

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, 5 GRUDNIA 1929 R.

Nr. 49

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

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

O schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogruczołowych.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa).

(Ciąg dalszy p. N. 48).

Borchardt w r. 1927 usiłował stworzyć schemat wszystkich postaci t. zw. „niedomogi wielogruczołowej ww.”, a wyodrębnionych na różnych podstawach. Klasyfikacja ta przedstawia się w sposób następujący:

I. Postaci dystroficzne (wskutek braku lipidów):

- a) infantyizm wielogruczołowy;
- b) postać wczesna;
- c) postać późna; (klasyczny, najczęściej napotykanany typ).

II. Postaci tarczycowo-seksualne:

a) niedomoga tarczycowo-seksualna (łagodna; niedomoga płożowa, okresu dojrzałości i przekwitania);

- b) postać otłuszczenia (Zondek);
- c) postać o pełnym rozwoju (Vollformen-złościwa).

III. Postaci przysadkowo-mózgowe:

a) w następstwie dużych guzów okolicy przysadki mózgowej;

b) w następstwie spraw zanikowych w okolicy podwzgórza.

Klasyfikacja ta jest mieszana. Borchardt oparł ją jak na zdobyczach spostrzeżenia klinicznego, tak i na badaniach chemiczno-biologicznych, — a więc i klinika i etiologia. Już to nie należy do zalet powyższej klasyfikacji. Lecz jeszcze większą jej wadą jest, że, wbrew przypuszczeniom Borchardta, bynajmniej nie obejmuje ona wszystkich przypadków t. zw. „niedomogi wielogruczołowej ww”. Że tak jest, na dowód przytoczymy 2 przyp. kliniczne, same przez się niezwykle rzadkie i ciekawe, a nabierające szczególnego znaczenia w związku z kwestją ich klasyfikacji.

Przyp. I. — Chory M. K., lat 23, (z oddz. D-ra Lewina) od roku (1928) zauważył zmiany na skórze w postaci plam odbarwionych, zajmujących coraz większe przestrzenie. Plamy te wystąpiły również na skórze owłosionej; w obrębie tych plam włosy straciły barwnik i są siwe. Od roku też chory począł słabnąć i z trudem wykonywał pracę fizyczną, stał się apatyczny. 3 miesiące temu, jakoby po zaziębieniu się, począł kaszlać i oddawać trochę płwociny; od tego czasu gorączkuje (od 37,2° do 39,0°), poci się w dzień i w nocy, schudł. Od roku również rośnie mu guz pod lewą pachą. Przed chorobą obecną był zdrow. Alkoholu nie używa, nie pali, chorób wenerycznych nie przechodził. Chory nie żonaty. Pociąg płciowy zawsze był minimalny, od kilku lat ustał zupełnie. Wciągu swego życia K. dokonał jednej próby spółkowania z kobietą, lecz nieudanej z powodu słabej erekcji członka. Ostatnio erekcji i pollucji nie ma.

Tyle skargi chorego.

W obrazie klinicznym przedewszystkiem uderzała postać skóry chorego. Na tułowiu i kończynach, obok miejsc o zabarwieniu ciemnym, występowały miejsca różnej wielkości i różnego kształtu odbarwione i odcinające się ściśle od miejsc sąsiednich. Na głowie, na brwiach i rzęsach, również na wzgórku łonowym włosy ogniskowo są białe — pozbawione całkowicie barwnika. Uwłosienie na brodzie, górnej wardze i pod pachami b. skąpe. Typ uwłosienia na łonie kobiecy. — Następnie zwracało uwagę powiększenie gruczołów chłonnych na szyi, nad obojczykami, w dołkach Morenheima, pod pachami i w pachwinach. Również i głębsze gruczoły chłonne brzuszne były powiększone. Gruczoły — wielkości prosa do wielkości bobu, twarde, niebolesne, niezrośnięte ze sobą, ani ze skórą. Pod lewą pachą był widoczny i wyczuwalny guz wielkości pomarańczy, przesuwalny, o konsystencji chrząstkowej, niebolesny. Skóra nad guzem nie wykazywała zmian zapalnych, przesuwalna. Wreszcie zaznaczyły się wyraźne zmiany w płucach. Prawe płuco: nad szczytem przytłumienie opukowe i wydech wydłużony; z przodu od 4-go żebra, a z tyłu o 2 palce poprzeczne poniżej łopatki poczyną się idące ku dołowi stłumienie opukowe; w linii pachowej stłumienie — od 5-go żebra. W obrębie stłumienia osłabiony oddech i rżenia wilgotne oraz trzeszczenia. Lewe płuco: wypuk jawny, oddech pęcherzykowy, miejscami zastrzony. Wydech nad szczytem nieco wydłużony. — Dodamy jeszcze, że wątroba wystawała z pod łuku żebrowego na 2 palce poprzeczne, niebolesna, o powierzchni gładkiej, brzegu twardym i okrągłym; śledziona była macalna

na szerokość palca poprzecznego. Jądra — wielkości bobu, penis mały (4–5 cm.).

Tak niezwykle przedstawiał się obraz choroby w omawianym przypadku.

Przeprowadzone badania wykazały, co następuje. Pirquet słabo — dodatni, Ponnendorf wyraźny, Koch — Wassermann — Krew morfologicznie: erytr 3.800.000, leukocyt. — 23.600 (neutrochl. 79⁰/₀, limf. — 20⁰/₀, eozynochl 1⁰/₀.) Hg — 65⁰/₀, wskaźnik barwny około 0.85. C. Kr. mx = 100, mn = 85. Mocz: poza słabo-dodatnim odczynem dwuazowym, nic szczególnego. Roentgen: zdjęcie płuc wykazało: zaciemnienie prawego szczytu oraz dolnego płata prawego, płuca: zdjęcie czaszki i siodełka tureckiego: — ich kształty i wymiary, oraz budowa kości sklepienia prawidłowe. Bronchografia: zupełnie wyraźne zarysy oskrzeli, brak jakichkolwiek jam. Badanie układu nerwowego autonomicznego wykazało obniżenie napięcia zarówno *n. vagi*, jak i *n. sympath.* (adren., pilokarp., atrop., Aschner, Tschermak, Löwy, Daniéłopolu i t. p.), skóra mało potliwa (i po pilokarpinie). Badanie histologiczne wyciętego gruczołu pachowego lewego wykazało: 1) rozrost elementów limfoidalnych oraz siateczki, 2) zatarcie budowy, 3) zachowaną torebkę. — Chory przebył w szpitalu od 14. IX. 1928 r. do 1. XII. 1928 r. Wciągu tego czasu odbarwienie skóry i włosów postępowało, gorączka o typie nieprawidłowym wciąż trwała, chory coraz bardziej chudł i słabł; stłumienie nad prawym płucem powiększało się co do intensywności i rozległości, 15. XI. stłumienie nad prawym płucem z tyłu sięgało grzebienia łopatki. Dokonano próbnego nakłucia i wydobyto 800 cm³ płynu o charakterze zapalnym (odpowiednio zbadany). Pod mikroskopem znaczna przewaga limfocytów.

Jak należało rozpoznać opisany przypadek? W przyp. tym obserwowaliśmy trzy, jakgdyby zupełnie odrębne zespoły kliniczne. Pierwszy zespół — zmiany pigmentacji skóry i włosów, braki uwłosienia, zanik pociągu płciowego oraz niedorozwój narządów płciowych, niskie ciśnienie krwi i hipotonja mięśniowa opok apatii psychicznej — wskazywał na zaburzenia wewnątrz-wydzielnicze; drugi zespół — schorzenie układowe gruczołów chłonnych z dużym guzem gruczołowym pod lewą pachą; trzeci — zmiany w płucach wraz z wysiękiem opłucnowym.

Zanalizujemy te zespoły. Zmniejszoną pigmentację skóry aż do zaniku spostrzegamy w zaburzeniach czynnościowych gruczołów przytarczycznych (tęczyzka), przysadki mózgowej (karłowatość przysadkowa, *vitaligo* w niekt. przyp. akromegalii), gruczołów płciowych (błada, woskowa skóra u wczesnych męskich kastratów i u eunuchoidów, zanik barwnika niekiedy u późnych kobiecych kastratów, zmniejszenie pigmentacji w okresie przekwitania u kobiet i t. p.), grasicy (bładość skóry u osobników ze *stat. hymico-lymphat.*), tarczycy (wczesne zesiwienie i *vitaligo* niekiedy w chor. Basedowa, skąpa pigmentacja w obrzęku śluzakowatym). Zwiększoną pigmentację stwierdzić możemy w tychże stanach, któreśmy wymienili, pozatem najczęściej w schorzeniu substancji rdzeniowej nadnerczy (chor. Addisona) lub w sprawach przestostowych substancji korowej nadnerczy, w ciąży. Zarówno zmniejszenie, jak i wzmożenie pigmentacji skóry i włosów spostrzegamy w „niedomogach wielogruczołowych ww.” typu I (tarczycza, jądra, przysadka mózgowa i nadnercza), jakoteż i ty-

pu II (tarczycza, gruczoły płciowe i nadnercza), według jeszcze jednego podziału tych schorzeń, którego się trzyma Pulvermacher, zasłużony badacz stosunku zmian skórnych do gruczoł. wydzielania wewnętrznego.

Z tego wyliczenia wynika, jak trudno jest powiązać zaburzenia pigmentacji ze schorzeniem określonego gruczołu dokrewnego. W naszym przyp., w którym mamy do czynienia z zanikiem i jednocześnie z nadmiarem pigmentacji, możemy podejrzewać udział wielu gruczołów dokrewnych. W pierwszym rzędzie biorą tu przypuszczalnie udział nadnercza i gruczoły płciowe, a to dlatego, że świadczą o zachodzących w nich zaburzeniach w nasz. przyp. i inne objawy kliniczne: nadnercza — niskie ciśnienie maks. krwi, mięśniowa hipotonja i t. p., gruczoły płciowe — ich niedorozwój, brak *libidinis*, skąpy zarost na brodzie i górnej wardze, pod pachami, typ kobiecy uwłosienia na spojeniu łono. wem, słowem, objawy „późnego eunuchoidyzmu”. Możliwy jest udział i gruczołu tarczycowego wobec jego nie wyczuwalności i apatii duchowej u nasz. chorego. Już na zasadzie tych zmian moglibyśmy skonstatować w naszym przyp. „niedomogę wielogruczoł. ww.”. Albo moglibyśmy, idąc śladem wielu, poczęści wspomnianych autorów, zaliczyć zaburzenia ww. w nasz. przyp. do nowej postaci „niedomogi wielogrucz. ww.” — „niedomogi płciowo-nadnerczowej” (analog. do „płciowo-tarczycowej” Borchardta), „wzbogacając” w ten sposób klasyfikację omawianych schorzeń.

Lecz cóż zrobimy z 2-ma pozostałymi zespołami klinicznymi, które w nasz. przyp. wybijają się na plan równorzędny z 1-ym zespołem? Schorzenie gruczołów chłonnych u nasz. chorego klinicznie przedstawiało się zupełnie, jak *lymphogranuloma malignum*. Badanie histologiczne wyciętego gruczołu nie wykazało jednak znamiennej budowy ziarninowej. Aczkolwiek wielu autorów zaznacza, że w „niedomodze wielogrucz. ww.”, jako chorobie konstytucjonalnej, stwierdzamy często powiększenie gruczołów chłonnych i grasicę przetrwałą, to jednak wzmianki o tak powszechnem a znacznym powiększeniu gruczołów chl. o twardej konsystencji oraz o guzie gruczołowym wielkości pomarańczy — niema. A gdyby nawet była, to podobne schorzenie gruczołów tak przypomina określone odrębne jednostki chorobowe i tak wysuwa się na plan bodaj że pierwszy w chorobie danego osobnika, że zaliczyć go do objawów, towarzyszących schorzeniu gruczołów dokrewnych, niepodobna. Zrazu w tym właśnie zespole klinicznym widzieliśmy sedno sprawy chorobowej i przypuszczaliśmy, że albo ziarnina złośliwa zajęła jednocześnie gruczoły dokrewne oraz tkankę chłonną płuc, albo też w gruczołach tych wytworzyły się przerzuty jakiegoś nowotworu, który się usadowił pierwotnie w nadnerczach i t. p. Przypuszczeń tych jednak dalsza obserwacja chorego oraz odnośne badania nie potwierdziły.

Wreszcie należało rozpoznać sprawę płucną. Sprawa ta również była dla nas przez pewien czas zagadką. Nie wykryliśmy w poszukiwaniach wielokrotnych laseczników Kocha pomimo rozległych zmian płucnych. Na oddziale zaś naszym w podobnych przyp., o ile są one pochodzenia gruczołowego, zwykliśmy zawsze, powtórnie i różnemi metodami

badając, wykrywać zarazek gruźliczy. Następnie, odczyn Pirqueta był słaby. Wystąpienie jednak znamienne dla gruźlicy wysięku w jamie opłucnowej, zmiany w szczytach i brak innego, bardziej prawdopodobnego rozpoznania przechylił szalę rozpoznawczą na korzyść gruźlicy płuc.

Pozostało powiązać omawiane zespoły kliniczne w jedną jednostkę chorobową. Nie mogliśmy uznawać gruźlicy płuc za skutek schorzenia gruczołów dokrewnych lub chłonnych. Nie mogliśmy również dopuścić myśli, aby chory nasz cierpiał na 3 zupełnie oddzielne schorzenia układowe, które wystąpiły niemal jednocześnie. Jedyną możliwą koncepcją kliniczną było, co następuje. W chorym naszym tkwiła prawdopodobnie zdawna infekcja gruźlicza. Jej zadziałanie toksyczne wywołało najpierw toksyczne, wzgl. anatomiczne zmiany specyficzne w gruczołach dokrewnych i chłonnych, następnie zaś rozległe zmiany i w płucach. Niewyklucze laseczników Kocha może świadczyć o tem, że lasecznik gruźliczy w tym przyp. był nietypowy lub zmienny, osłabiony i t. p. Tem się może tłumaczy, że powiększenie gruczoł. chłonnych w nasz. przyp. nie było typowe gruźlicze, lecz raczej przypominało ziarnicę złośliwą. Przecież i w ziarnicy złośliwej, która wedł. Fränkla, Mucha, i innych, jest pochodzenia gruźliczego, nie wykrywa się zazwyczaj laseczników gruźlicy Kocha (natomiast wykrywa się niekiedy laseczniki, nieco odmienne od postaci Kocha, ziarnka Mucha i t. p.). Zresztą, Lidja Rabinowicz, znana badaczka gruźlicy, która naogół jest przeciwniczką gruźliczego pochodzenia ziarnicy złośliwej, w jednym z 11 starannie a różnorodnie przez nią badanych przyp. tej choroby wykryła laseczniczki gruźlicy. Nie wyłączone jest, że jeszcze bardziej uporczywe poszukiwania wykryłyby laseczniczki gruźlicy i w nasz. przyp. Tak czy inaczej, w obecnym stanie naszej wiedzy, ulegając potrzebie syntezy klinicznej, po dłuższych starannych badaniach i obserwacji chorego, niemożliśmy w nasz. przyp. dojść do innego wniosku, niż wyżej podany. A w takim razie „nie-domoga wielogruczołowa ww.” w naszym przyp. nie była odrębną jednostką chorobową, a tylko objawem innej choroby — infekcji — gruźlicy. Gdyby nie doszło w nasz. przyp. do zmanifestowania innych objawów gruźlicy — schorzenia płuc i gruczołów chłonnych, uważalibyśmy chorobę naszego pacjenta za całość kliniczną i odpowiedzialną za nią czynilibyśmy konstytucję ustroju i t. p., aczkolwiek i w tym razie winna byłaby infekcja — gruźlica, winien byłby lasecznik gruźlicy typowy lub wzgl. zmieniony w swoich własnościach.

Przyp. II-gi. Dziewczynka S. F., lat 12, przybyła na odd. D-ra Lewina 13. I. 29 r. ze skargami głównie na osłabienie, ból w prawym boku od kilku tygodni i kaszel. Poza tem chora skarży się na częste bóle i wypadanie zębów oraz na znaczne wypadanie włosów na głowie. Podaje jeszcze, że po najlżejszym urazie występują sińce na skórze, nie znikające w ciągu kilku miesięcy, przy poranieniu zaś skóry — silne, długotrwałe krwawienia. Te objawy ma już od lat kilku. Chora przechodziła poprzednio odrę, krzywicę, koklusz i zapalenie płuc.

W wieku 8-iu mies. dokonano jej operacji przepukliny pępkowej. Chora jeszcze nie miesiączkuje.

St. pr. Wzrost średni, budowa prawidłowa. Skóra blada, szeroko rozciągliwa na policzkach, tułowi, rękach i na nogach (z wyjątkiem ud od tyłu, gdzie skóra jest jędrna), przy rozciąganiu sprawia wrażenie gumy, nieco naciągniętej, mało sprężystej. Podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Mięśnie d. wiotkie, szczególnie w obrębie policzków oraz na kończynach górnych i dolnych. „Na kończynach dolnych w okolicach stawów kolanowych, nazewnątrz od rzepki, a także w dolnej 1/3 części goleni lewej i na grzbiecie stopy lewej znajdujemy s z e r e g z a n i k ó w s k ó r y (do 12) postaci okrągłej lub nerkowatej, wielkości od 20 groszówki do dawnego rubla rosyjskiego i nieco większej, barwy biało-fioletowej w zależności od przeświecających żył, pokrytych ścieńczalym, pofałdowanym, o charakterze bibuły papierowej naskórkiem, — suchych, bez normalnej poletkowatości, a o dużych poletkach w kształcie ukośników, bez widocznych gruczołów skóry i bez włosów. Spoistość skóry zmniejszona, przyczem badający palec w niektórych świeższych wykwitach jakgdyby wpada w pustkę. Obraz skóry najbardziej przypomina obraz „*Atrophia cutis maculosa. Anetoderma erythematosa Jadassoni*.”*) Gruczoły chłonne karkowe, podszczękowe, wzdłuż mięś. i szyjnych macalne, wielkości grochu fasoli, łatwo przesuwalne, pojedynczo ułożone, bez zmian skóry nad nimi. Włosy na głowie b. rzadkie, cienkie, suche, ciemne, z odcieniem szarym. W okolicy ciemieniowej prawej przerzedzenie włosów dochodzi do stopnia wyłysienia. Włosy na sromie i pod pachami w postaci puszków. Spojówki gałek i powiek blade. Uzębienie łącznie: siekacze górne i dolne na powierzchni siecznej nierówne z licznymi wrębami i guzkami; kły słabo rozwinięte, w obrębie górnego zęba trzonowego prawego wyrasta dwurzędowy trzonowy, Niektóre zęby spróchniałe, 2 przedtrzonowe mleczne zachowane. Język d. duży, gruby, nie zbacza, drzeń nie stwierdza się. Migdałki b. duże, wystają z poza łuków, z kryptami, różowe. Nos krótki, u nasady b. szeroki. Oddycha przez usta. Głos nosowy. Twarz ogólnie nalana. Szyja krótka, szeroka. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Klatka piersiowa krótka, beczułkowata. Doły podobojczykowe wgłębione. Kąt międzybrowy nieco rozarty. Na żebrach klatki pierś. — różaniec krzywicy w stopniu niezbyt znacznym. Sutki zupełnie dziecinne. Objawy d'Espinea, Smitha, de-la-Campea — dodatnie. Przytłumienie nad praw. wierzchołkiem i wydech wydłużony. Oddech nad płucami zaostrozony. Nad praw. dolnym płatem płuca z tyłu i z boku delikatne tarcie opłucnowe. S e r c e bez większych zmian. B r z u c h wystaje ponad poziom klatki pierś., powłoki nienapięte; w a t r o b a wystaje z pod łuku żebrowego na 2 palce poprzeczne — o brzegu ostrym, powierzchni równej, gładkiej, niezbyt twarda, nietkliwa; ś l e d z i o n a niemacalna. W zakresie układu n e r w o w e g o zmian nie stwierdza się. Z e z u t a j o n y rozbieżny. Stawy stóp i rąk niezwykle rozciągliwe (szczególnie stawy 1-go palca stóp). B a d a n i e k r w i: czas krzepliwości—1 godz. 10' (W r i g h t) czas krwawienia — 7', Hg. 64 (S a h l i), erytrocyt 3.270.000, leuk. — 6.000 (neutrochl. — 60%, limfoc. 37%, monocyt. i przeświecających — 2½%, eozynochł. — 0,5%), płytek B i z z o z e r o — 210.000. Badanie m o c z u, k a ł u, p ł o c i n y zmian patolog. nie wykazuje. W a s s e r m.—; P i r q u e t + + +; P o n n d o r f — b. mocny. Barwniki żółciowe, wapń oraz cukier we krwi — w granicach normy. D n o o c z u bez zmian. M x = 80, M n = 64. Badania histologicznego skrawka skóry chorej wobec sprzeciwu jej matki nie dokonano.

(Dok. nast.).

*) Orzeczenie d-ra St. Markusfelda.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z I-go Oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego.

(Kierownik: A. Landau).

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE NAD BRADYKARDJĄ.

Doniesienie III.

Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany zespołem Hornera.

Podali

A. LANDAU, M. FEJGIN i B. JOCHWEDS (Warszawa).

W doniesieniu pierwszym¹⁾ opisaliśmy przypadek rzadkiego tętna, zależnego od niemiaryowości oddechowej znacznego stopnia, które było brane nawet za chorobę Stokes-Adamsa i minęło po leczeniu atropino-bromowem, a niedawno ogłosiliśmy przypadek rzadkiego tętna, powstałego na skutek zmian organicznych w mięśniu sercowym, które spowodowały częściowy blok zatokowo-przedsionkowy ze skurczami dodatkowymi komór pochodzenia węzłowego, t. zw. „escaped beats”²⁾.

Przypadek obecny stanowi niejako pendant do poprzednich, gdyż ilustruje on zgoła odmienny mechanizm powstawania rzadkiego tętna — na tle prawdopodobnie zmian organicznych w nerwach, wzgl. zwojach nerwowych, zaopatrujących serce i regulujących jego czynność.

Pacjentka lat 52, przywieziona 3.IV.28 r. przez Pogotowie Ratunkowe z powodu omdlenia na ulicy. Od kilku miesięcy miewała jakoby rwące bóle w okolicy serca, promieniujące do lewego ramienia, występujące po kilka razy w ciągu dnia — po wysiłku fizycznym lub chodzeniu. Odczuwała poza tem duszność wysiłkową, palpitacje serca, wieczorami obrzmiewały jej stopy. W nocy i w spoczynku bólów nie miewała. Przed 20 laty przechodziła reumatyzm stawowy — gorączkowoła i miesiąc leżała w szpitalu; miewała następnie czasami przemijające bóle w stawach i palpitacje serca, ale pracowała fizycznie aż do obecnej choroby. Poza tem stolce ma zaparte, mikcja bez zmian, łaknienie zachowane, schudła ostatnio i czuje znaczne osłabienie. W dzieciństwie przebyła płonicę, błonicę i dur osutkowy, przed 8 laty jakąś operację ginekologiczną; w ciąży była 13 razy, z tych — 4 razy roniła, 9 razy rodziła, 8-ro dzieci zmarło, 1 żyje. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Perjody od 14 roku życia regularnie, od 4 lat upławy.

Badanie przedmiotowe: osoba wzrostu średniego, budowy prawidłowej, dość wątłej, stan odżywiania nieznacznie, waga 58,6 kgr.; gruczoły chł. karkowe i pachwinowe — wielkości grochu, inne — niepowiększone, uzębienie 18, gardziel b. zm., żrenice — prawa znacznie węższa od lewej, obydwie oddziałują na światło i przystosowanie prawa gałka oczna głębiej osadzona, pr. szpara oczna węższa o połowę od lewej. Tętno 45 na min. pozornie miarowe, nieźle wypełnione i napięte, ciśnienie 145/90 p-g R. R.; oddechów 24 na min. typ piersiowy.

Płuca: poza nieznacznem wydłużeniem wydechu nad obojczykami — b. zm.

Serce: uderzenie koniuszkowe niewidoczne, niema-

calne, pr. granica — na pr. brzegu mostka, lewa w 2-ej lewej przestrzeni m. ż. na 1 palec, w 3-ej — na 2 palce od l. brzegu mostka, w 4-ej i 5-ej przestrzeni — dochodzi do 1. linii środkowo-obojez. Wysłuchowo: na koniuszku I ton głuchawy, nieczysty, u podstawy obydwu tony głuchawe, II aorty nieco akcentowany; w tętn. szyjnej I ze szmerem, II z odcięciem dźwięcznym.

Jama brzuszna b. zm. Odruchy ścięgnowe zachowane.

Roentgen kl. piersiowej: W szczycie pr. drobnie ognisko zwapniałe, poza tem mięsz płucny b. zm. Cienie wnękowe nieco wzmoczone, ruchy przepony wolne. Wymiary obu komór serca może zlekka powiększone. W moczu — ślady Ur-genu, zresztą, nic szczególnego; w krwi — leukocytów 5800 w 1 mm³, wór: oboj. — 41%; pałeczk. — 4%; limf. — 45%; mon. i przejść — 8%; eozyn. — 2%. Odczyn Wassermann'a i Sachs-Georgiego w surowicy ujemny.

Pacjentka przebyła około 10 tygodni na oddziale. W ciągu tego czasu stan jej nie uległ najmniejszej zmianie. Sensacje sercowe — nieobecne w spokoju, występowały nadal przy próbach chodzenia, tętno z początku wynosiło 54–44 na min., po miesiącu obniżyło swą częstość do 36–38 oraz zaczęło wykazywać wyraźną niemiaryowość; bóle w kończynach, osłabienie, zaparte stolce, niezdolność do wysiłków fizycznych utrzymywały się, jak również i zespół Hornera po stronie prawej.

W celu ustalenia, z jaką postacią rzadkiego tętna i niemiaryowości mamy tu do czynienia, wykonaliśmy zdjęcie sfigmo- i elektrokardiograficzne oraz przedsięwzięliśmy próby atropinową, kokainową oczną, zastosowaliśmy wydychanie *amylum nitrosum*, zbadaliśmy wpływ ruchu. Otóż po zastrzyknięciu dożylnem 1,5 mlgr. atropiny tętno z 38 przed zastrzyknięciem przyspieszyło się po 5 min. do 72, po 15 min. wynosiło 69, po 35 min. — 60, po 50 min. — 48, po 1½ godz. — 48 na minutę; niemiaryowość, polegająca na występowaniu dłuższych przerw co kilka uderzeń — zniżała, aby zjawić się dopiero w 1½ godz. po zastrzyknięciu. Po podaniu chorej 4-ch kropel *amylu nitrosi* do powąchania tętno z 44-ch przyspieszyło się do 114, niemiaryowość znikła, wystąpiło zaczerwienienie twarzy; obydwie żrenice rozszerzyły się wyraźnie.

Wejście na 1-e piętro przyspieszyło tętno z 36 do 60, ale po 4-ch minutach tętno znów wynosiło 36. Podobnie nieraz stwierdzić można było chwilowe przyspieszenie się tętna podczas rozmowy lub przy jakimś wzruszeniu. Oczywiście, że zawsze liczba uderzeń serca na koniuszku odpowiadała liczbie tętna na obwodzie.

Po wkropleniu do oczu 1% roztworu kokainy nastąpiło rozszerzenie obydwu żrenic, aczkolwiek prawa pozostała węższa nieco od lewej.

Z powyższego wynika, iż, w przeciwieństwie do ostatnio opisanego przypadku²⁾, mamy tu przykład rzadkiego tętna, które stos. łatwo ulega przyspieszeniu pod wpływem środków farmakologicznych, działających porażająco na nerw błędny (atropina) lub drażniących układ współczulny (*amylum nitrosum*), oraz takich czynników, jak zmęczenie, wzruszenie psychiczne etc.

Oczywistą jest rzecz, że gdyby zaburzenie

¹⁾ A. Landau i B. Jochweds. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 14, r. 1927.

²⁾ M. Fejgin i B. Jochweds. Polska Gaz. Lek. Nr. 5, r. 1929.

rytmu sercowego zależało tu od jakichś organicznych zmian w mięśniu sercowym, wzgl. w węzłach czy pęczkach automatyzmu sercowego, niepodobna byłoby uzyskać za pomocą wyżej wymienionych środków i czynników z taką łatwością przyspieszenia tętna. Tak właśnie rzecz się miała w ostatnio opisanym przypadku, w którym ani ruch, ani atropina, ani *amylum nitrosum* nie miały właściwie żadnego efektu na tętno. W przypadku obecnym zachodzić musi zupełnie odmienny mechanizm powstawania rzadkiego tętna — którego przyczyny szukać należy poza mięśniem sercowym, a więc w nerwach, regulujących czynność tegoż. Jak wiadomo, nerwy, zaopatrujące mięsień sercowy, należą do obydwu wielkich grup układu roślinnego, a mianowicie, do N. współczulnego i N. błędnego. Współistnienie w naszym przypadku prawostronnego ocznego zespołu Hornera zwraca oczywiście uwagę w kierunku n. współcz. i tu każe doszukiwać się zmian, mogących wytlomaczyć zachowanie się rytmu serca. Należy jednak uprzednio w kilku słowach omówić najważniejsze dane, dotyczące anatomji i fizjologii t. zw. nerwów sercowych dla ułatwienia orientacji w panujących tu stosunkach.

Otóż do mięśnia sercowego dochodzą włókna współczulne z części szyjnej i 4-ch górnych zwojów piersiowych N. współcz. oraz gałązki sercowe N. błędnego (N. bł.) N. współcz. tworzy na szyi trzy zwoje szyjne; górny, dalej zwój szyjny środkowy, którego często zresztą brak, oraz zwój sz. dolny, zrównany najczęściej z 1-szym zw. piersiowym t. zw. zwój gwiazdzisty (zw. gw.), który łączy się z 4 — 8 parą korzonków szyjnych i z 1-ą parą — piersiowych. Z tej szyjnej i górnej piersiowej części N. współcz. biegną gałązki do serca i narządów śródpiersia, zawierające włókna od — i dośrodkowe.

Tandler odróżnia 3 t. zw. nerwy sercowe: górny z górnego zwoju szyjn., środkowy — z pnia lub środkowego zwoju szyjn. i dolny — ze zwoju gwiazdzistego. Czasami bywa jeszcze 4-ty nerw: N. inferior. Przebieg tych gałązek jest jednakże niestały, często nie wszystkie dadzą się odszukać i ustalić. Prócz gałązek sercowych n. współcz. zaopatruje także inne narządy, a więc z interesujących nas tutaj wymienimy: włókna ruchowe do mięśnia, rozszerzającego żrenice, i do m. Muellera. Włókna te wychodzą z górnej piersi. i dolnej szyjnej części rdzenia (t. zw. *centrum ciliospinale*), zdążają do zwoju gw., a stąd przez pień współcz. szyjny i zwój szyjny górny wchodzi do *ggl. ciliare*, jako t. zw. *radix sympathica* tego zwoju.

Nerw błędny — drugi, zaopatrujący serce, tworzy, jak wiadomo, w górnej swej części 2 zwoje: *ggl. jugulare i plexiforme*. Ten ostatni łączy się ze zwojami szyjnymi N. współcz. — także i niżej istnieją połączenia pomiędzy pniami obydwóch układów — współcz. i błędnego.

Przebieg tych gałązek i połączeń jest również zmienny, jak i gałązek sercowych N. współcz., najbardziej stała z nich jest gałązka, odchodząca w dolnej części szyi do śródpiersia — często zaczyna się ona w kącie pomiędzy pniem N. bł. a N. krtaniowym górnym — i zbliżona jest do t. zw. N. depressor, opisanego u królika przez Cyona

i Ludwiga. Danielopolu na podstawie własnych badań anatomicznych twierdzi, że u człowieka właściwie nie istnieje oddzielny N. depressor ale cały szereg włókien „depressyjnych“, rozrzuconych w gałązkach N. bł. i N. współcz. i w ich pniach głównych.

Otóż zarówno N. bł., jak i współcz. zawierają włókna dośrodkowe — niosące rozmaite bodźce z serca i aorty do ośrodków nerwowych, jak i odśrodkowe, przewodzące bodźce z ośrodków tych do serca i naczyń. Włókna dośrodkowe biegną z N. sercowymi do pnia N. bł., wzgl. do N. współcz. (po przez zwój gw. przeważnie) i stąd czy to za pośrednictwem połączeń obydwu tych nerwów z nerwami czaszkowymi, czy też drogą gałązek łączących dostają się do mózgowia, wzgl. rdzenia.

Te szlaki dośrodkowe stanowią jakby ramię czuciowe t. zw. przez Danielopolu odruchów hamujących, czy też pobudzających („depreseurs, wzgl. presseurs”) serca i naczyń. Bądź co bądź, drażniąc dośrodkowe (idące do rdzenia i mózgowia) końce przeciętego N. współcz. czy też błędnego, lub poszczególnych gałązek tych nerwów, otrzymujemy zależnie od okoliczności i warunków doświadczenia rozmaite oddziaływanie ze strony serca i naczyń, polegające na zwolnieniu tętna i obniżeniu ciśnienia (effets depresseurs) czy też przeciwnie — przyspieszenie tętna i wzrost ciśnienia (effets presseurs). Też same wyniki otrzymać możemy, drażniąc końce obwodowe innych gałązek nerwowych, stanowiących jakby ramię odśrodkowe (analogiczne do ramienia ruchomego) wspomnianych wyżej odruchów sercowo-naczyniowych. Otóż podług Rothbergera, N. błędny zawiera włókna, które przewodzą bodźce hamujące („depreseurs”), N. współcz. zaś — włókna, przewodzące bodźce, które działają pobudzająco na wszystkie własności mięśnia sercowego (działanie ujemne, wzgl. dodatnie chronotrope, bathmotrope i dromotrope).

A więc drażnienie końców obwodowych tych gałązek odśrodkowych N. bł. powoduje spadek ciśnienia i zwolnienie tętna, a — N. współcz. — wzniesienie ciśnienia i przyspieszenie tętna, stąd nazwa N. accelerantes dla tych ostatnich gałązek N. współcz. Te włókna przyspieszające wychodzą przeważnie z 2, 3 i 4 odcinka rdzenia piersiowego i zdążają wszystkie albo w przeważającej większości do serca po przez zwój gwiazdzisty. Włókna przyspieszające wzmagają również kurczliwość mięśnia sercowego (działanie inotropowe dodatnie), przewodnictwo i wydłużają pauzę refrakcyjną; włókna N. błędnego mają działanie przeciwne. Zrozumiałą jest rzeczą, że uszkodzenie włókien przyspieszających, wzgl. zwoju gwiazdzistego, z którego one wychodzą, odbić się może b. niekorzystnie na czynności mięśnia sercowego. Dochodzi bowiem wówczas do znacznej przewagi N. błęd., którego hamujący wpływ na mięsień sercowy sprowadzić może nawet groźne objawy upośledzenia czynności. W doświadczeniach na zwierzętach przecięcie gałązek przyspieszających wywoływało osłabienie mięśnia sercowego i nader łatwe wyczerpywanie się tegoż przy wysiłkach fizycznych.

Tembardziej ujemnie wpływa uszkodzenie tych nerwów u osobników z mięśniami sercowymi, zmienionymi chorobowo — i dlatego np. Daniełopolu, Rothberger i inni tak gorąco ostrzegają przed wycinaniem zwoju gwiaździstego podczas operacji usuwania zwojów współcz. z powodu dusznicy bolesnej. Jeżeli dodamy jeszcze, że prawy n. przyspieszający działa wybitniej od lewego na częstość kurczu, gdyż zaopatruje on zatokę (lewy dochodzi do węzła przeds. komorowego i podrażnienie jego wywołać może automatyzm przeds. komorowy), z drugiej zaś strony prawy N. błędny również wybitniej działa od lewego w sensie hamującym, albowiem też dochodzi do węzła zatokowego (podrażnienie praw. N. bł. może zatrzymać całe serce, a lewego daje, co najwyżej, blok przeds. komorowy z zachowaną, wzgl. nieco tylko zahamowaną czynnością przedsionków — dzięki utrudzeniu przewodnictwa przeds. komorowego), to z łatwością rozumiemy, że uszkodzenie pr. N. współcz., wzgl. zwoju gwiaździstego musi w sposób wybitny wpłynąć na czynności serca. Sprawdzano ono bowiem wskutek upośledzenia nn. przyspieszających stosunkową przewagę napięcia prawego N. bł. i wynikające stąd zwolnienie tętna oraz ujemny wpływ na kurczliwość i przewodnictwo.

Otóż w naszym przypadku stwierdzamy właśnie znaczne zwolnienie rytmu całego serca (jak to wynika z krzywej sfigmo — elektrokardjograficznej, której szczegółowa analiza niżej), ustępujące pod wpływem porażenia N. bł. przez atropinę lub podrażnienia N. współcz. przez *amylum nitrosum*. Dowodzi to uszkodzenia, *acz nie zupełnego zniesienia czynności N. n. przyspieszających* i występującej przewagi N. błędnego. Dalszą konsekwencją tego, w myśl wyżej powiedzianej go o fizjologii nerwów sercowych, może być upośledzenie czynności mięśnia sercowego, ujawniające się w tych przypadkach pg. Rothbergera przez spłaszczenie jak P: i T. w elektrokardjografii. U naszej chorej stwierdzamy wyraźnie objawy zmniejszonej sprawności sercowej w postaci duszności wysiłkowej, sensacji stenokardjalnych i t. d., należy jednakże przypuścić, iż obok czynników natury

nerwowej, dominującą rolę odgrywają tu jakoweś zmiany organiczne w samym mięśniu, czy w naczyniach, odżywiających go — a to ze względu na przebyte sprawy infekcyjne, przede wszystkim zaś ostry reumatyzm stawowy przed 20-u laty, oraz na wiek chorej, pozwalający przypuszczać istnienie procesów miażdżycowych — co potwierdza dzwięczność II tonu w tętnicy szyjnej. Co do sprawy uszkodzenia gałązek przyspieszających w tym przypadku — to potrzeba jeszcze zlokalizować to uszkodzenie. Otóż wyraźną wskazówkę w tym względzie daje nam stwierdzenie prawostronnego zespołu Hornera. Wspomnieliśmy już wyżej, że włókna, od których uszkodzenia zależy wystąpienie tego zespołu ocznego, biegną z *centrum ciliospinale* w rdzeniu poprzez zw. gwiaździsty do pnia N. współcz., który opuszczają na wysokości zwoju szyjnego górnego. Ale przez ten sam zw. gw. zdąża przeważająca większość włókien przyspieszających w swej drodze: dolne szyjne i górny piersiowy odcinek rdzenia — gałązki łączące — zw. gwiaździsty N. przyspieszające — serce. W tym więc zwoju spotykają się obok siebie na niewielkiej przestrzeni dwa te układy włókien, tak, iż uszkodzenie tego zwoju dać musi jednocześnie zespół Hornera i objawy zależne od zniesienia wpływu Nn. przyspieszających. Że zaś w danym przypadku chodzi o uszkodzenie prawostronne, zrozumiałem więc się staje w świetle wyżej wspomnianej różnicy czynnościowej między prawymi i lewymi nerwami sercowymi tak wybitny wpływ na czynność serca przeważającego napięcia prawego N. błędnego, — szczególnie w sensie zahamowania własności chronotropowych serca.

Trudniej natomiast z całą pewnością wskazać etiologję uszkodzenia tego zwoju współczulnego. Wobec braku objawów jakiegoś guza uciskającego, kiły lub innego procesu zapalnego w tym zwoju lub jego otoczeniu możemy chyba przyjąć, iż chodzi tu o jakieś zmiany w naczyniach, odżywiających ten zwój — tej samej natury co i w sercu, a więc miażdżycowe, jeżeli nie są to jakieś pozostałości przebytych spraw zakaźnych.

(dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O djetetycznym leczeniu gruźlicy.

(Referat krytyczny)

Podał

Zdzisław ŚWIDER (Warszawa.)

(Dokończenie p. № 48).

Zupełnie ujemne wyniki otrzymali Müller i Scheren.

Wiegand nie mógł potwierdzić w całej rozciągłości wyników leczniczych kliniki monachijskiej. Wprawdzie w większości przypadków stwierdził on pewne zmniejszenie się ilości odkrztuszanej płwociny, jednak tylko u 2 chorych z ogólnej liczby 19 — przyrost wagi, gdy stan płuc oraz ciepłota ciała pozostały bez zmiany.

Pfeffer przeprowadził badania na 40 chorych z następującym wynikiem: w jednym przypadku poprawa wybitna, poprawa umiarkowana w 16 przyp., pogorszenie również w 16, reszta — bez zmiany. Przyrost wagi przeważnie występował. Oddziaływanie tej diety na t^0 , kaszel, ilość dobową płwociny było jednak wątpliwe; apetyt często upośledzony wskutek przyjmowania mineralogenu. PH we krwi — bez zmian.

Kretsch wypróbował dietę S. H. G. u 46 chorych z wynikiem następującym. U 6 chorych ze sprawami szczytowymi wystąpiła poprawa samopoczucia; przyrost wagi — nie u wszystkich. U drugiej kategorii chorych (10) z naciekami pod

obojczykowemi wystąpiła znaczna poprawa w 7 przypadkach. Wreszcie na 30 chorych ze sprawą płucną obustronną i rozpadową udało się osiągnąć wyraźną, lecz przemijającą poprawę tylko u 8 osobników. K r e t s c h jest zadowolony z osiągniętych wyników, bo chorzy, którzy przy zwykłej diecie szpitalnej wykazywali nieznaczny przyrost wagi lub nawet spadek — tu szybko przybierali na wadze. Samopoczucie się poprawiało, gorączka nieraz ustępowała, ale stan płuc utrzymywał się naogół bez mian. Autor stwierdza, że lubo ten przyrost wagi należy bardzo cenić, jednak poprawa ogólna nie wpływała na sprawę płucną. W 16 przypadkach ciężkich, które zakończyły się śmiercią, nie udało się, pomimo często prawie półrocznego stosowania diety S. H. G., zaobserwować zatrzymania się sprawy swoistej. Również w przypadkach, w których osiągnięto poprawę, nie stwierdzono bezpośredniego zadziałania tej diety na ciepłotę ciała oraz ilość płwociny. Miało się raczej wrażenie, że dopiero wtórnie, pod wpływem przybierania chorych na wadze, poprawiały się niektóre objawy.

Z autorów polskich przeprowadził Dobrowolski badania nad leczeniem djetetycznem gruźlików, stosując dietę, nieco odmienną od diety S. H. G. (mniejszy wpływ „zakwaszający”). Przypadki D. — to chorzy z bardzo znacznymi zmianami czynnymi, obustronnymi, przeważnie o charakterze wysiękowym. Leczenie dało poprawę samopoczucia, zmniejszenie ilości płwociny, potów, wzgl. często zmniejszenie rzeżeń w płucach.

Z przeglądu powyższych prac nad wpływem diety S. H. G. na gruźlicę wynika zatem: 1) doskonałe oddziaływanie w gruźlicy skóry oraz gr. chirurgicznej, 2) mniej wyraźne, raczej ogólne, niż miejscowe, — w gruźlicy płuc. Sprawiedliwość nakazuje jednak podkreślić, że badania kontrolne autorów innych były przeprowadzone na mniejszą skalę, niż doświadczenia Sauerbrucha i Hermannsdorfera i może nie z takim oddaniem się sprawie. Bowiem S. i H. sami zwrócili uwagę na trudności, nastroczające się przy zastosowaniu tej diety, głównie na zachęcenie chorych do nowego sposobu odżywiania się. Autorowie inni zbyt akcentują wstręt chorych do omawianej diety: możliwe zatem, że w odmiennym nieco sposobie przygotowywania potraw, a przeto w mniej systematycznym odżywianiu się chorych należy szukać częściowo przyczyny niepowodzenia. Dlatego może byłoby racjonalne, aby przed zastosowaniem praktycznem diety S. H. G. kierownicy odpowiednich zakładów zapoznali się osobiście z techniką tej diety na miejscu, t. j. zwiedzali klinikę Sauerbrucha: zaproszenie w tym celu znajdujemy w cytowanej wyżej pracy S. i H.

W każdym razie należy narazie odróżniać ściśle, ze względu na prognostykę oraz... propagandę tej djetetyki, stosowanie nowej metody do leczenia: gruźlicy zewnętrznej oraz gruźlicy płuc. Nie wolno mówić ogólnie o djetetycznem leczeniu „gruźlicy”, gdyż takie ujmowanie sprawy może ze względu na niezbyt zachęcające naogół wyniki, osiągnięte dotychczas w gruźlicy płuc, zdyskredytować tę metodę wogóle.

Natomiast podkreślanie doskonałych rezultatów, osiągniętych już w gruźlicy zewnętrznej, a zatem

fakt niewątpliwego istnienia już pewnej metody djetetycznej o potężnych własnościach leczniczych — winien być bodźcem do dalszych badań w tym kierunku. Ważną jest dla nas myśl sama o djetetycznem leczeniu chorób, — a przeto przestrzeganie przed zbyt optymistycznym narazie traktowaniem djetetycznego leczenia gruźlicy płuc nie winno upoważniać jeszcze do krytykowania całości. Słusznie też zauważa Strauss, że możliwa jest w przyszłości pewna modyfikacja diety S. H. G., że nie wiemy jeszcze obecnie, które części składowe tej diety utrzymają się ostatecznie i w jakim stopniu przyczyniają się wówczas do terapii również gruźlicy płuc.

Dlatego też należy powitać z uznaniem zapowiedź nowych badań, tym razem już na szeroką skalę, w specjalnych zakładach (zarządzenie magistratu m. Berlina).

Niezależnie od metody S. H. G. zaczyna ostatnio wysuwać się nowy sposób djetetycznego leczenia gruźlicy — tym razem metoda doustnej organoterapii.

Fliegel przedstawił w roku ub. na posiedzeniu listopadowem Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego wyniki swych spostrzeżeń nad stosowaniem diety śledzionowej w ciężkiej gruźlicy stawów. Autor podawał 24 chorym od 50 do 100 gr. dziennie, możliwie surowej, śledziona cielej, ewent. śledzoną posiekaną w zupie lub też kotlety tak jednak smażone, aby pozostawały wewnątrz surowe. Tylko w jednym przypadku nie można było tej diety dłużej stosować, reszta chorych znosiła ją dobrze. Dietę tę stosował autor przez 4 tygodnie, potem zaprzestawał na 3-4 tyg. i rozpoczynał ponownie odżywianie chorych śledzioną. W celu osiągnięcia dobrych wyników należy przeprowadzić przynajmniej 2-3 takie kursy leczenia: jedna kuracja nie wystarcza. Autor otrzymał doskonałe wyniki w b. ciężkich przypadkach, w których ropienie trwało już od szeregu lat i w których stosowano już wielokrotnie bez skutku w sanatoriach leczenie promieniami Roentgena i lampą kwarcową. Zwłaszcza doskonale wyniki otrzymał F. u dzieci, stosując jednak obok terapii djetetycznej również leczenie ortopedyczne. — W dyskusji zwrócono uwagę na to, że oddawna już znane jest korzystne oddziaływanie wyciągów śledziona na tworzenie się kości, a przeto wyciągi te stosuje się w złamaniach kości. Dalej, przypadki F. dotyczyły niewątpliwie gruźlicy kości i stawów ze wtórnem zakażeniem, gdyż czysta gruźlica chirurgiczna daje łagodny obraz kliniczny.

Otóż tej sprawie wtórnego zakażenia w gruźlicy należy poświęcić słów parę, gdyż nie wspominają o niej zupełnie Sauerbruch i Hermannsdorfer oraz autorowie badań kontrolnych. Przypomnijmy sobie jednak, że pierwsze badania H. dotyczyły właśnie djetetyki ran, a więc banalnych zakażeń skóry. Dalej, w ciężkich przypadkach gruźlicy chirurgicznej u S. i H. mieliśmy znowuż do czynienia, jak u Fliegla, z zakażeniem mieszanem. Wreszcie, odgrywa to zakażenie bynajmniej niepodrzedną rolę w gruźlicy płuc. Referent, w badaniach swych nad wpływem stosowania autoszczepionki, przygotowanej z wyhodowanych z płwociny gruźlików drobnoustrojów

banalnych, stwierdzał często zmniejszanie się dobowej ilości płwociny, pewne obniżanie się t⁰, zmniejszanie się ilości rzeżeń, a zatem otrzymał wyniki, poniekąd zbliżone do rezultatów, osiągniętych zapomocą diety S. H. G. Nie było tu jednak mowy o zabliźnianiu się ognisk gruźliczych oraz o przybywaniu na wadze, jak u S. i H. W każdym razie jednak spostrzeżenia te czynią uzasadnionem przypuszczenie, że część przynajmniej działania leczniczego diety S. H. G., a może i diety Fliegela, polega na zwalczeniu zakażenia wtórnego. Sprawa zasługiwałaby na bliższe zbadanie drogą kontroli bakteriologicznej płwociny leczonych w ten lub inny sposób chorych.

Ruttgers i Kamsler zastosowali dietę śledzionową w gruźlicy płuc i otrzymali poprawę samopoczucia, poprawę obrazu krwi, przyrost wagi. Podawali chorym od 100 do 150 gr. śledziony świńskiej, możliwie surowej lub zlekką tylko obsmażoną — lub też proszek z mięszu śledziony, przygotowany przez fabrykę Hoffmann-La Roche, jako „Splenoglandol”.

Piśmiennictwo

1. Salle. Kl. W. Nr. 40, s. 1886, 1929 r. — 2. Gerson. Fortschr. Med. I. 1924 r. — 3. Gerson. M. m. W. Nr. 51, 1926. — 4. Sauerbruch. Med. Welt. s. 1351,

1929. — 5. Derwahl. Beitr. Kl. Tbk. 67, s. 733, 1927. — 6. Kretz. W. Kl. W. 1929, s. 993. — 7. Liesenfeld. Beitr. Kl. Tbk. 72, 252, 1929. — 8. Jesionek. M. m. W. 1929, s. 867. — 9. Hagedorn. Beitr. Kl. Tbk. 72, 1929. — 10. Sauerbruch. M. m. W. Nr. 33, 1928. — 11. Hürtle. M. m. W. Nr. 34, 1929. — 12. Herrmannsdorfer. M. Kl. Nr. 32, S. 1189. — 13. Herrmannsdorfer, Jung i Stein, M. m. W. Nr. 17, s. 711, 1927. — 14. Bettmann D. m. W. Nr. 31, S. 1301, 1926. — 15. Strauss. M. Kl. Nr. 36, s. 1325, 1929. — 16. Bardenheuer. M. m. W. Nr. 29, 1929. — 17. Jansen i Loew. D. Arch. f. Kl. Med. 154, s. 195, 1927. — 18. Martin. Ztschr. f. Tb. 46, s. 132, 1926. — 19. Quincke H. D. Arch. f. Kl. Med. 158, s. 42, 1928. — 20. Müller P. i Anthes. D. A. f. Kl. M. 158, s. 54, 1928. — 21. Müller P. i Quincke H. D. A. f. Kl. M. 158, s. 62, 1928. — 22. Oehme i Wassermeyer. D. A. f. Kl. M. 154, s. 107, 1927. — 23. Schmitz. Ztschr. f. Tb. 47, s. 461, 1927. — 24. Bommer i Bernhardt. D. m. W. Nr. 31 1929. — 25. Dobrowolski L. A. P. G. L. Nr. 44/45, s. 926, 1927. — 26. Orłowski W. P. G. L. Nr. 5, s. 87 1927. — 27. Orłowski W. P. Arch. Med. Wewn. t. V z. 1, s. 68, 1927. — 28. Hawes The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 93, s. 452, 1929. — 29. Weiss M. W. Kl. W. Nr. 41, s. 1114, 1925. — 30. Richetr Ch. „La nouvelle Zomotherapie.” Masson & Co., Paris. 1920 — cyt. wg. Weiss. — 31. Gettkant. D. m. W. Nr. 43, s. 1789, 1929. — 32. Kroetz. M. m. W. Nr. 43, 1929. — 33. Fliegel O. — ref. Med. Kl. Nr. 45, s. 1696, 1928. — 34. Ruttgers W. i Kamsler A. Beitr. Kl. Tbk. 72, 68, 1929.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

∞ E. ROSSET. Łódź, miasto pracy.

Autor, naczelnik wydziału statystycznego Magistratu m. Łodzi, miastu swemu poświęcił już sporo prac budzących zaciekawienie do stolicy naszego przemysłu i popularyzujących wiadomości o niej wśród naszego społeczeństwa. Ostatnia praca daje w zarysie rozwój miasta od czasów dla Łodzi niemal legendarnych, bo sięgających 14-go stulecia, podkreśla najważniejsze momenty historyczne aż do ostatnich czasów (wieś Łódź, Łódź jako miasto pod prawem magdeburskiem, panowanie pruskie, królestwo kongresowe i rozwój wielkiego przemysłu, wojna światowa, lata niepodległości). Dalej autor mówi o obecnym stanie miasta, poruszając wszystkie najważniejsze zagadnienia, jak: wygląd zewnętrzny, przemysł, finanse oświatę, sprawę mieszkaniową, opiekę społeczną i zdrowotność. Te ostatnie działy, najbardziej obchodzące higienistę, zawierają sporo ciekawego materiału.

Rozwijała się Łódź, jako typowe miasto przemysłowe bez uwzględnienia potrzeb kulturalnych i zdrowotnych ludności, myśląc wiele o liczbie bel bawełny i metrów perkalu, mało o liczbie, jeszcze mniej o jakości mieszkań i duszących się w nich, przedwcześnie schodzących ze świata obywateli, stąd jej brzydota i zaniedbanie. „W spuściźnie po rządach obcych pozostało tyle luk i zaniedbań w dziedzinie spraw miejskich, że nawet marzyć nie można o rychłym dźwignięciu Łodzi ze stanu jej dotychczasowego upośledzenia”, mówi autor, wielokrotnie powracając do tego tematu, dając jaskrawe przykłady rozwielenia między wielkomiejskiej w Łodzi Ale fotografie, liczby i fakty, idące dalej, osłabiają nieco ten ton pesymistyczny. W dziedzinie oświaty zrobiono naprawdę wiele: w roku 1919 prawie połowa dzieci w wieku szkolnym nie pobierała nauki, a już w roku 1922/23 ogłoszono, że dla każdego dziecka jest miejsce w szkole, zaś nowowypbudowane gmachy szkolne są naprawdę wzorowe. W dziedzinie szpital-

nictwa postęp jest wyraźny, skoro przed wojną był jeden szpital na 40 łóżek, a obecnie miasto rozporządza 885 łózkami. Liczne przychodnie, towarzystwa do walki z klęskami społecznymi, zapewnienie pomocy lekarskiej szerokim warstwom ogółu mówią o radykalnych zmianach na lepsze i w dziedzinie zdrowotności publicznej. Wodociągi i kanalizacja, nad którymi prace są w toku, niewątpliwie wywrą swój wpływ zbawienny. Żle jeszcze wygląda sprawa mieszkaniowa, tak ściśle wiążąca się ze zdrowotnością. Należy oczekiwać i tu w najbliższych czasach zmian radykalnych.

M. Kacprzak.

∞ RUGE, MÜHL ENS und zur VERTH. Krankheiten und Hygiene der warmen Länder. — (G. Thieme, Lipsk. 1930)

Książka w pięknej szacie zewnętrznej, ukazująca się w trzecim wydaniu, sprawia wrażenie nad wszelki wyraz miłe. Doskonały papier kredowy, druk czysty, wyraźny, czcionka każda niby twór niemal artystyczny, bez błędów drukarskich, około 500 rysunków doskonałych, sześć tablic kolorowych i t.d. Mówię prawie z zazdrością od strony zewnętrznej, przede wszystkim dlatego, że mimowoli widzę przed sobą książki naukowe, u nas wydawane bez staranności, bez dbałości o piękno, najczęściej byle jak, robione na kolanie. Nasza technika typograficzna doprawdy żółwie robi postępy. Co się tyczy treści książki, to, choć bardzo jesteśmy oddaleni od okolic zwrotnikowych, zbyt mało jeszcze mamy kontaktu z miejscowościami, w których endemicznie panują choroby, o których tu mowa, jednak z czasem, może nawet w tempie dość szybkim sytuacja się zmieni. Toż coraz częściej polacy zwiedzają okolice stref gorących osiedlają się w nich, a i marynarka polska coraz częściej z konieczności stykać się będzie musiała z przedmiotem, wyłożonym tu obszernie i niezmiernie szczegółowo. Lekarzy polskiej marynarki — choć jest ich dotąd liczba bardzo szczupła — i dziś już zajmą etjologia, klinika, terapia

chorób, panujących w krajach zwrotnikowych. Rozdział zaś, obejmujący higienę (np. aklimatyzacja, odzież, mieszkanie, odżywianie, pielęgnowanie ciała i t. d.), zainteresuje też szersze sfery inteligentne, poza lekarzami. Gdy wreszcie dodamy, że sporadycznie choroby stref gorących bywają zawlekane i do Europy, pojmujemy, że ostatecznie może i nienajgorsze są widoki dla dzieła niniejszego wśród czytelników polskich.

W dziale chorób zakaźnych obszernie potraktowana jest malarja we wszystkich swych odmianach, gorączka powrotna, wszelkiego rodzaju spirochetozы, choroba Weila, żółta febra, tyfus plamisty, dyzenterja amebowa i lasecznikowa i t. d. Drugi dział obejmuje choroby, powodowane przez robaki i stawonogie, trzeci choroby tropikalne skóry i weneryczne, czwarty otrucia jadami zwierzęcymi i roślinnymi.

Odrębny rozdział poświęcony jest chirurgii pod zwrotnikami. Wreszcie omawiają autorowie choroby „kosmopolityczne”, występujące w strefie gorącej uwzględniając osobliwe odmiany w ich przebiegu (m. in. gruźlica, tyfus, grypa, odra, szkarlatyna, płonica, tężec, wodnistę, choroby poszczególnych narządów).

Literatura uwzględniona szczegółowo do ostatnich czasów.

M. F.

Biologja.

W. FALTA i F. HÖGLER. O odporności względem hormonów. (Kl. Woch. Nr. 41 r. 1929).

Jest rzeczą wiadomą, że reakcje różnych organizmów na podane odzewnątrz produkty gruczołów dokrewnych nie są zawsze jednakowe, lecz wahają się w wielkich granicach, od wyjątkowego uczulenia na dane ciała u jednych osobników, co zupełnej odporności u innych. Ta odporność przeciwko wielu ciałom hormonalnym jest dotychczas mało zbadana.

Autorowie badali warunki odporności różnych osobników przeciw tyroksynie. Okazało się, że odporność taką posiadają w znacznym stopniu cierpiący na chorobę Basedowa. U chorych tych, u których podstawowa przemiana materji jest zwiększona o przeszło 50%, nie występuje dalsze jej zwiększenie nawet po stosowaniu dużych dawek tyroksyny. Poza to odporność przeciw tyroksynie stwierdzono u cierpiących na choroby ośrodkowego układu nerwowego (*polioencephalitis*, *parkinsonismus*). Czy mamy w tych wypadkach do czynienia z jakąś przeciwegulacją, czy też występuje tu inny mechanizm, pozostaje kwestją otwartą.

Podobną odporność spotyka się w wielu przypadkach przeciw insulinie bądź u diabetyków, bądź u osobników zdrowych. Nawet wielkie dawki insuliny (przeszło 500 na dzień) nie wywołują hipoglikemji i tylko nieznacznie obniżają poziom cukru we krwi.

Przyczyną tego zjawiska były w pewnych przypadkach choroby infekcyjne, w innych zaburzenie psychiczne: osobnicy, normalnie reagujący na insulinę, podczas wzruszenia psychicznego stali się czasowo na nią odporni. W niektórych wypadkach dała się wykazać jako przyczyna odporności przeciw insulinowej wzmocniona kontrregulacja adrenalinowa.

J. K.

P. DELBET. Rola magnezu w zjawiskach biologicznych (Le Monde Méd. 759/1929).

Powołując się na szereg prac innych badaczy i własne spostrzeżenia, autor podkreśla znaczenie magnezu dla wszelkich zjawisk biologicznych, zwłaszcza dla procesów starczych i zaczynowych. Magnez jest skutecznym środkiem w leczeniu chorób skórnych (brodawek, brodawczaków i t. p.), gruczolaków gruczołu krokowego, polipów odbytnicy. Ponieważ schorzenia te są podłożem dla rozwoju raka (rak rozwija się tyl-

ko na zmienionych nabłonkach), można uważać magnez za środek zapobiegawczy przeciw rakowi. Za tem przemawiają również dowody natury doświadczalnej i geograficzne. W doświadczeniach na myszach o wiele trudniej wywołać powstanie nowotworu u zwierząt, którym uprzednio zastrzykiwano przez pewien czas chlorek magnezu, aniżeli u zwierząt kontrolnych. Pod wpływem magnezu rozwój pewnych nowotworów zatrzymuje się na dłuższy czas. Jako dowody geograficzne przytacza Delbet następujące fakty: 1) w pewnych okolicach Tunisu, gdzie woda zawiera dużo soli magnezowych, rak jest rzadki, 2) mapa Francji ze śmiertelnością wskutek raka porównana z mapą, przedstawiającą zawartość magnezu w ziemi i wodzie zaskórnej rozmaitych okolic Francji, wykazuje, że rak jest rzadki tam, gdzie grunt i woda zawierają dużo magnezu, częsty — tam, gdzie magnezu jest mało. Wzrost częstości raka w ostatnich czasach przypisuje autor zmniejszeniu się zawartości magnezu w pożywieniu, co zależy od trzech czynników: soli, chleba, pewnych braków rolnictwa. Używana obecnie biała sól zawiera 0,35—0,45 gr. ^o/₀ chlorku i siarczanu magnezu, podczas gdy szara nieoczyszczona sól, której używano przed laty, zawiera 1,70 gr. ^o/₀ tych soli. Najlepsza, t. j. najbielsza, cukiernicza mąka zawiera 8 mgr. proc. czarna — 62 mgr. proc. magnezu. Wreszcie zawartość magnezu w jarzynach zależy od zawartości jego w gruncie może się wahać w dużych granicach np. w marchwi od 1,34 do 7,28 w ziemniakach od 1,32 do 13,58 i t. d. Rolnicy, zwracający dużo uwagi na zawartość azotu, kwasu fosforowego i potasu, nie uzupełniają zapasów magnezu w ziemi, które przez ciągłą uprawę stopniowo się wyczerpują, wskutek czego sadzone na takim gruncie jarzyny stają się coraz uboższe w magnez.

Henryk Landau

PELLATHY i HAINZ. Zależność między anafilaksją i równowagą kwasowo-zasadową. (Wien. kl. Woch. Nr. 44 1929).

Na zasadzie doświadczeń na świnkach morskich dochodzą autorzy do wniosku, że przesunięcie PH krwi w stronę kwasową pobudza, w stronę zasadową hamuje wstrząs anafilaktyczny.

Henryk Landau

Farmakologja kliniczna i doświadczalna.

N. GOLD i A. DE GRAFF. O stosowaniu i dawkowaniu naparstnicy. (J. Am Med. Ass. Tom 92, № 17 1929).

Istnieją 2 typy sercowych chorych w odniesieniu do naparstnicy: jedni reagują szybko i dobrze, drudzy pomimo teoretycznego uzasadnienia leczenia poprawy nie wykazują. Dzieci naogół zachowują się wobec naparstnicy jak dorośli, jednakże należą oni przeważnie do kategorii chorób ostrych serca, które są mało wrażliwe na leczenie naparstnicą.

Przypadki przedawkowania występują głównie u osób słabo reagujących, gdyż wówczas tylko lekarz ucieka się do dużych lub kumulujących dawek. Wydalenie leku z ustroju jest indywidualne, kumulacji można uniknąć o ile podaje się ściśle tę ilość jaką ustrój wydala.

B. G.

P. HANZLIK. O moczo-pędnem działaniu rozpuszczalnych związków bizmutu. (J. A. M. A. tom 92, Nr. 17, 1929).

Wiadomo, że związki bizmutu mają wyraźne działanie moczopędne. Szczególnie wybitnem jest to działanie w przypadkach stosowania soli rozpuszczalnych bizmutu, jak na przykład winianu sodowo-bizmutowego.

Związek ten, zastrzykiwany w ilościach 0,30 gr., wywo-

ływał silną i szybką diurezę zarówno u osobników z obrzękami jak i bez nich.

Pomimo wyraźnego działania moczopędnego u osób, poddanych zastrzykiwaniom bizmutu w celach moczopędnych, nie stwierdzono jakichkolwiek objawów podrażnienia nerek lub też innych szkodliwych następstw miejscowych w nerkach czy ogólnych.

Działanie moczopędne winianu sodowo-bismutowego w dawce powyższej jest silniejsze aniżeli działanie salyrganu lub *theophylinum natrio-aceticum*, w odniesieniu do tych samych osobników,

Stosowany związek jest według wytwórców: cztero bizmutowym winianem w roztworze 1 $\frac{1}{2}$ o/o, rozpuszczony zaś jest w 25% roztworze glukozy.

Jak widać z badań autorów środek ten jest lepszy zarówno od innych środków moczopędnych jak i środków bizmutowych nierozpuszczalnych.

Wydalenie bizmutu jest szybkie i odbywa się znacznie sprawniej aniżeli w przypadkach soli nierozpuszczalnych bizmutu. Magazynowanie i nieobliczalne wydalenie bizmutu jest najważniejszą przyczyną szkodliwego działania bizmutu.

B. Goldstein

N. Z. GIFFIN i N. M. CONNER. O ubocznych działaniach w leczeniu fenylhydrazyną. (J. Am. Med. Ass. T. 92 Nr. 18 1929.)

Zdaniem autorów, stosowanie fenylhydrazyny u osób wymagających leżenia w łóżku jest niepożądane.

Bardzo ostrożnym należy być w podawaniu tego leku osobom starszym ponad 60 lat, z posuniętą miażdżycą naczyń lub dużymi zmianami w narządach trzewiowych. Można spróbować dawki małe 0,1 — 0,2 gr. i obserwować ich działanie. Również powściągliwym należy być u osób, które przebyły zakrzepy naczyń krwionośnych.

Fenylhydrazyna ma tendencję do wywoływania zakrzepów żylnych i z tego powodu nie jest dozwoloną u osób ze zwolnionem krążeniem.

Przy dawce tygodniowej 0,1 — 0,3, a ogólnej od 1,5 do 3,5 gr. wyniki mogą być uważane za zadawalniające.

B. G.

P. SAXL. O działaniu salirganu na czynność wątroby. (Wien Arch. f. inn. Med. T. XVIII)

Zastrzykując salirgan i ewentualnie podając jednocześnie salmiak chorem z marskością wątroby, obserwował auto następujące zmiany:

1) Próba na galaktozurę często stawała się ujemną.

2) Żółtaczka ustępowała.

3) Działanie moczopędne salirganu zależało od stopnia dobrze zachowanej funkcji wątroby.

Wszystko to dowodzi głębokiego wpływu salirganu na czynność wątroby.

Henryk Landau

I. GLAUBACH i H. MOLITOR. Moczopędne działanie wyciągu wątrobowego u psów z niedomogą nerek. (Wien. kl. Woch. 45/1929)

Dzięki specjalnej technice udało się autorom wyodrębnić z wyciągu z wątroby wołowej frakcję, która w zastrzyknięciu podskórnym i dożylnym wywołuje bardzo znaczne zwiększenie się diurezy u psów z niedomogą nerek, wywołaną przez zmniejszenie tkanki nerkowej do czwartej części dzięki przepołowieniu jednej nerki według Allena i Marka? lub podwiązaniu 3/4 jej tętniczego dopływu i następnemu usunięciu drugiej.

Natura chemiczna i sposób działania ciała moczopędnego, zawartego w tej frakcji, nie są dotąd znane. Doświadczenia kliniczne winny rozstrzygnąć, czy otrzymany wyciąg

z wątroby nadaje się do stosowania u ludzi z zaburzeniami gospodarki wodnej pochodzenia nerkowego lub innego jako organopreparat moczopędny.

Henryk Landau

Gruźlica.

∞ M. MECKLENBURG. Der gegenwärtige Stand der Schutzimpfung gegen Tuberkulose. (Berliner Klinik, Heft 409. Fischers med. Buchhandl. H. Kornfeld. Leipzig C1—1929, str. 24, cena mk. 1)

Jest to dość wyczerpujące przedstawienie sprawy, ostatnio stale niemal znajdującej się na porządku dziennym zjazdów ftizjologów. Dążenie do rozwiązania kwestji odporności przeciwgruźliczej i uodpornienia przeciwko tej chorobie, wyświeślenie całokształtu związku, zachodzącego między alergją tuberkuliczną, zwykłym uczuleniem na białko, odpornością pozakaźną i t. p. — oto zagadnienia, które nie dają spokoju teoretykom i praktykom, pracującym nad gruźlicą. Autor uważa za zasługę Bessaua, Langerera, Moro i innych że uczynili możliwą myśl o uzyskaniu szczepionki z prątków gruźliczych zabitych dzięki swym teoretycznym pracom w tym kierunku. Jeśli ich wnioski okażą się słuszne, będzie to istotnie wielka zasługa, — posiłkowanie się, bowiem, prątkami żywymi, chociaż osłabionymi, mimowoli nasuwa szereg zastrzeżeń ze strony lekarzy praktyków. Autor bezstronnie cytuje cały szereg prób w tym kierunku na polu pracownianem i na ludziach, w pierwszej linii na dzieciach. Wymienia też poza wyżej wspomnianymi Seltera z jego próbami stosowania szczepionek żywych na cielętach i dzieciach, Moro, który otrzymywał, jak wiadomo, alergję tuberkulinową po wprowadzeniu doskórnie tuberkuliny z limfą ospową. Uhlenhutha z jego szczepionką z żywych, niejadowitych prątków typu bydłowego. Za zasługę temu ostatniemu poczytuje autor zwrócenie uwagi na to, że dla celów szczepiennych znaczenie posiada nie tyle zjadliwość prątka, ile jego właściwość sprzyjania wytwarzaniu się substancji odpornościowych. Podobnie rozumuje Calmette, o którym, rzecz naturalna, autor, nie zapomina, cytując dane z literatury *pro i contra*. Wreszcie wspomina autor o doświadczeniach Arima i Ohnawa a także Rawa, Rappina i Maragliano. Jednym słowem, jest to możliwie dokładne przedstawienie całej sprawy szczepień przeciwgruźliczych w jej stanie obecnym w zwężonej postaci. Broszura jest pożytecznem *compendium* dla lekarzy, interesujących się gruźlicą, tembardziej zaś zasługuje na uwagę lekarzy, nieco zdala stojących od literatury gruźliczej.

M. Gantz.

L. VAJDA. O powiększeniu gruczołów śródpiersiowych u dorosłych. (Wien. Kl. Woch 46, 1929.)

Przy mówieniu szepcem normalnie nad trzonem mostka nic nie słychać, nad rękojęścią albo nic nie słychać, albo przy płaskiej klatce piersiowej słychać cichy głos. Odgłos oskrzelowy mowy szepcanej (*bronepophonia*) nad rękojęścią mostka i ewentualnie nad częścią trzonu jest charakterystyczny dla powiększenia gruczołów przedtchawicowych, nad górną częścią trzonu — dla powiększenia gruczołów w rozdwojeniu tchawicy. Objaw ten bywa dodatni czasem w rozległych zmianach prawego płuca i guzach śródpiersia. Jest on często pierwszym alarmującym objawem zakażenia gruźliczego u dorosłych.

Henryk Landau.

R. ARIMA. Wyniki szczepionki „AO” u zagrożonych gruźlicą i słabych dzieci. (D. M. W. Nr. 29/1929)

Szczepionka „AO”, jako środek profilaktyczno-leczni

czy przeciwko zakażeniu gruźliczemu dała doskonałe rezultaty i prawdopodobnie metodą tą uda się powstrzymać rozwój gruźlicy przewlekłej. Szczepienia dokonywano u dzieci i dorosłych zarówno u zagrożonych gruźlicą, jak i u zakażonych w okresie utajonym. W wyniku tego leczenia otrzymano: poprawę samopoczucia i stanu ogólnego, poprawę apetytu, wagi, wzrostu, ustępowanie skłonności do zaziębienia się, zmniejszenie się obrzęku gruczołów limfatycznych, zmiany w rentgenogramie płuc. Przy stosowaniu tej szczepionki nie stwierdza się zwykle podniesienia ciepłoty, nie grozi przytem zakażenie ustroju, gdyż drobnoustroje, wchodzące w skład tej szczepionki, są nieżywe. W kilku przypadkach przejściowe podniesienie ciepłoty zależało od zbyt dużej dawki „AO”. Być może, że drogą tych szczepień uda się zmniejszyć częstotliwość zachorowania na gruźlicę.

Wanda Franzówna.

Choroby narządów trawienia.

R BENS AUDE. Modyfikacja techniki ezofagoskopji (Arch. f. Verd. Kr. Tom. 44 Nr. 516).

Modyfikacja dotyczy stosowania podwójnej rurki zewnętrznej (Brünings), którą się wprowadza do pewnej tylko odległości, oraz wewnętrznej, która wchodzi do środka pierwszej i jest jakby jej przedłużeniem. Ta druga rurka jest przesuwalna za pomocą specjalnej sprężyny. Sprężyna ta daje możliwość regulowania długości rury.

Modyfikacja Bensaudea sprowadza się do tego, że przy pozostawieniu zasadniczej konstrukcji rurki Brüningsa rurka wewnętrzna zostaje poruszona nie zwykłą sprężyną, lecz za pomocą trybu zębatego, który pozwala na bardzo dokładne i subtelne przesuwanie rury wewnętrznej.

Ma to bardzo duże znaczenie w przypadkach oglądania owrzodzenia i t. p., kiedy chcemy uniknąć zadrażnienia. Śruba pozwala na bardzo dokładne nastawienie rurki ezofagoskopu tuż przy owrzodzeniu bez jego zadrażnienia na skutek nieostrości. Drugą zaletą tej metody jest jej łatwość — śruba bowiem nie wymaga tego nakładu siły, co przesuwanie sprężyny.

B. Goldstein.

A. OHLY. Kwasota soku żołądkowego w cholecystopatjach. (Arch. f. Verd. Kr. Tom. 45 Nr. 34. 1929).

Na zasadzie dużego materiału autor wykazuje, że kwasota soku żołądkowego zachowuje się w cholecystopatjach w sposób rozmaity.

Na początku choroby, t. j. w przypadkach stosunkowo świeżych — zdarza się dość często nadkwasność, która sto w związku z napadami kamicy i odruchowem ich działaniem na układ autonomiczny.

W okresach późniejszych, kiedy wysuwają się na plan pierwszy zmiany zapalne zrostowe kiedy dochodzi już do na stepczych zaburzeń ogólnych, mamy do czynienia przeważnie z podkwasnością wzgl. zupełnym brakiem kwasu, na tle rozwijającego się nieżytu żołądka.

W zależności od stanu służówki żołądka należy też ustalić dietę chorego. Zupełnie zabronione są więc wszelkie tłuste mięsa, szczeg. wieprzowe, smażone i pieczone, wszelkie ostre przyprawy i napoje wysokowe.

Co do stosowania wód, to należy zwrócić uwagę, że woda karlsbadzka w przypadkach braku kwasu nie jest skuteczna, tutaj raczej nadają się źródła słone (solanki gorące).

Należy poświęcić dużo uwagi leczeniu okresów między napadowych, gdyż od nich zależy przebieg cierpienia. Napady kolki żółciowej powstają najczęściej w związku z błędem dietetycznym lub po wysiłkach fizycznych.

Do częstych następstw cholecystopatii należy zaliczyć także cukrzycę.

B. Goldstein.

H. R. HARTMAN i T. W. BROCKBANK. Leczenie operacyjne raka żołądka a ilość hemoglobiny. (Annals Int. Med. tom 2. Nr. 6. r. 1928).

Badając bogaty materiał chorych z rakiem żołądka, autorzy mieli możność przekonania się, że ilość hemoglobiny u chorych, którzy nie mieli większego krwawienia, nie stoi w żadnym stosunku do wyników operacyjnych. Ilość hemoglobiny poniżej 40 proc. nie może być pretekstem do zaniechania zabiegu, nadającego się *ceteris paribus* do operacji. W każdym razie wskazana jest laparotomia próbna.

B. Goldstein.

L. JARNO. Zagadnienie regurgitacji dwunastniczej. (Arch. f. Verd. Tom 45 Nr. 1/2).

Zwracanie treści dwunastnicy do żołądka było doniedawna uważane za przypadkowe, i dopiero prace doświadczalne Boldyrewa wykazały, że ma ono miejsce w ściśle określonych warunkach, a mianowicie: po spożyciu tłuszczów, w przypadkach, kiedy kwasota żołądka osiągnie pewną granicę (dość wysoką) — czyli w przyp. t. zw. autoregulacji kwasoty żołądka.

Wszystkie te warunki dają się przenieść na warunki ludzkie. Mianowicie, po spożyciu tłuszczów następuje powrót treści dwunastniczej do żołądka, by lipazy soku trzustki lepiej mogły atakować tłuszcz. Taksamo po osiągnięciu pewnego stopnia kwasowości w żołądku następuje powrót treści z dwunastnicy. Ten stopień kwaśności, który regurgitację wywołuje jest wprawdzie czysto osobniczy, lecz naogół waha się około 0,08 proc. HCL. Ciekawe jest, że niektóre żołądki bezkwaśne wywołują regurgitację już po najmniejszych ilościach HCL, czyniąc jakby wrażenie, że są umyślnie nastawione na bezkwaśność, którą chcą za wszelką cenę zachować.

Wreszcie w przypadkach t. zw. czynności czczej — stwierdzono, że zawsze po burczeniach czczego żołądka można wydobyć z żołądka żółciową treść, której przedtem nie było. Ciekawe jest to, że w przyp. wrzodu żołądka lub skurczu odźwiernika tego zjawiska prawie zupełnie niema. Natomiast w przyp. achylji, raka żołądka lub cierpienia wątroby — odpływ powrotny ten staje się niemal ciągły.

Autor przypisuje treści dwunastniczej w żołądku szczególne ważne znaczenie. Z jednej strony — działa ona, dzięki zawartości żółci, antypeptycznie, co ma znaczenie dla ochrony ścian żołądka, z drugiej strony żółć wzmacnia znakomicie siłę bakterjobójczą kw. solnego, co jest tem dziwniejsze, że żółć sama jest doskonałą pożywką dla mikrobow.

Dalsze znaczenie regurgitacji polegać ma także na regulacji równowagi pomiędzy cholesteryną a kwasami żółciowymi, które do pewnego stopnia działają antagonistycznie. Regurgitacja ma związek z hipercholesterynemją. Bliżej te rzeczy jeszcze nie zostały zbadane.

B. Goldstein.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych

W. HUNTER. 3 pokolenia krwi patologicznej. (Ann Int. Med. Nr. 5 r. 1929).

Opisane jest rodzinne schorzenie krwi — polegające na zmniejszeniu liczby czerwonych ciałek, hemoglobiny oraz istnieniu czerw. ciałek eliptycznych. 3 pokolenia w tej samej rodzinie wykazywały te zaburzenia, przyczem dziedziczenie odbywało się przez obie płci. Jeden z członków rodziny, zbadany dokładnie, wykazał znaczną niedokrewność o nieznanym

etjologii, jednakże podawanie wątroby spowodowało znaczną poprawę.

B. Goldstein.

R. CATTAN i C. M. LAUR. O obecności form jądrzastych czerwonych ciałek we krwi w streptokokowym zapaleniu wsierdza. (Le Sang Nr. 2 rok 1929).

Autorzy wykazują, że w *endocarditis streptococcica*, przebiegającej zarówno jako *endoc. maligna* jak i *end. lenta* po większej części dadzą się we krwi odnaleźć w nieznacznej liczbie młode formy czerwonych ciałek krwi (normoblasty bądź megaloblasty). Zjawisko to występuje nawet wtedy, gdy ogólna liczba czerwonych ciałek krwi nie jest zmniejszona, lecz znajduje się na poziomie prawidłowym.

J. K.

H. GÜNTHER. O poliglobulji pochodzenia mózgowego. (Dtsch. Arch. Klin. Med. T. 165, I. II.)

Powołując się na szereg przypadków poliglobulji, występującej w przebiegu wodogłowia wewnętrznego, zapalenia opon, guzów przysadki z widocznym na kliszy zniszczeniem siodełka, narkolepsji, zapalenia mózgu, autor uważa za prawdopodobne istnienie mózgowego ośrodka regulacji narządów krwiotwórczych.

Obserwowany ostatnio przypadek potwierdza niejako słuszność powyższego przypuszczenia.

Chodzi tu o 26 letniego pacjenta, którego wywiady i wyniki badania w ogólnych zarysach przedstawiają się w sposób następujący: od 2 lat chory szybko i znacznie tyje (110 kg.), wystąpiło zaczerwienienie twarzy, wypadanie włosów, zmniejszenie *libido*, napady senności.

Matka pacjenta jest otyła. Wybitne otluszczenie (wiszące płaty tłuszczu w dole brzucha, na wżgórku łonowym, łędźwiach, sutkach). Skóra pigmentowana. Tarczycza, siodełko, jądra normalne, przemiana podstawowa — 1,3 proc. Wybitna sinica. Objaw opaskowy — śledziony — nie ma. Temp. 37°C, RR 120/95 mm Hg, tętno 80—100, erytrocytów 8540000, Hb 120 pr. Oporność krwinek — norma.

Odczyn Wassermann — we krwi i płynie ujemny, cukier we krwi 0,1 proc., w moczu urobilinogen +. Narkoleptoidne napady są związane z zaburzeniami oddechowymi (Chayne — Stokes).

W opisanym przypadku mamy więc następujące objawy: 1) *polyglobulja*, 2) *adipositas*, 3) *hyposexualitas*, 4) *cephalgia*, 5) *Chayne-Stokes*, *apnoe*, 6) narkolepsja.

Cały wymieniony obraz chorobowy stać może w związku z uszkodzeniem mózgowia.

Autor przeanalizował dokładnie zależność poliglobulji od każdego z wymienionych w punktach 2—6 objawów i wykazał, że żadnego stałego patologiczno-fizjologicznego związku między zwiększeniem liczby czerwonych krążków a resztą objawów chorobowych nie ma.

Dlatego też nasuwa się autorowi przypuszczenie, że i poliglobulja jest w danym przypadku pierwotnie mózgowego pochodzenia w sensie uszkodzenia hipotetycznego ośrodka, zawiadującego hematopoezą.

Czy w wymienionym zespole objawów nie odgrywa roli i układ dokrewny (w szczególności nadnercza) — trudno się autorowi wypowiedzieć.

H. Rasolt.

Jacques ROSKAM. Purpura haemorrhagica i trombopenja. (Le Sang Nr. 5. 1929 r.)

Praca niniejsza roztrząsa zagadnienie przyczyny wybroczyn krwawych w chorobie Werlhofa i chorobach pokrewnych, przebiegających bez zmian w krzepliwości krwi. Według autora przyczyna ta tkwi przede wszystkim w stanie naczyń krwionośnych (*endotheliitis haemorrhagica*), nie zaś, jak przypuszcza

większość autorów, w zmniejszonej liczbie płytek krwi. Trombopenja może (ale nie musi) wspomagać w wytwarzaniu się wybroczyn, odgrywa jednak zawsze rolę przyczyny drugorzędnej.

Za takim ujęciem sprawy przemawiają następujące dane:

Autor przytacza przypadki *purpura haemorrhagica*, przebiegające bez trombopenji. Przypadki te mogą często być uleczone za pomocą splenektomji, przyczem żadna zmiana w liczbie płytek krwi nie zachodzi. Nawet w tych przypadkach, gdzie liczba trombocytów jest zmniejszona, następuje często wyleczenie mimo, że liczba ich się nie zwiększa.

Czas krwawienia w chorobach omawianych bywa bardzo rozmaity, zależnie od miejsca, skąd krwawienie pochodzi; wybroczyny krwawe, występujące po uciśnięciu ramienia najczęściej nie bywają jednakowe nawet w miejscach symetrycznych, i różnią się od siebie znacznie zarówno wielkością, jak i kształtem. Świadczy to o tem, że przyczyną tych krwawień nie może być czynnik natury ogólnej jakim byłoby schorzenie krwi, lecz czynniki miejscowe, jakimi są częściowe stany chorobowe samych naczyń.

J. K.

Choroby przemiany [materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

H. J. JOHN. Śpiączka cukrzycza. (J. Am. Med. Ass. Tom, 93. N 6. 1929).

O ile się ma pewność, że ma się do czynienia ze śpiączką właśnie nie wolno zwlekać z podawaniem insuliny. A więc nie czekać na wynik badania krwi lecz najpierw podać insulinę, a potem badać krew i t. p. O ile chory ma być przewieziony należy mu zastrzyknąć insulinę. 40 jednostek przed wyruszeniem i po 20 jednostek co pół godziny.

Nie należy przeoczyć ostrego procesu zapalnego, jak zapalenie wyrostka lub ucha środkowego u dziecka.

Jeżeli chory jest odwodniony i wymiotuje, należy mu przepłukać żołądek i podać dostateczną ilość wody do picia, i podskórnie.

Należy dbać o to, by pęcherz moczowy nie był nadmiernie przepełniony — i ewentualnie opróżnić go cewnikiem.

O ile chory jest w zapaści — żołądka przemywać nie należy, chyba że chory ma nadmiernie rozdęty żołądek.

O ile nastąpi szybko poprawa, nie należy mimo to przerywać leczenia — nawroty w tych sprawach są częste, o ile leczenie zostaje przerwane.

Dopóki niebezpieczeństwo śpiączki nie minie, nie wolno pacjenta opuszczać — względnie oddawać w ręce niewykwalifikowanych osób.

O ile istnieje stan gorączkowy — nie zapominać o zbadaniu bakterjologicznem krwi.

B. G.

E. P. JOSLIN. O leczeniu śpiączki cukrzyczej. (J. Am. Med. Ass. T. 93, N 1, 1929).

Autor uważa, że, z chwilą odkrycia insuliny, zejścia śmiertelne wskutek śpiączki cukrzyczej zasadniczo nie powinny się zdarzać. Należy przytem pamiętać o zasadniczych różnicach pomiędzy śpiączką cukrzyczą a wstrząsem poinsulino-wym, który następuje zazwyczaj odrazu i nie cechuje się głębokimi oddechami.

Leczenie śpiączki cukrzyczej, należy traktować zawsze jako doraźną pomoc. W tym celu należy wstrzykiwać co pół godziny podskórnie od 10 do 40 jednostek insuliny, aż do powrotu świadomości, normalnego oddychania i spadku cukromoczu. Jeżeli się podaje insulinę śródżylnie, to podskórne podawanie jest mimo to konieczne.

Wobec odwodnienia tkanek należy natychmiast wprowadzić ok. 1 litra fizjologicznego roztworu soli podskórnie. W razie wlewania dożylnego — należy je robić bardzo powoli ze względu na osłabienie serca.

Krażenie należy podtrzymać przez zastrzykiwania kofeiny po 0, 5 co godzinę przez kilka godzin.

Po przemyciu żołądka należy dbać o dostateczny dowóz płynów, najlepiej w postaci soku pomarańczy, piwa lub słodzonej herbaty (ok. 50 gr. węglowodanów). Insulinę należy podawać aż do zupełnego zniknięcia cukru w moczu.

Chorych na cukrzycę należy odpowiednio pouczyć co do ewentualnego zachowania się ich, wzg. otoczenia, w razie wystąpienia śpiączki. W tych warunkach zejście niepomysłne jest mało prawdopodobne.

B. Goldstein

W. FALTA Cukrzyca nerkowa i trzustkowa (insularna) (Wien. Arch. f. inn. Med. t. XVIII).

Cukrzyca nerkowa cechuje się wydzielaniem cukru grobowego z moczem przy normalnym poziomie cukru we krwi. Należy przytem pamiętać, że poziom cukru we krwi i u osobników normalnych zależy w dużym stopniu od rodzaju pożywienia i stopnia odżywiania. Wszystkie próby obciążenia aparatu insularnego trzustki wykazują w cukrzycy nerkowej zupełnie normalną czynność tego układu. Inne „kryteria“ cukrzycy nerkowej jak: niezależność ilości cukru, wydzielonego z moczem, od dowozu węglowodanów, brak postępowania i pogarszania się sprawy, oporność na działanie insuliny młody wiek, występowanie rodzinno-dziedziczne nie mają zdaniem Falty, znaczenia. Autor odróżnia ciężkie, lekkie i bardzo lekkie postacie cukrzycy nerkowej z komponentą trzustkową lub bez niej oraz cukrzycę trzustkową z komponentą nerkową. Istnieją też formy przejściowe między nerkową a trzustkową cukrzycą. T. zw. cukromocz ciężarnych jest przemijającą cukrzycą nerkową.

Henryk Landau.

J. ST. CORANT i M. SLAVIK. Wpływ insuliny na ciśnienie krwi w moczówce cukrowej. (Med. Kl. 45/1929).

U chorych na cukrzycę z niskim ciśnieniem krwi długotrwałe stosowanie insuliny powoduje wraz z poprawą stanu przemiany materii podniesienie ciśnienia: po przerwaniu podawania insuliny ciśnienie opada. Insulina nie wpływa na ciśnienie krwi chorych na cukrzycę z nadciśnieniem. Krótkotrwałe podawanie insuliny nie ma wpływu na ciśnienie krwi zarówno hipertonicznych, jak i hipotonicznych chorych na cukrzycę.

Henryk Landau

H. ULRICH. Insulina w cukrzycy akromegalicznej (Arch. of Int. Medicine Tom 43, N. 6. 1929.)

Autor uważa, że insulina ma znaczenie także dające — ponieważ cukromocz natury nie-cukrzyczej — nie ustępują pod działaniem insuliny. Brak więc efektu poinsulin nowego autor uważa za moment przemawiający za schorzeniem przysadki.

B. Goldstein.

Choroby nerwowe i psychiczne.

K. BLUM. Leczenie stanów poencefalitycznych i śpiączki nagminnej. (Nervenart. T. II 2. 8. 1929.)

Terapia w żadnej prawie chorobie za ostatnie dziesięciolecie nie doznała tylu zawodów na obszarze

całej kuli ziemskiej, jak w *encephalitis epidemica* czyli śpiączce nagminnej. Wszystkie środki farmaceutyczne (rtęć, salwarsan, srebro, jod, atropina, skopolamina, hyoscynamina, dohuisina, bulbokapnina, banisterina, arsenik i t. p.), doustnie i podskórnie, domięśniowo i dożylnie, dołędźwiowo i dokomorowo stosowane okazały się mało pomocnymi na dalszą metę, nawet jako leki objawowe zawiodły. Odmówiły też dawne terapie podnietowa, gorączkowa, proteino-terapia, nowsza—surowicą końską i ludzką i najnowsza djetyliczna, wątrobowa i opoterapeutyczna. Wobec parkinsonizmu zbankrutowały też w większości przypadków gimnastyka i masaż, wibracja i ćwiczenia rytmiczne, psycho- i hipnoterapia. Leczenie wychowawcze młodych psychików poencefalitycznych również nie może wykazać się znakomitemi wynikami.

H. Higier.

P. SALINGER i T. KALLMANN. Wągrowatość mózgu. (Monatschrift für Psych. und Neur. T. 72o Z. 5/6 1929).

Autorzy na zasadzie własnej obserwacji (*cysticercus multilocularis lobi frontalis, parietalis, temporalis, ventriculi tertii, cysticercus racemosus baseos cerebri, meningitis cysticercosa*) i danych z piśmiennictwa dowodzą, że rozlana wągrowatość mózgowo — oponowa może przez swe objawy kliniczne, napady padaczkowate, otępienie afektywno-intelektualne, pleocytozę i hiperalbuminozę płynu nie tylko naśladować w głównych zarysach porażenie postępujące, ale nawet prowadzić do typowych dei wielkościowych typowego paralityka.

H. Higier.

N. SZEWELEW. Zaburzenia wegetatywne w cykloforenji. (Zeitschrift für Neurologi T. 120. Z. 4. 1929).

Autor zwraca uwagę na szereg zaburzeń wegetatywnych, zmiennych zależnie od charakteru i okresu choroby psychicznej i występujących przy stosowaniu adrenaliny i pilokarpiny u licznych psychików. W stanach melancholijnych Szewelew w notuje jednocześnie potęgowanie się napięcia w obrębie obu układów autonomicznych (neurotonia Guillaumea) ze znaczną przewagą współczulnego, w stanach maniakalnych przeważa tonus parasympatyczny. (Wręcz odmiennie od danych kliniki leningradzkiej ogłoszono niedawno z zakładów psychiatrycznych Szwajcarii. Referent).

H. Higier.

F. E. FLÜGEL. Z dajagnostyki choroby Alzheimera. (Zeitschrift für Neurologie T. 120 Z. 4. 1929).

Choroba psychiczno-nerwowa, którą klasycznie opisał przed laty 20-tu Alzheimer, a dająca obok licznych objawów ogniskowych otępienie przedstarce, istnieje niewątpliwie jako jednostka chorobowa, acz niełatwo rozróżnić się daje od zwykłej arteriosklerozy i nowotworu mózgu, atypowego porażeniu postępującego, i psychozy presbiefrenicznej Wernerikiego. Autor opisuje z lipskiej kliniki nerwowej przypadek rozpoznany za życia i za życia też potwierdzony histopatologicznie przy pomocy punkcji rozpoznawczej mózgowia i wydostania waleczka istoty mózgu. Częściej powtarzane nakłucia kory mogłyby według autora pouczać o dalszych i stopniowo posuwających się zmianach histologicznych, gdyby się — dodam — okazały niewinnymi i zupełnie bezpiecznymi (czemu, jak wiadomo, niektórzy chirurdzy niemieccy, jak Krause i Heymann, stanowczo zaprzeczają. Referent).

H. Higier.

Wskazówki praktyczne.

Segall zaleca zastrzykiwania domięśniowe *Kamilloseptu* (roztwór rozpuszczalnych lipidowych części składowych rumianku w oliwie + ester kwasu salicylowego) w zapaleniach pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. *Kamillosept* działa przeciwzapalnie i bakterjobójczo i okazał się szczególnie skuteczny we wspomnianych zapaleniach, wnikających rzeżączkę: po 1-szym lub 2-gim zastrzyknięciu znika parcie na mocz i częste moczenie, a sam mocz staje się przezroczysty. Równie dobrze działa *Kamillosept* w wnikających rzeżączkę schorzeniach przydatków macicznych i zapobiega w burzliwie przebiegających przypadkach rzeżączki powikłaniom (2—3 razy tygodniowo po 2cm³). (Med. Klin. 1929 Nr. 47).

—o—

Nowy środek przeczyszczający *Tresolox* (kołaczki, zawierające 0,1 *Extract. Rhel. comp.* i po 0,05 *Extract. Aloës i Extract. Gentiar.* fabr. Tropenwerke Dinklage et Cie, Köln—Mülheim). W ciągu 12 godzin następuje papkowate wypróżnienie bez bólesci i burczenia w brzuchu. Zwykła dawka 1—2 kołaczków, u położnic 3 razy dziennie po 2 kołaczki, w przypadkach zapalenia przewlekłego z początku 3—4 kołaczki

dziennie, następnie obniżanie dawki do 1 dziennie. (Med. Klin 1929 Nr. 47).

—o—

Schönenberg przypomina starą metodę przypalania owrzodzeń, znamion, plam wątrobowych za pomocą promieni słonecznych, przepuszczonych przez lupę. Powstające blizny są miękkie i ładne. (D m. W. 1929 Nr. 40).

—o—

Przeciwko odleżynom, czyrakom, owrzodzeniom i rozmaitym utratom nablodka ma, według Masorskyego, działać skutecznie maść Mowa (fabr. Mowa w Wiesbaden). w której skład wchodzi: *Zinc. oxydat. Balsam. peruv., Extr. Hamamelis* inne substancje. Wrazie bólów dodatek 10% anestezyny (M. m. W. 1929 Nr. 36).

—o—

Trychophytia profunda leczy Fidan z wstrzykiwaniami dożylnymi *Jodisanu*—2cm³ dziennie. Wyleczenie następuje nawet w ciężkich przypadkach po 10—20 wstrzyknięciach, przy czem nie spostrzega się stwardnień w żyłach, jak po płynie *Lugola*. (Derm. Wschr. 1929 Nr. 34)

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dnia 19 Stycznia 1929 r. (87-e).

(Dokończenie p. Nr. 46).

4. Sterling. Przypadek pseudosklerozy u dziecka.

Dziewczynka, obecnie 4-letnia, zachorowała jeszcze przed ukończeniem 2 lat. Sprawa rozpoczęła się niepostrzeżenie bez jakiegokolwiek przebytej uprzednio choroby mózgowej lub zakaźnej, od drżenia lewej kończyny górnej. Drżenie to, stopniowo potęgując się, ogarnęło w przeciągu kilku miesięcy również muskulaturę szyi i karku, następnie przeszło na prawą kończynę górną — i wreszcie na tułów i w mniejszym stopniu na kończyny dolne. Równocześnie wystąpiły zaburzenia przedtem zupełnie normalnie rozwiniętej mowy, która stała się niewyraźna, nosowa i zamazana. W tym samym okresie również nastąpiło nie tylko zatrzymanie się, ale nawet znaczne cofnięcie się w rozwoju intelektualnym dotąd żywego pod względem umysłowym dziecka. W ostatnich 3 miesiącach wreszcie wystąpiły znaczne zaburzenia dotąd zupełnie normalnego chodzenia, a od kilku tygodni pacjentka zupełnie nie może chodzić bez podtrzymywania. Przy badaniu obiektywnym objawem najbardziej rzucającym się w oczy jest drżenie głowy, kończyn górnych, tułowia i, w znacznie mniejszym stopniu, kończyn dolnych. Drżenie to jest powolne, ma charakter rytmiczny i oscylacyjny i najwybitniejsze jest w mięśniach karku i szyi oraz w kończynach górnych, nieco słabsze w tułowiu, a najmniej intensywne w kończynach dolnych. W stanie zupełnego spokoju i przy zupełnym rozluźnieniu muskulatury jest ono zaledwie zaznaczone albo nawet znika zupełnie, natomiast zwiększa się natychmiastowo przy ruchach dowolnych a nawet przy impulsach inercyjnych, zaś przy wszelkich wzruszeniach pokazuje się w gwałtowny sposób, nabierając charakteru ruchów trzepotania się ptaka albo ruchów pływającej meduzy, do których przyrównywał je Strümpell. Mowa dziecka ma przydźwięk nieco nosowy i jest

zamazana i niewyraźna, że z trudnością tylko udaje się zrozumieć pojedyncze zniekształcone wyrazy, przy czem nigdy nie udaje się stwierdzić charakteru skandowanego. Naogół posilkuje się ono bardzo ograniczonym zasobem wyrazów co odpowiada znacznemu zaburzeniu wyobraźniowemu i pojęciowemu dziecka, którego rozwój inteligencji uprzednio był zupełnie normalny. Chód dziewczynki wykazuje tak znaczne zaburzenia, że możliwy jest on tylko wtedy, jeżeli ją przyrzymywać za rączkę albo jeżeli opiera się ona dwiema rękami o ścianę: wtedy widoczne jest, że chodzi ona chwiejnie z bardzo szeroko rozstawionymi nogami przy czem tułów zapada ku tyłowi a kończyny dolne wykręcają się naprzód. Ten wybitnie asynergiczny charakter chodzenia zwiększa się znacznie przy najdrobniejszej emocji lub przy zaprzestaniu podtrzymywania dziecka choćby na krótką chwilę. Przy badaniu ruchów dowolnych w pozycji siedzącej lub leżącej nie stwierdza się nigdy właściwych niedowładów, natomiast od czasu do czasu daje się stwierdzić wyraźnie dystoniczny charakter ruchów dowolnych oraz szereg zjawisk natury amyostatycznej. Z objawów tych stale daje się stwierdzić przewagę siły statycznej nad kinetyczną (t. zw. objaw Dyleff) oraz opisany przez Westphala skurcz paradoksalny. Najciekawsze wszakże w przypadku niniejszym są te objawy z serji amyostatycznej, które występują okresowo i które nadają mu zupełnie swoiste piętno. Mianowicie bywają okresy, kiedy obie stopy dziecka nabierają układu szpotawo-końskiego, z którego zresztą z łatwością można je wyprowadzić, ale który potęguje się przy próbach chodzenia właśnie w tym okresie. W innych okresach natomiast, przy ruchach dowolnych w kończynach dolnych zwłaszcza dokonywanych z oporem, występuje nagle stężenie muskulatury ud i podudzi w grupach agonistycznych i antagonistycznych, któremu towarzyszy krzyżowanie kończyn dolnych w zupełnie analogicznej postaci jak to widzimy w diplegji cerebralnej lub w chorobie Littla. I te układy wszakże które również potęgują się znacznie pod wpływem emocji, dają się z łatwością przezwyciężyć w

sposób bierny. Wobec ich charakteru wyraźnie okresowego, ich zależności od ruchów dowolnych, braku jakiegokolwiek istotnego niedowładu oraz cech zajęcia szlaków piramidowych (brak cech spastycznych i objawu Babińskiego) — należy wyłączyć ich pochodzenie diplegiczne i traktować je jako ujawniający się w przebiegu pseudosklerozy dziecięcej zespół pseudo-Little'a natury wyłącznie dystonicznej — jako przejaw t. zw. zesztynienia fikcyjnego (Fixationsrigidität) w sensie Forstera. W nerwach czaszkowych brak zmian. Reakcja źrenic żywa. Dno oczu normalne. Brak t. zw. pierścienia rogówkowego Kaysera-Fleischera. Badanie narządów wewnętrznych stwierdziło zmniejszenie tępości wątroby, czemu nie można przypisywać znaczenia rozstrzygającego.

Analizując przypadek niniejszy, autor wyłącza przede wszystkim rozpoznanie w odogłowia i nowotworu mózgu specjalnie zaś mózdku, które powodować mogą przejawy symptomatycznego Wilsonizmu — nie tylko ze względu na brak objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, ale przede wszystkim ze względu na sam charakter drżenia — wyjątkowo intensywny i postępujący. Ten właśnie postępujący charakter sprawy, wyjątkowe natężenie drżenia, zaburzenia mowy, upadek inteligencji łącznie z szeregiem zjawisk natury dystonicznej składają się na niewątpliwą obraz pseudosklerozy, która wystąpiła tu w bardzo wczesnym wieku i która powikłana jest niektórymi objawami niezwykłymi. Są to przede wszystkim tak znaczne zaburzenia chodzenia, jakie w pseudosklerozie należą do wyjątkowych i które wykazują charakter wyraźnie asynergiczny. Otóż jakkolwiek objawy mózdkowe bywały niekiedy notowane w przebiegu pseudosklerozy (Bostroem, Rausch i Schilder, Hall, Seitz), czemu anatomicznie odpowiada dość częste zajęcie jądra zębatego w tej sprawie (Hössl, Alzheimer, A. Westphal, Wimmer i inni), jednakże natężenie, ich nigdy nie bywa tak znaczne jak u naszej małej pacjentki. To też pod tym względem przypadek niniejszy zbliża się do postaci klinicznej opisanej przez Hunta pod nazwą zespołu jądra zębatego, który składa się z dwu komponentów zasadniczych: drżenia i objawów mózdkowych. Omawiając następnie drugą kategorię niezwykłych dla pseudosklerozy zjawisk, a mianowicie okresowe stany stężenia i krzyżowania kończyn dolnych — autor wyłącza specjalny typ choroby Little'a, w których Cecylja Vogt stwierdzała zmiany w jądrach podstawowych ze względu na jego charakter stacjonarny oraz t. zw. pseudosklerozę spastyczną opisaną przez Jacoba, która zdarza się tylko w wieku starszym. Dlatego też objawów powyższych nie traktuje autor jako powikłania pseudosklerozy zjawiskami diplegji mózgowej, lecz jako zespół pseudolittlowski przynależny u chorej naszej integralnie do obrazu pseudosklerozy i wynikający wtórnie z procesu natury amyostatycznej i dystonicznej.

5. Kuligowski. *Hypothyreosis z rozszaniem zmianami neurologicznymi.*

Drukowane *in extenso* w oryginałach Neur. Polsk.

Dyskusja:

Zandowa. W podobnych wypadkach poprawa trwa tylko podczas podawania preparatów gruczołu tarczycowego. Jeśli podawanie przerwać, to wszystkie objawy wracają. W przypadku Zandowej, chory zupełnie siwy odzyskał naturalny kolor włosów po pewnym czasie używania thyreoidyny.

Higier. Wyraża przypuszczenie, że jest to sprawa kilowa.

Sterling. Przytacza przypadek, w którym podobny

kurcz toniczny imitował tężec. Objawy mózdkowe obserwował Sterling tylko u dzieci.

Kuligowski. Dodaje, że podczas pobytu w klinice, chorej przybyło 10 kg.

6. Neudingowa. *Przypadek zapalenia wielonerwowego u chorego kilowego.*

W. D., lat 38, dn. I.XI. 38 przy pracy doznał bólu krzyża. Następnego dnia mrowienia, osłabienia stóp i dłoni, przestał pracować. Na 3 ci dzień chodził z trudnością, potem wystąpiło porażenie kkg. Po tygodniu porażenie twarzy, zaburzenia łykania. Chrypka. Urynowanie utrudnione. Zaparcie stolca. Dwojenia nie było. Alkoholu nie nadużywał. Przed 9 l. lues, otrzymał wtedy 2 dożylnie wlewania. Żona w ciążę nie zachodziła.

Klinicznie stwierdzono porażenie obwodowe prawego n. twarzowego, niedowład kkg. we wszystkich odcinkach, najbardziej w pasie barkowym. Obustr. ataksja przy próbie palec-nos. Odr. ścięgnowe i okostnowe kkg. prawe—b. słabe, lewe—żywsze. Sklepienie obu stóp wysokie, szczególnie prawej. Prkd. podnosi en masse minimalnie, w kolanie nieco zgina; lkd—podnosi minimalnie tylko w st. biodrowym. Stopa i palcami ruchy obustr. zniesione. Pnie nerwowe i mięśnie kkg. d. bolesne. Drgań włókienkowych brak. Odr. skórne i ścięgnowe obustr. zniesione. Zaburzenia czucia wszystkich rodzaj na kkg. d. o typie obwodowym. Płyn m. rdzen. wykazał brak pleocytozy, białka 0,75%₀₀ NA++ Odczyn Langlego ujemny. Wassermann ze krwi i płynu m. rdzen. wybitnie dodatni. W moczu nic patolog. Badanie elektryczne odczynu zwyrodnienia nie wykazało, natomiast zmniejszoną pobudliwość elektryczną na prąd farad. i galwaniczny. W kkg. zmian elektrycznych brak.

Na zasadzie powyższego u chorego rozpoznaliśmy sprawę zapalną wielonerwową, na co wskazują: początkowe bóle, paresterje, bolesność pni nerwów i mięśni. Porażenie, które w kkd. ma charakter obwodowy. Zniesienie odruchów w kkd., zmniejszenie ich w jednej kg. Zaburzenia czucia o typie obwodowym.

Na szczególną uwagę zasługuje, że porażenie nie ograniczyło się do kk., lecz objęło także niektóre nn. czaszkowe, zwłaszcza nn. opuszkowe (zaburzenia łykania, chrypka), i twarzowe, szereg prawy. Zajęte są również w wysokim stopniu mięśnie tułowia, chory nie może uisnąć ani obrócić się w pozycji poziomej. Zaburzenia urynowania i stolca wskazują, że, prawdopodobnie, prócz nerwów, zaatakowany jest także rdzeń (*myeloneuritis*). W tym samym sensie świadczą pewne cechy porażenia, zwł. w kkg.—przewaga porażenia w odcinkach bliższych ciała.

Nie mniej ważny jest wynik badania płynu m-rdzeń. Znaczne zwiększenie zawartości białka przy braku pleocytozy czyli obraz rozszczepienia białkowo-komórkowego. Okoliczność ta dowodzi, że działanie czynnika etiologicznego nie ogranicza się do nn. obwodowych. Co się tyczy etiologii to chory przebył kilę, a Wassermann dodatni we krwi i płynie m-rdzeń, wskazują, że sprawa kilowa w ustroju chorego ma cechy sprawy czynnej. Sprawa zaś obecna w układzie nerwowym, jak wiemy, powstać może na tle etiologii najróżnorodniejsze, a zwł. w następstwie otrucia, jeszcze częściej różnych spraw zakaźnych. W danym wypadku nie mamy żadnych danych dla otrucia, ani jakiegokolwiek choroby zakaźnej prócz kily.

Należy podkreślić b. dużą poprawę, jaka zaszła w stanie chorego od czasu wstąpienia na oddział.

Poprawa dotyczy ruchów kk., parestezyj, zaburzeń przy urynowaniu, zaburzeń łykania i porażenia krtani. Tak duża poprawa, w przypadku b. ciężkim i przy zastosowaniu energicznego leczenia swoistego, czyni związek etiologiczny po-

między przebytą kiłą a obecnym cierpieniem b. prawdopodobny.

Dyskusja:

Bregman. Tylko *ex juvantibus* można w tej sprawie powiedzieć, jaki jest stosunek kiły do zapalenia nerwów.

Biro. Podkreśla analogię, jaka panuje między zapaleniem wielonerwowym po chorobach infekcyjnych i po kile.

Bychowski. Zapytuje o tło anatomiczne tej sprawy.

Bregman. Trudno przypuścić, aby ta sprawa rozwijała się jako *perineuritis*. Prędzej trzeba myśleć o procesie toczącym się w parenchymie.

7. Herman i Pinczewski. *Przypadek mięsaka kości krzyżowej, leczony pomyślnie promieniami Roentgena.*

Chory M. B. l. 27 przybył na oddział 12.VII.28. Od stycznia 28 r. bóle w kk. początkowo w lewej, następnie w prawej, wzdłuż nn. kulszowych oraz w okolicy kości krzyżowej. Od maja 1928 stale leży w pozycji na brzuchu, w każdej innej pozycji oraz przy ruchach—silne bóle. Mocz i stolec prawidłowo oddaje, od 5 miesięcy brak erekcji.

Przedmiotowo. Narządy wewnętrzne—bez zmian. n. czaszkowe, kk. g.—bez zmian, KK dolne pod względem ruchów, siły mięśniowej, napięcia mięśniowego, czucia—bez zmian, tylko ruch grzbietowy prawej stopy osłabiony. Odr. Per. Tr. Abd. Cr.—zachowane. PR. nieco osłabione. AR—O z obu stron. Podeszwowe—arefleksja. Rossolimo, Mendel Bechterew — O.

Kręgosłup bez zmian, miejscowy obrzęk w okolicy kości krzyżowej. Bolesność na ucisk kości krzyżowej, pośladków, oraz nn. kulszowych. Przy ucisku na kość krzyżową — ból w odbycie. Lasègue—wybitny z obu stron. Chory wciąż leży na brzuchu; w każdej innej pozycji oraz przy ruchach silny ból w pośladkach, oraz wzdłuż nn. kulszowych.

Wa—we krwi i w płynie; Badanie elektryczne—zmiany łosć ciowe w mm. kk. dolnych. Roentgen—zniszczenie kości krzyżowej; PL między VL_{IV} — VL_V — płyn bezbarwny, komórek O, NA ++, między VL_{III} — VL_{IV}; płyn bezbarwny, komórek—O, białko 0,25^{0/00} NA + 1. Ciśnienie 180, Quekenstedt—ujemny (podniosło się do 350, opadło 180), po wypuszczeniu 7 cm. sześć. płynu — ciśnienie 100. PL między VL_I — VL_{II} : płyn bezbarwny, 3 limfocyty, NA +, białko — 0,25^{0/00}. Zdjęcie lipjodolowe: lipjodol, wstrzyknięty między VL_I — VL_{II}, zatrzymał się w całości na poziomie.

Chory otrzymał cztery serie naświetlań promieniami X: l. 11. VIII—23. VIII, II. 21. IX—1. X. III. 26. X—1.XI, IV. 7. XII—20. XII. okolicy lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa. Po trzeciej serii czuł się znacznie lepiej, w końcu grudnia po czwartej serii chodził już sam dość sprawnie o lasce, mógł eżeć w każdej pozycji, bóle bardzo znacznie zmalały.

U chorego dokonano 4 punkcje aspiracyjne kości krzyżowej. Pierwsza punkcja — 17/X — w preparacie znaleziono liczne gniazda komórek mięsakowatych z komórkami olbrzymimi, druga punkcja — 27/XII — w preparacie pojedyncze, gorzej barwiące się, komórki mięsakowate oraz komórki olbrzymie, czwarta punkcja 15. 2. 29, w preparacie tylko krwinki oraz barwik krwi.

18.I.29. zdjęcie Roentgena wykazało ponowne wapnienie kości krzyżowej w postaci mostów, łączących kości biodrowe.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na znaczną poprawę po naświetlaniu mięsaka kości krzyżowej promieniami X. Poprawa ta przejawia się 1) w ustąpieniu dolegliwości podmiotowych, 2) w procesach regresywnych w tk. nowotworowej, oraz 3) w rekalcyfikacji kości krzyżowej.

Dyskusja:

Flatau. W danym przypadku mieliśmy wpływ promieni X na same komórki nowotworowe. Ostatnio, autorzy

którzy dawniej nie uznawali wpływu promieni Roentgena na komórki nowotworu obecnie w większości zmienili zdanie. W drugim punkcie znaleźliśmy już nie masy nowotworowe, a rozproszone komórki olbrzymie, a w 3-m punkcie nie było już ani jednej komórki nowotworu. Nadal trzeba jeszcze kontrolować za pomocą punkcji. Flatau obserwował przypadek, w którym u chorego nastąpiło już zniszczenie kości. Po operacji i naswietlaniu pacjent żył jeszcze 15-cie lat. Wogóle zaś trzeba częściej posługiwać się punkcją aspiracyjną.

10. Turyn. *O odmianie objawu Lasèguea.* (brak streszczenia).

(wedł. Neurol. Polskiej.)

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na Zjeździe lekarzy francuskich w Montpellier w październiku 1929 Cantacuzene referował *sprawę etjologii, patogenezę i fizjologii patologicznej płonicy*. Zdanem referenta, w obecnym stanie wiedzy niema metody, któraby z pewnością umożliwiała zróżniczkowanie paciorkowca płonicy od innych gatunków paciorkowca. Paciorkowiec płonicy nie posiada bowiem żadnych cech istotnie swoistych. Objaw Dicka, który uważano za przejaw [wrażliwości czy odporności danego osobnika w stosunku do zakażenia płoniczego, stracił ostatnio dużo na swej wartości swoistej. Jest on, jak się okazało, nieprawidłowy i niestały, zwłaszcza w ciągu życia danego osobnika. Bardzo dużo istnieje przypadków, w których odczyn pozostaje dodatni mimo przebycia płonicy. Z drugiej strony płonica zdarza się w znacznym odsetku u osobników, którzy na początku choroby mają odczyn Dicka ujemny. U licznych osobników odczyn ujemny nagle ustępuje miejsce dodatniemu. Dziwny jest kontrast, jaki daje się zauważyć [między niestałością odczynu Dicka a stałą niemal odpornością po przebyciu płonicy. Recydywy są naogół rzadkie i wynoszą 1 do 1^{0/0}, gdy tymczasem liczba odczynów dodatnich Dicka, u tych, którzy przebyli płonicę, wynosi 25 do 30%. Wobec powyższego nie można już obecnie widzieć w odczynie Dicka przejawu wrażliwości na płonicę. Nawet jego swoistość jest podawana w wątpliwość, skoro jady paciorkowcowe, pochodzące od paciorkowców niepłoniczych, są w stanie niekiedy wywołać ten odczyn. Odczyn ten nleży uważać za przeciwpłoniczy, ile za przeciwpaciorkowcowy. Jest on dowodem, że dany osobnik w ciągu swego życia wypadkowo lub stale podlegał działaniu produktów jadowitych paciorkowców, między którymi mogły być i płonice. Samo założenie w ujęciu odczynu Dicka jest o tyle chwiejne, że nie dowiedziono dotąd, iż czynnikiem etjologicznym w płonicy jest istotnie paciorkowiec. Nie wytrzymuje wreszcie odczyn Dicka porównania z odczynem przeciwbłoniczym Schicka, gdyż ten ostatni odczyn odznacza się regularnością i stałością.

Seroterapia płonicy z pomocą surowicy koni, uodpornionych przeciwko paciorkowcom płoniczym i ich jadom, daje wyniki dobre w przypadkach naogół łagodnych, średnich i w niektórych przypadkach o wysokiej cieplotie. Leczenie to jest prawie bez wpływu na postaci złośliwe hipertoksyczne, które zabijają chorego w 24—48 godzin i które dają w Rumunji śmiertelność 90%. W tych właśnie przypadkach najlepsze wyniki daje zastosowanie surowicy ozdrowieńców. pozwalające uratować około 4/5 chorych. Przemawiały ten fakt za tem, że w surowicy końskiej brak antygeny, który warunkuje skuteczność surowicy ozdrowieńców.

Również otwarta jest sprawa *szczepień ochronnych przeciwpłoniczych*. Dane statystyczne przemawiają i na korzyść tej metody i przeciwko niej. Wobec powyżej cytowanych wątpliwości co do interpretacji odczynu Dicka, nie może on być uważany za miernik przy dokonywaniu szczepień.

Doświadczenia na ludziach z szczepieniem samego paciorkowca płonicy a także wysięku z migdałka przemawiają za tem, że w doświadczeniach drugich miano widocznie do czynienia z jakimś czynnikiem dodatkowym, skoro w grupie drugiej wynik był o wiele częściej dodatni.

Udało się poza tem u małych królików wywołać obraz chorobowy, typowy dla płonicy, przez szczepienie produktów, otrzymanych od chorych z postacią hipertoksyczną i przesączonych przez sączki. Należałoby tedy przypuścić

istnienie zarazka przesączalnego, współzującego z paciorkowcem płonicy. (Pr. méd. Nr. 88).

W każdym razie, zdaniem referenta, należy studjować praktycznie zarówno seroterapię przeciw paciorkowcową, jak i szczepienia zapobiegawcze, udoskonalając je, gdyż niewiadomo, czy, hodując paciorkowce płonicy, nie hodujemy jednocześnie owego zarazka swoistego, którego istnienie podejrzewamy. (Porówn. wyczerpującą pracę w tym kierunku H. Brokmana — Medycyna Dośw. i Społ. t. 10 z. 1/2).

Z j a z d y

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego.

W dniach 21—22 października r. b. odbył się w Brzeżanach zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego, na który przybyło 16 lekarzy powiatowych.

Po zagajeniu zjazdu przez Wicewojewodę Gintowtt-Dziewałtowskiego powitali zjazd: w imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz, w imieniu Wydziału Powiatowego — Starosta Koczyński, a w imieniu miasta — burmistrz Wiszniewski, dziękując za wyróżnienie Brzeżan przez obranie miasta terenem zjazdu.

W wykonaniu porządku dziennego Docent Dr. Gąsiorowski omawiał sprawę walki z dudem brzuszny, zwracając między innymi uwagę na okólnik Województwa Lwowskiego co do oczyszczania studzien podchlorynem wapna, przy czem proponował, ażeby i sąsiednie województwa wydały podobne zarządzenia w celu ujednolajnienia sposobów oczyszczania wody do picia.

Z kolei Dr. Ławrowski odczytał referat o walce z chorobami społecznymi na terenie powiatu Brzeżańskiego. Walkę tę udało się postawić na odpowiednim poziomie dzięki sumie 58.000 zł., preliniowanej w dwóch latach ostatnich przez Wydział Powiatowy na urządzenie Ośrodków Zdrowia w Brzeżanach i Kozowej, oraz 15.000 zł., otrzymanych od Rządu na budowę Ośrodka Zdrowia w Koniuchach.

Po referatach uczestnicy zjazdu zwiedzili bardzo dobrze wyposażony Ośrodek Zdrowia, gimnazjum państwowe, przed-szkole Rodziny Wojskowej, bursę polską im. Jakubowicza, boisko ruiny zamku i kaplicę rodziny Sieniawskich, po czem autobusem i kilku samochodami udano się na powiat, gdzie zwiedzono kilka gmin wiejskich, posiadających racjonalnie urządzone obejścia, ustępy i gnojowiska.

Po przerwie obiadowej przystąpiono do kolejnego odczytywania sprawozdań lekarzy powiatowych, z których wyni-

ka, że naogół praca lekarzy powiatowych w dziedzinie akcji zapobiegawczej i sanitarno-porządkowej dała pomyślne rezultaty. W szczególności odnotować należy postęp w walce z gruźlicą i jaglicą, która się odbywa za pomocą 17 ośrodków zdrowia i 15 przychodni z wykwalifikowanym personelem. Postąpiła też znacznie sprawa badania środków spożywczych dzięki 11 wyszkolonym kontrolerom sanitarnym, pobierającym próby. W kilku powiatach uruchomiono poradnię sportowo-lekarską, gdzie dokonywają się badania członków wychowania fizycznego.

Dotkliwie dający się odczuwać brak kąpielisk doznał w roku sprawozdawczym poprawy. Przystąpiono do budowy łaźni w Jagielnicy (pow. Czortkowski), w Borszczowie i Kydryńcach (pow. Borszczowski). Ponadto przeprowadzono remont kąpielisk rytualnych w Radziechowie, Buczaczu, Skalcie i Busku.

Stan higieniczny budynków szkolnych pozostawia jeszcze wiele do życzenia, lecz stopniowo się poprawia. Badania dziatwy szkolnej przeprowadzają lekarze okręgowi i powiatowi.

Akcja sanitarno-porządkowa naogół zrobiła postępy i prowadzona jest energicznie wobec zbliżającego się terminu jej zakończenia.

Inż. Z. Rudolf zanalizował wyniki dotychczasowej akcji sanitarno-porządkowej w Województwie Tarnopolskiem i dawał potrzebne wyjaśnienia z dziedziny inżynierji sanitarnej.

Z kolei Dr. Salak wygłosił przemówienie w sprawie higieny społecznej, podkreślając dokonane w tej dziedzinie postępy.

Po przemówieniu Inspektora Państwowej Służby Zdrowia D-ra Hryszkiewicza, który, skonstatowawszy dodatnie wyniki pracy lekarzy powiatowych na terenie powierzonych im zadań, wzywał do stałej i wytężonej działalności na polu krzewienia zasad higieny wśród ludności, zjazd zamknięto.

D-r. W. H.

K r y t y k a l e k a r s k a

Poglądy Immanuela Kanta na zagadnienia higieny osobistej.

Sprawy lekarskie oraz religii dotyczą każdego myślącego człowieka tak bezpośrednio, że dziwić się nie można, iż często ludzie bez fachowego przygotowania nie tylko o nich rozprawiają, lecz pozwalają sobie nawet na wygłaszanie z tej dziedziny własnych oryginalnych teoryj i hipotez. Dostarczali oni niekiedy ważnych przyczynków naukowych. Wspomnę tylko nazwiska Priesnitza, Schrotta, Rikliego, Zandera, Kneippa i innych. Dlatego tembardziej nie mamy prawa

zbywać milczeniem pojęć lekarskich takich potęg umysłowych, jak Leonardo da Vinci, Szekspir, Goethe, Kant i inni.

Na razie pragnąłbym poświęcić parę słów ideologii lekarskiej Kanta, zawartej w rozprawie, wydanej pod tytułem „O potędze ducha” przez słynnego klinicystę niemieckiego zeszłego wieku prof. C. W. Hufelanda w 1797 r. i spolszczonej przez d-ra Adama Stögbanera. Broszura Kanta jest to odpowiedź na dzieło tegoż Hufelanda, wydane pod tytułem „Makrobiotyka, czyli sztuka, jak życie ludzkie przedłużyć”.

Pojęcia higieniczne Kanta (to co my nazywamy obecnie higieną osobistą, nazywa on djetetyką) już dlatego powinny nas zainteresować, ponieważ był on, jak sam nam opowiada, od dzieciństwa nader wątpliwy i słabowity, o zapadniętej klatce piersiowej („piers moja jest płaska i wąska”), a przeżył pomimo nader wytężonej pracy umysłowej 80 lat. Sam Kant twierdzi, że zawdzięcza tylko swojej djetetyce, konsekwentnie i z żelazną wolą przeprowadzonej, możliwość pracy i swój wiek sędziwy. A zobaczymy, jak bardzo odbiega ona od naszych obecnych pojęć.

Rozważmy najciekawsze rozdziały rozprawy.

I. „O potędze ducha, czyli: jak panem być chorobliwych uczuć przez samo tylko postanowienie”. Rozdział ten, choć pisany 132 lata temu, brzmi zupełnie współcześnie. Kant uświadamiał sobie i głęboko pojął wpływ ducha na ciało, psychicznej władzy na cielesność, jest ona zdolna choroby wzniecać i leczyć je, ba nawet zabijać lub ożywiać. Jak często najcięższe choroby leczono jedynie tylko przez radość, podniesienie i rozbudzenie ducha! Współczesne pojęcia sugestji i autosugestji są mu najzupełniej znane, a dzięki nadzwyczaj mocnej i wyćwiczonej woli posługuje się nią z zupełnym skutkiem w najróżniejszych przejawach chorobowych, jak bólach, duszności i innych, na które go słabe zdrowie wciąż narażało. Opanowanie chorobliwych uczuć przez opanowanie silną wolą, przez samo postanowienie, przez odwrócenie uwagi od tego uczucia, „jakby mnie ono zgoła nie obchodziło” uważa Kant za podstawę wszelkiego samoleczenia. W tem hamowaniu przykrych sensacji i dowolnem kierowaniu myśli był sam arcy mistrzem. Na bezsenność radzi on: „wygnać z głowy wszelkie myśli. Gdy jednak wracają, należy od tych budzących się myśli natychmiast odwrócić uwagę.”

II. Stoicyzm w życiu uważał Kant za ważną zasadę higieny, bo „djetetyka nie powinna być obliczona na wygody; bo takie szanowanie sił swoich i uczuć jest zniewieściałością, to znaczy skutkiem jego jest słabowitość, bezsilność i powolne wygasanie siły życiowej z powodu braku ćwiczenia, a znowu wyczerpanie z powodu zbyt częstego i wytężonego jego używania”. Stoicyzm swój doprowadzał do tego stopnia, że troskliwą pielęgnację niechorego uważa za rozpieszczenie przez wygodę, że gani on zbyt długie spanie. Robi przytem filozoficzną uwagę: „rzecz to dziwna — pragnąć długiego życia, by je potem w większej części przespać”. „Łóżko jest kolebką mnóstwa chorób”. Zgodnie ze swoim światopoglądem Kant wymaga przesadnego hartowania, radząc, by wbrew utarte-

mu zwyczajowi utrzymywać głowę i nogi chłodno brzuch natomiast ciepło i to właśnie „przez starunek, by się nie przeziębic.” Zaleca on nogi kąpać nawet zimą w wodzie prawie lodowatej. Przeciwnie tym herezjom zaprotestował w swoich uwagach nawet sam wydawca Hufeland. Kant wyraża też wątpliwość co do utartego poglądu, że stan małżeński ma przedłużać życie.

III. O jedzeniu i piciu. „Gdy zdrowie służy, a szczególnie w młodości, najstosowniejsza radzić się apetytu (głodu i pragnienia), co do używania, czasu i ilości; ale gdy się starość ze swymi stawia słabościami, tedy długiemu życiu najbardziej sprzyjającą zasadą djetetyczną jest pewne przyswojenie sobie sposobu życia już doświadczonego i za zbawienno uznanego; a mianowicie, by — jak się jednego dnia zachowało — tak samo zachować się co dnia; atoli pod tym warunkiem, że to karmienie dozna należytych wyjątków wówczas, gdy apetyt się wzdraga.” Wzbrania on bowiem na starość obfitości płynów (picia zup lub większej ilości wody); wymaga natomiast strawy grubszej i napitków bardziej pobudzających (np. wina). Ludziom starszym nie zaleca Kant, zwł. wieczorem, pić w dużej ilości płynów, zwł. wody, „nie śpi się tak dobrze, a przynajmniej tak głęboko, gdyż ciepłota krwi zostaje przez to zmniejszona” Kant radzi młodym jadać tylko jeden raz na dobę „tak jak na 24 godziny tylko jeden sen”, starszym zaś dwa posiłki w ciągu dnia.

IV. O chorobliwym uczuciu, płynącym z myślenia nie w porę. Dieta w myśleniu na tem polega, by przy pracy fizycznej, na przechadzce, podczas i po jedzeniu nie myśleć. Należy umieć nie tylko myśleć, lecz też nie myśleć, kiedy nie należy.

V. Wielkie znaczenie higieniczne przypisuje Kant umiejętnemu oddychaniu przez nos, dzięki czemu umiał usuwać duszność, kaszel i inne dolegliwości, utrudniające zasypianie. Brzmi to najzupełniej współcześnie.

VI. Dobierając druk i papier książek, należy pamiętać o oczach. Jako człowiek nauki, który bardzo dużo czasu poświęcał na ślęczenie nad książkami, Kant przypisywał wielkie znaczenie drukowi, jba, nawet samemu gatunkowi papieru. O ile są nieodpowiednie, szkodzą według niego nie tylko wzrokowi, lecz i mózgowi. Należy „raczej zawiesić w takim wypadku nad drukarzami przepisy policyjne”.

Dla braku miejsca podałem tylko najważniejsze poglądy i cytaty higieniczne z wymienionej rozprawy Kanta.

Aleksander Simon (Warszawa)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Dozór nad żywnością w Polsce i jego rozwój.

Podał

Leokadja KARPf (Warszawa).
(Dokończenie patrz. № 48)

Równoległe z pracą organizacyjną prowadzona była, w tym pierwszym okresie, praca legislacyjna.

Wobec tego, że paląca sprawa surogatów wymagała jaknajszybszego uregulowania, w 1918 r. już opracowano przepisy „o nadzorze nad wyrobami i sprzedażą artykułów zastępczych — surogatów produktów spożywczych i przedmiotów użytku publicznego”, opublikowane jako dekret Naczelnika Państwa z dn. 14 lutego 1919 r. (Dz. Pr. str. 14 poz.

161). Wprowadzona jednocześnie w życie przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dn. 19 lipca 1919 r. (Dz. Pr. P. P. Nr. 63 poz. 371) dała podstawę do działania, oddając w ręce Państwa „nadзор Sanitarny nad środkami żywności i przedmiotami użytku, współdziałanie w sprawach odżywiania się ludności, Zakłady badania produktów spożywczych” (art. 2 p. 9), pozostawiając natomiast w rękach Samorządu „współdziałanie z władzami rządowymi w sprawach nadzoru nad produktami spożywczymi, sposobem ich przechowywania i przyrządzania oraz ich sprzedaż” (art. 3 p. 11). Na tej ustawowej podstawie wydano szereg rozporządzeń wykonawczych jako to przepisy w przedmiocie:

- a) organizacji Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku,
- b) badania żywności i przedmiotów użytku,
- c) taksy za badanie żywności i przedmiotów

użytku w Państwowych Zakładach żywności i przedmiotów użytku — opublikowane jako rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dn. 28 lipca 1919 r. (Dz. Ust. R. P. nr. 71, poz. 420, 421, 422) oraz

- d) instrukcję o pobieraniu prób do badania — dalej rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego w sprawie:
- e) ograniczenia przywozu fasoli z dn. 1 kwietnia 1921 r. (Dz. Ust. nr. 32 poz. 197),
- f) urzędzenia i utrzymania piekarni i sklepów z pieczywem oraz wypieku chleba z dn. 26 lutego 1921 r. (Dz. Ust. nr. 26 poz. 151);
- g) używania domieszek do mąki i chleba z dn. 7 marca 1921 r. (Dz. Ust. Nr. 29 poz. 167);
- h) zmiany taksy za badanie żywności i przedmiotów użytku w Państwowych Zakładach badania żywności i przedmiotów użytku.

z dnia.	1. VII. 1920 r.	(Dz. Ust. Nr. 62 poz. 409)
"	6. VI. 1921 r.	(" " " 70 " 468)
"	22. XII. 1921 r.	(" " " 4 " 23 z r. 1922)
"	8. VIII. 1922 r.	(" " " 69 " 622)
"	14. XII. 1922 r.	(" " " 106 " 1062)
"	29. VIII. 1923 r.	(" " " 94 " 751)
"	24. XI. 1923 r.	(" " " 126 " 1029)
Ministra Spr. Wewn.	17. V. 1924 r.	(" " " 55 " 556)
(W tej samej sprawie)	27. XII. 1925 r.	(" " " 28 " 173)
"	22. IX. 1926 r.	(" " " 104 " 607) dla b. dzielnicy pruskiej.

Nad wszystkimi wyszczególnionymi pracami Wydziału, później referatu, górowała wciąż dalej prowadzona praca nad ustawą. Bowiem, mimo uchwalenia, już w r. 1918, projektu przez Radę Ministrów, wydanie ustawy, w drodze dekretu, napotykało nieprzewidywane trudności. Pracowano więc dalej nad ustaleniem jej redakcji i uzgodnieniem z czynnikami zainteresowanymi: w listopadzie 1920 r. przedłożono ją na ankiecie, powołanej przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego z udziałem sfer zainteresowanych, czynników fachowych i rzeczoznawców; ankietę przyjęła projekt nieomal bez zmian. W ciągu r. 1921 przedłożono ją pod obrady Rady Lekarskiej, a w końcu tego roku — komisji Międzyministerialnej, na której ustalono przerebadanie przez Ministerstwo Sprawiedliwości przepisów karnych dla dostosowania ich do zniesienia ustawy oraz do ogólnych ram prawno-państwowych; pozatem tekst jej został przyjęty. Po zespoleniu Sanitarjatu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych należało temat organizacji dozoru dostosować do całokształtu administracji państwowej i zcalić ją z tą administracją.

Tak wykończonemu projektowi nadano, w końcu r. 1927, formę rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, które, w trybie ustalonym dla tego rodzaju rozporządzeń, weszło w życie jako „Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22 marca 1928 r. o dozorcze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku” (Dz. Ust. Nr. 36 poz. 343) z mocą obowiązującą od dn. 25 czerwca 1928 r.

Wytyczne, wykreślone w pierwotnym projekcie ustawy, znalazły swój wyraz i w rozporządzeniu Prez. Rzecz.; zasadnicze momenty: sanitarny i ekonomiczny uwydatnione są całkowicie w ścis-

łych definicjach produktów „szkodliwych dla zdrowia”, „zepsutych”, „podrobionych”, „sfalszowanych”, „fałszywie oznaczonych” — które to definicje, w ustawodawstwie europejskim tego działu nie spotykane były do tej pory. Znajdują one swoje ścisłe odpowiedniki w sankcjach karnych, stanowiących dopełnienie wprowadzonych pojęć.

Wykonawstwo dozoru spoczywa w rękach Państwa, w pierwszym rzędzie Ministra Spraw Wewnętrznych, dalej władz administracji ogólnej wojewódzkich i powiatowych, oraz, w zakresie zleconym, organów komunalnych.

Do współpracy z władzami dozoru powołane są: Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku, komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku (w gminach powyżej 50.000 mieszkańców) oraz kontrolerzy żywności (w gminach miejskich). Organami kontrolnymi są funkcjonariusze Zakładów i pracowni oraz fachowo wyszkoleni kontrolerzy, utrzymywani przez gminy. Zakłady oraz pracownie są temi instancjami, na podstawie orzeczeń których przekroczenia przepisów rozporządzenia kierowane są do władz wymiaru sprawiedliwości. Poza technicznym wykonywaniem badań Państwowe Zakłady zajmują się w szczególności: szkoleniem fachowego personelu dozoru, opracowywaniem metod badania, kontrolowaniem działalności pracowni i organów komunalnych oraz czuwaniem nad całokształtem spraw, objętych funkcjami dozoru.

Wprowadzenie w życie rozporządzenia o dozorcze stanowi moment epokowy dla tego działu administracji, dla którego od lat 10-ciu przygotowywany był grunt i fundamenty przyszłej budowy. Wobec ramowego charakteru rozporządzenia Prez. Rzecz. należało przystąpić bezzwłocznie do rozwi-

nięcia jego też w formie rozporządzeń wykonawczych. Do końca r. 1929 opracowano rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 8 VI 1928 r. o Radzie do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. Ust. Nr. 66 poz. 631) oraz projekty rozporządzeń o:

- a) organizacji dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, (82. Ust. Nr. 64, poz. 645);
- b) opłatach za badanie artykułów żywności i przedmiotów użytku w Państwowych Zakładach badania żywności i przedmiotów użytku; (Dz. Ust. Nr. 78 poz. 584);
- c) stosowanie barwników do barwienia artykułów żywności i przedmiotów użytku;
- d) przepisach sanitarnych dla miejsc wyrobu i miejsc sprzedaży mleka i jego przetworów oraz dla wyrobu i obiegu mleka i jego przetworów;
- e) przepisach dla wyrobu, przywozu z zagranicy i sprzedaży tłuszczów i olejów jadalnych oraz dla miejsc wyrobu i miejsc sprzedaży tych produktów.

Poza tem opublikowane zostały: rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 31-X 1927 o stosowaniu mechanicznych urządzeń do przesiewania mąki, mieszania i zagniatania ciasta w piekarniach, cukierniach i innych zakładach przemysłowych, wytwarzających pieczywo (Dz. Ust. Nr. 112 poz. 894) i rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 lutego 1929 r. o obowiązku dodawania oleju teramowego do margaryny i do innych sztucznych tłuszczów jadalnych (Dz. Ust. Nr. 25 poz. 217) — obydwie wywołane potrzebami chwili i koniecznością uregulowania spraw niemi objętych.

Pierwsze — wiązało się ściśle z intensywnie prowadzoną akcją uporządkowania piekarni i doprowadzenia tych wytwórni do stanu, wymaganego przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dn. 26 lutego 1921 r. Obowiązek mechanizacji tych warsztatów pracy był dalszym krokiem w kierunku uzdrowienia przemysłu piekarskiego. Równocześnie prowadzona była intensywna praca kontrolna i badawcza nad mąką i pieczywem, w związku z akcją Rządu, zmierzającą do całkowitego pokrycia zapotrzebowania mąki na rynku wewnętrznym — zbożem własnym — a to drogą podwyższenia %-owości przemiału. Praca badawcza przypadła Państwowym Zakładom, które w pierwszym jej stadium walczyć musiały z dużymi trudnościami z powodu braku standartów typów mąki, koniecznych przy przeprowadzaniu badań ścisłych; typy te w końcu 1928 r. dopiero wypracowane zostały.

Drugie — miało na celu ujęcie w karby rozposzechnionego fałszowania masła tłuszczami sztucznymi. Rozporządzenie to przyczyniło się w znacznym stopniu do ukrócenia tych fałszerstw, zwłaszcza na terenie b. zaboru rosyjskiego, na którym brak było wszelkiego rodzaju ograniczeń, chroniących ludność przed wyzyskiem i oszustwem; w innych b. zaborach sprawa ta zdawna już była uregulowana.

Działalność Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku, w tym pierwszym okresie systematycznie prowadzonej akcji dozoru,

wskazuje, w zestawieniu danych statystycznych na stopniowy i niemal ciągły wzrost liczby przeprowadzanych badań oraz na równoległe do niego idące stopniowe i niemal ciągle obniżanie się liczby zakwestjonowań. Dane te są, z jednej strony, najwymowniejszym wskaźnikiem pracy, wykonanej przez te zakłady, z drugiej zaś strony — celowości akcji, przez nie prowadzonej.

Rok	Liczba prób zbadanych	Liczba prób zakwestjon.	%
1919	28.662	13.501	47.1
1920	66.343	39.070	58.8
1921	66.013	29.143	44.1
1922	70.616	25.349	35.8
1923	71.702	30.932	43.1
1924	70.286	22.974	32.6
1925	65.253	15.795	24.2
1926	78.772	19.096	24.2
1927	79.062	17.379	21.9
1928			

Prace nad organizacją dozoru, w związku z wykonaniem rozporządzenia Prez. Rzecz. z dn. 22.III.28 r., wysunęły na pierwszy plan konieczność stosowania nowych Zakładów badawczych dla obsłużenia tych terenów, do których istniejące Zakłady sięgnąć nie są w stanie. Zapoczątkowano więc utworzenie w Wilnie filji Zakładu Warszawskiego, jako zaczątku przyszłego Zakładu, którego działalność winna objąć województwa wileńskie i nowogrodzkie, oraz zaprojektowano utworzenie we Lwowie filji Zakładu Krakowskiego dla obsłużenia województw: lwowskiego i wołyńskiego. Pozatem rozpoczęto starania o rozciągnięcie polskiej ustawy żywnościowej na teren województwa Śląskiego oraz o związane z tą sprawą upaństwowienie Zakładu badania żywności w Pszczynie. Zrealizowanie tych organizacyjnych projektów w najbliższej przyszłości ma dla sprawy dozoru znaczenie pierwszorzędne, gdyż utworzenie Państwowych Zakładów badawczych w głównych centrach poszczególnych dzielnic jest rzeczą nieodzownie konieczną. Choćby bowiem rozporządzenie Prez. Rzecz. przewiduje utworzenie komunalnych pracowni badawczych we wszystkich gminach powyżej 50.000 mieszkańców, to jednak, działalność tych pracowni, jako ograniczona terenem, bynajmniej nie rozwiązuje sprawy dozoru nad żywnością; poza terenem tych gmin pozostają odłogi leżące olbrzymie obszary, na których dozór ten należy do ustawowych obowiązków Państwa. By dozór nad żywnością mógł być celowo i faktycznie przez Zakłady wykonywany, należy, by teren działalności każdego Zakładu obejmował nie więcej, niż dwa województwa, należyte więc postawienie sprawy, w następnym okresie pracy, osiągnięte będzie przy liczbie Zakładów 8, wzgl. 9, licząc dla Warszawy, jako stolicy Państwa, Zakład centralny. Ze sprawą tą wiąże się również konieczność należytego wyposażenia zarówno istniejących, jak nowopowstających zakładów w odpowiednie warsztaty pracy, w pierwszym rzędzie lokal, inwentarz, aparaturę, bibliotekę i dostatecznie liczny personel fachowy.

Dalszym problemem, do którego rozwiązania należy przystąpić natychmiast i ująć go w ramy

jaknajszerze — to szkolenie fachowego personelu, który ma być powołany do pełnienia funkcji dozoru. Obowiązek utrzymywania tego personelu ciąży na wszystkich gminach miejskich; wobec dużej ich liczby zastęp tych funkcjonariuszy będzie niezmiernie liczny, a praca w kierunku wykonania tego zadania — olbrzymia.

Wobec wpływającej z obowiązków ustawowych oraz z wymogów życia konieczności szerokiej rozbudowy aparatu dozoru, wobec konieczności jaknajszego wypełnienia luk, istniejących w polskim ustawodawstwie żywnościowym — sprawa rozwinięcia referatu dozoru nad żywnością do ram Wydziału, obsadzenia tego Wydziału należycie

wykwalfikowanymi siłami fachowymi — staje się sprawą palącą i niecierpiącą zwłoki. Tradycje b. Wydziału dozoru nad żywnością, i uwidocznione w olbrzymim archiwum, zjawiające się wciąż nowe problemy życia gospodarczego i ekonomicznego Państwa, ściśle związane z akcją dozoru nad żywnością, wreszcie samo wykonanie ustawy, której każdy niemal przepis wymaga odrębnego, szczegółowego opracowania — wszystko to przemawia i wprost domaga się rozszerzenia szczupłych ram dotychczasowego referatu i nadania akcji tej takiego rozmachu, jakiego prawo i życie wymaga.

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

Miguel Serveto (Michael Servetus)

urodził się w r. 1511 w Villanneva w Hiszpanji, zmarł, spalony na stosie w r. 1553.

Jeden z wielkich męczenników nauki i przekonań z epoki Renesansu. Z powołania teolog, zajmował się gorliwie również medycyną. Studja swe poświęcił zagadnieniu o małym krwiobiegu i przemianie gazów w płucach. Badając anatomję Galenowską, doszedł do wniosku, że dużo było w niej fantazji, zwłaszcza w opisie serca, w którym krew miała przepływać z prawej komory do lewej. Serveto dokładnie opisał mały krwiobieg i w związku z tem zmienił dotychczasowy pogląd na rolę zastawek żylnych. To jego epokowe odkrycie, jako teologa, ściągnęło na niego srogie prześladowania ze strony władz kościelnych tembardziej, że był on antytrynaryuszem (t. j. przeciwnikiem trójcy) Dzięki intrygom Kalwina został on wtrącony do więzienia. Więziony w męczennych warunkach, nie wyrzekł się jednak ani swej teorii, ani swych przekonań i zginął na stosie.

Jak cierpiał ten męczennik wiedzy, świadczą pozostałe po nim listy, pisane z więzienia do magistratu Genewskiego. „Pchły gryzą ciało moje, ubranie podarte jest w strzępy, nie mam nawet koszuli na sobie. Zimno potęguje moje cierpienia, wzmacnia bóle i powoduje szereg dolegliwości, o których krępuję się tu wspomnieć”. Żądał, aby wtrącono do więzienia również Kalwina, jego przeciwnika, ówczesnego dyktatora kościelnego, żeby na mocy prawa odwetu (*jus talionis*) przeszedł te same męki aż do chwili, kiedy nauka rozstrzygnie, kto z nich zasłużył na śmierć. „Proszę Was, panowie, o sprawiedliwość, sprawiedliwość i sprawiedliwość!” Listy te, pisane w więzieniu genewskim, noszą datę 22 września 1553

Genewa odkupiła hańbę tego mordu przez wzniesienie pomnika skruchy w r. 1903 na placu de Champel. Aż tylu lat trzeba było, aby ludzkość zrozumiała popełniony przez siebie grzech, kiedy jednocześnie ludziom, sytym sławy, stawia się przepiękne upomniki jeszcze za ich życia!

Jacobus Sylvius (Jaques de Bois).

Urodził się w Amiens we Francji w r. 1478, zmarł w Paryżu w r. 1555.

Jeden z wybitniejszych anatomów swej epoki. Sławę zdobył sobie przez odkrycie klap żylnych, opis wodociągu i brzozy mózgowej (*aquaeductus et fossa Sylvii*). Karjerę medyczną rozpoczął bardzo późno. Lecz sławę anatoma zdobył sobie wcześniej, na długo jeszcze przed otrzymaniem dyplomu. Wykłady jego cieszyły się tak olbrzymim powodzeniem, że fakultet paryski zmuszony był zabronić mu ich, zażądawszy od niego złożenia egzaminu. 50-letni Sylvius udał się tedy do Montpellier i dopiero w 59 roku życia został członkiem fakultetu paryskiego. Znakomity profesor, utalentowany wykładowca, ogłosił liczne dzieła klasyczne, między innymi nawet gramatykę francuską. Pod względem charakteru atoli pozostawiał dużo do życzenia. Z powodu jego bezprzykładnego skąpstwa pozostało o nim wiele charakterystycznych anegdot.

Pomimo niezwykłego powodzenia swych wykładów Sylvius długo nie mógł zdecydować się na nabycie dyplomu doktorskiego jedynie ze względu na związane z tem koszty. W olbrzymiej sali wykładowej w Triquet — Collège, która mieściła 500 słuchaczy, każdy opłacał miesięcznie 15 sous zgóry. Jeżeli ktokolwiek zalegał, S. groził wstrzymaniem wykładów i w ten sposób zmuszał innych słuchaczy do pokrycia zaległości kolegów. Żywił się suchym chlebem. W sali wykładowej było zawsze zimno. Słuchacze siedzieli w paltach, futrach, nogi rozgrzewali sprowadzonymi przez siebie własnymi piecykami. Gdy jednak podczas wielkich mrozów palenie w piecu było nieuniknione, Sylvius załatwiał tę czynność sam, dźwigając węgiel i drzewo z piwnicy i zachwalając ten system, jako najlepszy do wytwarzania ciepła. Kiedy był bliski zgonu, kazał ubrać się kompletnie i oczekiwał śmierci w swym fotelu. Żartowano z tego powodu, że Sylvius dlatego włożył buty przed śmiercią, aby przebyć Acheron, nie opłaciwszy przejazdu. Pozostał po nim następujący epigramat.

*Sylvius hic situs est, gratis qui nil dedit unquam
Mortuus et gratis quod legis ista dolet,
(Tu leży Sylvius, który nigdy nic darmo nie dał,
teraz boleje nieżywy, że czytasz to darmo).*

Sylvius był zazdrosny o sławę i walczył namiętnie ze swoimi współzawodnikami. Zwłaszcza ha-

niebnie spisał się w stosunku do swego ucznia Andrzeja Vesala, którego rosnąca sława nie dawała mu spokoju. Z walki tej pozostały ślady w postaci dokumentu pod tytułem: „*Vesani ejusdam calumniarum in Hippokratidis Galenique rem anatomicam depulsi*”, który jest przykrem świadectwem nieetycznej konkurencji, na jaką pozwalali sobie nawet ludzie tej wiedzy, jakim był Sylvius. Oto, jak określa S. swego ucznia: „w nauce nic niewiedzący, oszczerca najkłamliwszy, badacz bez doświadczenia, zbieg, bezbożnik, niewdzięcznik, potworny ignorant (*monstrum ignorantiae*), który swym morowym tchem zatrął całą Europę”.

Ten jędrny wzorek polemiki naukowej przytaczam bynajmniej nie celem zachęty do naśladownictwa. Trzeba przyznać, że, co jak co, ale szydło konkurencji naukowej nauczyliśmy się chować nieco głębiej...

Andreas Vesal.

Urodził się w r. 1514, zmarł w 1561, uczeń Jakóba Sylwiusa. Można go nazwać ojcem racjonalnej anatomii. Już od najmłodszych lat poświęcał się studjom anatomicznym, a w 23 roku życia powołany został na katedrę w Padwie, jako profesor chirurgii. Jego słynne dzieło: „*Corporis humani fabrica*”, przepięknie ilustrowane przez ucznia Tycjana — Johana von Kalkara, było momentem zwrotnym w dziejach anatomii. Z taktem i wielkiem uwielbieniem dla geniuszu Galena wykazał on błędy jego anatomii, której ocenę krytyczną zapoczątkował już Serveto. Błędy te, zdaniem jego, wpływały stąd, że Galen opierał swe badania nie na ludzkich, lecz na małpich ciałach.

Jak wszyscy wielcy reformatorzy owego czasu, Vesal naraził się na prześladowanie ze strony władz, a nawet współczesnego mu świata lekarskiego. W związku z tem kursowały o nim liczne anegdoty, które głównie usiłowały podważyć jego lojalność wobec prawa świeckiego i religijnego. Opowiadano o nim, że, szukając wszędzie materiału anatomicznego dla swych studjów, wykradał trupy skazańców i przechowywał je u siebie. Pewnego razu, przechodząc obok placu stracenia, zauważył jakoby na rusztowaniu wisielca, który tak został sp.eparowany przez ptaki drapieżne, że pozostał po nim tylko szkielet z więzami. Zachwycony tym preparatem, korzystając z ciemnej nocy, Vesal zdjął go i ukrył u siebie w pracowni. Kiedy sprawa stała się głośna, Vesal usiłował tłumaczyć się tem, że szkielet ten sprowadził sobie z Paryża.

Podczas pobytu w Wenecji zawarł jakoby z pewnym sędzią umowę, na której mocy miał otrzymywać zwłoki skazanych na śmierć. W Padwie oskarżono go nawet, że wykradał trupy z grobów. Oto z jakimi trudnościami torowała sobie drogę nauka nawet w epoce wolnego Renesansu!

Vesal na podstawie tych oszczerstw został skazany na śmierć. Ulaskawiony przez papieża, zmuszony był jednak odbyć pielgrzymkę do Jerozolimy. Pod koniec życia wybaczone mu jego „przestępstwa” i nawet powołano go na następcę Fallopiusa, jego ucznia. Nie sądzone mu było jednak powrócić do kraju. Okręt, na którym jechał do Włoch, rozbił się przy wyspie Zante, i Vesal zapomniany przez wszystkich, zmarł na obczyźnie w nędzy, mając zaledwie lat 47.

Ambroise Paré.

Urodził się we Francji w r. 1510, zmarł w r. 1590, również uczeń Jakóba Sylwiusa. Epoka Renesansu, wydzwignawszy medycynę z mgieł zabobonu średniowiecza, przywróciła również godność chirurgii, dopuściwszy ją do świątyni oficjalnej nauki. Ambroży Paré był jej chrzestnym ojcem. Rozpoczął on swoją karierę, jako skromny cyrulik. Dzięki niezwykłym zdolnościom technicznym i naukowym zdołał zwrócić uwagę ówczesnego świata lekarskiego na tę zaniedbaną dotychczas gałąź medycyny.

Paré uchodzi za wielkiego reformatora ogólnej chirurgii. Główna jego zasługa polega na wprowadzeniu nowej metody konserwatywno-antyseptycznego leczenia ran na miejsce poprzedniego systemu brutalnych przyrządów. On udoskonalił sposoby amputacji, wprowadził racjonalne leczenie złamań kostnych i zwichnięć oraz liczne udoskonalenia techniczne i pierwszy ogłosił w naukowym ujęciu wiele cennych prac chirurgicznych, zpośród których najgłośniejsza pod tytułem „*Pięć ksiąg chirurgii*” ukazała się w wielu wydaniach i przetłumaczona została na wiele języków.

A. Paré dzięki swym niezwykłym zasługom zdobył najwyższe stanowiska wśród współczesnych przedstawicieli medycyny i powołany został na chirurga przybocznego króla Karola IX.

Jak dalece ceniono zasługi Paré, za dowód może służyć następujący epizod z jego życia.

Należał on do partii hugonotów. Podczas nocy Św. Bartłomieja przypadkowo znalazł się u króla który, pomimo że sam był katolikiem, ukrył go w swym własnym łóżku. Kiedy zapytano później króla dlaczego to uczynił, gdy jednocześnie własnoręcznie z okien swych tyłu wystrzelał hugonotów, odpowiedział: „tak łatwo można było uratować życie jednego człowieka, który tyłu innych uratował od śmierci”. Kiedy po tym fakcie król w nagrodę za swój czyn zażądał od Paré powrotu do katolicyzmu, ten odrzekł: „zapomina Jego Królewska Mość dane mi w swoim czasie przyrzeczenie niezmuszania do czterech rzeczy: powrotu do łona matki, uczestniczenia w bitwach, opuszczenia służby królewskiej i chodzenia na mszę”. Podobno na skutek tej rozmowy król następnego dnia wstrzymał prześladowanie hugonotów.

Na pomniku Ambrożego Paré w Laval wypisany jest następujący dwuwiersz, wyjęty z jego kanońów:

„Le chirurgien à la face piteuse.

Rend à son malade la playe venimeuse”.

Ojciec chirurgii racjonalnej żądał od swych kolegów po fachu przedewszystkiem umiarkowania i współczucia dla chorego. Dzisiejszym mistrzom noża warto przypomnieć o tym drobnym, lecz charakterystycznym szczególe.

François Rabelais.

Urodził się w Chinon w r. 1483, zmarł w Paryżu w r. 1553. Do 47 roku spędził życie w klasztorach, poświęcając się teologii i naukom filozoficznym. W roku 1530 udał się do Montpellier, gdzie rozpoczął naukę medycyny i tu wykazał takie wybitne zdolności, że już po upływie półtoramiesięcznych studjów dopuszczono go do stopnia bakałarza, gdy zazwyczaj wymagane były na to trzy lata. Pierwszą

jego pracą z dziedziny medycyny były komentarze do dzieł Hippokratesa i Galena. W r. 1537 Rabelais otrzymał doktorat w Montpellier i wygłosił szereg wykładów z anatomji, które cieszyły się ogromnym powodzeniem. Był on jednym z pionierów sekcjonowania zwłok, na których demonstrował swe wykłady.

Do historii Rabelais przeszedł jednak nie jako lekarz, lecz jako literat-satyryk, którego Chateaubriand w swoich „Pamiętnikach z grobu” nazywa twórcą literatury francuskiej. Jego słynny utwór satyryczny „Gargantua i Pantagruel” zapewnił mu nieśmiertelną sławę nie tylko w literaturze francuskiej, lecz i wszechświatowej, jako perła satyry polityczno-społecznej. Został

on przełożony na wszystkie języki europejskie. Przekład polski wyszedł z pod znakomitego pióra B o y a — Ż e l e Ń s k i e g o, który w mistrzowski sposób odtworzył wszystkie subtelności tej wiecznie aktualnej i ciekawej satyry.

Nie było rzeczą łatwą w owym czasie fanatyzmu występować publicznie przeciw ówczesnym władcom i rządcom. Stefan Dole, przyjaciel i wydawca dzieł Rabelais, zginął na stosie, Klemens Marot zmarł na wygnaniu. Rabelais jednak pomimo wszystko znalazł sobie potężnych obrońców, którzy umieli ocenić jego niezwykle talent i pogodny humor.

(d. c. n.)

Wiadomości bieżące.

— W dniach 24 i 25 listopada r. b. z inicjatywy zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej odbyła się w sali Rady Miejskiej konferencja przedstawicieli Izby Lekarskiej z następującym programem: 1). Przemówienie Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej. 2) Przemówienie Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. 3) Oparcie działalności kasy chorych na czynniku lekarskim. 4) Podniesienie kwalifikacji fachowych lekarzy Kas Chorych. 5) Powiększenie zaufania ubezpieczonych do leczenia kasowego i udostępnienie pomocy lekarskiej ubezpieczonym. 6) Nawiązanie współpracy Kas chorych z Wydziałami lekarskimi i Zakładami leczniczymi.

Na konferencję przybyło około 800 lekarzy, z pośród których wielu wypowiadało dezyderaty, mające na celu reformy w prowadzeniu Kas Chorych. Dezyderaty te mają być wzięte pod uwagę przez odpowiednie władze.

— D. 28 b. m. odbyło się uroczyste posiedzenie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, poświęcone pamięci prof. Rafała Radziwiłłowicza, który był założycielem i pierwszym prezesem wymienionego Towarzystwa. Wygłosili przemówienia: p. Andrzej Strug—O całokształcie działalności Rafała Radziwiłłowicza, i kol. Wilhelm Knappe — O Radziwiłłowiczu jako prezesie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Przemówienia te pomieścimy w jednym z najbliższych numerów.

— „Anatomja, patologia i klinika układu siateczkowo-śródbłonkowego” w opracowaniu profesorów Uniw. Warsz. L. Paszkiewicza, Fr. Venuleta M. Semerau-Siemianowskiego oraz „Ciśnienie krwi i jego zaburzenia” w opracowaniu profesorów. Uniw. Warsz. J. Modrakowskiego, Uniw. Wileńsk. A. Januszkiewicza i docenta tegoż Uniwer. H. Sochańskiego ukazały się w druku w 3-im zeszycie VII-go tomu Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Pozostałe nieliczne egzemplarze są do nabycia w Administracji P. A. M. W. w Warszawie przy ul. Żórawiej 4a. m. 12.

— Państwowa szkoła Higjeny. Program I-go kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych, zorganizowanego z inicjatywy i przy poparciu Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, od dnia 9 do 22 grudnia 1929 roku

I. Organizacja.

Stan obecny opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami w Polsce. Dr. St. Kopczyński. 1 godz.
Organizacja pracy lekarza szkolnego w szkole powszechnej. Dr. Miklaszewska. 1 „

Organizacja pracy lekarza szkolnego w szkole średniej Dr. J. Leśkiewicz. 1 „
Organizacja pracy lekarza szkolnego w seminarjum nauczycielskiem Dr. A. Jurjewiczówna 1 „
Współczesne budownictwo szkolne ze stanowiska techniki, higjeny i pedagogiki Inż. F. Eychhorn 4 „
Zagadnienia pedagogiczne w szkole Prof. dr. B. Nawroczyński 2 „

II. Klinika wieku szkolnego.

Konstytucja i fazy rozwoju dziecka Dr. J. Bogdanowicz 2 „
Psychopatologia wieku szkolnego Prof. Dr. J. Piltz (Kraków) 4 „
Schorzenia górnego odcinka dróg oddechowych w wieku szkolnym Prof. dr. Szmurło (Wilno) ? „
Zaburzenia mowy w związku z cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych Prof. dr. Szmurło (Wilno) 1 „
Zaburzenia wzroku i cierpienia oczu w wieku szkolnym Doc. dr. H. Melanowski 2 „
Gruźlica wieku szkolnego.—Rozpoznawanie, leczenie i zwalczanie Dr. K. Dąbrowski 4 „
Stomatologia w szkole Dr. L. Brennejzen 2 „
Ortopedia w szkole Doc. dr. W. Łapiński 1 „
Organizacja leczenia szkolnego dr. M. Roszkowski 1 „

II. Higjena wieku szkolnego.

Propaganda higjeny w szkole i przez szkołę Dr. K. Mitkiewicz 5 „
Metodyka nauczania higjeny w szkole Wiz. K. Czerwiński 2 „
Dietetyka dziecka szkolnego Doc. dr. G. Szulc 2 „
Współczesne metody zwalczania chorób zakaźnych Dr. M. Kacprzak 6 „
Zagadnienie płciowe wieku szkolnego Dr. H. Szczodrowski 2 „
Zwalczanie alkoholizmu w szkole Redaktor J. Szymański 2 „
Przeciążenie w szkole i jego zwalczanie Dr. St. Kopczyński 1 „
Ważniejsze zagadnienia z dziedziny higjeny wychowawczej Prof. dr. W. Baley 1 „

IV. Wychowanie fizyczne

Nowoczesne poglądy na wychowanie fizyczne Ppułk. dr. Wł. Osmólski 6 „
Fizjologia i higjena ćwiczeń Por. dr. J. Mazurek 4 „

Kontrola lekarska ćwiczących Por. dr. J. Mazurek 2 „
Metody biometryczne w zastosowaniu do badań „
kontrolnych w wychowaniu fizycznym i sporcie
Kpt. dr. Z. Szydłowski 4 „

V. Pokazy.

Lekcja pokazowa metodyki nauczania higieny
w gimnazjum im. E. Plater Dr. Matusiewiczówna.
Lekcja pokazowa metodyki nauczania higieny
w gimnazjum im. Reya. Prof. Szaniawski.
Szkoła tramwajów miejskich.
Gimnazjum im. Stefana Batorego.
Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa.
Państwowa Szkoła Higieny.
Centralny Instytut Wychowania Fizycznego.
Ośrodek Zdrowia w Mokotowie.
Poradnia ortopedyczna.
Zakład psychotechniczny.

— Kuratorja Okręgów Szkolnych i Śląski Urząd Woje-
wódzki otrzymały od Min. W. R. i O. P. następujący O k ó l n i k :

Ze względu na konieczność podniesienia stanu zdro-
wotnego dzieci miejskich w wieku szkolnym, — wśród których
zwłaszcza w wielkich miastach, szerzy się w sposób zagra-
żający gruźlica, — Ministerstwo uważa za celowe rozpoczęcie
prac nad zbadaniem możliwości zorganizowa-
nia w większych miastach szkół powszechnych
podmiejskich na otwartym powietrzu
przeznaczonych przede wszystkim dla dzie-
ci skłonnych do gruźlicy lub znajdujących
się w pierwszym, niezaraźliwym okresie
tej choroby. — Ten typ szkół począł się już rozpowszech-
niać w większych ośrodkach miejskich Europy i dał bardzo
dodatnie wyniki.

W związku z tem zechce Kuratorjum (Urząd Wojewódzki)
z badać w porozumieniu z odpowiednimi instytucjami samo-
rządowymi, czy i w jakich miastach Okręgu możliwe byłoby
uruchomienie szkół omawianego typu. — Ministerstwo uważa
za wskazane zwrócenie uwagi przede wszystkim na następu-
jące miasta: Warszawa, Białystok, Łódź, Katowice, Królewska
Huta, Lwów, Kraków, Częstochowa, Poznań, Wilno, Lublin,
Równo.

Ministerstwo oczekuje w tej sprawie sprawozdania Ku-
ratorjum (Urzędu Wojewódzkiego) z dołączeniem konkretnych
wniosków.

Dyrektor Departamentu
(—) Wł. Ż ł o b i c k i.

— R o z s t r z y g n i e c i e k o n k u r s u i m. P i r a -
m o w i c z a. Komitet konkursu im. Grzegorza P i r a m o w i
c z a wyłoniony przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie dla na-
grodenia najlepszej pracy z jakiegokolwiek działu higieny
szkolnej, wydanej lub nadesłanej Towarzystwu w roku 1929, —
przyznał nagrodę d-rowsi Kazimierzowi Z g ó r s k i e m u
ze Lwowa za wydany w roku bieżącym podręcznik Higieny
dla szkół średnich.

Komitet podkreślił umiejętne ujęcie przedmiotu z na-
stawieniem ucznia, jego umysłu, uczucia i woli, na wykonywa-
nie praktyk higienicznych — co stanowić winno główny cel
nauczania higieny.

Sąd konkursowy stanowili: Wiceprezes Towarzystwa Le-
karskiego Warszawskiego prof. dr. L. P a s z k i e w i c z, —
ofiarodawca konkursu dr. St. K o p c z y ń s k i, — delegat
od Zarządu Stowarzyszenia nauczycieli szkół średnich i wyż-
szych dyrektor P. S o s n o w s k i i delegatka od Zarządu
Związku nauczycielstwa szkół powszechnych p. A. D a r g i e -
l o w a.

— Przedstawicielstwa Fabryk Przemysłu Chem.-Farma-
ceutycznego A s m i d a r nadesłały nam, z prośbą o wydru-
kowanie, następujące w y j a ś n i e n i e.

W dniach ostatnich pojawiły się w Polsce na łamach
prasy codziennej artykuły o nowym preparacie, wyrabianym
przez firmę „Laboratoire des Proxylates“ w Paryżu p. n. A n -
gioxyl.

Ponieważ artykuły te mają posmak sensacji i niezgodne
są z prawdą, niniejszem — jako przedstawiciele powyższej
firmy —, korzystając z łaskawej gościnności wydawnictwa
„Warsz. Czas. Lek.“, spieszymy wyjaśnić, iż nie mamy nic
wspólnego z całą tą kampanją reklamową i wobec czego nie
przyjmujemy żadnej odpowiedzialności za podawane przez
prasę codzienną wiadomości.

Dla ścisłości pozwalamy sobie zaznaczyć, iż Angioxyl
nadejdzie wkrótce do Warszawy i zostanie przez nas oddany
do wypróbowania Klinikom Uniwersyteckim i Szpitalom.

ZMARLI.

Szczepan Mikołajski, naczelnik Urzędu Zdrowia
województwa lwowskiego, niegdyś założyciel i redaktor „Głosu
Lekarzy“ we Lwowie.

TREŚĆ: M. SZOUR. O schorzeniach wewnątrzwydzielniczych wielogruzołowych (C. d.). — A. LANDAU, M. FEJGIN
i B. JOCHWEDS. Spostrzeżenia kliniczne nad bradykardją. Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany zespo-
łem Hornera. — Z. ŚWIDER. O dietetycznym leczeniu gruźlicy (Str. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. —
Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — A. SIMON. Poglądy Immanuela Kanta na zagadnienia
higieny osobistej. — L. KARPFÓWNA. Dozór nad żywnością w Polsce i jego rozwój (Dok.). — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny
(C. d.). — Wiadomości bieżące. — Zmarli.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. SZOUR. Sur les maladies endocrines pluriglandulaires (suite). — M. LANDAU,
M. FEJGIN et B. JOCHWEDS. Observations cliniques sur la bradycardie. — Z. ŚWIDER. Traitement diététique de la tuberculose
(Rev. gén. fin.). — A. SIMON. Les opinions d'Immanuel Kant concernant l'hygiène personnelle. — L. KARPFF. Le contrôle des
aliments en Pologne e. son développement (fin). -- 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.