

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 VII

WARSZAWA, 6 lutego 1930 R.

Nr. 6

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

(Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie)

(Kierownik: Dr. A. L a n d a u).

O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczeniu w patologii i terapii *).

Podał

Jerzy GLASS (Warszawa).

Gospodarka chlorowa ustroju zdrowego i chorego stanowi obecnie przedmiot zainteresowań nie tylko fizjologów i patologów, ale również i wielu klinicystów, którzy uznają doniosłość zagadnienia tego w patologii ludzkiej i terapii. Sprawa ta posiada jeszcze wiele stron niewyjaśnionych, niemniej jednak zebrano tu już wiele faktów i spostrzeżeń pewnych i trwałych, mających duże znaczenie w klinice. Problem ten wkracza w tyle dziedzin patologii ludzkiej, tak wiele wskazań leczniczych się z niego wyłania, że przyswojenie pojęć gospodarki chlorowej w klinice jest już obecnie sprawą dużej wagi.

Podam tu przede wszystkim w ogólnych zarysach przebieg fizjologiczny gospodarki chlorowej ustroju.

Cały ładunek chlorowy ustroju zdrowego wynosi od 160 do 220 gr. NaCl czyli około 120 gr. chloru. (M a g n u s - L e v y). Zapas powyższy soli chlorowych podzielić można na 3 jakby układy (A c h a r d): — 1) sól konstytucyjna, czyli tkankowa, 2) sól krążenia, znajdująca się w krwiobiegu, i 3) sól rezerwowa, która znajduje się w przestrzeniach międzytkankowych (przeważnie skóry i tkanki podskórnej). Chlor związany jest w ustroju przeważnie z sodem w postaci chlorku sodu i z potasem w postaci chlorku potasu. W sokach ustrojowych przeważa chlorek sodu, w tkankach — chlorek potasu. Sole chlorowe są w 85 proc. zdysocjowane w ustroju na kationy sodowe i potasowe oraz na anion chlorowy; reszta niezdisocjowana związana jest przeważnie z białkami tkankowymi.

Rozmieszczenie chloru w ustroju jest niejed-

nolite, W każdym prawie narządzie, jak również i w każdym prawie płynie ustrojowym stężenie chloru jest inne. Z tkanek ustrojowych najwięcej chloru zawierają błona śluzowa żołądka w okresie wydzielniczym, skóra i tkanka podskórna oraz nerki (głównie warstwa rdzeniowa); mniej chloru zawierają już płuca, wątroba, serce i mózg, a najmniej chloru zawierają mięśnie.

Chlor we krwi rozmieszczony jest między krwinkami i osoczem również w sposób niejednakowy, z czego wynika, że odmienne liczby otrzymamy, jeśli chlor oznaczać będziemy w krwinkach, odmienne — jeśli w osoczu, inne wreszcie — jeśli we krwi całkowitej. Rozmieszczenie prawidłowe chloru jest następujące (podam tu liczby, zaczerpnięte z pracy, ogłoszonej przez L a n d a u a, J. Glassa i K a m i n e r a, o której będzie mowa dalej):

Stężenie chloru w osoczu wynosi od 3.40 do 3.62 gr. na litr w warunkach prawidłowych, przeciętnie — 3.50 gr. na litr; stężenie chloru w krwinkach — od 1.70 do 1.95 gr., przeciętnie 1.81 gr. na litr; stężenie chloru we krwi całkowitej, które jest wypadkową obu tych wartości, wynosi natomiast od 2.70 do 3.02 gr., przeciętnie 2.88 gr. na litr. Odchylenia od liczb przeciętnych nie przekraczają więc w warunkach prawidłowych ± 3 proc. dla osocza, a $+ 7$ proc. dla krwinek. Normalny więc stosunek stężenia chloru w krwinkach do stężenia jego w osoczu wynosi od 0,47 do 0,55, przeciętnie 0,52, co świadczy o tem, że stężenie chloru w krwinkach jest prawie dwukrotnie mniejsze, aniżeli stężenie chloru w osoczu. Dla stosunku tego, który posiada duże znaczenie w stanach kwasicy, a który uwzględniany jest zresztą zagranicą przez szereg autorów, wprowadziliśmy nazwę wskaźnika chlorowego krwinek.

Jakie są drogi dowozu i wywozu chlorowego w ustroju? Dowóz chlorowy odbywa się w warunkach normalnych wyłącznie drogą pokarmową i wynosi przeciętnie w warunkach europejskich od 6-u do 13-u gr. chloru, czyli od 10-u do 20-u gr. soli kuchennej na dobę. W wywozie chlorowym natomiast biorą udział nerki, skóra i przewód pokarmowy. Praktycznie najważniejszy jest wywóz chloru w mo-

*) Według odczytu, wygłoszonego dn. 14-XII 1929 r. w Sekcji Klinicznej Pol. Tow. Medycyny Społecznej.

czu. Zdolność stężenia nerek zdrowych jest w stosunku do soli kuchennej bardzo duża i sięgać może liczby 22 gr. soli kuchennej, czyli 13 gr. chloru na litr, z czego wynika, że nerka zdrowa stężyć może chlor przeszło 4-krotnie w stosunku do stężenia jego we krwi. O mechanizmie wydalania chloru przez nerki nie będę tu mówił, jak również pominię tu pojęcie t. zw. progę nerkowego dla soli kuchennej, albowiem pojęcie to wymaga w odniesieniu do soli kuchennej rewizji i, zresztą, ostatnio zostaje już powszechnie zarzucane.

Druga droga wywozu chlorowego z ustroju — to skóra (pot). W warunkach prawidłowych wydalanie chloru tą drogą nie ma znaczenia; natomiast w warunkach patologicznych, w gorączce, w gruźlicy, przy wysiłkach fizycznych, straty chlorowe, poniesione tą drogą, sięgać mogą do kilku gramów na dobę.

Trzecia droga — jelitowa — w warunkach prawidłowych praktycznie nie ma również większego znaczenia. Wprawdzie żołądek, który posiada zdolność stężenia chloru dwukrotną w stosunku do stężenia chloru we krwi (w osoczu), wydziela w warunkach normalnych około $1\frac{1}{2}$ litra soku na dobę, wprawdzie i inne gruczoły trawienne (wątrobę, trzustkę i t. d.) wydzielają również duże ilości chloru do światła przewodu pokarmowego, to jednak straty te są przemijające. Chlor wylany do światła przewodu pokarmowego, pod postacią kwasu solnego, soli kuchennej lub chloru obojętnego, zostaje w postaci izotonicznego roztworu ponownie wessany przez ścianę jelita, poczem powraca do krwiobiegu i tkanek. Tłomaczy się tem minimalna zawartość chloru w kale. W stanach patologicznych natomiast, w przypadkach wymiotów i biegunek, straty chlorowe, poniesione tą drogą, mogą być bardzo duże i mają wtedy ważne znaczenie w patologii tych stanów chorobowych.

Mechanizm regulacji chlorowej ustroju zdrowego jest jednym z najbardziej zdumiewających przykładów równowagi ustrojowej, gdzie każde odchylenie od normy regulowane jest z wielką precyzją przez mechanizmy wyrównawcze. Dowóz chloru do ustroju regulowany jest w warunkach fizjologicznych przez każdego człowieka indywidualnie w sposób jakby instynktowny. Czy poza tym instynktem nie kryje się przyczyna ściśle określona, a mianowicie, czy zapotrzebowanie na chlor nie jest dyktowane przez stan ładunku chlorowego tkanek ustrojowych — niewiadomo dokładnie.

Regulacja chlorowa, poza przystosowaniem dowozu do zapotrzebowania tkankowego, odbywa się drogą dostosowania wywozu do przywozu. Nadmiar soli kuchennej niepotrzebny ustrojowi zostaje w krótkim już czasie wydany w moczu. Przeciwnie, przy dacie małowchlorowej wydalanie chloru w moczu opada do liczb bardzo niskich, a przy zupełnym głodowaniu, tak, jak to spostrzegano np. u głodomora Succiego, wydalanie chloru w moczu opadło na 20-ty dzień głodu do $\frac{1}{5}$ gr. chloru na dobę.

Poza temi czynnikami w regulacji chlorowej najważniejsze znaczenie posiada stała ustawiczna wymiana chlorowa między tkankami i krwią, idąca w obu kierunkach. Jest to przyczyną, dla której poziom chloremji jest liczbą tak stałą i waha się

w tak wąskich granicach. Nawet wprowadzenie bezpośrednio chloru do krwiobiegu wzmacnia poziom chloremji tylko na czas bardzo krótki. Mieśliśmy możliwość przekonania się o tem wielokrotnie w badaniach naszych, przeprowadzonych wspólnie z kol. Beilesem, o których będzie mowa niżej, a gdzie po wprowadzeniu 20 cm. 20 proc. roztworu soli kuchennej dożylnie, a więc $\frac{1}{5}$ ogólnego ładunku chlorowego krwi, poziom chloremji często już po pół godzinie powracał do normy. Odbywało się to z jednej strony drogą wzmożenia diurezy, z drugiej zaś — dzięki przechodzeniu chloru ze krwi do tkanek.

Na mechanizm regulacji chlorowej rzucają światło dalej badania, pochodzące z naszego oddziału, dotyczące się związku wzajemnego, zachodzącego między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju. Nie będę ich tu obszernie omawiać, odsyłając do pracy oryginalnej *). Zaznaczę tu tylko, że pobudzenie wydzielania żołądkowego powoduje obniżenie poziomu chloru we krwi, odbywające się głównie dzięki zmniejszeniu zawartości chloru w osoczu, bez jednoczesnego naogół zmniejszenia stężenia chloru w krwinkach. Poziom chloremji opada tu w znacznie mniejszym stopniu, aniżeli by to wynikało ze strat chlorowych, poniesionych w żołądku w okresie wydzielania; w większości naszych przypadków spadek chloremji nie przekraczał granic wahań fizjologicznych. Tłomaczy się to, przy uwzględnieniu mechanizmu regulacji chlorowej, w sposób następujący: Pobudzenie czynności wydzielniczej żołądka, stwarzając prąd chlorowy, biegnący ze krwi do światła żołądka, powoduje jednocześnie odruchowe, jakby zwrotne uruchomienie chloru tkankowego, chloru rezerwowego, zawartego głównie w przestrzeniach międzytkankowych skóry. Powstaje w ten sposób drugi prąd chlorowy, prąd wyrównawczy, który biegnie z tkanek do krwiobiegu i ma za zadanie wyrównanie strat chlorowych, poniesionych przez krew w okresie wydzielania żołądkowego, zanim chlor, wydzielony do żołądka, nie zostanie ponownie wessany przez ścianę jelit i nie powróci do krwiobiegu.

Ustrój rozporządza prócz tego jeszcze innym mechanizmem wyrównawczym. Polega on mianowicie, na tem, że w okresie wydzielania żołądkowego następuje ograniczenie wywozu chlorowego na zewnątrz. Rolę tę spełniają nerki. W badaniach naszych stwierdziliśmy mianowicie, że w okresie wydzielania żołądkowego następuje zmniejszenie wydzielania chloru w moczu. Spadek chlorurji wynosi w okresie wydzielniczym od 15% do 59% zależnie od przypadku, a największe zmniejszenie wywozu chlorowego w moczu przypada na okres szczytu wydzielania żołądkowego; było to zapewne wyrazem dążności wyrównawczej ustroju, zmierzającego drogą ograniczenia wywozu chlorowego w moczu do wyrównania swych strat chlorowych, poniesionych w okresie wydzielania żołądkowego.

*) A. Landau i Jerzy Glass: „Badania nad związkiem wzajemnym, zachodzącym między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju.” Doniesienie I. Medycyna dośw. i społ., T. XI, 1930 r. i streszczenie w Warsz. Czas. Lek., w Nr. 2, 1930 r.

Czynność wydzielnicza żołądka związana jest również z gospodarką chlorową ogólnoustrojową. Świadczą o tem również badania z naszego oddziału nad wpływem uruchomienia przez nowasurrol chloru tkankowego na wydzielanie żołądkowe. Mówić tu o nich nie będę, odsyłając do pracy oryginalnej *)

Tak więc w mechanizmie regulacji chlorowej udział przedewszystkiem biorą krew, żołądek i nerki, oraz płyny międzytkankowe skóry i tkanki podskórnej. Cały mechanizm równowagi chlorowej regulowany jest z jednej strony przez czynniki fizyczno-chemiczne i hydrodynamiczne, podlegające ogólnym prawom dyfuzji, osmozy i przepuszczalności błon komórkowych, z drugiej jednak strony stoi on w związku z układem autonomicznym w najszerszym znaczeniu tego słowa, a więc zarówno z układem nerwowym roślinnym, jak i hormonalnym, jak i wreszcie z układem elektrolitów ustrojowych.

Potwierdzeniem istnienia regulacji nerwowej jest szereg faktów doświadczalnych, z których wynika, że drogą uszkodzenia wyższych ośrodków nerwowych wywołać można wybitne zaburzenia gospodarki chlorowej. Z badań tych wynika, że istnieje szereg wzajemnie ze sobą związanych ośrodków, umiejscowionych w rdzeniu przedłużonym, w zwojach podstawnych, w okolicy *tuber cinereum* i *infundibulum*, a może i w *gyrus signioideus*, które wywierają wpływ wydatny na gospodarkę chlorową (równocześnie i wodną) ustroju, a przedewszystkiem regulują one wymianę chlorową między tkankami a krwią i między krwią a nerkami. Szlaki ośrodkowe idą torami nerwu błędnego i współczulnego, możliwe, że poprzez gruczoły wydzielania wewnętrznego, wiadomości dotyczące się tych dróg są jednak jeszcze niedostatecznie sprecyzowane. Gospodarka chlorowa związana jest z czynnikami hormonalnymi. Największe znaczenie mają tu przedewszystkiem dwa gruczoły: tarczyca i przysadka. Wpływ tarczycy na gospodarkę chlorową jest podobny do wpływu tarczycy na przemianę wodną. Zastrzyknięcie lub podanie wyciągów tarczycznych powoduje mobilizację chloru z tkanek i wzmożone wydalanie chloru w moczu. To też w stanach nadczynności tarczycy istnieje często hiperchloremja i hiperchlorurja.

Co do przysadki, to wpływ jej polega na tem, że reguluje ona przedewszystkiem zdolność koncentracyjną nerek dla chloru, a zapewne również i wymianę chlorową między tkankami i krwią. Czynność jej związana jest ściśle z wyższymi ośrodkami mózgowymi, o których wspomniałem, tak, że niektórzy autorzy sądzą nawet, że jest ona tylko narządem wykonawczym tych wyższych ośrodków. O wpływie przysadki na zdolność koncentracyjną nerek świadczy choćby spostrzegany u nas ostatnio na oddziale przypadek moczówki prostej (*diabetes insipidus*), który wykazywał zupełnie sztywną niedomogę koncentracyjną nerek dla

chloru, a gdzie pod wpływem wyciągów przysadkowych, podawanych podskórnie lub donosowo, stężenie chloru w moczu zwiększyło się z liczb, nieprzekraczających 1-go gr. chloru na litr, do 3-ch i 4-ch gr. chloru.

Trzecim hormonem, którego wpływ na gospodarkę chlorową jest zaznaczony — jest adrenalina. Zastrzyknięcie jej dożylnie powoduje na krótki okres czasu zmniejszenie wydzielania i koncentracji chloru w moczu (Hess i Erb jun). Działanie to jest przejściowe i nie posiada większego znaczenia.

Kończąc z omówieniem gospodarki chlorowej w warunkach prawidłowych, chciałbym jeszcze wyjaśnić wogóle znaczenie chloru dla funkcji życiowych ustroju. Otóż przedewszystkiem odgrywa on wybitną rolę przy utrzymaniu ciśnienia osmotycznego krwi i tkanek, a więc utrzymuje on izotonję i izoosmję płynów tkankowych. Bierze on dalej wybitny udział w utrzymaniu równowagi jonowej ustroju (izojonji). Następnie, przesunięcia chlorowe między osoczem a krwinkami i tkankami są jednym z ważniejszych składników mechanizmu tworzenia rezerwy alkalicznej oraz procesów, których celem jest utrzymanie równowagi kwasowo-zasadowej, a więc t. zw. izohidrii. Wreszcie chlor, dzięki swym własnościom uwadniającym, łącznie z katjonami ma wybitne własności cytofilaktyczne, to znaczy, że dzięki niemu i jego katjonom możliwe jest zachowanie przyżyciowe struktury morfologicznej tkanek. Wszystko to łącznie stanowi o doniosłości problemu chlorowego w gospodarce ustroju zdrowego.

* * *

Przejdę obecnie do omówienia zaburzeń gospodarki chlorowej w warunkach patologicznych. Metody, któremi rozporządzamy dla oceny stanu gospodarki chlorowej w warunkach patologicznych, są następujące: 1) bilansy dowozu i wywozu chlorowego, 2) obarczenie solą kuchenną i następce badanie ilości soli wydzielonej i czasu, w którym to się odbywa, 3) badanie poziomu chloru we krwi oraz jego rozmieszczenia między krwinkami i osoczem, 4) badanie stężenia chloru w innych płynach ustrojowych i wydzielinach (płynie mózgowo-rdzeniowym, ślinie, pocie, moczu, soku żołądkowym, dwunastniczym i t. d.). Każda z tych metod posiada braki i sama przez się nie wystarcza do oceny stanu równowagi chlorowej ustroju, natomiast łącznie pozwalają one już z pewnem przybliżeniem zdać sobie sprawę ze stanu gospodarki chlorowej. Jeżeli mówię „w przybliżeniu”, to dlatego, że, póki nie posiadamy pewnych metod, pozwalających obliczyć bezpośrednio przyżyciowo ładunek chlorowy płynów międzytkankowych i tkanek, póty jeszcze nie wiemy, jakie rzeczywiście procesy odbywają się między tkankami i sokami międzytkankowymi, póty nie wiemy, jakim przemianom podlega chlor w stanach patologicznych, a zwłaszcza retencyjnych, i póty nie znamy jego wiazania tkankowego.

Zacznę od omówienia znaczenia, jakie posiada badanie rozmieszczenia chloru we krwi w stanach patologicznych gospodarki chlorowej. Sprawie tej poświęcone są prace, pochodzące z naszego

*) A. Landau i Jerzy Glass: „Badania nad związkiem wzajemnym zachodzącym między czynnością wydzielniczą żołądka a gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju. Doniesienie 2.” Medyc. dośw. i społ., T. XI, 1930 r. w druku.

oddziału, których część pierwsza ogłoszona już została*), część druga ukaze się wkrótce w druku.**)

Badania nasze obejmują 90 oznaczeń poziomu i rozmieszczenia chloru we krwi, które wykonane zostały u 10-ciu ozdrowieńców i w 64-ch przypadkach chorobowych. Omówię tu jedynie znaczenie tych badań dla oceny stanu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju.

Przesunięcia odwracalne chloru między osoczem i krwinkami znajdują się w ścisłym związku ze stanem równowagi kwasowo-zasadowej. Uzasadnienia teoretycznego tych przesunięć nie będę tu podawał, omówione to jest obszernie w pracy naszej. Zaznaczę tu tylko, że, jak to wynika z dawniejszych badań Hamburgera, Zuntza i Gürbera, wykonanych *in vitro*, jak również z nowszych spostrzeżeń szkoły Ambarda, zarówno wzmożona zawartość kwasu węglowego we krwi, jak również obecność innych ciał kwaśnych we krwi (kwasów organicznych i nieorganicznych) powoduje rozkład chlorku sodu osocza i wypchnięcie chloru do krwinek; wzrasta wskutek tego ich ładunek chlorowy. Natomiast sód pozostaje w osoczu i łączy się z ciałami kwaśnymi, zobojętniając je.

Wśród materiału naszego mieliśmy 24 przypadki kwasicowe (głównie kwasice azotemiczne nerkowe, kwasice cukrzycze i kwasice gazowe). Z tych 24-ch przypadków w 17-tu stwierdziliśmy przesunięcie chloru z osocza do krwinek; objawiało się to wzmożeniem ładunku chlorowego krwinek, bądź też zwiększeniem t. zw. przez nas wskaźnika chlorowego krwinek, czyli stosunku stężenia chloru w krwinkach do stężenia chloru w osoczu. Ładunek chlorowy krwinek, w warunkach prawidłowych wynosi, jak to wynika z badań naszych, przeciętnie około 1.80 gr., w przypadkach tych był zwiększony, znajdując się na poziomie od 1.96 do 2.52 gr. na litr. Również wskaźnik chlorowy krwinek, który w warunkach normalnych waha się od 0.47 do 0.55, był tu wzmożony, i obracał się w granicach od 0.56 do 0.79. Najwyższe wzmożenie stężenia chloru w krwinkach i najwyższe wskaźniki chlorowe krwinek widzieliśmy w najcięższych kwasicach niegazowych pochodzenia nerkowego, i daje to, zdaniem naszym, rokowanie niepomyślne na przeciąg bliskiego już czasu. Wśród całego materiału zwiększenie ładunku chlorowego krwinek powyżej 2.30 gr. na litr, a wskaźnika chlorowego krwinek powyżej 0.65 widzieliśmy tylko u 4-ch chorych, i wszyscy oni zmarli przed upływem 3-ch dni od czasu wykonania badania.

Z badań tych wynika, że zwiększenie ładunku chlorowego krwinek powyżej górnej granicy normy (1.95 gr. na litr) spotyka się wyłącznie w

stanach kwasicowych i ma to znaczenie prawie patognomoniczne dla stanu kwasicowego; również zwiększenie wskaźnika chlorowego powyżej 0.55 przemawia za kwasicą. Jest to niejako *in vivo* powtórzeniem doświadczeń, wykonanych *in vitro*, a będących wyrazem przesunięć chlorowych między osoczem i krwinkami pod wpływem stanu kwasicowego. Jednak podkreślić tu należy, że niema ścisłej równoległości między zwiększeniem ładunku chlorowego krwinek i ich wskaźnika a stopniem nasilenia kwasicy. Istnieją prócz tego przypadki kwasic (widzieliśmy 7 takich przypadków), gdzie mimo wybitnego obniżenia rezerwy alkalicznej i niewątpliwego stanu kwasicowego, niema przesunięcia chloru z osocza do krwinek. Są to przeważnie przypadki, przebiegające z wydatnym zmniejszeniem zasobu chlorowego ustroju. Jeżeli więc przesunięcie chlorowe z osocza do krwinek przemawia za stanem kwasicowym, to brak przesunięcia tego kwasicy nie wyłącza.

Powyższe przesunięcia odwracalne chloru między osoczem a krwinkami są wg. V. Slykea równoznaczne z przesunięciami chlorowymi między krwią a tkankami. Krwinki, które są elementem tkankowym, odzwierciadlają tu proces ogólnoustrojowy. Rzeczywiście, w stanach kwasicowych powyższe wzmożenie ładunku chlorowego krwinek, t. zw. chloropeksja krwinkowa, jest często odbiciem chloropeksji tkankowej, nagromadzenia się chloru w narządach wewnętrznych ustroju*). Tak np. Blum i Ambard oraz ich współpracownicy stwierdzili u ludzi, zmarłych na mocnicę lub na śpiączkę cukrzyczą, wzmożenie ładunku chlorowego tkanek, a zwłaszcza kory mózgowej.

Powyższy typ retencji chlorowej, którego odbiciem jest często wzmożenie ładunku chlorowego krwinek, nosi nazwę t. zw. suchej retencji chlorowej. Sucha retencja chlorowa polega na zatrzymaniu chloru w tkankach bez jednoczesnego związania wody. Stwierdzić ją można klinicznie bądź na zasadzie jednoczesnych bilansów dowozu i wywozu chloru i wody z ustroju, bądź też na zasadzie współistnienia 3-ch objawów ze strony krwi (Blum i v. Cauley). Są one następujące: 1) wzmożenie zawartości chloru we krwi (głównie w krwinkach), 2) zmniejszenie jednoczesne zawartości sodu we krwi i 3) zagęszczenie krwi. Ta postać retencji chlorowej istnieje przedewszystkiem w azotemicznych i kwasicowych postaciach zapaleń lub marskości zanikowej nerek, przebiegających bez obrzęków, dalej w kwasicy cukrzyczej, a nieraz i w przebiegu kwasicy gazowej, zależnej od zaburzeń w krążeniu i oddychaniu.

Mechanizm suchej retencji chlorowej polega wg. Bluma i v. Cauleya na tem, że nerki wydalały zasadowy jon sodowy, natomiast tracą możliwość wydalenia kwaśnego jonu chlorowego; tą drogą powstaje obok suchej retencji chlorowej zakłócenie równowagi kwasowo-zasadowej, prowadzące do stanu kwasicowego. Natomiast Ambard i Schmid tłumaczą to zjawisko inaczej: Niedomoga wydalenia wodorów kwasowych przez nerki po-

*) A. Landau, Jerzy Glass i St. Kaminer: — „Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej”, Warsz. Czas. Lek.: NN. 11, 12, 13, 14, r. 1929; to samo w języku francuskim: Cpt. rend. de la Soc. de Biol. Tome CI, p. 594, 1929 i Arch. d. mal. de l'Appar. digest. et de la Nutr., w druku.

**) A. Landau, Jerzy Glass i St. Kaminer: — „Badania nad poziomem i rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej. Doniesienie 2.” — Polska Gazeta Lekarska, w druku, i Wiener Archiv f. inn. Med, 1930, w druku.

*) Pogląd v. Slykea słuszny może jest jedynie, o ile chodzi o stany kwasicowe, gdyż historetencja chlorowa jest naogół zjawiskiem niejednorodnym, i różne elementy tkankowe niejednakowo w niej biorą udział.

woduje ich zatrzymanie we krwi. Rozkładają one chlorek sodu osocza i wypychają powstały kwas solny do krwinek i tkanek. Wyrazem tego będzie więc chloropeksja krwinkowa i tkankowa. Kwas solny, wydany z osocza, a nagromadzony w tkankach, łączy się z białkami tkankowymi, tworząc kwaśne białczany. Między innymi chlor gromadzi się również w rdzeniu przedłużonym; powoduje to, zdaniem Ambarda, pobudzenie ośrodka oddechowego, wskutek czego powstaje hiperwentylacja płucna. Pociąga to za sobą obniżenie prężności CO_2 we krwi i jednocześnie wyrównawcze obniżenie rezerwy alkalicznej, idące drogą wydalania sodu przez nerki. W ten sposób tłumaczy się, zdaniem jego, z jednej strony sucha retencja chlorowa, z drugiej zaś — mechanizm obniżenia rezerwy alkalicznej w stanach kwasicowych.

Teoria Ambarda, wielce pomysłowa, nie obejmuje jednak wszystkich możliwości patologicznych, napotykanych w klinice. Wykazaliśmy to w pracach nad rozmieszczeniem chloru we krwi, o których mowa była wyżej. Mechanizm obniżenia rezerwy alkalicznej w stanach kwasicowych może być wielopostaciowy, a udział przesunięć chlorowych w tym mechanizmie jest tylko jedną z jego części składowych.

Drugim typem retencji chlorowej jest t. zw. retencja chlorowa wodna. Jest to ta postać retencji, gdzie obok zatrzymania soli kuchennej w tkankach następuje wiązanie wody. Postać ta jest znacznie częstsza, niż poprzednia, i wiąże się ściśle z patogenetą obrzęków.

Podam tu tylko kilka wiadomości zasadniczych.

Każda retencja wodna jest retencją solno-wodną, t. zn. że obok zatrzymania wody w tkankach następuje jednoczesne wiązanie soli kuchennej. Widali i Strauss pierwsi zwrócili uwagę na znaczenie soli kuchennej w powstawaniu obrzęków i stwierdzili, że niedomoga wydzielania soli i wody przez uszkodzony miąższ nerkowy powoduje zatrzymanie ich we krwi i w przestrzeniach międzytkankowych, a co za tem idzie powstanie obrzęków. Jednakże w patogenecie stanów obrzękowych prócz momentu nerkowego wchodzi w rachubę jeszcze i inne czynniki pozanerkowe, a mianowicie, czynniki hydrodynamiczne, związane z zaburzeniem krążenia, zaburzenia w przepuszczalności śródbłonnów naczyńowych, dalekie zmiany fizyczno-chemiczne we krwi, a wreszcie momenty tkankowe. Nie ulega obecnie już wątpliwości, że w patogenecie obrzęków, poza innymi przyczynami, również doniosłą rolę odgrywa czynne powinowactwo zmienionych jakościowo koloidów tkankowych do soli i wody. Nie wiadomo jeszcze dokładnie, czy chodzi tu o zaburzenia w przemianie białkowej i tłuszczowej, o powstanie pewnych koloidów białkowych lub kompleksów białkowo-tłuszczowych wodochłonnych (Eppinger i inni), czy o wzmocnienie konsolidacji drobiny białkowej i przewagę globulin nad albuminami (Landsberg), czy wreszcie o zakwaszenie koloidów (Fisher)—dość, że te zmiany tkankowe mogą być pierwszą przyczyną, dla której następuje wiązanie soli i wody, wodna retencja chlorowa, powstanie obrzęków. Typowo pozanerkowymi i poza-krążeniowymi obrzękami są obrzęki miksedomatyczne, głodowe, charłaczne, obrzęki w przebiegu niedokrewności złośliwej, cukrzycy i t. d.

Dowodem istnienia pierwotnej tkankowej retencji chlorowej są badania Jochwedsa oraz Fliederauma i Piankówny, którzy stwierdzili zmniejszenie wydalania chloru w ślinie, bądź w soku żołądkowym w stanach wodnej retencji chlorowej.

Czy jonem powodującym hydratację, jest jon chlorowy, czy też jon sodowy, jak to twierdzą Blum i Pfeiffer nie wiadomo jeszcze dokładnie. Najpewniej sądzić należy, że oba te jony łącznie dopiero posiadają własności uwadniające i wspólnie odgrywają czynną rolę w mechanizmie stanów obrzękowych.

Zmiany humoralne w stanach wodnej retencji chlorowej sprowadzają się do 3-ch głównych objawów ze strony krwi: — 1) zmniejszenia stężenia chloru, 2) zwiększenia zawartości sodu, 3) rozcieńczenia krwi. Jednakże zmiany powyższe niezawsze występują w postaci typowej, i często zmiany chemiczne we krwi składają się na zespół, stojący jakby na pograniczu między typem retencji suchej i wodnej. Jest to postać t. zw. retencji chlorowej mieszanej, która spotykać się daje zarówno w schorzeniach nerkowych, jak i w innych stanach chorobowych. Stany retencji chlorowej spotyka się w szeregach różnych stanów chorobowych. Należą tu wszystkie stany obrzękowe, bądź też wysiękowe, których nie będę tu wyliczał. Obok stanów ogólnej retencji chlorowej istnieją retencje zlokalizowane do pewnych odcinków ustroju. Jako przykład tych retencji lokalnych, wymienić należy miejscowe sprawy wysiękowe w błonach surowiczych, wysięki stawowe, wysięki skórne (zwłaszcza *pemphigus vulgaris* przebiega z wybitną retencją chlorową) i t. p.

Stanem fizjologicznej retencji chlorowej jest miesięczkowanie (badania Eisenhardta i Schäfera oraz Heiliga).

Typowymi stanami retencyjnymi dalej są niektóre ostre choroby gorączkowe (z wyjątkiem zimnicy), jak dur, błonica, róża, a przede wszystkim płatowe zapalenie płuc w stopniu najsilniejszym. We wszystkich tych stanach retencja chlorowa jest może częścią składową ogólnej tendencji retencyjnej, w jakiej znajduje się ustroj gorączkujący. Zatrzymanie chloru w ustroju w tych stanach jest retencją pozanerkową, tkankową. Co się z tym chlorem zatrzymanym dzieje, czy zostaje on rzeczywiście zmagazynowany w tkankach i jak zostaje w tych tkankach związany—nie wiadomo.

Ostatnio łączyć zaczęto w związek przyczynowy zatrzymanie chloru z zaburzeniami równowagi kwasowo-zasadowej, które mają występować w zapaleniu płatowym płuc (Holten, Heilmeyer, Achard i Echanesco). Autorzy ci sądzą, że w stanach gorączkowych istnieje kwasica niegazowa, wywołana wzmocnionym rozpadem komórkowym, wskutek czego, tak jak i w innych stanach kwasicznych następuje rozkład chlorku sodu osocza i wypchnięcie chloru do krwinek i tkanek. Powstaje skutkiem tego tkankowa retencja chloru. W badaniach naszych nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej, ogłoszonych wspólnie przez Landaua, J. Glassa i Kaminera, zbadaliśmy 9 przypadków zapalenia płatowego płuc przed przełomem.

We wszystkich tych przypadkach stwierdzi-

liśmy zmniejszenie zawartości chloru zarówno w osoczu, jak i w krwinkach, a wskaźniki chlorowe krwinek, z wyjątkiem jednego przypadku, w pozostałych 8-u bynajmniej nie wskazywały na przesunięcia chloru między osoczem i krwinkami typu kwasowego. Również zasób zasad osocza, badany w tych wszystkich przypadkach przed przełomem, był prawidłowy. To też z badań naszych wynika raczej, że retencja chlorowa w płatowym zapaleniu płuc nie znajduje się w związku z zaburzeniami równowagi kwasowo-zasadowej, lecz jest zapewne wywołana swoistymi procesami tkankowymi, powodującymi wiązanie chloru.

Istnieje jeszcze jeden stan chorobowy, prze-

biegający z retencją chlorową. Jest nim cukrzyca, a zwłaszcza kwasica cukrzycowa. Jak to mówiłem już wyżej, jest to najczęściej retencja chlorowa sucha, nieraz jednak, pod wpływem podawania dużej ilości soli kuchennej, dwuwęglanu sodu, jednostronnej bardzo diety (np. owsiankowej) lub w okresie insulinowania, retencja sucha chloru przejść może w retencję wodną, obrzękową. Objawem retencji chlorowej tkankowej jest obniżenie poziomu chloremji, któreśmy spostrzegali na oddziale przy znacznej hiperglikemji w każdym z naszych przypadków cukrzycy, a przeszedł ją można drogą bilansów chlorowych.

(C. d. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Klinik Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego.

(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz)

Kilka uwag o nakłuciu lędźwiowym.

Podał

Marta ERLICHÓWNA (Warszawa)

W miarę jak zwiększają się wskazania do nakłucia lędźwiowego, coraz więcej spotykamy lekarzy, którzy są dobrze obeznani z techniką tego zabiegu. Dotyczy to właśnie lekarzy młodszego pokolenia, mających możność wprawiania się w nakłucie na oddziałach i klinikach neurologicznych, wewnętrznych i dziecięcych. Pozostaje jednak wielu lekarzy, nawet w miastach uniwersyteckich, ale zwłaszcza na prowincji, którzy mają mało wprawy w wykonywaniu tego zabiegu. Opisy klasyczne techniki nakłucia lędźwiowego znajdujemy wprowadzić w różnych podręcznikach i monografiach (najmniej w polskich), naogół jednak zwraca się mało uwagi na specjalne trudności techniczne i na błędy, wynikające z wadliwej techniki. Celem niniejszej notatki jest tylko zwrócenie uwagi na niektóre z tych momentów.

Przedewszystkiem zaznaczę, że dla stopniowego nabywania wprawy w wykonywaniu nakłucia lędźwiowego potrzebny jest odpowiedni materiał; tymczasem początkujący lekarze niezawsze wybierają, względnie otrzymują przypadki, na których mogą się ćwiczyć z korzyścią. A nadają się do tego najlepiej dzieci szczupłe, z widocznymi, wystającymi wyrostkami kolczastymi, z dużymi przestrzeniami międzykręgowymi, apatyczne, spokojne, lub nieprzytomne, zwłaszcza chore na gruźlicze zapalenie opon, lub przewlekłe wodogłowie, a więc takie, u których ciśnienie jest znacznie wzmożone, płyn wydobywa się z łatwością, i nie ma wątpliwości, o ile płyn nie wycieka, że operujący nie trafił do kanału. Natomiast nie nadają się tutaj dzieci otyłe lub z obrzękami, gdyż trudno jest wtedy wyczuć przestrzenie międzykręgowe, dzieci podniecone, silne, broniące się, dające się z trudnością utrzymać, przez co operator denerwuje się w czasie wkłuwania i traci orientację; następnie dzieci bez zmian zapalnych w oponach, t. zn. z ciśnieniem niezwiększonym, i przypadki zapalenia opon z płynem gęstym, który źle wypły-

wa. Nie nadają się też do ćwiczeń niemowlęta bardzo małe, a najmniej noworodki, z przyczyn, do których jeszcze powrócę.

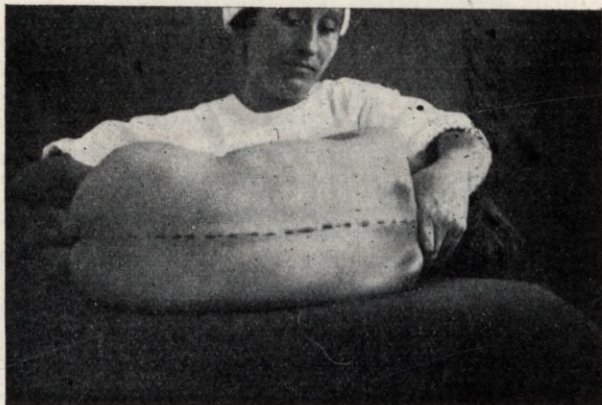
Bardzo pomocne w wyrobieniu techniki jest ćwiczenie się na zwłokach, ponieważ można bez ograniczeń powtarzać u jednego osobnika nakłucie szereg razy na różnej wysokości i w ten sposób wyrobić sobie pewność, że się jest istotnie w kanale. Najlepiej nadają się zwłoki z wodogłowie, gdyż tu udaje się często otrzymać płyn i to kilka razy rzędu nawet w 24 godziny po śmierci.

Jednym z ważnych warunków do tego, ażeby udało się nakłucie lędźwiowe, jest dokładniej dobranie igły, która powinna być odpowiedniej do wieku długości, gładka, dobrze wyostrzona, z ostrzem wybranem, wklęsłym, krótko ściętym. Igła tępa wbija się powoli, powodując ból i niepokój chorego; po przebicciu skóry ślizga się po twardej więzadłach nadkolcowych i międzykolcowych, łatwo uszkadza tkanki. Jeśli samo ostrze jest zbyt długie, trudno jest zatrzymać dość szybko igłę po przebicciu opony twardej, wskutek czego może ona skaleczyć naczynia i spowodować krwotok. Niemniej ważne jest dobieranie igły odpowiedniej grubości; o ile niema wyraźnych danych na to, że otrzymamy płyn ropny, wybieramy igłę możliwie cieką, ażeby sprawić jaknajmniej bólu i jednocześnie jaknajmniej uszkodzić tkanki, w których, zwłaszcza u niemowląt, łatwo następują krwawienia i zrosty, jedne i drugie utrudniające badanie płynu i następne nakłucia.

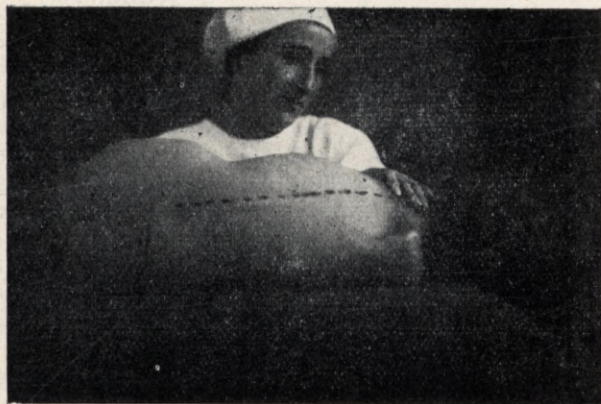
Rzeczą pozornie błahą, a jednak zasługującą na podkreślenie — jest odpowiednie utrzymywanie igły — niestety, niezawsze przestrzegane. Mianowicie, po odkażeniu igły konieczne jest staranne wytarcie mandryna gazą lub watą, a następnie przepłukanie światła igły kilkakrotnie za pomocą strzykawki spirytusem, potem eterem, w końcu przedmuchiwanie kilkakrotnie pustą strzykawką. W przeciwnym razie igła albo rdzewieje wyraźnie, albo traci gładkość, zaletę niezbędną. Wielce niepraktyczne jest zanurzanie mandryna w oliwie lub wazelinie w celu konserwacji, albowiem resztki tłuszczu, pozostające w świetle igły, nawet po wyjałowieniu, zanieczyszczają płyn, utrudniając jego badanie.

Drugim warunkiem, na który kłaść musimy nacisk, jest dobra asysta. Lekarz, który uczy się

wykonywać nakłucie lędźwiowe, musi przede wszystkim sam nauczyć się dobrze ułożyć i trzymać chorego, ażeby następnie wiedzieć, czego ma żądać od pomocnika. Odpowiedni i nieodpowiedni sposób trzymania dziecka w czasie nakłucia lędźwiowego ilustrują załączone fotografie.



Rys. 1.



Rys. 2.

Na fotografii pierwszej widzimy dziecko, ułożone prawidłowo: pielęgniarka trzyma dziecko za kark palcami wskazującym i dużym lewej ręki, zginając kręgosłup bez zginania szyi, ręką prawą przyciska w kierunku brzucha złożone razem kolana. Kręgosłup jest zgięty łukowato, płaszczyzna pleców ustawiona prostopadłe do podstawy, łopatki znajdują się na jednej płaszczyźnie prostopadłej do podstawy, podobnie kolana. W tem położeniu zabieg jest łatwy. Na fotografii drugiej widzimy dziecko, źle trzymane: kręgosłup jest źle zgięty, miednica skrzywiona, łopatki i kolana nie znajdują się na jednej płaszczyźnie, cała płaszczyzna pleców stoi ukośnie do podstawy. W tem ułożeniu może się łatwo zdarzyć, że nawet najwprawniejszy lekarz nie trafi do kanału.

Zdawałoby się zbyt czczeniem nadmienić, że lekarz powinien dokładnie znać warunki topograficzne okolicy, którą nakłuwają, jest jednak faktem, że nie każdy potrafi odpowiedzieć na pytanie, przez jakie części igła przechodzi.

Teraz kilka uwag, dotyczących błędów w wykonaniu samego zabiegu. Po przekłuciu śmiałym ruchem skóry i tkanki podskórnej, należy dalej posuwać igłę ostrożnie aż do chwili przebicia żółtego więzadła (*ligamentum flavum*). Moment ten

odczuwamy wyraźnie z powodu odmiennej spoiści tego więzadła. Jeśli to uczucie zawodzi, wtedy musimy ciągle klucć ostrożnie, próbując co chwila wyjmować mandryn, ażeby się przekonać, czy już otrzymujemy płyn. Istnieje metoda wprowadzania igły od razu tak głęboko, by oprzeć się końcem o przednią ścianę kanału (tylna powierzchnia trzonu); wtedy, cofając zlekka igłę, wyjmujemy się mandryn aż do chwili gdy pokaże się płyn. Ta metoda, pozornie łatwa dla początkującego, jest w istocie wadliwa, gdyż przy uderzaniu o kość może łatwo nastąpić krwawienie wskutek skaleczenia umieszczonego bezpośrednio na twardej podstawie spłotu żylnego kręgowego, który, zwłaszcza u dzieci, jest bardzo silnie rozwinięty. Dotyczy to tembardziej stanów, w których istnieje silne przekrwienie, a więc przede wszystkim w drętwicy karku. Krwawienie zanieczyszcza płyn, uniemożliwiając jego badanie czasami na czas dłuższy.

Im wszystkie wymiary są mniejsze, tem mniejsza jest przestrzeń pomiędzy więzadłem żółtym a oponą twardą, dlatego u dzieci mniejszych moment przekłucia więzadła jest prawie identyczny z przebicciem opony, wejściem do kanału i, co za tem idzie, otrzymaniem płynu. Powyżej 10 lat przestrzeń ta jest większa, i dlatego po przebicciu więzadła żółtego musimy posuwać igłę nieco dalej wgłąb, (2-5 mm. u dorosłych niekiedy 6-8 mm.), ażeby się dostać do kanału i otrzymać płyn.

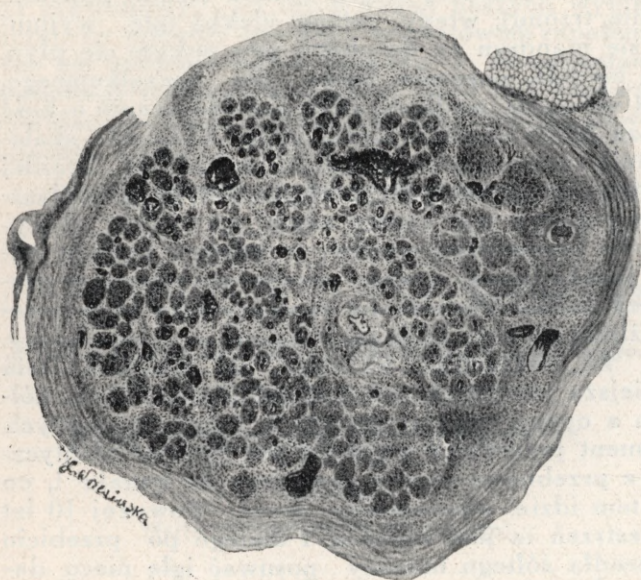
Lekarze początkujący często popełniają błąd, polegający na tem, że wyjmują igłę, jak tylko od razu nie otrzymują płynu. Tego czynić nie należy; przeciwnie, należy spokojnie zmienić nieco kierunek igły, zlekka ją posuwać, przekreślać, kilkakrotnie włożyć i wyjąć mandryn — w ten sposób usuwa się ewentualnie skrzep, odsuwa tkanki np. korzonek, zapychający igłę. Czasami musimy chorego posadzić, ażeby w ten sposób zwiększyć ciśnienie, gdyż płyn może nie wydobywać się w pozycji leżącej tylko dlatego, że ciśnienie jest niewielkie.

Najtrudniejsze są te przypadki, w których płynu nie otrzymujemy bądź dla tego, że jest gęsty, bądź dlatego, że utworzyły się nacieczenia, wypełniające przestrzeń pomiędzy korzonkami (drętwica karku) w końcu dlatego, że nastąpiła



Rys. 3.

przerwa w komunikacji. W podobnych przypadkach konieczna jest pewność, że istotnie jesteśmy w kanale i że płynu nie dostaniemy dla jednego z wymienionych powodów, dlatego też podobne przypadki nie nadają się do nakłuwania przez lekarza początkującego.



Rys. 4.

Rycina trzecia przedstawia przekrój poprzeczny ogona końskiego i opona jest więcej na wysokości nakłucia lędźwiowego. Budowa normalna, widoczne są przestrzenie pomiędzy korzonkami i pod oponą.

Na rycinie drugiej z przypadku drętwy karku nacieczenia i wylewy wypełniają zupełnie przestrzenie pomiędzy korzonkami i pod oponą.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje wykonanie nakłucia lędźwiowego u noworodków. Technika jest łatwa, udaje się nawet wykonać nakłucie bez asysty, gdyż można wręcz potrzeby utrzymać noworodka w odpowiedniej pozycji lewą ręką, a prawą wykonywać nakłucie, przytem wyrostki są widoczne, przestrzenie pomiędzy wyrostkami łatwo wyczuwalne. Pomimo to prawie nigdy nie udaje się otrzymać płynu u noworodka zdrowego, a nawet niezawsze w przypadkach chorobowych, o ile ciśnienie nie jest wybitnie wzmożone (zapalenie opon, wylewy). Przyczyną tego zjawiska jest fakt, że wszystkie przestrzenie m. i. i worek oponowy są małe, warstwa płynu minimalna. Żeby ułatwić sobie zadanie i zwiększyć szanse otrzymania płynu, należy kierować igłę możliwie ukośnie w kierunku ku górze i przodowi, zwiększając przez to powierzchnię, z którą styka się igła.

Jeszcze jedna uwaga, dotycząca wyjmowania igły. Przy dużym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym zdarzyć się może, że po wyjęciu igły płyn wycieka do tkanek podskórnych, powodując w okolicy lędźwiowej obrzęk, który staje się przeszkodą przy dokonywaniu następnego nakłucia. Ażeby temu zapobiec, należy przed wyjęciem igły ująć skórę w fałdę dokoła miejsca nakłucia, igłę wyjąć szybkim ruchem, szybko to miejsce rozmasować i jednocześnie nakleić plaster lub watę z kolodium.

Pewną trudność w wykonaniu nakłucia lędźwiowego stanowi zorientowanie się w każdym poszczególnym przypadku, jak głęboko należy wbić

igłę, żeby otrzymać płyn. Dotyczy to zwłaszcza lekarzy początkujących, ale zdarza się i lekarzowi doświadczonemu, że straci orientację, jeśli przez dłuższy czas nie wykonywał nakłucia, t. j. poprostu wyszedł z wprawy, lub też jeśli musi dokonywać nakłucia po kolei u osobników różnego wieku. Chcąc wprowadzić pod tym względem pewne ułatwienie do techniki nakłucia lędźwiowego, postanowiłam określić głębokość wkłucia zależnie od wieku. Zdawało mi się, że lekarz śmieiej przystąpi do zabiegu, jeśli będzie wiedział, ile milimetrów wkłucia odpowiada danemu wiekowi. Badania wykonałam w Klinice chorób dziecięcych u dzieci różnego wieku, w Klinice położniczej u noworodków, w zakładzie anatomo-patologicznym na zwłokach od urodzenia do lat 60. Głębokość wkłucia oznaczałam w przypadkach klinicznych przez zajodynowanie igły przy samej skórze przed jej wyjęciem. Na materiale sekcyjnym posługiwałam się do tego celu igłą, uprzednio okopconą. Wynik badań około 10-15 przypadków na każdy wiek dały następujące cyfry przeciętne:

Głębokość wkłucia:

Płód (7-8 mies.)	mm. 10 — 14
Noworodek	" 14 — 17
Tydzień	" 14 — 18
2 tygodnie	" 15 — 20
I miesiąc	" 17 — 20
II i III	" 18 — 20
IV, V, VI	" 18 — 22
XII-XVIII	" 22 — 26
2 lata	" 25 — 28
2-4 lat	" 27 — 33
5 lat	" 32 — 34
6 lat	" 34 — 36
8-10 lat	" 34 — 40
10-16 lat	" 35 — 45
17-18 lat	" 40 — 45
20-60 lat	" 40 — 55

Jak widzimy, badania wykazały znaczne różnice głębokości wkłucia zależnie od wieku, a mianowicie: od 11-15 mm. u noworodka, do 50 mm., a nawet wyżej u dorosłego. Natomiast wahania u dzieci jednego wieku są, zwłaszcza u młodszych, naogół nieznaczne; największe wahania spotykamy dopiero u dzieci od 10 do 16 lat (od 35 mm. do 45 mm.) i u dorosłych (od 40 mm. do 55 mm.).

Dane, interesujące nas raczej z punktu widzenia anatomicznego, jak grubość poszczególnych warstw, skóry i inne, omówię obszerniej na innem miejscu.

Z przychodni chirurgicznej Kasy Chorych m. Warszawy.

Kilka słów o przekłuwaniu uszu.

Podał

Jakób Konrad SZPILMAN (Warszawa).

Zwyczaj przekłuwania uszu, który istniał już u ludzi pierwotnych Azji, Afryki i Australji, jest przez ludy cywilizowane Europy chętnie do dziś dnia stosowany. Przekłuwanie uszu odbywało się zazwyczaj u niewiast w celach dekoracyjnych. W Judei przekłuwano uszy szydłem niewolnikom, którzy się nie chcieli usamowolnić. W Niemczech—Brandenburgji—stosowano tę procedurę u dzieci w celu odróżnienia chłopców od dziewcząt, jak legen-

da podaje. Często też stosowano jako zabieg, chroniący od chorób oczu u dzieci. W schorzeniach przewlekłych oczu, przekłucie ucha, zwłaszcza lewego, miało odciągnąć niezdrowe soki z chorych oczu. Najczęściej jednak przekłuwano uszy w celach dekoracyjnych.

Niektóre plemiona nie zadawały się małym otworkiem po przekłuciu. Rozszerzano te otworki specjalnie przyrządzonym narzędziem z drzewa lub metalu, coraz grubszy i osiągnano takie rozmiary, że przeprowadzono z łatwością tyczkę bambusową. Na Madagaskarze dziewczęta w tych wielkich otworach uszu dla ozdoby nosiły guziki z drzewa bambusowego, liście palmowe lub też kwiaty.

Haggen podaje, że dziewczęta z Battas robią sobie otwory w uszach szerokości kciuka i dla upiększenia przeprowadzają szerokie kółka złote. Płatek ucha pod wpływem ciężaru wydłuża się, i ucho jest większe — ładniejsze wedle ich mniemania.

U pewnego szczepu w Transylwanii do dnia dzisiejszego stosowany jest zwyczaj przekłuwania obrębka ucha (*helix*), a nie płatką usznego; podobnie przekłuwano uszy niewolnikom w Judei. Dziewczęta ze Wschodniej Afryki niezależnie od otworów w płatku ucha, upiękzonego drzewem bambusowym lub guzikiem metalowym, mają jeszcze kilkanaście—od 10 do 15 otworów w obrętku ucha. Przez te otworki przeprowadzają obrączki. Jeszcze inne, więcej wytworne damy tegoż szczepu, mając wzdłuż obrębka ucha kilkanaście otworków i przez nie przeprowadzone obrączki, robią wielki otwór w płatku ucha, wydłużając go i w pewnym miejscu przecinają. Otrzymują wtedy długą szypułkę, sięgającą do ramienia. Zwisający płatek zostaje znów przekłuty i ozdobiony świecidełkiem.

Jak widać, procedura owa była i jest bardzo rozpowszechniona.

Na szczęście nie wszystkie zwyczaje zostały przyjęte przez ludy cywilizowane, i nasza płeć piękna zadowoliła się tylko jednym otworem w płatku. U nas przekłuwano uszy przeważnie kobietom w wieku od kilku miesięcy do kilkudziesięciu lat (56.) i to wyłącznie w celach dekoracyjnych. Procedura ta, a właściwie zabieg ten zostaje dokonany przez przygodne stare ciotki lub dobre są-

siadki. Rodziny inteligentniejsze zwracają się do jubilerów. Do lekarzy rzadko kto się zgłasza.

Technika i sposób przekłuwania uszu przez powyższe osoby są bardzo nieskomplikowane i prymitywne. Podłożywszy pod płatek uszu od strony szyi cebulę, marchew, kartofel lub korek, wprowadzają do płatką ucha igłę z grubszą nitką od strony policzka. Igłę wykluwają, zostawiając nitkę na kilka dni, po 4—5 dniach zakładają kolczyk. Lub też po wkłuciu igły bez nitki i wprowadzeniu jej zakładają od razu kolczyki. Technika jubilera jest nieco „lepsza”. Posługuje się on tylko korkiem i złotą igłą. Po uprzednim przepaleniu igły i „przetarciu jej chustką” płatek zostaje przekłuty, i kolczyk wprowadzony. Rzecz prosta, iż często po tak doskonałym zabiegu bywają obrzęki i ropienia, nawet długotrwałe. To też często do przychodni zgłaszają się dzieci z powyższymi cierpieniami.

W ciągu ostatnich kilku miesięcy zwracały się do mnie kilkakrotnie matki z prośbą o przekłucie dzieciom uszu. Uważając zabieg ten za lekarski i to wyłącznie chirurgiczny — przyjąłem pacjentki. W dostępnych mi podręcznikach chirurgicznych nie wspomina się nic o przekłuwaniu uszu, ani też o jego sposobie. Chcąc szybko i bezboleśnie wykonać zabieg ten, posługiwałem się następującą techniką. Do wyjałowionej igły rekordowskiej Nr. 0, 90×50. wprowadzam nitkę florencką aż do jej końca, nie wyprowadzając go nazewnątrz. Dwoma palcami lewej ręki chwytam wyjałowiony i znieczulony roztworem 2% N. ½ ctm. płatek uszny i przekłuwam ucho od strony policzka tą igłą. Następnie przesuwam nitkę poza koniec igły i wyprowadzam igłę z powrotem, pozostawiając nitkę florencką w otworze usznym. Pozostawiony silk, jako nitka o gładkiej i lśniącej powierzchni, nie wchłania nic z otoczenia i nie naraża osobnika na zakażenie. Powtórę silk, jako nitka sztywna, daje się łatwo przeprowadzić przez igłę rekordowską. Wkluwanie zwyczajnej igły do szycia z nawleczoną nitką pozostawia większy otwór, niż potrzeba do przeprowadzenia samej nitki, czego unikamy przy użyciu igły rekordowskiej.

Ze względu na to, że zwyczaj przekłuwania uszu nadal się utrzymuje, uważam za wyżej wymienionych powodów za wskazane, by zabieg ten należał do rejestru rękoćnych lekarskich.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogładowe

Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju.

Podał

Benedykt GLASS (Warszawa.)

(Dokończenie—p. № 5)

Gruźlica płuc.

W gruźlicy płuc Robin i Binet, Herzfeld i Lubowski, Jansen i Kylin spostrzegali obniżenie poziomu wapnia surowicy, Otto,

Voorhoeve, Moravitz, Nonnenbruch nie wykrywali zaburzeń w poziomie elektrolitów. Reiterowski i Kocen wykrywali zmniejszenie się współczynnika K/Ca w części przypadków *phthisis incipiens* i zwiększenie się tego współczynnika w części przypadków *phthisis pulmonum consumptiva*. Autorzy ci są zdania, że niska wartość współczynnika K/Ca i sympatykotoniczny odczyn poadrenalinowy wskazują na skłonność procesu gruźliczego do gojenia się.

Choroby przemiany materji i gruczołów dokrewnych.

W cukrzycy Kylin spostrzegał zwiększenie zawartości wapnia surowicy, Meyer-Bisch i Thyssen — zwiększenie lub górną granicę normy.

W chorobie Basedow-a i po podaniu wyciągu z tarczycy poziom wapnia surowicy się obniża (Leicher, Jansen). Billigheimer, Herzfeld i Lubowski, Herzfeld i Neuberger znajdowali natomiast w hipertyreozie zwiększenie zawartości wapnia.

W *dystrophia adiposo-genitalis* poziom wapnia surowicy jest zwiększony. Podawanie wyciągów z przysadki obniża poziom wapnia (Leicher).

W dniu moczowej Rathery i Violle stwierdzali równoległe zatrzymywanie w ustroju kwasu moczowego i wapnia. Natomiast Izar i Pellegrino, zastanawiając się nad działaniem leczniczym w chorobie tej wód mineralnych o dużej zawartości wapnia i przeprowadzając odpowiednie badania doświadczalne, stwierdzili, że dożylne podanie soli wapniowych nie wpływa na poziom kwasu moczowego u człowieka zdrowego, obniża poziom kwasu moczowego u osobnika chorego na dnę, ale ze zdrowymi nerkami, zwiększając jednocześnie diurezę i wydalanie kwasu moczowego, nie obniża poziomu kwasu moczowego i nie zwiększa diurezy u osobnika chorego na dnę z uszkodzonymi nerkami.

Badając zachowanie się elektrolitów w związku z czynnością gruczołów płciowych, Schultze wykrywał zmniejszenie się zawartości potasu surowicy w ciągu cyklu menstruacyjnego. Badania elektrolitów w ciąży dały wyniki rozbieżne: Lamers stwierdzał zwiększanie się wapnia surowicy, począwszy od 5 miesiąca ciąży, Kehrner, Pless i Bogert, Widdows, Krebs i Briggs wykrywali zmniejszanie się wapnia, Jansen nie stwierdzał żadnych zmian.

Choroby umysłowe i nerwowe.

W neurozach Kylin wykrywał zwiększenie ilości potasu surowicy. W chorobach umysłowych Walther i Gordonoff znajdowali wzmożenie potasu przy prawidłowym poziomie wapnia. W epilepsji poziom wapnia surowicy się obniża (Jansen, Denis i Talbot).

W astmie oskrzelowej Kylin stwierdzał wzrost poziomu potasu surowicy, Jansen, Billigheimer u tego samego osobnika wykrywali raz zwiększenie, raz zmniejszenie się zawartości wapnia.

W chorobie wrzodowej żołądka Herzfeld i Lubowski, Jansen, Kylin znajdowali obniżenie poziomu wapnia surowicy.

Nowotwory.

Każda tkanka posiada różny, charakterystyczny dla niej poziom elektrolitów — np. nabłonek zawiera dużo potasu, mało wapnia, tkanka łączna mało potasu, dużo wapnia. Wiechmann stwierdził, że w nowotworze, drążącym z nabłonka do tkanki łącznej, nowotworowo zmienione tkanki zawierają jednakową ilość obu tych elektrolitów, brak im zatem charakterystycznego zróżniczkowania, jakie widzimy w tkance zdrowej.

Händel i Wolf wykazali, że jon wapniowy hamuje, a potasowy przyspiesza wzrost no-

wotworów mysich. Delbet, Godard i Palios przez podawanie pochodnych chlorowcowych magnu powstrzymywali rozwój raków smołowcowych i obniżali ich złośliwość.

8. Leczenie elektrolitami.

Od wielu lat stosuje się w medycynie elektrolity w postaci różnych soli. Nie będę też mówił o rzeczach powszechnie znanych, jak np. o działaniu czyszczącym i żółciopędnym różnych soli, o wodach mineralnych, o djecie małosolnej lub o chlorowaniu, o czym była mowa w odczycie Jerzego Glassa, o djecie Gersona i t. d. Ograniczę się jedynie do podania paru mniej znanych wskazań.

Zaznaczyć trzeba, że pokarm zwykły zawiera dostateczną ilość elektrolitów, że zmniejszenie elektrolitów zależy prawie zawsze od niemożności ich przyswajania. Drogą doustną nie jesteśmy prawie nigdy w stanie zwiększyć koncentracji danego elektrolitu w ustroju, a chwilowe wzmożenie koncentracji możemy otrzymać przez wlewanie dożylne. W ten sposób podawać możemy duże ilości wapnia — natomiast możliwość podawania potasu jest ograniczona ze względu na jego toksyczność (człowiek znosi 0,1–0,3 gr. w 10 cm³ wody, 0,8 gr. może dawać objawy zatrucia).

Z synergji układu elektrolitów i układu nerwowego roślinnego wynika, że wskazaniem dla podawania soli wapniowych są wszelkie stany t. zw. wagotonji — przewagi układu nerwu błędnego, a więc np. astma oskrzelowa, zapalenie błoniaste jelita grubego, wymioty ciężarnych, katar sienny, pokrzywka, objawy anafilaktyczne, choroba posurowicza, obrzęki Quinckego i t. d. Wskazaniem dla podawania potasu byłaby grupa t. zw. sympatykotonji.

Na szeroką skalę oddawna stosuje się wapń w gruźlicy (Dobrowolski). Petrynowski radzi stosować zmodyfikowaną metodę Rosena: serja wlewań składa się z 15 do 20 zastrzyknięć 2,5% CaCl₂ od 25 cm³ do 50 cm³, przyczem roztwór ten jest zalkalizowany wodą wapienną, i zasadowość sprawdzana jest przed każdym zastrzyknięciem.

Wlewania dożylne 10 cm³ 10% Ca Cl₂ zabezpieczają przed przykreimi komplikacjami nakłucia lędźwiowego (Targowla i Ombredanne), usuwają stan lęku i podniecenia u chorych umysłowo (Targowla i Ombredanne), skutecznie są stosowane w zapaleniu oskrzeli, pokrzywce (Schneiter), w *arthropathia psoriatica* (Baer), jako środek przeciwkrwotoczny w gruźlicy i w chorobach kobiecych dla zwalczania krwotoków poporodowych i atonji macicy (Szentei), wreszcie wlewania 150 cm³ 2% CaCl₂ stosowane były z dobrym wynikiem w trądzie (Hasle).

Działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe wapnia (Häbler i Hummer) wykorzystane zostało przez Schücka, który stosuje okłady z 0,6% Ca Cl₂ w owrzodzeniach podudzi.

Badania Alexejewa i Berkman na psie, którego moczowód był wszyty do skóry jamy brzusznej, wykazały, że małe dawki soli wapniowych nie wywierają żadnego działania moczopędnego, natomiast po dużych dawkach (0,12 gr. Ca na 1 kg. wagi w 100 cm³ wody) pies wydzielal

podwójną ilość moczu w porównaniu z ilością moczu po tej samej ilości wody.

Dzięki własnościom moczopędnym i przeciwzapalnym stosuje się wlewania 10 cm.³ 10% Ca Cl₂ w zapaleniu opłucny, w nefrozach (Hülse, Barath, Gyurkovich), w puchlinie wodnej z powodu marskości wątroby (Blum i Carlier).

Billigheimer stwierdził równoległość działania wapnia i naparstnicy i radzi stosować leczenie kombinowane naparstnicą i solami wapnia w migotaniu przedsionków. Fovadino, Sajdak i Jarosław podają 10% Ca Cl₂ + 1—3 cm.³ Digalenu co 12—24 gg. w płatowym zapaleniu płuc.

Ważne jest działanie moczopędne potasu. Dla uzyskania tego działania należy podawać duże ilości potasu, najlepiej jako *Liq. Kalii acetici*, co godzinę po 3 gramy, czyli po 1 gr. *Kalii acetici* na dawkę.

Na serce potas działa, jak chinina. Wiechman n. podaje, że w przypadkach opornych na chininę i chinidynę spostrzegał efekt tych środków po dodaniu soli potasowych.

Kędzierski i Szajna podają, że dodanie chlorku potasu znacznie wzmacnia działanie znieczulające nowokainy i adrenaliny. Hilary i Szajna radzą dodawać 1 proc. roztwór chlorku potasu przy znieczulaniu rdzeniowym ze względu na regulujący wpływ potasu na ośrodek oddechowy.

Dodanie do tytoniu w papierosie chloranu potasu wywołuje ½ godziną narkozę i wybitną euforję—jest to wykorzystywane dla fałszowania haszyszu i dla uspiania podróżnych (Doutas i Zis).

Gorącym zwolennikiem stosowania magnu jest Delbet. Według tego autora zażywanie przez czas dłuższy 12,1% roztworu chlorku magnu powodować ma euforję i wzmacniać życiową energję, usuwać ma starczy brak elastyczności mięśni i drzenie starcze; wzmacnia jakoby porost włosów i przywracać może siwym włosom ich dawny kolor;

usuwać ma brodawki i leczyć wypryski oporne na inne leczenie; usuwać ma dokuczliwe swędzenie, zwłaszcza *pruritus senilis*; przez powstrzymanie gnicia bakteryjnego pozbawiać ma kał przykrewy woni, wywierać regulujące działanie na stolec, działając jako *aphrodisiacum*. Wreszcie, na podstawie licznych prac doświadczalnych, radzi Delbet stosowanie chlorowcowych związków magnu jako środka, zapobiegającego tworzeniu się nowotworów.

Ze wskazań do podawania innych elektrolitów wspomnę tylko o podawaniu po kilkanaście gramów dziennie drugorzędnego fosforanu sodu w chorobie Basedowa, w związku ze zwiększonym wydalaniem fosforu w tej chorobie. Leczenie to usuwać ma prędkie męczenie się i zwiększać zdolność do pracy.

9. Z a k o ń c z e n i e.

Wiadomości nasze o roli i znaczeniu elektrolitów i ich przemieszczeń w ustroju są bardzo skąpe i nie wykraczają jeszcze poza dziedzinę przypuszczeń i hipotez. Jedyną dostępną tkanką dla badań na szerszą skalę w danej chwili jest tylko krew. Posiadamy liczne fakty z zakresu przemieszczeń elektrolitów we krwi i surowicy—nie jesteśmy jednak jeszcze w stanie nadać faktom tym należytego znaczenia; z danych tych wyciągnąć słusznych wniosków. Nie wiemy bowiem, czy te zmiany, które wykrywamy we krwi lub surowicy, są wiernym odbiciem tego, co dzieje się w innych tkankach i narządach. Przecież wypłukanie z tkanek wapnia powoduje właśnie hiperkalcemję, a zatrzymywanie wapnia w tkankach dać może hipokalcemję, którą otrzymamy również wskutek zaburzenia organizmu w wapń. Zdaje się więc, że, dopóki tkanki i narządy nie będą dostępne dla naszych badań—do tej chwili nie będziemy w stanie należycie oceniać roli elektrolitów i znaczenia ich przemieszczeń.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Bakterjologia i Serologia

L. K. WIKTOROFF. O nowej grupie przejściowej pomiędzy las. duru brzuszego i bac. enteritidis Gärtner. (Ztbl. f. Bakter. T. 112.)

W związku z rozwijającym się w ostatnich czasach nowym działem bakterjologii, uwzględniającym nietypowe oraz przejściowe postacie różnych typów bakteryjnych, szereg autorów spostrzegał podobne zjawiska i w obrębie grupy laseczniaka duru brzuszego.

Autor wyodrębnił szczep, nazwany przez niego typem G, z przypadków, przebiegających klinicznie pod postacią duru brzuszego, a różniący się od szczepu typowego duru brzuszego bardzo wybitnie.

Szczep ten zachowuje się zupełnie swoiście pod względem antygenowym, powoduje wytwarzanie dla siebie zupełnie swoistych aglutynin, co zostało potwierdzone zapomocą doświadczeń absorpcyjnych według metody Castellaniego.

Otrzymawszy za pomocą uodparniania królików dwie surowice, typu T (tyfus zwykły) i typu G, autor postarał się różniczkować serologicznie około 300 szczepów tyfusowych, pochodzących z rozmaitych muzeów Europy, 90,2% tych ba-

danych szczepów aglutynowało się tylko z surowicą, zwróconą przeciwko typowi T, a 4,8% przeciwko typowi G, (reszta szczepów nie zlepiła się z żadną z tych surowic).

Zarówno próby absorpcyjne, jakoteż analiza surowic, otrzymanych przez uodparnianie króli wszystkimi szczepami typu G wykazały zupełną odrębność obydwu typów, t. j. typu T i typu G, natomiast zupełną jednolitość w obrębie każdej z tych grup.

Wyodrębniwszy wykryty przez siebie typ od najczęściej spotykanego laseczniaka duru brzuszego, autor starał się ustalić stosunek jego do grupy paratyfusowej i parakoli. Używał on do tego również metody aglutynacyjnej, absorpcyjnej i odchylenia dopelniaacza. Okazało się, że typ G różni się zasadniczo od paratyfusów A, B, C, Wrocław, Suipestifer, Voldagen i grupy parakoli, natomiast wykazuje bardzo bliskie pokrewieństwo do *bac. parat. N2* i *bac. enteritidis Gärtner*. Wszystkie te trzy ostatnie grupy zachowywały się pod względem zlepnym jednakowo: surowice, zwrócone przeciwko tym trzem szczepom, zlepiły krzyżowo wszystkie te trzy szczepy do pełnego miana. Natomiast metoda absorpcyjna wykazała poza wspólnością pewne różnice w receptorach pomiędzy szcze-

pem G a parat. №, a zupełną tożsamość pomiędzy typem G a lasecznikiem Gärtnera.

Poza własnościami serologicznymi autor starał się ustalić własności biochemiczne wyodrębnionego szczepu typu G. Okazało się, że posiada on pewne własności, zbliżające go z jednej strony do typowych szczepów tyfusowych (rozkładanie glukozy bez wytwarzania gazu, nieodbarwianie czerwieni obojętnej, niezdolność rozkładania arabinozy.) Z drugiej zaś strony zbliża się on do paratyfusów (peptonizacja mleka, alkalizowanie i powodowanie zmętnienia serwatki lakmusowej, niezły wzrost na ziemniaku, zdolność rozkładania oraz wytwarzania gazu na dulcycie i ramnozie).

Jady, wytwarzane przez typ G, okazały się bardziej toksyczne dla myszy, aniżeli jady szczepów typu T. Pod tym względem, jak również pod względem ciepłotałości wytwarzanych toksyn zachowywał się typ G jak *bac. enteritidis* Gärtner. Zjadliwość typu G dla królików jest także większa, aniżeli szczepów typu T, mniejsza zaś, niż laseczniaka typu Gärtnera.

Próby uodparniania królików różnymi szczepami wykazały, że typ T i typ G nie powodują wytwarzania wzajemnie dla siebie odporności, również krzyżowa odporność, wywołana lasecznikiem parat. № i lasecznikiem typu G jest niestała, co się zapewne tłumaczy obecnością obok receptorów swoistych receptorów nieswoistych tych dwóch szczepów, natomiast typ G uodparniał w zupełności przeciwko laseczniakowi Gärtnera i odwrotnie.

Na zasadzie powyższego autor dochodzi do wniosku, że typ G zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy lasecznikiem tyfusu a lasecznikiem *enteritidis* Gärtner, stanowiąc jednakże odrębną grupę bakteriologiczną.

Najciekawsze z punktu widzenia praktycznego są badania autora nad własnościami surowic, otrzymanych z różnych instytutów bakteriologicznych. Surowice te, jak wiadomo, używane są jako wzorcowe do różniczkowania szczepów, wyhodowanych z przypadków chorobowych. Okazało się, że z 15-u otrzymanych surowic 13 zlepiło tylko typ T, 1 surowica wyłącznie typ G, jedna zaś jeden i drugi typ. Stąd widać, że możliwe są omyłki diagnostyczne, których uniknąć można przez używanie surowic, zwróconych przeciwko tym dwóm typom. Również próby diagnostyczne aglutynacyjne z surowicami chorych, podejrzanymi o dur brzuszny, winny być dokonywane z obydwoma typami.

Jadwiga Frenclowa.

SILBERSTEIN. O występowaniu zakażeń laseczką Banga u ludzi — w Brandenburgji. (D. m. W. Nr. 31. 1929 r.)

Autor spostrzegł 9 przypadków zakażeń u ludzi spowodowanych przez *bacillus abortus* Bang, w których badanie serologiczne (odczyn Gruber-Widala) dawało wynik dodatni.

Przypadki te udało się autorowi rozpoznać dzięki badaniu krwi w każdej niepewnej sprawie chorobowej, przebiegającej z wysoką gorączką.

Wanda Franzówna.

L. BOËZ. Wpływ PH na własności bakterjobójcze krwi. (Compt. rend. d. s. d. Soc. Biol. Nr. 24 r. 1929).

Własności bakterjobójcze krwi są funkcją jej reakcji chemicznej. Wartości graniczne dla własności bakterjobójczych krwi leżą między $\text{pH} = 7,20$ a $\text{pH} 7,40$. Gdy reakcja krwi przesuwą się w kierunku kwasowym, t. j. pH jest mniejsze od powyższych wartości, wówczas zdolność bakterjobójcza krwi maleje tak, że liczba bakterij znajdujących się we krwi stale wzrasta. Gdy zaś reakcja krwi przesuwą się w kierunku zasadowym, wówczas siła bakterjobójcza krwi przewyższa siłę wzrostu bakterij i liczba ich maleje. Przy stężeniu jonów wodorowych równem $7,20-7,40$, liczba bakterij pozostaje bez zmiany.

Z badań powyższych wynika, że prawdopodobnie przesunięcia równowagi kwaso-zasadowej w ustroju wpływają na zdolności bakterjobójcze krwi i warunkują proces obrony organizmu, przynajmniej w stosunku do pewnych rodzajów bakterij.

J. K.

Djagnostyka.

∞ Ludwig PINCUSSEN. Mikromethodik. Georg Thieme. Lipsk, 1930.

Znakomity ten podręcznik mikrometodyki badań ilościowych moczu, krwi i narządów ukazał się w nowym, piątym i nieco powiększonym wydaniu.

W porównaniu do wydania poprzedniego znajdujemy w obecnym pewne uzupełnienia, a mianowicie: oznaczanie jodu w moczu, w narządach oraz we krwi; metoda ksantysolowa oznaczania mocznika we krwi i w moczu oraz nowy sposób Folina oznaczania cukru we krwi.

M. Landsberg.

Johannes REICHEL i Gabriele MANASTERIO. Przyczynek do zagadnienia liczbowego rozmieszczenia erytrocytów i leukocytów na obwodzie. (Kl. Woch. Nr. 37 1929 r.)

Doniosłe znaczenie nie tylko teoretyczne, ale praktyczne ma kwestja, czy otrzymywane przez nas liczby czerwonych i białych ciałek krwi zależą od sposobu badania, a więc miejsca pobrania krwi, głębokości nakłucia, długości krwawienia etc.

Z badań autorów wynika, że ani głębokość nakłucia, ani też wyciskanie krwi z ranki nie wpływa w sposób dostrzegalny na liczbę krwinek i na zawartość hemoglobiny. Natomiast podczas krwawienia mamy stopniowe rozcieńczanie krwi, i liczby krwinek przy obliczaniu w miarę czasu, maleją. Dlatego też przy badaniu krwi poszczególne porcje należy brać szybko po sobie, przyczem można korzystać z ucisku na okolicę rany, dla przyspieszenia krwawienia. Szybkość rozcieńczania krwi podczas krwawienia waha się w dość dużych granicach u różnych osobników i zależnie od miejsca nakłucia.

Co się tyczy miejsca pobierania krwi, to jest rzeczą zupełnie obojętną, czy krew pobieramy z nakłucia skóry, czy też z żyły, lub tętnicy, zawsze bowiem otrzymujemy te same wartości hemoglobiny i krwinek.

J. K.

MATTHISSON. Eozynofilja we krwi w chorobach reumatycznych. (D. m. W. Nr. 32 1929).

Porównawcze badania krwi, przeprowadzone przez autorkę w różnych cierpieniach gośćcowych, wykazały eozynofilję od 4-13% w przypadkach ostrych spraw reumatycznych w mięśniach, od 8-0% w przypadkach podostrych lub przewlekłych. W sprawach zaś stawowych ostrych i przewlekłych oraz w rwie kulszowej — eozynofilji nie znalezione. Eozynofilję we krwi w przebiegu ostrych stanów gośćcowych w mięśniach uzależnia Bittorf od produktów rozpadu ciał białkowych w mięśniach, które analogicznie do stanów uczuleniowych drażnią chemotaktycznie komórki eozynochłonne w szpiku. Eozynofilja obok podmiotowych danych jest poparciem dla rozpoznania.

Wanda Franzówna.

Radjologia.

SPINDLER. Szkodliwy wpływ promieni Roentgena i radu. (D. m. W. Nr. 34. 1929).

Ostatnio zbyt pohopnie przypisuje się energii promieniotwórczej wpływy szkodliwe na organizm.

W opisanym przypadku jednorazowe prześwietlenie pro-

mieniami Roentgena podczas ciąży miało być przyczyną wczesnego porodu i śmierci noworodka.

Zdaniem autora, jednorazowe prześwietlenie nie upoważnia do wyciągania wniosków konkretnych.

Również opisywane przez badaczy objawy u pielęgniarzek, jak: brak apetytu i siły, spadek wagi, zaburzenia menstruacji, zależne jakoby od radu, nie mają dostatecznej podstawy. Wyliczenia bowiem dokładne siły działania danej ilości radu wykazały niewspółmierność z tak znacznymi objawami chorobowymi.

W instytucie Siemens'a nie obserwowano żadnych objawów chorobowych u pracowników pomimo przechowywania radu,

Wanda Franzówna.

Wpływ promieni X na ciążę. (The Lancet 1929. Nr. 5527, V, CCXVII).

Praca zawiera odpowiedzi, jakie przyniósł kwestionariusz, rozesłany po szpitalach Anglii i Ameryki, aby wyjaśnić sobie, jaki wpływ wywierają promienie X na płód w łonie matki.

Na 53 kobiety ciężarne naświetlane (dla rozmaitych powodów) 27 urodziły dzieci ułomne, co stanowi przeszło 50 pr.

W przypadkach (198) stosowania promieni X przed ciążą, dzieci ułomnych urodziło się tylko 5 do 10 proc. A zatem naświetlanie jest szkodliwe po zapłodnieniu jaja.

Inna serja odpowiedzi ustaliła, że na 253 kobiety ciężarne naświetlane 23 poroniły, 12 zaś — urodziły dzieci, upośledzone zwłaszcza pod względem nerwowym.

Dane te poparte badaniami doświadczalnymi na zwierzętach pozwoliły Douglasowi Murphy wypowiedzieć mniemanie, że promienie X upośledzają płód, a nie jajniki.

N. Z. Z.

BROCKMANN i SCHENCK. Tetragnost podawany doustnie — jako nowy środek do otrzymywania rentgenogramów pęcherzyka żółciowego. (D. m. W. Nr. 33, 1929)

Tetragnost, podawany doustnie, często wywołuje zapasce; podawany zaś w kapsułkach, wywołuje mdłości i wymioty, o ile kapsułki rozpuszczają się już w żołądku.

Metoda Sandströma umożliwiła podawanie jodotetragnostu bez kapsułek dzięki podawaniu z sokiem winogronowym, lub wodą gazową.

Początkowo autorzy starali się wypróbować ten preparat u osobników zdrowych. W większości przypadków cień pęcherzyka był mniej wyraźny, niż przy metodzie doustnej. Na 50 przypadków zaledwie u 5 nie otrzymano żadnego rezultatu. Autorzy proponują podawanie tetragnostu w każdym przypadku najpierw drogą pokarmową i dopiero przy ujemnych wynikach kontrolowanie metodą doustną — po kilku dniach i po dokładnem oczyszczeniu jelit. W 12 — 14 godzin po podaniu tetragnostu otrzymuje się wyniki najlepsze.

Wanda Franzówna.

Choroby serca i naczyń.

L. N. SIGLER. O wahaniami ciśnienia tętniczego. (Am. J. Med. Sc. Tom 177, № 4, 1929 r.)

U pewnej kategorii osób dają się stwierdzić wahania w ciśnieniu tętniczym, zupełnie niezależne od wysiłków, a nawet w warunkach zupełnego spoczynku.

Wahania te zdarzają się szczególnie często u hipertonicznych, mniej często u innych hipertonicznych, zaś niekiedy także u osobników o ciśnieniu normalnem.

Na zasadzie niezmierniej częstości tego objawu u osób o dużem ciśnieniu, autor wnioskuje, że każdy osobnik, u którego stwierdza się zmienne ciśnienie, o ile nie ma jeszcze hipertoniczności, to posiada ją przynajmniej potencjalnie t. j. że z czasem rozwinię się u niego to cierpienie.

Przyczynę tego zjawiska autor tłumaczy w sposób następujący: Normalnie powstają w ośrodku naczynioruchowym rytmiczne bodźce regulujące stan napięcia ściany tętniczej. W niektórych warunkach patologicznych stan ten ulega zakłóceniu i postaje coś w rodzaju arytmii naczynioruchowej.

Znajomość tych t. zw. fizjologicznych wahań ciśnienia przyczynić się może w znacznym stopniu do zaniechania rozmaitych prób, opartych na zmianach ciśnienia czy też do przypisywania mniejszej wagi pozornym wynikom leczniczym.

B. G.

MÜLLER i BOCK. O konstytucjonalnem nadciśnieniu i t. zw. odczynie paradoksalnym. (D. m. W. Nr. 31, 1929)

Jednocześnie występowanie objawów nadciśnienia konstytucjonalnego z odczynem paradoksalnym naczyń włosowatych uzależniano już przed kilku laty od zaburzeń w gruczołach wydzielania wewnętrznego. Odczyn paradoksalny — to wpływ na naczynia włosowate przy stosowaniu dawek wyciągu z gruczołów, które u zdrowego człowieka nie wywołują jeszcze żadnego odczynu.

Potwierdzenie tego zjawiska znaleźli autorzy u młodego osobnika z nadciśnieniem. Na zasadzie przeprowadzonych badań oraz znacznej poprawy przy leczeniu wyciągiem z przedniego płata przysadki, doszli do wniosku, że niedoczynność przedniego płata przysadki ma znaczny wpływ na powstawanie nadciśnienia konstytucjonalnego. Podawanie preparatu „präphysonu“ w ilości 0,5 cm.³ podskórnie lub 2 tabletek dziennie wywiera dobry wpływ w początkowych okresach nadciśnienia, zanim nie ustalą się zmiany w koloïdach krwi. Zaburzenie w wydzielaniu poszczególnych gruczołów odbija się również na śródbrłunku naczyń włosowatych, doprowadzając przy podawaniu brakującego hormonu do odczynu paradoksalnego, polegającego na nagłym skurczu naczyń włosowatych. Odczyn ten proponuje autor wykorzystać dla celów diagnostyki różniczkowej.

Wanda Franzówna

G. A. BENNET i S. A. LEWINE. Periarteriitis nodosa. (Am. J. Med. Sciences. t. 177 № 6, 1929).

Pierwszy przypadek, opisany przez Benneta i Lewina, dotyczy młodzieńca lat 22 i był typowym przypadkiem *periarteriitis nodosa*.

Należał do sercowo-nerkowego typu choroby, gdyż wykazywał objawy nadciśnienia, niewydolności serca i szczególnie nerek.

Przy autopsji — gołym okiem można było rozróżnić guzki na średnich tętnicach.

W II przypadku — były silne dreszcze i gorączka z przerwami jednotygodniowymi, podczas których chory czuł się zupełnie dobrze.

Początek choroby był połączony z wystąpieniem bólów w kończynach, który to objaw trwał aż do końca. Po 3 miesiącach choroby wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych i śpiączki.

Badanie płynu mózgoworodzeniowego — dało pleocytozę a więc sprawę zapalną — jednakże żadnych drobnoustrojów nie udało się wyhodować z tego płynu, ani też stwierdzić w rozmazach.

Ze względu na podobieństwo przebiegu klinicznego do meningokokowego zapalenia, chory otrzymał odnośną surowicę — jednakże bez wyniku.

W badaniu pośmiertnym — znaleziono typowe zgrubienia na wszystkich niemal tętnicach ustroju. Niektóre były w stanie świeżym, inne w rozmaitych stadiach rozwoju odpowiednio do długości przebiegu.

Zpśród tętnic jedynie tętnice wieńcowe były najmniej zajęte, natomiast naczynia nerwów dość znacznie.

B. G.

S. WASSERMANN. O powstawaniu psychoz na tle zaburzeń w krążeniu. (W-r Arch. f. inn. Med. T. XVIII).

Autor zauważył, że objawom psychicznym na tle niedomogi krążenia towarzyszy b. często oddech Cheyne-Stokesa. Nasuwało się pytanie, czy między temi dwoma zjawiskami nie istnieje jakiś głębszy związek patogenetyczny. Oddech Cheyne-Stokesa należy do grupy sercowych zaburzeń w oddychaniu, której przyczyna tkwi w niedostatecznym ukrwieniu tętniczym ośrodka oddechowego, za czym przemawia fakt, że wymieniony oddech znika pod wpływem podanego tlenu.

Podobnie znikają i wszelkie objawy psychiczne, i na tej podstawie opiera autor swoje twierdzenie, że psychozy krążeniowe powstają wskutek niedostatecznego dopływu tlenu do centralnego układu nerwowego.

Tak więc psychozy sercowe jak i oddech Cheyne-Stokesa powstawać mają w związku z niedomogą lewokomorową.

Ciekawe, że początki zaburzeń psychicznych pod postacią wzmózonej pobudliwości, bezsenności, uczucia lęku, braku orientacji, mogą miesiącami wyprzedzać pierwsze wyraźne objawy niedomogi sercowej, i jedynie towarzyszący, choć lekko jeszcze zaznaczony oddech Cheyne-Stokesa wskazuje, że właśnie krążenie jest tu naruszone.

Tym psychozom „wielkiego krążenia” przeciwstawić należy przypadki niedomogi prawokomorowej, gdzie wśród objawów ciężkiej dekomensacji występują zaburzenia psychiczne (*delirium*).

Przypadki te były tłumaczone zastoiną krwi i obrzękiem mózgu. Fakt jednak, że występują one w okresie końcowym cierpienia, nasuwa autorowi myśl, że ich powstawanie wiąże się również z niedomogą lewej komory, rozwijającą się po dłuższym schorzeniu i wyczerpaniu komory prawej.

Dlaczego nie we wszystkich przypadkach niedomogi występują objawy psychiczne — trudno odpowiedzieć; może odgrywa tu pewną rolę konstytucyjne podłoże psychopatyczne.

Kile i stwardnieniu naczyń nie przypisuje autor wielkiego znaczenia w powstawaniu zaburzeń psychicznych na tle sercowym.

H. Rasolt.

Choroby dzieci

∞ Paweł BAUMRITTER. Odrębności kliniczne i terapeutyczne cukrzycy wieku dziecięcego — (Polskie monografie kliniczne z dziedziny Pedjatrji. Red. Prof. Dr. M. Michałowicz, W-wa 1929 str. 64).

Lecznictwo cukrzycy wieku dziecięcego i młodzieńczego stanowi najtrudniejszy rozdział w leczeniu cukrzycy, a to, jak dobitnie zaznacza autor, dzięki niesłychanej skłonności wieku dziecięcego do ketonurji z jednej strony i do wzmózonej wrażliwości względem insuliny (hipoglikemja) z drugiej. Jeżeli jeszcze zważymy, jak trudno da się przeprowadzić djetę ścisłą u dzieci; jeżeli wspomnimy, że nie może być ona djetą niedoborową, gdyż musi się liczyć nie tylko ze *status quo*, jak u dorosłych, lecz i z rozwojem dziecka; jeżeli weźmiemy pod uwagę te tak częste przejściowe a czasem i stałe pogorszenia sprawy cukrzyczej wskutek infekcyj

w wieku dziecięcym, to z łatwością uprzytomnimy sobie jak ciężkie zadanie ma lekarz i wychowawca w walce z tem kalectwem.

Celowo używam słowa „kalectwo”, aby tem dobitniej zaznaczyć, że życie dziecka cukrzyczego jest smutne.

Insulina daje życie, ale zdrowie takiego dziecka, nawet odcukrzonego i rozwijającego się normalnie, jest wielce chwiejne.

Wobec wspomnianych trudności z uznaniem i z ulgą należy powitać niewielką monografię kolegi Baumrittera. Znajdujemy w niej wszystko potrzebne do poznania tej zawilej kwestji. Rzecz jasna, że najuważniejszą nawet przestudjowanie tej doskonałej ksiąteczki nie może uprawnić lekarza — praktyka do samodzielnego leczenia dziecka, dotkniętego tą chorobą. Dziecko takie, będące pod opieką najwytrawniejszego nawet specjalisty, powinno przynajmniej 2 razy do roku przebyć kilkutygodniową kurację w klinice pod okiem specjalisty, ażeby załatać braki, *volens-nolens* wynikające z trybu życia domowego i szkolnego.

Mam nadzieję, że dziełko kol. Baumrittera przyczyni się do utrwalenia poglądu, że dziecko, dotknięte cukrzycą, może — dzięki insulinie i djetyce — być utrzymane przy życiu, że może ono stać się w przyszłości pożytecznym członkiem społeczeństwa, ale musi pozostawać stale pod opieką fachową.

M. Ladsberg.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ K. POHLISCH. Ueber psychische Reaktionsformen bei Arzneimittelvergiftungen. (str. 167. Berlin 1929. wyd. S. Kargera).

Autor omawia w monografji swojej, obejmującej z górami półtora stronic, bardzo szczegółowo różne typy i formy reakcyjne psychiki ludzkiej, występujące po ostrych i przewlekłych zatruciach lekami.

Między innemi zahacza Polisch o to, czy się utrzymać da dawny pogląd, wypowiedziany przed laty przez Heiberga o specyficzności obrazu chorobowego w poszczególnym zatruciu (Heiberg. Die Systematik der Intoxikationspsychosen 1902), czy też wręcz odmienny pogląd Bonhöffera, w licznych pracach przezeń briony (Bonhöffer. Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen 1908). Szczegółowemu rozpatrzeniu poddaje P. z psychiatrycznej kliniki berlińskiej obok grupy bromu i atropiny (atropina, hyoscyna, skopolamina) główne środki narkotyczne rzędu tłuszczowego, jako to: preparaty barbiturowe (medinal, weronal, luminal), środki nasenne siarkowe (sulfonal, tryonal), bromkowe (bromural, adalina paraldehyd, chloral, *amylum hydratum*) i inhalacyjne środki znieczulające (chloroform, eter, chlorek etylu).

Żaden internista i neurolog, interesujący się toksykologią kliniczną, nie będzie mógł, pisząc o objawach nerwowych w zatruciach, przejść milczeniem około monografji Pohlisha, uwzględniającej szczegółowo na dziesięciu stronicach piśmiennictwo odnośne, niemieckie i obce.

H. Higier.

∞ K. POHLISCH. Das psychiatrisch - neurologische Krankheitsbild der Kohlenoxydvergiftung. (str. 165. Berlin 1929. wyd. S. Kargera.)

Jednocześnie z monografią swoją „O psychicznych postaciach reakcyjnych zatrucia lekami” wypuścił autor specjalną monografię o zatruciu gazem świetlnym, ogłoszoną jako artykuł z kliniki berlińskiej Bonhöffera w tomie 50-ym Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Omawia Pohlish szczegółowo ostrą i przewlekłą intoksykację, zwłaszcza sym-

ptomatologię, patogenezę i przebieg okresu wstępnego, najbardziej ciekawego.

W dalszym rozwoju choroby rozróżnia on słusznie nozologię zupełnie odrębną postaci zwykłych i powikłanych, które analizuje wyczerpująco.

Szkoda wielka, że dział anatomo-patologiczny, wielce aktualny ze względu na lokalizację w zwojach podkorowo-podstawnych, nie został uwzględniony i ilustrowany.

Cale piśmiennictwo odnośnie po dużej monografii Sibeliusa z roku 1905 zostało przytoczone za ostatnie czwarte i zajmuje siedm bitych stron.

H. Higier.

∞E. v. THUTZO. *Ueber einige neuere diagnostische und therapeutische Verfahren in der Neurologie.* (Str. 78 rys. 11. Wyd. S. Kargera 1929)

Autor bardzo szczegółowo i krytycznie omawia kilka aktualnych w neuropatologii praktycznej spraw:

1. O znaczeniu diagnostycznym odruchów spastycznych, zwłaszcza odruchu abdukcyjnego palców nogi.

2. O pneumografii wewnątrzłędźwiowej i podpotylicznej.

3. O działaniu terapii infekcyjnej i sanacji płynu mózgowodzeniowego syfilityków, dotkniętych zimnicą naturalną.

4. O pseudoneurotycznych objawach w zapaleniu nagłinnym mózgu.

5. O ciekawym przypadku palillogii u epileptyka z objawami paligrafii.

6. O odczynie złotowym (Goldsolreaction) Sicaud-Hagenaua. Najnowsze piśmiennictwo jest wszędzie uwzględnione.

H. Higier.

∞SCHNEIDER K. *Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie.* (Georg Thieme, Lipsk, 1930).

Obszerna praca, zawierająca całokształt wiedzy o schizofrenji, oparta na ogromnym materiale klinicznym, nieco zaciemniona i na pierwszy rzut oka zawila przez obfitość fenomenologicznych nowotworów językowych. W rozdziałach pierwszych autor rozpatruje pytania przedwstępne: częstość najważniejszych objawów schizofrenicznych, obecny stan nauki o schizofrenji i dotychczasowe tłumaczenia zbioru objawów schizofrenicznych. Dalej przeprowadza szczegółową analogię pomiędzy schizofrenicznymi zaburzeniami myślenia i analogicznymi objawami przy zasypianiu. Następuje szczegółowa analiza poszczególnych objawów schizofrenicznych, nadzwyczaj szczegółowo traktowana, wyniki analizy tych objawów autor streszcza w specjalnym rozdziale (R. 6. str. 106), rozpatrując zaburzenia w mowie, myśleniu, afektach, woli i działaniu. Jednocześnie autor stwierdza daleko idące podobieństwo pomiędzy stanami przy zasypianiu a stanami na jawie w schizofrenji. Druga część pracy poświęcona jest analizie stanów schizofrenicznych, analizie myślenia schizofrenicznego i fenomenologii schizofrenji. Dalej następuje cały rozdział o psychologii przebiegu schizofrenji, o zachowaniu się schizofrenji w późniejszym przebiegu, o napadzie schizofrenicznym, o stereotypjach, o psychologii poprawy i wyleczenia

się, wreszcie o mimicznym i słownym wyrażaniu się. W naszym rozdziale autor zajmuje się przeżyciami schizofrenicznymi w związku z otaczającym życiem psychicznym; zajmuje się on zatem osobowością chorych, strukturą osobową ich rodzin, rozpatrując szczegółowo poglądy na tę sprawę w literaturze psychiatrycznej, rozpatruje następnie związek pomiędzy strukturą osobowości chorych przed chorobą a strukturą w czasie choroby, wreszcie zajmuje się „zrozumiałymi” związkami w schizofrenji i granicą tego zrozumienia. Ostatni pododdział w tej części poświęcony jest działalności twórczej schizofrenów. Wreszcie w ostatniej części (III) swej pracy autor pod tytułem zagadnień klinicznych rozpatruje przede wszystkim zagadnienia naukowe z dziedziny schizofrenji oraz pytania wartościowe dla działania lekarskiego. Rozpatrzone tu są formy przebiegu schizofrenji, częstość form poszczególnych, wyniki przebiegu, biologiczne i psychologiczne wpływy na przebieg. Rozpatrzona jest dalej sprawa „czystości” form schizofrenicznych i ich odgraniczenia. W ostatnim rozdziale zajmuje się autor sprawą rozpoznawania schizofrenji w poszczególnym przypadku, sprawą oceny tego przypadku i sprawą leczenia; na końcu zastanawia się nad nozologicznym zagadnieniem w związku z psychopatologią schizofrenji.

Zaletą książki jest obfita ilustracja tekstu oryginalnymi wypisami ze schizofrenicznych historii chorób, zebranymi na potwierdzenie tekstu u różnych autorów, oraz zestawienie najważniejszych źródeł piśmienniczych o schizofrenji. Balas-tem, zwłaszcza dla obcojęzykowego czytelnika, są nowotwory językowe, przystosowane do fenomenologicznego traktowania zagadnienia. Trudności te jednakowoż zatraćają się przy czytaniu się w tekst książki.

Nelken.

BAGDASAR. *Leczenie chirurgiczne kilaków mózgu.* (Rev. Neur. 1929 Nr. I.T. 2).

Kilaki układu nerwowego usuwano drugą operacyjną już w r. 1888 (Chipault). Na 13 przypadków uzyskano 5 przyp. wyzdrowień, 2—poprawy i 5 przyp. z zejściem śmiertelnym, w 1—wynik nieznany.

Dufaur radzi operować wszystkie przypadki kłły mózgowej ze wzmorzeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego, w których leczenie środkami wewnętrznymi pozostaje bez skutku.

Autor opisuje 8 przypadków, operowanych w klinice Cushinga. Jest to liczba niewielka wobec 1550 przypadków nowotworów mózgu, operowanych w tym czasie na oddziale.

Bagdasar sądzi, że leczenie salwarsanem wpłynęło na zmniejszenie się liczby kilaków mózgu.

Odczyn B.—W. nie jest pewnym drogowskazem w przypadkach kilaków mózgu, gdyż może go tu brakować, podczas gdy jest obecny w niektórych przypadkach nowotworów mózgu.

Również i leczenie swoiste może rozpoznanie wprowadzić na manowce, albowiem nieraz daje ono poprawę w nowotworach, pozostając bez wpływu na kilaki.

N. Z. Z

Wskazówki praktyczne.

Koerting poleca *Allonal* (fabr. Roche) w zwalczaniu *mięśniaczki bolesnej*. Już po 20-30 minutach ustępują bóle. Dawka zwykła: 1-2 pastylek, czasem po upływie 2 godzin 3 pastylki.

(Med. Klin. 1930 N. 4)

Kaj Philippsen stosuje przeciwko *powikłaniom rzeźączki* (zapalenie przyądrza, zapal. sterczu i nacieki cewkowe) *diatermię miejscową* w ciągu godziny z jednoczesnym dożylnym wstrzyknięciem 0,2--0,4 ctm roztworu *Trypoflawiny*, do której w razie bólów dodaje się 0,5 ctm Nowalginy. Autor

mniema, że w rozgrzanym za pomocą diatermji narzędzie, trypaflawina lepiej się utrwała i dlatego szybciej działa. Obok tego zwykłe leczenie miejscowe cewki moczowej.

(Derm. Wschr. 1929 N 48)

— o —

Nakłucie łądźwiowe grozić może *zakażeniem* opon skutkiem tego, że, pomimo najskrupulatniejszej aseptyki, mogą być wprowadzone do worka oponowego drobnoustroje ze skóry. Aby niebezpieczeństwa tego, uniknąć, postępuje Dr ü n e r w ten sposób, że po zrobieniu bąbla znieczulającego przecina skórę wpoprzek na przestrzeni $\frac{1}{2}$ -1 ctm i do tego nacięcia wprowadza igłę, unikając dotknięcia skóry.

(M. m. W. 1929 N. 38).

— o —

Melzner stosuje *efedrynę* przeciwko *zapaści pooperacyjnej*. W zapaści ostrej zastrzykuje 0,05 efedryny dożylnie,

a zaraz potem również dożylnie sól kuchenną z dodatkiem 0,1 efedryny na 1 litr płynu.

(M. m. W. 1929 N. 46).

— o —

Fermocyl (fabr. Vial i Uhlmann - Frankfurt n M), połączenie tkanki trzustkowej z zaczynem drożdży, według zapewnienia Lessa, jest doskonałym środkiem pomocniczym (obok leczenia miejscowego) w leczeniu *czyrączności i trądzika*. Przetwórcy ten sprowadza także obniżenie poziomu cukru we krwi.

(Aerztl. Rundsch. 1929 N. 1).

— o —

Przeciwko *czyrakom* zaleca Dobisch maść następującego składu: *Rp. Arg. nitr. pulv. Bals. Peruv. 0,10-5,0, Vasogen. 15,0.*

(M. m. W. 1929 N. 50).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dn. 7 stycznia r. 1930.

Przewodniczący: Wiceprezes L. Paszkiewicz.

Obecnych członków T-wa — 92.

I. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia administracyjnego z dn. 30.XII. 1929 r.

II. Sekretarz doroczny J. Trzebiński odczytuje *sprawozdanie z działalności naukowej T-wa za rok ubiegły*.

W roku sprawozdawczym 1929 Towarzystwo Lekarskie Warszawskie odbyło 22 posiedzenia kliniczne, na których wygłoszono 32 odczyty i przedstawiono 24 pokazy. W dyskusji zabierały głos 94 osoby.

Frekwencja kolegów członków Towarzystwa wyniosła ogółem 1008 osób, średnio na jednym posiedzeniu — 46. Największa liczba członków na jednym posiedzeniu — 88 osób, najmniejsza 22.

490 gości przybyło na posiedzenia kliniczne, średnio 24 osoby na 1 posiedzenie. Największa liczba — 67 osób, najmniejsza — 7.

Oprócz posiedzeń klinicznych, odbyło się 5 posiedzeń poświęconych sprawom szpitalnictwa. Wygłoszono na nich 6 odczytów, w dyskusji zabierało głos 41 osób. Frekwencja członków ogółem — 259 osób, gości — 57. Średnio na 1 posiedzenie wypadło 52 członków i 11 gości.

Sprawy, omawiane na posiedzeniach, poświęconych szpitalnictwu, budziły wśród zebranych niemałe zainteresowanie i wywoływały wielce ożywioną dyskusję. Z odczytów i związanej z nimi dyskusji wyzierała zawsze głęboka troska o dobro szpitalnictwa.

Wszystkie protokoły posiedzeń zostały przygotowane do druku.

III. Wiceprezes złożył podziękowanie ustępującemu sekretarzowi dorocznemu kol. J. Trzebińskiemu za pracę na tem stanowisku w roku ubiegłym.

IV. Wobec dostatecznej liczby obecnych członków T-wa przystąpiono do wyborów:

1. na Sekretarza stałego został wybrany kol. Bronisław Sawicki.
2. na Prezesa został wybrany kol. Witold Orłowski.
3. na Wiceprezesa został wybrany kol. Ludwik Paszkiewicz.
4. na Sekretarza dorocznego został wybrany kol. Jan Roguski.
5. na Zastępcę sekretarza dorocznego wybrano kol. Władysława Kosińskiego.
6. na członka Zarządu wybrano kol. Wacława Łapińskiego.
7. na Członka Komitetu Rewizyjnego został wybrany kol. Bryndza-Nacki Ludwik.

8. do Kasy Wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach wybrani zostali koledzy: A. Gruszczyński H. Łazarowicz, W. Szumlański, oraz G Chodakowski i A. Krzyczkowski.

9. na członków czynnych wybrani zostali: kol. Barański Rajmund, Bratkowski Edmund, Brokman Henryk, Butkiewicz Tadeusz, Chodkowski Karol, Dobrowolski Kazimierz, Hinz Tadeusz, Jachimowicz Jan, Korsak Idalja, Korzeniowski Lucjan, Krause Aleksander, Laskowski Józef, Latkowski Michał, Markert Wacław, May Józef, Michałowicz Mieczysław, Piasecki Marjan, Piechowska Janina, Piotrowski Kazimierz, Pokorny Gwido, Pokrzewiński Stefan, Popowski Stanisław, Półtorzycka Stanisława, Pruszczyński Aleksander, Ręczajski Wacław, Rytel Aleksander, Siedlecki Bustachy, Wasilkowska-Krukowska Helena, Wajgiel Eugenjusz, Wierzbowska Marja, Wszelaki Stanisław, Znajewska Halina.

Sekretarz Doroczny: Jan Trzebiński.

Wiceprezes: Ludwik Paszkiewicz.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dnia 23 marca 1929 r.

1. P. Szpilman—Neudingowa. *Nietypowa sprawa rdzeniowa u chorego z przewlekłym zatruciem nikotynowym i dobrym wynikiem po laminiektomii*.

Ch. D., lat 20, przybył 18/3 27; od 4 miesięcy silne bóle w kolanach, potem uczucie ciężaru, od 2 miesięcy nie chodzi.

Klinicznie sinica stóp i podudzi, marmoryzacja ud. Przeczulica wybitna w obrębie kolan, mniejsza powyżej i poniżej. Ruchy czynne KKD, poza minimalnymi ruchami palców, zniesione. Ruchy bierne z powodu przeczulicy niemożliwe. Zaburzenia czucia sięgały pachwiny. Czucie położenia na palcach zniesione. Kręgosłup niebolesny. Odruchów kolanowych wywołać nie można (*hyperaesthesia*), pozostałe — zachowane. Tęno w arter. radial. 96, tętnica miękka, w tętn. grzbiet. i piszczel. tylnej niewyczuwalne, w tętn. udowej — z trudem wyczuwalne. Ciśnienie krwi *maxim.* 120 mm. Hg., *minim.* 80. Ze względu na niezwykłą przeczulicę (przy najlżejszym dotyku) w połączeniu z gwałtownymi bólami i objawami naczynioruchowymi w KK., brakiem tętna na obwodzie KKD., nasuwało się przypuszczenie sprawy w układzie współczulnym. Dla Hy. brak było jakichkolwiek danych w wywiadach i w obrazie klinicznym, brak było przedewszystkiem czynnika psychogennego w etiologii sprawy, a brak tętna w KKD. pozostawał niewytłumaczony.

W ciągu przebywania chorego na oddz. objawy wzmożyły się. Zaburzenia czucia podniosły się do łuku zebrowego

Wystąpiło zupełne porażenie. Odruchy ścięgnowe wzmoczone, niekiedy *clonus patellae*. Zaburzenia urynowania w postaci minimalnego oddawania moczu. Powstało głębokie owróżdzenie na prąciu o charakterze troficznym.

Badanie elektryczne wykazało zmniejszoną pobudliwość na prąd farad. i galwan. w mięśniach i nerwach KKD, szczeg. prkd.

Badanie lipjodolem dało wynik ujemny. Obserwacja szpitalna i wywiad wykazały, że chory palił bardzo dużo już od 8 r. życia.

Badanie nie dało danych dla ucisku w rdzeniu, jednakowoż wskutek nalegania chorego, który widział w oddziale doskonałe wyniki, otrzymane w paru napozór podobnych przypadkach, dokonaliśmy eksploracyjnej laminektomii (Dr. Goldszajn). W oponach, ani w samym rdzeniu, zmian patologicznych nie dostrzeżono, tem większe było nasze zdumienie, gdy w kilkanaście dni po operacji zaczęła się ujawniać poprawa, która stopniowo postępowała.

W 3 mies. po operacji chory chodzi bez laski, podnosząc nadmiernie lewą stopę i nieco zgóry ją opuszcza, prkd—suwa, ustawiając nazewnątrz. Ruchy w staw. skokowych są ograniczone, szczeg. w prkd. Lekkie zaburzenia czucia na obu stopach i części podudzi. Mocny ucisk obu KKD. niebolesny. Tętnienie na stopach obecnie wyczuwalne. Obrzęk i sinica obu stóp pozostały. Odruchy wzmoczone, pr. podeszw. 0, lewy—b. słabe zginanie palców. Minimalne zaburzenia urynowania w postaci częstego oddawania moczu.

Tak wybitna poprawa, pomimo ujemnego wyniku przy samej operacji, jest trudna do wytłómaczenia, być może spowodowana została przez zmienione przez operację warunki krążenia płynu m. rdzen. a zatem i zmienione warunki troficzne rdzenia.

W dyskusji przemawiali: Bregman, Bychowski i Lubelski.

Przewodniczący poświęca słów kilka Św. p. Dr. wi Jareckiemu. W przemówieniu swem wspomina, że zmarły szereg lat był członkiem Towarzystwa, Sekretarzem Zarządu, wydawcą Neurologii Polskiej. Dzięki pogodniemu nastrojowi i uczynności cieszył się Dr. Jarecki szczerą sympatją ogółu kolegów. Dalej przewodniczący podaje do wiadomości, że, w związku ze śmiercią D-ra Sicarda, Zarząd Towarzystwa uznał za stosowne wysłać do T. wa Paryskiego list kondolencyjny.

2. Higier. *Rzadka postać gastrosuccorhaeae paroxysmalis nervosae.*

Higier demonstruje (z oddziału Dr. K. Zielińskiego) młodą, 28 letnią kobietę, z rodziny zdrowej pochodzącą, bez przebytych chorób zakaźnych, zwłaszcza przymiotu. 5 lat miewa napady uporczywych wymiotów, trwających 8 do 12 dni, w odstępach kilkutygodniowych, przy których traci 4—5 kilo, na wadze. Zaczynają się bez powodu, często w okresie porannej się miesiaczki, od bardzo obfitego, cały dzień trwającego ślinienia i niezbyt dokuczliwego uczucia ściskania w dołku. W pierwszych dniach wymiociny są brudne, ciemno-żółte, bardzo obfite, do kilku litrów dziennie dochodzące. Czasem i przez pepek wydziela się treść zielonkawo-szara. Sok żołądkowy staje się stopniowo bardziej przezroczysty i skąpy.

Narządy wewnętrzne bez zarzutu. Zgęszczenie krwi (*hyperglobulia*) podczas napadu, przy wskaźniku hemoglobiny 80 i niezmienionej formule, Wassermann ujemny. Sok żołądkowy wykazuje wybitną kwasotę ogólną i dużo kwasu wolnego, bez kwasów patologicznych i bez śladów krwi, których brak również w kale, skądinąd prawidłowym makro— i mikroskopowo. Mocz bez białka, cukru i acetonu, o niskim ciężarze gatunkowym (1003—1005). Nigdzie punktów bolesnych lub defense musculaire. Obraz rentgenologiczny trzew wykazuje nieznaczny hipotonję. Niedorozwój macicy. Polipy w jamie nosowej. Ciśnienie krwi 80—30. Próby farmakodynamiczne dały wyniki niestale. W okresach międzynapadowych chora czuje się zupełnie dobrze. Na częstość i natężenie napadów nie wpływały ani dżeta i wody mineralne, ani atropina i glukoza, ani leczenie przeciwwrzdowe i kuracja specyficzna, ani wreszcie leczenie jamy nosowej i opoterapia, *larga manu* gdzieindziej na licznych oddziałach szpitalnych stosowana (Insulina, ergotamina s. gynergen, adrenalina).

Higier skłania się do rozpoznania crises tabétiques.

Dyskusja:

Bregman obserwował przypadek, w którym w ciągu wielu lat obserwowano bóle napadowe z wymiotami. W przy-

padku tym nie było objawów, wskazujących na wiađ rdzenia. Badanie serologiczne nie przemawiało też za tabesem. Napady wspomniane trwały w ciągu 20 lat i w ciągu tego czasu nie wystąpiły żadne objawy wiađu rdzenia, tylko punkcja łądzwiowa, poza morfiną, zdolna była usunąć na pewien czas wspomniane objawy.

Bychowski. Zapytuje, czy nie można jednak objaśnić tych objawów nerwicą względnie psychonerwicą.

Biro. Bóle, jako crises gastriques, bez innych objawów tabetycznych, są możliwe, lecz pewności nabierają dopiero, gdy ukazują się z czasem inne objawy tabetyczne lub gdy u osoby, złaczonej bliższymi węzłami (mąż, żona lub ich potomstwo) występują objawy wiađu.

3. Zandowa. *Niezwykłe objawy przy leczeniu tyreo-dyną.*

Przypadek był demonstrowany po raz pierwszy w dn. 21 maja 1927 r. (Neur. Pol. T. XI str. 232). Pokaz powtórny tłumaczy się zmianami, jakie wystąpiły od tego czasu, a mianowicie chory, naówczas zupełnie siwy, odzyskał po roku leczenia dawny ciemny kolor włosów.

O wpływie leczenia tyreo-dyną na cechy włosów (ich połysk i elastyczność), znajdujemy liczne wskazówki, nie udało mi znaleźć spostrzeżenia, dotyczącego odzyskania zabarwienia włosów po ich uprzednim zesiwieniu. Tłumaczenie całego zjawiska w danym wypadku należałoby odnieść do wypadnięcia włosów siwych i wyrastania włosów zabrzwionych, dzięki dobremu odżywianiu skóry po zastosowaniu leczenia.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Rozstrzeń oskrzeli u dziecka symulującą zapalenie płucny śródpiersiowej (pleuritis mediastinalis) spostrzegali Leunda i Carrau (tow. lek. szpit. parysk. styczeń — Pr. méd. Nr. 7 r. 1930) w czterech przypadkach. Wiek chorych wahał się w granicach 4 i 9 lat. Skutkiem krócej lub dłużej trwających zakażeń płucno-oskrzelowych istniał u chorych męczący kaszel, niekiedy z plwociną. Fizykalnie stwierdzono u podstawy prawego płuca objawy ogniskowe. Na ekranie widać było prawostronny cień trójkątny, przypominający to, co widać w przypadkach *pleuritis mediastinalis*. Dopiero wstrzyknięcie lipojodolu poprzez głosińnię wyświetliło sprawę.

O hodowli zarazka przesykalnego gruźlicy mówili Val-tis i Saentz na posiedzeniu styczniowym r. b. towarzystwa biologicznego w Paryżu. Szczepiac na podłożu syntetycznym Santona 1 cm. sześć. przesyca hodowli prątków gruźlicy, otrzymali oni rozwój pałeczek kwasoodpornych, które nie są złośliwe dla świnki morskiej. Wprowadzona dożylnie, ta nowa hodowla wywołuje u królika objawy zatrucia w postaci porażenia tylnych łapek czy też wszystkich czterech kończyn i sztywność karku, a niekiedy powoduje zgon w ciągu 24 godzin (Pr. méd. Nr. 8 r. 1930).

Na posiedzeniu grudniowym tow. studjów nauk. nad gruźlicą w Paryżu (Pr. méd. Nr. 8 r. 1930) Sergeant i Kowrilsy cytowali o rzypadek *astmy*, trwającej od dzieciństwa u 22-letniego pacjenta, u którego w ciągu 2 miesięcy rozwinęła się *gruźlica płuc* bez prątków w plwocinie, zawierającej *zarazek niewidoczny o znacznej własności serotworczej*. Od pierwszych miesięcy życia występował naprzemian napad astmy, wyprysk i pokrzywka. Najdokładniejsze, wielokrotnie przeprowadzane badania nigdy nie wykrywały śladów gruźlicy. W 22-im roku życia napady astmy nasiliły się, przyczem zjawilo się wychudzenie i gorączka. I tym razem wynik badania w kierunku gruźlicy był ujemny. Na zdjęciu stwierdzono zmiany głównie w górnym płacie lewego płuca o typie *perilobulitis*. Dopiero krwioplucie potwierdziło przypuszczenie, które następnie już nie ulegało wątpliwości wobec zmian stwierdzonych później na zdjęciu. Badanie plwociny długi czas nie wykrywało prątków, kiedy zastrzykiwanie śwince dało zmiany rozległe serowate.

Na tem samem posiedzeniu Biderman omawiał przypadek *ropnego gruźliczego zapalenia płucny trwającego od 5-u lat i ulezonego wstrzykiwaniami parafiny gomenolowej* do płucny. Wyśięk ropny tylko przeszedł w surowiczowłóknikowy i wreszcie znikł zupełnie.

Na posiedzeniu berlińsk. tow. lek. w listopadzie r. ub. Kurt Mendel omawiał *szczególną jakąś chorobę w postaci napadów bólu w kończynach dolnych* (D. m. W. 1930 Nr. 2). Na podudziu z przodu lub od strony wewnętrznej występowały-

gwałtowne wierzące bóle w postaci napadów, nasilających się w nocy. Żadnych zmian obiektywnych nie stwierdzono. Wszelkie badania pomocnicze nie dawały nic pozytywnego. Podobnie bez wyniku była terapia. Ciepło np. nawet wzmagało

bóle. Sprawa sama ustępowała po 4 — 6 tygodniach. M e n d e sądzi, że idzie tu o sprawę zakaźną w *ganglion spirale* lub w obrębie tylnych korzonków, coś w rodzaju półpaśca bez pęcherzy.

Z j a z d y

Zjazd pedjatrów języka francuskiego.

(Paryż 30/IX — 2/X — 1929 r.)

Zjazd ten odbył się jesienią r. ub. w Paryżu przy licznym współudziale pedjatrów francuskich i zagranicznych.

Zjazd zajmował się następującymi tematami:

I. Śmierć nagła niemowląt.

a) Referat chirurgiczny prof. O m b r e d a n n e. Zespół: błądność z hipertermią u niemowląt operowanych. Autorzy, którzy rozporządzają dużym materiałem, omówili przypadki nagłej śmierci po zabiegach chirurgicznych; zwrócili jednak uwagę, że zespół ten niezawsze kończy się zejściem niepomysłnym, o ile od początku zostanie zastosowane odpowiednie leczenie.

Zespół ten występuje najczęściej u niemowląt młodszych. W kilka lub kilkanaście godzin po operacji nagle podnosi się ciepłota do 400, następuje przyspieszenie oddechu, osłabienie tętna, błądność, szybki spadek rezerw alkalicznych i szybkie obniżenie ciśnienia krwi, po kilkunastu godzinach następuje śmierć. Ciepłota przed śmiercią dochodzi czasami do 420. W przypadkach wyleczonych ciepłota szybko bardzo spada, i wszystko powraca do normy. Rozpoznanie jest łatwe, gdyż żadne z powikłań pooperacyjnych nie daje tego zespołu. Objawy te nie występują nigdy przed czwartym dniem życia, rzadko po dwóch latach. Operacja zwężenia odźwiernika daje niemiernie rzadko to powikłanie. Autorowie nie mieli wrażenia, ażeby narkoza odgrywała tu rolę decydującą w powstawaniu tego zespołu — refleks opuszkowy może tłumaczyć zarówno gorączkę, jak i błądność. Zalecają następujące leczenie: zapobiegawcze: ogrzewanie przed operacją, środki sercowe, brom, pokarmy bezbiałkowe przez pierwsze 24 godziny, ograniczenie narkozy do *minimum*. Leczenie: adrenalina — często i w dużych dawkach, naparstnica, wlewanie płynu pod skórę i ochładzanie za pomocą okładów przy najlżejszym podniesieniu ciepłoty.

Z dyskusji wynika, że omawiany zespół nie występuje w ścisłym związku z ciężkością i trwaniem zabiegu, że narkoza nie odgrywa tu roli pierwszorzędnej, że mamy do czynienia z wstrząsem pochodzenia centralnego.

b) Referat profesora Nobecourt. Autor podkreśla rzadkość tych przyczyn, które powodują nagłą śmierć u dorosłych.

U noworodków najczęstszą przyczyną nagłej śmierci są wylewy śródczaszkowe. W warunkach szpitalnych znane są oddawna przypadki nagłej śmierci przy intensywnym leczeniu wyprysków (*eczemu*). W kilka godzin po zastosowaniu leczenia — wysoka ciepłota, drgawki, błądność, sinica. Wszystkie dotychczasowe teorie nie są pewne, ze względów praktycznych ważnym jest pamiętać o niebezpieczeństwie hospitalizacji niemowląt chorych na wyprysk i leczyć je tylko w warunkach domowych. Autorowie zupełnie nie przyznają znaczenia powiększonej grasicy, której rola ani mechaniczna ani toksyczna nie została dowiedziona. Nawet olbrzymi przerost grasicy, jaki widzimy w białaczkach, nie doprowadził nigdy do nagłej śmierci. W większości przypadków ani badania kliniczne, ani sekcja nie wykazały przyczyny nagłej śmierci w sposób, zupełnie zadowalający. W dyskusji podkreślano rolę nie dość uwzględnioną kili wrodzonej.

II. Żółtaczka noworodków.

R o c a z omawia wszystkie teorie dawniejsze i nowsze dotyczące żółtaczki noworodków. Sam stoi na stanowisko

że żółtaczka prosta jest pochodzenia hemolitycznego, mimo że większość pedjatrów francuskich z M a r f a n e m na czele podkreśla rolę wątroby, a więc są zwolennikami teorii hemohapatycznej. Podzielone są zdania co do tego, czy uważać żółtaczkę za stan fizjologiczny, czy patologiczny. W żółtaczkach noworodka, istotnie patologicznych, według niektórych autorów odgrywa rolę kila wrodzona.

W dyskusji, między innemi, zabierała głos kol. M a n d e l s o w a z Łodzi, omawiając przypadki żółtaczki wrodzonej, które wzbudziły ogólne zainteresowanie. Według E r l i c h ó w n y z Warszawy, częstość występowania żółtaczki jest znacznie większa, niż podają statystyki, a to z powodu nie-notowania przypadków najlżejszych, bardzo krótkotrwałych. Nadzwyczajna częstość żółtaczki jest dowodem niezaprzeczonym jej charakteru fizjologicznego.

III. Obrzęki noworodka i niemowlęcia.

C a t h a l i a omówił klinikę, etiologię oraz leczenie obrzęków noworodków i niemowląt, biorąc pod uwagę piśmiennictwo wszechświatowe. Najwięcej uwagi poświęcił obrzękom, wywołanym przez nieodpowiednie żywienie, bądź to pozbawione witamin, bądź zbyt obfite w mąkę, oraz obrzękom w sprawach zakaźnych. Zarówno w referacie, jak i dyskusji podkreślono rolę kili i rolę brakowego żywienia w powstawaniu obrzęków.

Pozatem ogłoszono kilka komunikatów, a m. in.:

A c e l e d o z Barcelony zaleca podawanie kwasów aminowych w przypadkach nieżyłowego zapalenia płuc.

F è v r e z Paryża omawia ropne zapalenie jąder u niemowląt.

E r l i c h ó w n a z Warszawy przedstawia obraz kliniczny wylewów śródczaszkowych u noworodków dojrzałych i niedonoszonych.

Prezydium zawiadomiło kongresistów, że następny zjazd odbędzie się w roku 1931 w Strasburgu.

Jedno z posiedzeń odbyło się w sali wykładowej „Enfants Assistés”. Przy zwiedzaniu tego zakładu doznaje się wzruszenia na myśl, że tu kładły podwaliny pedjatrii francuskiej takie umysły, jak P a r r o t, H u t i n e l, V a r l o t, M a r f a n, mistrzowie, którzy wychowali kilka pokoleń, szerząc wiedzę wśród licznych uczniów, wiedzę, opartą na głębokich studiach klinicznych i anatomo-patologicznych.

We wszystkich przemówieniach Zjazdu imponowała doskonała forma literacka, prostota, treść wość, umiarkowanie i trzymanie się ściśle tematu — pozatem koleżeńskie kurtuazja i cześć dla nauczycieli.

W trzecim dniu kongresu odbył się bankiet w nadzwyczajnie miłym i serdecznym nastroju. Zasługuje na podkreślenie, że zarówno na otwarciu kongresu, na bankiecie, jak i na zebraniach towarzyszących Polacy byli nadzwyczajnie serdecznie przyjmowani i wysuwani na plan pierwszy.

Na otwarciu przewodniczący Dr. Barbier powitał z nazwiska zgłoszonych na zjazd Polaków, (nieobecnych) a w przemowie swojej na bankiecie podkreślił udział Polaków, a to z powodu trudności pasportowych. Istotnie tak było: koledzy łódzcy, którzy w pierwszej połowie sierpnia złożyli podania o ulgowe pasporty na kongres paryski 30.IX., otrzymali pozwolenia na pasporty tak późno, że zdążyła przyjechać tylko jedna osoba, mająca do wygłoszenia referat i to z 24-o godzinnym opóźnieniem. Ponieważ uczestnictwo lekarzy polskich w zjazdach zagranicznych posiada duże znaczenie propagandowe, należałoby w interesie ogólnym nie utrudniać, lecz, przeciwnie, ułatwiać im wyjazd na kongresy.

Marta E r l i c h ó w n a (Warszawa)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O unifikację Państwowej Służby Zdrowia w Polsce.

Podał

Prof. Dr. Z. SZYMANOWSKI (Warszawa)

Wraz ze zmianą, jaka nastąpiła na stanowisku ministra Spraw Wewnętrznych, rozeszły się pogłoski, że sprawa przeniesienia obecnego Departamentu Służby Zdrowia z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej stała się znowu aktualną. Wielki czas, ażeby to się dokonało, gdyż stosunki ułożyły się, zwłaszcza w ostatnich czasach, w sposób conajmniej dziwny. Oto jesteśmy świadkami daleko, może nawet o wiele zbyt daleko posuniętych zamierzeń reformatorskich w dziedzinie Kas Chorych. Zamierzenia te dotyczyć mają przede wszystkim sprawy lecznictwa. Tymczasem organ, który właśnie ma sobie poruczoną pieczę i kierownictwo w dziedzinie zdrowia publicznego, nie ma w tej materii żadnego uprawnionego głosu. Widzimy, jak Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej powołuje do czynności lekarzy, dając im stanowiska kierownicze aż do wiceministra włącznie, nie pytając się wcale, a w każdym razie bez ustawowego obowiązku pytania się o zdanie Departamentu Służby Zdrowia. Są to wypadki najnowsze i najbardziej jaskrawe. Spraw takich mamy oddawna co niemiara. Oddzielenie od Departamentu Służby Zdrowia opieki nad matką i dzieckiem, higieny szkolnej i zawodowej, higieny na kolejach, utworzenie z lekarzy wieziennych urzędników, zależnych wyłącznie od instancji niefachowych, wyjęcie z pod kompetencji tegoż departamentu całych odłamów pomocy lekarskiej dla urzędników — wszystko to trwa oddawna i, co gorsza, grozi ostatecznym utrwaleniem. Powstające Państwo Polskie inne miało poglądy na doniosłość sprawy zdrowia publicznego. Idąc za najlepszymi wzorami przytłaczającej większości kulturalnych państw Europy i Ameryki, powołało ono do życia osobne Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Niestety, krótki był jego żywot, aczkolwiek niewątpliwie na jego dobro należy zapisać szybkie stłumienie epidemii powojennych i położenie podwalin dzisiejszego Państwowego Zakładu Higieny. Bardzo wcześnie zaczęły się oszczędności. Trzeba przyznać, że stan lekarski okazał zdumiewający brak zrozumienia dla sprawy istnienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Cóż dziwnego, że i czynniki administracyjne a także przeróżne komisje oszczędnościowe również obojętnie się do niej odniosły. Zaczęto wyszarpywać po kawałku z kompetencji Ministerstwa Zdrowia jedno działy po drugich. Część przekazano samorządom, aczkolwiek nie miały one wówczas ani należytej spoistości organizacyjnej, ani zrozumienia dla znaczenia spraw sanitarnych. Inne części rozebrały między siebie rozmaite ministerstwa i urzędy, co się stało tem łatwiej, że prawie każda dziedzina życia wkracza w ten czy w inny sposób w sprawę zdrowia publicznego. Wreszcie skasowano

ministerstwo, pozostawiając Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia. Po parcelacji przysła degradacja i bardzo szybko Generalna Dyrekcja stała się pospolitym departamentem. Rada Ministrów znalazła się bez rzecznika interesów zdrowia publicznego w swoim gronie. Wszystko to działo się w imię oszczędności. Gdy jednak sfery miarodajne zapragnęły ze względów aż nadto przejrzystych powiększyć grono samodzielnych członków Rady Ministrów, kreowano osobne Ministerstwo Poczty i Telegrafów. Nie liczono się wcale z tem, jakie to spowoduje wydatki. O zdrowiu nie myślano wcale. Widocznie nikomu z członków rządu sprawy zdrowia publicznego nie leżały specjalnie na sercu. Nie było nikogo, któryby się o te sprawy mógł upomnieć. Poprzedni minister Spraw Wewnętrznych, kasując Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia, miał zamiar przystąpić do unifikacji organów i władz sanitarnych. Niestety zamiar ten nie doczekał się realizacji. Nieuchronnem tego następstwem był brak wyraźniejszej linii w polityce sanitarnej Państwa. Pomimo wielkich wysiłków osobistych, włożonych przez byłego ministra w sprawę uzdrowotnienia kraju, w sprawę przede wszystkim oczyszczenia miast i miasteczek, sprawę niewątpliwie pierwszorzędnej doniosłości, cały szereg palących potrzeb pozostał w dawnym położeniu. Najważniejszym momentem tutaj jest brak ingerencji najwyższych władz sanitarnych do całego szeregu dziedzin życia. Autorytet departamentu ma ograniczony zakres, a autorytet ministerstwa, do którego departament należy, rozszczepia się na tyle rozbieżnych dziedzin, że nic dziwnego, że zdrowie nie ma tam należnego mu walu. Czy chodzi o sprawę mieszkaniową, czy o organizację pomocy położniczej, czy o studnie, czy o opiekę nad młodzieżą szkół powszechnych, wszystko to ma swoje miejsce w aparacie administracyjnym z pominięciem w większym lub mniejszym stopniu tego czynnika, który powinien być najbardziej miarodajny, a mianowicie, władzy sanitarnej. Czas wielki, ażeby się stało inaczej. Sprawa zdrowia publicznego jest przynajmniej tak ważna, jak kwestja bilansu handlowego. Bez należytego przedstawicielstwa interesów zdrowia publicznego w Radzie Ministrów pozostanie wszystko nadal na martwym punkcie.

Znalezienie wyjścia z obecnej sytuacji nie jest łatwe. Scalenie fragmentów, rozszarpanych pomiędzy różne władze i urzędy, wymaga długiej i uporczywej walki i sporów kompetencyjnych. Trzeba zacząć od tego, co najmniej tarć wywoła. Jeżeli istotnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych gotowe jest odstąpić swój Departament Służby Zdrowia Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, to należy uczynić to prędko i dobrze. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej powinno uzgodnić swoje poglądy na tę sprawę z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i podjąć zadanie unifikacji władz sanitarnych. Schematyczne i biurokratyczne przeprowadzenie departamentu jako takiego z jednej ulicy na drugą, od jednego ministra do drugiego nie

wniesie niczego nowego do naszego życia. Trzeba niezwłocznie połączyć agendy sanitarne obu ministerstw w jedną organiczną całość i oddać je pod kierownictwo jednego czynnika, zajmującego należyte miejsce w hierarchji władz administracyjnych. Innemi słowy, należy w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej powołać do życia podsekretarjat stanu do spraw zdrowia publicznego. Podsekretarjat ten powinien narazie zjednoczyć wszystkie agendy służby zdrowia, podlegające dzisiaj obu zainteresowanym ministerstwom. Chodzi tu zwłaszcza o opiekę nad matką i dzieckiem, o higienę zawodową i o Kasy Chorych. W ten sposób da się uniknąć sporów kompetencyjnych pomiędzy oddzielnymi departamentami Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Pierwszorzędne znaczenie mieć tutaj będzie wybór osoby przyszłego podsekretarza stanu do spraw zdrowia publicznego. Przedewszystkiem musi to być lekarz, następnie musi to być wybitny fachowiec w dziedzinie spraw, których ma być kierownikiem i najwyższym rzecznikiem i obrońcą. Czas wielki zerwać z przeświadczeniem, że, im wyższe jest stanowisko w hierarchji administracyjnej, tem mniejszą rolę odgrywa kompetencja fachowa w porównaniu z uzdolnieniem administracyjnem. Kierownictwo opieką nad zdrowiem publicznem to nie sama tylko administracja. Stanowisko to wymaga gruntownego wykształcenia w dziedzinie zagadnień współczesnej higieny publicznej, obeznania z prądami, panującymi w tej mierze w kulturalnych krajach Europy i Ameryki, znajomości wzorów, stwarzanych w tej dziedzinie w krajach przodujących, i umiejętności przeszczepienia ich na nasz własny grunt. Jaknajmniej improvizacji obok jaknajwiększej kompetencji — oto dewiza, którą na takim stanowisku należy, naszym zdaniem, wcielać w życie. Wreszcie musi to być wybitny lekarz w całym znaczeniu tego wyrazu. Nie można stać na stanowisku, że sam urząd jest szkołą, w której się nabiera należytej kompetencji i znajomości rzeczy. Byłoby w najwyższym stopniu zgubnem utrwalenie w naszym życiu publicznem tego, co nazwałbym przesądem administracyjnym. Nie chcę twierdzić, że talent administracyjny jest niczem, ale nie mogę się zgodzić, ażeby

miął być wszystkim. Tylko połączenie fachowości wysokiej miary z uzdolnieniem administracyjnem może dać to, czego na takim stanowisku potrzeba. Tylko wtedy możemy oczekiwać wytknięcia istotnej linii w naszej polityce sanitarnej.

Nieostatnią rolę odgrywa w wyborze kandydata także czynnik reprezentacyjny wobec świata lekarskiego całej Europy. Stosunki powojenne ułożyły się w ten sposób, że istnieje stała i ożywiona wymiana myśli w dziedzinie publicznej służby zdrowia pomiędzy Polską a całym światem kulturalnym. Rządy wszystkich krajów zabiegają o to, ażeby na czele państwowej służby zdrowia mieć ludzi o wybitnej fachowości. Polska nie może pozostać wtyle za innymi i musi mieć odpowiedniego przedstawiciela na terenie międzynarodowym.

Spotkać mnie może zarzut postawienia zbyt wysokich wymagań. Chętnie go przyjmuję. Pragnąłem tylko uwydatnić należyte, jak wielką wagę przypisuję starannemu i oględnemu wyborowi. Chodzi tu o wielką sprawę, jaką jest nadanie należytego waloru zagadnieniu zdrowia publicznego w całym życiu naszego Państwa.

Po przeprowadzeniu tak zrozumianego ujednostajnienia w obrębie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej sprawy sanitarne znajdą rzecznika, który będzie mógł myśleć o odzyskaniu i wcieleniu do swej kompetencji działów, rozproszonych dotąd po innych ministerstwach. Będziemy już mieli wtedy pewien ośrodek krystalizacyjny, przyciągający pojedyncze rozproszone agendy. Wydaje mi się jednak ryzykownem stawianie na jednym i tym samym planie unifikacji wewnątrz Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z przyłączeniem agend innych Ministerstw. Ujednostajnienie musi przejść próbę życiową i znaleźć uzasadnienie w praktyce. Wówczas opór rozmaitych ministerstw i urzędów będzie znacznie mniejszy. Tak czy inaczej, nie ulega żadnej kwestji, że najgorsze jest to, co mamy dzisiaj. Naprawienie złego, spowodowanego przez skasowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, jest konieczne, jest ostatecznym celem, musi się zacząć jaknajprędzej i iść po jednolitej, jasno wytkniętej linii.

O d c i n e k.

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5)

Ernest Ludwig Heim

Urodził się w r. 1747, zmarł w r. 1834. Współczesnik Hufelanda. Przypomina go bardzo pod względem wiedzy i charakteru. Specjalnością jego była klimatologia. Był to pierwszy lekarz, który szczegółowo zbadał miejscowości kuracyjne nie tylko w Niemczech, lecz również we Francji i Anglii i ogłosił wiele prac z tej dziedziny. Jako praktyk, zdobył sobie rozgłos, a dzięki swym zaletom osobistym, co zdarza się już rzadziej, nawet uznanie wśród kolegów. W dowód hołdu dla niego jedno z towarzystw lekarskich w Berlinie zostało za życia jego przezwane jego imieniem. Jak rozległą praktyką cie-

zył się Heim, świadczy wymownie fakt następujący.

W r. 1810 Berlin nawiedziły liczne pożary. Powstało podejrzenie, że kierowała niemi jakaś zbrodnicza ręka. Na wielu drzwiach zauważono tajemnicze znaki. Pewnego razu jakaś pacjentka dostała ataku nerwowego, gdyż zauważyła taki znak u siebie na drzwiach. Radząc się Heima, zwierzyła mu się z przyczyny swego zdenerwowania. Heim zbadał sprawę, i co się okazało? Znak, który tak przeraził pacjentkę i był powodem strachu całego miasta, był nakreślony ręką samego Heima. Heim miał zwyczaj pozostawiania znaków na drzwiach mieszkań, przy których zmuszano go zbyt długo czekać na otwarcie... Można sobie wyobrazić, jaką cieszył się on praktyką, jeżeli liczba tylko tych, którzy zbyt długo kazali wyczekiwać mu przy drzwiach, była aż tak wielka, że wywołała popłoch w całym mieście! Uspokojenie nastąpiło dopiero wówczas, kiedy prezydent

policji Gruber wyjaśnił tę tajemnicę przy pomocy rozlepionych na mieście plakatów.

Ciekawą jest rzecz, czy Heim wobec olbrzymiego powodzenia również stosował ten przyjęty w czasach nowoczesnych zwyczaj zapisywania pacjentów na kilka tygodni naprzód? Przypuszczam, że nie, bowiem, gdyby chciał być tak ofiarnym jak nasi lekarze i nikomu nie odmawiać swej porady, musiałby chyba wprowadzić zapisy na rok naprzód, a wówczas napewno nie zaskarbiłby sobie tej sympatii, jaką cieszył się wśród swoich kolegów!

Eranz Joseph Gall.

Urodził się w r. 1758 w Tiefenbronn, zmarł w r. 1828 w majątku pod Paryżem. Studjował w Strasburgu, następnie w Wiedniu, gdzie osiadł jako lekarz-praktyk. Będąc wybitnym anatomem, poświęcił się przeważnie frenologii, którą usiłował podnieść do godności nauki, stworzywszy szereg hipotez, za pomocą których starał się udowodnić, że między budową czaszki a charakterem człowieka zachodzi związek genetyczny. Nauka jego znalazła mało zwolenników, gdyż sam Gall był w dużym stopniu oryginalnym i czynił wrażenie szarlatana. Pomimo tej neprzychylnej opinii ze strony świata lekarskiego Gall niezmordowanie bronił swych teorii i ogłosił szereg odczytów w różnych krajach. Po nieudanych występach w Niemczech, przeniósł się do Francji, gdzie spotkał się z przychylniejszym przyjęciem. W Paryżu pozostał do końca życia, skolekcjonował olbrzymi zbiór czaszek, który później przeszedł na własność miasta i przechowywany jest dotychczas w „Jardin des Plantes”.

Żaden z lekarzy chyba nie dał tyle tematu do satyr, ile Gall ze swojemi teorjami frenologicznymi. Pewnego razu zwiedzał on zakład dla obłąkanych. Jak to często bywa w takich zakładach, mniej odpowiedzialną służbę pełnił tam jeden z internowanych, który oprowadzał Gallą, jako przewodnik. Gall, dziwiony inteligencją tego człowieka, zapytał go ze zdziwieniem, w jaki sposób dostał się do zakładu, przytem, badając budowę jego czaszki, dodał: „stanowczo nie stwierdzam u ciebie żadnego braku umysłowego”. „Zgadza się”, odrzekł chory, że w głowie, którą noszę na swoich plecach, istotnie niema nic nienormalnego, lecz to, niestety, nie jest moja głowa, moją straciłem na gilotynie ‘podczas rewolucji”.

„Nauka” frenologii wprawdzie nie wywołała zachwyty w świecie lekarskim, znalazła jednak dużo zwolenników wśród spirytystycznie nastrojonych adeptów oficjalnej i nieoficjalnej medycyny, przetrwawszy aż do dnia dzisiejszego, nęcąc bezkrytyczne umysły swoją oryginalnością.

W roku 1896 odbył się nawet uroczysty zjazd zwolenników frenologii w Londynie, gdzie podnoszono wielkie zasługi Gallą, jako ojca tej nauki. Przy tej okazji przypomniano, że ten „wybitny uczonec”, którego szczątki znajdują się na cmentarzu w Père-Lachaise poświęcił swoją czaszkę dla celów naukowych, a sam został pochowany z gipsowym odlewem głowy. Pomnik Gallą w Père-Lachaise został wystawiony ze składek, zebranych wśród jego zwolenników. Wyobraża on biust na niewysokim sokole z głową odlaną przez tego samego rzeźbiarza, który w swoim czacie wykonał odlew z gipsu dla złożenia do grobu.

W wiele lat po śmierci Gallą medycyna w pewnym stopniu zrehabilitowała jego naukę. Möbius zaliczył go do pierwszych, którzy naukowo zwrócili uwagę na mózg, jako na ośrodek psychiki, dając podstawę do późniejszej nauki o lokalizacji ośrodków.

Jean Nicolas Corvisart.

Urodził się w r. 1755 zmarł w r. 1821 w Paryżu. Przez krótki czas zajmował stanowisko profesora kliniki w uniwersytecie Paryskim. Powołany na nadwornego lekarza Napoleona I, zajął się wyłącznie praktyką. Z prac, ogłoszonych przez niego, najgłośniejsza była: „Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité par Auenbrugger”. Był to ze strony Corvisarta giest szlachetny, gdyż podobno na pomysł perkusji wpadł sam niezależnie od Auenbruggera i dopiero później, dowiedziawszy się o tem, napisał artykuł w obronie tej metody i jej odkrywcy. Dzięki Corvisartowi odkrycie skromnego Auenbruggera zostało szybko spopularyzowane i uznane przez świat lekarski. Pomimo krótkiego okresu swej profesury Corvisart stworzył szkołę, do której należeli tak wybitni klinicyści, jak Bayle, Laënnec i inni. Sam C. uchodził za genialnego, natchnionego djaagnostę. Czynił trafne rozpoznania nie tylko na żywych, lecz nawet zgadywał chorobę z portretów. Oglądając pewnego razu wizerunek pewnej nieżyjącej wybitnej osobistości, zauważył: „jeżeli artysta dokładnie oddał oryginał, człowiek ten zmarł na wadę serca”. Rozpoznanie było trafne.

Innym razem podczas pobytu w miejscowości kąpielowej Vigier zajmował kabinę, w sąsiedztwie której znajdował się inny kuracjusz, który kilkakrotnie zakaszał. Po opuszczeniu kabiny Corvisart zwrócił się do swego przygodnego sąsiada z następującą uwagą: „jestem lekarzem, słyszałem pana kaszlącego, radzę panu jaknajprędzej opuścić tę miejscowość, gdyż kąpiele mogą panu tylko zaszkodzić”. Zagadnięty tak niespodzianie sąsiad o zdrowym wyglądzie i budowie atletycznej, uśmiechnął się pobłaźliwie i dodał ironicznie, przypuszczając, że C. pragnął zareklamować się, jako lekarz: „dziękuję za radę, ale kąpiele służą mi wyjątkowo dobrze”. Po ukończonej kuracji w Vigier Corvisart przez ciekawość zasięgnął informacji o losie swego przygodnego sąsiada. Kiedy dowiedział się, że chory zmarł z krwotoku, krzyknął zachwycony: „a więc rozpoznanie było trafne!”.

Franz Anton Mesmer.

Urodził się w r. 1733 w Izhang nad jeziorem Bodeńskim, zmarł w r. 1815 w Meersburgu. Oprócz medycyny studjował poważnie teologię i nauki przyrodnicze.

W okresie witalizmu, teorii eterycznej Hoffmanna, spirytyzmu Browna; w dobie romantyzmu, powrotu do dawno zapomnianych teorii telurystycznych Paracelsa, do wiary w siły nadprzyrodzone zjawienie się Mesmera z jego magnetyzmem było zjawiskiem zupełnie naturalnem. Mesmer uchodzi w dziejach medycyny za szarlatana. Opinia ta jest niezupełnie słuszna, przynajmniej, o ile dotyczy pierwszego okresu jego działalności naukowej. Mesmer

rozwijając teorię Hoffmanna, przeistoczył tylko jego „eter” na nowy czynnik t. zw. „fluid magnetyczny”, który nie tylko miał otaczać wszechświat, lecz również tkwić wewnątrz każdego ustroju. Fluidowi temu Mesmer przypisywał potężne własności lecznicze.

Według jego teorii choroba — to brak fluidu w ustroju. Opierając się na niej, M. zbudował nową terapię przenoszenia magnetyzmu od organizmów, posiadających więcej fluidu, do ustrojów o mniejszym jego napięciu. Na tem polegała przewodnia myśl Mesmera. Teoria ani gorsza, ani lepsza od wielu innych, które kursowały w owym czasie w medycynie. Na manowce M. został wprowadzony bynajmniej nie przez swoją ideologię, lecz przez niezwykle powodzenie, które zdobył sobie szybko w szerszych kołach społeczeństwa ówczesnego. To zdemoralizowało go do takiego stopnia, że porzucił wszelkie dalsze aspiracje naukowe i dał się porwać karierze. Zawarł spółkę z niejakim Paterem Hellerem, ogłosił cały szereg bałamutnych teorii, które miały tłumaczyć wiele jego niepowodzeń, zwłaszcza u osób wysoko postawionych. Publiczność szalała za nim. Świat lekarski reagował niejednokrotnie. Gdy jedni okrzyknęli go szarlatanem, inni, ostrożniejsi, jak naprzykład,

Akademja Monachijska, nawet zapraszali go do wygłoszenia odczytów. Kiedy w Niemczech zaczął się budzić w stosunku do niego zdrowy krytycyzm, Mesmer przeniósł się do Paryża, gdzie znowu zdobył sobie wielki rozgłos. Lecz nie nadługo. Kiedy zwolennicy jego ogłosili subskrypcję dla swego mistrza, która dała mu 340.000 liwrow, rząd francuski zmuszony był interwenjować. Zwołano specjalną komisję spośród najwybitniejszych lekarzy i przyrodników, która wydała o nim bardzo niepochlebną opinię. Mesmer zmuszony był opuścić Francję i powrócić do swej ojczyzny.

O mesmeryzmie wkrótce zapomniano. Następcy M. nie odznaczali się genialną pomysłowością swego mistrza. System jego uległ wkrótce modyfikacji przez Cagliostro, słynnego po wsze czasy awanturnika — szalbierza — Jozefa Balzamo, który dzięki swemu niezwykłemu sprytowi zrobił sobie dostęp do najwyższych sfer towarzyskich nie tylko w swojej ojczyźnie (we Włoszech), lecz również w wielu innych krajach, gdzie stawał nawet na czele słynnych łóż masońskich.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc listopad 1929 r.

W Zarządzie Centralnym.

Mianowani:

Dr. Kurczyński Jerzy, do odwołania referendarzem w VII stopniu służbowym w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie dekretem z dnia 16.XI 29.

Rolke Roman, pracownik kontraktowy w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie, do odwołania sekretarzem w IX stopniu służbowym tamże dekretem z dnia 21.XI 1929 r.

Przeniesieni:

Jamioła Władysław, urzędnik VII stopnia służbowego w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Ciechocinku, pozostający w stanie nieczynnym, powołany do służby czynnej na zasadzie art. 56 ustawy z dnia 17.II 1922 r. o państwowej służbie cywilnej, w dotychczasowym charakterze I stopniu służbowym w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie z dniem 1 grudnia 1929 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia.

Mianowani:

Dr. Nowakowski Brunon, prowizoryczny Kierownik Oddziału w VI stopniu służbowym w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie, Kierownikiem Oddziału w VI stopniu służbowym tamże dekretem z dnia 6.XI 1929 r.

We władzach I instancji.

Mianowani:

Dr. Anzelm Oskar, prowizoryczny inspektor lekarski w VI stopniu służbowym w Urzędzie Wojewódzkim w Brześciu n/B. do odwołania lekarzem powiatowym w VI stopniu służbowym w Starostwie powiatowym w Brześciu n/B. dekretem z dnia 6.XI 1929 r.

Dr. Kowalski Mieczysław, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII stopniu służbowym w Starostwie powiatowym w Puławach, lekarzem powiatowym w VII stopniu służbowym tamże dekretem z dnia 6.XI 1929 r.

Przeniesieni:

Dr. Nieć Ludwik, lekarz powiatowy w VII stopniu służbowym w Starostwie powiatowym w Brodach, na zasadzie art. 52 ustawy z dnia 17.II 1922 r. o państwowej służbie cywilnej na stanowisko lekarza powiatowego w tym samym stopniu służbowym do Starostwa powiatowego w Wieluniu dekretem z dnia 12.XI 29 r.

Przeniesieni w stan spoczynku:

Dr. Dzułyński Witold, lekarz powiatowy w VII stopniu

służbowym w Starostwie powiatowym w Rudkach, na własną prośbę z dniem 30.XI 1929 r.

Dr. Kurzyniec Wojciech, lekarz powiatowy w VII stopniu służbowym w Starostwie powiatowym w Dąbrowie, z dn. 30.XI 1929 r. na własną prośbę.

Dr. Zatiokał Rudolf, lekarz powiatowy w VII stopniu służbowym w Starostwie powiatowym w Jasle, z dniem 30.XI 1929 r. na mocy art. 29 ustawy emerytalnej z dnia 11.XII 1923 roku.

— Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc grudzień 1929 r. W Zarządzie Centralnym.

Mianowani:

Dr. Gluszkiewicz Włodzimierz, Radca ministerjalny w VI st. sl. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, Naczelnikiem Wydziału w V st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim we Lwowie dekretem z dn. 27.XII 1929 r.

Dr. Drzewiecki Bolesław, prow. urzędnik w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Warszawie, do odwołania referendarzem w VII st. sl. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych dekretem z dnia 23.XII 1929 r.

Miller Felicjan, prow. referendarz w VII st. sl. w Min. Spraw Wewn., do odwołania Radcą ministerjalnym w VI st. sl. dekretem z dnia 21.XII 1929 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia.

Mianowani:

Inż. Margasiński Zbigniew, prow. adjunkt w VII st. sl. w Państwowym Zakładzie Badania Żywności i przedmiotów użytku w Warszawie, adjunktem w VII st. sl. w tymże Zakładzie dekretem z dn. 19.XII 1929 r.

Dutkiewicz Leopold, urzędnik w VIII st. sl. w Państwowym Szpitalu św. Łazarza w Krakowie, asesorem w VII st. sl. w tymże Zakładzie dekretem z dnia 31.XII 1929 r.

Knybel Stanisław, urzędnik VIII st. sl. w Państwowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie, asesorem w VII st. sl. w tymże Zakładzie dekretem z dn. 30.XII 1929 r.

Lewandowski Józef, prow. rachmistrz w IX st. sl. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Ciechocinku, do odwołania księgowym w VIII st. sl. w tymże Zakładzie, dekretem z dn. 21.XII 1929 r.

Dr. Dąbski Feliks urzędnik w VIII st. sl. w Państwowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kobierzynie, urzędnikiem I kat. w VII st. sl. w tymże Zakładzie, dekretem z dn. 14.XII 1929 r.

Skimina Jan, prow. kancelista w XII st. sl. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Krynicy, do odwołania kancelistą w XI st. sl. w tymże Zakładzie dekretem z dn. 19.XII 29.

Przeniesieni w stan spoczynku:

Dr. Fuchs Leon, Dyrektor Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie w V st. sl., z dniem 31 grudnia 1929 r. na własną prośbę.

Zwolnieni:

Dr. Lubczyński Józef, Kierownik Oddziału w VI st. sl. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, z dniem 31.XII 1929 r. na własną prośbę.

We władzach II instancji:**Mianowani:**

Dr. Orszulok Paweł, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl., do odwołania Naczelnikiem Wydziału w VI st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach dekretem z dn. 3.XII 1929 r.

Zwolnieni:

Jagiello Kazimierz, Radca wojewódzki w VI st. sl. w Polskim Urzędzie Wojewódzkim w Brześciu n/B, z dniem 30.XI 1929 r. wobec przejścia do służby w Min. Pracy i Opieki Społecznej.

We Władzach I instancji:**Mianowani:**

Dr. Pilszak Stanisław, lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Brzozowie, lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 3.XII 1929 r.

Dr. Zajac Marjan, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Lubaczowie, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 3.XII 1929 r.

Dr. Dorosz Antoni, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Sanoku, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 3.XII 1929 r.

Dr. Robel Wiktor, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Lisku do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 11.XII 1929 r.

Dr. Pietrzycki Ignacy, lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Tlumaczu, lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 3.XII 1929 r.

Dr. Jelonek Feliks, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Żywcu, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dn. 3.XII 1929 r.

Dr. Kamiński Rajmund, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Gniewie, lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 11.XII 1929 r.

Dr. Lachowski Leonard, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Grudziądzu, lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 11.XII 1929 r.

Dr. Ślebodziński Antoni, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Gorlicach, lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 11.XII 1929 r.

Dr. Augustowicz Henryk, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Odolanowie, prow. lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 14.XII 1929 r.

Dr. Rabczenko Mikołaj, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Dubnie, lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dn. 30.XII 1929 r.

Dr. Kania Feliks, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Wieliczce, lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 31.XII 1929 r.

Dr. Berggrün Herman, lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Śniatynie, lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 18.XII 1929 r.

Dr. Talikowski Jan, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Rawie Mazowieckiej, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dn. 31.XII 29 r.

Dr. Wiszniewski Konstanty, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Płońsku, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 31. XII. 1929 r.

Dr. Białobrzeski Antoni, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Srodzie, prowizorycznym lekarzem powiatowym w VII st. sl. także dekretem z dnia 14. XII. 1929.

Przeniesieni:

Dr. Gefäll Maurycy, prow. lekarz powiat. w VIII st. sl. w Starostwie pow. w Drohobyczu, na także stanowisko w Starostwie pow. w Bohorodczanach dekretem z dnia 2. XII. 1929

Dr. Kwaśniewski Mieczysław, lek. pow. w VIII st. sl. w Starostwie pow. w Kosowie, na także stanowisko w Starostwie pow. w Drohobyczu dekretem z dnia 2.XII. 1929 r.

Dr. Grochowiak Franciszek, lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Pilźnie, na także stanowisko w Starostwie powiatowym w Jasle dekretem z dnia 5. XII. 1929.

Dr. Gieplewski Aleksander, lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Grybowie, na także stanowisko w Starostwie powiatowym w Makowie dekretem z dnia 6. XII. 1929.

Dr. Olszewski Józef, lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Makowie, na także stanowisko w Starostwie powiatowym w Grybowie dekretem z dnia 5. XII. 1929.

Dr. Madej Kazimierz, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Ostrzeszowie, na także stanowisko w Kępnie dekretem z dnia 31. XII. 1929.

Dr. Komornicki Stanisław, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Kępnie, na także stanowisko w Starostwie powiatowym w Makowie Mazowieckim dekretem z dnia 31. XII. 1929.

Zwolnieni:

Dr. Haniewicz Aleksander, prow. lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym w Drohiczynie, z dniem 31. XII. 1929.

—Walne zebranie doroczne Komitetu Propagandy Medycyny Lotniczej w Polsce odbyło się w dniu 20.XII.1929 r. w Sali Konferencyjnej Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich (Mokotów — Lotniko) pod przewodnictwem prof. U. W. R. Nitscha. W tej samej sali przed rokiem miało miejsce zebranie organizacyjne tegoż Komitetu, który powstał z inicjatywy kilku lekarzy wojskowych z gen. S. Rouppertem na czele. Komitet powstał przede wszystkim dla popularyzowania samej potrzeby t. zw. medycyny lotniczej w Polsce i jej doniosłej roli dla rozwoju naszego lotnictwa, a następnie także dla gromadzenia przez koła lekarskie i nielekarskie, pozyskane dla tej idei, zasobów materialnych, niezbędnych do postawienia badań lotniczo-lekarskich na wysokim poziomie naukowym.

Jak widać ze sprawozdania, przedstawionego przez Wydział Wykonawczy, to w ciągu ubiegłego pierwszego roku swego istnienia Komitet nie dążył narazie do intensywnego rozrostu liczebnego, lecz pragnął przez nielicznych wprowadzić, ale oddanych swej idei adherentów pozyskać sympatię i zrozumienie w ośrodkach życia kulturalnego całego kraju. To też, jak wynikało ze sprawozdania skarbnika (dra K. V a c q u e r e t) za rok ubiegły, dochody Komitetu ze składek członkowskich (których wysokość minimalną ustalono na 5 zł. rocznie), wyniosły zaledwie około 2,000 zł. większe zaś sumy uzyskano w postaci zapomóg od organizacji pokrewnych i wspierających, jak od Ligi Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej, od Komitetu Lotnictwa Sanitarnego, od Koła Skarbowców L. O. P. P. i od Komitetu Wojewódzkiego Krajoznawstwa L. O. P. P. Dzięki tym hojnym datkom Komitet posiada dziś na koncie czekowym P. K. O. Nr. 19091 około 22 tys. złotych, które stanowią poważny już załącznik przyszłych funduszy, tak potrzebnych dla urzeczywistnienia kamierzeń Komitetu.

O tych najbliższych zamierzeniach poinformował zgromadzonych płk. lek. A. H u s z c z a, Kierownik Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich, w treściwym referacie, poświęconym omówieniu metod badań nad wpływem niskich ciśnień na organizm. Podniósł on ogólną wartość tych badań, dokonywanych w komorach niskiego ciśnienia, czyli w t. zw. kesonach pneumatycznych, jak również w specjalnych samolotach, przeznaczonych dla celów doświadczalnych. Są to właściwe warsztaty pracy naukowo-dosлідczalnej w zakresie medycyny lotniczej, bez których nie można sobie wyobrazić szybkiego jej rozwoju i dalszych postępów. Dlatego też należy sobie postawić jako główny cel gromadzenia funduszy Komitetu jaknajprędzej stworzenie tych aparatów, dążąc do zbudowania ich środkami krajowymi.

Na tem samem posiedzeniu została także podniesiona sprawa utworzenia Rady naukowej lotniczo-lekarskiej, której głównem zadaniem byłoby nadawanie właściwego kierunku pracom naukowym, prowadzonym na terenie Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich w różnych działach medycyny lotniczej. W skład tej Rady mieliby wejść wybitni przedstawiciele wiedzy lekarskiej, zaproszeni przez Ministerstwo Spraw Wojskowych oraz Ministerstwo Komunikacji, gdyż oba te Ministerstwa są zainteresowane w pierwszym rzędzie w szybkich postępach tych badań.

Co do ogólnego kierunku działalności Komitetu w roku bieżącym wypowiedziano się za tem, aby dla ożywienia ruchu

propagandowego zarówno w stolicy, jak i na prowincji tworzyć tam placówki Komitetu w postaci miejscowych jego sekcji czy kół, które powinny nawiązać stały kontakt z Komitetami Wojewódzkimi lub regionalnymi L. O. P. P., z Wydziałami Lekarskimi Uniwersytetów oraz Izdami Lekarskimi. Dla zainteresowania zaś kół fachowo-lekarskich zagadnieniami z zakresu medycyny lotniczej — należałoby urządzić od czasu do czasu odczyty, wygłaszane przez lekarzy lotniczych miejscowych, lub też delegowanych z Centrum. Wciągając w ten sposób szersze, niż dotychczas, warstwy do akcji Komitetu, należy mieć na widoku w głównej mierze popularyzowanie zadań Komitetu i rozszerzanie sfery jego wpływów, nie zaś bezpośrednie dochody materialne z drobnych składek członkowskich, które nie mogą same przez się wiele zaważyć na szali gromadzenia funduszków Komitetu. Natomiast bardzo wydawną w tym względzie pomoc mogłaby okazać Liga Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej, jako organizacja, obejmująca całokształt spraw, dotyczących obrony powietrznej Państwa, a więc i sprawy medycyny lotniczej, grającej niepoślednią rolę w organizowaniu siły i tężyzny lotnictwa.

Wszystkie te postulaty, wysunięte na Walnem zebraniu, są zupełnie celowe i niewątpliwie przyczynią się do wzmocnienia akcji Komitetu i do szybszego zrealizowania jego zamierzeń. Dla zaznajomienia członków Komitetu, obecnych na tem zebraniu, ze stanem zaopatrzenia Centrum Badań w całą skomplikowaną aparaturę kliniczną i laboratoryjną, Kierownik C. B. L. L. po zamknięciu posiedzenia oprowadzał gości po wszystkich pracowniach i gabinetach, gdzie specjaliści poszczególnych działów udzielali wyjaśnień i demonstrowali urządzania i przyrządy.

Interesujący się bliżej działalnością Komitetu i pragnący zapisać się na listę członków mogą zwracać się telefonicznie lub listownie do plk. dra. A. H u s z c z y, Kierownika Centrum badań Lotniczo-Lekarskich (tel. służbowy 522-98, adres Mokotów-Lotnisko, bud. 28).

—Część naukowa „Warszawskiego Kalendarza Lekarskiego” na r. 1930 — zawiera szereg artykułów pod ogólnym tytułem „Wspólczesne metody badania” w opracowaniu: „Zarys badania w chorobach wewnętrznych” — dr. Z. Goreckiego; „Badanie narządu oddechowego” — dr. Stef. Rudzkiego; „Metodyka i plan badania układu nerwowego” — dr. Wł. Sterlinga, „Rozpoznanie chirurgiczne” — doc. dr. J. Rutkowskiego, „Badanie w chorobach kobiecych” — doc. dra Z. Monsiorskiego, „Badanie położnicze” — doc. dr. H. Becka, „Zarys badania w chorobach umysłowych” — dra J. Nelkena, „Metodyka badania skóry” — dra St. Kapuścińskiego, „Badanie narządu wzroku” — doc. dr. W. Melanowskiego. „Laboratoryjne metody badania w chorobach skóry i wenerycznych” — dr. M. Grzybowski.

—Nr. 2-gi dwutygodnika „Dziecka i Matki” przynosi następujące artykuły: „Wychowanie etyczne w niemowlęctwie” M. Benisławska, „Kształcenie uczuć rodzinnych” Z. A. Wołowska; „O prawa dzieci w ogrodach Miejskich” J. Ładzińska, Dalej następują: „Krzyk dziecka”, „Jakie mogą być przyczyny braku apetytu”, „Nie czynimy dziecka przy stole ośrodkiem zainteresowania”, „Obiady w jadłospisie dziecka” M. Morzkowskiej, „Higiena piersi przy karmieniu” dr. Z. Michejdziny,

„Lewatywa”, „Krótsza nóżka u dziecka” dr-a A. Klęska, „Rózyzka” d-ra P. Gleicha.

Numer uzupełnia nowela J. Korczakowskiej „Niepotrzebny”, wiersz M. Czerkawskiej „Matka”, dyskusja w dziale „Matki między sobą” o sile woli w wychowaniu, obszerny dział mód oraz uczesania dzieciinne i wyczerpujące odpowiedzi redakcji. Liczne, jak zwykle, ilustracje ożywiają numer.

SPROSTOWANIE. W Nr. 4 „Warsz. Czasop. Lek.” w protokół posiedzenia Zrzeszenia Lekarzy Rzeszyposp. Polskiej mylnie podano, że przypadek Turyna spostrzegany był na oddziale prof. Semerau-Siemianowskiego; powinno być: na oddziale D-ra Otto.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

4. II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. L. Karwacki. Saprofityczne prątki gruźlicze w związku z zagadnieniami szczepień ochronnych i bakterjoterapii gruźlicy. 2. J. Węgieńko. Wpływ białka i tłuszczu na krzywą glikemiczną po podaniu cukru gronowego u chorych na cukrzycę.

5. II. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1. H. Brokman, M. Bussel, M. Mayzner. Wyniki uodparniania krowianką zabitą. 2. H. Brokman, M. Bussel, M. Mayzner. Znaczenie alergii w patogenezie ospy.

6. II. Warszawskie Towarzystwo Ginekologiczne.

1. K. Łuniewski. Życiorys ś. p. prof. A. Rosnera. 2. A. Czyżewicz. Działalność naukowa A. Rosnera. 3. H. Beck. Konstytucja narządów rodnych kobiecych w świetle badań A. Rosnera.

8. II. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportecznej. Sekcja kliniczna.

Pokazy: Held i Heiman. Przypadek ropnia płuc w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, wyieczony za pomocą odmy piersiowej. 2. H. Higier. Przypadek przedstarzej postaci choroby Buergera z bólami napadawymi kończyn dolnych w spokoju. 3. H. Higier. Przypadek młodzieńczej postaci choroby Buergera z bólami napadawymi kończyn górnych podczas ruchu.

Odczyty: 1. D. Szenkier. O nowym objawie kamicy nerkowej. 2. Konorski i Miller. Nowe zagadnienia z dziedziny odruchów warunkowych.

TREŚĆ: J. GLASS. O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczeniu w patologii i terapii. — M. ERLICHÓWNA Kilka uwag o nakłuciu lędźwiowem. — J. K. SZPILMAN. Kilka słów o przekłuwaniu uszu. — B. GLASS. Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju (Str. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. SZYMANOWSKI. O unifikację Państwowej Służby Zdrowia w Polsce. — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące — Sprostowanie. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. GLASS. Sur le chlore dans l'organisme et sur son rôle en pathologie et thérapie. — M. ERLICH. Quelques remarques sur la ponction lombaire. — J. K. SZPILMAN. Quelques mots à propos des oreilles percées. — B. GLASS. Les opinions modernes concernant le rôle et la signification de certains électrolytes de l'organisme. (Rev. gén. fin.). — Z. SZYMANOWSKI. L'unification du Service sanitaire d'Etat en Pologne. — L. ZAMENHOF. L'histoire de 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.

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 w.dlibra.wum.edu.pl