

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VI

WARSZAWA, 28 LISTOPADA 1929 R.

Nr. 48

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddz. chorób wewnętrznych szpitala na Czystem
(Ordynator: G. Lewin).

O schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogruzołowych.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa).

T R E Ś Ć :

A. Krytyczne oświetlenie pojęcia postaci klinicznej: „niedomoga wielogruzołowa wewnątrzwydzielnicza“.

B. Dotychczasowe próby klasyfikacji klinicznych zespołów wewnątrzwydzielniczych wielogruzołowych:

- a) na podstawie obrazu klinicznego,
- b) „ „ patogenezy,
- c) „ podstawach mieszanych.

C. Dwa niezwykle przyp. schorzeń wewnątrzwydzielniczych wielogruzołowych.

D. Próba nowej klasyfikacji tych schorzeń.

Pojęcie postaci klinicznej „niedomoga wielogruzołowa wewnątrzwydzielnicza” nie jest ściśle różniczkowane. Wprowadzone zostało ono w 1908 r. przez Claudea i Gougerota. Zespół chorobowy, przez nich opisany, polegał na wyraźnej niedomodze tarczycy, przysadki mózgowej, nadnerczy i gruczołów płciowych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że niedomoga każdego gruczołu dokrewnego wywołać może korrelacyjną nadczynność jednego lub kilku antagonistycznych, wzgl. nawet i synergetycznych, to niedomoga wewnątrzwydzielnicza w zespole Claudea i Gougerota często iść musi w parze z nadczynnością niektórych z pozostałych gruczołów wydzielania wewnętrznego; nazwa „niedomoga wielogruzołowa ww*“ nie obejmuje więc w tych przyp. istotnego stanu gruczołów dokrewnych. Z tego względu należałoby albo odrzucić powyższą nazwę, albo też, jak to ostatnio czynią Francuzi, pozostawić ją i dla przypadków w których, obok niedomogi ważniejszych gruczołów dokrewnych, stwierdza się wy-

rażną nadczynność innych gruczołów ww., wzgl. ich anatomiczną hiperplazję. Stąd już pewna niejasność w pojęciu i nazwie „niedomogi wielogruzołowej ww.“ Niedomoga, wzgl. nadczynność gruczołów dokrewnych może być większa lub mniejsza, wyraźne objawy dysfunkcji mogą dotyczyć większej lub mniejszej liczby gruczołów, objawy niedomogi, wzgl. nadczynności jednego z gruczołów ww. mogą przeważać w obrazie chorobowym, — stąd obraz kliniczny omawianego schorzenia nie może być stale ten sam i w pewnych przyp. może tak dalece odbiegać od swego pierwowzoru, że się z trudem da poznać. Istotnie, klasyczne przyp. niedom. wielogruzołowej ww., zgodne z opisaniami przez Claudea i Gougerota, Ponficka, Nazarego i inn., są rzadkie, częstsze są natomiast przyp. schorzeń wielogruzołowych ww. w których dopiero bliższa analiza kliniczna wykazuje dysfunkcję wielu gruczołów dokrewnych, obrazy chorobowe jednak albo częściowo przypominają jednostkę kliniczną Claudea i Gougerota albo są zgoła odrębne. Sprawę ścisłości pojęcia, „niedomoga wielogruzołowa ww.“ wikła wspomniana już poczęści okoliczność, że schorzenie jednego gruczołu dokrewnego wywołuje dysfunkcję pozostałych gruczołów; przy wyraźnym klinicznym wystąpieniu zaburzeń czynności wielu gruczołów dokrewnych, schorzenie jednego gruczołu wydzielania wewnętrznego zamieni się w schorzenie wielogruzołowe. Druga więc część nazwy omawianej jednostki „niedomoga wielogruzołowa ww.“ też może być poddana dyskusji. Tak też czynią Biedl, Landsteiner, Edelman, Saxl i inni; uważają oni „niedomogę wielogruzołową ww.“ za pierwotne schorzenie jednego gruczołu dokrewnego. Odwrotnie, schorzenia, przedstawiające się klinicznie, jako jednogruzołowe (np. chor. Basedowa) mogą być po bardziej ścisłym badaniu klinicznym i laboratoryjnym uznane za wielogruzołowe, co też w stosunku do choroby Basedowa przez wielu klinicystów obecnie jest czynione. To samo dotyczy może innych schorzeń poszczególnych

*) ww = wewnątrzwydzielnicza, w dalszym ciągu — w różnych liczbach i przypadkach.

gruczołów dokrewnych. Pomieszanie pojęć potęgają nowsze wywody Zondeka, który twierdzi na zasadzie odpowiednich badań doświadczalnych, że schorzenia endokrynne powstawać mogą nie tylko w gruczołach dokrewnych, lecz i ośrodkach mózgowych, wegetatywnych, w nerwach układu roślinnego oraz w układzie elektrolitów. Niezależnie od miejsca zapoczątkowania schorzenia, wynik ostateczny — zespół objawów klinicznych — może być jeden i ten sam. Znane są dalej zdawna odrębne jednostki chorobowe (np. twardziel skóry i inne), których przyczyną są, według nowszych badań, również zaburzenia wielogruzołowe ww. Wszystko to wprowadza zupełny zamęt do pojęcia o „niedomodze wielogruzołowej ww.” według Claudea i Gougérot’a.

Konieczność wprowadzenia ładu klinicznego do licznych zespołów chorobowych, w których przyczynowy udział gruczołów dokrewnych, wzgl. zaburzeń wydzielania wewnętrznego, jest niewątpliwy, skłoniła szereg autorów do stworzenia klasyfikacji przypadków „niedomogi wielogruzołowej ww”, wzgl. do opisywania nowych jednostek chorobowych. Przyjrzyjmy się nieco bliżej tym uśłowianiom.

Falta wprowadził dla przypadków „niedomogi wielogruzołowej ww”, w których znamienym rysem klinicznym jest „spóźniony eunuchoidyzm”, a podłożem anatomicznym przerost łącznotkankowy gruczołów dokrewnych z następczą ich twardziłą, nazwę „rozsiane stwardnienie wielogruzołowe”. Uważa on, że w przyp. „stwardnienia wielogruzołowego” występują zmiany łącznotkankowe jednocześnie w ważniejszych gruczołach wydzielania wewnętrznego: w gruczołach tarczycy, przytarczycowych, w przysadce mózgowej i nadnerczach. Te przypadki stanowią, według niego i Brugscha, istotne zespoły wielogruzołowe w odróżnieniu od „insuffisance pluriglandulaire endocrinienne”, która może oznaczać i korrelacyjne zajęcie gruczołów dokrewnych wślad za pierwotnym schorzeniem jednego gruczołu. Dalsze spostrzeżenia wykazały jednak, że przy wspomnianem anatomicznym podłożu niezawsze klinicznie wyraźnie zarysowuje się „spóźniony eunuchoidyzm” i odwrotnie, w przyp., klinicznie zgodnych z opisem Falty, nie wykryto zapalnego stwardnienia gruczołów dokrewnych. Curschmann, Thaon i Paschetta oraz Fahr opisali przypadki niedomogi wielogruzołowej ww. na tle pierwotnego zachorzenia tarczycy: jej nadczynności (Curschmann), choroby Basedowa (Thaon i Paschetta) oraz zapalenia tarczycy — *thyreoiditis* (Fahr); Sourdela i Cawadias opisali przypadek tejże niedomogi, powstałej wskutek pierwotnego schorzenia gruczołów płciowych. W roku 1923 Borchardt nadał tym przypadkom, wobec przewagi objawów ze strony tarczycy i gruczołów płciowych, nazwę przyp. „niedomogi tarczycowoseksualnej”. Nazwą tą miała być oznaczona jedna z grup przyp. „niedomogi wielogruzołowej ww.” Claudea i Gougérot’a. Jasna rzecz, że wtedy należałoby wprowadzić i szereg innych grup, jak to: niedomoga tarczycowo-nadnerczowa, tarczycowo-przysadkowa, przysadkowo seksualna i t. d. i t. d., gdyż obserwuje się przypadki, gdzie udział wymienio-

nych par gruczołów dokrewnych jest najbardziej dobitny. Do grupy „tarczycowo-seksualnej” zalicza Borchardt postać Zondeka; „Fettsuchtform der pluriglandulären Insuffizienz”.

Dalej uśłowiano wyodrębnić przypadki „niedomogi wielogruzołowej ww”, których anatomiczną przyczyną były guzy przysadki mózgowej oraz destrukcyjne wzgl. zanikowe procesy w okolicy podwzgórza. Borchardt oznaczył tę postać, jako „przysadkowo-mózgową”.

Wydaje się jednak, że tą drogą klasyfikacja omawianych schorzeń iść nie powinna. Pomijając to, że wymienieni autorzy nie liczą się już wcale z zastrzeżeniami Falty co do jednoczesności zachorzenia wielu gruczołów dokrewnych, słabą stroną tych klasyfikacji jest to, że za podstawę przyjmuje się przeważny udział tego lub innego gruczołu dokrewnego (wzgl. anatomicznych jego zmian) lub kombinacji gruczołów. Kombinacji zaś tych może być liczba ogromna i, w dodatku, nieokreślona, gdyż stale powiększa się liczba gruczołów dokrewnych; przecież niema już narządu mięszonego, którego byśmy nie uśłowiali dołączyć do grupy wewnątrzwydzielniczych. Poza to zaburzenia czynnościowe lub też zmiany anatomiczne w gruczołach dokrewnych mogą być mniejsze lub większe. W wyniku ogromna skala objawów klinicznych. Jeśli więc za osnowę klasyfikacji tych schorzeń przyjmiemy mniejsze lub większe zmiany czynnościowe, wzgl. anatomiczne różnych gruczołów ww. lub ich najrozmaitszych kombinacji, to liczba zespołów klinicznych będzie nieograniczona, podobnie do nieobliczonych rozgrywek na szachownicy.

Przykładem wzorowania się na analogicznej klasyfikacji jest wyodrębnienie przez W. Sterlinga „zwyrodnienia płciowo-twardzielowego” (P. A. Med. W. Tom IV, zesz. I), jako postaci „niedomogi wielogruzołowej ww.” Przypadki postaci Sterlinga dotyczą młodych kobiet z zaburzeniami miesiączkowania i następną jego utratą; po utracie miesiączkowania występuje t. zw. „eunuchoidyzm spóźniony” ze wszystkimi jego objawami; równolegle do tych objawów zaczyna się rozwijać twardziel skóry, zajmująca większą lub mniejszą część powierzchni ciała. Należy uznać podstawy do różniczkowania i tej postaci za chwiejne. Przede wszystkim przypadki te dotyczyć mogą i mężczyzn. O jednym takim przypadku u mężczyzny (przyp. Fox-Howarda) wspomina W. Sterling; drugi taki przypadek, dotyczący również mężczyzny, demonstrowałem na posiedzeniu klinicznym w Szpitalu na Czystem i opisałem w „Kwart. Szpit. na Czystem” w r. 1923; nie ulega wątpliwości, że przypadków takich można naliczyć znacznie więcej. Po drugie, ani „eunuchoidyzm spóźniony” nie jest stałą przedwstępną fazą twardzieli, gdyż niezawsze do tego schorzenia prowadzi, ani twardziel skóry nie poprzedza stale „eunuchoidyzmu spóźnionego”. Zespół kliniczny W. Sterlinga jest tylko jedną z wielu przypadkowych kombinacji klinicznych, wywołanych zaburzeniami wewnątrzwydzielniczymi. Sam Sterling przytacza 24 różnorodne ugrupowania kliniczne, w których twardziel skóry występuje łącznie ze schorzeniem tych lub innych gruczołów dokrewnych. A więc obok postaci W. Sterlinga należałoby wyodrębnić 24, a może i więcej innych postaci klinicznych.

Byłyby to tylko postaci kliniczne „niedomogi wielogruczółowej ww.” z objawami twardzieli skóry; a ileżby postaci klinicznych można było naliczyć bez objawów twardzieli skóry! Idąc tą drogą, dojdziemy do tego, że niemal każdy przypadek zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, wobec pewnej jego odrębności, uważać będziemy za oddzielny zespół kliniczny o specjalnej nazwie. Sądzimy więc, że klasyfikacja przyp. „niedomogi wielogruczół. ww.” na zasadzie wyodrębniania zespołów klinicznych jest nieracjonalna, wzgl. przedwczesna. Może przede wszystkim bardziej celowe jest różniczkowanie przypadków omawianego schorzenia na zasadzie czynnika etjologicznego?

Najczęściej etjologię schorzeń wielogruczółowych ww. upatruje się dotychczas w konstytucji ustroju. Aczkolwiek pojęcie konstytucji ustroju datuje się od czasów Hippokratesa, jest ono do dziś rozciągliwe. Martius określa ją, jako miarę oporu ustroju na dane chorobotwórcze wpływy i dzieli ją na wrodzoną i nabytą; podział ten przyjmują między innymi Kraus, Lubarsch, Krehl, Rössle, Pfaunder. Inni uważają za konstytucję wrodzone, dziedziczne cechy ustroju; co w osobniku spośród tych cech może być pod wpływem zewnętrznym zmienione, nazywają kondycją ustroju. Borchardt uznaje za konstytucję zespół cech wrodzonych (blastogeniczne) oraz nabytych (somaticzne). To też i klasyfikacja konstytucji ustroju jest różnorodna: ekssudacyjna (Czerny), grasiczo-chłonna (Paltauf), wagotoniczna, eozynofilowa, łącznotkankowa, artretyczna (francusk. autorów), asteniczna Stillera, degeneracyjna Bauera, hipoplastyczna Bartla i t. d. i t. d. Każda z tych konstytucyj nie jest ściśle odgraniczona od innych. Dokonano próby zasadniczego zróżniczkowania konstytucji (Borchardt, Schittenhelm) według odczynu ustroju na czynniki drażniące: konstytucja wzmożonej reakcji ustroju („erhöhte Reaktionsfähigkeit” — „status irritabilis”), do której należą artretyczna konstytucja franc. autorów, ekssudacyjno-chłonna-artretyczna djateza Pfaundera, oraz konstytucja pierwotnie zmniejszonej reakcji („herabgesetzte Reaktionsfähigkeit”) — przeważnie konstytucja asteniczna.

Klasyfikacja ta, wprowadzająca bardziej zasadnicze cechy różniczkowania, daleka jest jeszcze od doskonałości. Gdybyśmy pod tym punktem widzenia rozpatrywali choroby wielogruczółowe ww., to okazałoby się, że odpowiedniej konstytucji znaleźć dla nich nie można. W zależności od schorzenia tego lub innego gruczołu dokrewnego okazuje się odczyn ustroju na czynniki zewnętrzne wzmo-

żony lub osłabiony, następnie w niektórych schorzeniach ww., szczególnie w zespole wielogruczółowym ww., część czynności reakcyjnych ustroju jest wzmożona i przyspieszona, część zaś czynności znamionuje pobudliwość zmniejszona; znajdujemy tam cechy zarówno przyspieszenia, jak i zahamowania rozwoju czynnościowego i morfologicznego ustroju, — napotykamy więc mieszaninę konstytucyj. Zresztą, nie ulega wątpliwości, że konstytucja ustroju zależy od stanu gruczołów dokrewnych. A więc, tłumaczyć niedomogę gruczołów dokrewnych, czyli pewien patologiczny stan tych gruczołów, konstytucją ustroju, czyli poczęści również pewnym stanem tychże gruczołów, byłoby zwykłą tautologią bez treści. Częste uzależnienie schorzenia gruczołów ww. od konstytucji ustroju możemy zrozumieć tylko w tym sensie, że dla powstania w organizmie zaburzeń czynnościowych, wzg. zmian anatomicznych gruczołów dokrewnych, niezbędna jest pewna wrodzona ich słabość morfologiczna lub czynnościowa, ich wrodzona mniejwartościowość.

Podreśla się jeszcze, że ważnym czynnikiem, prowadzącym do schorzenia gruczołów ww., jest ich skłonność do stwardnienia łącznotkankowego. Nie stwierdzone jest, od czego zależy wspomniana skłonność, poza to w wielu przyp. klinicznie typowej „niedomogi wielogrucz. ww.” nie stwierdzono na materiale sekcyjnym histologicznie bujania łącznotkankowego.

Zwrócono uwagę, że w omówionych schorzeniach istnieje skłonność ustrojowa do powiększenia się gruczołów chłonnych. Jest to cecha częsta, lecz nie stała.

Liczni badacze uważają, że przyczyna schorzeń ww. tkwi w niedostatecznej ilości lipidów w ustroju. Wobec tego, że niedostateczną ilość lipidów stwierdzono w t. zw. „dystroficznym infantyлизmie”, zbliżają niektórzy autorowie „niedomogę wielogr. ww.” ze wspomnianym infantyлизmem i wyodrębniają „dystroficzne formy niedom. wielogruczółowej ww.” Istnieje nawet specjalna klasyfikacja tych postaci dystroficznych: a) postać młodzieńcza wrodzona, zależna od niedostatecznego uposażenia ustroju w lipidy, bez objawów klinicznych „niedomogi wielogruczółowej ww.” — „wielogruczółowy ww. infantyлизм”, b) wczesna postać dystroficzna z mniej lub więcej wyraźnymi objawami schorzenia gruczołów dokrewnych i wreszcie c) późna postać dystroficzna, odpowiadająca klinicznie klasycznej postaci „niedomogi wielogruczółowej ww.”

(C. d. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Ze szpitala Izraelickiego w Pińsku
(Lekarz Naczelny: Dr. J e w s i e n k o).

Losy tamponu pozostawionego w jamie brzusznej.

Podał
JAKUBSON (Pińsk).

Przypadek dotyczył kobiety w wieku lat 40, dobrze odżywianej, o zdrowym sercu, cierpiącej na częste napady dy-

chawicy oskrzelowej. Była to wieloródka; poprzednie porody powikłane (kleszcze, przyrośnięcie łożyska i t. p.). 5.VII. 29 pacjentka zgłosiła się do szpitala; stwierdzono brzuch duży, wypełniony guzami. Z tego powodu poród się przedłużał, bóle porodowe były słabe, toteż dokonano cięcia cesarskiego w uśpieniu eterowym. Rozdęte jelita utrudniały dokonanie zabiegu. Macicy nie wyprowadzono z jamy brzusznej, lecz otoczono ją tamponami z gazy o wymiarze 30×30 cm. stale używanej do tego rodzaju operacji w liczbie 20. Również tym razem użyto ich 20. Przed zaszyciem jamy brzusznej

sprawdzono liczbę tamponów, i narazie wydawało się, że jednego brak; gdy wszelako jedna z sióstr oznajmiła, że ten tampon się znalazł, wówczas jamę brzuszną zamknięto. Przebieg pooperacyjny był ciężki, zwłaszcza przez pierwsze 10 dni. Pacjentka gorączkowała do 39°, miała obustronne zapalenie płuc odskrzelowo, silne bóle brzucha, wymioty żółciowe; brzuch był wzdęty, tętno przyspieszone. język suchy. Środki farmakologiczne nie sprawiały ulgi (wstrzykiwania atropiny, pituglandol). Na 11 dzień zropiała rana była otwarta na całym przebiegu cięcia. Na 14 dzień następował silny kaszlu, w obawie przed wypadnięciem trzew, brzegi rany zaszyto kilkoma szwami. Stopniowo rana zaczęła się pokrywać ziarniną, i stan chorej zaczął się poprawiać: wymioty ustąpiły, t^o spadła, stolce były codziennie po ławatywie. Od 6.VIII 29 t^o stała się prawidłowa, 24.VIII. pacjentka wypisała się w dobrym stanie ze zdrowym dzieckiem.

1.IX nagle wystąpiły silne bóle brzucha, wymioty, zatrzymanie stolca i chora znów zgłosiła się do szpitala. Pacjentka nie przyjmuje pokarmów, stale wymiotuje, miewa bóle bez przerwy. Brzuch miękki, niebardzo wzdęty, tętno nieprzyspieszone, gazy odchodzą w nieznacznej ilości. Narazie objawy te tłumaczono częściową niedrożnością przewodu pokarmowego w związku ze zrostami pooperacyjnymi. 7.IX chora otrzymała 15 gr. *Magnesii sulfur*, jako *ultimum refugium* przed zabiegiem, którego zamierzano dokonać. W nocy chora poczuła silne parcie w kiszce stolcowej i wydalila tampon gazowy o wymiarze 30×30 cm., taki sam, jakich używa się u nas do operacji. Od tego czasu chora zaczęła się szybko poprawiać. Wniosek był prosty: tampon pozostał po operacji w jamie brzusznej i wywołał objawy zapalenia otrzewny. Stopniowo, jako ciało obce, tampon zaczął się otarbiać i skleić się ze ścianą jelita, możliwie, cienkiego, nie wywołując wyraźnych objawów klinicznych. Ściana jelita cieńczała, aż wreszcie nastąpiło jej pęknięcie, i tampon przedostał się do światła. Było to prawdopodobnie około 1.IX. Dzięki ruchom perystaltycznym nastąpiło wciągnięcie tamponu do wnętrza i częściowa niedrożność jelita z niezupeł-

nem zatrzymaniem gazów; ruchy robaczkowe przesunęły tampon w kierunku odbytnicy, wywołując silne bóle, aż wreszcie został on wydalony.

Przypadki podobne opisali Wölfflein, Lieblein (D. Chir. 1909.46) na zasadzie obserwacji nad obecnością ciał obcych w jamie brzusznej u ludzi i na zasadzie doświadczeń na zwierzętach.

Chodziłoby teraz o uniknięcie podobnie przykrych powikłań na przyszłość. Usiłowania były rozmaite: niektórzy radzili przywiązywać tampony do stołu operacyjnego, inni przywiązywali do tamponów ciężarki, bądź nakładali na nie obrączki metalowe (Roentgen), inni znów wiązali tampony ze sobą; Döderlein używał specjalnych tamponów, wyrabianych w fabryce P. m. Hartman, Herdenbein, otoczonych metalowymi nitkami. Mnie się jednak wydaje, że najbardziej pożądane byłoby, aby każdy chirurg wyszkolił odpowiednio siebie i swój personel pomocniczy i aby był bardzo uważny w używaniu tamponów do operacji. W przypadku zapalenia otrzewny po dokonany zabiegu każdy chirurg powinien pamiętać między innymi, także o możliwości pozostawienia tamponu. Tampon może rozmaicie długo bez szkody pozostawać w jamie brzusznej; w danym przypadku 2 miesiące, znane są przypadki w których pozostawał w ciągu wielu (aż do 29) lat.

PIŚMIENNICTWO

1. C. Karg. Zur Fahrlässigkeit beim Zurücklassen von Fremdkörpern in d. Bauchhöhle. Münch. M. W. 1928. 48.
2. A. Döderlein. Zur Frage Zurücklassens von Stoffstücken in d. Bauchhöhle. Münch. M. W. 1928. 49.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O djetetycznym leczeniu gruźlicy.

(Referat krytyczny)

Podał

Zdzisław ŚWIDER (Warszawa.)

(Ciąg dalszy p. № 47).

P. Müller i Quincke zbadali wpływ diety S. H. G. na przemianę materii u gruźlików i określili zachowanie się pod wpływem tej diety: Ph w moczu, zawartości w nim jedno — i dwufosforanów, chlorku, sodu oraz azotu. Wyniki tych badań dadzą się streścić w ten sposób, że tylko na początku stosowania diety bezsolnej występuje przesunięcie odczynu moczu w stronę kwaśną, zaś pod wpływem mineralogenu nawet w kierunku alkalozy.

Z przeglądu powyższych prac, poświęconych

stronie teoretycznej zagadnienia, t. j. mających na celu wyświetlenie mechanizmu działania leczniczego diety S. H. G., wynika zatem niezbicie: 1) bezcelowość podawania mineralogenu, 2) niepewność oddziaływania nawet samej tylko diety (t. j. bez mineralogenu) w kierunku kwasicy 3) stwierdzenie faktu, że najważniejszy czynnik leczniczy tej diety stanowi zmniejszony dowóz do ustroju soli kuchennej, co potwierdza słuszność przytoczonego wyżej zapatrywania Straussa.

Ale na tem nie koniec. Szereg bowiem autorów nie tylko podkreśla chwiejność oddziaływania diety S. H. G. na równowagę zasadowo-kwasową, ale jest zarazem wogóle zdania, że nie kwasica ustrojowa, a właściwie alkaloza ma przyczyniać się do wzmożenia sił obronnych ustroju.

Do autorów tych należy Martin, który

twierdzi, że leczenie dietetyczne gruźlicy płuc winno mieć na celu podniesienie zasadowości krwi, co da się osiągnąć przez obfite odżywianie chorych owocami i zielenizną. Tego samego zdania są Liebig i Fedor, którzy uważają, że zmniejszenie zasadowości krwi zmniejsza zarazem jej siłę bakterjobójczą. Dobrowolski uważa, że słuszność tego poglądu potwierdzają spostrzeżenia nad przebiegiem gruźlicy płuc, powikłanej cukrzycą. Ponieważ cukrzyca powoduje, jak wiadomo, zakwaszenie ustroju, w tem ma tkwić właściwie tak wielce słaba odporność chorych cukrzycowych przeciwko gruźlicy.

To też Dobrowolski kładzie nacisk w odżywianiu chorych bynajmniej nie na białko (mięso i jaja), oddziaływujące zakwaszająco, a na jarzyny. Naogół jednak dieta D. zbliżona jest do diety S. H. G., bo na niej wzorowana. Jeśli uprzytomnimy sobie, że dieta S. H. G. obejmuje pokarmy zarówno zakwaszające (białko i tłuszcze), jak i alkalizujące (jarzyny), to zrozumiałą się staje różnorodność ostatecznego wyniku jej zadziaływania w poszczególnym przypadku. — Skłaniając się więcej ku koncepcji o konieczności alkalizowania ustroju gruźlika na drodze dietetyki, wypowiada przecież D. ostatecznie pogląd, sprzeczny z tem: zapatrywanie, że właściwie zadaniem racjonalnego odżywiania gruźlików jest utrzymanie równowagi zasadowo-kwasowej, t. j. zachowanie izohydrii.

Odżywianie białkowe jest według D. dlatego niepożądane, że wytwarzane przytem kwasy upośledzają zatrzymanie wapnia i sodu. Wzmoczone wydalanie przez ustrój tych kwasów, związanych z zasadami, powoduje zubożenie w nie organizmu. A zaburzenia równowagi mineralnej ustroju mają stwarzać podłoże dla wszelkich infekcji.

Wiadomo, że istnieje ścisły związek między elektrolitami a układem wegetatywnym z jednej strony oraz pewna zależność przebiegu gruźlicy od napięcia tego układu z drugiej.

Zrozumiałe więc jest, że z chwilą zaburzenia równowagi mineralnej ustroju — organizm, dla zachowania tej równowagi we krwi, a z braku odpowiednich składników mineralnych — wyciąga je z tkanek ustrojowych; wtedy zmniejszenie się ich zawartości w płucach i koście stwarza podłoże dla rozwoju gruźlicy. To też Robin i Binet mówią wyraźnie o demineralizacji ustroju, jako przyczynie gruźlicy.

Istnieje pewien antagonizm oraz pewne współdziałanie między różnymi substancjami mineralnymi: np. podawanie dużych ilości wapnia wzmacnia wydalanie z ustroju sodu i potasu, podawanie potasu — zatrzymywanie wapnia. Dieta jarzynowa (jarska), dzięki doprowadzeniu do organizmu dużych ilości soli mineralnych (potasu), pozwala na ich zatrzymanie w ustroju, regulując w ten sposób stan mineralny organizmu, co odgrywa dużą rolę w jego sprawności. Dodać tu należy, że, jak wynika z badań Orłowskiego, jarzyny (soki jarzynowe) pobudzają czynność wydzielniczą żołądka; ma to duże znaczenie w gruźlicy, w której czynność ta jest zwykle upośledzona (Janowski).

W ten sposób zatem dieta S. H. G. działała-

by leczniczo głównie dzięki ograniczeniu dowozu soli kuchennej oraz spożywaniu przez chorych dużych ilości jarzyn i owoców.

Gerson uważa, że jego dieta ma na celu „przestrojenie” i „odtrucie” ustroju, że powoduje ona nasilenie się wpływu różnych hormonów, ale te ogólnikowe i bliżej nie uzasadnione tłumaczenia odrzucono, jako koncepcje zgoła fantastyczne. Rozległy zakres stosowania leczniczego tej diety, podany przez Gersona, a obejmujący nie tylko różne postaci gruźlicy, ale schorzenia najrozmaitsze, dalej coraz bardziej „naukowe” uzasadnienia tej terapii — doprowadziły ostatnio do faktu, w piśmiennictwie naukowym zgoła niecodziennego. Oto Sauerbruch ogłosił niedawno w D. m. W. enuncjację, w której odżegnywa się od pomawiania go o jakieś podzielenie zapatrywań Gersona, które potępił ostatnio za brak samokrytycyzmu również Salle.

Sauerbruch uczynił Gersonowi poważny zarzut przeceniania możliwości terapeutycznych omawianej diety, co może, wobec nieuniknionych wtedy rozczarowań, usposobić ogół lekarski nieufnie względem tej metody wogóle. Natomiast S. starał się o jaknajbardziej bezstronną ocenę wyników, otrzymanych zapomocą swej diety wespół z Hermannsdorferem.

Zapoznajmy się przeto obecnie z wynikami tych badań.

W roku ub. ogłosili S. i H. swe spostrzeżenia, przeprowadzone na 186 chorych, w tem: 23 chorych na gruźlicę skóry, 45 chorych na gruźlicę kości i tkanek miękkich i 116 chorych na gruźlicę płuc. Jako warunek osiągnięcia wyraźnych wyników stawiają autorowie przynajmniej 3-miesięczny okres leczenia dietetycznego, choć często już wcześniej występuje wyraźna poprawa w postaci zamykania się przetok gruczołowych, zasychania i gojenia się owrzodzeń, zmniejszenia się ilości dobowej odkrztuszanej płwociny oraz wybitnej poprawy samopoczucia z towarzyszącym jej częstokroć znacznym przyrostem wagi.

Ze statystyki S. i H. wynika, że działanie lecznicze omawianej diety jest zwłaszcza wybitne w gruźlicy skóry (*Tbc. cutis et lupus*). Autorowie mówią o poprawie, często wprost zadziwiającej. Podobne wyniki otrzymali oni w gruźlicy gruczołów oraz narządów moczopłciowych.

Przypadki ciężkiej gruźlicy kości i stawów, skierowane na klinikę w stanie beznadziejnym, udawało się częstokroć uratować od śmierci. Jak wiadomo, w tych ciężkich postaciach gruźlicy chirurgicznej mamy do czynienia z ogólnem zatruciem ustroju, znacznem wyniszczeniem, połączonem z wysokimi wzniesieniami ciepłoty, białkomoczem, obfitem wydzielaniem się ropy. Przypadki takie są skazane na śmierć w ciągu najbliższych tygodni lub miesięcy. Natomiast autorom udało się w niejednym takim przypadku osiągnąć znaczną poprawę ogólną i miejscową.

O wiele trudniej, niż w gruźlicy zewnętrznej, jest stwierdzić poprawę miejscową w gruźlicy płuc. Tłumaczą to S. i H. tem, że miarodajne, zdawałoby się, wyniki badania fizykalnego, mogą jedynie w błąd wprowadzić, gdyż rżenia i trzeszczenia pozostają nawet po zbliźnowaceniu ognisk gruźli-

czych, a Roentgen również niezawsze pozwala odróżnić ognisko czynne od blizny.

Ze 184 chorych S. i H. miało 116, a zatem prawie $\frac{2}{3}$, gruźlicę płuc z obecnością prątków w płwocinie. Bardzo wyraźną poprawę, połączoną w niektórych przypadkach z odzyskaniem zdolności do pracy, otrzymali S. i H. u 35 chorych; poprawę wyraźną, wymagającą jednak dalszego leczenia, u 20 chorych; w 11 przypadkach nie udało się otrzymać żadnej poprawy, wreszcie 7 chorych zmarło. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że materiał autorów nie składał się bynajmniej z lekko chorych, to należy uznać wyniki powyższe za zadawalające.

S. i H. podkreślają, że u chorych tych bardzo szybko występowało pod wpływem leczenia djetetycznego bliznowacenie i kurczenie się ognisk gruźliczych. W ten sposób ginęły bez śladu (badanie fizykalne i radjoskopowe) zarówno jamki gruźlicze niewielkie, jak i większe — wielkości orzecha. W przypadkach zeszywnienia płuc z nieruchomą prawie kl. piersiową udawało się osiągnąć przynajmniej zmniejszenie jam gruźliczych; ściany tych jam się oczyszczały, zmniejszała się ilość dobową płwociny, ginęły często prątki Kocha. Otwarcie tych jam na drodze operacyjnej stwierdzało wygładzenie się ich ścian lub pokrycie ich ziarniną nieswoistą.

Sauerbruch i Hermannsdorfer kładą dalej nacisk na to, że w przypadkach gruźlicy płuc obustronnej udawało się im, dzięki leczeniu djetetycznemu, osiągnąć tak wyraźną poprawę w płucu mniej dotkniętym, że czyniło to możliwym wykonanie po drugiej stronie zabiegu operacyjnego, który poprzednio był nie do pomyslenia.

Jeżeli zwrócimy uwagę na specjalne postacie gruźlicy płuc, to zobaczymy, że w postaci przeważnie wysiękowej wyniki terapii były ujemne. Wyraźniejsze były one w postaci wytwórczo-jamistej ze stanami gorączkowymi. Występowało tutaj szybko bliznowacenie ognisk chorobowych — w przeciwstawieniu do bezskutecznych usiłowań leczniczych, podejmowanych poprzednio u tych chorych w zakładach innych. W postaci gruźlicy wytwórczo-jamistej, przebiegającej częściowo bez podwyższonej to udawało się osiągnąć szybko poprawę samopoczucia, zmniejszenie ilości płwociny i niejednokrotnie nawet poprawę miejscową.

Specjalną uwagę zwracają autorowie na przyrost wagi, który wystąpił u prawie wszystkich chorych. Chorzy, u których waga wzrosła o 50-70 funtów, dotknięci byli najcięższymi postaciami gruźlicy chirurgicznej (np. zmiany gruźl. kręgów z licznymi ropniami opadowymi, gruźlica otrzewny z jednoczesnymi zmianami w stawie biodrowym i t. p.). Mniejszy, bo wynoszący 40-50 f. był przyrost wagi u chorych na gruźlicę chirurgiczną, dotkniętych w niektórych przypadkach jednocześnie gruźlicą skóry lub płuc. Znowuż mniej, bo 30-40 f., przybierali na wadze chorzy, operowani z powodu gruźlicy płuc oraz chorzy płucni, leczeni zachowawczo; jedynie najcięższe przypadki gruźlicy rozpadowej nie dały żadnego przyrostu, a straciły na wadze. Przyrost wagi od 1-10 f. osiągnęli autorowie ogółem u 51 chorych, od 11-20 f. u 43.

Należy zauważyć, że nie udało się stwierdzić żadnego związku między przybieraniem na wadze, a ustępowaniem zmian chorobowych. Naogół wprawdzie postępowała poprawa miejscowa równolegle do przyrostu wagi. Jednak w pewnych przypadkach cierpienie zasadnicze zupełnie się nie poprawiało pomimo znacznego przyrostu wagi, w innych natomiast osiągnano wybitną poprawę miejscową i ogólną bez jednoczesnego przyrostu na wadze.

Wyniki djetetycznego leczenia gruźlicy, zarówno zewnętrznej, jak i gruźlicy płuc, były zdaniem S i H. nie tylko dobre ale i dość trwałe. Sądzą o tem autorowie na podstawie kontroli, przeprowadzonej po upływie roku na szeregu chorych. W tem 11, dotkniętych gruźlicą płuc. Otóż u 9 z tych 11 gruźlików stan ogólny pozostał bez zmiany i tylko u 2 wystąpiło pewne pogorszenie.

S. i H. są bardzo zadowoleni z osiągniętych wyników i wyrażają ubolewanie (początek r. 1928), że metoda ich nie znalazła jeszcze zastosowania w klinikach, szpitalach i sanatorjach. S i H. zdają sobie sprawę z tego, że leczenie djetetyczne nie jest rzeczą łatwą, gdyż należy chorych zachęcić do nowego sposobu odżywiania się, należy drogą umiejętnego oddziaływania na psychikę chorych pokonać występujący często wstręt do tej djetety bezsolnej, zwracać uwagę na przyrządzanie potraw w sposób smaczkowy i t. p. Autorowie proponują założenie specjalnego zakładu leczniczego do djetetycznego leczenia wszelkich postaci gruźlicy. Pracę swą kończą następującymi słowy: „Nie ulega dla nas wątpliwości, że znaczna bardzo liczba osobników, dotkniętych ciężką gruźlicą może się wydatnie poprawić, a nawet odzyskać zdolność do pracy. Leczenie djetetyczne wyszło już z okresu prób, i wskazać to było celem naszej pracy. Niechaj lekarze dowiedzą się, że zapomocą tego leczenia mogą skuteczniej, niż dotychczas, podjąć walkę z gruźlicą”.

Wyniki tych badań potwierdził w roku bieżącym Hermannsdorfer, opierając się już na przypadkach 300. I tu H. podkreślił szybkie występowanie w gruźlicy płuc (bez zmian rozpadowych) bliznowacenia ognisk wytwórczych i wysiękowych oraz zwrócił uwagę na długotrwałe działanie następce tej djetety, zwłaszcza jeśli chorzy żyją później w warunkach dobrych i starają się przystosować późniejszy sposób odżywiania do norm, na których była oparta metoda właściwa.

Badania Sauerbrucha i Hermannsdorfera, dzięki systematyczności i rozmachowi, z jakimi były przeprowadzone, zwróciły na siebie uwagę świata lekarskiego, i wkrótce ukazał się szereg prac kontrolnych.

Te prace nowsze potwierdziły skuteczność djetety S. H. G. w leczeniu gruźlicy zewnętrznej. Wymienimy tu zwłaszcza pracę Jesionka nad gruźlicą skóry. Ujemne natomiast naogół były wyniki, otrzymane w gruźlicy płuc. Ponieważ zagadnienie to specjalnie nas interesuje, przeto należy zatrzymać się nad niem dłużej.

P. Müller stosował tę djetę u 7 mężczyzn ze średnio-ciężką postacią gruźlicy w ciągu 3 miesięcy. Liczba dobową kaloryj wynosiła od 3500—4500 w przeciwstawieniu do 3000. u H. Müller

uważa, że wyniki leczenia nie ustępowały bynajmniej rezultatom, otrzymanym w podobnych warunkach przy diecie solnej, a przeto odrzuca metodę S. H. G. Należy tu jednak zauważyć, że 7 przypadków stanowi materiał nikły w porównaniu z przeszło setką chorych płucnych S. i H., nie można tedy na zasadzie tak szczupłych badań decydować o wartości metody. Wyniki ujemne otrzymał dalej Schmitz (13 przyp.) oraz Ritschel, Pfeffer i Stern.

Heinelt przeprowadził badania nad wpływem diety S. H. G. na przemianę materji i doszedł do wniosku, że nie odgrywa ona specjalnej

roli w bilansie fosforu i ziem alkalicznych. Natomiast stwierdził Heinelt wybitny wpływ czynnika psychicznego, gdyż u chorych, umieszczonych w miłym dla oka pokoju do badania przemiany materji przyrost wagi był znaczny, natomiast niewielki u chorych, umieszczonych w barakach.

Westphal notował u swych chorych często wstręt do tej diety. Przyrost wagi wprowadzie występował, ale bez zmian w płucach i obrazie klinicznym. Również Bettmann musiał przerwać tę dietę w 5 przyp. na 8 wskutek wystąpienia u chorych zupełnego braku apetytu.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne

∞ Adwokat Jan RUFF. Odpowiedzialność karna lekarza. Warszawa. Skład główny w księgarni F. Hoesicka 1929 str. 28.

Sprawa niezmiernej wagi dla lekarzy, prawie zupełnie przez nich nieznaną, a tak blisko ich obchodzącą, znalazła interpretatora w osobie adwokata Ruffa, kryminologa warszawskiego. Swego czasu Towarzystwo Medycyny Społecznej, zdając sobie sprawę z doniosłości zagadnień związanych z odpowiedzialnością karną lekarzy, usiłowało bez skutku poruszyć tę sprawę na jednym ze swych posiedzeń. Wychodziło ono z założenia, że lekarz powinien zdać sobie sprawę z ogromu odpowiedzialności, jaka ciąży na nim w związku z wykonywanym przez siebie zawodem. Może uświadomienie jakie tej odpowiedzialności przed prawem przyczyniłoby się pośrednio do podniesienia strony etycznej naszego zawodu w czasach dzisiejszych? Pan adwokat Ruff ma, zdaniem mem, zasługę przed światem lekarskim, że w omawianej a interesująco napisanej broszurze stara się zaznajomić nas z poglądami rozmaitych prawodawstw na pewne sporne punkty naszej działalności w obliczu prawa. Porusza on trzy punkty właściwie „1) odpowiedzialność karną lekarza za nieostrożne spowodowanie śmierci lub uszkodzenie ciała albo zdrowia, 2) prawo lekarza do interwencji i 3) uchylenie się lekarza od udzielenia pomocy”. Trudno przytoczyć tu nawet w krótkim streszczeniu wszechstronne rozważania autora powołującego się na znane powagi w świecie prawniczym, gdyż zajęłoby to zbyt dużo miejsca. Polecam przestudjowanie tego dziełka każdemu z kolegów. U nas, niestety, zbyt mało interesujemy się sprawami prawnymi wykonawstw naszego zawodu. Może szczęśliwym zbiegiem okoliczności sprawy tego rodzaju względnie rzadko bywają wynoszone przed forum sądowe! Czy ma to być dowodem rzadkości wykroczeń z naszej strony — to inna kwestja. Czasopisma lekarskie niemieckie prowadzą, na przykład, stałą rubrykę procesów, wytaczanych przez publiczność lekarzom, prowadzoną przez wybitnych prawników. Może i tu wyższa kultura ogólna prowadzi do większej liczby procesów skutkiem większego uświadomienia szerszych sfer. Tembardziej, trzeba by się nieraz zastanowił nad legalnością naszego postępowania lekarskiego w przypadkach poszczególnych.

Adwokat Ruff w swych rozważaniach przedstawia duże zrozumienie zawodu lekarskiego, co nieczęsto zwykliśmy stwierdzać. Zdaje on sobie sprawę dokładnie z trudności naszego położenia w roli przymusowego często doradcy i wykonawcy z jednej strony, a odpowiedzialności, rozmaicie interpretowanej, z drugiej. To też próbuje nawet ułatwić nam

naszą sytuację, formułując np. ze str. 25 jedną ze spornych kwestyj w sposób następujący: „w każdym wypadku grożącym życiu chorego lekarz może przedsięwziąć te wszystkie środki zaradcze, które w sferze jego zawodowych wiadomości on uzna za konieczne”. A dalej powiada: „w wypadkach wezwania lekarza do chorego powstaje milcząco stosunek oczywisty wzajemnej umowy leczenia i poddania się temu leczeniu”. Widzimy, że autor liczy się ze stroną etyczną zawodu lekarskiego, który ma za zadanie uczynić wszystko, co uzna za stosowne, by uratować chorego. Utrzymać tę stronę etyczną na odpowiednim poziomie wśród poszczególnych przedstawicieli tego zawodu winno być naszym zadaniem, jako korporacji.

Powitać tedy należy ukazanie się powyższej pracy i zachęcić wszystkich do zaznajomienia się z nią.

M. Gantz.

Fizjologia normalna i patologiczna

E. LÜSCHER. O czynności mięśnia strzemiączkowego u człowieka (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 23, z. 2)

Autor wykorzystał przypadek dużego ubytku w błonie bębenkowej, powstałego po urazie, celem obserwacji za pomocą usznego mikroskopu ścięgnię m. strzemiączkowego. Mięsień ten wykonywał drgania pod wpływem dźwięków, doprowadzonych zarówno do ucha badanego jak i przeciwnego. Odruch ten powstał w przypadku autora przy wywołaniu czystych tonów w granicach od 90 do 1400 drgań na sek. Duże znaczenie posiada odpowiednie nasilenie poszczególnego dźwięku. Przy nadmiernym nasileniu powstają pierwotnie pojedyncze drgania mięśnia, które następnie przechodzą w stały skurcz. Szmerzy znacznie łatwiej wywołują odruch m. strzemiączkowego, niż dźwięki czyste. Oczekiwanie silnej podniety dźwiękowej też może spowodować skurcz mięśnia ako wynik odruchu warunkowego. Kurcz mięśni unerwianych przez m. twarzowy nie spowoduje odruchu. Nie można też przy pomocy woli wywołać skurczu m. strzemiączkowego. Opisany skurcz nie pociąga za sobą jakiegokolwiek ruchu błony bębenkowej.

Dane powyższe świadczą o tem, że skurcz m. strzemiączkowego ma na celu osłabienie przewodnictwa dźwiękowego, a zatem ochronę ucha przed zbyt silnymi podniętami słuchowymi. Nie może się więc ostać pogląd badaczy, którzy uważali, że m. strzemiączkowy odgrywa rolę w czasie nasłuchiwania i nazywali go mięśniem szmeru.

J. Tencer.

Leo HESS i Joseph FALTITSCHKE. O działaniu ośrodków śródmózgowia. (Kl. Woch. Nr. 39 z. 1929)

Badania wykonano w ten sposób, że porównywano różne funkcje wegetatywne zdrowego ustroju z temi samemi funkcjami po podaniu medinalu, który, według badań Picka należy do grupy środków, porażających ośrodki śródmózgowia.

Otrzymano wyniki następujące:

Wyeliminowanie zapomocą medinalu wpływu śródmózgowia — w normalnym ustroju nie powoduje żadnych zmian w wydzielaniu soku żołądkowego po próbnym posiłku. Natomiast można stwierdzić, że w okresie działania medinalu atropina swój porażający wpływ na zakończenia nerwu błędnego ujawnia znacznie wybitniej niż normalnie. Tak samo działanie adrenaliny (na zawartość cukru we krwi oraz na ciśnienie krwi) znacznie się potęguje pod wpływem medinalu. Stąd wniosek, że wyeliminowanie działalności śródmózgowia zapomocą medinalu „uczula” niejako układ wegetatywny na działanie odpowiednich środków, czyli powoduje amfotonię.

Podobne wyniki na działanie atropiny i adrenaliny, co przy zastosowaniu medinalu, otrzymano również u parkinsoników.

J. Konorski

K. GLAESSNER i N. WITGENSTEIN. O trawieniu tkanki łącznej w żołądku. (Arch. f. Verd. T. 45. Nr. 3/4)

Autorzy stwierdzają, że pepsyna nie jest tym fermentem, który normalnie trawi tkankę łączną. Ta bowiem posiada swoje *optimum* trawienia, które jest znacznie wyższe aniżeli zwykłe ilości kwasu solnego w soku żołądkowym.

Jeśli chodzi o zasady, to one znoszą działanie trawienne soku żołądkowego.

W rozmaitych cierpieniach żołądkowych zachowanie się trawienia tkanki łącznej jest bardzo różnorodne.

Z tego należy wnioskować, że sok żołądkowy zawiera specjalny ferment jeszcze nieznan, służący do trawienia tkanki łącznej.

W przypadkach, połączonych z dużą nadkwaśnością, trawienie tkanki łącznej odbywa się bardzo szybko, jak na przykład w niektórych przypadkach wrzodu żołądka.

Trypsyna nie posiada własności trawiennych wobec tkanki łącznej.

B. Goldstein

B. A. SCHAZILLO. O wpływie gruczołów dokrewnych na przewod pokarmowy. (Arch. f. Verd. Kr. Tom. 45 Nr. 3/4)

Z badań doświadczalnych autora wynika, że zarówno insulina jak i adrenalina wywierają wybitny wpływ na stan przewodu pokarmowego, jak również na czynność wydzielniczą jego gruczołów.

Insulina np. pobudza wydzielanie jelita zarówno u głodującego psa jak i na szczycie trawienia.

B. Goldstein.

Bakterjologia i Serologja.

KRISTENSEN i HOLM. Badania bakterjologiczne i statystyczne nad gorączką falistą (febris undulans) w Danji. (Ztbl. f. Bakteriolog. Origin. T. 112. 1929).

Praca obejmuje z górą 500 przypadków powyższej choroby, spostrzeganej w ciągu 1½ rocznego okresu 1927—1928. Rozpoznanie było stawiane na zasadzie odczynu zlepnego z lasecznikiem Banga przy dokonaniu równoległej kontroli z lasecznikiem tyfusu i paratyfusu B. Za dodatni uważany był odczyn, występujący przy rozcieńczeniu surowicy przynajmniej 1/100. Do doświadczenia używano zawiesziny starego

szczepu bydlęcego formalinizowanego, który w okresie doświadczeń dawał wzrost zarówno w warunkach tlenowych, jak i beztlenowych. We wszystkich przypadkach dokonywano również próby odchylenia dopełniacza. Porównanie wyników tych dwóch odczynów: zlepnego i odchylenia dopełniacza wykazuje naogół równoległość, jednakże istnieją surowice, które dają dodatni odczyn aglutynacji przy ujemnym odczynie odchylenia dopełniacza. Przyczyna polega na tem, że ciała odpornościowe, dające odchylenie dopełniacza, zjawiają się przeważnie później, aniżeli aglutyniny. Zdaniem autorów, odczyn zlepnym jest wystarczający do postawienia rozpoznania, po wyłączeniu błędów, polegającego na użyciu szczepu, zbyt łatwo się zlepiającego.

Odczyn zlepnym utrzymuje się w ciągu całego szeregu miesięcy po wyzdrowieniu, lecz miano jego opada zwykle poniżej 1/100. Fakt utrzymywania się słabego odczynu zlepnego pozwala na postawienie rozpoznania co do przebytej choroby nawet po dłuższym okresie czasu, przy uwzględnieniu danych o przebiegu choroby.

Celem stwierdzenia, że odczyn otrzymane przez autorów, mają charakter swoisty, zbadali oni cały szereg surowic od chorych gorączkujących, cierpiących na gruźlicę różnych narządów oraz na inne choroby zakaźne, razem 90 przypadków. Wszystkie te badania wypadły ujemnie, zarówno co do odczynu zlepnego, jakoteż odchylenia dopełniacza. Zbadano również 400 surowic, dających odczyn zlepnym z tyfusem lub paratyfusem. Stanowi to wraz z 500 chorymi na Banga w sumie 900 przypadków. Wśród nich było tylko 8 przypadków, w których odczyn zlepnym wypadł dodatnio i z lasecznikiem Banga i z jednym z laseczników grupy tyfusowej. W tych tylko przypadkach możnaby ewentualnie mówić o nieswoistym odczynie w stosunku do lasecznika Banga.

Na dużej serji surowic, przysłanych do badania na odczyn Wassermann'a (ogółem 6000 przypadków), wykonano odchylenia dopełniacza, przytem w części ich również i aglutynację. Odczyn pierwszy wypadł dodatnio w 31 przypadkach, z tych w 18 wykonano jednocześnie aglutynację i otrzymano 7 dodatnich. Z tych 7-u w 4-ch przypadkach było prawdopodobne niedawne przebycie zakażenia lasecznikiem Banga i jedynie w 3-ch przypadkach należy uważać odczyn za nieswoisty.

Występowanie powyższych odczynów było niezależne od wyniku odczynu Wassermann'a.

W wyniku powyższych badań autorzy dochodzą do wniosku, że ani gruźlica, ani kiła, ani inne choroby zakaźne naogół nie są przyczyną powstawania odczynów nieswoistych. Nieswoiste odczyny występują zaledwie w 1 przypadku na 1000, a stąd wartość odczynu zlepnego dla rozpoznania choroby Banga jest prawie bezwzględna.

W 34 przypadkach podczas trwania gorączki wykonano posiew ze krwi. Hodowlę wykonywano na buljonie z dodatkiem wątroby w warunkach beztlenowych w ciągu 14-u dni. Z tych 34 posiewów z 21 otrzymano wynik dodatni. Wszystkie te szczepy zostały sprawdzone na przynależność do grupy Banga.

Dalsze badania autorów dążyły do tego, aby wykazać, czy pomiędzy szczepami ludzkimi a bydlęcymi istnieją różnice. Użyli oni do tego trzech metod: 1. zakażenia świnek morskich, 2. absorpcji, 3. różnych odczynów biochemicznych. Wspomniane wyżej szczepy wypróbowano w pierwszym rzędzie co do ich działania na świnki morskie, przyczem zwrócono uwagę, czy różnią się one co do swego działania od szczepów bydlęcych oraz dwóch szczepów ludzkich, pochodzących z Ameryki (nazw. *melitensis*). Zakażając szczepami temi świnki morskie, autorzy zauważyli występowanie nacieku w miejscu zastrzyknięcia, pozatem nie spostrzegli w żadnym przypadku objawów choroby. Waga wszystkich świnek utrzyma-

mywała się na jednakowym poziomie. Własności aglutynacyjne surowic zachowały się jednakowo. Aglutynacja była robiona zawsze z pewnym określonym szczepem bydłym. Badania anatomo-patologiczne również dały we wszystkich przypadkach jednakowe zmiany, polegające na powstawaniu ognisk zapalnych głównie w wątrobie i śledzionie.

Na zasadzie tych badań autorzy dochodzą do wniosku, że naogół pomiędzy szczepami lasecznika B a n g a, wyhodowanymi od ludzi, i szczepami, pochodzącymi od bydła, pod względem własności serologicznych nie spostrzega się wybitniejszych różnic. Różnice zaznaczyły się jedynie w stosunku do szczepu *melitensis* przysłanego z Ameryki. Ten ostatni szczególnie wskazuje na brak zupełnej tożsamości w obrębie szczepów grupy *Brucella*, co się zgadza z pracami innych autorów amerykańskich, którzy podkreślają istnienie dość wybitnych różnic serologicznych w obrębie tej grupy.

Co się tyczy statystyki, dotyczącej zakażenia lasecznikiem B a n g a, to autorzy wykonali cały szereg obliczeń, z których podam tutaj rzeczy, najbardziej interesujące. Naogół mężczyźni chorują częściej, aniżeli kobiety (58⁰/₀). Gdy odsetek zachorowań wśród kobiet w różnych okresach życia jest ednakowy, mężczyźni chorują najczęściej pomiędzy 15 — 40 rokiem życia. Największy odsetek spostrzegamy pomiędzy 25 — 30 rokiem życia. Odsetek zachorowań na wsi jest większy, aniżeli w miastach, co się tłumaczy większą sposobnością do zetknięcia się z materiałem zakaźnym. Fakt, że chorują więcej mężczyźni, tłumaczy się tą samą okolicznością. Coprawda, kobiety również zajmują się dojeniem krów, jednakże mężczyźni pełnią obowiązki w oborach, a mianowicie, karmią zwierzęta, pracują jako parobcy, uprzątają gnoje, poronione płody, stykają się więc ciągle ze źródłem zakażenia.

To samo zjawisko zostaje stwierdzone przy ujęciu statystyki z innego punktu widzenia. Gdy rozpatrzmy przypadki zachorowań w zależności od sposobu infekcji, a mianowicie przez spożywanie surowego mleka wzg. przez stykanie się z choremi bydłami, okaże się, że przypadki zachorowań, wywołane piciem surowego mleka, występują dość równomiernie, niezależnie od wieku, wówczas gdy przypadki zachorowań, wywołane przez zetknięcie się z bydłem, występują najczęściej we wspomnianym wyżej wieku.

Statystyka, ułożona według zawodów wykazuje, że najczęściej chorują zarządcy i farnale, dalej rolnicy. Według autorów nie spotykano ani jednego przypadku wśród lekarzy weterynaryjnych, co należy tłumaczyć ich uświadczeniem co do możliwości zakażenia. Natomiast spostrzegano dość dużo przypadków zachorowań wśród lekarzy, czego autorzy narazie wytłumaczyć nie są w stanie.

Wywiady, dotyczące ludzi, chorujących w Danji na zakażenie las. B a n g a co do ich przebywania uprzedniego w miejscowościach, gdzie panuje gorączka maltańska, wykazały, że ci ostatni stanowią zaledwie minimalny odsetek w ogólnej liczbie chorych, przytem od kilkunastu lat już stale przebywają w Danji.

Możliwość zakażenia się od innych zwierząt, jak kóz, owiec i świń, na zasadzie zebranego materiału staje się nieprawdopodobną. Inne źródła zakażenia, jako to: sery importowane, owoce południowe — również zdają się nie wchodzić w rachubę. Zresztą, próby, czynione przez innych autorów na obecność lasecznika B a n g a w serze, wypadły ujemnie.

Co do 216 pacjentów autorzy otrzymali wiadomości, że zmarło wśród nich 7-u, z tych najwyżej w dwóch przypadkach zakażenie lasecznikiem B a n g a było bezpośrednim powodem śmierci.

W sprawie wpływu tej choroby na ciążę autorzy otrzymali dane co do 12-tu kobiet. Z tych 9 nie były podczas choroby w ciąży. Trzy natomiast były ciężarne i poroniły w 5, 6 i 7 miesiącu. W dwóch przypadkach badanie bakterjologiczne

wydzieliny z pochwy, wykonane w dwa tygodnie po poronieniu, dało wynik ujemny. Natomiast w jednym jeszcze przypadku, w którym poronienie nastąpiło w 7-ym miesiącu ciąży, wyodrębniono lasecznik B a n g a z wysięku, pokrywającego łożysko. Z płodu nie udało się nic wyhodować. To ostatnie spostrzeżenie wskazywałoby na to, że w poronieniu u kobiet lasecznik B a n g a odgrywa pewną rolę, co stanowi jednak minimalny odsetek w porównaniu z innymi przyczynami powodującymi poronienie.

J. F r e n d z l o w a

Lecznictwo

A. BICKEL. Cukier gronowy jako środek djetetyczny. (Arch. f. Verd. Krank. Tom 45 Nr. 1/2.)

Autor przypisuje cukrowi gronowemu pierwszorzędne znaczenie djetetyczne.

Znaczenie cukru wogóle w djetetyce jest powszechnie znane. Zpśród różnych rodzajów cukru — cukier gronowy czyli t. zw. dekstroza jest najłatwiej przyswajalny. Wsya się on bardzo łatwo bez uprzedniego rozszczepienia w przeciwstawieniu do innych, które muszą ulec uprzednio rozszczepieniu (disacharydy) lub inwersji.

Ta szybkość wchłaniania (już poczęści w żołądku) decyduje o leczniczym stosowaniu dekstrozy w medycynie. Jednakże jeszcze inne względy przemawiają za dekstrozą: Zpśród rozmaitych cukrów ten gatunek najmniej pobudza czynność wydzielniczą żołądka, najmniej sprzyja rozwolnieniu, co ma duże znaczenie w praktyce dziecięcej.

Pozatem dekstroza, dodana do mleka krowiego w odpowiedniej proporcji powoduje ścinanie się drobnoklaskowate, co zbliża mleko krowie do ludzkiego.

Największą przeszkodą dotychczas w rozpowszechnianiu stosowania dekstrozy była jej stosunkowo wysoka cena. Obecnie dzięki nowemu sposobowi otrzymywania jej ze skrobi kukurydzowej (t. zw. „maizena“) cena kalkuluje jej b. tanio co powinno sprzyjać popularyzacji tego cukru.

B. G o l d s t e i n

B. SÜSKIND. Próba 25 miesięcznego odżywiania małobiałkowego. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 44, Nr. 5/6.)

Autor przeprowadził na sobie samemu badania, mające na celu wyświetlenie roli i znaczenia małobiałkowej diety w odniesieniu do bilansu ogólnego ustroju.

Pożywienie składało się głównie z owoców, jarzyn, tłuszczu, cukru i innych węglowodanów, białko zaś było doprowadzane głównie w postaci chleba.

Eksperyment dzieli autor na 3 okresy. W I okresie (9 miesięcy) poprawa stanu ogólnego przy dziennym spożyciu na kilo wagi 0,69 gr. białka, z których 22⁰/₀ biologicznie wysokowartościowego i 41 kaloryj. Waga ciała pozostawała bez większych zmian.

W II okresie (11 miesięcy), zmniejszenie się zapasu sił przy zachowanym dobrem samopoczuciu. Pożywienie w tym okresie wynosiło przeciętnie ok. 0,55 gr. białka na kilo wagi, z tego 90⁰/₀ wysokowartościowego oraz 42 kalorie na 1 kilo wagi. Nieznaczny spadek wagi.

Trzeci okres trwał 5 miesięcy. Tutaj stan się pogarszał z każdym dniem. Pożywienie zawiera 0,58 gr. białka na kilo wagi przy 8¹/₀ wysokowartościowego. Kaloryj 45 na kilo wagi; strata 1¹/₂ kilo wagi pomimo dostatecznego doprowadzenia pożywienia.

Z powyższych danych widać, że, jeżeli dieta małobiałkowa nadaje się na krótką metę, to przy dłuższym stosowaniu jest bezwzględnie szkodliwa. U autora pod koniec eksperymentu wystąpiły poważne zaburzenia ze strony serca, jak

extrasystole, tachikardja, zwiększona pobudliwość układu nerwowego i zaburzenia żołądkowo-jelitowe.

Na skutek tych objawów doświadczenia przerwano.

B. Goldstein.

C. F. Mc. CLINTIC. O leczeniu zaburzeń odżywczych za pomocą obstrzykiwań tętnic wyskokiem. (J. Am. Med. Ass. tom. 92, Nr. 12.)

Autor przyjmuje w zasadzie postępowanie lecznicze dla spraw odżywczych, polegające na zniesieniu unerwienia tętnic doprowadzających, które jest bodźcem skurczowym dla naczyń. Jednakże zamiast postępowanie doszczętnego, proponowanego przez Leriche'a, czyli t. zw. sympatektomii okolonaczyniowej, podaje metodę własną, polegającą na wstrzykiwaniu do pochewki naczynia (*art. femoralis*) 2 cm. sz. 95% wyskoku równomiernie ze wszystkich stron. W ten sposób zostają zniszczone nerwy przy znacznie mniejszym zabiegu, aniżeli w metodzie Leriche'a.

Zaletą tego postępowania jest także efekt natychmiastowy bez okresu skurczowego, szybkość oraz łatwość wykonania, nieznaczny zupełnie wstrząs operacyjny. Ryzyko operacyjne znacznie mniejsze, a wreszcie znacznie trwalsze wyniki aniżeli w metodzie drugiej.

Metoda ta ma zastosowanie we wszystkich sprawach, gdzie wchodzi w grę skurcz naczyń, a więc w *endarteritis obliterans*, chorobie Raynaud, odmrożeniach z groźącą zgorzelą, pewnych schorzeniach stawów natury odżywczej przebiegających pod postacią *arthritis deformans*.

Kończyna operowana staje się odrazu cieplejsza, a niekiedy nawet chorzy narzekają na uczucie gorąca w tej kończynie

B. G.

E. GREUL. Doniesienie o preparacie Vasano. (D. m. W. Nr. 30. 1929 r.)

Autor mówi o dobrych skutkach leczenia choroby morskiej preparatem „Vasano” — połączenia skopolaminy z hyoscyną. Początkowo stosował ten środek w przypadkach już istniejącej choroby morskiej, następnie, w miarę otrzymywania dobrych wyników, podawał go w 52 przypadkach zapobiegawczo. Już po 2 tabletkach w większości przypadków nudności ustępowały, a po dłuższym stosowaniu ustępowała wrażliwość na chorobę morską. Również u ludzi, którzy pomimo długoletniej jazdy na okrętach, zawsze zapadali na chorobę morską, po stosowaniu tego preparatu dolegliwości nie występowały. „Vasano” okazał się lekiem specyficznym przeciw nudnościom, gdyż po podaniu tego środka próba błędnikowa wypadła ujemnie.

Wanda Franzówna.

Choroby płuc.

A. OCHSNER. O etiologii przewlekłych nieżytów oskrzeli. (J. Am. Med. Ass. Tom 93, Nr. 3, 1929).

Na zasadzie licznych spostrzeżeń, połączonych z bronchografiami, autor przekonał się, że olbrzymia większość (ok 90%) przypadków przewlekłych nieżytów oskrzeli połączona jest z widocznymi rozstrzeniami oskrzeli.

Aby się upewnić co do ich istnienia, należy każdy przypadek przewlekłego nieżytu oskrzeli, trwający od kilku miesięcy, poddać bronchografii.

Wprowadzenie lipjodolu do drzewa oskrzelowego ma ponadto wyraźny wpływ leczniczy nie tylko w przewlekłych nieżytach oskrzeli oraz nawrotach nieżytów ostrych lecz także w wyraźnych nawet zmianach bronchiektatycznych.

Autor poleca dla bronchografii t. zw. metodę bierną, która polega na wprowadzeniu do oskrzeli lipjodolu za pomocą odpowiedniej strzykawki po uprzednim znieczuleniu

błony śluzowej ust, gardzieli i tchawicy. W ten sposób cały zabieg daje się bardzo mało we znaki pacjentowi.

B. G.

W. J. M. SCOTT. O zapobieganiu i leczeniu niedodmy pooperacyjnej. (J. Am. Med. Ass. Tom 93. Nr. 2. 1929.)

Omawiając zagadnienie niedodmy pooperacyjnej, autor zaznacza, że systematyczna hiperwentylacja płuc podczas operacji lub przy jej końcu, przyczyniła się znakomicie do zmniejszenia liczby przypadków schorzenia płuc.

Wczesne zastosowanie hiperwentylacji w przypadkach już rozpoczynającej się niedodmy daje natychmiast uderzający wynik, stwierdzalny zarówno klinicznie jak i radiologicznie. Jeżeli nadto zastosowano leczenie za pomocą zmiany położenia ciała, osiągnano zupełne wyleczenie, w sprawach niepowikłanych, w bardzo krótkim czasie. W żadnym z powyższych przypadków niedodma nie trwała dłużej niż 24-48 godz.

Co się dotyczy pooperacyjnego zapalenia płuc, to momenty wywołujące są zasadniczo te same, co w powyższych niedodmach. Leczenie za pomocą hiperwentylacji (wziewanie CO₂) i tu daje doskonałe wyniki.

Zaburzenia pooperacyjne w obrębie narządu oddechowego są znacznie częstsze w następujących 2 kategoriach zabiegów 1) w przypadkach kiedy cięcie znajduje się w górnej części jamy brzusznej, oraz 2) w przypadkach o zmniejszonej pojemności płuc.

W związku z tem zaleca się zapobiegawcze stosowanie hiperwentylacji w przypadkach operacyjnych, w przypadkach, należących do którejkolwiek z tych grup.

B. G.

J. HENDERSON. O fizjopatologii niedodmy. (J. A. M. A. Tom 93, Nr. 2. 1929).

Przyczyną, wywołującą pooperacyjne niedodmy, jest według autora, zamknięcie odnośnych oskrzeli przez lepłą wydzielinę oskrzela.

Pooperacyjne unieruchomienie klatki piersiowej nasu tek bólów, zaburzeń w odkaśływaniu oraz ruchach oddechowych spowodowanych wziewaniem narkotyków, oraz pozycji leżącej, jest co najwyżej momentem sprzyjającym.

Podobnie czynnik ten — niedrożność dróg oskrzelowych jest najważniejszą przyczyną innych spraw chorobowych pooperacyjnych.

Los miąższu płucnego po zamknięciu oskrzela zależy od drobnoustrojów obecnych w zacopowującym oskrzelu śluzie. Niejadowity (stosunkowo) typ IV pneumokokka wywoła zwykłą niedodmę, bardziej jadowite szczepy wywołać mogą zapalenie płuc, ropotwórcze bakterje lub beztlenowce — ropień płuc czy też sprawy zgorzelinowe.

W niedodmie zwykłej spotyka się zawsze typ IV pneumokokka, tak samo zresztą jak w zapaleniu, różnica leży tylko w stopniu jadowitości ziarniaków.

Przebieg kliniczny, badanie rentgenologiczne, zmiany patologiczne i ponad wszystko, dane doświadczalne zdają popierać powyższy punkt widzenia.

Zaburzenia powyższe są o wiele częstsze po operacjach brzusznych i piersiowych, aniżeli po zabiegach na głowie lub kończynach.

B. G.

Henryk FAJGIN. Leczenie astmy za pomocą wziewania. (D. m. W. Nr. 30. 1929).

Brak jednolitego poglądu na etiologję astmy uniemożliwia skuteczne leczenie tej sprawy chorobowej. Różnorodne środki lecznicze, dotąd stosowane, zmniejszały jedynie męczące i przykre objawy napadów, na występowanie zaś samych napadów wpływu nie miały. Z tych środków wymienić należy atropinę, adrenaline, morfinę, podawane w zastrzyknięciach. Od

niedawna wprowadzono z powrotem próby leczenia tej sprawy chorobowej za pomocą wziewania. Najlepszym środkiem w tym celu bez działań ubocznych okazał się preparat „bronełorydzu” zawierający mieszaninę papaweryny z eumydriną, wyciąg z przysadki i z nadnerczy oraz związki nitrowe. Środek ten wchłania się przez błonę śluzową oskrzeli. Chorzy wziewają go kilka razy w ciągu dnia i nocy po 3-5 minut. Autor stosował ten preparat w 70 przypadkach astmy i stwierdzał w przypadkach, przebiegających ze znacznym nieżytem oskrzeli ustępowanie napadów po 1-2 tygodniach wziewania, w przypadkach bez nieżyty lub z miernym nieżytem ustępowanie napadów po jednym wziewaniu. Wziewanie odbywa się w sposób prosty za pomocą aparatu „Turio-piu—K—Inhalators” i aparatu „Triplex — Inhalators”. Mały ten aparat można stale nosić przy sobie.

Wanda Franzówna.

Choroby serca i naczyń.

G. KLEMPERER. Wzruszenia a choroby serca. (Ther. d. Gegenw. Nr. 1, r. 1929).

Nawiązując do powszechnie znanych asocjacji, pomiędzy życiem afektywnym a czynnością serca, autor usiłuje wykazać wpływ wzruszeń na patologię serca.

Nie jest to rzeczą łatwą, gdyż nie można wykazać bezpośredniego związku pomiędzy obydwoma zjawiskami.

W przypadkach t. zw. śmierci z powodu wzruszeń psychicznych można znaleźć zmiany, znane pod nazwą *myocarditis chronica* lub *myodegeneratio cordis*. Ogniska te nie są jednak tak rozległe, by mogły same wytłomaczyć zejście śmiertelne.

Niewątpliwie istnieje związek pomiędzy afektywnym życiem a ciśnieniem krwi. Jak wiadomo, afekty dodatnie podnoszą działanie układu sympatycznego. Afekty natomiast ujemne działają w kierunku odwrotnym, wago-tonicznie. Po- przez układ naczyniowy afekty także oddziałują na serce.

Eppinger przypuszcza także, że przemiana, zachodząca w mięśniach pośrednio działa na serce poprzez ośrodek oddechowy.

Aczkolwiek więc bezpośrednich dowodów niema, należy wierzyć, że psychika ma wielki wpływ na przebieg spraw sercowych, i w leczeniu jest niemniej ważna, niż dieta i leki.

B. G.

M. PACKARD i H. F. WECHSLER. Tętniak tętnicy wieńcowej. (Arch. Int. Med. Tom 43, Nr. 1, r. 1929).

Autorzy przytaczają przypadek tętniaka tętnicy wieńcowej, zestawiając go z podobnymi przypadkami w piśmiennictwie.

Sprawy te są częstsze u mężczyzn, niż u kobiet (3:1), prze-ważnie występują w liczbie pojedynczej i zwykle w początkowej części lewej gałęzi.

Pęknięcie tętniaków zdarzały się w 50 proc. przypadków

Etiologicznie rozróżniemy 2 grupy: zakaźną oraz miażdżyczą. Pierwsza występuje u ludzi stosunkowo młodych (przeciętnie 27 lat) w przebiegu przewlekłego czy ostrego zapalenia wsierdza. Druga u ludzi starszych (przeciętnie 57 lat) na tle miażdżycy ogólnej i głównie tętnic wieńcowych.

Pewne rozpoznanie za życia jest niemożliwe.

B. G.

S. S. SAMUELS. O wczesnem rozpoznawaniu thromboangiitis obliterans. (J. Am. Med. Ass., tom 92, Nr. 19/1929).

Wynik leczenia zachowawczego w przebiegu *thromboangiitis obliterans* (chor. Bürgera) zależy w pewnym rzędzie od dość wczesnego rozpoznania.

Dzisiejsze metody rozpoznawcze pozwalają na to w zupełności, chodzi tylko o to by pomyśleć o badaniu w odnośnym

kierunku. Wyniki leczenia zależą głównie od tego, czy światło naczynia nie zostało jeszcze zupełnie zacopowane.

Z objawów charakterystycznych należy wymienić zanik amplitudy ciśnienia, obniżenia ciepłoty odnośnej części ciała i zmiana zabarwienia skóry w odnośnej okolicy. Te objawy szczególnie jeżeli występują z jednej tylko strony, są prawie potognomoniczne dla niedrożności tętnicy.

Tak na przykład uniesienie chorej kończyny pod kątem 90°, powoduje już znaczne jej oziębienie oraz silną anemizację. W cięższych przypadkach należy wzmocnić te objawy za pomocą skurczów mięśniowych (forsowne zginanie i rozgina nie kończyny).

W dalszym ciągu należy zbadać tętnienie naczyń koń- czyny, a więc przedewszystkiem *art. dorsalis pedis* względnie *art. tibialis posterior*.

Badanie to należy uzupełnić jeszcze przez zbadanie oscylometryczne ciśnienia, co może mieć znaczenie rozstrzy- gające.

B. G.

P. WHITE i R. HAHN. Wzdychanie jako objaw cho- roby serca. (Am. J. Med. Sc. tom 177, Nr 2.)

Na zasadzie badań porównawczych na dużym materiale autorzy stwierdzają, że wzdychanie jest raczej objawem zmę- czenia oraz niedomogi układu nerwowego, aniżeli układu krążenia.

U osobników z chorem sercem wzdychanie nie jest by- najmniej częstsze, aniżeli u osób zdrowych, o ile tylko nie wchodzi w grę czynniki dodatkowe, jak zmęczenie lub wysiłek.

U osób, które szczególnie często wzdychały, przy bliż- szem badaniu okazywała się bardzo często niemiarowość od- dechowa i wogóle chwiejność układu nerwowego. Chorych na serce spotykało się stosunkowo rzadko. Stąd wniosek, że wzdychanie jest niesłusznie uważane za objaw schorzenia serca

B. G.

N. M. MASTER E. OPPENHEIMER. Prosta próba tole- rancji układu krążenia. (Am. J. Med. Scienc. tom 177. Nr. 2).

Autorzy podają bardzo prostą próbę badania czynnoś- ciowego wydolności układu krwionośnego. Polega ona na tem, że badany wchodzi i schodzi na dwa stopnie wysokości 9 cali. W ten sposób można obliczyć dokładnie ilość wykonanej pracy.

Specjalne tablice wykazują normę pracy, jaką mogą wy- konać osobniki zdrowe w zależności od wieku, wagi i płci. Jako kryterjum, służy powrót ciśnienia skurczowego do sta- nu spoczynkowego już po 2 minutach.

Do 13 lat życia płeć żeńska wykazuje większą siłę. Potem stosunek się zmienia. Maksimum wydolności pracy u mężczyzn przypada na 26-29 rok i wynosi ok. 3800 stóp-fun- tów, u kobiet na 24 rok i wynosi ok. 2950 st. f.

Wydolność należy od ćwiczenia, wysokości i wagi osob- nika. Średnia waga daje *optimum* pracy. Wraz ze wzro- stem zwiększa się wydolność pracy. Próba ma tę zaletę, że pozwala określić niejako ilościowo średnią oraz najwyższą to- lerancję pracy dla serca chorych, względnie zdrowych osob- ników (np. u sportowców).

B. G.

Choroby dzieci.

Paul FREUD. O leczeniu wymiotów pochodze- nia nerwowego i w krztuścu u dzieci za pomocą alkoho- lu trójchlorobutylowego. (Nautisan). (D. m. W. Nr. 30. 1929).

Wymioty nerwowe i wymioty przy krztuścu u dzieci oddawna już starano się leczyć środkami farmakologicznymi, gdyż leczenie dietetyczne i inne często zawodziły. Papawery- na z atropiną w leczeniu tych stanów ustąpiła niedawno miej- sca preparatowi „Nautisan”, który działa ośrodkowo. Autor

stosował ten środek u niemowląt, u dzieci w wieku 3—9 lat i u dzieci z wymiotami przy ksztuścu. Najszybciej poprawa występowała, gdy środek ten podawał w połączeniu z kofeiną w postaci czopków. Po 1—2 dniach stosowania wymioty ustępowały. Działania ubocznego szkodliwego nie stwierdzono. W wymiotach innego pochodzenia preparatu tego podawać nie należy.

Wanda Franzówna.

WIELAND. Nowoczesne leczenie krzywicy naświetlanem mięsem i mlekiem oraz uczynionymi preparatami ergosteryny w klinice dziecięcej w Bazylei. (D. m. W. Nr. 31 1929).

W klinice dziecięcej w Bazylei przy leczeniu krzywicy „Ravix” — preparat suszonego mleka i naświetlane preparaty ergosteryny jak „Vigantol”, „Vitastérin” i inne okazały nadzwyczajne rezultaty. Szkodliwego działania przy stosowaniu tych środków nie zauważono. W przypadkach krzywicy, przebiegających jednocześnie z przewlekłymi sprawami zapalnymi, poprawy nie otrzymywano. Poza krzywicą dziecięcą środki te mają działanie lecznicze tylko w krzywicy u starszych, w tężyczce i osteomalacji. Stosowanie zbyt dużych dawek naświetlanej ergosteryny wywiera działanie trujące na organizm, dlatego autor proponuje sprzedaż tych środków jedynie za receptą lekarza oraz nie przekraczanie dawek maksymalnych, które dla ergosteryny wynoszą 2—4 mg. dziennie, dla „Ravix” 80—85 gr. dziennie. Leczenia krzywicy nie należy przedłużać ponad 8—10 tygodni.

Wanda Franzówna.

G. F. MUNNS. Gorączka atropinowa u niemowląt. (J. Am. Med. Ass. Tom. 93. N. 3 1929).

Niemowlęta, jak wiadomo, niekiedy reagują bardzo silnie na atropinę. Atropina już w zwykłych dawkach leczniczych może wywołać sporą gorączkę.

Gorączka taka nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, ustępuje pod wpływem hydroterapii, lub też stopniowo opada samoistnie, nie pozostawiając po sobie żadnych przykrych następstw.

Taka gorączka poatropinowa jest zwykle połączona z wybitnym wzdęciem brzucha. Jest to prawdopodobnie następstwo porażenia mięśni gładkich przewodu pokarmowego.

Co do mechanizmu gorączki atropinowej, to może on być następujący: 1) bezpośredni wpływ na ośrodki cieplne, 2) porażenie czynności regulacyjnej aparatu potowytwórczego, 3) oba powyższe czynniki łącznie.

Z powyższego wynika, że można u niemowląt podawać atropinę w przypadkach skurczów odźwiernika lub kiszki. Dawki powinny jednakże z początku być małe i wzrastać bardzo powoli, by uniknąć zaburzeń w rodzaju opisanych wyżej.

B. Goldstein.

H. STROIE. O leczeniu Wigantolem. (Klinische Wochenschrift, Nr. 3, 1928).

Autor opisuje bardzo dokładnie wyniki leczenia Wigantolem trzech przypadków krzywicy, rozmiękczenia kości i tężyczki, to znaczy chorób, przedstawiających główne wskazania do stosowania witaminy D pod postacią naświetlanej ergosteryny. Przypadki te, wybrane z dużego materiału klinicznego, dotyczą bardzo ciężkich postaci wymienionych schorzeń. Wigantol okazał się w stanie doprowadzić we wszystkich przypadkach do szybkiego i całkowitego wyleczenia. Zarówno szczegółowe badania laboratoryjne, jak i stan ogólny dowodziły, że zaburzenie przemiany mineralnej ustąpiło miejsca stosunkom prawidłowym. Niezwykle pomyślne wyniki, otrzymane

przez autora, potwierdzają liczne dotychczasowe spostrzeżenia i dowodzą istotnej wartości leku, stanowiącego znaczny postęp w terapii krzywicy.

J. Typograf.

Medycyna sądowa.

W. CHALFIN. Poronienia w Moskwie i gub. Moskiewskiej. (Problemy Priestupnosti Z. II. 1927 r.)

W r. 1925 w Moskwie na podstawie decyzji odpowiedniej komisji było dokonane 16665 sztucznych poronień, przytem przeważnie (77,9%) u kobiet, które żyły w legalnym związku małżeńskim. 71% poronień było dokonane w drugim miesiącu ciąży. Jako przyczyny poronień były podane w 54% — nędza, 12,5% — choroby matki, 12,6% — posiadanie dzieci przy piersi, 0,5% — chęć ukrycia ciąży, 19,6% — inne przyczyny. 71% roniących kobiet było to robotnice i wogóle pracujące wżg. żony tychże kategorii pracowników, 13,7% — bezrobotne, 5,5% — uczennice, 3,2% — gospodynie. Stosunkowo nieduży odsetek kobiet, uciekających się do sztucznego przerwania ciąży, nie umiał pisać i czytać.

W. Grzywo-Dąbrowski.

KRAINSKAJA-IGNATOWA. Zastosowanie odczynów barwnych krwi do określenia płci. (D. Zeitschf. f. d. ges. gerichtl. Medizin. XII. Band.)

Co do wymienionych odczynów autorka przychodzi do następujących wniosków: Do określenia płci odczyny te nie mogą być zastosowane, gdyż nie są one wcale swoistymi. Wynik odczynu zależy nie od rodzaju płci, lecz od ilości krwi, która była wzięta do wykonania próby; ta sama krew, użyta w rozmaitych ilościach, da wedł. Bernatzkiego i wedł. Monoiłowa w jednym przypadku odczyn charakterystyczny dla płci żeńskiej, w innym — dla męskiej.

W. Grzywo-Dąbrowski

KRAINSKAJA-IGNATOWA. Właściwości grupowe spermy. (Wręcz bnoje Dzieło 1929.)

Autorka zbadała spermę w 106 przypadkach, z tego w 81 — sperma pochodziła od osób żywych, w 25 — od zwłoki. Do grupy O należało 46 przypadków, do grupy A — 38, do B — 17, do grupy AB — 5. Grupa spermy zawsze odpowiadała takież grupie krwi. Autorka przyszła do wniosków, że właściwości grupowe spermy mogą być stwierdzone nie tylko w spermie właściwej, lecz i jej plamach, co umożliwia w poszczególnym przypadku ustalenie indywidualnej przynależności tej plamy. Ponadto autorka badała i poszczególne narządy i określała ich właściwości grupowe; na podstawie tych badań przypuszcza ona, że w przypadku badań części ciała (przy rozkawałkowaniu) można za pomocą takich dociekań ustalić, czy badane narządy należą do jednego i tego samego osobnika.

W. Grzywo-Dąbrowski.

LÖWENTHAL. Pozorny zanik istoty rdzennej nadnerczy w tak zwanym stanie grasiczo — chłonnym. (Deutsche med. Wochenschrift. 1929. N. 25.)

Autor stwierdza, że poglądy, przyjmujące istnienie niedorozwoju istoty rdzennej nadnerczy są oparte na tak samo kruchej podstawie, jak i przyjmujące istnienie stanu grasiczo — chłonnego. Znane przypadki zejść śmiertelnych, w których nie stwierdza się wyraźnych zmian sekcyjnych, zarówno tak samo nie są wywołane nadmierną wydzieliną grasicy, jak zmniejszoną produkcją adrenaliny. Oczywiście, nie można negować, że wchodzi tu w grę jakiś swoisty mechanizm śmierci, jednak jak dotąd brak nam dowodów, że wchodzi tu w grę nienormalna konstytucja ustroju.

W. Grzywo-Dąbrowski.

C. SIMONIN. Ślady na ubraniu przy strzale z blizka, osmalenia. (*Annales de Médecine Légale* N. 6 1928).

W związku ze strzałem danym z blizka poprzez ubranie, autor dokonał szeregu eksperymentów, strzelając do danego celu poprzez ubranie.

Z doświadczeń tych wynika, że:

- 1) Jeżeli strzał jest dany z odległości 5—6 cm. prószyny będą się znajdowały na materiale, przez który się strzela; otwór wlotu, jeżeli strzelać prochem bezdymnym, jest mniejszy, niż średnica kuli; proch dymny daje otwór większy wskutek opalenia brzegów. Jeżeli na swej drodze kula przebija grubszą warstwę papieru, to otwór wlotowy rozszerza się kraterowato w kierunku linii strzału prawdopodobnie wskutek tego, że cząsteczki papieru, oderwane przy przejściu kuli, tworzą pewnego rodzaju pokrywę na kuli.
- 2) Jeżeli strzelać, przykładając lufę do celu, to wówczas powierzchowne warstwy materiału są rozzerwane kraterowato na zewnątrz, otwór jest większy niż średnica kuli, brzegi postrzępione, często wywrócone na zewnątrz, zaczernione, a w wypadku prochu dymnego opalone. Prószyny przeważnie znajdują się na powierzchni zewnętrznej drugiej warstwy materiału, przez który przechodzi kula. Tatuaz na skórze w postaci dwóch kół koncentrycznych „en cocarde” utworzony przez produkty spalania prochu; przy prochu dymnym podobny tatuaz może się utworzyć na wewnętrznej powierzchni materiału, który bezpośrednio styka się ze skórą. Brzegi wlotu na skórze osmalone naskórek wykazuje otarcie, w brzegach skóry pewna liczba prószyn. Ogólnie mówiąc, przy strzałach z blizka poprzez ubranie produkty spalania prochu układają się zwykle w trzech różnych płaszczyznach:
 - 1) Na powierzchni — tatuaz zewnętrzny (opalenie płomieniem).
 - 2) Pomiędzy I i II warstwą materiału lub pomiędzy II i III (zależnie od gatunku materiału) działanie gazów i płomieni powoduje wytworzenie się tatuazu „en cocarde”, (dwa koła koncentryczne).
 - 3) Pomiędzy skórą a materiałem tworzy się trzeci tatuaz „en cocarde”. W danym wypadku tworzenie się tego tatuazu zależy od elastyczności skóry, gdyż w razie podłożenia ciała sztywnego, np. drzewa, tatuazu tego nie otrzymamy. Tatuaze w głębszych war-

stwach ubrania dowodzą, że strzał był dany po przyłożeniu lufy do celu.

St. Manczarski.

A. EWFARICKIJ. Ślad palca na kurzu, jako cecha umożliwiająca ustalenie tożsamości (Sud. — med. Eks. pientiza. 1928/VIII.)

Autor twierdzi, że obraz i wygląd linii zgięć skóry, znajdujących się na dłoniowej powierzchni palców w okolicy stawów pomiędzy paliczkami, posiada ściśle indywidualne właściwości, i stąd ich wygląd, odbity na kurzu, pokrywającym jakiś przedmiot, może posłużyć do stwierdzenia identyczności osoby, która pozostawiła ten ślad. Na poparcie swego twierdzenia autor podaje, że przeglądając 3975 odbić całej dłoni wraz z palcami, nie znalazł ani razu takiego samego rysunku wspomnianych linii palców. Przy badaniu podejrzanego należy robić odbicie jej palca na kurzu, mając za podłoże taki sam przedmiot, na jakim był znaleziony podejrzan ślad; poatem przy robieniu odbicia palca należy go przyciskać raz mocniej drugi raz słabiej, gdyż wyrazistość linii w okolicy zgięć stawowych będzie również zależała i od siły ucisku palca.

W. Grzywo-Dąbrowski.

ROESLE. Śmiertelność niezamężnych kobiet po wojnie. (*Deutsch. med. Woch.* 1929 N. 25).

Z artykułu tego wyjmujemy tylko dane co do samobójstw kobiet niezamężnych. Autor stwierdza, że obecnie Niemcy w Europie, jak zresztą i w całym świecie, posiadają najwyższą cyfrę samobójstw kobiet, na czele zaś krajów niemieckich pod tym względem (jak zresztą było to i przed wojną) krocą Saksonja i Turynja. W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost samobójstw kobiet, a szczególnie niezamężnych; w r. 1926 w Magdeburgu było samobójstw kobiet niezamężnych (jeśli przyjmiemy za 100 liczbę samob. mężatek) w wieku 15—30 lat — 475, w wieku 30—40, 347, w r. 1927—300 i 626. W tym samym czasie liczba samob. mężczyzn w odpowiednim wieku albo spadła, albo pozostała bez zmiany.

Zjawisko to autor tłumaczy dużą przewagą liczby kobiet, w okresie zdolności do płodzenia, poatem autor stwierdza, że w tym wieku w Berlinie kobiety najczęściej umierają na gruźlicę, na drugim miejscu — śmierć w związku z poronieniem, trzecim — śmierć samobójcza.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Wskazówki praktyczne.

Huldschinsky stosuje z powodzeniem *Uzara* (przetwór z rośliny afrykańskiej) w mimowolnem oddawaniu moczu (*enuresis*) u dzieci, jakoteż w nietrzymaniu moczu z powodu chorób pęcherza. *Uzara* działa hamująco na zakończenie nerwu współczulskiego w mięśniach gładkich. Stosowany był *Liquor Uzara* 1 gr. dziennie. Ten sam środek działa bardzo skutecznie w biegunkach u dzieci.

(*Kl. Woch.* 1929 N 47).

—o—

W nadciśnieniu stosuje Halla derywat choliny — *Kathesin* w pastylkach (0,01) lub w ampułkach do zastrzykiwań podskórnych (0,01). Dobre usługi oddawał *kathesin* i w innych sprawach sympatykotonicznych, mianowicie: w dławicy piersiowej, w obwodowych skurczach naczyń (zgorzel miażdżycowa i cukrzyca, *Raynaud*, ból sercowo-naczyniowy w ramieniu, niektóre szumy uszne, bolesne miesiączkowanie, stany atoniczne przewodu żołądkowo-jelitowego). Według danych z piśmiennictwa środek ten ma działać skutecznie w tachikardji

aroksyzmalnej, w trzepotaniu przedsionków i w głodzie morfinowym w okresie odzwyczajania. Przy właściwym dozowaniu nie zagraża ani zatrucie ani przyzwyczajenie, ani kumulacja.

(Med. Klin. 1929 N 46)

— o —

Leyton poleca do leczenia lżejszych przypadków cukrzycy zawieszinę insuliny w oleju rycynowym, którego 1 cm³ wystarcza na 100 jednostek. Stosuje się jak zwykle podskórnie bez żadnego bólu. Dobra strona tego sposobu stosowa-

nia insuliny polega na wolniejszym wchłanianiu, co pozwala na zredukowanie liczby zastrzykiwań.

(Lancet. 1929 N. 5511)

— o —

E. Ebstein leczy otwarte ogniska dnawe tuszowaniem rozcieńczonym roztworem piperazyny. Takie otwarte ogniska, mogące być punktem wyjścia zakażeń septycznych, goją się pod wpływem tych tuszowań w ciągu kilku dni.

(D. m. W. 1929 N 40)

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dnia 29 Stycznia 1929 r. (87-e).

1. Jermulowicz. *Polyneuritis z zespołem Hornera i objawami naczynio-ruchowymi.*

U pacjenta, w wieku lat 21, wystąpiły, w pierwszych dniach września 1928 roku, wymioty, oraz silne bóle kłujące w nadbrzuszu, które trwały 3 dni, poczem chory przez tydzień czuł się dobrze. Po tygodniu nawrót tych samych objawów, po dalszych kilku dniach plamy czerwone i obrzęk na kończynach dolnych. Po 2 tyg., objawy te stopniowo ustąpiły, lecz po kilku dniach, wystąpiły po raz trzeci obok krwawień z nosa. Przyjęty do Kliniki Wewn. przebywał tam, aż do 16 listopada ub. roku. Objawy wymienione po kilkunastu dniach znacznie złagodniały, utrzymują się jednak, w słabym stopniu, do dnia dzisiejszego. Z początku obserwowano w Klin. Wewn. plamy czerwone i krwotoczki skórne, a pod koniec pobytu w Klin. Wewn. pojawiły się silne bóle rwące w kończynach, zwł. w górnych, które obrzękły silnie, i wreszcie zupełny bezwład kończyn górnych. Do objawów tych, utrzymujących się do dnia dzisiejszego przyłączył się, podczas obserwacji w naszej Klinice, wybitny zespół Hornera po stronie lewej. Ciężota przez cały ten czas przekraczała 38,0, dopiero z końcem grudnia opadła do 37,0.

Przedmiotowo stwierdziliśmy wybitne zmiany w nerkach, (początkowo 40/00, ostatnio już tylko 0,15/00 białka, b. liczne krwinki i walczki szkliste) i *neuroretinitis albuminurica*. W płucach i śródpiersiu — nic szczególnego. Glucine serca nieco powiększone w całości, tętno serca. Tętno w okresie gorączkowym około 120, ostatnio 86, miarowe. Ciężnienie 140/95. Pierwsze badania morfologiczne krwi wykazało: ciałek czerwonych 4250000, Hb. 60, wsk. 0,8, c. b. 10,000. Nakłucie łądźwiowe dwukrotnie nie wykazało najmniejszych odchyleń od normy. Badania bakterjologiczne płynu m.-rdz. i krwi (posiewy) wypadły ujemnie. Wassermann w płynie i we krwi ujemny.

W zakresie nn. czaszkowych stwierdza się lewostronny zespół Hornera, z zupełnym, do niedawna, zniesieniem pocenia się lewej połowy twarzy i szyi, obecnie po zastrzykach pilokarpiny tylko zmniejszonym. Nadzwyczajna bolesność wszystkich pni nerwowych i kości, w mniejszym stopniu mięśni i powłók skórnych. Brak sztywności karku, natomiast wybitny obustronny objaw Lasèguea.

Kończyny górne porażone, w całości silnie obrzękłe, najwybitniej jednak w okolicy stawów łokciowych. Dawniej obrzęk ich był jeszcze znaczniejszy. Chory nie może także unieść barków do góry. Z powodu porażenia mięśni szyi i łopatek, szyja wznosi się nad okolicą, ponadobojczykową pod

kątem prawie prostym. Ruchy bierne obecnie znacznie upośledzone z powodu przykurczów stawowych: w łokciach zgięcie możliwe jest tylko do kąta prostego, ramiona można odwieść tylko nieznacznie. Zresztą stwierdza się wybitną hypotonję. Brak wszystkich odruchów. Wszystkie mięśnie łącznie z łopatkami znacznie zanikłe. Pobudliwość mechaniczna mięśni zniesiona, elektryczna wybitnie upośledzona. Badając prądem galwanicznym uzyskuje się dopiero przy 30 MA. bardzo słabe leniwe skurcze mm. ramion, zaś przy 20 MA. mm. przedramion. Wybitna suchość, zanik i łuszczenie się skóry na obu KKG, najbardziej uderzająca na rękach i paznokciach. Kończyny dolne chore trzyma stale zgięte w stawach biodrowych i kolanowych. Są one wychudzone, lecz ich siła tylko nieco obniżona. Odruchy ś-o. obecne, prócz lewego Achillesa, odruchów spastycznych brak. Odruchy brzuszne i jądrowe zachowane.

Bardzo żywy odruch pilomotoryczny, górny i dolny, występuje wszędzie, prócz KKG, gdzie pojawia się tylko po stronie wewnętrznej prawego ramienia. Wszelkie rodzaje czucia powierzchownego i czucie głębokie zniesione na przedramionach i dłoniach, na ramionach znacznie upośledzona, zwł. na prawem. Pozatem na całej powierzchni ciała zarówno czucie powierzchowne, jak i głębokie bez zmian. Oddawanie moczu było w ciągu choroby przez krótki czas utrudnione, obecnie prawidłowe, tak samo i oddawanie stolca.

Od 2 tygodni stan neurolog. zaczyna się poprawiać. Objaw Hornera jest nieco mniej wybitny, pojawiły się skurcze dowolne obu mięśni piersiowych i lekkie unoszenie barków. Bóle chorego, o charakterze rwącym i piekącym, na które tylko preparaty morfinowe pomagały, a czasem acecolina stały się znacznie słabsze.

Rozpoznanie: *polyneuro-radiculitis*, o nieznanej etiologii. Przemawiają za tem: bóle, silna bolesność pni nerwowych, mięśni i skóry, zaburzenia czucia, o typie obwodowym, brak odruchów na KKG, jednego Achillesa, wreszcie kolejny rozwój objawów neurologicznych. Znamienne ustosunkowanie się objawów w tym przypadku wyraża się przeważnie zajęciem KKG.

Uderzającym powikłaniem są objawy vegetatywne, mianowicie: bardzo znaczne obrzęki całych KKG, zespół Hornera z upośledzeniem pocenia się tejże strony, i uporczywe bóle kaulgiczne, na które choremu pilokarpina mało pomagała, a znacznie więcej acecolina. Objawy te musimy odnieść do zespołu neurytycznego, przyjmując zajęcie tejże części korzonkowej nerwów dla górnych kończyn. Nie ma powodu uciekać się, dla wytłumaczenia tych objawów współczulnych, do rozpoznawania powikłania myelitycznego, w takim razie bowiem należałoby oczekiwać wybitniejszych zaburzeń w odda-

waniu moczu, odcinkowych zmian uczucia i objawów dysocjacji uczucia. Ponieważ zaś wtedy musiałoby istnieć zajęcie istoty szarej rdzenia szynowego co najmniej po D₂, a prawdopodobnie nawet znacznie niżej, musiałby ulec przerwie odcinkowej odruch włosoruchowy, nie tylko na KKG, lecz i na górnej części klatki piersiowej. Tak jednak nie jest, bo jednak odruch włosoruchowy zaoszczędza u tego chorego jedynie obszary zaburzonego uczucia.

Dyskusja: Higier. Zwraca uwagę, że największą uwagę trzeba skierować na działanie serca. Często mimo, że objawy nerwowe ustępują następuje śmierć właśnie ze strony serca zatrutego toksynami infekcji.

Bregman. Ostatnio spotykał dość często nietypowe objawy *polyneuritis*.

2. Herman i Wolf. *Przypadek powiększenia objętości prawej kończyny górnej prawdopodobnie na tle zaburzeń ośrodków współczulnych.*

Chory B. Z., l. 33 krawiec przybył 26.XII. 28; od 10 tygodni osłabienie prawej k. g. W 2 tygodnie po osłabieniu obrzmiewanie tej k. oraz sinienie zwłaszcza w nocy, ustępujące rano po 2 godzinach pracy lub utrzymujące się dłużej gdy nie pracował. W pracy kończyła ta słabnie. Od dzieciństwa migrena z wymiotami, poziewaniem. Jeden syn oraz rodzice chorego miewają bóle głowy.

Objektywnie: narządy wewnętrzne bez zmiany. Roentgen klatki piersiowej i kręgosłupa bez zmian. Nn. czaszkowe—prawidłowe. Kończyna górna prawa cieplejsza, różowofioletowa o objętości większej, różnej, zależnej od pory dnia, mianowicie: różnica pomiędzy ramieniem pr. i lewym waha się od 5½—4 cm., pomiędzy przedramieniem pr. i lewym od 4—2 cm. przyczem cyfry większe dotyczą pomiarów rannych. Wybitne pocenie się. Tętnienie tętnic promieniowych obustronnie jednakowe. Ciśnienie krwi 140/90 obustronnie. Różnica temperatury pr. i lew. k. g. wynosi 0,30 na niekorzyść lewej; wodochłonność skóry na kończynie pr. zwolniona, mianowicie: bąbel znika po 18 minutach, gdy na lewej po 4½ min. Próba D a n i e l o p o l u wykazuje normalne napięcie układu współczulnego przy nieco zmniejszonym napięciu układu parasympatycznego. Badanie cytologiczne krwi wykazuje różnice w ilości czerwonych ciałek krwi z palców lew. i pr. dłoni, mianowicie: po pr. str. 5.890.000, po lew. 4.210.000. Odruch pilomotoryczny (A. Thomas) na pr. k. d. silniejszy niż na l. k. d. przy drażnieniu okolicy po za małżowiną uszną, przyczem po str. prawej odcina się wzdłuż łuku żeberowego, przy dłuższym drażnieniu zjawia się na prawym przedramieniu, ale w stopniu słabszym niż na lewym. Apokamnozy brak. Elektrycznie: Reakcji myastenicznej brak. Odruchy ścięgnowe, okostnowe, skórne bez zmian.

Przypadek nie dotyczy obrzęku Quinckego, gdyż niema charakteru napadowego, ani obecnie, ani poprzednio.

Nie jest z kategorii trophoedeme chronique Meigea ponieważ nie dotyczy skóry, lub mięśni.

Jest pochodzenia współczulnego. Zachowanie się odruchu A. Thomas dowodzi, że ognisko tkwi w rdzeniu.

Omówienie odr. pilomotorycznego na k. d. pr. obok osłabienia k. g. pr. dowodzi, być może, wyzwolenia się tego odruchu poniżej ogniska chorobowego.

3. P o n c z. *Przypadek nowotworu przysadki u chorej o bardzo niskim wzroście.*

Chora lat 34, mężatka, od 6 lat zatrzymanie miesiączki, zanik popędu płciowego, nadmierne tycie. W 3 lata później przemijająca pollakiuria i polyuria. Od 8 miesięcy osłabienie wzroku i bóle głowy w okolicy czołowo-ciemieniowej. 2 zdrowych dzieci, 3 poronienia. Rodzice podobno byli niskiego wzrostu, starsza siostra również niskiego wzrostu. 8 razy zachodziła w ciążę.

Chora wzrostu karlego. Długość ciała—133 ctm. Cera

blada, tarczycza niemacalna. Tkanka tłuszczowa obficie rozwinięta. Czaszka bolesna na opuk w okolicy czołowej. Na dnie oczu—lekki zanik pr. n. wzrokowego. *Vis.-oc. s—124, oc. d.—1/60. Hamianopsia bitemporalis.* W kkg i kkd brak zmian chorobowych. Ciśnienie krwi 90/50. Jajniki małe. Gruczoły sutkowe słabo rozwinięte, pod pachami brak włosów, na *mons Veneris* uwłosienie b. skąpe. Rentgenogram czaszki: rozszerzenie dna siodła. Grzbiet i wyrostki pochyłe tylne zniszczone.

Rozpoznano guz przysadki mózgowej; pomimo rentge noterapii wzrok pogarszał się; obecnie* chora na prawe oko nie widzi nic, a lewym liczy palce przed samem okiem. Na zabieg operacyjny nie zgodziła się.

Zatem chora dotknięta nowotworem przysadki posiada wyraźne cechy karłowatości (*Nanosomia infantilis Paltauf*). W rozwoju jej Dr. Bregman odróżnia 3 etapy:

1) dziecko rozwijało się na skutek energii potencjalnej, komórek, które powoduje wzrost organów i ciała do pewnej wysokości, 2) W II okresie zaznacza się niedomoga gruczołów dokrewnych, w I-ej linii przedniego płata przysadki, które w warunkach normalnych dają bodźca komórkom ustroju do dalszego wzrostu. Wynikiem jest zatrzymanie się na karłowatym wzroście. Niedomoga jest sprawą rodzinną wzgl. dziedziczną. Z biegiem czasu niedomoga (zatrzymanie miesiączki i zanik popędu płciowego) wyraża się i pod innymi względami, 3) wreszcie 3-ci etap—jest okresem objawów nowotworu przysadki, który przedtem dobrotliwy (prawd. *teratoma*) przybrał cechy złośliwości i doprowadził do utraty wzroku.

Dyskusja:

Sterling. Uważa, że w przypadku tym mamy do czynienia z achondroplazją. Nie znajduje, aby przysadka w danej sprawie brała jaki udział.

Bregman. Nie zgadza się, aby w przypadku tym można było doszukiwać się achondroplazji.

(Dokończenie nastąpi).

(Według „Neurol. Polskiej”).

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Przypadek *zaszycia serca* demonstrował Stöhr na posiedz. wiedeńskiego tow. lek. w październiku r. b. (Wien. med. Woch. № 44). Chory został przywieziony z raną kłutą serca, bez przytomności, pokryty zimnym potem i bez tętna. Słumienie serca rozszerzone w lewo. W lewo od dolnego brzegu kości piersiowej widać było 2-cm-ową ranę kłutą, z której śszczyła się krew. Tętno serca ledwo słyszalne. Wnet przystąpiono do zabiegu. Czasowo rezekowano piersiową część 5-go i 6-go lewego żebra, tworząc płat. Udało się obnażyć osierdzie bez uszkodzenia płucny. Otworzono szeroko worek sercowy w którym było dużo krwi, częściowo skrzepłej, która odegrała rolę tamponu. Dwa palce pod wyścięciem tętnicy płucnej, znajdował się otwór jednocentymetrowy, przez który przy skurczu wytryskała krew. Nałożono 4 szwy. Po zaszyciu rany chory zaczął szybko przychodzić do siebie. Worek osierdziowy i ranę zaszyto prawie całkowicie, pozostawiając dren. Okres gojenia przebiegał prawidłowo, poza podniesieniem się ciepłoty do 37,5. W ciągu dwu tygodni tętno spadło z 120 do 90. Odtąd wysłuchuje się u lewego brzegu kości piersiowej szmer skurczowy, co, zresztą wyczuwa się ręką.

Na tem samem posiedzeniu przedstawił Schnitzler przypadek *operacji na sercu w pancerzu* (Panzerherz). U chorej 26-letniej rozpoznawano, zrosty osierdziowe utrudniające znacznie działalność serca (od dzieciństwa istniała wada zastawkowa) i powodująca wytwarzanie się płynu w brzuchu. W znieczuleniu miejscowym rezekowano 3—6 żebra, usunięto

złogi wapnia, jakie wytworzyły się na przedniej powierzchni serca. Wobec pęknięcia lewej opłucny musiano operować ostrożnie i skutkiem tego nie usunięto wszystkich nawarstwień wapniowych zwłaszcza tych, które znajdowały się od strony przepony; mimo to stan chorej od tego czasu znacznie się poprawił.

Bardzo interesujący przypadek *gorączki durowej pochodzenia pracownianego* omówił Achar d na posiedzeniu listopadowym paryskiej akademii lekarskiej (Pr. med. Nr. 90). Zajęcie pacjentki polegało na pieczętowaniu rurek, zawierających szczepionkę T. A. B. (durową i paradurową). Wypadkowo (przez omyłkę) szczepionki nie były wyjalowione. Dwa dni później chora poczuła pierwsze objawy choroby, zaś na piątą

dzień musiała położyć się do łóżka. Okazało się, że chora miała typową gorączkę z dodatnim wynikiem hodowli z krwi. Wyhodowano prątek Ebertha, aglutynacja zaś była dodatnia w stosunku do prątków paradurowych A i B. Achar d uważa, że szczepienie przeciwdurów powinno być obowiązkowe dla personelu pracownianego.

Mevel z Riva Belle przytacza na tem samem posiedzeniu sporą statystykę, dotyczącą *cierpień płucnych, leczonych salicylanem sodu* w postaci wstrzykiwań domięśniowych po 0,1 w 2 cm³ glukozy. Dobre wyniki uzyskano w zapaleniu płuc płatowem i odoskrzelowem, w nieżytach oskrzeli i gruźlicy. Żadnego rezultatu nie otrzymano w krztuścu i astmie.

Z j a z d y

LIGA NARODÓW.

Organizacja Higjeny. Prace Komisji do zwalczania raka.

Wyłoniona z ramienia Ligi Narodów podkomisja, celem przestudjowania zagadnienia radjolecznictwa (rad - promienie Roentgena) raka zwróciła się do d-ra Heymana z Radjumhemmet w Sztokholmie, dra Lakassagne z Fondation-Curie w Paryżu i prof. Voltza z Uniwersyteckiej Kliniki Ginekologicznej w Monachjum z prośbą o zakomunikowanie swych dotychczasowych wyników, oraz propozycją co do uzgodnienia na przyszłość akcji leczniczej i statystycznej.

Wyżej wymienieni kierownicy trzech największych ośrodków leczniczych raka postanowili odpowiedzieć na cztery zasadnicze pytania:

1. Klasyfikacja różnych postaci, nabłoniaków pochwo macicznych.
2. Podział nabłoniaków szyj na różne stadja, zależne od ich rozpowszechnienia anatomicznego.
3. Oznaczenie tych danych, które winny być zawarte w publikacjach, dotyczących wyników leczniczych, i sposobu ich obliczania.
4. Zasady notowania stosowanej techniki leczniczej.

Z pracy d-ra Heymana wynika, iż w Szwecji opierają swą technikę na danych dotychczasowych Forsella, który poprzez małe dawki radu, częste i długie seanse przyszedł do przekonania, iż za pomocą dużych dawek (120 mg rad-elem.) znacznej filtracji: 2—4mm, ołowiu i krótkotrwałych naświetlań otrzymuje się wyniki lokalne i ogólne znacznie lepsze, niż za pomocą innych metod. Poczynając od roku 1929-go powiększono jeszcze znacznie ilość radu i skrócono czas naświetlań. Poza tem kombinowano leczenie radem z prom X, lub z zabiegiem chirurgicznym. W ostatnich czasach stosowano również szpilkowanie radem i naświetlanie radem z odległości. Początkowo leczono wyłącznie przypadki, nie nadające się do zabiegu operacyjnego. Wraz jednak z wynikiem leczenia rozszerzono stosowanie jego na przypadki z pogranicza

Osiągnięte wyniki, nie gorsze od chirurgicznych, dały asumpt do stosowania światłolecznictwa i w przypadkach, nadających się do zabiegu operacyjnego (raki szyi). W okr. sie 1919—19 3 w Radjumhemmet poddane zostało leczeniu 25,5% nadających się i 74,5% nie nadających się do operacji przypadków. Autor podaje szczegółowy opis organizacji pracy i administracji w Radjumhemmet. Pokazuje więc nam, między innymi, w rycinach kształty preparatów radowych do różnych celów leczniczych. Sposób leczenia widoczny jest na jednej z licznych, zresztą, tabel:

Czytamy: 1 seans: do macicy 4 tuby po 40 mg. na 19 godz. (760mg. godz.) i jednocześnie na tyleż godzin do pochwy: 78 mg. (1480 mg. godz.) W tydzień po pierwszym seansie następuje drugi, trwający 21 godz. (90 mg. godz. do macicy, i 1490 mg. godz. do pochwy.). Po trzech tygodniach trzeci (720 mg. godz. do macicy, 1520 mg. godz. do pochwy.).

W całości aplikowane z. stało do macicy 2380 mg. godz. i do pochwy 4500 mg. godz.

W przypadkach izolowanych przerzutów gruczolowych, lub nacieczenia przydatków kombinowano leczenie radem z prom. X. (filtr 3mm. Cu. i 1mm. Al.) Otrzymane wyniki są jednak przejściowe.

W okresie od 1914—1923 roku leczono razem 737 przypadków raka szyi. Po 5 latach w stanie dobrym (bez żadnych objawów chorobowych) znajduje się 23,5%. Z tych przypadków na przypadki, nie nadające się do operacji, 188 z wyleczeniem 82. (43,6%).

Voltz w sprawozdaniu swoim komunikuje, iż od roku 1913 w klinice Monachijskiej nie operuje się więcej nowotworów macicy, lecz naświetla. Do roku 1918 stosowano wyłącznie rad, następnie rad i prom. X. Technika: 2 serie z przerwą 8-tygodniową.

Pierwsza seria trwa 10 dni: 1-ego dnia przyjęcie do kliniki, 2-ego naświetlanie przysadki, 3-ego naświetlanie prom. Roentgena, 4-ego odpoczynek, 5-ego zabiegi pomocnicze, 6-ego odpoczynek, 7-ego leczenie radem, 8 ego odpoczynek, 9-ego wypisanie chorej.

Druga seria po 8 tygodniach trwa dni 6, przyczem 2-ego dnia stosuje się naświetlania prom. Roentgena, 4-ego zaś radem.

Zgodnie z doświadczeniami Hofbauera naświetlanie przysadki stosowane jest systematycznie we wszystkich przypadkach od 1923 roku, celem przeczulenia nowotworu. Otrzymane rezultaty wykazują znaczną poprawę stanu ogólnego.

Do roku 1922 stosowano technikę naświetlań prom. Roentgena z kliniki w Erlangen (kilka pól). od tegoż roku naświetlane jest jedno pole wielkości 10 na 15 cm. (jedno z przodu, jedno z tyłu), z odległości od 50—60 cm.

O ile stan chorego zezwala na to, aplikuje się całe 90 proc. jednego dnia, przy 200 KV., 2,5 MA., i filtrze 1 mm. Cu. Naświetlania radem: 1400mg. godz./55mg. w ciągu 24 godz. Ze środków pomocniczych stosowana jest elektro-koagulacja i zastrzykiwania dekstrocydu (jod i cerisina).

Wyniki: z 1319 leczonych przypadków, 227 należało do grupy 1-iej. Z grupy tej wyleczono 92, czyli 40,5 proc. Po odzłicienn jednak 44 przypadków, które przerwały leczenie, o 1-

setek wyleczonych wynosi 50,2 proc. Stosunek wyników w przypadkach leczonych radem i metodą kombinowaną, jest prawie jednakowy: 39,5 proc. — 41,5 proc., na korzyść metody kombinowanej.

Z grupy 2-ej na przypadków 310, wyleczonych zostało 69, czyli 22,3 proc., po odliczeniu przypadków niewykończonych liczba ta sięga do 28,3 proc.

Do grupy 3-ej należą 543 przypadki. Z tych po pięciu latach żyło jeszcze w dobrym stanie 58, czyli 10,7 proc. W tej grupie zwraca uwagę jednak lepszy wynik metody kombinowanej: 13,1 proc., 8,9 proc.

Do grupy 4-ej należy 239 przypadków, z których po 5 latach żyło w dobrym stanie jeszcze 3.

Wspólna statystyka wszystkich leczonych przypadków raka szyi macicy wykazuje 18,2 proc. wyleczeń. Tylko radem 14 proc. i kombinowaną metodą 21,4 proc.

Na raka trzonu macicznego leczone było 88 przypadków, z których nadających się do operacji było 50, nie nadających się 38 przypadków. Wyleczeń: 40,9 proc., z tych 50 po 5 latach dobrym stanem cieszyło się 33, t. zn. 66 proc. z 38 przypadków zaś, do operacji nie nadających się, żyło 3 t. zn. 7,9 proc. Wyleczeń wyłącznie radem było 52,6 proc., metodą kombinowaną zaś 78,5 proc.

Lacassagne podaje, iż klinika rozporządza radem w ilości 7,2 gr. oraz szeregiem nowoczesnych aparatów Roentgena. Wszystkie przypadki raka szyi macicznej leczone są promieniolecnictwem ze względu na osiągnięte wyniki lepsze, niż operacyjne. Stosowane jest zarówno zakładanie radu do wewnątrz, jak i naświetlania z odległości, lub leczenie kombinowane. Przed zastosowaniem leczenia zbadana zostaje flora pochwową w obawie przed *Bac. perfringens* lub *strept. haemol.* Oba dają często podczas leczenia powikłania infekcyjne. Technika stosowania radu polega na wprowadzaniu 3-ch tubelek do szyi (długość ich wynosi 6 cm.) i 3 do pochwy. Ilość zużytego radu wynosi 20 mg. rad el. i zakłada na 120 godz. Do leczenia z odległości używa się 4 gr. radu, na 8 naświetlanych pól. Czasem 9-te naświetlanie stosuje się od strony krocza. Dawka na każde pole cokolwiek inna od skórnej: filtr: 1 mm. platyny z odległości 10 cm. Naświetlania Roentgenowskie: z odległości 60—80 cm. przy 180—200 KV., i 4—5 MA. przy filtrze 1—2 mm. cynku lub miedzi. Powierzchnia pola wynosi od 250—400 cm. Leczenie trwa od 15—25 dni.

Wyniki: po 5 ciu latach na 403 przypadki leczone — 84 wyleczone (20 proc.). Statystyka wykazuje (po 10 latach), iż żaden z wyleczonych przypadków nie zginął z nawrotu. Wedle poszczególnych grup otrzymujemy następujące dane: w grupie 1-ej — 42 proc., 2-ej — 28 proc., 3-ej — 10 proc., w 4-ej — 0 proc. wyleczenia.

W części 4-ej prof. Regaud mówi o znaczeniu wczesnego rozpoznania nowotworu i racjonalnem leczeniu.

Wyniki, otrzymane na zasadzie tych odpowiedzi, wykazały, że materiał ten nie zawiera dostatecznych danych celem zestawienia jednolitej tabeli statystycznej, a to z następują-

cych względów: każda z klinik wprowadziła własny sposób leczenia, różny od pozostałych, i sposoby leczenia w danej klinice niejednokrotnie się zmieniały, co uniemożliwia zestawienie porównawcze przypadków podobnych. Podstawy klasyfikacji poszczególnych przypadków nie opierają się na jednokowych zasadach.

Wobec powyższego postanowione zostało wprowadzenie na przyszłość jednolitego badania i leczenia celem umożliwienia prac porównawczych.

Podkomisja przyjęła następujący podział statystyczny:

- 1) Różniczkowanie różnych postaci nabłoniaków pochwowo-macicznych z podziałem na nowotwory pochwy, szyi i macicy.
Każde rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem drobnowidzowem przyczem odpadają wszelkie postaci mieszane.
Nabłoniaki pochwowe z umiejscowieniem wyłącznie w pochwie, z chwilą przejścia na szyję zaliczają się do kategorii nabłoniaków szyi. Jeśli pod wpływem leczenia w krótkim czasie znikają zmiany szyi, a pozostaje tylko guz pochwowy. dozwolone jest zaliczenie go do przypadków pochwowych. Jeśli badanie kliniczne nie może ściśle określić lokalizacji, należy z rozpoznaniem przeczekać do końca leczenia, by otrzymać możliwie dane konkretniejsze. Do nabłoniaków trzonu macicy należą nowotwory, umiejscowione wyłącznie w trzonie.
- 2) Klasyfikacja nabłoniaków szyi wedle ich rozciągłości anatomicznej na cztery kategorie: nabłoniak wyłącznie szyi z ruchomą macicą (1), z częściowym nacieczeniem tkanki pochwowej i unieruchomieniem macicy (2), z szerokim nacieczeniem tkanek okolicznych i z macicą ruchomą lub wmurowaną (3). Do tej kategorii zaliczają się też przypadki z drobnymi przerzutami. Do kategorii wreszcie czwartej należą nowotwory z przerzutami do narządów sąsiednich, jak odbytnica, lub pęcherz, albo z rozległymi przerzutami.
- 3) Wiadomości istotne, które uwzględnione być muszą w statystyce, dotyczą wyników leczniczych nabłoniaków szyi, leczonych w pierwszym rzędzie promieniolecnictwem u tych, u których stosowano je przy nawrotach pooperacyjnych, i wreszcie jako profilaktykę pooperacyjną.
Okres niezbędny, by zaliczyć przypadek do wyleczonych, wynosi 5 lat obserwacji. Należy wykazać ogólną liczbę chorych z nabłonkiem szyi, przybyłych po poradę, i odsetek leczonych z podaniem szczegółowych danych, dlaczego leczenie nie zostało przeprowadzone.
- 4) Ocena wyników leczniczych wedle specjalnych tablic schematycznych, szczegółowo opracowanych.
- 5) Szczegóły stosowanej techniki naświetlań oddzielnie radem i promieniami Roentgena.

B. Kryński (Warszawa)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Dozór nad żywnością w Polsce i jego rozwój.

Podala

Leokadja KARPf (Warszawa).

Już w zaraniu powstania Państwa Polskiego rozpoczęły się pierwsze prace nad organizacją dozoru nad żywnością; od listopada 1918 r. prace te szły przedewszystkiem w kierunku zespolenia akcji dozoru na terenie b. zaborów. Sprawa ta bowiem była różnorodnie traktowana w poszczególnych dzielnicach Państwa w zależności od właściwego, w każdym b. zaborze, ustawodawstwa, przy czem najwięcej upośledzony bo najmniej prawnie uregulowany, był, jeżeli o ten dział chodzi, teren b. Królestwa Kongresowego.

Rzut oka na rozwój historyczny dozoru nad żywnością w Polsce od czasów najdawniejszych, daje nam obraz następujący:

Za czasów Rzeczypospolitej Polskiej nadzór sanitarny wogóle, a nadzór nad żywnością w szczególności, należał do organów samorządów miejskich, Rady Miejskiej i Magistratu. Jedną z najstarszych uchwał, dotyczących obiegu żywności, jest uchwała „wilkierz” p. d. „O sprzedaży ulicznej ryb”, obowiązująca w Krakowie od r. 1364. Inne „wilkierze”, wydawane w późniejszych latach w Krakowie, Poznaniu i w Warszawie, dotyczyły uboju bydła, sprzedaży mięsa, chleba i t. p.

W XVII w., obok uchwał Rad miejskich zjawiają się pierwsze rozporządzenia państwowo-administracyjne jako „Artykuły Sądów Marszałkowskich” z r. 1678, w których znajdują się przepisy dotyczące sprzedaży chleba, mięsa, ryb i innych produktów spożywczych. W XVIII w. pieczę nad zdrowiem publicznem obejmują, czynne od r. 1777 Komisje Dobrego porządku, do których kompetencji należały również sprawy, dotyczące obrotu żywnością. W epoce Księstwa Warszawskiego agendy te przejmuje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Ministerstwo Policji; za czasów królestwa kongresowego — Komisja spraw Wewnętrznych i Policji, która posiadała wyłączne prawo wydawania obowiązujących przepisów Sanitarnych. Obowiązek dozoru nad żywnością, aby „produkty zepsute i zdrowiu szkodliwe nie były sprzedawane” należał w Warszawie do Urzędu Muncypalności i Policji, a właściwie do jego Sekcji — Wydziału Policji.

Po upadku rewolucji 1830 r. i powstania 1863 r. nastąpiła zupełna reorganizacja Królestwa pod względem Administracyjnym — Królestwo zostało podporządkowane ustawodawstwu rosyjskiemu, a ponieważ w Rosji brak było specjalnego prawodawstwa, dotyczącego żywności, a wskutek tego brak również fachowo wyszkolonych organów nadzorczych i odpowiednio urządzonych pracowni do badań, więc powiedzieć można, że i u nas faktycznego dozoru nad żywnością nie było. Ograniczał się on jedynie, o ile wogóle był sprawowany przez powołaną do tego policję i personel sanitarno-lekarski — do kwestjonowania lub usuwania z obiegu tych artykułów żywności, których rozkład lub zepsucie rzu-

cały się same w oczy. Ściślejszy dozór nad ubojem bydła i sprzedażą mięsa wprowadzony został po utworzeniu Samodzielnego Wydziału Weterynaryjnego przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, rozgraniczeniu dozoru lekarskiego i weterynaryjnego i wyznaczeniu oddzielnych urzędów weterynarzy powiatowych, miejskich i punktowych. Mikroskopowe badania mięsa wprowadzono w r. 1906, po licznych wypadkach zachorowań na włośnicę, spowodowanych spożyciem zakażonych wędlin.

Dozór Sanitarno-Lekarski korzystał dla swoich potrzeb z usług założonej w r. 1889 w Warszawie miejskiej pracowni chemicznej, pozostającej pod władzą Urzędu Lekarskiego m. Warszawy, a utrzymywanej przez Magistrat; służyła ona do wykonywania badań żywności, badań sądowych dla policji i sądów oraz badań prywatnych. Rozwój pracowni był bardzo utrudniony wskutek szczupłych środków i nielicznego personelu, którym pracownia dysponowała; wykonywała ona rocznie około 2.500 ekspertyz chemicznych, co stanowiło dla miasta miljonowego liczbę niezmiernie małą.

Prawodawstwo tego działu ograniczało się, na terenie b. królestwa kongresowego, do nielicznych, chaotycznych i niewystarczających przepisów zawartych w rosyjskiej ustawie lekarskiej, dotyczących własności, wzgl. wyrobu i obiegu niektórych produktów spożywczych oraz do przepisów rosyjskiego kodeksu karnego z r. 1903, ujmującego przestępstwa z dziedziny fałszerstwa żywności jedynie z punktu widzenia szkodliwości dla zdrowia. Pozatem urząd lekarski wydał był dla m. Warszawy szereg przepisów Sanitarnych z mocą prawną jako to: o sklepach z artykułami żywności, o handlu mlekiem i przetworami mlecznymi, o krowiarniach i t. p.; przepisy te jednak były ogólnikowe i wykonywanie ich nie było ściśle przestrzegane. Około r. 1900 zorganizowano w Warszawie kontrolę nad mlekiem na targach i rogatkach miasta, lecz prędko kontroli tej zaniechano.

W b. zaborach austriackim i pruskim sprawa dozoru nad żywnością postawiona była znacznie lepiej. W pierwszym obowiązywała już od r. 1897 ustawa z dnia 16 stycznia 1896 r. (Dz. u. p. nr. 89 z r. 1897) o obrocie żywnością i niektórymi przedmiotami użytku wraz z szeregiem rozporządzeń wykonawczych oraz ustaw specjalnych i rozbogacona obszernym kodeksem żywnościowym (*Codex alimentarius austriacus*). Jednocześnie z ustawą powstał w Krakowie rządowy zakład badania żywności, należycie zorganizowany i wyposażony, dla potrzeb b. Galicji; pozatem na tym terenie funkcjonowały miejskie pracownie chemiczne w Krakowie od (1889 r.), Lwowie i Przemyślu. Kontrola sprawowana była przez organy państwowe oraz, w granicach gminy, przez organy samorządowe.

W b. zaborze pruskim obowiązywała już od r. 1879 ustawa z dn. 14 maja 1879 r. (Dz. U. Rz. z r. 1879 str. 154) o obrocie żywnością, użytkami i przedmiotami użytku wraz z szeregiem ustaw i rozporządzeń specjalnych. Na terenie b. regencji poznańskiej działał założony w r. 1899 Instytut hi-

ginieczny w Poznaniu, obejmujący dwa działy: bakteriologiczny i badania żywności, oraz miejska pracownia chemiczna w Bydgoszczy; wykonywanie kontroli należało do organów państwowych, mianowicie do policji.

Z chwilą wybuchu wojny wszechświatowej, ogólny dozór sanitarny w Warszawie objął Sanitarny Komitet Obywatelski z Okręgowymi Opiekami Sanitarnymi. Te ostatnie miały za zadanie, między innymi, wykonywanie dozoru nad żywnością; ze względu jednak na swe fachowe niekompetencje i brak wyszkolonego personelu, akcja ta wykazywała wiele niedomagań, przede wszystkim brak jej było organizacji, fachowości i jednolitości. Poza Warszawą sprawa dozoru nad żywnością, na terenie b. zaboru rosyjskiego, leżała całkowicie odłogiem.

Wpływ wojny odbił się wielce niekorzystnie na sprawach wyrobu i obiegu żywności; zaczęły się pojawiać masowo i wszechwładnie opanowywać rynek żywnościowy — surogaty żywności, produkty sfałszowane, fałszywie oznaczane, bezwartościowe pod względem odżywczym lub wprost zdrowiu szkodliwe — wskutek czego wyłoniła się paląca konieczność uregulowania dozoru i oparcia go na podstawach prawnych.

Brak ustawodawstwa żywnościowego, dający się tak dotkliwie odczuć w b. zaborze rosyjskim, i spowodowany tem brak racjonalnej organizacji dozoru dały impuls do zapoczątkowania akcji w kierunku stworzenia podstaw dla tego dozoru. Inicjatywę tę podjęło Koło Chemików przy Stowarzyszeniu Techników w Warszawie, memoriałem złożonym w r. 1915 zarządowi m. st. Warszawy, motywującym potrzebę stworzenia organizacji dozoru nad żywnością i korzyści, wynikające stąd dla Państwa i ludności. Wystąpienie to poparte zostało w roku następnym memoriałem Towarzystwa Medycyny Społecznej, skierowanym wówczas do zarządu m. st. Warszawy. Momenty te uważać można za pierwsze podwaliny położone pod budowę tej organizacji.

W połowie 1917 r., w chwili tworzenia organów państwowych w b. Departamencie Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu Królestwa Polskiego, podjęta została akcja w kierunku uregulowania sprawy dozoru nad żywnością, i kierownictwo jej powierzono s. p. dr. Stanisławowi Tarczyńskiemu. Utworzona jednocześnie komisja, wyłoniona z Rady Lekarskiej przy Sekcji Zdrowia Publicznego opracowała następujące wytyczne dla polskiego ustawodawstwa żywnościowego:

- 1) utworzenie państwowego nadzoru nad wyrobem i obiegiem artykułów żywności i przedmiotów użytku;
- 2) ujęcie tego nadzoru w organizację odrębną i samodzielną.

Opracowaniem ustawy oraz wykreśleniem planu organizacji dozoru zajęła się, utworzona w b. Departamencie Spraw Wewnętrznych, w końcu r. 1917 Sekcja dozoru nad przedmiotami użytku publicznego. Rozpatrzeniem projektu, opracowanego przez sekcję, zajęła się powołana do tego Rada Tymczasowa, złożona z przedstawicieli sfer zainteresowanych, kół fachowych oraz rzeczoznawców. Projekt został przyjęty, a przepisy karne poddane rewizji w komisji Prawa Karnego Ministerstwa Spra-

wiedliwości i przez Radę tego Ministerstwa zatwierdzone. Miały one być wprowadzone, drogą dekretu Rady Regencyjnej, do obowiązującego na terenie b. zaboru rosyjskiego kodeksu karnego. Tak wypracowany projekt został przedłożony Radzie Ministrów, która go, na posiedzeniach w dn. 13 sierpnia i 4 września 1918 r. uchwaliła, poczem miał on być wydany drogą dekretu.

Organizacja dozoru, wykreślona w projekcie ustawy uwydatnia wybitnie dwa momenty podstawowe, na których dozór winien być oparty: Sanitarny, z punktu widzenia szkodliwości dla zdrowia nieodpowiednich produktów spożywczych oraz ekonomiczny, z punktu widzenia strat ponoszonych przez ludność przy nabywaniu fałszyfikatów i surogatów żywności. Punkt ciężkości dozoru spoczywa na działalności zakładów badawczych, koncentrujących czynniki fachowe, powołane do jego wykonywania. Projekt ustawy stwarza jednolity i sprężysty aparat dozoru który, przy należytej rozbudowie, winien objąć cały teren Państwa, pokrywając go siecią punktów kontrolnych, jako to: Zakłady badawcze, inspektoraty, stacje prowincjonalne.

W początkach 1918 r., po połączeniu Dyrekcji Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, został utworzony w nowopowstałym Ministerstwie Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, Wydział dozoru nad żywnością i przedmiotami użytku. Wydział, idąc po linii prac, zapoczątkowanych przez Sekcję, prowadził je dalej w kierunku rozwinięcia organizacji dozoru, utworzenia potrzebnych do tego celu zakładów badawczych oraz szkolenia personelu fachowego dla wykonywania funkcji, związanych z dozorem. Rozpoczęto prace przygotowawcze do stworzenia w stolicy Państwa Zakładu badawczego, który już w początkach 1919 r. rozpoczął swą działalność jako „Państwowy Zakład badania żywności i przedmiotów użytku” w gmachu przy ul. Nowowiejskiej, przekazanym na ten cel Ministerstwu Zdrowia Publicznego przez Zarząd gmachów państwowych przy Ministerstwie Rolnictwa i Dóbr Koronnych, aktem z dn. 4 listopada 1918 r., Nr. 9142 — i znakomicie przystosowanym do celów pracy laboratoryjnej. Wraz z rozwojem działalności, poczęły w Zakładzie powstawać oddziały: nabiałowy, toksykologiczny (sądowo-chemiczny), hydrologiczny, ogólnobadawczy. W r. 1925 zakład został przeniesiony do gmachu Państwowego Zakładu Higieny, w którym pozostaje do chwili obecnej w warunkach, zupełnie nieodpowiadających rodzajowi i rozmiarom pracy.

Jednocześnie z ustąpieniem władz niemieckich w listopadzie 1918 r., został przejęty przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego Instytut Higieniczny, założony przez okupantów w r. 1915 w Łodzi, działający na terenie lewego brzegu Wisły i obejmujący dwa oddziały: bakteriologiczny i badania żywności. Po rozdzieleniu instytutu na dwa odrębne zakłady przystosowano dział badania żywności do wypracowanych już też nowej polskiej organizacji i nadano mu miano analogiczne do miana Zakładu Warszawskiego. Współpracujący w okresie okupacji z Instytutem Higienicznym szereg stacji prowincjonalnych współpracował w dalszym

ciagu z Zakładem, pełniąc kontrolę na swym terenie i nadsyłając materiał do badania. Organizacja dozoru, w ten sposób ujęta, stała się wzorem dla rozwinięcia, w sposób podobny, akcji tej i na innych terenach.

W tym samym czasie przeszedł automatycznie na własność Rządu Polskiego istniejący od r. 1897 Zakład badania żywności w Krakowie. Zarządzeniem ministerjalnym z dn. 20. III. 1919 r. nadano mu miano analogiczne do poprzednich i poddano, w pierwszym okresie funkcjonowania kompetencji Okręgowego Urzędu Zdrowia we Lwowie. Stosunki wojenne i powojenne wpłynęły niezmierzenie niekorzystnie na działalność Zakładu, powodując jego stagnację; dopiero od r. 1920, t. j. od chwili przejścia Zakładu pod bezpośredni zarząd Ministerstwa Zdrowia Publicznego, działalność jego skierowana została na właściwe tory.

W r. 1921 przejęte zostało przez Ministerstwo Zdrowia publicznego Laboratorium chemiczno fizyczne, funkcjonujące przy Komendzie Głównej Policji Państwowej dla wykonywania badań z dziedziny toksykologii i medycyny sądowej — i wcielone do oddziału toksykologicznego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie, wraz z jednoczesnym przejęciem całego zakresu działania tej pracowni.

W tym czasie również rozpoczęto starania o rozciągnięcie i ujednolinitanie dozoru nad żywnością na terenie b. dzielnicy pruskiej. Istniejący tam, za czasów b. regencji poznańskiej, Instytut Higieniczny w Poznaniu, został w chwili przejmowania

przez władze polskie urzędów państwowych wcielony do Uniwersytetu Poznańskiego i tam rozdzielony na dział bakteriologiczny i dział badania żywności. Ten ostatni, jako związany ściśle z funkcjami administracyjnej natury, nie znajdował przy wyższej uczelni właściwego terenu działania; to też po pertraktacjach, przeprowadzonych z Ministerstwem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Zakład ten został w połowie 1924 r. przejęty przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia). Po gruntownej reorganizacji, przeniesieniu go do odpowiedniego lokalu, został on zrównany w swym trybie postępowania z innymi zakładami tego typu, i wtedy dopiero działalność jego poszła drogą normalnego rozwoju.

Rok 1921 zaznaczył się niepomyślnym zwrotem w rozwoju spraw dozoru nad żywnością. Był to bowiem okres reorganizacji Ministerstwa Zdrowia Publicznego, związanej z redukcją pewnych wydziałów, między którymi znalazł się i Wydział dozoru nad żywnością i przedmiotami użytku.

W dniu 1 maja Wydział został zniesiony, pozostając jako referat jedynie w nowo utworzonym Wydziale Higieny. Z redukcją Wydziału ustąpił ze swego stanowiska dotychczasowy naczelnik jego, pierwszy pionier organizacji dozoru w Polsce dr. T a r c z y ń s k i. W końcu 1925 r. powraca on do pracy w referacie dozoru nad żywnością, lecz niestety, na krótko, gdyż już w połowie 1926 r. śmierć zabrała go ze stanowiska.

(Dok. nast.)

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.)

Okres empiryczno-metodyczny.

Toteż ta gałąź medycyny znajdowała się wyłącznie w rękach golarzy, specjalistów od kamieni, przepuklin i t. p. Nauka lekarska w tym okresie posunęła się bardzo mało naprzód. Klinika stawiała niepewne kroki. Badanie chorych polegało głównie na oglądaniu moczu i wyczuwaniu tętna. Terapia również nie stała wyżej. Oparta wyłącznie na teorii humoralnej, polegała ona na środkach przeczyszczających, a głównie na bardzo rozpowszechnionym od czasów rzymskich upuście krwi.

Jaśniejszym momentem tego okresu były narodziny medycyny społecznej, która wyraziła się w zapoczątkowaniu, zwłaszcza we Francji, szerokich zarządzeń antyepidemicznych w walce z trędem a później z syfilisem, który zaczęto leczyć w izolowanych lazaretach za pomocą rtęci. W wieku 9-ym powstała pierwsza szkoła medyczna w Salerno, a w r. 1205 pierwsza wszechnica w Paryżu. Taki stan rzeczy przetrwał aż do Renesansu, który zeszedł ze stanowiska światopoglądu Galenowskiego

i przywrócił chwałę zapomnianej przez długie lata nauce H i p p o k r a t e s a. W okresie tym najchlubniej zapisała się w dziejach medycyny szkoła h i s z p a ń s k o m a u r y t a ń s k a. Dużą rolę odegrali w niej żydzi - m a r r a n i, którzy poświęcili się temu fachowi, jako jedyne, który dawał im możliwość egzystencji w latach ich pierwszej tułaczki w Europie. Ojcem szkoły maurytańskiej czyli inaczej zwanej a r a b s k i e j był

Avicenna (Ibn Sina)

który urodził się w r. 980, zmarł w 1037. W ciągu swego krótkiego życia wstąpił się jako autor wielu wybitnych dzieł z dziedziny filozofii i medycyny. Naukę lekarską studiował w Ispahanie. Był nadwornym lekarzem sułtana, Jego „K a n o n” przez kilkadziesiąt lat był podstawą dla późniejszej medycyny. Według jego nauki materia — istota indywidualności — nie jest emanacją boską. Pochodzi ona wprawdzie od Boga, jako jedynej siły niezmiennej, ale nie bezpośrednio, gdyż niezmiennie nie może bezpośrednio wytwarzać zmiennego. Dusza jest pierwszym wytworem tego pośredniego wpływu; choć podlega ona szeregowi odmian, pozostaje jednak nieśmiertelna. A v i c e n n a hołdował teorii A r y s t o t e l e s a, pod względem medycznym był on zwolennikiem G a l e n a.

Majmonides (Rabi Mozes ben Majmun),

znany w skróceniu jako *R a m b a m* z pierwszych liter swego tytułu i nazwiska. Urodził się w Kordowie w r. 1135, zmarł w Egipcie w r. 1204. Żyd pochodzenia arabskiego. Zasłynął jako głęboki znawca teologii, matematyki i medycyny. Wygnany z ojczyzny, przez długie lata wędrował po świecie, aż wreszcie osiadł w Egipcie, gdzie został mianowany lekarzem nadwornym sułtana.

Piękna jest modlitwa poranna, przypisywana jemu, jako autorowi, a tchnąca głęboką religijnością i miłością bliźniego-chorego. Oto kilka wyjątków z niej.

— „Niech mnie ożywia miłość do sztuki i do Twoich twórców. Nie dopuść, ażeby żądza zysku, gonienia za sławą, zaszczytami kierowały moimi czynami... Wzmocnij siły serca mego, ażeby gotowe było służyć jednakowo biednemu i bogatemu, przyjacielowi i wrogowi... Obym w cierpiącym widział tylko człowieka. Niech duch mój u łoża chorego zawsze zapanauje nad sobą i niech go myśl obca nie rozprasza... Udziel chorým zaufania do mnie i do sztuki mojej, ażeby słuchali moich przepisów. Oddal od łoża ich wszelkich szarlatanów i tłumy radzących krewnych i wszystko wiedzących pielęgniarek. Jestto bowiem tłum straszny, który udaremnia najlepsze zamiary sztuki i twory Twoje często prowadzi do zguby... Gdy inni ganić mnie będą i wyszydzają, niech ukochanie sztuki będzie moim pancerzem. Udziel mi, Boże, łagodności i cierpliwości przy chorych krnąbrnych i daj mi umiarkowanie we wszystkim, jeno tylko nie w wiedzy... niech daleka będzie odemnie myśl, że wszystko posiadam w swych wiadomościach. Daj mi siłę, wolę, swobodę, i możność rozszerzenia swej wiedzy, aby duch mój mógł poznać i odkryć błędy w umiejętności, których wczoraj nie przeczuwał. „Sztuka jest wielka, lecz rozum ludzki sięga coraz wyżej”.

Jak pięknie brzmią te pełne szlachetnych myśli słowa modlitwy. Ile zawierają one wiecznie aktualnej tragedii, którą zmuszony jest przeżywać każdy lekarz, pragnący iść drogą, wskazaną mu przez wiedzę i sumienie!

Modlitwa ta pod względem rozległości poruszonych w niej tematów przewyższa nawet słynną przysięgę *Hippokratesa*. Zasługuje ona, aby choć raz jeden odmówił ją każdy lekarz, udając się w ciernistą drogę praktyki zawodowej!

Renesans.

Po długim przytłaczającym okresie średniowiecza nastąpił wreszcie pogodny okres odrodzenia, który rozkuł ciężkie kajdany życia i dał wolność i natchnienie myśli. Po odrzuceniu ciemnej zasłony zabobów medycyna narówni ze sztuką i innymi gałęziami wiedzy ruszyła w kierunku niezależnym—naturalnym. Przystąpiono do studjów systematycznych. A więc rozpoczęto przedewszystkiem od anatomii i fizjologii jako pierwszych podstaw. Niemało przyczynił się do ich rozkwitu *Leonardo da Vinci*, który poświęcił się studjom anatomicznym nad budo-

wą ciała ludzkiego. Na polu wyzwolenia myśli lekarskiej nieocenione zasługi położył poeta *Francesco Petrarca* (1304—1374), który swym olbrzymim talentem zwalczał szkodliwy kierunek scholastyki z jej sylogistyczną metodą leczenia. Zarzucał on lekarzom, że „*sylogisant non curant*.” Z całą bezwzględnością wystąpił przeciw nieetyczności ówczesnych lekarzy i zarzucał im usiłowanie otoczenia medycyny nimbem sztucznej powagi naukowej w celu otumanienia publiczności. Swoją namiętną obroną czystej, niezależnej medycyny *Petrarca* przyczynił się w dużym stopniu do wprowadzenia kierunku humanistycznego i do podniesienia godności lekarskiej.

Okres Renesansu, który trwał do 17-go stulecia był przejściem od scholastyki do kierunku naturalistycznego. Jak w życiu społecznym i politycznym, nowy kierunek myśli również w medycynie musiał torować sobie drogę z trudem, a nieraz z narażeniem na śmierć swych odważnych pionierów.

W Polsce okres ten również zaznaczył się zapoczątkowaniem naukowej medycyny. *Kazimierz Wielki* założył w r. 1364 wszechnicę w Krakowie, która funkcjonować zaczęła właściwie za panowania *Jadwigi Jagiełły*. We wszechnicy tej stale wykładali medycynę dwaj nauczyciele lekarze.

Najwybitniejszą postacią okresu odrodzenia był

Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus

inaczej zwany *Paracelsus*, pochodzenia germańskiego. Urodził się w r. 1493, zmarł w 1541. Jestto jedna z najoryginalniejszych i najciekawszych postaci w dziejach medycyny. Jego odważny, głęboko krytyczny i często sarkastyczny umysł torował drogę nowym i śmiałym poglądom, nie zważając na żadne przeszkody i lekceważąc opinie współczesnych. Jego dewiza było *Hippokratesowskie „experimentum ac ratio”*. Był on wrogiem wszelkiej dedukcji i scholastyki. Jego przewodnią ideą była teoria, przez niego głoszona, że świat to wielki *makrokosmos*, człowiek zaś jego najdoskonalsza cząsteczka to *mikrokosmos*, który, będąc zbudowany z tych samych pierwiastków, podlega tym samym prawom natury. Ten sam proces przemiany materii, który odbywa się we wszechświecie, ma miejsce również w organizmie ludzkim i polega na wewnętrznej alchemii, czyli przemianie głównych części składowych naszego ustroju, a mianowicie, siarki, rtęci i soli. Choroba, zdaniem *Paracelsa*, jest następstwem wpływów zewnętrzno-wewnętrznych, tak zwanych „*Entia morbi*.” Tętno, zgodnie z kosmicznym swym poglądem na człowieka, *Paracelsus* uzależniał od Marsa, Wenus, Saturna. Rak, zdaniem jego, był pochodzenia naftowego, trądszarszenikowego. W jednej tylko dziedzinie *Paracelsus* dopuszczał nieograniczoność etiologii chorobowej — była to dziedzina schorzeń psychicznych, której poświęcił dużo studjów i ciekawe prace pod tytułem: „*De origine morborum invisibilium*” oraz „*De morbis amentium*”. Słusznie też uchodzi on za pierwszego psychiatrę.

Tylko genialny umysł *Paracelsa* mógł sobie pozwolić na tak śmiałe i zupełnie nowe poglądy. Nic więc dziwnego, że za życia był on namiętnie zwalczany przez swoich współczesnych. Jako o niezwykłej jednostce historia przechowała o nim wiele anegdot.

Już samo niezmiernie długie nazwisko, jakie sobie bombastycznie nadał Paracelsus (właściwe jego nazwisko było Höchener), świadczy poniekąd o oryginalności tej postaci. Duch niespokojny, szukający stale nowych prawd, P. zamłodu wędrował z jednego uniwersytetu do drugiego. Jego pierwszym, niezwykle śmiałym czynem było publiczne spalenie dzieł Avicenny, uczonego arabskiego, który wówczas uchodził za autorytet. Szalona odwaga naraziła go na konflikt z władzami i współczesnymi mu lekarzami, którym z całą bezwzględnością wytykał sprzedajność i konszachty z aptekarzami. Prześladowany, uciekał z jednego miasta do drugiego, aż wreszcie w r. 1540 osiadł, jako lekarz wiejski, w Salzburgu, aby w rok potem zakończyć swój niezwykle płodny, lecz i burzliwy żywot.

Paracelsus pozostawił bogatą spuściznę duchową w postaci mnóstwa dzieł naukowych, choć żył zaledwie lat 48. Pewny swojej wyższości, nie uznawał poza sobą żadnej innej powagi lekarskiej. O sobie wyraził się: „inveni quem plurimi suo cum damno indagant — lapidem philosophorum”. Odkryłem to czego inni szukają na swoją zgubę — kamień filozofów.

Paracelsus był często cynicznie szyderczy, nawet w stosunku do tych, których więcej lubił i szanował. Wyśmiewając lekarzy, którzy całą swoją

wiedzę opierali na oglądaniu moczu, zakpił sobie pewnego razu ze swego ulubionego ucznia Oporinusa, któremu żartem powiedział, że z wyglądu moczu po trzech dniach postu można określić dokładnie konstytucję człowieka. Oporinus wziął tę uwagę poważnie i po trzech dniach niejedzenia zjawił się przed mistrzem, aby usłyszeć od niego opinię o swojej konstytucji. Paracelsus cisnął o ziemię podaną mu szklankę z moczem i odezwał się szyderczo: „sądziłem, że masz lepszą konstytucję”.

O śmierci Paracelsa podaje anegdota, że podczas jednej ze swych podróży został schwyty przez najętych zbirów i wyrzucony z okna. Miała to być zemsta ze strony jego konkurentów. Potwierdzeniem tego faktu miało być oświadczenie anatoma Sömmerringa, który wykrył w czaszce Paracelsa ślady nadłaman. Jako bardzo pikantną anegdotę, opowiadają również, że późniejszy głośny anatom J. Gall, znany więcej jako frenolog, badając czaszkę P., stwierdził jakoby w niej dowody (?), że był on rzeźnicą (!) Gall sam był z powodu swej frenologii przedmiotem kpin. Anegdota ta jednak kursowała jeszcze za życia Paracelsa, i przypisywano ją odgryzieniu mu w dzieciństwie organów płciowych przez świnię! Tak mściła się na nim opinia współczesnych mu za jego niezwykle śmiały i niezależny umysł. (C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce

RODZAJ CHOROBY	6/X-12/X	13/X-19/X	20 X-26 X	27 X-2/XI
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	1 (0)	2 (0)	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	794 (44)*	586 (38)	613 (36)	545 (33)
Dur rzekomy . . .	1 (0)	0	0	1 (0)
Dur osutkowy . . .	3 (1)	13 (0)	26 (0)	8 (0)
Dur powrotny . . .	0	0	0	0
Czerwonka	113 (6)	129 (17)	102 (13)	67 (6)
Płonica	665 (39)	744 (27)	794 (46)	833 (49)
Błonica	333 (21)	371 (21)	381 (14)	392 (24)
Zapal. op. mózg. .	12 (4)	6 (2)	6 (4)	6 (3)
Odra	613 (5)	751 (8)	719 (2)	671 (3)
Róża	103 (10)	104 (4)	122 (1)	113 (3)
Krzusiec	344 (4)	303 (6)	338 (13)	238 (3)
Malarja	7 (0)	0	2 (0)	7 (0)
Posoczn. połóg .	23 (10)	16 (11)	23 (11)	29 (5)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	438 (0)	375 (0)	212 (0)	278 (0)
Wąglik	0	3 (0)	1 (0)	7 (1)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	0	0	10 (0)
Wścieklizna . . .	1 (1)	0	0	0
Zatrucie jad. kielb.	3 (0)	5 (0)	0	3 (0)
Chor. Heine-Medina	4 (0)	1 (0)	1 (0)	0
Inne choroby zakaźne	171 (4)	133 (1)	124 (3)	180 (5)

* Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— D. 21 b. m. odbyło się w klinice psychiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego posiedzenie uroczyste warszawskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, poświęcone pamięci nieodżałowanego prof. Uniwersytetu Stefana Batorego, Rafała Radziwiłłowicza. Po zagajeniu posiedzenia przez prezesa Towarzystwa, kol. Bornsztatna, który zarazem nakreślił ogólną charakterystykę Zmarłego, mówił prof. Mazurkiewicz o zasługach naukowych Radziwiłłowicza, dyrektor Łuniewski — o Jego działalności na polu szpitalnictwa psychiatrycznego, wreszcie redaktor „Trzeźwości” p. Szymański scharakteryzował Radziwiłłowicza jako nieugiętego i pełnego zapалу działacza na polu walki z alkoholizmem.

— Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego gorąco popiera myśl inicjatorów utworzenia funduszu stypendjalnego im. ś. p. prof. Rafała Radziwiłłowicza i przyjmuje na siebie rolę tymczasowego komitetu stypendjalnego.

Zarząd uprasza wszystkich pragnących się przyczynić do powstania powyższego funduszu o przesyłanie składek na ręce Skarbnika Towarzystwa, d-ra Eugenjusza Wilczkowskiego (Warszawa, Marszałkowska 63 m. 1, konto czekowe P. K. O. 6313).

Przy przesyłaniu ofiar należy określić cel powyższy i podać imię i nazwisko ofiarodawcy.

Prezes Zarządu

(—) Prof. Mazurkiewicz

Sekretarz Zarządu

(—) D-r Handelsman

Kreślimy słowa niniejsze pod wrażeniem świeżej, bole-

snej straty: niespodziewanie, — na stanowisku, zmarł ś. p. prof. dr. R. Radziwiłłowicz.

Znaliśmy, szanowali, kochali Go wszyscy...

Indywidualność wybitna i piękna: myśl lotna i twórcza, wiedza i doświadczenie, — pogoda ducha, energia i zapał do pracy... I wielka prawda bez kompromisów — i wielkie serce...

Gorący społecznik — patriota, mający odwagę przekonań czynu, w potrzebie nieugięty, za rządów zaborskich zmuszony był do ustąpienia ze stanowiska ordynatora szpitala w Tworach, — ku wielkiej krzywdzie chorych, żalowi współpracowników...

Za Jego staraniem otwarto ponownie, po przerwie kilkoletniej — za okupantów — szpital w Tworach.

A wkrótce potem — już w odrodzonej Polsce, na stanowisku Naczelnika Wydziału Psychiatrycznego w Ministerstwie Zdrowia, — jest gorącym rzecznikiem potrzeb szpitalnictwa psychiatrycznego w kraju, inicjatorem i założycielem Polskiego Tow. Psychiatrycznego, organizatorem zjazdów dorocznych.

Jako docent Uniwersytetu Warszawskiego wykłada psychopatologię sądową i psychologię dla medyków... Znajduje czas — aby brać udział gorliwy w organizacjach naukowych, społecznych...

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa do walki z alkoholizmem, na kongresach przeciwalkoholowych międzynarodowych reprezentuje Polskę...

Wszędzie — *pars magna fuit*.

A gdy z Warszawy przeniósł się do Wilna, powołany na katedrę psychiatrii i dyrektora kliniki, — spotkało Go tam dobrze zasłużone przez życie całe dotychczasowe przyjęcie wielka popularność, nieklamany sentyment i zapał do pracy pod Jego światłym kierownictwem — wśród uczniów...

* * *

W poczuciu wielkich zasług Zmarłego, my, koledzy ze szpitala w Tworach, — pragniemy tu wystąpić z inicjatywą trwałego uczczenia pamięci prof. dr. R. Radziwiłłowicza... Sądzymy, że utworzenie Stypendjum Jego Imienia przy Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym będzie czynem, mogącym świadczyć o naszych uczuciach i uznaniu dla Niego...

Rzucamy myśl, — o której zaakceptowanie, o dalszą wspólną pracę nad zrealizowaniem jej prosimy. — Sądzymy: że w najbliższym czasie powstanie Komitet stypendjalny przy Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym, Komitet, do którego — poza przedstawicielami instytucji psychiatrycznych, zechcą wejść przedstawiciele pokrewnych organizacji naukowych i społecznych, w których Zmarły pracował...

Pragniemy tu jeszcze zaznaczyć, że na zapoczątkowanie funduszu stypendjalnego my, koledzy i współpracownicy Zmarłego posiadamy do dyspozycji Komitetu sumę 1000 zł. (tysiąc zł.).

(—) W. Bernasiewicz	(—) J. Grabarz
(—) J. Bernasiewiczowa	(—) J. Handelsman
(—) L. Bobrowski	(—) W. Jełowicki
(—) W. Bobrowska	(—) W. Łuniewski
(—) S. Deresz	(—) E. Steffen

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zgodnie z brzmieniem testamentu ś. p. D-ra Feliksa S o m m e r a ogłasza stypendjum dla lekarza polaka, na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym, lub na nagrodę za przedstawioną w rękopisie lub w druku nową nie nagrodzoną pracę w powyższym zakresie.

Wysokość stypendjum względnie nagrody wynosi złotych 835.

Termin nadsyłania podań ewentualnie prac do kancelarii T-wa Lek. Warsz., Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930, godz. 12-ta w połudn.

Do podania dołączyć należy: 1) curriculum vitae, z podaniem dotychczasowych studiów ewentualnie świadectwa przełożonego zakładu, w którym kandydat pracuje, 2) podani planu, w jaki sposób kandydat zamierza zużytkować otrzymane stypendjum względnie nagrody, 3) ew. nadesłanie dotychczasowych ogłoszonych prac, względnie przesłanie pracy w rękopisie, 4) zobowiązanie przedstawienia po roku sprawozdania z działalności z okresu korzystania ze stypendjum.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza, iż z funduszu im. ś. p. D-ra Wacława Męczkowskiego wakuje konkurs za najlepszą pracę „z zakresu rozwoju szpitalnictwa w Polsce“, złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz., lub ogłoszoną drukiem w języku polskim w okresie od r. 1925 do 1 stycznia r. 1930.

Wysokość nagrody złotych 215. —

Termin nadsyłania prac do kancelarii T-wa Lek. Warsz. Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930, o godz. 12-ej w południe.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż z funduszu im. ś. p. D-ra Henryka Dobrzyckiego wakuje nagroda w wysokości złotych 400,— za pracę oryginalną, napisaną po polsku z zakresu balneologii, balneoterapii i klimatologii, uwzględniającą potrzeby kraju naszego t. j. Polski w jej dawnych z przed roku 1772 granicach, ogłoszoną drukiem w latach 1920—1930.

Termin nadsyłania prac do kancelarii T-wa Lek. Warsz. Niecała 7, upływa z dniem 31 stycznia r. 1930 o godz. 12-ej w południe.

Sekretarz Stały: (—) Prof. Dr. A. Gluziński.

— W dniach 18—23.XI r. b. odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny tygodniowy kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie“.— Liczba zgłoszeń kandydatów na kurs z całego Państwa dowodzi, że zainteresowanie tem zagadnieniem wśród społeczeństwa wzrasta.

W dniach 28 listopada do 6 grudnia r. b. odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny V kurs trachomatologii dla lekarzy.

Zgłoszenia na obydwie kursy przyjmuje Sekretarjat Szkoły Chocińska 24 w Warszawie.

— Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higieny organizuje w czasie od 8 do 22 grudnia r. b. dla lekarzy kurs higieny szkolnej.

Celem kursu będzie przedstawienie słuchaczom współczesnych kierunków opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami, wytycznych walki z chorobowością wieku szkolnego, metod propagandy higieny w szkole i przez szkołę oraz podstaw wychowania fizycznego.

— Z dniem 1-go sierpnia r. b. zostało uruchomione w Otwocku Sanatorium Sejmiu Warszawskiego dla chorych na gruźlicę płuc w specjalnie na ten cel wybudowanym gmachu, zaopatrzonym we wszelkie nowoczesne urządzenia sanitarno-techniczne. Sanatorium to powstało z inicjatywy Tow. Przeciwgruźliczego pow. Warszawskiego (prezes lek. pow. dr. Konrad Orzechowski), wykończone

zaś zostało z funduszków Sejmiku Warszawskiego. Sanatorium obliczone jest na 80 łóżek i przyjmuje chorych we wszelkich okresach suchot płucnych, rokujących, oczywiście poprawę. Ceny wynoszą 10 zł. dziennie od mieszkańców powiatu Warszawskiego i 12 zł. od mieszkańców innych powiatów, w pokojach na 2 osoby 14 zł. i w pojedynczych pokojach 16 zł. Poza opłatą za zdjęcia rentgenowskie żadnych innych opłat dodatkowych Sanatorium nie pobiera. Urzędnicy państwowi przyjmowani są na podstawie kart skierowań i opłacają z własnych funduszków 25⁰/₀ ceny pobytu.

Kwalifikuje chorych do przyjęcia i wszelkich bliższych informacji udziela Dyrektor Sanatorium dr. med. P. Marty-szewski.

— Na życzenie Zarządu Międzynarodowych kursów dokształcających dla lekarzy w Karlovyh Varach Poselstwo Republiki Czeskosłowackiej ma zaszczyt oznajmić, że najbliższy kurs (XII) odbędzie się w czasie od 14 do 20 września 1930 r.

Szczegółowych informacji udziela kierownik kursów dr. Edgar Ganz w Karlovyh Varach.

— VI Międzynarodowa wycieczka lekarska organizowana przez Towarzystwo Lekarskie wybrzeża śródziemnomorskiego (Société médicale du litoral méditerranéen) od dnia 26.XII. 1929 r. do dnia 8.I. 1930 r. obejmuje zwiedzenie: Tuluzy, Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan-Les-Pins, Nizy, Cap-Martin, Mentony, Bordighery, Sanremo, Ospedaletti, Monaco, Monte Carlo, Beaulieu. Od 1 do

5 stycznia włącznie odbywać się będą uroczystości, związane z pamiątką pobytu Pasteura na Riwiery. Koszt utrzymania, mieszkania i wycieczek wynosi 2000 franków francuskich. Kolejne francuskie dają 50⁰/₀ zniżki, włoskie przypuszczalnie 30⁰/₀. Czynione są starania o pasporty ulgowe. Bliższych wiadomości udziela sekretariat Towarzystwa Lekarskiego wybrzeża śródziemno-morskiego — Nice, rue Verdi 24.

— Jakże bywają i jak wychowywać „Dzieci dokuczliwe” podaje szereg cennych wskazówek M. Źklejska, w N. 21 „Dziecka i Matki”. Stosunek dziecka do książki, wzbudzenie zamiłowania do czytania omawia M. Benisławska ze zwykłą tej autorce subtelną, głęboką wnikliwością i doświadczeniem. Dalej znajdujemy prześliczną nowelkę F. Kruszewskiej „Czekoladowy problemat”, artykuły dr. Michejdziny o dobrych nawyknieniach w odżywianiu dzieci i o kąpeli niemowlęcia, jak również, bardzo na czasie „O schorzeniach przewodu pokarmowego” dr. Niepokoyczyckiej, i „O zatwardzeniu i rozwołnieniu” dr. Łuniewskiej. Zaznaczyć należy bogaty dział ilustracyjny, zawierający artystyczne, niezmiernie życiowo miłe i prawdziwe fotografie malców w najrozmaitszych przejawach ich młodziutkiego istnienia.

— Wspierajcie niezdolnych do pracy lekarzy, dopomagajcie Wdowom i Sierotom po Lekarzach, zapisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej. Budujmy Schronisko dla Wdów i Sie, roł po Lekarzach.

Konto Rodziny Lekarskiej P. K. O. 15922

„ Budowy Schroniska P. K. O. 18235

TREŚĆ: M. SZOUR. O schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogruzołowych. — JAKUBSON. Losy tamponu, p ozostawionego w jamie brzusznej. — Z. ŚWIDER. O dietetycznem leczeniu gruźlicy (str. zbior. C. d.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — L. KARPf. Dozór nad żywnością w Polsce i jego rozwój. — L. ZAMENHOF. Dzieje Medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. SZOUR. Sur les maladies endocrines pluriglandulaires. — JAKUBSON. — Le sort d'un tampon laissé dans la cavité abdominale. — Z. ŚWIDER. Traitement diététique de la tuberculose (Rev. gén. suite). — L. KARPf. Le contrôle des aliments en Pologne et son développement. — L. ZAMENHOF. L'histoire de la médecine (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

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 „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334 48.