te substancje mineralne, które znajdują się w mleku).	Bardzo nieznaczny wzrost.
4. Pszenica i tłuszcz z masła.	Brak wzrostu.
5. Pszenica, białko i mieszanina soli.	Dobry wzrost przez pewien czas, mało lub brak potomstwa, krótka trwałość życia.
6. Pszenica, białko i tłuszcz z masła.	Brak wzrostu, krótkotrwałość życia.
7. Pszenica, mieszanina soli i tłuszcz z masła	Dość znośny wzrost na pewien czas, mało lub brak potomstwa, krótkotrwałość życia.
8. Pszenica, białko, mieszanina soli i tłuszcz z masła.	Dobry wzrost, normalna liczba potomstwa, dobre wyniki karmienia młodych, trwałość życia prawie normalna.

Wyniki tych doświadczeń wykonanych w roku 1914, pozwalają na nowe zupełnie i nieprzewidywane przedtem wnioski o odżywczych właściwościach pszenicy; dowodzą one, że ziarno pszenicy jest pod trójakim względem niedostateczne dla szczura, jeżeli będziemy brali pod uwagę nie tylko potrzeby rozwijającego się organizmu, lecz również jego zdolności rozrodcze i hodowanie potomstwa.

Po pierwsze, zawiera ziarno pszenicy niedostateczną ilość substancji mineralnych, aczkolwiek można w niem znaleźć wszystkie pierwiastki nieorganiczne. Jak dowiodły tego późniejsze doświadczenia Mc. Colluma i Simmondsa, wykonane w ciągu lat 1917 — 1921, w ziarnie pszenicy i innych zbóż brakuje wapnia, fosforu, sodu i chloru.

Po drugie, wśród substancji białkowych pszenicy znajdują się niewszystkie konieczne do życia kwasy aminowe w ilości nieodzownego *minimum*.

Po trzecie, ziarno pszenicy w swej całości zawiera tylko niedostateczne ilości „dodatkowej substancji pokarmowej”, a mianowicie t. zw. rozpuszczalnej w tłuszczu witaminy A, która w obfitości znajduje się w tłuszczu masłowym.

Biologiczna metoda badania i ujmowania zagadnień, związanych z żywieniem, bardzo szybko zdołała zapanować nad chemicznym i energetycznym tylko sposobem, jaki dotąd wyłącznie był stosowany w tej dziedzinie. Jakie otworzyła ona horyzonty i jak pogłębiła całą naukę o żywieniu —

tego dowodzą właśnie te prądy, które zaczynają przenikać tę gałąź wiedzy z tej i z tamtej strony oceanu.

W dziele swem „Nowa nauka o żywieniu” znani uczeni amerykańscy Mc. Collum i Simmonds po raz pierwszy uczynili próbę zastosowania na wielką skalę wyników doświadczeń, otrzymanych na zwierzętach, do rozważania zwyczajów djetetycznych człowieka w różnych warunkach geograficznych i klimatycznych globu ziemskiego i do wykrywania subtelných zależności od sposobu żywienia, jakie w ciągu licznych pokoleń zdołały się odbić na rozwoju fizycznym i chorobowości społeczeństw ludzkich.

Powyżej w ogólnych zarysach wykazana została wyższość metody biologicznej na wszechwładnie do niedawna panującą metodą chemiczną i czysto energetyczną ujmowania zagadnień odżywiania, która wyłącznie uznawana była przez medycynę i związana z nazwiskami koryfeuszów chemii i fizjologii. Tymczasem już na przykładzie biologicznej próby z pszenicą można wykazać choćby znaczenie takiego wzajemnego ustosunkowania się składników mineralnych.

Zawartość soli nieorganicznych w danej substancji określana była przy pomocy analizy chemicznej przez spalanie i odważanie, i w ten sposób otrzymywano całkowitą ilość składników mineralnych. Jak wiadomo, do niedawna przywiązywano niewielkie tylko znaczenie do zawartych w pokarmie soli. Przypuszczano — powiada Mc. Collum — że wszystkie pierwiastki, które potrzebne są ustrojowi, znajdują się we wszystkich środkach pokarmowych, i że, choć ilości ich mogą podlegać silnym wahaniom, to jednak odpowiadają wymaganiom organizmu. W szczególnych przypadkach niedostateczność pewnej określonej substancji w danym pokarmie była tak wybitna, że zwracała jednak na siebie uwagę, jak n. p. mała zawartość żelaza w mleku i skutki tego dla stanu dzieci.

Również okazało się, że i strawność poszczególnych pokarmów, określana ilością czasu ich przebywania w przewodzie pokarmowym, ma tylko znaczenie ograniczone. W świetle nowych badań poznano, że zarówno rozbiór chemiczny substancji pokarmowej, jak i znajomość jej strawności, choć by odpowiadała ona warunkom smakowym, nie daje jeszcze pojęcia o jej działaniu fizjologicznym. O tem ostatniem wnioskować można jedynie na podstawie obserwowania stanu człowieka lub zwierzęcia podczas dłuższego okresu karmienia go według określonego typu.

Badania, dokonane w Ameryce, zdołały z kolei wstrząsnąć zasadami, jakie panowały w zakresie statystycznego oraz fizjologiczno-gospodarczego ujmowania zagadnień żywnościowych. Jak wiadomo, Voit ustanowił, że człowiek dorosły o przeciętnej wadze 70 — 75 kg. i przy umiarkowanej pracy potrzebuje na dobę pokarmu o energii, wynoszącej 3000 kaloryj. Według Voita powinien on otrzymywać dziennie 118 gramów białka, 56 tłuszczu i 500 węglowodanów. Do mniej więcej podobnych danych doszedł w Ameryce Altwater. Te liczby oparte były na badaniach istotnego zużycia środków spożywczych przez rodziny z różnych klas społecznych. Przypuszczano, że apetyt i instynkt są pewnymi zupełnie przewodnikami dla fizjolo-

gicznych wymagań ustroju. Amerykanin Chittenden był pierwszy, który podał w wątpliwość teorię o doborze pokarmu, opartym na instynkcie. Na podstawie dokonanych doświadczeń Chittenden zdołał stwierdzić, że można znacznie obniżyć ilość białka w pokarmie codziennym bez żadnej szkody dla ogólnego stanu organizmu. Przez okres dziewięciu miesięcy dał się utrzymać doskonale stan fizjologiczny przy podawaniu tylko 36,72 grama strawnego białka. Spostrzeżenie to doprowadziło badacza amerykańskiego do dalszych ciekawych obserwacji i wniosków. Okazało się, że podczas całego okresu spożywania pokarmu o małej ilości białka mocz ani razu nie był mętny, podczas gdy przy obfitującym w białko pożywieniu trzeba wypijać duże ilości wody dla uniknięcia zapychania nerek.

Chittenden objaśnia dobre skutki tej wstrzemięzliwej diety w następujący sposób. Zmniejszony dowóz białka obniża tworzenie się w ustroju krystalicznych odpadków, jak kwaśny fosforan potasu, mocznik, zasady purynowe i inne ostateczne produkty przemiany materji. One to są częściowo przyczyną uczucia znużenia, o ile zbyt nagromadzają się we krwi. Energja do pracy nie pochodzi z przetwarzania substancji mięsniowej, lecz powstaje ze spalania się bezazotowych składników pokarmowych, jak cukier i tłuszcz, i dlatego większe ilości białka są zbędne. Białko pobudza w ogólności przemianę materji organizmu i dlatego może w razie ilości nadmiernej wzmacniać przemianę znacznie ponad normę; a to wzmożenie przemiany materji prowadzi do zużycia dostarczających energii substancji, które mogłyby być spożytkowane dla bardziej pożytecznych celów. Wnioski Chittendena zostały w r. 1917 poddane sprawdzeniu przez Benedieta w doświadczeniach, wykonanych na studentach Y. M. C. A. College w Springfield, i okazało się, że istotnie wstrzemięzliwa dieta jest najlepszym sposobem wpływania na dobry stan fizyczny. Doświadczenia Chittendena i Benedieta obejmowały tylko bardzo krótki okres życia ludzkiego, około 1%, i dlatego zdaniem Mc. Colluma nie mogą jeszcze być podstawą do zbyt daleko idących wniosków. Do tego celu służą wyniki, otrzymane na zwierzętach, które istotnie dowodzą, że nawet nieznaczne odchylenie w jakości białkowego składnika pokarmu wywiera głęboki wpływ na historję życia zwierząt i na czynności układu nerwowego. Doświadczenia na zwierzętach wykonywane były w pracowni Mc. Colluma w ciągu dłuższego czasu, tak, że obejmowały sobą okres wzrostu zwierzęcia i życie jego aż do występowania objawów starczych i poddawały obserwacji całokształt funkcji życiowych zwierzęcia.

Doświadczenia biologiczne, dotyczące wartości odżywczej poszczególnych gatunków białka, zajmują poczesne miejsce wśród prac amerykańskich z lat ostatnich. Zdaniem Mc. Colluma, dział ten stanowi najbardziej popłataną fazę piśmiennictwa, traktującego o żywieniu. Tem niemniej zdobyte tu wyniki mogą już obecnie rzucić dużo światła na to ważne zagadnienie. Tak n. p. zostało stwierdzone, że wartość odżywcza ciał białkowych uwarunkowana jest zawartością osiemnastu lub więcej kwasów aminowych, które wytwarzane są przy trawieniu. Im więcej stosunki te odpowiadają kwasom

aminowym, zawartym w tkankach rosnącego zwierzęcia, z tem większem powodzeniem mogą się białka pokarmowe przeistaczać w białka ustrojowe.

Ciała białkowe nerek, wątroby i mleka zajmują stanowisko wyjątkowe, jako grupa substancji pokarmowych, które zawierają białko niezwyklej wartości. Wśród ziarn zbożowych najgorszy gatunek białka wykazuje pszenica.

Fakty powyższe, wykryte w zakresie wartości pokarmowych białka, znalazły już bogatą ilustrację w przykładach ze świata zwierzęcego oraz z fizjologii i patologji ludzkiej. Uszkodzenia w nerkach, jakie przy obfitującej w nadmiar białka dziecie przypuszczał Chittenden, znalazły potwierdzenie w obserwacjach i doświadczeniach Squire i Newburgha (1921), którzy skonstatowali podrażnienie nerek u ludzi, spożywających wiele białka. Również Newburg i Clarkson (1923) znaleźli, że u królików, otrzymujących przez przeciąg sześciu miesięcy lub dłużej pożywienie, zawierające 27% białka, występuje przewlekła nefropatja. Polvogt, Mc. Collum i Simmonds (1923) w swoich doświadczeniach na szczurach karmionych pożywieniem, zawierającym 31 — 41,3% białka, wykrywali ciężkie schorzenie nerek. Te objawy ze strony nerek, jak twierdzą wymienieni badacze, wywoływane są przez wielkie ilości pewnych wydzielanych kwasów aminowych.

Wyniki badań amerykańskich co do szkodliwego działania nadmiaru białka w pożywieniu znalazły swój odpowiednik w nowym kierunku, który zaznaczył się osobliwie w Niemczech, a który również dowodzi szkodliwości pokarmu białkowego i propaguje wegetarianizm. Najbardziej na świecie rozpowszechnionymi pokarmami roślinnymi są pszenica i ryż. Pszenica jest najważniejszym ziarnem zbożowym, które spożywane jest przez wszystkie ludy zachodnie, ryż stanowi główny pokarm więcej niż połowy ludzkości. I oto oba te rodzaje pokarmu stanowią klasyczny przykład tego, jak dalece nie można się spuścić na instynkt ludzki w sprawie doboru środków spożywczych. Zarówno ziarno ryżu, jak i ziarno pszenicy są produktami, wywołującymi objawy niedoboru pokarmowego z powodu swej niepełnowartościowości.

Jak wiadomo powszechnie, ryż polerowany, pozbawiony łuski, nie zawiera czynnika B-przeciwneuroparytycznego, i używanie go wywołuje objawy Beri-Beri u ludzi i zwierząt. Zwyczaj polerowania ryżu objaśnia się z jednej strony dążeniem do podniesienia jego trwałości, gdyż niepolerowany zawiera tłuszcze, które z czasem jęlczej. Z drugiej strony nadawany przez polerowanie biały kolor doprowadził do wprowadzenia ryżu właśnie w tej postaci i względy estetyczne rozstrzygnęły tutaj na korzyść produktu o niskiej wartości odżywczej.

Co się tyczy pszenicy, to ziarno jej zawiera więcej białka, aniżeli jakiegokolwiek inne. Ale zawiera zbyt małe ilości wapnia, fosforu, sodu, chloru i jodu, aby wystarczyły do normalnego żywienia zwierzęcia. Mąka pszenna przesiana stanowi najważniejszy pokarm energetyczny w Ameryce i Europie. A tymczasem mące pszennej brakuje więcej czynników djetetycznych, aniżeli jakiegokolwiek innemu środkowi spożywczemu, oprócz cukru, krochmalu i tłuszczów, które zjawiają się na ryn-

ku w czystej postaci. Dzieje się to zaś dzięki tym metodom mielenia, jakie obecnie zostały wszędzie prawie na świecie wprowadzone.

Od czasu udoskonań technicznych w dziedzinie uprawy ziemi wzmogła się ogromnie w ciągu ostatnich lat 75 produkcja zboża, zaś rozwój środków transportowych w drugiej połowie wieku dziewiętnastego wzmógł olbrzymio jego zużycie. Wraz z tem wymagania handlowe dążyły do otrzymania ze zboża produktu o większej trwałości. Problem ten został rozwiązany w r. 1879 z chwilą wynalezienia młynów walcowych. Przy tym sposobie mielenia ziarno nie zostaje zmielone, lecz rozkruszone między walcami: kielek, klej roślinny i grubsze części mąki mogą być mechanicznie oddzielone, część ziarna, która może być tak subtelnie zmiążdżona między walcami, że przechodzi przez worek siatkowy, dostaje się do handlu, jako najbardziej pożądana mąka. Podczas gdy ziarno mielone w kamieniach młyńskich nie nadawało się do długiego przechowywania, mąka przesiewana odznacza się trwałością i, jako taka, może być dostarczana do różnych stref klimatycznych.

Ale, posiadając dobre warunki dla transportu i handlu, mąka pszenna w tej postaci nie posiada już wartości pożywnych właściwych pełnej pszenicy. Składa się głównie z krochmalu, białka pośledniejszego gatunku i soli nieorganicznych, wśród których brakuje przede wszystkim wapnia, sodu, chloru, żelaza i fosforu. Mąka pszenna nie zawiera żadnych witamin.

Zalety mąki jako środka żywności, polegają w istocie na szczególnie lepkich własnościach jej ciał białkowych, które umożliwiają przetwarzanie jej w ciasto. Wyższość jednakże mąki mielonej z całkowitej pszenicy w stosunku do mąki przesiewanej nie ulega wątpliwości, jeżeli idzie o całość kształt zawartych w niej składników pokarmowych. Mc. Collum znajduje, że w ogólności osobniki, odżywiające się mąką pszenną najwyższych gatunków; „robią w pewnym stopniu wrażenie chorych na żołądek”.

Należy podkreślić, że zarówno ziarna pszenicy, jak i wszelkich innych zbóż i roślin pokarmowych podlegają wahaniom pod względem swego składu i wartości w zależności od rodzaju gleby i klimatu. Warunki te wpływają zarówno na zawartość w ziarnie azotu, jak i składników mineralnych i witamin. Dowodem tego są prace amerykańskie, przeprowadzone w ciągu ostatnich lat kilku.

Zagadnienie wpływu gleby na skład i wartość odżywczą pokarmu roślinnego, a pośrednio i zwierzęcego, dopiero teraz zaczyna interesować medycynę. Jednym z dowodów tego jest fakt, że na czele programu Międzynarodowego Zjazdu Lekarskiego odbytego we wrześniu 1928 r. w Amsterdamie, a poświęconego chorobom trawienia i przemiany materii, był umieszczony odczyt Hudiga p. t. „Głód gleby”. Szczególne znaczenie posiadają tutaj związki wapniowe, których obecność stanowi jeden z najważniejszych warunków dobrego gruntu.

Jak dalece pożywienie zależy od koncentracji pierwiastków w świecie zewnętrznym — tego dowodzi np. rozpowszechnienie się wola w okolicach, gdzie świat roślinny i zwierzęcy wykazuje brak jodu, a Mc. Collum przytacza fakt, że w Stanach Zjednoczonych Ameryki w dolinie rzeki Yellowstone przez pewien czas ginęło co roku około miliona młodych świń, duże ilości jagniąt, cieląt i źrebiąt wskutek braku jodu i wywołanej przez to choroby tarczycy.

W ciągu ostatnich lat dziesięciu Mc. Collum i jego współpracownicy wykonali bardzo liczne badania biologiczne nad większością używanych pokarmów i osiągnęli wyniki, uprawniające do daleko idących wniosków. Tak np. zostało wykazać, że liście posiadają zupełnie inne własności djetetyczne, aniżeli nasiona i inne części rośliny. W r. 1916—1917 Mc. Collum, Simmonds i Pitz dowiedli, że nie udaje się odżywiać zwierząt w sposób dostateczny, o ile karmi się je wyłącznie nasieniem i produktami z nasion. Dopiero dodanie 40% liści do pokarmu pozwalało osiągnąć wyniki dodatnie. Suche liście zawierają zwykle dwa do pięciu razy tyle popiołu, co nasiona, i są szczególnie bogate w te substancje, których najmniej jest w nasionach, a mianowicie w wapń, fosfor, sód i chlor. W ten sposób liść pokrywa nieorganiczne braki nasienia, a obok tego zawiera znacznie więcej witaminy A i białko, dopełniające białka, zawarte w nasieniu; wiele rodzajów liści pod względem zawartości witaminy B przewyższa pomidory, szpinak, kapustę, buraki i kartofle (Osborne i Mendel 1920).

Obok jarzyny liściastej drugim środkiem spożywczym, wyrównującym niedostateczność ziarn zbożowych, nasion jarzynowych, cebul i korzeni roślinnych oraz mięsa z mięśni zwierzęcych, jest mleko. Te dwa idealne środki spożywcze nazwał Mc. Collum „pokarmem ochronnym”.

Mleko jest najbardziej zadawalniającym, prostym środkiem spożywczym, znajdującym się w rozporządzeniu człowieka. Nie jest ono pokarmem absolutnie pełnowartościowym, jeżeli jest konsumowane przez czas dłuższy, jako wyłączny środek pożywienia, ale jest pokarmem, który przez żaden inny nie da się zastąpić. Jedną z głównych zalet zarówno mleka, jak i roślin liściastych, jest, zdaniem Mc. Colluma, bogata zawartość w nich wapnia. Wszystkie inne środki pożywienia co do zawartości tego składnika nie zadowalają zapotrzebowania wapnia u ludzi i zwierząt.

Zawartość wapnia w pokarmach — to, obok jakości ciał białkowych i ilości dopełniających czynników pokarmowych czyli witamin, według szkoły amerykańskiej, jedna z najważniejszych cech dodatnich pożywienia. Warunki przyswajania wapnia przez ustrój zwierząt domowych stanowią ważny przedmiot badań uczonych amerykańskich. Zdołali oni np. dowieść zależności tego faktu od zawartości witamin w paszy, oraz faktu, że zmięknienie kości może masowo występować u zwierząt w okolicach, gdzie gleba i woda wykazują tylko małe ilości wapnia i fosforu.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Histologia i Embrjologia.

H. HIBBARD i M. PARAT. Istota i ewolucja składników cytoplazmatycznych u dwóch gatunków ryb kostnoszkieletowych. (Bull. d'Histol. appl. t. V. N. 8. 1928).

Autorowie badali naturę i zmiany, jakim podlega chondriom i aparat Golgiego („vacuome”) w zależności od stopnia rozwoju owocytów ryb kostnoszkieletowych: u okunia (*Perca fluviatilis* L.) i ciernika (*Pygosteus pungitius* L.).

Chondriom w bardzo młodych owocytach tworzy jedno skupienie z ziarenek i krótkich pałeczek, łącznie z elementami vacuome jest t. zw. ciało Balbianiego. W późniejszych okresach ugrupowanie chondriomu przybiera kształt półksiężycowaty i otacza jądro wieńcowato. Dalsze zmiany polegają na wywędrowaniu chondriomu w kierunku prostopadłym do wieńca okołojądrowego, przesunięciu ostatniego ugrupowania przez „coś” („quelque chose”), wydobywającego się z jądra, i utworzeniu skupienia chondriomu obwodowego, równoległego do powierzchni komórki. W równej odległości między wieńcem okołojądrowym a skupieniem brzeżnym zjawia się ugrupowanie sferyczne chondriomu, nazwane przez autorów „ciałem Balbianiego wtórnem”. Wyniki metod impregnacji na aparat Golgiego były bardzo różne, stałe obrazy dawały impregnacje osmem, zwłaszcza wg. Mann-Kopscha. Otrzymano wtedy układ ciałek sferycznych dookoła jądra i w ciałku Balbianiego wtórnem, całkowicie lub częściowo zaczernionych. Odpowiada to wygląadowi dictyosomów.

Badania przyżyciowe, barwienie czerwienią obojętną i oglądanie w polu ciemnym potwierdzają przegrupowania w chondriomie, nie wykazują vacuomeu wskutek braku różnic w załamywaniu światła, natomiast barwi go czerwienią obojętną w zonie okołojądrowej. Metody lipidowe wykazywały obecność jasnych przestrzeni w obrębie, odpowiadającym vacuomeowi i lipidów rozproszonych. Autorowie są zdania, że dictyosomey odpowiadają elementom vacuomeu. Niema tu tłuszczu, ani lipidów, nie są one też produktem rozwiązania kompleksu lipoproteinoowego (Ciaccio). Wyniki u *Perca* i *Pygosteus* są zasadniczo podobne, u ostatniego vacuome znajduje się na obwodzie komórki.

Z czasem zmniejsza się jego zdolność impregnacji osmem i barwienia czerwienią obojętną, natomiast zawartość wakuoli się ztęża, kończąc się na uformowaniu żółtka.

M. Ostrouch.

Biologia.

FRIEDBERGER i HEIM. Znaczenie ujemnego odczynu Schicka, zwłaszcza u osesków. (D. m. W. N. 4. 1929).

Autorzy starają się wytłomaczyć różne zachowanie się odczynu skórno Schicka u dzieci, osesków i dorosłych. Zastanawiają się, czy ujemny odczyn u osesków uwarunkowany jest biernym uodpornieniem (drogą mleka matki i łożyska), czy też jest to objaw ogólnej biologicznej niewrażliwości skóry.

Badania przeprowadzano na królikach w różnym wieku, (2½, 5, 13 lat) za pomocą surowicy węgorza w dawce 0,1 (przy stężeniu roztworu 1:10 i 1:100), wychodząc z założenia, że dzieci te nie posiadają odporności biernej w stosunku do wspomnianej surowicy.

W wyniku badań, zarówno u b. młodych królików, jak i u osesków, stwierdzono niewrażliwość, względnie b. słaby odczyn (u 2-ga dzieci).

U starszych zaś królików i dzieci otrzymano przeważnie odczyn dodatni.

Niewrażliwość skóry u osesków została również potwierdzona szeregiem badań innych autorów ze środkami drażniącymi skórę jak: jodoform, chinina, cukier gronowy, mocznik, terpentyna i t. d., gdzie na 754 badań tylko w jednym przypadku udało się wywołać objawy podrażnienia skóry

Podobnie słaby odczyn skóry otrzymano u osesków w badaniach z tuberkuliną. Na zasadzie powyższych badań autorzy odrzucają możliwość biernej odporności u osesków.

Fr. i H. przypuszczają raczej istnienie ogólnego fizycznego zjawiska. Autorzy nie zgadzają się również z ogólnie panującym poglądem że występowanie dodatniego odczynu Schicka u dzieci zależy od zanikania nabytych przeciwciał; ustalono, bowiem, doświadczalnie wzmogłą wrażliwość skóry dzieci nawet na jady, nie dające przeciwciał.

Późniejszy odczyn ujemny skóry u starszych osobników odnoszą autorzy nie tylko do odporności czynnie nabytej, ale także do tzw. „dojrzwania serologicznego krwi”.

S. Luxemburg.

LESNÉ, CLEMENT i SIMON. O dysocjacji czynników wzrostu i przeciwrzywiczego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. № 12 1928).

Rozpuszczalny w tłuszczach czynnik wzrostu (witamina A) i czynnik przeciwrzywicy (witamina D) znajdują się najczęściej jednocześnie w tych samych związkach, a mianowicie, w tłuszczach zwierzęcych. O ile ze względu na swoje znaczenie należą one do grupy witamin, to tworzą jednak wśród nich grupę oddzielną. Wspólne ich cechy, a mianowicie, odporność na wysoką ciepłotę, na wysuszenie i na działanie zasad, brak zawartości azotu, różnią znacznie omawiane czynniki od witamin, tak, że niektórzy autorzy negują nawet ich przynależność do witamin. Funk np. proponuje dla nich nazwę wita-steryn, pragnąc tem zaznaczyć ich bliskość do różnych cholesterolin. Oddawna uważa się, że czynnik przeciwrzywicy i czynnik wzrostu lub antykeratolizyczny przedstawiają związek identyczny. Ostatnio jednak ukazują się prace, dowodzące, że dwa te czynniki bynajmniej nie zawsze idą w parze. Autorzy wykazywali doświadczalnie na białych szczurach, że tran np., który, jak to się często zdarza, nie jest w stanie uchronić od krzywicy, zawiera jednak w obfitości czynnik wzrostu. Wynika z tego, że nawet duża zawartość jednego z tych składników nie pozwala na wniosek o obecności drugiego. Byłoby pożądanem wobec tego, aby wszelki przeznaczony do celów leczniczych tran badano biologicznie oddzielnie na zawartość każdego z tych składników. Również i naświetlana ergosteryna, tak skuteczny środek przeciwrzywicy, zawiera bardzo mało czynnika A i nie jest w stanie uchronić od kseroftalmji i śmierci szczurów, utrzymywanych na diecie, nie zawierającej witaminy A.

J. Typograf.

D. ANTITCH. O jadowitości żółci. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 13—1928).

Prace ostatnich lat znacznie zmieniły nasze poglądy na sprawę jadowitości żółci. Uważa się obecnie, że żółtaczką samą (t. zn. zatrzymanie żółci w ustroju) nie może doprowadzić do cięższych zaburzeń. Jeśli zaś zaburzenia takie występują, to zależą one nie od jadowitości żółci, lecz powstają wskutek niezdolności wątroby do zatrzymania i przerobienia różnych substancji toksycznych, stale wytwarzanych w ustroju.

Doświadczenia autora dotyczą badań nad jadowitością żółci A i żółci B, otrzymanych przy pomocy zgłębnika Einhorna u człowieka, oraz żółci, wydobytej wprost z pęcherzyka podczas zabiegu chirurgicznego. Różne te rodzaje żółci wstrzykiwano dożylnie królikom i psom.

Świeża i nierozcieńczona żółć A, pochodząca od chorych na żółtaczkę nieżytową, wstrzyknięta dożylnie królikom w ilości 0,4 cm³ na kilo wagi, powodowała natychmiastowy zgon zwierzęcia. Podobne wyniki otrzymano z żółcią B.

Żółć A nierozcieńczona, lecz wstrzyknięta po upływie pewnego czasu od chwili jej wydobywania, okazała się nieszkodliwa dla królika nawet w dawce przeszło trzykrotnie większej niż w poprzednim doświadczeniu.

Żółć, otrzymana podczas operacji bezpośrednio z pęcherzyka żółciowego osobnika chorego na wrzód dwunastnicy, zachowywała się, jak żółć A: wstrzyknięta zaraz po wydobywaniu, doprowadzała do zejścia śmiertelnego, wstrzyknięta zaś po trzydniowym przechowaniu spowodowała jedynie lekkie drgawki.

Różnicy w jadowności żółci, pochodzącej z przypadku żółtaczki nieżytowej i z przypadku wrzodu dwunastnicy (przy zdrowej wątrobie), nie stwierdzono. Zgon poprzedzały zwykle objawy podobne do napadów drgawek epileptycznych lub eklamptycznych lub do wstrząsu anafilaktycznego.

Doświadczenia autora wykazują wielką jadowność żółci, szczególnie otrzymanej i wstrzykiwanej od razu bez rozcieńczenia.

Wstrzykiwania powolne żółci rozcieńczonej okazują się o wiele mniej szkodliwe.

J. Typograf.

Choroby narządów trawienia.

SEELIG. W sprawie zaburzeń czynnościowych miększu wątroby. (D. m. W. Nr. 7 1929).

Autor stara się w szeregu badań klinicznych ustalić związek występowania kwasu β -oksy-maśłowego i acetonu we krwi osobników chorych na wątrobę. Posługując się metodą Engfeldta, uważał za normę dla acetonu we krwi 0,5—1,5 mgr% a dla kwasu β -oksy-maśłowego 1,0—5,5 mgr%.

Z 54 przypadków, z których powtórnemu badaniu poddano 21, stwierdzono w 7 przypadkach *icterus simplex*—*hepatitis destructiva* Eppinga—stałe zwiększenie ilości kwasu β -oksy-maśłowego i prawie zawsze acetonu, które to objawy występowały wraz z poprawą stanu chorobowego. Podobne zwiększenie składników krwi znajdowano i w innych sprawach wątrobowych, jak marskość, nowotwory, sprawy pęcherzykowe z udziałem wątroby, żółtaczka zastoinowa i t. p.

Wyniki badań powyższych wskazują niewątpliwie na zaburzenie czynności miększu wątroby, zwłaszcza w przypadkach *icterus simplex*. Jako wyraz tych zaburzeń, mamy zubożenie komórek wątrobowych w glikogen.

Wobec tego stosowanie insuliny i cukru gronowego w celach leczniczych w stanach zaburzeń czynności miększu wątroby uważa autor za zupełnie uzasadnione.

St. Luxemburg.

W E. LADD. O wrodzonych zarośnięciach i zwężeniach dróg żółciowych. (J. Am. Med. Ass. Tom 91, Nr. 15, r. 1928).

Wrodzone zwężenia lub zarośnięcia dróg żółciowych nie są rzadkością nadzwyczajną.

Pod względem etiologii na pierwszym miejscu stoi kiła wrodzona, potem zapalenie otrzewny płodowe, stany kataralne i wreszcie zaburzenia rozwojowe, które są może najczęstsze.

Najbardziej charakterystycznym objawem jest oczywiście żółtaczka, zjawiająca się wkrótce po urodzeniu i stopniowo nasilająca się.

Rokowanie jest naogół niezłe; leczenie operacyjne daje duży odsetek wyleczeń.

Co do wieku, w którym należy zabieg wykonać, to zależy on przede wszystkim od stanu chorego, od pewności rozpoznania i od tego, czy leczenie nieoperacyjne nie dało wyników.

Naogół można się spodziewać wyników dodatnich we wszystkich przypadkach, gdzie istnieją połączenia pomiędzy

drogami żółciowymi w wątrobie a przewodem wspólnym lub pęcherzykowym.

Rozszerzenia są o wiele wyraźniejsze w przypadkach zwężenia częściowego, aniżeli w przypadkach zupełnego zarośnięcia.

B. Goldstein.

Choroby kobiet i położnictwo.

D. A. OSTRECIL. Skrócenie normalnego porodu. (Gyn. et Obst. Nr 3, T. XVIII, 1928).

Zmniejszenie bólu rodzącej jest problemem bardzo ważnym z punktu widzenia humanitarnego i socjalnego, gdyż liczba porodów zwiększyłaby się, gdyby kobiety wiedziały, że mogą rodzić bez bólu.

Można zmniejszyć bóle różnymi metodami, zaczynając od narkozy „à la reine”, a kończąc na hiponarkozie ostatnich czasów. Żadna z tych metod nie jest doskonała, ażeby móc się rozpowszechnić i być użytą podczas każdego porodu. Można jednakże skrócić normalny poród. Metoda ta jest obosieczna. Każda interwencja zmienia normalny przebieg porodu i może często zaszkodzić matce i dziecku. Dlatego też nie bez racji klasyczna akuszerka odrzuca każdą metodę skrócenia normalnego porodu.

Metoda autora składa się z trzech zabiegów:

- 1) sztucznego przedwczesnego rozerwania pęcherza płodowego przed zupełnym rozszerzeniem się szyi;
- 2) rozszerzenia palcami ujścia zewnętrznego szyi;
- 3) zastrzyknięcia do żyły pituitryny.

Co do pierwszego zabiegu, na mocy osobistych doświadczeń autor zauważył, że po przerwaniu pęcherza chora rodzi natychmiast, chociaż szyja nie była zupełnie rozwarta. Bywa to wtedy, gdy szyja jest długa, niepodatna do rozwarcia dla pęcherza, ale rozwiera się pod naciskiem głowy płodu. Przerwanie pęcherza jest wskazane li tylko, gdy główka stoi już dość głęboko, ale nigdy, gdy jest nad spojeniem łonowym, lub gdy miednica jest wąska albo płaska.

Rozszerzenie szyi palcami jest wskazane i skuteczne li tylko, gdy brzegi szyi są cienkie, główka jest w próżni albo jeszcze niżej, i gdy szyja jest jakby naciągnięta na głowę. Bywa czasami, że przy takim rozszerzeniu szyja się rozwiera natychmiast całkowicie. Gdy szyja jest rozwarta na dłoń, dobrze jest zopchnąć brzegi szyi poza głowę noworodka. Wykonywać ten zabieg należy ostrożnie, aby nie rozerwać szyi i nie przenieść infekcji.

Pituitrynę autor wstrzykuje wtenczas, gdy chora przestaje mieć bóle po pęknięciu pęcherza płodowego. Kropla za kroplą co 10—20 sekund, ażeby nie wywołać bólów tetanicznych, które mogą zaszkodzić matce lub dziecku. Pituitryna działa godzinę. Jeżeli do tego czasu chora nie urodziła, i bóle zaczynają słabnąć to trzeba jeszcze raz zastrzyknąć śródmięśniowo.

L. Ebin.

A. COUVELAIRE, L. PORTES et I. DIGONNET, Późne krwotoki maciczne po porodzie jako wskazanie do natychmiastowej histerektomji. (Gyn. et Obst. Nr. 5, T. XVIII, 1928).

Późne krwotoki po porodzie, od 3—20 dni, lekarze zwykle przypisują resztkom łożyska, po których usunięciu krwotok zwykle ustaje.

Obserwując liczne przypadki w klinice Baudelocquea, autorzy przyszli do zupełnie innych konkluzji, a mianowicie:

późne krwotoki poporodowe niezawaze bywają w związku z resztkami łożyska, które tam pozostały, lecz często są wskazaniami zakażenia połogowego.

Obserwacje chorych wykazały, że przy takim krwotoku trzeba bardzo ostrożnie ręką wyjąć resztki łożyska, jeżeli one są, i, gdy temperatura się utrzymuje, wyciąć macicę natychmiast

przez laparotomję, gdyż przez pochwę operacja jest utrudniona z powodu wielkości macicy.

Anemja chorych, przywiezionych do kliniki z powodu późnego krwotoku po porodzie, jest niewspółmiernie większa, niż ilość straconej krwi. Wskazuje to na infekcję, gdyż chora w tym przypadku zawsze ma podwyższoną temperaturę.

Obserwacje tych chorych wykazują, że chore, nieoperowane natychmiast, w 50 — 60% umierają na ogólne zakażenie, a reszta chociaż i powraca do zdrowia, pozostaje długo w łóżku z powodu zapalenia żył lub wysięku ropnego.

L. Ebin.

A. LAFFONT. Wszczepienie narządów wewnątrzwydzielniczych noworodka. (Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris Nr. 9, 1928).

Autor leczył w klinice chorą kobietę, którą kastrowano kilka miesięcy temu, i która bardzo ciężko znosiła tę kastrację (tyła, nie mogła zupełnie spać i t. p.). Wszystkie sposoby leczenia opoterapeutycznego nic jej nie pomagały.

Mając pod ręką niemowlę, które umarło z powodu uderzenia, wyjął autor 2 godziny po śmierci kawałek nadnercza, kawałk szyszynki, kawałek gruczołu tarczowego, kawałek przyśadki i obydwa jajniki (jak to już czynił Nicolapende z Genui z gruczołami małpy). Wszystko to autor wszczepił pod sutki w cięciach 3 cm. długości.

Kilka dni później chora czuła się już lepiej, i dziś po 6 miesiącach straciła 3 kg. na wadze i śpi spokojnie.

Ranki zagoiły się *per primam*. Chora jest dalej pod ścisłą obserwacją.

Z powodu tego, że sam zabieg jest minimalny, każda chora zgodzi się napewno przejść jeszcze raz tę operację w razie potrzeby.

Przy tych operacjach trzeba uważać, ażeby przypadkowo nie zaszczerpić syfilisu lub gruźlicy. Każde niemowlę musi być przedtem badane skrupulatnie tak samo, jak i rodzice dziecka. Wobec tego, iż w szpitalach zdarzają się często przypadki poronień i przedwczesne porody, autor rzuca myśl wszczepiania gruczołów tych noworodków chorym z nieomogą organów wewnątrzwydzielniczych.

L. Ebin.

BRINDEAU ET DESTRIEUX. O użyciu elektrycznej pompki dr. Abta do wydobywania mleka matczynego. (Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris Nr. 9, 1928).

W Ameryce elektryczna pompka dr. Abta jest bardzo rozpowszechniona. Autorowie wypróbowali tę pompkę w klinice Tarnier w 23 przypadkach i przekonali się o dużej wartości instrumentu. Przy pomocy pompki można mleko matczyne wtedy, gdy niemowlę nie może ssać, 1^o wydobyć, 2^o wzbudzić działalność gruczołu mlecznego, wypompowując resztę mleka z piersi po ssaniu, 3^o uspokoić bóle, gdy pierś za silnie jest nabrana, a także można otrzymać mleko z piersi bez bólu, gdy jest zapalenie (*lymphangitis*) lub pęknięcie brodawek, wreszcie 4^o uformować zapadłe brodawki.

Aparat ten jest bardzo praktyczny w szpitalu lub w klinice, gdyż dla celów prywatnych jest bardzo drogi i trudno przenośny.

L. Ebin.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ Dr. Jakób FROSTIG. Das schizophrene Denken. Phänomenologische Studien zum Problem der widersinnigen Sätze. Georg Thieme. 1929. Lipsk.

Praca niniejsza, napisana przez młodego psychjatrę lwowskiego, zasługuje na baczną uwagę, jako wybitny przyczynek do tak trudnego zagadnienia, jakim jest sprawa zaburzeń myślowych w schizofrenji. Autor opiera się w pierwszym rzędzie na

metodzie fenomenologicznej Husserla, którą stosuje do przedstawienia t. zw. zdań niedorzecznych. Metoda ta doprowadza go do wniosku, że i słowa i zdania schizofreników straciły swoją zwykłą funkcję, albowiem przestały sygnalizować struktury myślowe ogólnie, zbiorowo rozumiały; psychika tych chorych przestała aktualizować twory, dostępne dla zbiorowisk ludzkich. Metoda intuicyjna, którą autor w znacznej mierze zawdzięcza Bergsonowi, rozszerza ten wniosek i na te akty psychiczne, na których opierałby się miało poznanie i stanowienie przedmiotów; zamiast przedmiotowych aktów przepływają przez świadomość niewyraźne, płynne, nierzeczowe wiedzenia, wydestylowane z czysto subiektywnych przeżyć. W ten sposób nietylko zaburzenia skojarzeniowe, ale i niektóre inne zasadnicze zaburzenia schizofreniczne okazują się jako różne przejawy jednego zaburzenia podstawowego, jakim jest niezdolność do aktualizacji kolektywnych tworów strukturalnych i odpowiadających im wień.

Praca oparta jest na głębokich, wnikliwych i pojęciowo ostrych analizach oraz na dużym wczuciu się w tak obcą dla nas psychikę daleko posuniętych stanów schizofrenicznych. Autor świadomie unika wszelkich zestawień z piśmiennictwem, natomiast referent z zadowoleniem stwierdza zgodność i daleko idące podobieństwo wyników własnych, do których doszedł, wychodząc z innych zupełnie założeń, przed 7 laty (praca pt. „Metaphysik und Schizophrenie“), z wynikami Frostiga i Tosamo dotyczących pobieżnie zresztą poruszonych poglądów autora na niektóre kierunki sztuki nowoczesnej w zestawieniu z twórczością schizofreniczną. (Traktując van Gogha jako zdecydowanego schizofrenika, nie uwzględnił autor najnowszych badań w tym przedmiocie).

G. Bychowski.

∞ O. CROUZON. Le syndrome épilepsie, str. 268 1929. Wyd. Gaston Doin. Paryż 55 fr.

W „Bibliothèque des grands syndromes“, pod redakcją Rogera w Paryżu wychodzącej, ukazała się w tych dniach monografia o padaczce Crouzona, jednego z lepszych znawców tego działu neuropatologii. Rozpatrzone zostaje podaczka jako zespół, nie jako jednostka chorobowa, co słusznie widzimy obecnie i w pracach o histerji, neurastenji, schizofrenji, gdzie bliższa analiza strukturalna dowodzi istnienia nietylko *ens morbi*, ile zwykłych a licznych symptomokompleksów tego cierpienia.

Jeżeli się bierze pod uwagę, jaki szalony materiał odnośny dała nam ostatnia wojna wszechświatowa, ile wniosła w ostatnich latach nauka o układzie autonomicznym, o zaburzeniach w przemianie materji i wewnątrz sekrecyjnych do tej dziedziny, ile myśli zawdzięczamy nowoczesnej farmakodynamice i chirurgji mózgu i nerwów, to zrozumieśmy, dlaczego monografia taka w tej bibliotece zespołów była wskazana.

Jasna rzecz, że nie o streszczeniu podręcznika może być mowa, lecz o mniej lub więcej racjonalnym rozkładzie materiału dydaktycznego. Crouzon, poza działem anatomopatologicznym i terapeutycznym, który to ostatni obejmuje leczenie choroby, napadu i tła neurologicznego, omawia w oddzielnych działach klinię, etiologję i patogenezę.

W części klinicznej, omawiając pochodzenie i rozpoznanie rozbiiera zespoły: a) prodromalne i aurę, b) ruchowy kompletny (drgawkowy, porażenny, humoralny, sympatyczny, c) ruchowy niezupełny (petit mal, podrygiwanie, myoklonje, zawroty), d) napadowe czuciowe, zmysłowe, trzewne (równoważniki), e) psychiczne, f) jacksonowskie, g) absence.

W części etiologicznej, wysuwając czynniki etiologiczne ogólne, Crouzon analizuje zespoły: a) podaczki dziecięce, (drgawki, spazmofilja), b) okresu przedszkolnego i szkolnego (*epilepsia essentialis*), c) wieku męskiego, d) wieku podeszłego, e) okresu ciąży, f) padaczkowo-urazowe.

W części patogenetycznej rozprawia się autor z patofizjologją

a) jadowitości płynów i soków, b) wstrząsów anafilaktycznych, c) zaburzeń dokrewnych, d) zaburzeń cyrkulacyjnych, e) zaburzeń natury dynamicznej.

Strony zawołowe, społeczne i sądowo-lekarskie padaczki znajdują omówienie w rozdziale o leczeniu.

Książka naogół napisana przejrzyście i ze znajomością rzeczy. Jeśli można zrobić zarzut jakiś autorowi, to chyba tylko z tego, że zbyt faworyzuje piśmiennictwo ojczyste, że, wyśuwając często nowsze, tu i owdzie mało wartościowe prace, nie uwzględnia dostatecznie klasycznych prac i monografii dawnych autorów — zwłaszcza niemieckich i angielskich — z ubiegłego stulecia, i że zbyt daleko posuwa swój pietyzm terapeutyczny, graniczący z bezkrytycznością, przytaczając obok pigułek przeciwpadaczkowych Pidoux, Recamiera, Nerpina Balla, Algniego i t. d. jeszcze liczne electuaires, tisanes, poudres, potions, juleps, extraits, oils i t. p. specyfiki dawno zapomnianych znakomitości lekarskiej, ustępujące prawdopodobnie w swym działaniu, razem wzięte, jednemu gramowi bromu lub decygramowi luminalu.

H. Higier.

JUSTER. Skurcz pisarski. Spazm torsyjny prawej kończyny górnej z ustawieniem nadmiernie pronacyjnym. (Rev. Neur. Nr. 5. T. I. 1928).

52-letni mężczyzna po okresie skurczu pisarskiego, który trwał 3 lata, zaczął wykazywać ruchy mimowolne w prawej kończynie górnej, przypominające ruchy atetoidne i piasawicze. Niekiedy dołączały się do nich ruchy w mięśniach szyi i podbródka po stronie prawej, przypominające *torticollis*. Przypadek przemawia za podłożem organicznym skurczu pisarskiego, ten ostatni bowiem stanowi pierwsze ogniwo łańcucha, którego ostatnim ogniwem była *torticollis spasmodica* oddawna zaliczona przez Meigea do rzędu cierpień organicznych układu nerwowego.

N. Z. Z.

LAIGUEL-LAVASTINE i DESOILLE. Cierpienie rodzinne mózdkowo-spastyczne. (Rev. Neur. 1928 Nr. 5).

Cierpienie, które dotknęło 5 pokoleń pewnej rodziny, polegało na chwiejnym chodzie i na wzmożeniu odruchów ścięgowych.

Początek cierpienia odnosi się do wieku młodzieńczego (17 lat) lub dojrzałego (32 l.).

Najbardziej zbliżone jest ono do dziedzicznego bezładu mózdkowego (*héréditaire ataxie cérébelleuse*) (NB. Brak badań anatomo-patologicznych pozbawia przypadki te właściwej wartości naukowej).

N. Z. Z.

Choroby oczu.

∞ BRUCKNER i MEISNER. Grundriss der Augenheilkunde. (Wydanie 2-gie, Georg Thieme, 1929, 601 str. 221 rys. i 9 tablic barwnych, Cena mk. 25).

Już same nazwiska autorów, z których jeden jest profesorem w Bazylei, a drugi w Greifswaldzie obaj zaś są stałymi współpracownikami „Jahresberichtu” okulistycznego, pozwalają przewidywać, że podręcznik ten stoi na wysokości zadania. I rzeczywiście znajdujemy w nim niemal wszystko, co w dobie obecnej lekarz w tej dziedzinie wiedzieć powinien, z należytem uwzględnieniem najnowszych zdobyczy, dotyczących sposobów badania, rozpoznawania i leczenia.

Pierwsza część książki poświęcona jest anatomii i fizjologii oka. Autorzy kładą nacisk na to, że okulistyka może więcej jeszcze, niż inne dziedziny specjalne, stoi w mniej lub więcej ścisłym związku z innymi działami medycyny, w szczególności zaś z neurologią. Z drugiej strony okulista powinien być obznajmiony z innymi gałęziami wiedzy, jak np. fizyką, chemią, matematyką, fizjologią ogólną i niemniej również i z psychologią, która w swoich doświadczeniach najchętniej posługuje się wrażeniami optycznymi.

W dziale przemiany materii znajdujemy objaśnienie teorii stężenia jonów wodorowych. Krążenie krwi w oku uzależnione jest w znacznej mierze od krwioobiegu mózgowego.

Krążenie limfy przyrównane jest do warunków, w jakich się znajduje płyn mózgowo-rdzeniowy. Autorzy zwracają specjalną uwagę na wpływ środków moczopędnych na stan cieczy wodnistej i ciała szklстого. Zagadnienia równowagi ciśnienia śródgałkowego podane są z uwzględnieniem najnowszych badań Baillara, dotyczących związku z ciśnieniem krwi.

W rozdziale, dotyczącym patologii ogólnej, zwracają autorzy uwagę na specjalną skłonność jagodówki do schorzeń gruczolich, uzasadnioną nowoczesnymi teoriami o alergii.

Druga część książki poświęcona jest patologii specjalnej. W części trzeciej znajdujemy opis sposobów badania z podaniem najważniejszych przyrządów nowoczesnych (w ustępie o badaniu w świetle bezczerwienem na str. 496 mały *lapsus* o filtrze pozafioletowym zamiast bezczerwienego). Następnie kilka stron, poświęconych sprawom badania zdolności zawołowej i ubezpieczenia społecznego. Wreszcie rozdział o bakteriologii i serologii.

Czwarta część poświęcona jest leczeniu i poprzedzona uwagami o profilaktyce. Ostatni rozdział poświęcony jest opiece nad niewidomymi.

W końcu książki znajdujemy wzory recept i wreszcie dość obszerny skorowidz.

Książka jest bardzo ładnie wydana, ozdobiona 221 rycinami i mikrofotografiami w tekście oraz 33 dobrymi rysunkami barwnymi na 9 tablicach poza tekstem i powinna się znaleźć w księgozbiorze każdego lekarza, interesującego się nowoczesnym stanem okulistyki.

A. Zamenhof.

SELENKOWSKY i MALISZEFF. O leczeniu jaglicy emanacją radu (radonem). (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. Luty 1929.).

Leczenie powyższe stosowali autorzy w 36 przypadkach (61 oczu): w 21 przypadkach była niepowikłana jaglica ziarnista, w 3 — prócz grudek na spojówkach częściowo blizny, a w 12 przypadkach łuszcza. Najskuteczniej działała emanacja radu na jaglicę niepowikłaną ziarnistą, powodując szybkie, bo w przeciągu paru tygodni znikanie grudek i rozlanego nacieczenia w spojówkach. W przypadkach z rozpoczynającym się zbliznianiem grudki znikły również szybko, blizny zostawały bez zmian. Przy cienkiej łuszcze osiągnęto w większości przypadków tylko poprawę schorzenia rogówkowego, zaś mięsista łuszcza była odporna na leczenie.

Działanie radonu jest identyczne z działaniem radu i polega na cytolizie komórek, wchodzących w skład grudek jagliczych i rozlanego nacieczenia spojówek; na miejsce ich tworzy się delikatna włóknista tkanka łączna, przylega nie dochodzi nigdy do wytwarzania się typowych blizn. Autorzy po za radonem nie stosowali żadnych innych środków.

Technika stosowania radonu była następująca: na okolicę oka przy zamkniętych powiekach nakładano ołowianą płytę grubości 1 — 2 mm., służącą za filtr i przepuszczającą tylko promienie γ (doświadczenie pokazało że jedynie promienie γ działają skutecznie na jaglicę). Na tę płytę nakładano rurki włosowate, zawierające radon, i umocowywano je za pomocą wosku. Następnie przykrywano rurki jeszcze jedną taką samą płytą ołowianą, polewano woskiem; na to wszystko nakładano specjalnie przyrządzoną maskę.

Co się tyczy dawkowania, to autorzy dawali 0.5 — 0.6 millicurie (mc.) na 1 cm. powierzchni; 1 mc. odpowiada pod względem czynności radioaktywnej 1 mgr. radu.

Maskę pozostawiano na oku przeciętnie 3 — 4 dni, zdejmując jednak codziennie na 1 — 2 minuty w celu sprawdzenia stanu oczu.

W. Frenkiel-Zamenhofowa

Wskazówki praktyczne.

— Mc. Donald i Peck badali *in vitro* i na skórze żywego ustroju w jakim stężeniu i w jakim roztworze jód posiada najsilniejsze własności bakterjobójcze. Badania te skłaniają ich do polecenia 1,25% roztworu jodu w 70% izopropyl-alkoholu.

(Lancet 1928 Nr. 5479).

— Według badań Schuntermanna — Robural może z powodzeniem zastępować pokarm białkowy. Na bilans mineralny krwi środek ten wpływa dodatnio, a że jest przytem przyjemny w smaku, przeto chętnie jest zażywany przez chorych.

(M m. W. 1928. Nr. 51).

— Mellanby i Patison, którzy wykazali już dawniej ważną rolę tranu, jaj i mleka w profilaktyce i zwalczaniu próchnicy zębów, utrzymują obecnie, że dieta bogata w witaminę D (naświetlana ergosteryna) prowadzi do zahamowania postępu, a nawet do poprawy próchnicy zębów.

(Brit. m. Journ. 1928 Nr. 3545).

— Marcovici zwraca uwagę na znaczenie etjologiczne cierpień kiszkowych w leczeniu trądzika pospolitego. Zwykle w tych przypadkach napotyka się kwaśny nieżyty żołądek, zaległości kałowe w kiszce ślepej, zaparcie spastyczne, zapalenie rzekomobłoniaste lub wizodziejące jelita grubego. Należy zastosować leczenie miejscowe schorzenia kiszkowego: przepłukiwanie irygolem lub ichtiol-belladonna, dietę niedrażniącą i siarkę doustnie. Obok tego zastrzykiwania dożylnie żelaza z arsenikiem, lampę kwarcową i miejscowo na skórę maść rtęciowo-bismutową.

(W. m. W. 1927 Nr. 43).

— Hubmann podaje następujące „czynnościowe” leczenie rzeżączkowego zapalenia stawów: codziennie w ciągu 22 godzin przekrwienie zastoinowe, leczenie proteinowe, ciepło, ćwiczenia ruchowe, w razie potrzeby nakłucie, jeżeli okaże się ropa — przepłukiwanie roztworem karbolu, riwanolu, wucyny; dalej — diatermia, masaż, gorące powietrze, naświetlania rentgenowskie.

(D. m. W. 1929 Nr. 13).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 5. I. 1929 r.

Pokazy.

1. H. Higier. *Rzadka postać niemocy płciowej*. H. przedstawia chorego, dotkniętego rzadkiem zaburzeniem, prowadzącym do niepłodności, polegającym na niezdolności do wytrysku przy zupełnie normalnym wzroście. Występuje tu rozczepienie mechanizmu erekcyjnego od ejakulacyjnego na podłożu psychiczno-czynnościowym. Cierpienie to Higier opisał pod nazwą „*Impotentia ejaculatoria generandi*”, wyosobniając tę postać niepłodności od organicznego aspermatyzmu.

2. H. Higier. *Niezwykła odmiana wrodzonej oftalmoplegji*.

3. Lubelski i Herman. *Przypadek pomyślnie operowanego guza rdzenia*.

Chory F., l. 37, przybył na oddział Dra Flatau a 4. VIII. 28 r. Od XI 1927 r. utyka na pr. nogę. Na kilka miesięcy przedtem parastezje w pr. sutku. Od kwietnia 1928 r. osłabienie k. d. l. oraz uczucie opasywania na wysokości pępka, nadto parastezje w obu kk. d. Ostatnio utrudnienie oddawania moczu, zaparcie stolca. Erekcje prawidłowe. Bólów nie miewał.

Stan obecny: Nerwy czaszkowe, kk. g. — bez zmian. Osłabienie kk. d.; ograniczenie ruchów w stopach i palcach i pr. stopa skręcona na wewnątrz. Napięcie w kk. d. wzmożone. Czucie bólu, dotyku, cieplikowe osłabione od D4; kinestetyczne zniesione w stopach i palcach. Odr: Per — żywe; Fr. — żywe; Abd — pr. +; l. (—); Cz (—); P. R. polikinetyczne; A. R. — *clonus*; Babiński + obustr.; Ro + obustr.; Mendel-Becht. + Chod-kurczowo-porażny. Kręgosłup — bez zmian.

7. VIII. 1928 r — Nakłucie lędźwiowe. Płyn ksantochr. Elementy O; NA +; białka 0.25%; ciśnienie ze 110 spada do O; Queckenstedt +. 11 VIII. — osłabienie w kk. d. większe; nie może chodzić. 20. VIII — nakłucie lędźwiowe; lipiodol w pozycji Trendelenburga doszedł do 1/2 III D. l. IX — nakłucie potyliczne; płyn bezbarwny, lipiodol — w kształcie czapki Napoleona o ściegłym pr. rogu zatrzymał się na II D. Po wstrzyknięciu lipiodolu bóle na wysokości I D. Roentgen wykazał brak zarysowania owalnego w miejscu przyczepu łuku do trzonu po str. pr. Na podstawie niedowładu kurczowego kk. d., uczucia opasywania, zaburzeń urynowania, upośledzenia czucia do D4, odruchów patologicznych, zespołu uciskowego w płynie mózgowym, dodatniej próby Queckenstedta, spadku ciśnienia płynu po nakłuciu, umiejscowienia bólów opasujących po lipiodolu,

wreszcie zatrzymania się lipiodolu. — rozpoznano guz rdzenia na wysokości kręgu II D; bardziej po str. pr. Chorego skierowano na oddział Dra Lubelskiego w celu dokonania operacji.

W przeddzień operacji zaznaczono lapisem wyrostki kolczaste I, II i III kręgów piersiowych. Operacji dokonano (Dr. Lubelski) 4 XII. 28 r. w znieczuleniu miejscowym, pod koniec jednak operacji zastosowano też uspienie eterowe. Po przecięciu skór, w celu zorientowania się w umiejscowieniu wyrostków kolczastych i łuków kręgów, podlegających usunięciu, nałożono z obu stron na wewnętrznej powierzchni przeciętej skóry podwiązki sytuacyjne na wysokości II kręgu piersiowego, poczem dopiero obłożono ranę serwetkami. Po oddzieleniu mięśni od łuków i wyrostków kolczastych usunięto wyrostki kolczaste i łuki I, II i III-go kręgów piersiowych. Nowotwór leżał ściśle na wysokości II-go piersiowego, zewnątrz-oponowo z boczno-prawej strony rdzenia; w miejscu tem wydrążył w kości niszę, rozszerzając w ten sposób kanał rdzeniowy. Nowotwór był wielkości dużego orzecha włoskiego, z powierzchni bocznej rdzenia przechodził na powierzchnię przednią, był przyrośnięty do wspólnej pochewki korzonków 2-go nerwu piersiowego. Przw oddzieleniu na tępo nowotworu naderwała się pochewka tego nerwu i zaczął wydzielać się w niewielkiej ilości płyn mózgowo-rdzeniowy. Wobec trudnego dostępu do naderwanej pochewki zaniechano jej zaszycia. Natomiast ubytek po usuniętych kręgach wypełniono wytwórczo mięśniami w ten sposób, że z obu stron mięśni długich pleców wycięto na długość całej rany operacyjnej równoległe do linii środkowej dwa pasma mięśni szerokości 2 cm. i, nie odcinając ich końców, zeszyto je po linii środkowej i wtłoczono wgłęb ku oponie twardej. Nad niemi zeszyto pozostałe mięśnie długie pleców, jako warstwę drugą. Jako warstwę 3-ią zeszyto skórę i powięź szwami jedwabnymi węzełkowymi. Samopoczucie po operacji było b. dobre. Na 7-y dzień zdjęto szwy; rana była zagojona. Później jednak chory miał ciepłotę nieco podwyższoną, a na miejscu rany pod skórą zebrało się trochę płynu. Płyn, wydobyty w tem miejscu z pod skóry, jak również płyn mózg. — rdz. okazał się jałowym. Pod wpływem ciśnienia wydobywającego się płynu mózgowo-rdzeniowego na miejscu rany brzoja skóry na 10-y dzień rozeszły się, ale po 4-ch tyg. rana zagoiła się zupełnie.

Status post operationem: Wybitna poprawa. Chory chodzi. Sprawność ruchowa kończyn dolnych zachowana we wszystkich odcinkach; siła mięśniowa zupełnie dobra. Napięcie mięśniowe nie jest wzmożone. Czucie bólu i dotyku zachowane na całej przestrzeni tułowia i kk. dolnych, tylko w obrębie od L2 wdół ukłucie czuje nieco lepiej, niż w pozostałych odcinkach. Ciepło i zimno czuje wszędzie dobrze. Percepcje kinetyczne zachowane

prawidłowo. Chód o charakterze nieco spastyczno-paretycznym i chory utrzymuje bardziej nieruchomo kończyną dolną prawą. Odczuwa cokolwiek ściąganie w kolanach. Odruchy: Abd.—pr. żywe, lew. zachow. dość słabe. Cr.—słabe pr. > l. P.R.—wzmoczone, polikinetyczne. A.R.—wzmoczone, polikinetyczne, ze strony lewej zaznaczony klonus stopy. Podeszwowe — Babiński z obu stron. Rossolimo — dodatni z obu stron, z palców i paluchów. Mendel — Becht. + z obu str. Odr. analny — z pr. strony dość żywy, z lewej — słabszy.

Przy rozpatrywaniu przedstawionego przypadku Lubelski podał następujące uwagi:

By móc ściśle usunąć tylko te łuki i wyrostki kolczaste, które były zaznaczone na skórze lapismem, należy po przecięciu skóry nałożyć na wewnętrznej powierzchni rany, na odpowiednich miejscach jedwabną podwiązkę orientacyjną; wówczas onyłka jest prawie wyłączona. Ten drobny zabieg zastępuje w zupełności proponowane przez autorów francuskich wbijanie śrubek metalowych poprzez skórę w odpowiednie wyrostki kolczaste. W przypadkach, w których ubytek lub otwór w oponie twardej nie został zaszyty, zamiast operacji wytwórczej Sawickiego, który proponuje skrzyżowanie nad ubytkiem pasm mięśni, oddzielonych od długich mięśni pleców i odciętych u jednego końca przyczepu (w jednym przypadku nastąpiła częściowa zgorzel odciętego mięśnia), Lubelski z dobrym wynikiem zastosował oddzielenie pasm mięśni na całej długości rany i zeszył je nad ubytkiem opony twardej po linii środkowej, nie odcinając końców przyczepu tych pasm mięśniowych.

4. Lubelski i Prussakowa. *Pokaz chorego po operacji guza mózgu*. Chora lat 36, przybyła na oddział 8 X. 1928 r. Od 3 miesięcy miewa zawroty głowy, występujące napadowo podczas stania, chodzenia a szczególnie przy pochylaniu głowy ku przodowi. Przed 2 miesiącami wystąpiło osłabienie słuchu po str. l. oraz szum w uchu l. W parę tygodni później zjawili się bóle głowy o charakterze napadowym oraz wymioty. Wywady dawniejsze bez znaczenia.

Stan obecny. Tętno 102, drobne, miarowe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz bez białka i cukru. T⁰ normalna. Oddziaływanie zrenic na światło i zbornosć prawidłowe. Dno oczu: tarcza pr. w całości z lekka odbarwiona, granice ostre; tarcza l. — bez zmian. Siła wzroku: $\frac{5}{6}$ obu str. Pole widzenia — normalne. Oczopląs nieznaczny w str. lewą, słabszy w str. prawą. Słuch zniesiony po str. l. Zwacze cokolwiek osłabione obu str. Ze strony pozostałych nerwów czaszkowych zmian brak. Kończyny górne i dolne: siła mięśniowa prawidłowa. Adiadohokineza zaznaczona, objaw Kurta — Goldsteina dodatni po stronie lewej.

Odruchy ścięgnowe i okostnowe w kończynach górnych żywe, brzuszne żywe. PR i AR obustronnie bardzo żywe, odruchy podeszwowe — normalne. Wyrażna niezborność ruchów przy staniu i chodzeniu.

W czasie pobytu na oddziale bóle głowy stale się wzmacniały, wymioty zaś były b. częste. Naświetlania czaszki promieniami X, oraz wlewania dożylnie hipertonicznego roztworu glukozy (40%) nie odniosły żadnego skutku. 12 XI Mowa powolna $Visus\ o.\ d = \frac{1}{2}$, $o.\ s. = \frac{2}{3}$. Przepisano chorą na oddział chirurgiczny Dra Lubelskiego z rozpoznaniem guza mózgowo-mostowego po stronie lewej. Operacji dokonano (Dr. Lubelski) w pozycji chorej na brzuchu, w znieczuleniu miejscowym; cięcie skóry na kości potylicznej przeprowadzono kotwicowe (Cuschinga). Po usunięciu kości na całej przestrzeni obu półkul mózgu odsłonięto oponę twardą, która była b. napięta i nie tętniła. Po nakłuciu obu tylnych rogów i wypuszczeniu znacznej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego (około 50 cm.³ z obu rogów tylnych) napięcie ustąpiło, i wówczas zjawili się też tętnienie mózdzku. Po przecięciu zatoki potylicznej między dwiema podwiązkami i odsłonięciu mózdzku odchyłono lewą półkulę ku tyłowi i na wewnątrz: wówczas na boczno — przedniej powierzchni mózdzku zauważono słabo zaznaczoną powierzchnię guza wielkości małego kasztana. Guz znajdował się wewnątrz półkuli i usunięty był kawałkami, na tępo, łyżeczką; krwawienie było nieznaczne. Oponę twardą częściowo zaszyto. Po zakryciu rany wprowadzono przez jeden z otworów między szwami pasek gazy wioformowej. Operację zniosła chora dobrze; po operacji była przytomna i rozmawiała. Pasek usunięto po dobre, a szwy po 10 dniach. Przebieg pooperacyjny: bóle głowy ustały zupełnie; wymiotuje chora b. rzadko. W ciągu 2 tygodni po operacji T⁰ dochodziło do 39.5 i w płucach stwierdzono ogniska zapalne. Chora zamroczona, zupełnie apatyczna. Nakłucie lędźwiowe wykonane dwukrotnie wykazało płyn m.-rdz przezroczysty, jałowy (Dr. Dworecki).

Układ nerwowy: Ny wybitny w str. lewą, nieco słabszy w str. prawą. Niedowład n. VII po str. l. (o typie obwodowym) niedowład n. VI z tejże strony. Słuch po str. l. zniesiony. Zwa-

cze osłabione obu str. Czucie osłabione cokolwiek na l. policzku. Lekkie upośledzenie łykania. Mowa powolna, skandowana, z lekka wybuchowa. Niezborność ruchów zwłaszcza przy staniu i chodzeniu bardzo wybitna. Odruchy ścięgnowe, okostnowe i skórne, jak przed operacją, z wyjątkiem odruchów podeszwowych, obecnie zniesionych. Stan psychiczny: wyraźny upadek inteligencji oraz pamięci, wadliwa orientacja co do czasu, przytępienie uczuciowe.

W następstwie operacji ustąpiły zatem bóle głowy oraz wymioty prawie zupełnie, natomiast objawy mózdkowe (asynchronia, zaburzenia mowy) nasiliły się znacznie. Ponadto wystąpiły objawy nowe, jak: niedowład n. VI i VII po str. lewej oraz zaburzenia psychiczne, których przed operacją chora nie wykazywała. Mimo to jednak wynik operacji trzeba uważać za pomyślny, jeżeli uwzględni się, że operacje guzów mózgu należą do najtrudniejszych i w przeważającej liczbie przypadków kończą się zejściem śmiertelnym.

5. Lubelski. *3 przypadki podotoczkowego wycięcia nerki*. L. omawia technikę operacyjną podotoczkowego wycięcia nerki i powody, zmuszające chirurga do tego zabiegu. Pokaz jednej chorej, operowanej przedstawioną metodą. (W całości ukaże się w druku).

6. Typograf. *Przyczynę do leczenia obrzęków preparatami rtęciowymi*. (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 26. I. 1929.

Odczyt:

A. Landau i J. Glass. *O roli układu wegetacyjnego w powstawaniu i leczeniu wrzodu żołądka* (Ukaże się w druku).

Dyskusja: Higier, Knappe, Landsberg, Swider.

Posiedzenie z dn. 23. II. 1929.

Odczyt:

Broknan. *Podobieństwa i różnice biologiczne pomiędzy chorobami zakaźnymi i cierpieniami alergicznymi*. (Ukaże się w druku).

Dyskusja: Hirsfeld, Szymanowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu majowym berlińsk. tow. lekarsk. Engel wygłosił interesujący odczyt o *gruźlicy dziecięcej*. Gruźlica początkowa u dzieci tkwi w gruczołach przysoskrzelowych; punktem wyjścia jest ognisko pierwotne w płucu. 90% dzieci, dających dodatni odczyn tuberkulinowy, ma gruczoł gruczołów przysoskrzelowych. Na zasadzie badań, dokonywanych wraz z Schridem. E. wypowiada zdanie, że u osesków w pierwszych miesiącach życia gruźlica szybko poraża wszystkie gruczoły, że jednak z wiekiem, t. j. od 2—3 roku zmniejsza się tendencja do zachorowywania gruczołów, tak, że u 8—10 letniego dziecka zachorowują tylko gruczoły obwodowe w obwodzie ogniska pierwotnego. Rzadko widuje się u drobnych dzieci zaciemnienia na zdjęciu o ostrych konturach w okolicy węzła, zależne od zmian gruźliczych w gruczołach czy wokoło ich. Częściej spotyka się rozplywające się cienie.

W dyskusji Langstein żądał, by przed prześwietleniem dokonywać próby tuberkulinowej.

(D. m. W. Nr. 22).

Lehmann zaleca stosowanie jodu w chorobie Basedowa tylko jako leczenie przedoperacyjne, zaznaczając, że podawanie jodu bez następnej operacji winno być uważane za bardzo niebezpieczne.

(Tow. lek. frakfurc. — D. m. W. Nr. 22).

Na tem samym posiedzeniu Hartwich omawia 10 przypadków *anginy z odczynem limfatycznym*, w których we krwi stwierdzano do 86% limfocytów przy mało zmienionej liczbie białych krążków. W wydzielinie gardzieliowej znajdowano krążki i pałeczki wrzecznowate. Jednocześnie występowało obrzmienie prawie wszystkich gruczołów chłonnych, zmiany zwykłe na migdałkach i powiększenie śledziony. Wraz z ustąpieniem ciepłoty zmniejszały się gruczoły, lecz zmiany we krwi trwały nieraz czas dłuższy. Przypuszczalnie w grę wchodzi szczególnie zarazek chorobotwórczy.

(D. m. W. Nr. 22).

Dwa nowe przypadki *teżca szybko uleczone zastrzykiwaniami dordzeniowymi surowicy przeciwłęczowej w czasie chloroformowania* demonstrowali Dufour i Mourrut na posiedzeniu tow. lek. szpitaln. paryskich w maju r. b. W r. 1925 wprowadził Dufour ten sposób leczenia, zachwalając go, jako skuteczny. Chlo-

roformowanie ma na celu przezwyciężenie oporu ze strony układu nerwowego w stosunku do przeciwciał, zawartych w surowicy. Pierwszy z tych przypadków lat 57, ranny w rękę, wstąpił do szpitala po 3 dniach od chwili wystąpienia tężca. W ciągu 2 dni otrzymał 130 cm. sz. surowicy domięśniowo. Wobec pogorszenia się stanu poddany został uspieniu chloroformowemu, podczas którego wprowadzono mu do rżenia 25 cm.³ surowicy. Tego samego wieczora poprawa znaczna, stale postępująca. Po ośmiu dniach nawrót skurczów i gorączki. Ponowne zastrzyknięcie dordzeniowe pod chloroformem 25 cm.³ surowicy daje zupełne i szybkie ustąpienie objawów, gdy domięśniowe znów pozostało bez efektu. Dla ostrożności w ciągu pięciu dni powta-

rzano jeszcze zastrzykiwania domięśniowe surowicy. Podobnie przebiegał i drugi przypadek. (Pr. méd. Nr. 44).

— *Krwawe nieżyty oskrzeli z florą krętkowo - wrzecionowatą* ustępują, zdaniem Théo h a r i (tow. lek. Szpit. paryskich maj r. b.) pod wpływem zastrzykiwań podskórnych emetyny po 0,04.

Ten sam autor opowiada na tem samem posiedzeniu o przypadkach *długotrwałych stanów podgorączkowych*, którym towarzyszą objawy ogólnego podniecenia i lekkie skurcze mięśniowe, jednym słowem, *tężyczką utajoną*. Odpowiednia dieta i leczenie wapniem usuwają objawy podrażnienia nerwowo - mięśniowego i stan podgorączkowy. (Pr. méd. № 44).

Z j a z d y.

XX Zjazd Niemieckiego Tow. Radiologicznego.

XX zjazd niemieckiego Tow. Radiologicznego obradował w tym roku poraz pierwszy poza granicami Niemiec, w Wiedniu, od 19 IV, do 23 IV. Fakt ten uważać należy za wyraz kurtuazji politycznej w stosunku do Austrii i austriackich rentgenologów, którzy nie małe zasługi położyli na polu rozwoju tej dziedziny wiedzy medycznej. Z ogólnem tu uznaniem spotkał się akt wręczenia złotego medalu najstarszemu z austriackich rentgenologów Kienböckowi. Około 800 słuchaczy nie tylko z Niemiec i Austrii, lecz i innych dalekich krajów: jak Szwecji, Francji, Anglii, Włoch, Holandji, Belgii, ba nawet Sjamu, z dużą uwagą przysłuchiwało się 110 odczytom z różnych dziedzin rentgenologii.

Dzień pierwszy poświęcony był lecniactwu promieniami Roentgena i radu zarówno nowotworów złośliwych, jak i łagodnych a także i różnych spraw zapalnych. Pierwszy z referentów Berven (Stockholm) w odczycie swym o leczeniu nowotworów złośliwych jamy ustnej promieniami Roentgena i radu opierał się na dokładnej statystyce 7-letniej. Wyniki jego są na ogół bardzo korzystne. Stosuje on szeroko przed naświetlaniem elektrokoagulację, a następnie rad w postaci naświetlań na odległość lub szpilkowania, często w połączeniu z naświetlaniami promieniami Roentgena. Rozporządza on ilością 4-ech gr. radu. Jak wynika z całego szeregu badań porównawczych i doświadczalnych, ilość radu odgrywa przy naświetlaniach dużą rolę. 1000 mg. godzin różni się znacznie w efekcie biologicznym, jeśli składa się ze 100 mg., aplikowanych w ciągu 10 godzin czy 100 mg. w ciągu 100 godzin, na niekorzyść tego ostatniego sposobu.

Tego samego zdania był i następny mówca programowy Doederlein (Monachjum), którego statystyka wyraża się w następujących cyfrach: Obserwacja 5-letnia. Nowotwory szyi mamiczej naświetlane 16,9% bez nawrotu, operowane i naświetlane 19,1%. Nowotwory trzonu macicy 32,7% do 42,8%. Widzimy więc, iż najlepsze wyniki otrzymuje się, jeśli połączyć zabieg operacyjny z następczymi systematycznymi naświetlaniami. Wyniki te zgadzają się w zupełności z wynikami innych klinik niemieckich i zagranicznych.

Wintz (Erlangen) kładzie nacisk na odpowiednie przygotowanie chorej do naświetlań. Oczyszczenie pochwy z fermentów rozpadowych, przeczulenie guza przez zastosowanie soli miedzi. Niemniej dużą uwagę należy zwrócić i na leczenie po naświetlaniach. Stosuje on szeroko zastrzykiwania siarki i arseniku. Stosując wyłącznie naświetlania, otrzymuje on w przypadkach raka macicy w stadium Steinthal I-II 79% bez nawrotu po 3-ich latach i 52% po 6-ciu latach. W tych samych granicach znajdują się i wyniki autorów francuskich (Lacassagne z Paryża).

Gauss (Wuerzburg) kładzie nacisk na dokładne określenie dawki, co należy do kompetencji „fizyka klinicznego”.

Z powodu nawału pracy spadł z programu szereg pozostałych odczytów, autorowie ci zabierali jednak głos w dyskusji.

Na ogół otrzymaliśmy wrażenie, iż w wynikach swych radioterapia nowotworów złośliwych nie ustępuje wynikom operacyjnym, połączenie jednak tych 2-ech metod jest najcelowsze. W każdym razie wskazane jest naświetlanie poperacyjne zapobiegawcze.

Z dziedziny naświetlań spraw chorobowych łagodnych zabierał głos Borak (dolegliwości klimakteryczne), Wieser

(neurologia i psychiatria), Pordes i Frenkel (stany zapalne), Goldmann (zapalenie ucha środkowego) Fried (róża), Hernheiser i Braun (gruźlica rogówki), Sgalitzer (białaczka) — wykazując na ogół wyniki nader korzystne.

Dzień drugi i trzeci poświęcony był wyłącznie zagadnieniom rozpoznawczym. Haudeck (Wiedeń) w treściwym referacie programowym poruszył sprawę wskazań rentgenologicznych dla interwencji chirurgicznej schorzeń żołądka i dwunastnicy. Odczyt ten, poparty licznymi pierwszorzędami przezręczami, dowodził niezbicie, iż rentgenologia żołądka i dwunastnicy jest współczynnikiem klinicznym niezbędnym i pierwszorzędym w zakresie rozpoznania i wskazania do zabiegu operacyjnego. Chirurgi często lekceważą wskazówki, otrzymane przez rentgenologa, z powodu braku danych klinicznych, co przeważnie nielitościwie mści się w dalszym przebiegu choroby. Zdarza się niekiedy, iż rentgenolog nie jest w stanie przy pierwszym badaniu postawić rozpoznania, i chory taki winien po pewnym czasie przyjść po radę drugi, a niekiedy i po raz trzeci do badania kontrolnego. Jest to tylko dowodem sumienności rentgenologa, a nie świadectwem jego nieumiejętności.

Jak trudne jest wczesne rozpoznanie nowotworów złośliwych, świadczy fakt, iż klinika Payera operuje 12% nierozpoznanych nowotworów przewodu pokarmowego.

Berg (Berlin) wykazał dalsze postępy w badaniu słuzówki żołądkowej i znaczenie tego badania dla rozpoznania wrzodów tylnej ściany żołądka w górnej jego części.

Kaestle (Monachjum) omawiał znaczenie zdjęć serjowych żołądka i dwunastnicy.

Bernstein (Gdańsk) demonstrował na rentgenogramach badanie żołądka sposobem Frenkla (kilka zdjęć na jednej kliszy).

O rozpoznawaniu schorzeń wyrostka robaczkowego mówił Czepa (Wiedeń). Dodaje on do pokarmu kontrastowego 3 łyżki gorzkiej soli. Pokarm taki szybko przechodzi przez przewód pokarmowy, jest płynny i łatwiej wypełnia, wyrostek. Na zasadzie dużego materiału przychodzi on do wniosku, iż systematyczne niewypełnianie się wyrostka jest dowodem jego schorzenia.

Badaniom płucnym poświęcony był odczyt Kopsteina (Wiedeń), który pokazał, jak złudne bywa często ograniczanie się przy badaniu rentgenol. płuc do prześwietlenia lub zdjęcia w jednym kierunku. Nieznaczne powiększenie wewnątrz przedmiotowym przeistacza się w wymiarze bocznym w rozległy proces międzypłatowy.

Z ogólnem zaciekawieniem słuchano Rosenowa (Kolonja), który pokazał po raz pierwszy pyelogramy po zastrzyknięciu dożylnym środka kontrastowego.

W analogii do cholecytografii użyto jako środka kontrastowego *Jodnatrium*, a jako *vehiculum* mocznika, który prawie w całości wydzielony zostaje przez nerki. Jest to wielki krok naprzód w dziedzinie pyelografii, szczególnie, jeśli chodzi o te przypadki, gdzie wskutek zamknięcia moczowodu tkwiącym w nim kamieniem niema możliwości wprowadzenia płynu od dołu.

Dzień trzeci poświęcony był tematom kostnym. Goldhamer (Wiedeń) poruszył aktualny obecnie temat nauczania anatomii za pomocą rentgenologii. Najlepszy obecnie znawca zmian czaszkowych Schüller (Wiedeń) rzucił na ekran cały szereg obrazów chorobowych czaszki, różniczkując między nią, chorobą Pageta, Recklinghausena i opisaną przez prelegenta postacią chorobową, zwaną „Kandkartenschaedel”.

Kienböck (Wiedeń) mówiąc o zmianach kostnych, szczególnie stawowych, zwracał uwagę na trudności rozpoznaw-

cze i na chaos, panujący w tej dziedzinie. Powołując się na prace, ogłaszane w literaturze, wskazywał prelegent, iż doszło obecnie do tego, iż niektórzy autorzy, nie będąc w stanie postawić rozpoznania, poprostu tworzą nowe postacie chorobowe.

Georg Mayer (Wiedeń) demonstrował zmiany czaszkowe z dziedziny kości skalistej i ucha środkowego.

Z dziedziny techniki na uwagę zasługuje rozstrzygnięcie definitywne kinematografii (Gottheimer z Berlina).

Szereg odczytów z dziedziny fizyki i biologii zakończył bogaty i urozmaicony program zjazdu.

Poza częścią naukową Wiedeńczycy dołożyli wszelkich

starań, by zarówno uczestnikom posiedzeń naukowych, jak towarzyszącym im paniom urozmaicić pobyt: przedstawienie w operze, uroczysty bankiet w Hofburgu oraz herbatka w Ratuszu, wydana przez Radę Miejską złożyły się na miłą i wdzięczną całość. Pod koniec Zjazdu przewodniczący odczytał akt przyznania członkostwa honorowego (najwyższe odznaczenie) Berlińskiemu rentgenologowi Levy-Dornowi.

Bogata wystawa aparatów i utensylii rentgenologicznych dała możność uczestnikom naocznego przekonania się o postępach techniki.

B. Kryński (Warszawa),

Krytyka lekarska.

Prasa lekarska w Polsce Odrodzonej.

(Dokończenie — p. Nr. 22-23).

III. Program polskich czasopism lekarskich.

Mam na myśli pisma ogólne, o pismach specjalnych powtórzyć tu tylko chcę, że wiele z nich uważam za zbędne, a przynajmniej na zbyt szeroką miarę zakrojone: jako materiał dla nich wystarczyłyby nie tak znów liczne prace archiwalne, wszystkie inne pomieściłby się mogły w ramach pism ogólnych.

Ostatnie znowu prawie wyłącznie rozporządzają materiałem kliniczno-laboratoryjnym, brak w nich przeważnie działu medycyny społecznej, działu, obejmującego coraz szersze kręgi, szybkim krokiem zdążającego do opanowania coraz rozleglejszych terenów. Krótkowidz tylko nie dostrzega, w jakim kierunku dąży obecnie pomoc lekarska, i to krótkowidztwo jest przyczyną zaniedbywania i małego interesowania się sprawami profilaktyki, higieny, ubezpieczeń społecznych, inwestycji zdrowotnych, szpitalnictwa i t. d.

I tak już mała produkcja nasza w dziedzinie medycyny społecznej rozprasza się w licznych pismach ogólnych i specjalnych. Drukuje się rzeczy rozmaitej wartości ku niezbyt wielkiemu zadowoleniu czytelników i małemu pożytkowi publicznemu.

Do spraw, w naszych pismach lekarskich zaniedbywanych, należą korespondencje z wielkich ognisk nauki europejskiej i amerykańskiej. Nieraz czyta się w prasie politycznej (codziennej) najrozmaitsze bałamutne wieści o odkryciach i wynalazkach medycznych. Te same wiadomości, gdyby wychodziły z pod pióra kompetentnego korespondenta pisma lekarskiego, oświeciłyby należycie czytelnika i dałyby mu może nieraz impuls do płodnej pracy naukowej.

W ogólności dział sprawozdawczy w naszej prasie lekarskiej nie stoi na wysokości zadania, nie daje dokładnego wyobrażenia o wszechświatowym ruchu lekarskim, o postępach i najnowszych zdobyczach medycyny.

Sprawozdania z Towarzystw Lekarskich, które zagranicą ukazują się w jednakowym brzmieniu w wielu naraz pismach, u nas zaskadzają się strzeżone dla własnych organów Towarzystw. Towarzystwom lekarskim zagranicznym, rzecz prosta, zależy, aby o ich działalności wiedziały jaknajszersze

sfery lekarskie, dla zarządów naszych Towarzystw widocznie jest to rzeczą obojętną. Na tem, naturalnie, cierpi część informacyjna pisma, cierpią czytelnicy, cierpi i rozgłos Towarzystwa.

Są to uwagi ogólne, dotyczące programu naszych pism lekarskich. Program szczegółowy winno, według swego uznania, nakreślić sobie kierownictwo pisma.

IV. Język i styl w polskiej prasie lekarskiej.

Naogół język i styl w naszych czasopismach lekarskich jest zaniedbany. Za wymówkę służy tu wątpliwej słuszności zdanie, że artykuł naukowy nie jest utworem literackim. Żle, że nim nie jest, powinien nim być. Z przyjemnością i pożytkiem czyta się pracę naukową, napisaną językiem poprawnym, a tembardziej pięknym, stylem gładkim, potoczystym; inne zaś, przykre, męczące wrażenie sprawiają błędy gramatyczne, niezdarne styl, dziwaczny szyk wyrazów, nietylko dla ucha nie miłe, ale i zaciemniające sens wypowiedzianych myśli. Nie znaczy to, aby każdy artykuł w piśmie naukowym miał odznaczać się szczególnymi walorami literackimi, ale poprawności języka i stylu wymagać należy.

Niewłaściwe i szpecące styl jest szpikowanie artykułu wyrazami cudzoziemskimi, przeplatanie mianownictwa polskiego terminologią łacińską, a jeszcze gorsze jest używanie wyrazów łacińskich z końcówkami polskimi w rodzaju: peritonit, pleuryt, nefryt i t. d. Z drugiej jednak strony psuje styl i zakrawa na śmieszną pretensjonalność unikanie za wszelką cenę wyrazów cudzoziemskich, zwłaszcza, gdy zamiast utartych, popularnych wyrazów obcych kuje się dziwaczne, niezrozumiałe sztuczne twory językowe. Żadnemu Anglikowi, Niemcowi lub Francuzowi nie przyszło nigdy na myśl przełożyć na jego własny język wyraz „mikroskop”. My znaleźliśmy „drobnowidz”, a potem zaczęliśmy się spierać, czy nie należałoby zmienić go na „drobnowid”. Mianownictwo własne jest konieczne, ale walka zacięta z terminologią obcą jest śmieszna.

Gorzej znacznie jest z trzema zachwaszczającymi język polski „izmami” — z rusycyzmami, germanizmami i galicyzmami. Można pójść o zakład, że na każdej niemal stronicy większości pism lekarskich polskich jeden z tych trzech grzechów głównych napotkamy. My tu w naszej

dzielnicy mamy smutną spuściznę po Rosjanach, której nieprędko się pozbedziemy. Z pośród mnóstwa innych rusycyzmów przytaczam tu tak często napotykaną „dla” zamiast „do”: wystarcza dla tego celu, potrzebny dla tego doświadczenia, służyć dla tego celu itd. To niewłaściwie użyte „dla” znajduję, zresztą, i w języku lekarzy z dwóch pozostałych zaborów. W tej chwili np. czytam w piśmie krakowskim: Wskazania dla leczenia najważniejszych chorób i t. d., a w artykule lekarza poznańskiego: „guz... odbierający żołądkowi zdolność... wydzielania tak dla trawienia potrzebnego soku żołądkowego”. W tym samym artykule znajduję też szpetny germanizm: „szukano stale... z a innymi sposobami ujawnienia strasznej tej choroby”. A już o galicyzmach, zwrotach i wyrażeniach lekarzy małopolskich, którzy aż dotąd „przekonują” nas, że ich język polski jest najpoprawniejszy, — nie chcę wcale wspominać.

Rzecz prosta, że żaden z nas, lekarzy piszących, nie jest autorytetem w sprawach języka polskiego, nie należy więc kwestyj wątpliwych rozstrzygać według własnego uznania, lecz zaglądać do gramatyki, słownika lub poradnika językowego i w ten sposób ustrzec się błędu. Trudniej już uniknąć go, gdy nie przychodzi do głowy wątpliwość, czy się użyło właściwie danego wyrazu, zwrotu lub formy gramatycznej. Człowieka, z językiem obytego, ostrzega w tym razie ucho.

Wieczną bolączką języka naszego jest nieustalona pisownia: jedno pismo używa tej, drugie innej pisowni. Ale gdybyż choć stale jej używał! Nie, w tym samym numerze znajdujemy ten sam lub analogiczne wyrazy pisane rozmaicie. Dopóki więc nie uznamy tej lub owej pisowni za obowiązującą, trzymajmy się przynajmniej w każdym organie prasy lekarskiej pisowni jednolitej.

Gdy przeto u nas skutek długoletniego zaniedbywania języka ojczystego często napływają do redakcyj artykuły, złą polszczyzną pisane, obowiązkiem jest ludzi, bliżej pisma stojących, a nieco lepiej język znających, poprawianie tych artykułów pod względem językowym i ortograficznym.

Do częstych wad naszych lekarzy piszących należy zaniedbany styl i jakaś karygodna nonszalanca pisarska. Czytam na przykład: „Nakłuwanie prawego przedsionka... jest niepewny, chociaż Gang z powodzeniem ją*) stosuje”. Może to są omyłki zecerskie, ale coś nie bardzo chce mi się w to wierzyć, zresztą, niedbała korekta, jest także grzechem, którego należy unikać.

Nieraz ten naganny, bezceremonjalny stosunek do słowa drukowanego prowadzi już do dziwolągów, drwiących sobie ze zdrowego rozsądku. W bardzo dobrym skądinąd artykule czytam: „Wchodząc do pokoju chorej zobaczyłem kobietę, której twarz wyrażała cierpienie, leżała na plecach, nie odważając się wykonać żadnego ruchu”. Takie lekceważenie formy osłabia powagę pracy naukowej, a zarazem i drukującego ją pisma.

V. Kurtuazja w polskiej prasie lekarskiej.

Naogół panuje w polskiej prasie lekarskiej ton przyzwoity. Zdarzają się jednak od czasu do czasu zgrzyty, czasem polemiki, w zbyt gorącym tonie prowadzone, a niedostatecznie przez redakcję pisma hamowane; bywają i wycieczki niezbyt dżentelmeńskie, przez samego redaktora czynione, a więc w warunkach, w których już niema komu mitygować piszącego, — ale przyznać trzeba, że wypadki te należą do wyjątków. Są to przeważnie porachunki osobiste między osobnikami, nie umiejaciami panować nad gorącym swym temperamentem. Takie, nieliczące z dobrym tonem „elaboraty”, plamią łamy poważnej prasy i nie powinny w pismach lekarskich znajdować gościny. Żle jest, rzecz prosta, gdy sam redaktor z takimi polemikami występuje. A ma się czasem wrażenie, że pismo po to tylko zostało założone, aby redaktor miał gdzie dawać upust nagromadzonej żółci lub wcale nieukrywanej animozji. Ale, na szczęście, te dalekie od dobrego wychowania wybryki nie mogą rzucać cienia na ogół prasy lekarskiej.

Stosunki pomiędzy redakcjami pism są przeważnie bez zarzutu: jedno pismo o drugim dyskretnie milczy, czasami pochlebnie się odezwie, a każdy nowoprzybywający kolega witany jest zwykle uprzejmie i wyposażany w życzenia powodzenia i wzmianki o „wypełnieniu dotkliwego braku”, o „dawno odczuwanej potrzebie” i t. d., jednym słowem, stosunki dyplomatyczne w naszym państwie prasowym są całkiem comme il faut. Może i tu zdarzają się wyjątki, ale wyjątek, jak wiadomo, potwierdza tylko regułę.

O takim rzadkim wypadku chcę tu właśnie wspomnieć, przeciwstawiając mu dla kontrastu przykład zwykłej kurtuazji prasowej.

Dawno już temu zdarzyło się, że pewne pismo lekarskie francuskie obchodziło długoletni jubileusz swego istnienia. Redaktor jednego z pism lekarskich polskich czuł się w obowiązku złożenia hołdu zasłużonemu cudzoziemskiemu koledze i wysłał na dzień uroczystego obchodu w najżyyczliwszych słowach zredagowany telegram gratulacyjny. W kilkanaście dni potem pismo francuskie podało sprawozdanie z obchodu jubileuszowego, w którym to sprawozdaniu wzmianki o telegramie pisma polskiego nie było. Redaktor, zaniepokojony, że telegram jego mógł nie dojść adresata, a chcąc zapewnić kolegę francuskiego, że o piśmie jego pamiętał, napisał do redakcji pisma francuskiego list z wyjaśnieniem istotnego stanu rzeczy i prośbą o odpisanie, czy jego telegram nie został doręczony. W liście dano wyraz żalowi na wypadek, gdyby telegram miał nie dojść. Po upływie kilku dni, t. j. terminu najkrótszego, w jakim odpowiedź z Francji nadejść mogła, redaktor - polak otrzymał list treści następującej: „Drogi Kolego! Spieszę Pana uspokoić, że telegram pański nadszedł w czas na uroczystość jubileuszową, i serdecznie Panu dziękuję za wyrażony w nim hołd dla pisma, którego jestem kierownikiem. Braku wzmianki o telegramie pańskim w sprawozdaniu z obchodu niech Pan nie uważa za lekceważenie pańskiej osoby lub pisma pańskiego, niech Pan przemilczenie to położy raczej na karb niedołęstwa Komitetu, który obchód organizował. Przepraszam Pana za mimo-

*) Podkreślenia moje.

wolnie wyrządzoną Mu przykrość i zapewniam Pana o wysokiem poważaniu i serdecznych uczuciach, jakie dla Niego żywię. Sprostowanie, dotyczące pańskiego telegramu, umieszczę w najbliższym numerze mojego pisma”.

Za tak uprzejmy i tak bezzwłocznie nadesłany list redaktor pisma polskiego w gorących słowach podziękował listownie redaktorowi francuskiemu.

I znowu po dniach kilku nadszedł list z Francji, w którym redaktor pisał między innemi: „Nie zasłużyłem na żadne szczególne podziękowanie, spełniłem tylko obowiązek człowieka, dobrze wychowanego. Bylbym wystawił sobie złe świadectwo, gdybym nie uspokoił Pana moim listem bezzwłocznie, gdybym dał Panu czekać kilka tygodni na ukazanie się sprostowania w moim dzienniku. Stanowisko moje profesora i redaktora nakłada na mnie tem większy obowiązek kurtuazji względem kolegów publicystów, jak wogóle względem każdego, z którym stykam się osobiście lub pośrednio. W danym zaś razie tembardziej obowiązywała mnie najwyszukańsza grzeczność, że z listu pańskiego przekonałem się, jak bardzo Panu zależało na stwierdzeniu, że istotnie żywi Pan duże uznanie dla zasług pisma, na którego czele stoję”.

Taki był przebieg sprawy telegramu z wyrażeniem hołdu dla pisma francuskiego.

Zupełnie analogiczny wypadek zdarzył się

w końcu roku ubiegłego w Polsce. I tu jedno z pism lekarskich obchodziło jubileusz swego kilkudziesięcioletniego istnienia. Redakcja „Warsz. Czasop. Lek.” wysłała telegram gratulacyjny. W sprawozdaniu z obchodu jubileuszowego, umieszczonem w jednym z pism, o telegramie „Warsz. Czasop. Lek.” nie wspomniano. Redaktor wziął fakt ten bardzo do serca i napisał do redaktora pisma — jubilata list z wyrażeniem niepokoju, że może telegram nie był doręczony, i żalu, gdyby tak stać się miało, prosił przeto usilnie o zawiadomienie go, jaki jest istotny stan rzeczy.

Dotychczas wszystko, jak w zdarzeniu francuskiem. Odtąd jednak zaczyna się różnica. Redaktor „Warsz. Czasop. Lek.” napróżno czekał na wiadomość, o którą prosił. Niepokój jego nie został rozproszony. Dopiero po upływie trzech czy czterech tygodni od daty wysłania przez niego listu znalazł w zeszycie pisma, o którym mowa, sprostowanie, że telegram „Warsz. Czasop. Lek.” o brzmieniu takim a takim został w sprawozdaniu pominięty przez niedopatrzienie. *Varii redactores varios habent mores.*

Ale ten rzadki wyjątek bynajmniej nie zmienia faktu, że w polskiej prasie lekarskiej panują stosunki europejskie.

Zygmunt Srebrny (Warszawa).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Statystyka lekarska i statystyka sanitarna.

Nasze błędy.

Podał:

Dr. Adam CIĄGLIŃSKI (Warszawa).

II.¹⁾

W tych dniach otrzymałem „Rocznik Statystyczny m. Warszawy” 1927. Warszawa 1929. Wydanie Magistratu m. Warszawy.

W sprawozdaniu o przebiegu chorób zakaźnych w roku 1925, wydanem przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia), jako dodatek do Sprawozdania o stanie sanitarnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w r. 1925 (Warszawa 1927), w przypisku: W sprawie mianownictwa (str. 18 — 23) — mimochodem zwracałem uwagę na pewne nieprawidłowości w stosowaniu mianownictwa przez niektóre wydziały statystyczne magistratów w ich sprawozdaniach (Warszawa, Łódź).

Ponieważ ostatnie wydanie Rocznika warszawskiego za r. 1926 żadnej korekty pod względem tym nie przeprowadziło, uważam za pożyteczne powrócić do tej sprawy jeszcze raz, gdyż wszystkim nam na sercu leżeć powinno, aby wy-

dawnictwa Magistratu stołecznego miasta ukazywały się, wzorem wydawnictw Głównego Urzędu Statystycznego, nie tylko bogate co do treści, ale i wolne od usterek i niedopatrzeń.

A więc jeszcze raz w sprawie mianownictwa liczb względnych, określających stosunek liczby zmarłych do ogółu ludności i do liczby chorych, z pośród których nastąpiły zgony.

Na str. 70 — 71 Rocznika (tabl. 68, 69) czytamy: „Śmiertelność w szpitalach warszawskich. Mortalité dans les hôpitaux...”

W sprawie tej pisałem w notatce, przedstawionej przez p. Ministra Chodźkę na posiedzeniu majowym 1923 r. Komitetu Stałego Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej, między innemi co następuje:

„Donc, toutes les fois qu'on met en rapport le nombre de décès survenus à la suite d'une maladie donnée et le nombre total de cas de la dite maladie au cours d'une période indiquée, on ne devrait pas se servir du terme mortalité.”

Il existe depuis longtemps en statistique un autre terme: léthalité, défini dans le dictionnaire Littré: „Condition qui rend une lésion nécessairement mortelle” et dans Larousse: Caractère de ce qui est mortel, de ce qui entraîne la mort: léthalité d'une blessure”.

Nous disons donc: mortalité par cancer, mais: léthalité du typhus exanthématique ou léthalité de la peste.

¹⁾ P. Nr. 22 — 23.

Et si, dans la Circulaire française en date du 25 novembre 1922, du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales aux préfets sur la lutte contre le cancer (Journal Officiel du 2 décembre 1922: Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique, 1923, II. p. 172), nous lisons: „La léthalité du cancer avant la guerre était déjà considérable: elle se rapproche aujourd'hui de plus en plus de celle de la tuberculose”, — cette expression doit nous laisser dans le doute sur le point de savoir s'il s'agit ici du rapport entre le nombre de décès par cancer et le nombre d'individus atteints de cancer pendant une période donnée ou bien le nombre d'habitants en général. Il est plus que probable qu'il s'agit de ce dernier rapport et que l'expression mortalité par cancer et mortalité par tuberculose conviendrait bien mieux dans cette circonstance.

Nous pouvons l'affirmer pour deux raisons: 1. la léthalité de la tuberculose ne pourrait être précisée par des chiffres, étant donné le défaut de recensement général des tuberculeux, 2. la léthalité du cancer est depuis longtemps bien plus élevée que la léthalité de la tuberculose, cette dernière offrant plus de cas d'amélioration et de guérison relative que le cancer...”

A zatem przyjąć należy, że stosunek liczby zgonów do liczby chorych określać należy mianem léthalité — po polsku śmiertelność.

Posiedzenie wypowiedziało się jednomyślnie za postawionym wnioskiem, a przewodniczący Prof. Dr. Madsen wyraził to w słowach następujących: „Il est entendu que l'Office International essayera par son propre exemple de répandre l'usage des termes: „Mortalité” et „Léthalité”.

W taki to sposób zareagowało uczone gremium członków Stałego Komitetu Międzynarodowego Biura Higieny Publicznej w Paryżu na uwagi Wydziału Statystycznego Ministerstwa Zdrowia Publicznego w Warszawie.

Jako odpowiednik francuskiego terminu „mortalité”, wyrażającego stosunek liczby zgonów do liczby ogółu ludności, zaproponowany przeze mnie został termin „umieralność”. (Patrz: Zasady statystyki szpitalnej. Warszawa 1920. Odnośnik na str. 6 — 7).

Na str. 50 Rocznika tabl. 51 czytamy:

„Zgony na gruźlicę w zestawieniu ze śmiertelnością ogólną i warunkami mieszkaniowymi. Décès de tuberculose par rapport à la mortalité générale et aux conditions d'habitations”.

W tem zestawieniu terminologia francuska jest prawidłowa, polska za to wadliwa.

Ponieważ istnieją dwa najdokładniej wyodrębnione pojęcia statystyczne liczb względnych, charakteryzujących stosunek liczby zgonów do liczby chorych i stosunek liczby zgonów do liczby ludności, muszą istnieć i dwa odpowiednie terminy.

Rozróżniania tych dwóch pojęć, jako śmiertelność chorobowa (w szpitalach) i śmiertelność ogólna, nie można uznać za wystarczające, bo wszak samo pojęcie umieralności może być dwojakie: „na daną chorobę” (np. na gruźlicę) i umieralność ogólna — to jest na wszystkie choroby razem.

Drugim błędem, stale popełnianym w Roczniku, jest nieodróżnianie pojęcia, „przypadek” i „wypadek”.

Przypadek odpowiada francuskiemu „cas” i niemieckiemu „Fall”. Wypadek odpowiada francuskiemu „accident” i niemieckiemu „Unfall”.

Na str. 26 w odnośniku do tabl. 35 — Małżeństwa według wieku małżonków — czytamy:

„W tablicy tej uwzględniono tylko wypadki, w których był wiadomy wiek małżonków”.

Zapewne, trzeba być zagorzałym zwolennikiem celibatu, żeby małżeństwo uważać za „accident” albo za „Unfall”. Ale może i tacy bywają.

Ale na str. 53 tabl. 54 czytamy:

„Zamachy samobójcze z uwzględnieniem wypadków śmiertelnych w/g przyczyn”.

Czy mowa tu o wypadkach śmiertelnych, które mogą budzić podejrzenie samobójstwa, np. upadek z wysokości, utonięcie, lub t. p.?

Tekst francuski: Tentatives de suicide avec énumération des cas mortels selon les causes — zdawałby się przemawiać za tem, że w tablicy 54 idzie o rozróżnianie zamachów samobójczych i udanych od udanych, to jest od zamachów samobójczych, kończących się zejściem śmiertelnym. Tej wątpliwości nie byłoby, gdyby w tytule powiedziane było: z uwzględnieniem przypadków śmiertelnych,

Zdarzają się jednak nagłówki, trudniejsze do odgadnięcia.

Na str. 84 tabl. 90 — Rodzaje wypadków — (Z działalności Pogotowia Ratunkowego) — czytamy:

„Zabiegi wewnętrzne. Cas médicaux; w tem: Napady nerwowe: padaczka, płasawica.

Zatrucie pokarmem.

„ alkoholem.

„ gazem.

Utonięcie.

Stwierdzenie zgonu”.

Trudno zrozumieć, jakim „zabiegiem wewnętrznym” jest np. utonięcie albo stwierdzenie zgonu?

Należałoby nagłówki tablic poddać starannej rewizji i uwolnić następne wydania Rocznika od trudnych do rozwiązywania zagadek.

Zdarzają się jednak i niezupełnie fortunate ułożenia tablic, np. tabl. 63 (str. 62): Zameldowane wypadki chorób zakaźnych w/g miesięcy.

W rubryce: Wyszczególnienie — po 22 pozycjach chorób zakaźnych — znajdujemy pozycję dwudziestą trzecią: „Przyjezdni”(?).

Czy nie możnaby było tych „przyjezdnych” wydzielić z szeregu chorób zakaźnych, na które zapadli?

W tejże tablicy 63 znajdujemy wadliwe tłumaczenie terminu „choroby zakaźne” na „Maladies contagieuses”.

Termin „maladie contagieuse” odpowiada pojęciu choroby zaraźliwej, za jaką w żaden sposób nie może być uważana wymieniona w Wyszczególnieniu np. włośnica lub zimnica.

Faux témoignage — oznacza po polsku fałszywe świadectwo, ale bynajmniej nie krzywo-przysięstwo, które po francusku nazywa się „faux serment”.

Na str. 64 (tabl. 65) znajdujemy: Ruch chorych w szpitalach warszawskich według zakładów.

W tablicy tej podano (prócz liczby łóżek eta-

towej i rzeczywistej średniej¹⁾ dziennej) dane następujące.

Rzeczywista liczba dni szpitalnych.

Średnio¹⁾ dni szpitalnych na 1 łóżko i na 1 chorego.

Pozostało z roku poprzedniego chorych (p_1).

Przyjęto (P).

Wypisano (n).

Zmarło (m).

Ogółem leczono ($p_1 + P$)

Zwykle roczniki statystyczne miast (np. Rocznik statystyczny m. Paryża) podają, prócz powyższych danych, jeszcze jedną rubrykę: Pozostało na

¹⁾ Zamiast: średnia, średnio — lepiej byłoby powiedzieć przeciętna, przeciętnie.

„Als typische Grössen bezeichnen wir diejenigen, deren beobachtete Einzelwerte sich nach dem Gesetz der zufälligen Abweichungen um ihren Mittelwert gruppieren. Dieser Mittelwert stellt also möglichst genau den Typus dar, der in jedem einzelnen Falle gewissermassen erstrebt, aber infolge von zufälligen Störungen, die ebenso leicht in positiver wie in negativer Richtung wirken können, fast niemals genau erreicht wird“.

„Selbstverständlich ist nicht jeder Mittelwert aus gleichartigen Beobachtungsgrössen ein Typus, sondern er hat nur dann die Bedeutung eines solchen, wenn die obige Bedingung in der Verteilung der Einzelwerte erfüllt ist, während er in allen anderen Fällen zweckmässiger als blosser Durchschnittswert zu bezeichnen ist“.

W Lexis. Abhandlungen zur Theorie der Bevölkerungs- und Moralstatistik. VI. Die typischen Grössen und das Fehlergesetz, str. 101.

rok następny. Oczywiście rubryka ta może być wyliczona na podstawie przytoczonych powyżej danych.

Jeżeli jednak o rubryce tej wspominać, to dlatego, że przy obliczaniu śmiertelności w szpitalach gra ona pewną rolę. Z tablicy 68 (str. 70) dowiadujemy się, że liczby względne, charakteryzujące śmiertelność chorych, Rocznik podaje—zgodnie zresztą z powszechnie przyjętym wzorem—jako iloraz liczby zmarłych przez liczbę zmarłych i wypisanych.

$$\frac{m}{m+n}$$

W zasadach statystyki szpitalnej starałem się wykazać, że obliczanie śmiertelności szpitalnej na podstawie jedynie liczby zmarłych i wypisanych bez uwzględnienia liczb, pozostałych z roku poprzedniego (p_1), i liczb, pozostałych na rok następny (p_2), bardzo często zawodzi i daje wyniki mało dokładne, jak to wykazuje np. tablica obliczenia śmiertelności na tyfus plamisty w szpitalu św. Stanisława za r. 1917. (Zasady statystyki szpitalnej str. 23).

Ustalony przeze mnie wzór

$$\frac{m}{m+n+\frac{p_2-p_1}{2}}$$

został wypracowany na życzenie Delegacji do spraw szpitalnictwa przy Magistracie m. st. Warszawy w r. 1919, której byłem członkiem.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	28/IV—4 V	5 V—11 V	12 V—18 V	19 V—25 V
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	1 (0)	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	149 (10 ¹)	152 (11)	178 (11)	140 (14)
Dur rzekomy	1 (0)	0	0	1 (0)
Dur osutkowy	80 (15)	85 (7)	80 (8)	56 (3)
Dur powrotny	0	2 (0)	8	0
Czerwonka	4 (1)	3 (0)	8 (0)	5 (1)
Płonica	227 (11)	254 (9)	259 (7)	187 (13)
Błonica	156 (8)	168 (6)	128 (9)	147 (7)
Zapal. op. mózg. . . .	31 (5)	28 (3)	31 (10)	28 (9)
Odra	218 (2)	147 (1)	291 (4)	198 (1)
Róża	70 (4)	77 (2)	75 (2)	66 (4)
Krztusiec	68 (3)	87 (5)	82 (6)	77 (5)
Malarja	1 (0)	9 (0)	13 (0)	10 (0)
Posoczn. połog. . . .	20 (7)	24 (7)	26 (5)	20 (5)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	230 (0)	294 (0)	458 (0)	351 (0)
Wąglik	1 (0)	0	1 (0)	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	1 (0)	3 (0)	3 (0)
Wścieklizna	0	0	0	0
Zatrucie jad. kiełb. . .	0	15 (2)	3 (1)	39 (1)
Choroba Heine-Medina	2 (0)	0	0	0
Inne choroby zakaźne.	125 (7)	186 (9)	201 (14)	143 (7)

¹⁾ Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Komunikat Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie kursu wyszkolenia i stypendjów dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż organizuje w roku bieżącym w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie specjalny kurs wyszkolenia dla lekarzy, którzy pragneliby poświęcić się publicznej służbie zdrowia.

Kurs trwać będzie 9 miesięcy, a mianowicie od dnia 2 września 1929 roku do dnia 31 maja 1930 r., w czym 6 miesięcy studiów teoretycznych oraz 3 miesiące praktyki administracyjno-sanitarnej.

Kandydaci, zgłaszający się na kurs, mogą się ubiegać o przyznanie im przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych na czas trwania kursu stypendjum, pod warunkiem, iż złożą zobowiązanie, że po ukończeniu kursu pozostaną na żądanie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przynajmniej przez 2 lata w służbie przy państwowych władzach administracyjno-sanitarnych na zasadach ogólnych, określonych ustawą o państwowej służbie cywilnej, a to pod rygorem zwrotu otrzymanego stypendjum.

Stypendjum będzie wynosić 350 złotych miesięcznie.

W czasie pobytu na kursie w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie stypendyści, a w miarę możliwości i pozostali uczestnicy kursu, będą mogli korzystać z bursy, istniejącej przy tej Szkole, za opłatą kosztów utrzymania.

Podania o dopuszczenie na kurs, a ewentualnie i przyznanie stypendjum, należy wnieść do dnia 1 sierpnia r. b. do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie (ul. Nowowiejska 39) z załączeniem curriculum vitae oraz dowodów (oryginalnych bądź należyście uwierzytelnionych), stwierdzających:

- wiek kandydata,
- posiadanie obywatelstwa polskiego,
- ukończenie studiów lekarskich i posiadanie prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, i
- stosunek do służby wojskowej.

Ponadto należy w podaniu wskazać przynajmniej 2 bardziej znane osoby, które mogłyby udzielić opinii o kandydacie. Kandydaci, ubiegający się o stypendjum, powinni dołączyć zobowiązanie, o którym była mowa wyżej.

O przyznanie stypendjum mogą się ubiegać kandydaci poniżej lat 35.

Dr. Piestrzyński.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— W celu przygotowania lekarzy do publicznej Służby Zdrowia Państwowa Szkoła Higieny przy poparciu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych organizuje rok rocznie 9-cio miesięczny kurs Higieny Publicznej.

W roku szkolnym 1928/29 na kurs zgłosiło się 27 kandydatów.

W roku bieżącym szkolnym kurs ukończyło 25 lekarzy, z których 15 objęło stanowiska lekarzy powiatowych w państwowej Służbie Zdrowia, zaś 10—stanowiska lekarzy miejskich w większych miastach Rzeczypospolitej.

— W maju b. r. w Państwowej Szkole Higieny został zakończony trzymiesięczny kurs alkoholologii i organizacji walki społecznej z alkoholizmem dla lekarzy kandydatów na kierowników przychodni przeciwalkoholowych. Kandydaci są przeznaczani do Ośrodków Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, na wniosek Zarządu, w związku z ogłoszonymi konkursami, przyznało następujące nagrody: z funduszu im. Dra M. Halperna, nagrodę w wysokości zł. 450, Drowi Marji Skarżyńskiej-Gutowskiej z Warszawy, b. asystentce przy katedrze Fizjologii Uniwers. Warsz., obecnie pracującej przy katedrze Fizjologii Szkoły Gł. Gosp. Wiejskiego, — za pracę p. t. „Działanie fizjologiczne wyciągu witaminy B”. Z funduszu im. Dra L. Konica, nagrodę w wysokości zł. 670, Docentowi Drowi Janowi Bajorńskiemu z Poznania, etatowemu asystentowi Kliniki Uniwers. Poznańskiego, za pracę p. t. „Badania bakteriologiczne pochwy w porodzie i w położu, z uwzględnieniem paciorkowców, gronkowców, prątków okrężnicy i lasacek pochwy”. Z funduszu im. Dra M. Rejchmana, nagrodę w wysokości zł. 360, Drowi Sewerynowi Cytronbergowi z Warszawy, od 7-miu lat pracującemu jako wolontariusz, w II-giej Klinice Uniwers. Warsz., za pracę p. t. „Fizjologia, patologia i klinika przewodu pokarmowego”, oraz zapomogę na dalsze studia naukowe z funduszu im. Dra St. Kopcia, zł. 500, Drowi Józefowi Laskowskiemu z Warszawy, od lat 4-ch pracującemu jako asystent w Zakładzie Anatomji Patologicznej Uniwers. Warszawskiego.

Sekretarz Stały:

Prof. Dr. A. Gluziński.

— Otrzymałmy odezwę następującą:

Szanowni Koledzy!

Ciężkie warunki pracy w zbiedzonej przez wojnę i dzwigającej się z gruzów Niepodległej naszej Ojczyźnie dotknęły narażeni ze wszystkimi pracującymi ludźmi i stan lekarski. Każdy inny zawód w kilku szczęśliwych posunięciach życiowych może zrobić z człowieka niezamożnego — człowieka zabezpieczonego na stare lata. Zupełnie inaczej jest z lekarzami. Ludzie ci mrówczą swoją pracą z narażeniem życia i zdrowia spełniając swe wielkie posłannictwo, nie dbając i nie myśląc o jakichkol-

wiek korzyściach materialnych. I dlatego rodzina lekarska z chwilą utraty swego żywiciela pozostaje nieraz w opłakanych a bardzo często tragicznych warunkach. Trudno jest wyliczyć wszystkie wypadki tych cichych dramatów, które miały i mają miejsce wśród rodzin lekarskich. Fakty obłąkania, odbierania sobie życia z nędzy, zamieszkiwania z łaski kątem w izdebce stróżowskiej, śmierć od gruźlicy i wycieńczenia, a nieraz wyciągania ręki po datki, same mówią za siebie. Byłe Zrzeszenie Wdów i Sierot po Lekarzach, przemianowane decyzją Walnego Zebrania z dnia 3 marca 1929 roku na „Rodzinę Lekarską”, posiada zbyt szczupłe fundusze, by nieraz zapobiedz grożącej katastrofie. Wydawane zapomogi nie przekraczają 30 zł. miesięcznie. Dlatego też, pamiętając, że „res sacra miser”, powinniśmy ożywić szlachetne uczucie ofiarności, by przez zapisywanie się do „Rodziny Lekarskiej” i wpłacanie składek otrzeć gorzką łzę niedoli z powiek tych, które były najdroższymi naszych najbliższych.

Ufni, że inkasentki nasze (wdowy i sieroty po lekarzach) będą przychylnie przyjęte przez Was i przez Wasze Panie, wzywamy Was do zapisywania się w poczet członków „Rodziny Lekarskiej”.

Przewodniczący

(—) Dr. W. Rogalski gen.

Podziękowanie za złożone ofiary na Rodzinę Lekarską.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego Zarząd Główny	Żł.	200.—
„ w Pabjanicach	„	85.—
Lecznica Związkowa	„	250.—
Zrzeszenie Lekarzy Kasy Chorych	„	1277.—
Dzielnica Praska Lekarzy Kasy Chorych	„	155.—
Laboratorium Kasy Chorych	„	17.—
Izba Lekarska Lubelska	„	750.—
Stowarzyszenie Lekarzy Polskich	„	100.—
Współpracownicy Sanitarjatu Kolej. Dyrekcji Warsz.	„	90.—
Dr. Marja Kasperowiczowa	„	200.—
Drowa Celina Pawłowiczowa	„	157.50
„ Sabina Gronowska	„	20.—
Firma Asmidar	„	25.—
„ Berent i Plewiński	„	25.—
„ Balukiewicz	„	10.—
„ Makowski	„	5.—

— Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy ogłasza, że termin przysyłania prac na konkurs na pracę z zakresu balneologii krajowej przesuwają do dnia 1. listopada b. r. Prace mają być przysyłane w 6 egzemplarzach pod adresem „Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy na ręce Dra Wacława Graba-Łęckiego w Krynicy Dom pod Koroną”.

Przyznanie nagród i otwarcie kopert nagrodzonych prac nastąpi na zjeździe lekarskim w Krynicy w dniu 5. stycznia 1930 r.

Sekretarz

Dr. Rosenberg

Prezes

(podpis nieczytelny)

ZMARLI:

Izaak Eljasberg, dermatolog, prezes Warszawskiego Domu Sierot, znany działacz społeczny — w Warszawie.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 22—23 „Warsz. Czasop. Lek.” na str. 520 w szpalcie prawej, wierszu 27 od dołu zamiast: duży, powinno być: nieduży.

W tymże numerze na str. 546 pod sprawozdaniem z II Polskiego Zjazdu Przeciwrakowego przez omyłkę wydrukowano litery: S. O zamiast: A. M.

TRĘŚĆ: H. HIGIER. Nerwice ogólne, psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej a racjonalne ich leczenie. S. SCHILLING-SIENGALEWICZ. Uszkodzenie promieniami Roentgena okrężnicy jako przyczyna zejścia śmiertelnego. ST. KRAMSZTYK. Nowe kierunki w nauce o żywieniu (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. SREBRNY. Prasa lekarska w Polsce Odrodzonej. — (Dok.) A. CIĄGLIŃSKI. Statystyka lekarska i statystyka sanitarna. Nasze błędy. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Sprostowanie.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. Les névroses générales, les psychonévroses et les organonévroses dans la médecine moderne et leur traitement rationnel. — S. SCHILLING-SIENGALEWICZ. Lésion du colon transverse par les rayons X comme cause de la mort. — ST. KRAMSZTYK. Nouvelles directions dans la science d'alimentation. (Rev. gén.) — Z. SREBRNY. La presse médicale dans la Pologne ressuscitée. — A. CIĄGLIŃSKI. La statistique médicale et la statistique sanitaire. Nos erreurs.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Żł., na prowincji 14 Żł., zagranicą 16 Żł. kwartalnie.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

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

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

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