

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, 13 marca 1930 R.

Nr. 11

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O pewnych zespołach sympatalgicznych oraz ich leczeniu. *)

Podał

J. MACKIEWICZ (Warszawa).

Pomimo olbrzymiego piśmiennictwa z dziedziny układu współczulnego nie posiadamy jeszcze ścisłego określenia klinicznego zespołów bólowych, dotyczących tego układu, co w znacznej mierze utrudnia rozpoznanie różniczkowe. Wiemy, że w cierpieniu nerwu obwodowego może powstać ból o charakterze neuralgicznym lub neurytycznym. Bóle neuralgiczne w pierwszym rzędzie cechuje napadowość, ścisłe umiejscowienie w obrębie określonego przebiegu danej gałązki nerwowej, promieniowanie wzdłuż sąsiednich gałązek, o ile pień nerwowy posiada rozgałęzienia; dalej, obecność punktów bolesnych na ucisk w miejscach blisko przylegających do kości. Znane nam są również objawy wtórne, jak zaczerwienienie skóry lub spojówek, albo wzmożone działanie wydzielnicze i t. d., lecz właśnie te objawy spostrzegamy w neuralgjach nerwów, obficie zaopatrzonych we włókna współczulne (jak na przykład, w nerwobólu nerwu trójdzielnego).

Natomiast bóle t. zw. neurytyczne, spowodowane głębszymi zmianami anatomicznymi włókien nerwu obwodowego, odznaczają się bólem o charakterze więcej stałym, bolesnością na ucisk wzdłuż całego przebiegu nerwu obwodowego, bolesnością przy wyciąganiu pnia nerwowego, zaburzeniami w dziedzinie ruchowej, odruchowej, odżywczej, wydzielniczej i naczynioruchowej — zależność od udziału w danej sprawie gałązek o rozmaitym zakresie czynności, pomieszanych ze sobą w samym pniu nerwu obwodowego. Towarzyszące objawy ze strony układu współczulnego zależne są od większej lub mniejszej zawartości włókien współczulnych w danym pniu nerwowym. Doświadczenie traumatologii wojennej wykazało, że najwięcej objawów współczulnych spostrzegamy w cierpieniu *n. ischia-*

dici i n. mediani, natomiast w schorzeniu innych nerwów objawy współczulne mogą wcale nie występować

Jeśli przejdziemy do bólu współczulnego czystego (t. zw. sympatalgicznego) — to jakież są cechy charakterystyczne tego bólu?

Aby uprościć sobie to zadanie, podamy z początku obraz urazowego zespołu włókien współczulnych dookoła naczyń. Wojna dostarczyła nam niemało sposobności do tego czystego eksperymentu.

Bóle zjawiają się nie bezpośrednio po urazie, lecz przeważnie po upływie 8-10 dni. Jeśli rozpoczynają się wcześniej, to całkowity obraz bólowy występuje w pełni właśnie po tym przeciągu czasu.

Co do samego charakteru bólu — wykazuje on wyjątkowe nasilenie, powoduje uczucie parzenia, pieczenia, stąd nazwa jego kauzalgja, nadana przez Weiz-Mitchella. Najciekawszym zjawiskiem jest fakt, że ucisk na klasyczne punkty neuralgiczne nie wywołuje, ani też nie wzmacnia bólu, już istniejącego, podobnie i ostrożne dotknięcie skóry. Natomiast najwyższe nasilenie bólu zostaje spowodowane przez pociągnięcie palcem lub innym przedmiotem po skórze. Dotyczy to wyłącznie skóry suchej, podczas gdy przeciągnięcie palcem po skórze wilgotnej nie wywołuje żadnego bólu. Spostrzeżenie, że skóra wilgotna zmniejsza stan bólowy, zawdzięczamy w każdym poszczególnym przypadku samym chorym. Już po pierwszej kąpieli lub przy myciu chory sam robi to doniosłe odkrycie, że woda znacznie łagodzi nieznosny jego stan bólowy, i od tej chwili chory ten nie rozstaje się z wilgotnymi okładami. Wszyscy chorzy, których spostrzegłem, przybywali bez wyjątku na poradę albo też do szpitala z wilgotnymi okładami na chorych kończynach.

Następnym czynnikiem, który cechuje ten zespół bólowy, jest wpływ wrażeń słuchowych lub wzrokowych, jak również stanu wzruszenia na nasilenie się bólów: szum, stukanie w pokój, zamiatanie podłogi obok łóżka chorego — już wywołują ból nie do zniesienia. Niektórych chorych z tego właśnie powodu byłem zmuszony odosobnić w oddzielnym pokoju

*) Odczyt, wygłoszony 17 XII. 1929 r. na posiedz. Zrzesz. Lekarzy Rzecz. Polsk. w Warszawie.

ponieważ pobyt na sali ogólnej był dla nich katuszą. Niektórzy z nich dochodzili do takiej wrażliwości, że rozmaicie oddziaływali na dźwięki różnej wysokości.

Jeśli w nerwobólach, jak zaznaczono wyżej, spostrzegamy nierzadko promieniowanie bólu wzdłuż sąsiednich gałęzi tego samego pnia nerwowego, to w sympatalgii stwierdzamy zjawisko wręcz odmierne, a mianowicie: nasilenie bólu bardzo łatwo wywołać można przez dotykaniem innych, nieraz bardzo oddalonych miejsc ciała. Co do tego zjawiska, który nosi nazwę synestezalgii, spostrzegamy dwa typy chorych: jeden, u którego ból powstaje przy dotykaniu tej samej połowy ciała, u drugiego zaś typu zjawiska bólowe występują przy dotykaniu miejsc symetrycznych drugiej kończyny. W jednym przypadku chory zmuszony był wszystkie 4 kończyny owijać mokremi chustkami, ponieważ inaczej najłżejsze dotknięcie trzech zdrowych kończyn wywoływało w chorej kończynie ból nie do zniesienia. Inny znów chory urządził się tak pomysłowo, że, mając chorą prawą nogę, stale chodził w butach, napełnionych wodą.

Widzimy tedy, że powyżej wyszczególnione objawy patofizjologiczne oraz warunki, powodujące nasilenie bólów lub też ich złagodzenie, nie są bynajmniej zjawiskiem odosobionem, lecz występują w sposób zupełnie stereotypowy, przyczem nie może być mowy ani o sugestji, ani też o autosugestji, ponieważ, jak zazaczyłem, wszyscy chorzy bez wyjątku, bez czyichkolwiek wskazówek, sami dla siebie odnajdują zupełnie te same najlepsze warunki, w których stan bólowy w znacznej mierze zostaje złagodzony.

Praktyka czasów wojennych wykazała, że ten wyjątkowo ciężki zespół bólowy znika niezwłocznie po zabiegu operacyjnym Leriche'a. Rzeczywiście, wynik operacji jest natychmiastowy.

W swoim czasie, w latach 1918—1921, spostrzegając cały szereg przypadków wymienionego cierpienia, przystąpiłem do badań farmakodynamicznych, przyczem okazało się, że morfina w zwykłych dawkach leczniczych żadnego wpływu na tego rodzaju bóle nie wywiera, podobnie jak atropina; adrenalina zaś powoduje niesłychane nasilenie bólu, podczas gdy pilokarpina już po upływie 15—25 minut usuwa ból na przeciąg 4 do 6 godzin. Przez dłuższy czas stosowałem tę próbę pilokarpinową w celach rozpoznania różniczkowego między kausalgią urazową a urazem podrażnieniem pni nerwowych, a to z tego względu, że rany postrzałowe dookołanaczyniowe w szeregu przypadków powodowały również większe lub mniejsze uszkodzenie poszczególnych nerwów na kończynach. Jeżeli morfina okazywała pożądany skutek, kierowałem chorego do operacji bezpośrednio na samym pniu nerwowym (neuroliza), natomiast przypadki, które zachowywały się opornie względem morfiny, lecz oddziaływały dodatnio na pilokarpinę, przekazywałem do zabiegu Leriche'a.

Traf chciał, że jeden chory, którego skierowałem do operacji, stanowczo odmówił swej zgody na zabieg chirurgiczny i stale żądał zastrzykiwań pilokarpiny. Pod wpływem tego leczenia bóle szybko ustępowały i po 3 tygodniach chory zupełnie wyzdrowiał. Przypadek ten naprowadził mnie na

myśl, że pilokarpina, stosowana systematycznie, może w skutkach swoich zastąpić operację Leriche'a. Wyniki spostrzeżeń tych wraz z pokazami chorych przedstawiłem swego czasu towarzystwom lekarskim w Charkowie, a w r. 1922 ogłosiłem je w „Neurologji Polskiej” w № poświęconym D-rowskiemu Goldflamowi, w pracy pod tytułem „O kausalgii i o stosowaniu środków neurotropowych”. W r. 1924 prof. Orzechowski w pracy, poświęconej temuż przedmiotowi potwierdził w zupełności moje spostrzeżenia. Prof. Orzechowski w resumé pisze: „pilokarpina jest potężnym lekiem przeciwbólowym w kausalgiach urazowych. Ponadto może je ona wprost leczyć, czyniąc zbytecznym zabieg Leriche'a”. Dalej jeszcze prof. Orzechowski pisze: „pilokarpina daje poprawę odrazu. Tak „cudownie” działała ona w drugim przypadku, tak samo szybko usunęła ból nerwowy w przypadku czwartym”. Dodajmy, że prof. Orzechowski w swej pracy ogłosił szereg przypadków kausalgicznego bólu pochodzenia nieurazowego, w których pilokarpina dała bardzo dobre wyniki.

W ciągu ostatnich 8 lat prowadziłem dalej badania nad zagadnieniem tem i muszę zaznaczyć, że w całym szeregu cierpień — o ile to dotyczy kończyn, jak np. w *claudicatio intermittens*, w chorobie Raynauda, w sklerodermji i tp., stosowanie pilokarpiny żadnego działania nie wywarło.

W sprawie sympatalgii kończyn podaję tylko jeden przypadek, który spostrzegalem w roku ubiegłym, a który świadczy o tem, że kausalgia klasyczna może być spowodowana nie tylko cierpieniem pourazowym włókien współczulnych dookołanaczyniowych, lecz może rozwinąć się w sposób odruchowy po urazach, bardziej obwodowo umiejscowionych.

Chory lat 23. przed rokiem uległ zagranicą nieszczęśliwemu wypadkowi przy pracy, przyczem został uszkodzony ostatni członkiem trzeciego palca prawej ręki. Wkrótce wystąpił okropny ból, który zupełnie unieruchomił całą kończynę górną. Oprócz unieruchomienia nastąpiło częściowe przykurczenie we wszystkich stawach. W ciągu całego roku chory szukał porady u lekarzy, przyczem trzykrotnie dokonano zabiegu operacyjnego na pozostałych członkach chorego palca nieszczęśliwie bezskutecznie.

Przy bliższym badaniu stwierdziłem, że chory wykazuje wszystkie cechy klasycznej kausalgji, i oczywiście, nie brakło też okładów wilgotnych, z którymi chory nie rozstawał się od dłuższego czasu. Systematyczne stosowanie pilokarpiny w ciągu 10 dni w zupełności usunęło nie tylko stan bólowy, lecz i unieruchomienie przykurczeniowe całej kończyny.

Przypadek ten przytaczam ze względu na uraz bardziej obwodowy. Unieruchomienie przykurczeniowe kończyny właściwie nie należy do klasycznego zespołu kausalgicznego i z tego punktu widzenia winno być raczej zaliczone do specjalnego rodzaju „porażenia pochodzenia odruchowego” (paralysie d'ordre de reflexe Babiński-Fromment). Jednakże Laignel-Lavastine już podczas wojny zwrócił uwagę na to, że w cierpieniu tem mamy do czynienia z zespołem czysto współczulnym, któremu proponował nadać nazwę „dystonies sympathogénétiques”. Przypadek nasz uważać należy za połączenie dwóch cierpień współczulnopochodnych: kausalgji i dystonii mięśni po-

chodzenia współczulnego. Pilokarpina w danym przypadku bardzo szybko usunęła oba te zespoły jednocześnie.

Jeśli zatrzymałem się nieco dłużej na zespołach współczulnych kończyn, uczyniłem to dlatego, że materiał kliniczny, którego dostarczyła nam wojna, i w dalszym ciągu stale dostarczają urazy zwykłe, przedstawia się w sposób mniej złożony, aniżeli cierpienia o podobnym podłożu w innych narządach. W przypadkach tych nasze postępowanie lecznicze (brak efektu po operacji neurolizy, natychmiastowy skutek po zabiegu operacyjnym Leriche'a) przeistoczyło je niemal w przyczynki do czystego eksperymentu fizjologicznego; i właśnie w tych przypadkach, jak widzimy zarówno ze spostrzeżeń prof. Orzechowskiego, jakoteż i własnych, pilokarpina wywoływała nie tylko skutek tymczasowy, lecz, przy systematycznym podawaniu w zupełności zdołała zastąpić operację Leriche'a.

Przechodząc do bólów pochodzenia współczulnego w innych narządach, stwierdzamy, że stosunki tamże są znacznie bardziej złożone ze względu na nader powikłane rozpoznanie różniczkowe. Rzecz prosta, że bóle współczulnopochodne mogą być umiejscowione w najrozmaitszych częściach ciała, jak np. w pokrywach skórnych (*erythromelalgja*, *acroparesthesiae* i t. p.), w narządach trzewnych, w pęcherzu moczowym, w moczowodach i nerkach oraz w narządach płciowych i t. d. W pracy niniejszej zatrzymam się jedynie na sympatalgjach trzewnych. Są to sprawy, które od czasu do czasu omawiane są w piśmiennictwie lekarskim, które nierzadko przychodzą na myśl klinicyście w obliczu powikłanych i niejasnych przypadków, gdzie, po wyczerpaniu wszelkich sposobów rozpoznawczych, lekarz stoi nadal, jak przed zagadką, chory zaś, po zastosowaniu wszelkich środków leczniczych, nie wyłączając zabiegów chirurgicznych, pozostaje ze swym wyjątkowo dokuczliwym cierpieniem.

Bóle te oddawna znane w piśmiennictwie pod nazwą neuralgji, nerwobólu spłotu słonecznego (trzewnego)—*solairalgie* autorów francuskich—(*neuralgia coeliaca* lub *neurosis plexus solaris*). Mamy cały szereg prac klinicznych, poświęconych temu zagadnieniu, jak Bichata, Teissiera, Triantephyllidis et Francesco Saldi, Mathieu Fraisin, Schönleina, Romberga, Henocha, Bambergiera, Wittmaacka, Pincusa, Adriana, Lussano et Jugoni, Laboulbigne, Axenfelda, Jolly, Sandres, Eulenburgera i Putmana, Bucha, Feuilleta i Hoffmanna. Z punktu widzenia semiologicznego próbowano określić ten rodzaj bólu; jako „gwóźdź słoneczny” (*clou solaire*) i usiłowano odnaleźć specjalne jego siedlisko, które jakoby miało się znajdować nieco wprawo od linii środkowej, w miejscu, gdzie linia ta łączy się z linią, przeprowadzoną na poziomie dziesiątych żeber (Mathieu). Według Roux, stała nadwrażliwość spłotu trzewnego może być również spowodowana cierpieniem ustrojowym: przewlekłym zapaleniem wyrostka robaczkowego, kamicią żółciową, bolesnem scho-

rzeniu narządów płciowych, przedewszystkiem zaś—opuszczeniem się narządów trzewnych; wszystko to dotyczy przedewszystkiem osób neuropatycznych. Fraikin zwraca uwagę na specjalną technikę badania punktu bolesnego w pozycji stojącej. Jaboulay w r. 1900 w monografji, poświęconej chirurgji układu współczulnego, opisuje dość szczegółowo ten zespół bólowy. Zdaniem tego autora, ból wyjątkowo zmienny pod względem nasilenia i umiejscowienia jest bardzo trudny do sprecyzowania, lecz wyrazy „ból rozlany”, „głęboki”, „powodujący omdlenie” dają dostatecznie prawdziwy obraz jego. Chorzy często porównują ból ten z dobrze znaną kolką jelitową. Jest rzeczą ciekawą, że autor ten przed 30 laty dokonał w dwóch przypadkach omawianego cierpienia zabiegu chirurgicznego, przyczem mocno rozciął pomiędzy palcami okolice zwoju współczulnego (*ganglion semilunare*) i na znacznej przestrzeni odsłonił tętnicę główną brzuszną oraz spłot trzewny. W obu tych przypadkach skutek zabiegu operacyjnego był bardzo dobry, gdyż bóle zupełnie ustąpiły. Jednak ścisłego określenia semiologicznego tego rodzaju bólu współczulnego w znaczeniu różniczkowo-rozpoznawczem zarówno Jaboulay, jak i jeden z najwybitniejszych znawców patologji układu współczulnego, autor wyczerpującej monografji, Laignel-Lavastine,—nie podają. Ostatni wypowiada się, jak następuje: „Jeśli tego rodzaju operacje są nieraz korzystne, to właściwie interniści powinni wypowiedzieć się o wskazaniach do operacji i ściśle określić, jakie podrażnienia spłotu trzewnego są pochodzenia odruchowego lub neurytycznego, neuralgicznego, albo wreszcie nerwotycznego”. Jak widzimy, orzeczenie takie jest raczej postawieniem kwestji, aniżeli jej rozstrzygnięciem. W r. 1922 zajął się specjalnie tą kwestją Avierinos, mianowicie, zapomocą badań farmakodynamicznych usiłował on przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy bólami pochodzenia współczulnego a bólami, spowodowanymi cierpieniami ustrojowymi narządów. Autor przyszedł do wniosku że, podczas gdy antipiryna w sposób wybiórczy koi punkty bolesne spłotu trzewnego, belladonna uśmierza punkty bolesne w żołądku i dwunastnicy. W r. 1921 Mouthier zwrócił uwagę na to, że omawiane przez nas bóle znacznie się zmniejszają pod wpływem ezeryny, która stanowi wyborny lek kojący dla układu współczulnego, a jednocześnie działa jako lek przeciwniczny (antagonista) atropiny w przepisie następującym:

Eserini neutral. salicylici 0,01, *Glycerini neutral. a* 28° 3,5, *Aq. destil.* 1,5, *Alcoholi* 95% q. s. ad. 10,0. Zdaniem Laignel-Lavastine a, w dobie obecnej czynione są próby zastąpienia ezeryny—genezeryną, nowym alkaloidem, wyodrębnionym w r. 1919 przez Polonowskiego i Nitzberga z bobu kalabarskiego. Jest to ezeryna utleniona. Podawana jest jako sól siarczana w postaci pigułek, zawierających ¼ miligr. alkaloidu. Według Lebrai-ne'a, w wyjątkowo ciężkich postaciach solaralgji można podawać do 5 pigułek dziennie.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Dziecięcej Uniw. Warsz.

(Dyrektor: Prof. Michałowicz)

Badania nad przepuszczalnością zatory krwio- mózgowej dla ciał odpornościowych.

Podał

M. PROKOPOWICZ—WIERZBOWSKA (Warszawa).

Badania, dokonane w ostatnich latach przez szereg autorów stwierdziły, iż między krwią a tkanką nerwową istnieje zaporę wybiórczą, która uniemożliwia, względnie utrudnia dostęp pewnym substancjom krążącym we krwi, pozwalając równocześnie innym przechodzić do płynu mózgowordzeniowego i do tkanki nerwowej. Zaporę tę nazwali Stern i Gautier barierą krwio-mózgową (barriere Haematoencephalique) i zaliczają do niej głównie splot naczyński, wyściółkę, ziarna Pachioniego, szyszynkę oraz śródbłonek naczyń krwionośnych. Doświadczenia Zandowej wykazały, że główną rolę narządu ochronnego, t. j. bariery między krwią a układem nerwowym, odgrywa naczyniówka, a w niej komórki układu siateczko-śródbłonkowego, t. z. histiocyty, które znajdują się wszędzie, gdzie się styka układ krwionośny z układem nerwowym.

Z licznych badań wiadomo, iż, o ile opyny znajdują się w stanie normalnym, są one nieprzepuszczalne dla pewnych substancji, wprowadzonych do krwiobiegu, jak: jod, arsen, żelazo, kurara, barwniki żółciowe i inne, przepuszczając równocześnie inne, jak salicylaty, strychninę, morfinę, wyskok, chloroform, eter, atropinę, urotropinę, brom i t. d. Ta cecha dotyczy również produktów samego organizmu, a więc wydzielin gruczołów i fermentów.

Stosunkowo niewielu badaczy ustala rolę zatory w stosunku do ciał obronnych organizmu, a więc do t. z. ciał odpornościowych. Poszukiwanie przeciwciał normalnych, hemolizyn wykazało (Amzłówna i Herman) ich brak w płynie mózgowordzeniowym osobników zdrowych, a zjawianie się w stanach patologicznych (drętawica karku, stwardnienie rozsiane, płasawica i t. d.), podobnie jak i w warunkach chorobowych zjawiają się w płynie inne ciała odpornościowe, np. precypityny dla meningokoków w drętawicy karku (Vincent-Bellot), aglutyny w durze osutkowym, przymianie w surowicy 1:100, zaś w durze brzuszonym przy mianie 1:1000.

Dotychczasowe badania jednak nie wyjaśniają dostatecznie roli zatory krwio-mózgowej w stosunku do przeciwciał ochronnych (antytoksyny), wytwarzanych w organizmie zdrowym, bądź też doprowadzanych z zewnątrz. Odpowiedź na to zagadnienie może posiadać pewną wartość praktyczną ze względu na szerokie stosowanie surowic leczniczych, w szczególności zaś w stanach chorobowych, w których ulega uszkodzeniu przez jady bakteryjne układ nerwowy.

Badania, przytoczone poniżej, miały na celu oświetlenie powyższego zagadnienia, przyczem

wzięto pod uwagę przeciwciała błonicze, jako najłatwiej dostępne dla dokładnego określenia ilościowego. Badanie polegało na określaniu ilości przeciwciał błoniczych w surowicy krwi oraz w płynie mózgowordzeniowym w następujących trzech grupach osobników: I-szą grupę stanowiły dzieci z odpornością naturalną, a więc posiadające przeciwciała w surowicy i dające ujemny odczyn Schicka. II-gą dzieci, uodparniane biernie przez wprowadzenie surowicy odpornościowej domięśniowo, III-cią dzieci, uodparniane czynnie za pomocą anatoksyny błoniczej. Określanie przeciwciał błoniczych wykonano metodą RömERA, t. j. miareczkując przeciwciała na skórze świnki morskiej, *) która to metoda pozwala określić ze znaczną dokładnością ilość przeciwciał, zawartych w badanym płynie.

I-sza grupa z odpornością wrodzoną (Schick —)

		Surowica	Płyn m. rdz.
Nr. 5 R. 15 mies.	<i>Idiotismus</i>	1/20 jed. w cm ³	—
Nr. 7 S. 11 mies.	<i>Hydroceph.</i>	1/30 jed. w cm ³	--
Nr. 8 K. 15 mies.	<i>Spasmus nutans</i>	1/5 jed. w cm ³	—
Nr. 13 M. 12 lat	<i>Epi.</i>	1/2 jed. w cm ³	—
Nr. 18 D. 4½ lat	<i>Idiotismus</i>	1/8 jed. w cm ³	—
Nr. 1 S. 12 lat.	<i>Idiotism. Pleuritis t. b. c.</i>	1/5 jed. w cm ³	> 140 j.

II-ga grupa z odpornością bierną.

		zastrzyk- nięcie surowicy	badanie po	surowica	płyn m. rdzen.
Nr. 2	<i>Z. Diphtheritis nasi</i>	3.000 j.	2 godz.	1/10 j.	—
Nr. 3	S. 10 mies. <i>Di. nasi</i>	2.000 j.	3 godz.	1/30 j.	—
Nr. 4	R. 1—rok	3.000 j.	24 godz.	< 1 j.	—
Nr. 6	R. 15 mies.	3.000 j.	24 godz.	1/5 j.	—
Nr. 9	P. 8 mies. <i>Hydroceph. cong.</i>	4.000 j.	72 godz.	< 3 j.	1/10 j.
Nr. 12	Z. 4 lata <i>M. Littlea</i>	8.000 j.	72 godz. 168 „ 288 „	2 j. 2 j. < 2 j.	— — —

*) Metoda RömERA polega na wstrzykiwaniu do skóry świnki morskiej mieszaniny badanego płynu w różnych rozcieńczeniach z toksyną dyfterykcyjną; przy braku przeciwciał odpornościowych (zobojętniających toksynę) w płynie badanym zastrzyknięcie doskórne wywołuje odczyn w postaci zgorzeli.

III-cia grupa z odpornością czynną.

			Od uodpornienia do badania upłynęło	surowica	plyn m. rdz.
Nr. 11	B. 10 lat <i>Cretinismus</i>	Odczyn Schicka ujemny	4 mies.	< 10 j.	2 j.
Nr. 17	B. 14 mies.	dodatni	11 mies.	1 j.	> 1/200 j.
Nr. 18	D. 4½ lat <i>Idiot.</i>	ujemny w surowicy 1/8 jedn.	10 tyg.	9 j.	1/90 j.
Nr. 19	B. 2 lata	dodatni	2 tyg.	5 j.	—
Nr. 13	S. 13 lat.	ujemny	4 mies.	9 j.	4½ j. *)

Wyniki badań grupy I-szej wykazują, iż u dzieci z odpornością naturalną w różnym wieku, przy obecności przeciwciał surowicy w ilości odpowiadającej 1/30 j. do 1-2 j. antytoksycznej w 1 cm.³, w płynie mózgowordzeniowym przeciwciał brak (wyjątek stanowi przypadek Nr. 1.—który omówiony zostanie poniżej).

Dzieciom grupy II-ej wstrzykiwano surowicę odpornościową w różnych ilościach i badano płyn mózgowordzeniowy w różnych odstępach czasu. Okazało się, iż przy wprowadzeniu przeciwciał błoniczych do ustroju w ilościach do 8.000 jednostek nawet po upływie kilkunastu (12) dni przeciwciała w płynie nie zjawiają się. Zaznaczyć przytem należy, że kilkakrotnie powtarzane nakłucie lędźwiowe i wypuszczanie małych ilości płynu nie wpłynęło na zwiększenie przepuszczalności zapory krwimózgowej. W przypadku Nr. 9, przy obecności 3 jednostek antytoksycznych w 1 cm.³ surowicy, stwierdzono w płynie antytoksynę w ilości 1/10 jednostki, co, być może, jest następstwem zwiększonej przepuszczalności zapory w związku z istniejącem u dziecka wodogłowiem wrodzonym.

W grupie III-ej, obejmującej dzieci, uodparniające czynnie, zwraca uwagę niejednorodność wyników. Przypadki Nr. 17 i 19 dotyczą dzieci poprzednio nie odpornych z odczynem Schicka dodatnim, które po uodpornieniu wytworzyły przeciwciała jedynie w ilości odpowiadającej 1 i 5 jednostkom antytoksycznym w 1 cm.³; u tych w płynie mózgowordzeniowym przeciwciała nie zjawily się. Osobniki Nr. 11 i 18 poprzednio odporne (odczyn Schicka ujemny) wytworzyły przeciwciała w znacznej ilości, bo odpowiadającej 9 i powyżej 10 jednostkom antytoksycznym, u tych stwierdzono w płynie przeciwciała w ilości 1/90 i 2 jednostek antytoksycznych. Należałoby z tego wnioskować, iż w przypadkach tych odgrywa rolę znaczna koncentracja ciał odpornościowych błoniczych w surowicy, która pozwala na przenikanie antytoksyny do płynu mózgowordzeniowego. Potwierdzałoby to zdania niektórych autorów (Bieling i Weichbrodt), iż zasadniczo nie ma nieprzepuszczalności bezwzględnej zapory dla żadnej substancji, jedynie względna, zależna od koncentracji danej substancji we krwi.

*) badane podczas *meningitis tbc.*

Przypadek Nr. 1 z grupy I-ej i Nr. 13 z grupy II-ej wymagają specjalnego omówienia. W przypadku Nr. 1 dziecko lat 12 badane w okresie gruźliczego zapalenia opłucny, wykazało w surowicy zawartość antytoksyny, odpowiadającą 115 jednostki, w płynie zaś około 1/40 jednostki, stanowiło więc wyjątek w grupie dzieci z normalną odpornością. To samo dziecko po przejściu zapalenia opłucny uodporniono anatoksyną; przybyło powtórnie do Kliniki po upływie 4 miesięcy z objawami prosówki i zapalenia opon mózgowordzeniowych. Badanie wykazało wówczas zawartość antytoksyn w surowicy w ilości 9 jednostek, w płynie zaś w ilości 4½ jednostki. W przypadku tym zwraca uwagę zwiększona przepuszczalność zapory dla przeciwciał, co się daje wytłumaczyć ostrą sprawą gorączkową w okresie pierwszego badania (zdaniem pani Stern, toksyna gruźlicza zwiększa przejściowo przepuszczalność zapory w okresach gorączkowych) oraz stanem zapalnym opon w czasie drugiego badania.

Streszczając powyższe wyniki badań, można powiedzieć, iż normalnie przez zaporę krwimózgową nie przechodzą do płynu mózgowordzeniowego ciała odpornościowe błonicze: 1) zawarte w surowicy w ilościach, odpowiadających odporności normalnej; 2) doprowadzone do organizmu przy uodparnianiu biernem. Mogą natomiast przejść w ilości nieznacznej przy uodparnianiu czynnem, jeśli koncentracja ich w surowicy osiągnie znaczniejszy poziom (w naszych badaniach przy koncentracji, odpowiadającej około 10 jednostkom antytoksycznym w 1 cm.³). Zaznaczyć przy tem należy, iż stany gorączkowe oraz schorzenia opon ułatwiają przejście ciał odpornościowych z surowicy do płynu mózgowordzeniowego.

Badania przytoczone mają pewne znaczenie z dwóch względów: 1) teoretyczne, stanowią bowiem przyczynek do badań nad przepuszczalnością zapory krwimózgowej i uzupełniają badania nad zachowaniem się jej w stosunku do ciał odpornościowych, 2) nasuwają pewne wnioski natury praktycznej.

Nie jest wyłączone, iż niektóre stany patologiczne układu nerwowego, występujące w przebiegu lub po przejściu ostrej choroby zakaźnej, stoją w związku z istnieniem zapory krwimózgowej, której cechą jest wybiórczość, polegająca na przepuszczaniu jądów bakteryjnych, a nie dająca dostępu do układu nerwowego ciałom ochronnym, znajdującym się w krwiobiegu. W pierwszym rzędzie wchodziłyby tu w grę następstwa zakażenia błonicą, t. z. porażenia pobłonicze.

Porażenia pobłonicze uważane były do niedawna jedynie za sprawę obwodową; w ostatnich latach jednak szereg autorów zwraca uwagę na zmiany ośrodkowego układu nerwowego, występujące w przebiegu tego schorzenia, uważając je bądź to jako sprawę pierwotną, bądź-też następczą w stosunku do zmian w nerwach obwodowych (uszkodzenia dotyczące przednich i tylnych korzonków, komórek zwojowych, jąder nerwu okoruchowego i t. d. Mendel, Preiss, Pierre Marie i inni). Wiadomo, iż układ nerwowy łatwo wiąże jady błonicze, których obecność udało się wykazać w przebiegu porażen dyferytycznych w tkance mózgowej (Guillain).

Przypuszczenie, iż nieprzepuszczalność zapory dla ciał odpornościowych, a tem samem brak ich w tkance nerwowej stanowi jedną z przyczyn porażen pólowniczych, znajduje częściowo potwierdzenie w następujących faktach: 1) wiadomo, iż porażenia pólownicze występują pomimo, iż stosowano surowicę w przebiegu błonicy, oraz w większości przypadków nie ustępują pod wpływem dalszego stosowania surowicy domięśniowo, 2) mogą wystąpić u osobników, które posiadają nawet znaczną ilość przeciwciał w surowicy, 3) w przypadkach porażen pólowniczych stwierdzono brak przeciwciał błonicznych w płynie mózgowordzeniowym (Levergue i Zoeller)

Jeśli przypuszczenie powyższe jest słuszne, to należałoby zeń wyciągnąć wniosek praktyczny w zakresie leczenia porażen pólowniczych przez umożliwienie dostępu przeciwciał swoistych do tkanki mózgowej za pomocą wprowadzania surowicy drogą podoponową do kanału mózgowordzeniowego. Stosowanie surowicy drogą podoponową byłoby więc wskazane zarówno leczniczo już w czasie istniejących porażen pólowniczych, jak też i zapobiegawczo w czasie błonicy, równoległe ze stosowaniami dotychczas zastrzykiwaniami surowicy drogą domięśniową. Stosowanie tej metody, jakkolwiek bez powyższego uzasadnienia teoretycznego, proponowali niektórzy autorowie (F. Ramond i Grandière, Benhamon, Calcaterra), jednakowoż prób na szerszą skalę nikt nie przeprowadził.

Niektórzy autorowie (J. Renault, Levy, Bethoux) stosowali leczniczo z dobrym wynikiem w przebiegu porażen pólowniczych uodparnianie czynne (wstrzykując toksynę z antytoksyną). Pomyślne wyniki tej metody możnaby również wytłumaczyć na podstawie przytoczonych badań tem, iż przy uodparnianiu czynnem i wysokiem mianie ciał odpornościowych w surowicy część ich przenika do płynu mózgowordzeniowego i tem samem do ośrodków nerwowych.

Zwrócenie uwagi na zachowanie się zapory krwiooponowej w stosunku do przeciwciał i wyprowadzone stąd wnioski praktyczne mogą mieć znaczenie również i w innych chorobach, w których na plan pierwszy występują objawy zatrucia ośrodków nerwowych przez jady bakteryjne, wobec których terapia naogół jest bezbronna. Zaznaczyć należy, iż Sperański w swych ciekawych pracach o roli płynu mózgowordzeniowego w patogenezie chorób uważa za wskazane stosowanie surowicy drogą podoponową w chorobach zakaźnych, jak odra i szkarlatyna, wychodząc z założenia, iż choroby te są pierwotnymi cierpieniami układu nerwowego. Wprowadzając surowicę ozdrowieńców drogą nakłucia lędźwiowego chorym na odrę, autor ten otrzymał bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

PIŚMIENICTWO.

Stern i Gautier. Recherches sur le liq. cephalo-rachidien. Arch. internation. de Physiologie XX 1921. V. 17. fasc. II. Stern. La barriere hematoenc. en physiologie et en clinique. Schweiz. Med. Woch. 53. nr. 34 1923. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych. 1923. N. Zandowa. O znaczeniu ochronnem opony nacz. i spłotów naczyniastych. Med. dośw. i społ. 1924. z. 1–2. N. Zandowa. Spłot naczyniasty. Warszawa 1928. Herman i Amzlöwna. Med. dośw. i społeczna 1925. T. IV. Z. 1–2. Bieling u Weichbrodt. Austauschbezieh. zw. Blut Liquor u. Gehirn. Deut. Med. Woch. 1925. Nr. 14. Bruns, Czemer, Ziehen. Handb. d. Nervenkrank. in Kindesalter. str. 513. Lereboullet et Boulanger. Manuel cl. et. therap. dela D.ph. 1928. Renault, Levy, Bettoux. Bull. de Soc. de Ped. 16 dec. 1924. Pierre Marie et Mahtieu. Bull. de Soc. med. des Hop. 1921. 2 dec. Lavergue et Zoeller. tamże. Benhamou, Camatte. Inj. intrarach. de serum antidiph. Paris med. 28 avr. 1923. Calcaterra. Rivista di clinica ped. III ref. Zeitschrift. f. Kinderh. referaty 1912. Sperański. Annales de l'Inst. Past. 1927. Nr. 10. i 1928. Nr. 2.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniw. Warszawskiego.

(Kierownik: Prof. Dr. med. L. Paszkiewicz.)

Ostra martwica trzustki.

Fodał

Docent Dr. W. CZARNOCKI (Warszawa).

Zmiany, spostrzegane na sekcji w ostrej martwicy trzustki, niemal w każdym przypadku są inne. Zależy to nietylko od okresu choroby, w którym chory umiera, lecz i od szeregu innych czynników mniej lub więcej określonych lub też jeszcze

całkowicie nieznanych. Różnorodność obrazów anatomicznych tłumaczy nam używanie rozmaitych mian dla określenia przeważnie jednego i tego samego cierpienia trzustki, które wywołuje pewien zespół mniej lub więcej charakterystycznych objawów klinicznych i często, aczkolwiek nie zawsze, doprowadza do śmierci. Ogólnie rzecz biorąc, na obraz anatomiczny składają się zmiany następujące:

1) Martwica tk. tłuszczowej; 2) wylewy krwawe; 3) martwica tk. gruczołowej; 4) zapalenie (włącznie do ropnego); 5) zgorzel.

Wzajemny stosunek ilościowy tych zmian jest w każdym poszczególnym przypadku inny, i na czoło obrazu anatomicznego wysuwa się bądź martwica tkanki tłuszczowej, bądź wylewy krwawe, bądź martwica samej trzustki, bądź wreszcie zapalenie lub zgorzel. Najpierw omówię poszczególne zmiany, a następnie postaram się wykazać ich łączność przyczynową, oraz którą z tych zmian należy uznać za istotną, a którą za wtórną.

1. Martwicę tkanki tłuszczowej opisał w 1832 r. Balser. Przez długi przeciąg czasu zmianom tym nadawano większe znaczenie patologiczne, niż na to zasługiwały. Rozpoznanie martwicy tk. tłuszczowej zarówno na stole operacyjnym, jak i na sekcyjnym, nie przedstawia w rozwiniętych przypadkach żadnej trudności: w okolicy trzustkowej lub międzyzrazikowej tkance tłuszczowej znajdują się małe ogniska wielkości łąpka szpilki lub soczewicy (rzadko monety jednogroszowej); barwa ich jest biaława lub białozółta; w przypadkach z żółtaczką nasiąkają barwnikiem żółci. Są one bądź miękkie, rozpływające się, bądź bardziej spoiste, jak stearyna. Bardzo rzadko, niekiedy jednak bardzo wyraźnie, otacza je czerwony rąbek (zapalenie odczynowe). Rozległość i liczba ognisk jest bardzo różna. Niekiedy są one tak nieznaczne, że z trudem dostrzegamy je przy przekrawaniu trzustki, to znów są tak liczne, że zwracają na siebie uwagę natychmiast po otwarciu jamy brzusznej, gdyż umieszcwiają się nie tylko między zrazikami trzustki i w jej bezpośrednim otoczeniu, lecz i w tkance tłuszczowej sieci, krezki poprzeczniczy i za otrzewną; rzadziej zjawiają się pod opłucną ścienną, w śródpiersiu, pod nasierdziem i w tkance podskórnej przedniej ściany brzucha, wyjątkowo zaś w podskórnej tkance tłuszczowej kończyn.

Dalsze losy ognisk martwicznych mogą być rozmaite:

1) Wskutek rozwoju tkanki ziarninowej i wessania mas martwicznych mogą powstać małe torbiele w trzustce; 2) ogniska martwiczne mogą zwapnieć; 3) lub ulec zakażeniu (prątek okrężnicy, łańcuszkowce, gronkowce) ze wszelkimi tegoż następstwami.

Badając mikroskopowo, stwierdzamy zupełny brak normalnej budowy tkanki tłuszczowej, zamiast niej widzimy ogniska rozpadłej tkanki lub skupienia igiełkowatych kryształów kwasów tłuszczowych. Miejsca zmienione barwią się bądź rozlanie eozyną bądź hematoksyliną (połączenie kwasów tłuszczowych z Ca). W okresach późniejszych rozwinąć się może odczyn w tkance otaczającej. Polega on na gromadzeniu się białych ciałek krwi i komórek żernych, obładowanych kropelkami tłuszczu (steatoklasty Reitmanna, uważane przez Balsera za bujające komórki tłuszczowe). Obok tych elementów zjawiać się mogą: komórki olbrzymie, liczne eozynochłonne, a w okresach naprawy również i fibroblasty.

W ten sposób przedstawiają się mikroskopowe obrazy martwicy tkanki tłuszczowej, z pominięciem, oczywiście, obrazów, które mogą rozwinąć się w następstwie zakażenia wtórnego.

Martwica tkanki tłuszczowej powstaje wskutek zadziałania zączy trzustkowego — steapsyny — na tkankę tłuszczową, przytem tłuszcz obo-

jętny zostają rozszczepione na swe części składowe, glicerynę i kwasy tłuszczowe (proces analogiczny do jęczenia tłuszczów), a wskutek połączenia tych ostatnich z Ca powstają charakterystyczne białawe lub białozółte, wyżej wspomniane ogniska (analogiczna sprawa do przeobrażenia tłuszczowo-woskowego w zwłokach).

Pogląd ten wypowiedział po raz pierwszy Langerhans, a dzisiaj uznają go wszyscy. W ogniskach martwicznych stwierdzono steapsynę (Flexner).

Drogi działania steapsyny mogą być rozmaite:

1. Najczęściej działa ona bezpośrednio, t. j. nasiąka lub

2. steapsyna może być zaniesiona do okolic odległych za pośrednictwem naczyń chłonnych lub krwionośnych. (Komórki trzustki lub zmiażdżone całe zraziki — wykazali doświadczalnie Eppinger, Payr i Martina).

Należy jednak podkreślić, że zączyn w komórkach trzustki lub w jej soku musi najpierw ulec uczynnieniu, co omówię dokładniej, kreśląc powstawanie ogniskowej martwicy tkanki gruczołowej w trzustce. Teraz wspomnę tylko ogólnikowo, że są to te same aktywatory, które mogą uczynniać trypsynogen na trypsynę.

2. Wylewy krwawe niekiedy stwierdzamy dopiero pod mikroskopem. Czasami są one niezbyt liczne i małe, innym razem są one rozległe i tylko wyjątkowo są tak znacznych rozmiarów, że mogą przyczynić się do śmierci wskutek skrwawienia. W każdym razie wylewy krwi nie-rzadko górują nad innymi zmianami, stąd też i nazwa *apoplexia pancreatis* (Zenker). Zmiany powyższe uważano za przyczynę śmierci wskutek t. zw. wstrząsu brzuszno- (podobnie jak w doświadczeniu Goltza). Ponieważ jednak nie wiadyano przepełnienia krwią naczyń jamy brzusznej oraz jednoczesnego niedokrwienia serca, przeto dzisiaj śmierć w tego rodzaju przypadkach tłumaczymy odruchowym zahamowaniem czynności żołądka, jelita cienkiego, przepony, oddychania, serca, naczyń i mózgu wskutek podrażnienia spłotów współczulnych — *plexus solaris et ganglion semilunare* (Seitz).

Przyczyny krwotoków są takie same, jak w przypadkach innych. Na szczególne podkreślenie zasługują: 1. Zmiany w samej ścianie naczyniowej, zależne od alkoholizmu, nadmiernej otyłości lub wyniszczenia, gdyż u takich osobników najczęściej spostrzegano ostrą martwicę trzustki; 2. Możliwość nadtrawiania ściany naczyniowej przez uczynniony sok trzustkowy.

W większości przypadków sprawą pierwotną jest martwica tkanki gruczołowej, a krwotoki są jej następstwem, wyjątkowo zaś krwotoki poprzedzają martwicę (ogólne zastoje: — marskość, rozzedma, niewydolność serca prawego).

3. Martwica tkanki tłuszczowej. Sądząc ze spostrzeżeń, poczynionych na stole operacyjnym, martwicę trzustki poprzedza ostry obrzęk. Na całej przestrzeni lub tylko w pewnych odcinkach trzustka obrzmiewa, jest twarda, połyskliwa. Ostry obrzęk może zajmować również krezkę poprzeczniczy, wskutek tego poprzecznicza ulega bardzo

znacznemu wzdęciu. Mikroskopowo poza obrębkiem zapalnym zmian innych nie stwierdzano. Niemal jednocześnie rozwija się martwica elementów mięsowych, bądź tylko w miejscu ognisk Balserowskich (stwierdza to dopiero badanie makroskopowe), bądź też na znacznych odcinkach, a nawet w całym gruczole. Odcinki obumarłe mikroskopowo wyglądają rozmaicie — mają budowę niewyraźną, są twardsze, stężale i różnią się od tkanki zdrowej odmiennym zabarwieniem. Nieco później wskutek rozpadu tkanki, mogą się one ze sobą zlewać; tą drogą powstają większe jamy w samej trzustce lub w jej otoczeniu. Mikroskopowo w ogniskach martwicy stwierdza się brak utkania gruczołowego, a nawet rozpad międzyzrazikowej tkanki łącznej. W wielu przypadkach, zwłaszcza w okresach wczesnych, wynik badania bakteriologicznego jest ujemny.

Należy podkreślić, że chorzy z martwicą nawet znacznych odcinków trzustki (niemal całej — przypadki Zöpfela, Kraula) mogą wyzdrowieć. W każdym razie przypadki ostrej martwicy trzustki najczęściej kończą się śmiercią, często się zdarza, że rozpoznanie stawia się dopiero na stole sekcyjnym. W przypadkach, kończących się śmiercią po nieco dłuższym trwaniu, możemy prześledzić dalsze losy przekształcania się ognisk martwicznych.

1. Wskutek zlewania się i rozmiękania wspomnianych ognisk, może wytworzyć się jama „torbiel rzekoma”. Leży ona bądź w obrębie samej trzustki, bądź też częściowo poza nią i może powiększać się wskutek albo a) utrzymującego się działania tryptycznego soku trzustkowego, albo b) nowych wylewów krwawych, albo wreszcie c) dołączającego się zakażenia i następczego ropienia lub zgorzeli.

2. W okresie powiększania się ściana jamy najczęściej pęka, a zawartość jej może przedostać się: 1. do torby sieciowej (najczęściej), 2. do wolnej jamy otrzewnowej (zapalenie otrzewny), 3. do przewodu pokarmowego (żołądek i dwunastnica). W tym ostatnim przypadku następuje wyzdrowienie samoistne.

3. Po upływie dłuższego czasu, zwłaszcza, gdy powiększanie się jamy ustaje, ulega ona coraz wyraźniejszemu otorbieniu przez tkankę bliznowatą. Pojemność tych jam może dochodzić do dwóch litrów.

4. Sprawa zapalna lub zgorzelinowa może szerzyć się zaotrzewnowo w kierunku ku śledzionie, nerkom i wzdłuż jelita grubego ku odbytnicy.

Martwica trzustki jest wyrazem samostrawienia wskutek działania soku trzustkowego, zwłaszcza jej zaczynu trypsyny. Najtrudniej jednak jest stwierdzić, co powoduje aktywację soku trzustkowego, t. j. przemianę trypsynogenu w trypsynę. Fizjologicznym aktywatorem wydzieliny trzustkowej jest sok dwunastnicy, a właściwie jego składnik enterokinaza.

5. Zmiany zapalne i zgorzel. Już przy omawianiu ognisk martwicy tkanki tłuszczowej lub gruczołowej trzustki zwracałem uwagę, że możemy spotkać się z objawami zapalenia, które uważamy bądź za wyraz odczynu tkanki na zmiany martwicze, bądź też za zmiany zapalne, będące następstwem zakażenia wtórnego, które najczęściej

przebiega jako zapalenie ropne lub, o ile jednocześnie przedostały się drobnoustroje gnilne, jako zgorzel. Aczkolwiek w większości przypadków zapalenie ropne jest sprawą wtórną, to jednak w niektórych, niewątpliwie, rozwija się ono pierwotnie, a wtórnie dołącza się martwica trzustki z jej następstwami.

Z wyżej przytoczonego krótkiego szkicu wynika, że prawidłowe odczytanie zmian, spostrzeganych na stole sekcyjnym i wyciągnięcie wniosków, które ze zmian są pierwotne, a które wtórne (martwica, zmiany zapalne, krwawienia) należy do zadań trudnych, w przypadkach zaś zaciągających się nawet do niemożliwych. Podkreślić jednak jeszcze raz należy, że ani zmiany zapalne, ani zgorzelinowe, ani martwica Balserowska, ani wylewy krwawe nie należą do stałych objawów obrazu sekcyjnego ostrej martwicy trzustki.

Zanim przejdę do analizy przypadków ostrej martwicy trzustki, chcę w krótkości podkreślić najważniejsze dane ze spostrzeżeń klinicznych, anatomopatologicznych i doświadczalnych.

I. Spostrzeżenia kliniczne wskazują, że ostra martwica trzustki występuje: 1. Nieco częściej u mężczyzn, niż u kobiet; zwykle u osób w sile wieku, spostrzegano ją jednak u starców i u dzieci. 2. U osób zupełnie zdrowych lub nadmiernie wyniszczonych, najczęściej jednak u alkoholików lub u osób otyłych. 3. Często po nadmiernym spożyciu pokarmów lub płynów wysokowych. 4. Niejednokrotnie stwierdzano kamice żółciową lub zapalenie dróg żółciowych, a wywiady ustalały, że u wielu były parcie lub kilkakrotne „napady kolki żółciowej”. 5. Czasami ostra martwica pozostaje w pewnym związku przyczynowym z istniejącym równocześnie wrzodem żołądka lub dwunastnicy. 6. Rozwój tej sprawy był uzależniany od tępych urazów w brzuch, lub od ran postrzałowych, kłutych, przenikających w okolice trzustki.

II. Spostrzeżenia sekcyjne wskazują, że:

1. Prawie zawsze rozwija się martwica Balserowska.

2. Często mniej lub więcej rozległe krwotoki.

3. Czasami zapalenie ropne lub zgorzel trzustki.

4. W okresach wczesnych ogniska martwicze przeważnie były jałowe.

5. Czasami stwierdzano martwicę trzustki przy utrudnionym odpływie zawartości dwunastnicy (ma to znaczenie, jeżeli głównym przewodem odprowadzającym jest *ductus Santorini*).

6. Czasami ostrą martwicę trzustki stwierdzano przy uchyłkach dwunastnicy, które mogły utrudniać lub uniemożliwiać odpływ soku trzustkowego (Clairmont i Schintz).

7. Stosunkowo rzadko stwierdzano wklonowanie kamieni żółciowych, a natomiast stosunkowo często cierpienie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych.

III. Badania doświadczalne dały następujące wyniki:

1. Wyjątkowo udawało się wywołać typową ostrą martwicę trzustki:

A) Przez uszkodzenia mechaniczne (zmiażdżenia, przecięcia, przewiązania trzustki).

B) Przez zatorowanie lub podwiązanie tętnic trzustki (Panum, Lépine, Bunge, Guleke).

C) Po podwiązaniu wszystkich przewodów trzustki, jeżeli trawienie u zwierzęcia osiągało w tym momencie szczytu.

II. Bardzo często rozwijała się ostra martwica trzustki:

A) Po wstrzykiwaniu do przewodu trzustkowego: zawartości dwunastnicy (Pólya, Seidel), wyciągów bł. śluzowej dwunastnicy lub enterokinazy (Lombroso, Seidel, Pólya); czynnego soku trzustkowego (Pólya, Seidel); hodowli bakterij z sokiem dwunastnicy (Seidel), żółci, zakażonej bakteriami jelitowymi (Pólya); odpowiednio wielkich dawek tłuszczu, jeżeli zwierzę było na szczycie trawienia (Guleke); krwi, jeżeli

zwierzę tuż przed zastrzyknięciem było karmione tłuszczem (Eppinger).

B) Po podwiązaniu przewodu trzustkowego, gdy zastrzyknięto do woreczka żółciowego hodowlę drobnoustrojów jelitowych.

III. Wyniki doświadczalne były ujemne gdy:

A. Wstrzykiwano do przewodu trzustkowego: krew (Flexner i Pearce, Guleke); małe ilości tłuszczu (Guleke); same drobnoustroje jelitowe (Seidel, Pólya); jałową żółć (Pólya);

B. podwiązano przewód Wirsunga (Nordmann).

(dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Medycyna Społeczna, Higjena, Epidemjologia i Statystyka.

∞ Dr. E. PIASECKI Prof. Uniwersytetu Poznańskiego. *Dzieje wychowania fizycznego.* Wyd. drugie str. 262 z 81 ilustracjami.

Zagadnienie wychowania fizycznego wobec wielkiego zainteresowania ze strony najróżnorodniejszych czynników wpływowych i wobec żywiołowego pędu od dołu w całym kraju jest bardzo na czasie i wymaga prac gruntownych, by w praktycznym zastosowaniu nie zeszło na manowce. Wielką też jest zasługą prof. Piaseckiego, że ujmuje wysiłki ludności na tem polu od najdawniejszych czasów aż po dzień dzisiejszy w postaci jednolitej a dostępnej dla ogółu lekarskiego pracy, traktowanej historycznie i krytycznie.

Autor rozpoczyna od czynności samowychowawczych wśród zwierząt, dość szeroko omawia genezę ćwiczeń ciała u ludów pierwotnych (teoria ćwiczeń G'roosa), przechodzi przez różne okresy geologiczne aż do czasów historycznych. Tu najpierw rozpatruje wielkie cywilizacje Wschodu (Egipt, Mezopotamja, Indje, Chiny), w których jeszcze w okresie przedhistorycznym nastąpił zanik ćwiczeń, jako bezinteresownej rozrywki, a miejsce ich zajęły sztuki najemnych atletów i akrobatów.

Dalej znajdujemy dość szczegółowy opis ćwiczeń fizycznych w gimnazjach i palestrach Greckich, igrzysk, łączących się z kultem religijnym i w życiu narodu greckiego odgrywających rolę dominującą. „Ten z gimnazjum“, „starając się być „bogom podobny“, z pogardą patrząc na otoczenie, miał wielki kult dla ćwiczeń cielesnych i bohaterów igrzysk, którzy imię jego sławili. Ale i tu nastąpiło zwyrodnienie, sztukmistrze zajęli miejsce amatorów, a zanik zamięłowania do ćwiczeń wśród szerokiego ogółu przyczynił się do upadku politycznego.

Poprzez Rzym, jego wspaniałe cyrki i amfiteatry z walkami dzikich zwierząt, z pojedynkami gladiatorów, wprowadza nas autor do wieków średnich, kiedy poza klasztorami, kultuwującymi ascezę, dominujący stan rycerski hołdował tylko rzemiosłu wojennemu. Weszły więc w użycie ćwiczenia barbarzyńskich przodków, jak bieg, skok, ciskanie kamieniem, strzelanie z łuku, rzucanie oszczepem, robienie bronią, konna jazda, taniec, jak również hartowanie w znoszeniu głodu, chłodu i niewygód wszelkiego rodzaju. Turnieje średniowieczne także były rzemiosłem nawskroś wojennem.

Następuje humanizm, biorący źródło w świecie starożytnym, a z nim odrodzenie i wielcy reformatorzy wychowania: Komensky, Locke, Rousseau, którzy zwrócili baczną uwagę i na zaniedbywaną przez stulecia stronę fizyczną rozwoju dziecka. Odrodzenie przejawia się i na tem polu.

Nowoczesne wychowanie fizyczne rozpoczyna autor od Gutsmutsa i Pestalozziego, a następnie, dzieli je według systemów, system angielski (T. Arnold, H. Spencer), system niemiecki (T. Jahn, A. Spiess), system szwedzki (P. Ling, H. Ling). Postępy wychowania fizycznego w tym okresie autor nawiązuje do ogólnych reform wychowawczych.

Na szczególną uwagę zasługuje krytyczne rozpatrzenie współczesnych prądów w całej Zachodniej Europie, znanej autorowi nie tylko z literatury, a i z osobistych kilkakrotnych podróży, dokonanych ostatnio *ad hoc* i, jak prof. E. Piasecki sam wspomina w przedmowie, do 13 krajów. Widzimy przedewszystkiem wybijające się na czoło systemy skandynawskie (E. Lindhard, E. Falk, E. Björkstén, A. Bertram, N. Bukh, J. Thulin), gimnastykę nowoniemiecką (Bode, Laban, Mensendieck), ćwiczenia naturalne (Hebert—Francia, Gaulhofer i Sheicher—Austria i t. d.). Następnie idziemy wślad za rozwojem metody i organizacji gier i sportów (znowu Skandynawja) i na dzorzu lekarskiego nad sportem.

Polsce, autor poświęca dużo miejsca, poczynając od najstarszych igrzysk wojennych, które wraz ze starymi zabawkami kultury przeczą tradycyjnym poglądom o wyjątkowej łagodności słowian. Igrzyska bojowe gęźba, płasy, gry, i korowody, turnieje, gonitwy przejawiały się w najrozmaitszej postaci, ale o wychowaniu fizycznym aż do XVIII stulecia nie było mowy. Dopiero od czasów reformy Konarskiego (Collegium Nobilium) zaczyna się zmiana na lepsze, choć w ograniczonym zakresie, a Komisja Edukacji Narodowej i na tem polu kreśli godne uznania plany: J. Śniadecki, T. Czacki, L. Biekowski — pionierzy pierwszej połowy ubiegłego stulecia wiele zrobili dla tej sprawy. W drugiej połowie XIX stulecia idzie ruch sokolski (A. Durski, E. Cenar, E. Madejski), ruch jordanowski (H. Jordan, E. Rau), kolonie letnie (S. Markiewicz), reforma gimnastyki (H. Kuczańska, R. Skowroński i R. Kozłowski i wielu innych). Dość szczegółowo omawia też autor cały współczesny stan naszego wychowania fizycznego, który

pomimo krótkich lat istnienia obiecuje wiele i rozwija się naogół bardzo pomyślnie.

W wielu miejscach autor porusza kwestje stosunku wychowania fizycznego do sportu. Prof. E. Piasecki jest przeciwnikiem jednostronnej specjalizacji i wyraźnym wrogiem zawodowego atletyzmu, jako odwiecznego wroga wychowania fizycznego.

Dodajmy jeszcze zalety stylu. Całą pracę czyta się łatwo, i może ona bez nadmiernego wysiłku z wielką korzyścią być przeczytana nie tylko przez fachowca, ale i przez przeciętnego lekarza, interesującego się tem zagadnieniem, a szczególnie przez lekarza szkolnego, który tam znajdzie wiele ciekawego bardzo i cennego materiału. To że pierwsze wydanie książki prof. E. Piaseckiego rozeszło się w ciągu kilku miesięcy, świadczy również i o potrzebie tej pracy i o jej wartości.

M. Kacprzak.

∞ Dr. J. H. LEUNBACH. Das Problem der Geburtenregulung. Broszura 46 str. wyd. G. Thieme, Lipsk 1930.

Autor, sekretarz Wszechświatowej Ligi Reformy Życia Płciowego, jest wyrazicielem poglądów najbardziej krańcowych w tej obecnej tak żywo dyskutowanej kwestji i z tego względu praca jego zasługuje na dłuższą wzmiankę.

Według Leunbacha, patrząc na to zagadnienie wyłączenie z punktu widzenia zaludnienia i wpływu jego na stosunki społeczne, można przewidzieć trzy możliwości: a) brak jakiegokolwiek świadomej regulacji, i ludność, idąc za popędem rozrodczym, mnoży się bez końca, b) całkowite wprowadzanie do dziedziny rozmnażania się prawa samostanowienia, co obecnie jest przywilejem tylko nielicznych, rewolucyjnych umysłów, c) znikoma mniejszość osiągnęła możność samostanowienia, liczniejsza mniejszość zdobywa się na ograniczenie potomstwa w większym lub mniejszym stopniu, przeważająca większość zaś nie jest w stanie ograniczyć rozrodczości — to jest stan, najbardziej odpowiadający chwili obecnej.

Autor oburza się, stwierdzając, że dla człowieka o współczesnym poziomie kultury poniżającym jest, iż przypadek decyduje o powstaniu nowego istnienia ludzkiego, co gorsze, przypadek ten bywa często równoznaczny z nieszczęściem, gdy dziecko przychodzi na świat wbrew życzeniu rodziców. Należy postawić za ideał rozrodczość świadomą, zgodną z życzeniem. Przeciwno temu ideałowi występują trzy siły: kapitalizm, klerykalizm i militarizm. Autor mówi z wyraźną niechęcią, lub wprost wrogo o kapitalistycznym ustroju, klasowej moralności i t. d.

Znaczenie regulacji urodzeń w związku z zagadnieniem życia płciowego autor bierze kolejno w stosunku do dziesięciu punktów programu Wszechświatowej Ligi Reformy Życia Płciowego.

1. Małżeństwo. Jako instytucja społeczna, małżeństwo ma na celu ochronę praw dziecka i zapewnienie mężczyźnie władzy nad kobietą, obarczając ją płodzeniem i wychowaniem dzieci, pozostawiając szczęście osobiste na drugim planie. Przez rozłączanie życia płciowego od płodzenia potomstwa małżeństwo, a zarazem i całe dotychczasowe pojęcie moralności płciowej będzie zachwiane w posadach. Poza tem regulacja urodzeń ma ważne znaczenie indywidualne, gdyż częste cięższe lub obawa przed nimi podkopują zdrowie wielu zamężnych kobiet i mącą pożycie małżeńskie.

2. Stanowisko kobiety wśród społeczeństwa męskiego. W dążeniu do zupełnego równouprawnienia obu płci samostanowienie kobiety, czy stosunek płciowy ma doprowadzić do poczęcia, będzie jej ostatecznym zwycięstwem nad przewagą mężczyzny. Zatem przeciwnicy równouprawnienia muszą tem samem być przeciwnikami regulacji.

3. Punkt trzeci dotyczy bezpośrednio regulacji i urodzeń. Zwolennicy regulacji popierają rozpowszechnienie środków ochronnych, są natomiast stanowczy przeciwnikami sztucznych poronień, jako niebezpiecznych dla zdrowia, a nawet dla życia kobiety i budzących, bądź co bądź, odrażające uczucie zabijania zarodka przyszłego człowieka. Jednocześnie jednak są przeciwnikami karalności za „spędzenie płodu, gdyż: groźba kary nie wpłynie na zaniechanie spędzenia, kara jest prawem, krzywdzącem klasy uboższe, faktycznie dotyczącem zaledwie 1:1000 przestępujących je, kobiety zamożne zawsze znajdują lekarza, który za wysokie honorarium dokonywa zabiegu, mniej lub więcej pomyślnie, wreszcie jest to prawo niezgodne ze świadomością człowieka o przynależnych mu prawach i niezgodne z dążeniem do samostanowienia w wydawaniu na świat potomstwa.

4. Eugenika. Zasadniczym warunkiem urzeczywistnienia założeń eugeniki jest regulacja urodzeń i zastąpienie bezmyślnego rozmnażania się przez racjonalny dobór. Pomimo tego spotykamy wśród eugenistów najzawziętszych wrogów regulacji. Przyczyną tego jest znów obawa, że ograniczając potomstwo warstwy, najbardziej oświecone, a mniej wartościowe żywiły rozmnażają się nadmiernie. Jest to punkt widzenia ciasny. Należy usiłować skrócić możliwie okres przejściowy przez rozszerzenie na najniższe warstwy ludności całej kuli ziemskiej dobrowolnego ograniczenia liczby urodzeń przez stosowanie środków ochronnych, uzupełnione sterylizacją dobrowolną, a w przypadkach idiotyzmu, chorób umysłowych i psychopatii — sterylizacją przymusową.

Eugenika w jej znaczeniu pozytywnym, pod którem rozumie się, że ludzie z dodatnimi zaletkami dziedzicznymi powinni świadomie „płodzić jaknajwięcej dzieci, da się urzeczywistnić wówczas, gdy nastąpi tak znaczny ubytek ludności, że dla dzieci ludzi dzielnych i zdających sobie sprawę z przyjętej odpowiedzialności będzie dość miejsca.

5. Właściwe określenie niezdadności do małżeństwa. Wszyscy ludzie mają prawo do zaspokojenia przyrodzonego popędu płciowego, ale nie wszystkim powinno być dozwolone rozmnażanie się. Zakaz wstępowania w związki małżeńskie ludziom, obarczonym dziedzicznie, pozbawionym jest praktycznego znaczenia, gdyż nie zapobiega rozmnażaniu się i wydawaniu na świat nieszczęśliwych istot. Środki ochronne przeciw poczęciu i wyjąłowanie są jedynym rozwiązaniem tego zagadnienia.

6. Tolerowanie wolnej miłości. Ten punkt wymaga również rozdzielenia życia płciowego od płodzenia potomstwa. Potępienie pozamałżeńskich stosunków płciowych i płodzenie nieślubnych dzieci jest bezmyślnem okrucieństwem a zarazem koniecznością, dopóki instytucja małżeństwa i moralność płciowa jedynie zabezpieczają kontrolę społeczną nad wychowaniem dzieci i są hamulcem nadmiernego rozmnażania się. Ten dotkliwy sposób regulacji urodzeń okaże się zbyteczny przez zastosowanie środków ochronnych i sterylizacji.

7. Zapobieganie prostytucji i chorobom wenerycznym. Prostytucja istnieje dla zaspakajania popędów płciowych z wyłączeniem rozmnażania się, uwzględnia jednak tylko popędy mężczyzny, kobietę zaś zmusza do poniżającego ją zarobku. Prostytucja może być zniesiona przez inne rozwiązanie zagadnienia, którem są środki, zapobiegające poczęciu.

Co się tyczy chorób wenerycznych — daje się często słyszeć zdanie, że regulacja urodzeń, dając więcej swobody w stosunkach płciowych, przyczyni się do rozpowszechnienia tych chorób. Doświadczenie wykazuje rezultaty wprost przeciwnie. Ogniskiem chorób wenerycznych jest prostytucja i jej sprzymierzeniec alkohol — pokonajmy ich — a sztuka lekarska zwalczy z łatwością choroby weneryczne.

8. Zboczenia płciowe. Zboczenia płciowe, jak homo-

seksualizm i inne anormalne formy stosunków płciowych uważane za karygodne i potępiane przez społeczeństwo i przez kościół — będą, po rozłączeniu sprawy rozmnażania się od stosunków płciowych — objawem naturalnym, w którym ani społeczeństwo, ani poszczególne jednostki nie będą miały prawa wglądać i uważać za występne i grzeszne.

9. Prawodawstwo karne w sprawach płciowych nie powinno wkraczać w sferę stosunków płciowych ludzi dojrzałych. Powinno się ograniczać do tych wypadków, gdy jedna strona z powodu małoletności lub defektu umysłowego potrzebuje opieki prawa, lub gdy w grę wchodzi interesy osoby trzeciej — pozatem życie płciowe ludzi dojrzałych nie powinno podlegać żadnej kontroli.

10. W sprawie wychowania i uświadomienia płciowego pożądane jest przede wszystkim zaznajamianie się ze środkami ochronnymi, które zarazem wyprowadzi zagadnienia płciowe z mroków tajemniczości na światło dzienne. Reforma życia płciowego i regulacja urodzeń są ściśle ze sobą związane. Z tego wynika ważne znaczenie techniki zapobiegania poczęciu. Środka, dającego zupełną pewność zabezpieczenia, dotychczas niema, w każdym razie spadek liczby urodzeń przypisać należy znanym obecnie metodom, a więc są one naogół skuteczne.

W celu ulepszenia środków ochronnych powstało w Genewie w r. 1927 towarzystwo: „International medical group for the investigation of birth control” z siedzibą w Londynie. We wrześniu r. 1929 towarzystwo zostało zreorganizowane i działalność jego rozszerzona p. n. „International medical committee for the scientific investigation of contraception”.

Autor poświęca dłuższy ustęp rozpatrzeniu wartości środków ochronnych, będących w użyciu w różnych krajach — i daje pierwszeństwo najwięcej rozpowszechnionym: dla mężczyzn kondom i *coitus interruptus*, dla kobiet *passorium occlusivum*, wreszcie zaznacza, że środki, bardzo reklamowane przez ich wytwórców, są często bezwartościowe i nawet szkodliwe, i zwraca uwagę, że technikę tych środków powinni ująć w swe ręce lekarze i rozpowszechniać wśród ludności środki gwarantowane. Współzawodnictwo z fachową reklamą kupiecką jest trudne; punktem wyjścia z tej trudności byłoby zużytkowanie tej reklamy i zaangażowanie kapitałów kupieckich na wyrób i rozpowszechnienie środka o niewątpliwiej wartości taniego i nieszkodliwego.

W Danii autor starał się sprawą rozpowszechnienia środków ochronnych zainteresować świat lekarski. Wśród profesorów uniwersytetu i innych powag lekarskich, jakoteż wśród ginekologów napotykał niechęć, chociaż ci ostatni mają najwięcej sposobności do stwierdzenia ujemnych następstw sztucznych poronień lub zbyt częstych ciąży dla zdrowia kobiety. Jednakowoż większość lekarzy, a zwłaszcza młodzi lekarze, chętnie stanęli do współpracy i obznajmiali się z techniką środków ochronnych. W propagandzie wśród lekarzy należy kłaść nacisk na znaczenie ubezpieczenia od zajścia w ciążę z punktu widzenia zdrowia kobiety. W propagandzie wśród szerokiej publiczności nie należy się posługiwać daleko sięgającymi w przyszłość argumentami, lecz ograniczać się do wskazania korzyści ekonomicznych dla poszczególnych rodzin.

W zakończeniu autor daje krótki rzut oka na obecny stan ruchu w różnych krajach, zaznaczając tu różnice, charakteryzujące psychologię poszczególnych narodów.

Drugi referat dotyczy przerywania ciąży i wyjaławiania w Danii.

Dania pod tym względem podobna jest do innych krajów Europy Zachodniej, znajdujących się na tym samym poziomie kultury. Prawodawstwo duńskie przewiduje karę za przerywanie ciąży tak samo dla kobiety, jak i dla tego, kto jej okazuje pomoc, choćby ta pomoc była pośrednia, np. wska-

zanie miejsca, gdzie kobieta może znaleźć poszukiwaną przez nią pomoc. Najsurowsza kara przewidziana jest dla tego, kto uprawia to zawodowo. Pomimo tych rygorów liczba poronień rośnie, a zastosowanie kary jest rzadkie. Nieumiejętnie dokonujący poronień (akuszerki, pielęgniarki i t. p.) od czasu do czasu są skazywani na kilka lat więzienia, kobiety zaś, na których dokonano poronienia zwykle są zwalniane z napomnieniem. W ciągu okresu życia całego pokolenia w Danii ukarano za przerywanie ciąży tylko dwu lekarzy i to już bardzo dawno.

Dzisiejszy stan rzeczy jest bardzo niepomyślny dla warstw uboższych, gdyż osoby zamożniejsze mają możliwość dokonania poronienia, jeśli nie w kraju, to zagranicą. Dlatego też twierdzenie, że lekarze nie uznają warunków społecznych, jako tłumaczących sztuczne poronienia, należy brać jednostronnie: nędza nie jest wskaźnikiem uwzględnionym, bogactwo tak. Rzadsze przerywanie ciąży w warstwach niezamożnych tłumaczy się głównie trudnościami natury technicznej, i to całym ciężarem spoczywa na barkach kobiet warstw najuboższych.

W styczniu roku ubiegłego delegacja pracujących kobiet złożyła rządowi na ręce ministra sprawiedliwości podanie, żądające: 1) zniesienia kary za propagandę i rozpowszechnianie środków przeciw zapłodnieniu, 2) zniesienia kary za przerywanie ciąży, o ile to było dokonane zgodnie z postulatami nauki w szpitalu i odpowiadało życzeniom samej kobiety brzemiennej.

O wyjaławianiu autor mówi bardzo krótko, wypowiadając tylko swój zasadniczy punkt widzenia, że prawodawstwo nie powinno wcale do tej sprawy się mieszać.

K.

Bakterjologia i Serologia.

M. GUNDEL i F. SEEBER. Kliniczne znaczenie enterokoków w przewodzie pokarmowym. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 164, z. 3 i 4).

Enterokoki są warjantami *streptococcus acidilactici*, warunkowo chorobotwórczymi dla ludzi. Występują one w przewodzie pokarmowym w dwóch odmianach, między którymi istnieją formy przejściowe. Odmiana A daje ciemne, kolonie, zmienia nieznacznie buljon z cukrem mlecznym, słabo rośnie na buljonie z dodatkiem 10% żółci, 30% cukru mlecznego i 70% roztworu lakmusu, nie zmienia podłoża eskulinowego, jest mało odporna na działanie temperatury (półgodzinne ogrzewanie do 60°) i rzadko bywa chorobotwórcza dla białych myszy. Odmiana B daje białe kolonie, silnie zmienia buljon z laktozą, dobrze rośnie na buljonie z żółcią, cukrem mlecznym i lakmusem, zmienia podłoże eskulinowe i jest bardzo odporna na działanie temperatury.

Enterokoki często znajduje się w treści żołądkowej i dwunastniczej w schorzeniach przewodu pokarmowego z zaburzeniami w czynności gruczołów trawiennych, zwłaszcza w niedokwaśnym i bezkwaśnym nieżycie żołądka. W pewnych przypadkach schorzeń pęcherzyka żółciowego odgrywają one rolę chorobotwórczą. Często bywają enterokoki przyczyną nieżyty kiszek cienkich. W czterech przypadkach nieżyty wrzodziejącego kiszek grubych znaleziono enterokoki, z tego w trzech przypadkach otrzymano czystą ich hodowlę. W czterech przypadkach ogólnego zakażenia otrzymano z posiewu krwi czystą hodowlę enterokoków.

Henryk Landau

HABBE. O drobnoustrojach w przypadkach zapalenia płuc u ludzi. (D. m. W. Nr. 36. 1929).

W 45% przypadków płatowego zapalenia płuc stwierdzał autor obecność *pneumococcus mucosus*. Jego obecność cechuje

przypadki o wybitnie ciężkim przebiegu. W zapaleniach płuc niepłatowych spotykany jest bardzo rzadko; przeważają wówczas paciorkowce i inne ziarniaki. Wbrew nowoczesnym poglądom, że o postaci i ciężkości przebiegu zapalenia płuc decyduje odporność organizmu, w myśl wyników badań bakteriologicznych należy sądzić, że jakość zarazka odgrywa niepoślednią rolę.

Wanda Franzówna.

Radjologia

o BERG Hans Heinrich. Roentgenuntersuchung am Innenrelief des Verdauungskanal. (198 stron i 193 fotografie. Nakładem Georg Thieme 1930).

Rentgenodjagnostyka schorzeń przewodu pokarmowego idzie dużymi krokami naprzód. Z okresu „przypuszczeń” i „przemawiań” przechodzimy do danych konkretnych. Dążymy w kierunku dostarczenia danych „bezpośrednich”. Dane te opierają się na rentgenologicznym uchwyceniu obrazu anatomicznego w postaci przebiegu układu słuzówkowego.

Na zasadzie wyników badań Forsella, który dowiódł, iż ruchy słuzówki są zjawiskiem autonomicznym, kierowanym przez własny mechanizm regulacyjny w podśluzówce, niezależnie od ruchów mięśniówki, powstał nowy dział w zechnice badania przewodu pokarmowego.

W klinice v. Bergmanna, popierana przez wybitnych chirurgów niemieckich, powstała pod kierunkiem Berga nowa szkoła badania rentgenowskiego przewodu pokarmowego. Sumienna praca i szczery zapał cechują wszystkie prace tej szkoły. Zebrał je w jedną całość Berg w swej monografii i podał czytelnikowi w dostępnej formie, ilustrując ją bogato operacyjnie skontrolowanym materiałem.

Chcąc uniknąć jednostronności, daje nam Berg swego rodzaju kompendjum całokształtu techniki badania przewodu pokarmowego uwzględniając oczywiście szczególnie badania nad układem słuzówki. Racjonalny podział każdego działu (stany zapalne, owrzodzenia, nowotwory) na część fizjologiczną i patologiczną oraz specjalny dział, obejmujący ocenę krytyczną nowych zdobyczy z punktu widzenia rentgenologii i kliniki, czyni z monografii tej wartościowy podręcznik dla rentgenologa.

Monografia ta jest tylko pierwszym aktem sztuki badania przewodu pokarmowego, jest tylko zaczątkiem nowej ery w rentgenologii.

Za umożliwienie nam dokładnego śledzenia rozwoju tej gałęzi nauki winniśmy Bergowi dużą wdzięczność.

B. Kryński.

Choroby narządów trawienia.

L. HIRSCHBERG. Wydzielanie żołądka, wątroby i trzustki po wprowadzeniu dodwunastniczym siarczanu magnezu. (Arch. f. Verd. Kr. Tom. 44 № 5/6).

Kwestja działania siarczanu magnezu na 12 cę do ostatniego czasu pozostawała sporna. Pierwotnie Lyon przypuszczał, że działanie $Mg SO_4$ sprowadza się do opróżnienia pęcherzyka czyli do wydalenia t. zw. „ciemnej” żółci. Później zauważono, że tak prosta sprawa ta nie jest. Że niekiedy ciemna żółć wydziela się np. także po usunięciu pęcherzyka lub też, że zwiększa się wydzielanie żółci jasnej po wprowadzeniu $Mg SO_4$.

Badania nowsze, połączone z metodą chromodjagnostyki i rentgenodjagnostyki, wykazały, że po wprowadzeniu dodwunastniczym 30% roztworu siarczanu magnezu występuje z jednej strony opróżnianie się pęcherzyka (widoczne za pomocą radjografji), oraz wzmożenie wydzielania żółci przez komórki wątrobowe (co stwierdza chromodjagnostyka).

Ciekawe jest, że wprowadzenie dodwunastnicze gorącej wody (o $t^0 40-48^0$) może wywołać zupełnie podobne objawy do wprowadzenia siarczanu magnezu. Dzieje się to prawdopodobnie na drodze odruchowej, tak, że należy przypuszczać, że i działanie $Mg SO_4$ polegać musi na wywoływaniu odnośnego odruchu.

Jednocześnie z tem badano zachowanie się fermentów w treści 12-czej po wlewaniach siarczanu magnezu.

Stwierdzono, że w t. zw. ciemnej żółci ilość fermentów trzustkowych, a raczej ich siła trawienia jest znacznie większa. Nie zależy to jedynie od koncentracji żółci, gdyż jeszcze w 1—1½ godziny po wlewniu $Mg SO_4$ siła trawienna fermentów jest większa, t. j. w czasie, kiedy żółć stała się znów jasna i mniej zagęszczoną.

Wniosek stąd, że siarczan magnezu na drodze dwunastniczej wywołuje wzmożone wydzielanie soku trzustkowego, nawet większe, aniżeli wlewanie eteru.

Co się tyczy wpływu dodwunastniczych wlewni siarczanu magnezu na wydzielanie żołądka, to był on następujący

Po wlewaniach siarczanu magnezu za pomocą podwójnego zgłębnika wydobywano treść żołądkową.

Jak się okazało, $Mg SO_4$ wywołuje wydzielanie zarówno gruczołów słuzowych, jak i prawdziwego soku żołądkowego.

Od wzajemnego ustosunkowania się obydwu rodzajów wydzieliny zależy ostatecznie skład i kwasowość treści żołądka.

Autor uważa nawet, że ta metoda oddziaływania na wydzielanie żołądkowe z dwunastnicy jest wyższa od innych dotychczas stosowanych, gdyż nie wprowadza do żołądka żadnego bezpośredniego bodźca, zaś cały proces pobudzenia wydzielania odbywa się na drodze odruchowej. Ta metoda ma być metodą przyszłości.

B. Goldstein.

B. B. V. LYON. O opróżnianiu się pęcherzyka żółciowego. (Arch. of. Int. Med. T. 43. № 2. 1929 r.)

W ostatniej swej pracy nad opróżnianiem się pęcherzyka żółciowego autor oparł się na danych cholecystograficznych. Wynika z nich, że opróżnianie pęcherzyka odbywa się przeważnie wskutek skurczu mięśni gładkich ścian, zaś wszystkie inne czynniki, jak np. ruchy i ucisk przepony, ruchy oddechowe, zmiany ciśnienia śródbrzusznego, zmiany napięcia zwieracza Oddiego, wreszcie ssące działanie na przewody żółciowe, mają li tylko znaczenie podrzędne.

Dobre próbki żółci pęcherzykowej można otrzymać przy zgłębnikowaniu i zastrzykiwaniu dodwunastniczym siarczanu magnezu, peptonu lub oliwy oraz nie których innych substancji.

Na podstawie w powyższy sposób otrzymanego materiału można zbadać własności fizyczne i chemiczne żółci oraz cytologję mikroskopową osadu. Oczywiście, że w przypadkach niedrożności przewodu pęcherzykowego żółci pęcherzykowej nie otrzyma się.

Różniczkowo wchodziłoby w grę jeszcze kataralne obrzęknięcie słuzówki przewodów z następczą niedrożnością

Wynika stąd, że u pacjentów o niezatkanych przewodach żółciowych, a przedewszystkiem pęcherzykowym, żółć B. wypływa z pęcherzyka, i to najwyraźniej można stwierdzić po śródwunastniczym zastrzyknięciu t. zw. żółciopędnych środków.

B. Goldstein.

T. BARSONY. O t. zw. pęcherzyku sfałdowanym. (Arch. f. Verd. t. 45. Nr. 1/2).

Najistotniejszą cechą jest to, że pęcherzyk żółciowy wykazuje znaczną fałdę, wystającą ku środkowi (ku wnętrzu) pęcherzyka; fałda ta jest okrężna lub też półkolistowa.

Przy cholecystografji widać wyraźne wciągnięcie cie na za

rysie ściany pęcherzyka, niedaleko jego dna, przebiegające okrężnie lub też bocznie. Oś podłużna natomiast przerwy nie wykazuje, względnie bardzo nieznaczna.

Opisane zbrocenie zdaje się być najczęściej pochodzenia rozwojowego, nie jest jednak wyłączone, że niekiedy zawdzięcza swe istnienie sprawom zapalnym, pozostawiającym po sobie zrosty. Specjalnego obrazu chorobowego sprawy te nie dają, to też autor proponuje dla nich nazwę: pęcherzyk sfaldowany.

B. Goldstein.

D. ANTIĆ. Późna kiła wątroby. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 45, Nr. 12).

Autor rozróżnia 2 postacie późnej kiły wątroby: rozlaną i ograniczoną, względnie niekiedy przejściową. Może ona być wrodzona lub nabyta. Z ważniejszych objawów klinicznych wymienia: bóle w okolicy prawego podżebrza, gorączkę z dreszczami, powiększoną śledzionę, niekiedy płyn w jamie brzusznej, rozszerzenie żył przelykowych, żółtaczka. Odczyny serologiczne były w przeważnej części przypadków dodatnie. Obraz krwi nie jest charakterystyczny. Odporność krwinek dość niska (0,52—0,40%). Leczenie sprowadza się do stosowania zwykłych środków przeciwkiłowych, nie wyłączając małych dawek neosalvarsanu.

B. Goldstein.

OCHLER. W sprawie martwicy trzustki. (D. m. W. Nr. 21).

Choroby trzustki występują głównie pod dwiema postaciami: 1° ciężka sprawa martwicza, ze śmiertelnością do 92% zaczyna się nagle silnymi bólami w górnej połowie brzucha i groźnymi objawami ze strony otrzewny. Anatomopatologicznie stwierdza się wylewy krwawe, martwicę tkanki tłuszczowej i objawy zapalne, mniej lub więcej wyraźne. Czasami w moczu występuje cukier.

2° lekkie, mniej ostre zapalenie trzustki, ze śmiertelnością do 23%. W większości przypadków tej grupy sprawa chorobowa daje objawy kamicy żółciowej, której jeden z ataków, zbyt przeciągający się, charakteryzuje się bólami w lewej górnej części brzucha i małą skłonnością do cofania się; cukru w moczu nie stwierdza się. Leczenie w jednym i drugim przypadku operacyjne.

St. Luxemburg.

Choroby kobiet i położnictwo.

ZIMMERMANN. O leczeniu skurczu brodawki sutkowej. (D. m. W. Nr. 34. 1929).

Już w 1923 r. opisał autor zespół objawów u położnicy, charakteryzujący się stwardnieniem, stawianiem się i zblednięciem brodawki sutkowej oraz napadowymi kłującymi bólami w sutce, występującymi jakoby pod wpływem zimna. W literaturze w ostatnich czasach kilka takich przypadków zostało opisanych i to zarówno u ciężarnych, jak i u dziewcząt. Etiologia tej sprawy chorobowej jest dotąd nieznaną i nieujednostajnioną. Autor uzależnia występowanie tej sprawy chorobowej od skurczu gładkich mięśni brodawki i, przenoszącego się następnie na mięśniówkę całego gruczołu sutkowego. Leczenie tego zespołu objawów ma doniosłe znaczenie ze względu na karmienie oraz na przebieg samej ciąży. U ciężarnych stosował autor miejscowo masć atropinową do wcierania, ciepło oraz związki potasowe do wewnątrz. Dobre wyniki otrzymywane były przez autorów przy podawaniu chininy w małych dawkach, której podczas ciąży stosować nie należy.

Wanda Franzówna.

A. HERMSTEIN. Badania nad zastępczym krwawieniem z nosa i sprawa miesiączki zastępczej. (Z. f. Geburtsh. 1929 r. N. 96).

Kobieta ze zbroceniem narządów rodnych i brakiem miesiączki miała co 3 tygodnie krwotoki z nosa w ciągu 34 dni. Z tego wyprowadza autor wniosek, że określenie krwawienie zastępcze jest nieściśle. Krwawienie z nosa jest tylko objawem autointoksykacji ustroju przez menotoksyny. Kobiety z takim krwawieniem zastępczym znajdują się, jak autor, się wyraża, w stałym okresie przedmiesiączkowym, a krwotok z nosa jest tylko usiłowaniem wyeliminowania menotoksyn, co się jednak ustrojowi nie udaje.

S.

H. SIEBKE. Leczenie niewydolności jajnikowej za pomocą hormonu płciowego. (Münch. med. Wschr. 1929 r. str. 1752).

Z badań autora nad działaniem leczniczym hormonu jajnikowego wynika, że do leczenia tego nadają się tylko te przypadki, w których brak hormonu jest przyczyną dolegliwości pacjentek. W przypadkach zbroceń na tle schorzeń wielogrzuczołowych, jak brak miesiączki, towarzyszącej otyłości i infantylnizmowi, leczenie hormonalne jest bezskuteczne.

S.

Choroby dzieci.

Béla STEINER. Przyczynę do chemizmu płynu mózgowo-rdzeniowego. (Jahrb. für Kinderh. 74 tom 3 4 zeszyt).

Autor określał w 35 przypadkach zapalenia opon mózgowych i 15-tu kontrolnych zawartość cukru i fosforu nieorganicznego w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Jak wiadomo, zmniejszenie zawartości cukru jest pewnym i wczesnym objawem zapalenia opon mózgowych. Diagnostyczna ocena ilości cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym napotyka dwojaką trudność: po pierwsze przy drgawkach na początku choroby ilość cukru może nie być obniżona, po drugie przy otrzymaniu cyfry 50 mg % zachodzą wątpliwości, czy jest to zmniejszenie ilości cukru, czy też dolna granica normy. W tych też przypadkach usługi wielkie oddaje badanie zawartości nieorganicznego fosforu.

Zawartość nieorganicznego fosforu w płynie mózgowo-rdzeniowym waha się między 1,4 a 1,6 mg. %. W zapaleniu opon mózgowych autor otrzymywał ilości większe od 1,7-3,0 mg. 0. W przypadkach wątpliwych badanie to dopomagało do potwierdzenia, bądź wyłączenia rozpoznania *meningitis*; w przypadkach guza mózgu i w zapaleniu mózgu ilość fosforu nieorganicznego w płynie mózgowo-rdzeniowym jest zmniejszona. Spostrzeżenie to nabiera znaczenia z tego względu, że inne badania chemiczne mogą w powyższych przypadkach dać wynik ujemny.

M. Stopnicka.

E. GLANZMANN. Przyczynę do kliniki i hematologii gorączki gruczołowej. (Jahrb. für Kinderh. 74 tom 5 6 zeszyt).

Autor spostrzegł w październiku 1928 r. w Bernie epidemię gorączki gruczołowej i miał możność dokładnego prześledzenia wszystkich przypadków pod względem hematologicznym.

Materiał obejmuje 70 przypadków sporadycznych i 45 w 16-tu rodzinnych epidemiach. Autor podaje szczegółową symptomatologię tego cierpienia i podkreśla różnorodność spotykanych objawów. Wspólnym ogniwem, łączącym rozmaite obrazy chorobowe, jest schorzenie układu chłonnego i patognomoniczny obraz krwi. We krwi znajdujemy przeważnie już w pierwszych dniach choroby znaczną liczbę mononuklea-

rów, dochodzącą do 80—90%. Patologiczna mononukleozą składa się z trzech następujących elementów:

1. Postaci b. młode, limfoblasty z jasnym jądrem i delikatną siatką chromatynową spotykane w większej liczbie w początku choroby,

2. Komórki limfocytoidowe b. duże z bogatym w chromatinę jądrem, protoplazmą niekiedy zasadochłonną.

3. Komórki monocytoidowe b. duże z jasnym, ubogim w chromatinę jądrem o kształcie podkowiastym bądź płasowym, protoplazmą jasną, szklaną i jednocześnie zasadochłonną. W niektórych przypadkach monocytoidy przeważają, autor spostrzegł do 44%.

Z innych zmian autor spostrzegał często eozynofilję. Czerwone ciała krwi i płytki zmian nie wykazywały.

Zmiany obrazu krwi utrzymują się tygodniami i miesiącami nawet przy dobrym samopoczuciu. Pierwszą oznaką poprawy jest zwiększenie się liczby normalnych limfocytów. Etjologia gorączki gruczołowej jest nieznaną. Próby autora zaszczepienia śwince morskiej moczu z przypadków powikłań nerkowych gorączki gruczołowej nie dały żadnego wyniku.

M. Stopnicka.

Ernst FAERBER. Spostrzeżenia kliniczne o drgawkach wstępnych w wieku dziecięcym. (Jahrb. für Kinderh. 74 tom 3/4 zeszyt).

Zdaniem autora drgawki wstępne, inaczej gorączkowe, występujące u niektórych dzieci na początku choroby gorączkowej w okresie szybkiego podnoszenia się ciepłoty, niezawaszne można uważać za równoważnik dreszczów i traktować je jako objawowe. Obserwując przez dłuższy czas 10-ro dzieci, u których występowały drgawki wstępne, stwierdził, że 8-ro z nich pochodziło z rodzin, w których zdarzały się drgawki wszelkiego rodzaju, a więc i epileptyczne, pozatem u dwójga z wyżej wymienionych dzieci po pewnym czasie rozwinęła się padaczka.

Autor odróżnia wśród dzieci z drgawkami wstępnymi 2 grupy.

Do I-ej większej grupy należą dzieci, które się potem prawidłowo rozwijają.

Spostrzegane u nich drgawki wstępne należy zaliczyć do objawowych.

Do II-ej grupy należą dzieci, u których drgawki wstępne mają związek z padaczką. Są to albo osobniki, które w jakiś czas po drgawkach wstępnych dostają prawdziwych napadów padaczkowych, bądź też epileptycy, którzy na gorączkę reagują prawdziwymi drgawkami, spostrzeganymi w czasie gorączki, a padaczka wymaga jeszcze dalszego wyjaśnienia.

M. Stopnicka.

Choroby kości i stawów

TATERKA i BORCHARDT. Duże dawki salicylanów w leczeniu ostrego i przewlekłego gośćca stawowego, (D. m. W. № 35 1929).

Leczenie gośćca stawowego zbyt dużymi dawkami preparatów salicylowych (15 gr. dziennie), jak proponuje Peters, często daje objawy zatrucia i zapaści, nawet zejście śmiertelne. Autorzy podają na początku leczenia u mężczyzn 6 gr., u kobiet zaś 4 gr. salicylanu sodu dziennie, później stopniowo zwiększając do 8 gr. u mężczyzn, do 6 gr. u kobiet i podaj

przez czas dłuższy, nawet po ustąpieniu objawów klinicznych—Dwuwęglan sodu podają dopiero po wystąpieniu objawów ubocznych. Dobre wyniki otrzymywali przy stosowaniu obok salicylanów—surrewicy paciorkowcowej wielowartościowej w ilości 50—100 cm³ domięśniowo, wstrzykując w miarę potrzeby kilka razy.

Wanda Franzówna.

H. J. LAUBER i CH. RAMM. Rokowanie i leczenie arthropathia ovaripriva. (Münch. med. Woch. Nr. 3. 1930).

Omawiane zmiany stawowe występują najczęściej w okresie menopauzy, po zupełnym usunięciu operacyjnym jajników; zmiany ustępują po leczeniu substytucyjnym jajnikami. Funkcja jajników zależy od ciała żółtego, a ten zespół gruczołowy jest regulowany wydzieliną przedniego płata przysadki. Główną jednak rolę w powstawaniu klimatycznych zmian stawowych przypisują zmniejszonej czynności jajników. Dolegliwości zaczynają się od silnych bólów małych stawów palców, nadgarstka i śródreżca, uczucia mrowienia i darcia. Objawy te wynikają ze skurczów naczyń, wywołanych warunkami cieplnymi, np. pracą w zimnej wodzie. Dlatego spotyka się je częściej u służących, wiele rzadziej u praczek (dawne *arthritis pauperum*).

Chore stawy są znacznie zgrubiałe i obrzmiałe. Ruchy czynne i bierne są ograniczone i bolesne. Zgrubienie stawów wynika z obrzmienia torebek stawowych. We wczesnych okresach stwierdza się przy pomocy promieni Roentgena zgrubienie torebek stawowych; kości, ani chrząstki zmian nie wykazują. Zmiany te powstają wskutek skurczów naczyń, wywołujących zwyrodnienia w tkance okołostawowej. Naskutek tych skurczów uszkodzenia chrząstek.

Racjonalne leczenie polega na podawaniu preparatów jajnikowych, jodowych, na stosowaniu kąpeli zmiennych, które zwalczają skurcze naczyń. Rokowanie w okresach wczesnych jest dobre.

F. Turyn.

A. SCHANZ. Spondylitis deformans, arthritis deformans i bóle. (Münch. med. Woch. Nr. 3. 1930.)

Autor zastanawia się nad patogenetą bólów w *spond. def.*, tłumaczy ich brak i występowanie bólów bez towarzyszących im zmian.

Bóle w *spond. def.* są wyrazem zaburzenia równowagi statycznej kręgosłupa. Wtedy mogą powstać charakterystyczne zmiany w kręgosłupie, które podtrzymują jego równowagę statyczną.

Czasami zmiany te występują b. wybitnie, mimo że nie towarzyszą im żadne bóle. Równowaga takiego kręgosłupa jest nietrwała, najmniejszy uraz może ją zburzyć: wtedy wystąpią charakterystyczne bóle.

Bywa również, że mimo trwających bólów żadnych zmian w kręgosłupie się nie stwierdza. W tych przypadkach istnieje tak samo zachwianie równowagi, lecz organizm nie jest w stanie jej wyrównać przez wytworzenie zmian *spond. (astenic)*.

Arthr. def. jest chorobą ze zużycia. S. uważa, że zgrubienia w stawach w *arthr. def.* mają na celu powiększenie powierzchni stawowych dla ułatwienia funkcji tego stawu. Bóle, o ile występują, są wyrazem zaburzenia sprawności czynnościowej stawów. O ile zużycie stawu odbywa się bez upośledzenia jego równowagi czynnościowej, *arthr. def.* rozwija się bez bólów. Najmniejsze zachwianie tej równowagi wywołuje bóle.

F. Turyn.

Wskazówki praktyczne.

A. Stein rozróżnia 3 typy *bólu krzyża*: wywołany cierpieniami ginekologicznymi, zależny od zbroceń kręgosłupa, płaskiej stopy i t. p. i typ zakaźny, w którym ognisko zakaźne mieści się gdzieś w okolicy odległej (zęby, migdałki, zatoki nosowe i t. d.) (Americ. J. Surg. 3, 259).

—o—

Według P. Rulle najczęstszą przyczyną *bólu krzyża u kobiet* są złogi kwasu moczowego w mięśniach i tkance łącznej podskórnej okolicy krzyżowej, złogi, które przy starannym badaniu można wymacać. Zmęczenie, opuszczenie trzew, osłabienie mięśni mogą powiększać ból. Jako leczenie zaleca Rulle: *Lithii brom.* lub *carb.* albo *jadat* 0,5, *Antipyrin* 0,4, *Ext. Belladonn.* 0,07, na ½ szklanki wody 2 razy dziennie. (Rev. mens. Gynéc. et. Obstétr. 18. Nr. 5).

—o—

Kobietom ciężarnym zaleca L. Bauer zażywanie przetworu soli mineralnych *Silmin*, zawierającego kwas krzemowy w trojkiej postaci, a prócz niego jeszcze prawie wszystkie inne sole mineralne. Poziom soli mineralnych i wapnia w tkankach przy regularnym zażywaniu *Silminu* (po 1-2 pastylek 2-3 razy dziennie) podnosi się, współczynnik soli mineralnych, a zwłaszcza wapnia osiąga poziom prawidłowy. (Med. Welt. 1930 Nr. 3).

Knöpfelmacher zwraca uwagę, iż w jego materiale *zapalenie mózgu, przypisywane szczepieniu ospy*, występowało w jednakowym odsetku u dzieci szczepionych i nie-szczepionych; zależęć musiało od nagminnego schorzenia ośrodkowego układu nerwowego, które panowało w okresie szczepienia ospy. Knöpfelmacher zachęca do badania neurologicznego dzieci nieszczepionych w okresie masowego występowania zapalenie mózgu po szczepieniu ospy. (W. kl. W. 1930 Nr. 4).

—o—

Według Falty działanie *źródeł radjoczynnych* jest niewątpliwe: wpływ na przemianę materji w sensie podrażnienia przemiany podstawowej, na uruchomienie kwasu moczowego jest najzupełniej pewny. Klinicznie dowiedzione jest działanie pomyslnie emanacji radowej na czynności serca, na gruczoły płciowe i na układ nerwowy. Większe dawki wywołują silniejszy odczyn, w dnie lepiej działają mniejsze dawki. Wskazania do stosowania źródeł radjoczynnych stanowią: przewlekłe choroby stawów, dna, przewlekłe cierpienia mięśni, nerwobóle i zapalenie nerwów, oraz przewlekłe sprawy zapalne narządów rodnych i objawy starzenia się. (W. m. W. 1930 Nr. 5).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska).

5 posiedzenie dnia 13 grudnia 1929 r.

Przewodniczący: Prof. L. Skubiszewski

Obecnych 26.

1) Przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 26 kwietnia 1929 r.

2) Prof. L. Skubiszewski wygłasza odczyt p. t. „O istocie zmian przerostowych w sercu.”

Wobec tego, że wskaźnik sercowy do 5-go roku życia jest jednakowy u płci męskiej i żeńskiej, a od tego czasu wskaźnik żeński zmniejsza się i jest mniejszy w przybliżeniu o 8% od męskiego, i że waga serca, według Müllera powiększa się aż do 70 roku życia, odrazu powstaje słuszne przypuszczenie, iż ocena fizjologicznego przerostu serca należy do zagadnień trudnych i to tembardziej, że poznania istoty przerostu patologicznego nie można uważać za wyczerpane.

Po omówieniu prac Rindfleischa, Förstera, Facilidesa, Zielonki, Letullea, Goldenberga, Tenzla, Hasenfelda, Romberga, Standlera, Albrechta i Neubera referent przedstawił rozbieżność w poglądach na istotę przerostu mięśnia sercowego. Rozbieżność ta, zdaniem referenta, wynika z doboru materiału badaniowego, prace bowiem wymienionych autorów były wykonane na patologicznych sercach przerostowych. Zmiany te rozwinęły się pod wpływem niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Niedomykalność w sercach ludzkich była spowodowana procesem zapalnym, a u zwierząt była wywoływana sztucznie. W obu tych odmianach niedomykalności sam czynnik wywołujący niewątpliwie miał wpływ na mięsień sercowy, stąd też naturalną rzeczą było, że Albrecht w sercach przerostowych stwierdzał zwyrodnienie mięśniowe. Stan ten niewątpliwie utrudniał ocenę wielkości komórek mięsnych w sercach przerostowych. To samo da się powiedzieć o tkance łącznej podścieliskowej. Nie można wątpić, że te czynniki chorobotwórcze, które spowodowały niedomykalność zastawek tętnicy głównej, były obojętne w stosunku do tkanki łącznej podścieliskowej serca.

Z przytoczonych uwag wynika, że naturalnem wymaga-

niem w określeniu istoty przerostu serca jest usunięcie przede wszystkim tych ciężkich zmian, które zawsze współtowarzyszą niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Natura sama dostarcza nam odpowiedniego materiału do badań i poznania istoty zmian przerostowych, u ssaków bowiem i ptaków praca mięśni jest miarodajna dla oceny wielkości serca (Bollinger, Bergmann i Perrot). Mając na względzie niniejszy fakt, Prof. L. Skubiszewski przeprowadził badanie na sercach zwierząt jednego i tego samego gatunku, ale znajdujących się w odrębnych warunkach, oraz sercach zwierząt, filogenetycznie ze sobą spokrewnionych, ale pędzących odmienne tryby życia. Do badań tych prelegent zużytkował materiał Ogrodu Zoologicznego w Poznaniu, dzięki uprzejmości Prof. Lubicz-Niezbibitowskiego.

MATERJAŁ BADANIOWY.

Króliki, na wolności wychowane	.	.	8
Króliki, w klatkach wychowane	.	.	7
Zające.	.	.	4
Sarny pospolite w klatce	.	.	2
Sarny pospolite na wolności	.	.	3
Jeleń.	.	.	1
Małpy	.	.	10
Struś	.	.	1

Razem 36

Do tego dołącza się 26 przypadków serc przerostowych ludzkich.

Na podstawie badań pomiarowych referent doszedł do następujących wniosków:

1) Równorzędnie z powiększeniem się wieku, przyborem ogólnej wagi mięśni szkieletowych ma też miejsce przybór masy serca, przybór, który wynika z powiększenia się komórek mięsnych serca w kierunku poprzecznym.

2) O przyborze masy sercowej mięsnej i równoległym zwiększaniu komórek mięsnych w wymiarze poprzecznym najlepiej świadczą serca tych zwierząt, które, należąc do jednego i tego samego gatunku, zachowują odrębny tryb życia. Zmiany te tem jaskrawiej występują w tych przypadkach, kiedy odmienny tryb życia zachowany jest przez kilka pokoleń.

3) Na ptakach stany przerostowe ilustruje nam wymowa nie zachowanie się prawego serca, które wymiarami i masą niekiedy dochodzi to wielkości lewego serca.

4) Przerost prawej komory serc ludzkich jest związany ze znacznym powiększeniem przeciętnej szerokości komórek mięsnych w porównaniu z włóknami serc niezmiennych.

5) W ustroju ludzkim stan przerostowy występuje w sposób niezaprzeczalny już dla zwykłego oka, a w badaniach mikrometrycznych komórki mięsne dosięgają rozmiarów przerostowych lewego serca w tych przypadkach, kiedy zwężenie prawego ujścia tętniczego ma miejsce tuż po porodzie albo nawet w okresie rozwojowym.

6) Tkanka łączna w przerostach fizjologicznych serc nie bierze czynnego udziału. W przerostach patologicznych obecność tkanki łącznej należy pojmować jako wyraz zaburzeń w tkance łącznej podścieliskowej na skutek działania bądź czynników zapalnych lub też następstwa zaburzeń w krążeniu w obrębie mięśnia sercowego.

7) Włókna kratkowe wykazują na podstawie pomiarów porównawczych niejednakową grubość, która wzrasta równomiernie do grubości poprzecznej włókien mięsnych.

(autoreferat).

W dyskusji zabierają głos Dr. Zeyland, Prof. Skubiszewski.

8). Dr. J. Czyżak przedstawia:

a) *Przypadek sloniowacizny wargi większej u kobiety 26 letniej.*

Prawa warga sromowa jest wielkości 1½ dłoni, brak owrzodzeń.

Narząd usunięto zapomocą amputacji.

Pod mikroskopem widać niezbyt szeroki pas nabłonka płaskiego, odgraniczony falistą linią, lecz wszędzie ostrą od błony podstawowej. Tu i owdzie widać nieliczne gruczoły łojowe. Pod nabłonkiem rozpościera się tkanka łączna. Poszczególne włókna jej są obrzękłe i porozsuwane, w szczelinach między nimi są jakby drobnoziarnisty pyłek (ścięty płyn białkowy). Miejscami, przeważnie ogniskowo, widać liczne naczynia limfatyczne otoczone dużą liczbą limfocytów. W ich otoczeniu rzucają się w oczy ułożone przeważnie w ugrupowaniach komórki olbrzymie o 3/4, a nawet kilkupaści jądrach.

Układ jąder wskazuje zarazem na genezę komórek, pochodzą one z śródbłonka naczyń limfatycznych. Niewiadomo z jakich przyczyn podział komórek nie doszedł do właściwego końca, podziałowi uległy tylko jądra, gdy pierwszocze tworzy jedną wielką bryłę. Obrazy mikroskopowe wraz z obrazem klinicznym upoważniają do rozpoznania sloniowacizny. Przyczyny tego schorzenia nie udało się wykryć. Można było wyłuszczyć kilę i gruczoły, którą podawano często jako przyczynę tego schorzenia. Dalsze losy chorej są nieznane, ponieważ nie stała się do ponownego badania.

b). *Lymphangioma retroperitoneale u 34 letniej wieloródki.* Guz wielkości główki dziecka, leżący pozaotrzewnowo, w jego otoczeniu liczne zrosty z siecią i jelitami. Guz składa się z grubościenną torbieli, z licznymi komórkami różnej wielkości, odgradzonych od siebie szerszymi lub węższymi przegrodami oraz białymi ogniskami, wypełniającymi częściowo przestrzenie między przegrodami.

Preparaty mikroskopowe wykazują sieć przegródek łącznotkankowych, wysłanych śródbłonkiem, zawierających płyn białkowy (chłonkę) oraz głównie limfocyty w najróżniejszych okresach rozwoju. Białawe ogniska przedstawiają się jako martwica, powstała na skutek ścięcia się za życia chłonki wraz z elementarnymi komórkami. W tej okolicy głównie spostrzega się obficie komórki olbrzymie z licznymi jądrami.

4) Dr. A. Barlik przedstawia:

a) *Lymphosarcoma primarium peritonei* o 22-letniego mężczyzny.

Po omówieniu sprzeczzeń, zebranych w klinice, gdzie litrami wypuszczano płyn jasny za pomocą punkcji jamy brzusznej, przedstawia referent wynik sekcji: Odżywianie bardzo łyche, obwód brzucha 200 cm. Sieć wielka waży 3100 gr., jest zajęta przez guzy różnej wielkości, częściowo uszypułowane, białe, na rozkroju białe, o budowie jednolitej. Otrzewna ścienna oraz jelit usiana takimiż guzami, tylko mniejszymi. W jamie brzusznej płyn przezroczysty burszynyowy w ilości kilku litrów. Przepona od strony jamy brzusznej usiana gęsto guzami białymi, poczęści zlewającymi się, które naciekają ścianę przepony tak, że o właściwym jej obrazie makroskopowo mówić nie można. Grubość jej wynosi od 1,5 cm. do 2 cm. Błona surowicza wszystkich narządów jamy brzusznej usiana wyżej opisanymi guzami, które niekiedy, jak n. p. w okolicy nerek prawej oraz miednicy malej, posiadają wielkość głowy dziecka. Należy podkreślić, że guzy sieci wielkiej usadowione są przeważnie między jej listkami. Narządy klatki piersiowej bez zmian nowotworowych. Badanie histologiczne wykazuje typową budowę mięsaka układu chłonnego. Punktem

wyścia nowotworu jest sieć wielka, a reszta guzów jamy brzusznej — to przerzuty inokulacyjne.

b) *Ciało wolne błony właściwej prawego jądra u mężczyzny 76-letniego.*

W mosznej ciałko okrągłe, wielkości orzecha laskowego, spoiścioci chrząstkowatej, powstałe wskutek odsznurowania się części składowej przepukliny mosznowej.

c) *Dwa ciała obce pęcherza moczowego u mężczyzny 59-letniego.*

W pęcherzu moczowym dwa cienkie druciki miedziane, każdy długości 3 cm., obłożone solami kwasu moczowego, wprowadzone do pęcherza samowolnie. W dyskusji biorą udział: Dr. Zeyland, Dr. Winter, Dr. Barlik.

5) Dr. S. Winter przedstawia:

a) *Hypernephroma malignum atypicum renis sin.* u chorej lat 17.

Referent przedstawia dane kliniczne i obszerniej omawia wynik sekcji, która wykazała: W jamie brzusznej płyn przesiekowy w małej ilości. Jelita wobec obecności guza, leżącego zaotrzewnowo i zajmującego całą połowę jamy brzusznej, oraz wobec powiększenia wątroby, zupełnie uciśnięte w obrębie prawej dolnej połowy jamy brzusznej. Guz, leżący w miejscu lewej nerki, wielkości dużej głowy człowieka, udało się łatwo wyłuszczyć. Guz ten na przekroju wykazywał barwę szarawo-czerwonawą bez wyraźnego utkania, przyczem w wielu miejscach widoczne były ogniska rozplywające się; spoiścioci guza miejscami ciastowata naogół dość twarda. Cały guz otoczony dość grubo torbką łącznotkankową. W wątrobie oraz w płucach i gruczołach stwierdzono rozległe ogniska przerzutowe, dochodzące n. p. w wątrobie, do wielkości jabłka, szarawe, o budowie współśrodkowej, dość twarde. Poza to w żyłę prężnej dolnej w miejscu ujścia żyły nerkowej lewej znaleziono wielki podłużny czop barwy szarawo-żółtawej, sięgający również do światła żyły nerkowej lewej, dość luźno ułożony w stosunku do ściany naczynia. Układu kostnego, ani jamy czaszkowej nie sekcjonowano.

Badanie mikroskopowe guza nerki wykazało następujące utkanie: przedewszystkiem na plan pierwszy wysuwają się w preparatach rozległe ogniska martwicy rozplywnej oraz ogniska krwotoczne. Samo właściwe utkanie składa się z komórek dość dużych, wielobocznych, posiadających liczne wypustki, przez co tworzą jakby siatkę, w której komórki są zanurzone. Komórki układają się różnie, w niektórych miejscach układają się dość luźno, przez co na plan pierwszy wysuwa się rysunek siatki. W innych miejscach znowu układają się zupełnie zbito. Komórki te są dość duże, zawierają duże jądra, przez co zaznacza się tylko wąski rąbek protoplazmy, barwią się równomiernie, przyczem w wielu miejscach zauważyć można figury nieprawidłowego podziału jądra. W komórkach tych widoczne są poza to większe i mniejsze oczka, które przy barwieniu na tłuszcze dają odczyn dodatni, liczba tych kuleczek tłuszczowych jest nierównomierna, w niektórych komórkach widzimy ich bardzo mało, w innych znowu zajmują prawie całą przestrzeń komórki. Całość utkania guza jest tak chaotyczna i nieregularna, że o jakimś typie utkania nie może być mowy. Ilość podścieliska łącznotkankowego minimalna, jedynie podtorbkowo znajdujemy większe pasma tkanki łącznej. Prawie zupełny brak naczyń krwionośnych tłumaczy obecność licznych ognisk martwicznych.

Podobne utkanie stwierdzamy we wszystkich ogniskach przerzutowych innych narządów. Na podstawie tego obrazu drobnowidowego rozpoznano sprawę nowotworową o charakterze wybitnie złośliwym, dającą bardzo szybko przerzuty do innych narządów drogą naczyń krwionośnych.

b) *Gruczolako-raka żołądka* u dość rzadkiem tworzeniem przerzutów przez ciągły rozrost poprzez narządy sąsiednie aż do powłok zewnętrznych jamy brzusznej u kobiety 44-letniej.

W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono w jamie brzusznej wielki guz, w którego zakres wchodziły: żołądek, poprzecznica wraz z siecią i przednią ścianą jamy brzusznej. Guz poza to wykazywał dość ściśle zespolenie z podłożem. Konieczne wobec tego było częściowe wycięcie żołądka i poprzecznicy wraz z siecią, poczem wykonano zespolenie żołądka z jelitem cienkim i boczne połączenie okrężnicy. Chora z powodu znacznego wyniszczenia nowotworowego i wyczerpania mięśnia sercowego zmarła na drugi dzień po zabiegu. Cały wycięty guz, obejmujący żołądek, poprzecznicę i ścianę jamy brzusznej, wykazywał na przekroju guzowaty rozrost, w obrębie ściany żołądka, przechodzący następnie bocznie na przednią ścianę poprzecznicy, powodując jedynie

zwężenie nieznaczne jej światła i ściśle zespolenie ze ścianą, przerastając ją aż do skóry właściwej.

Badanie mikroskopowe wykazało budowę typową dla *adeno-carcinoma*.

6) Dr. L. K o n k o l e w s k i przedstawia przypadek *obustronnego zwyrodnienia torbielowatego nerek* u kobiety 54-letniej.

Obie nerki prawie dwukrotnie powiększone, składają się z licznych tworów torbielowatych, różnej wielkości, tworzących konglomerat przestrzeni jamistych, wypełnionych treścią przezroczystą, płynną lub galaretowatą. W przegródach między torbielami widać skąpe resztki mięszu nerkowego.

Miedniczki nieznacznie rozszerzone. Moczowody drożne. Histologicznie na pierwszy plan występują twory torbielowate oraz rozrost tkanki łącznej. Charakterystyczne są obrazy małych torbieli, powstających bądź z rozszerzonej przestrzeni w obrębie torbki Bowmana, bądź z cewek moczowych. Zmian zapalnych dostrzega się zaledwie ślady. Co do sposobu powstania, to obrazy mikroskopowe przemawiają całkowicie za tłumaczeniem w myśl poglądów H o r n o w s k i e g o.

Sekretarz (—) J. Z e y l a n d

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Wartość i trwałość odporności, uzyskanej przez szczepienie anatoksyny błoniczej jest, według R a n i o r e, D e b r é, M o z e r a i J o a n n y P i c h o t (Akad. Lekarska luty 1930 — Pr. méd. Nr. 18), bardzo znaczna, skoro u 90,1 proc. (ze 105) dzieci, uodpornionych anatoksyną przed 1—5 laty, wartość antytoksyjna przewyższała $\frac{1}{10}$ jednostki, zaś w 96 proc. przewyższała $\frac{1}{30}$ jednostki. W porównaniu z innymi sposobami

uodporniania anatoksyna daje o wiele lepsze wyniki. Poza tem okazało się, że surowicę bogatą w anatoksynę stwierdzono w 95 proc. u dzieci, szczepionych przed 4 laty, w 95 proc. u dzieci, szczepionych przed 3 laty, w 89 proc. u dzieci z przed 2 lat i w 82 proc. u dzieci, szczepionych przed rokiem. Są to dowody, że odporność jest stała i nie słabnie, z biegiem czasu.

Zdaniem T r i c o i r e a (Paryskie tow. biolog., luty 1930. — Pr. méd. Nr. 18) *szczepienie śwince produktów, zawierających prątki gruźlicze*, powoduje wyraźne *zmniejszenie liczby krążków czerwonych i białych* do $\frac{4}{3}$ i $\frac{1}{2}$ normy. Ma to być tak stałe, swoiste, wczesne i trwałe, że pozwala na wypowiedzenie się co do wyników szczepienia po upływie 15—20 dni obserwacji.

O działaniu *sercowo naczyniowym* niektórych *po pochodnych cholicy*, wprowadzonych *doustnie*, komunikowali na posiedz. lut. parysk. tow. biolog. (Pr. méd. Nr. 18) W i l l a r e t, J u s t i n - B e s a a c o n i C a c h e r e. Podawanie eteru acetylowego alfa metylcholicy doustnie powoduje nagły spadek ciśnienia wskutek rozszerzenia tętnic, bez objawów sercowych. Spadek ten trwa godzinami, nie powodując objawów zatrucia zwłaszcza bradykardji. Bromek bromocholicy wywołuje również znaczny spadek ciśnienia, lecz nie tak gwałtowny.

Na posiedzeniu styczniowym tow. laryngologów parysk. (Pr. méd. Nr. 18) M i é g e v i l l e opisał na podstawie 10 przypadków *zespół gardzielowy*, zależny od *pneumokoków*. Początek choroby jest nagły z ciepłotą 40° i trwający przez dni ośm powyżej 39°. Objawy ze strony nosa są naogół nieznaczne, migdałki obustronnie w stanie zapalnym z białymi nalotami, zmieniającymi się z dnia na dzień, — poza tem bóle w uszach. Środki przeciwgorączkowe pozostają bez efektu. Badanie bakteriologiczne wykrywa przewagę pneumokoków. Na dziewiąty dzień nagły spadek ciepłoty z wielomoczem i szybki powrót do zdrowia.

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

Jeszcze słówko o języku naszych prac naukowych.

W n. 45 „Warsz. Czasopisma Lek” autor podpisany literami M. F. (czy nie mogę domyślać się w nim kochanego Kolegi Ma. Fl.), poruszył ważną sprawę naszego języka prac naukowych, który często pozostawia bardzo wiele do życzenia i niewątpliwie do rozpacz doprowadzać musi redaktora i korektora, o ile ci istotnie dbają o czystość naszej mowy literackiej. I trzeba wyznać, że pod tym względem daleko pozostaliśmy w tyle poza wymaganiami, jakie stawiano pracom, ogłaszanym w czasopismach naukowych za czasów zaborczych we wszystkich trzech zaborach. Dzisiaj język polski w pracach naszych naukowych (z licznymi zresztą wyjątkami) każe nam niejednokrotnie żałować, że niema już Z n a t o w i c z ó w i innych podobnych pracowników, do których muszę zaliczyć niezapomnianej pamięci Redaktora Gazety Lekarskiej, Wład. G a j k i e w i c z a.

Mija właśnie lat 50 od czasu napisania mojej pierwszej pracy chemiczno-lekarskiej: Badanie jodu bromu i ozonu w powietrzu tężni Ciechocińskich. Wychowany w szkole rosyjskiej, czytałem wpraw-

dzie dosyć dużo książek polskich, nie tyle jednak, ażeby mój styl był wolny od mnóstwa rusycyzmów. Gdym otrzymał odbitkę mej pierwszej pracy, zdumiony byłem czystością stylu, i ja sam i moi znajomi starsi, którym, jako student medycyny, ofiarowałem tę moją pracę. Gdym w drukarni zobaczył swój rękopis, spostrzegłem, że prawie wyraz po wyrazie został przerobiony ręką pracowitego Redaktora, który miał zapewne nietylko tę jedną moją elekcję do przetłumaczenia na literacki język polski. Istotnie niejednokrotnie widziałem później w drukarni K o w a l e w s k i e g o rękopisy niewiele lepsze od mojego. Na przyszłość posłużyło mi to jednak o tyle za naukę, ażeby nie obarczać redakcji niepotrzebną korektą, że moje prace sam poprawiałem uważnie i dawałem je często do przejrzenia i poprawienia pod względem językowym i stylistycznym innym, bardziej odemnie kompetentnym ludziom. W ten sposób doszedłem powoli do stylu, który już nie raził tak bardzo, a wreszcie stał się możliwy.

To samo doradzam i teraz moim młodszym i starszym (o ile jeszcze są!) Kolegom.

O. Bujwid (Kraków)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

W sprawie Kas Chorych *)

Podał

Dr. C. SZABAD (Wilno)

..... Po wracając do budżetu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, zatrzymam się na obo-

*) Z przemówienia Senatora D-ia C. Szabada w Komisji Skarbowo-budżetowej Senackiej Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w dniu 18-go lutego 1930 roku.

wiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, t. j. na kasach chorych. Chcę mówić o tej sprawie ze stanowiska lekarsko-społecznego, jako delegat Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogrodzkiej do Naczelnej Izby Lekarskiej. Bez wątpienia instytucja Kasy Chorych ma doniosłe znaczenie społeczne i ekonomiczne, i sama idea oparta jest na zdrowych podstawach. Instytucja ta

winna byłaby zdobyć sympatię wszystkich warstw ludności, a jednak do dziś dnia znaczna część ludności odnosi się do niej z niechęcią, a inna część z nieufnością. Trzeba przyznać, że składki są dla naszych biednych stosunków ekonomicznych za wysokie i zbyt obciążają płatników. Aczkolwiek dwie trzecie składki płaci pracodawca, a ubezpieczony tylko jedną trzecią, to jednak w całości w rezultacie ciężar ten spada na ubezpieczonego albo w formie obniżenia płacy, albo też w postaci podrożeń produkcji. A gdy te skutki nie następują, to możemy z całą pewnością twierdzić, że przy obecnym ciężkim stanie gospodarczym, zwłaszcza na Kresach, wysokie opłaty na rzecz kasy chorych doprowadziły niejedno przedsiębiorstwo do ruiny. Sekwestrator Kasy Chorych nie jest przez ludność bardziej lubiany, aniżeli sekwestrator Urzędu Skarbowego lub Magistratu. Szczególnie ciężko odczuwają wysokość składek do Kas Chorych nasze żydowskie instytucje społeczne, kulturalne i filantropijne, które pracują z deficytem i są dłużne swoim nauczycielom i pracownikom płacę za szereg miesięcy. Przyznaję otwarcie, że zaległość tych naszych instytucyj w samym Wilnie sięga dziesiątków tysięcy złotych, i nie wiem doprawdy, kiedy się z tego uiszcza. Prawdopodobnie ma to miejsce również i w innych miastach.

Z drugiej strony również i ubezpieczeni w kasach chorych nie są zadowoleni. Nie otrzymują tam pomocy lekarskiej tak szybko, jakby ją mogli otrzymać u lekarzy wolno-praktykujących. Kolejki w ambulatoriach są tak duże, że do niektórych, bardziej wziętych lekarzy lub specjalistów trzeba zapisywać się na jeden lub dwa tygodnie naprzód. Ażeby otrzymać potrzebną pomoc lekarską, trzeba niekiedy tracić cały dzień, a czasem i więcej. Dlatego też spora część zajętych i pracowników, jak również i służba domowa, nie ma wprost możliwości korzystania z ambulatorjów kas chorych. Muszę jeszcze dodać, że liczba „chorych”, właściwie mówiąc liczba osób, zwracających się o pomoc lekarską, a w rzeczywistości niepotrzebująca jej tak nagle, zwiększa się z powstaniem instytucji kasy chorych z dnia na dzień. Nie twierdzę, ażeby to byli symulanci, którzy chcą uzyskać zasiłek na wypadek choroby, ale są to poprostu neurasteniccy, którzy, im łatwiejsze jest dla nich uzyskanie pomocy lekarskiej, tem częściej idą do lekarza. W klasycznym kraju kas chorych, w Niemczech, ten ujemny objaw został już dawno stwierdzony. To samo widzimy również w Polsce. Należy również zauważyć, że często ubezpieczają się w Kasach Chorych chorzy nieuleczalni, jedynie w celu wyzyskania pomocy. Daje się to również zauważyć w powiatowych Kasach Chorych, które na wypadek wysłania chorego do miasta, np. celem dokonania zdjęcia rentgenowskiego, wypłacają im koszty podróży. Otóż to wszystko obciąża budżet kas chorych i uniemożliwia rzeczywistym chorym uzyskanie pomocy. Celem zmniejszenia liczby niczem nieuzasadnionych zgłoszeń się po poradę lekarską, utrudniających niepomniernie tak pracę lekarską, jak i dostęp rzeczywście potrzebujących opieki lekarskiej, proponował delegat Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej na konferencji przedstawicieli Izby Lekarskiej w dniach 24 i 25 listopada 1929 r. w sprawie lecznictwa w Kasach Cho-

rych wprowadzenie, jako czynnika psychologicznego, pobierania chociażby drobnych opłat, np. od 5 — 15% kosztów wizyty chorego w Kasie, od kategorii ambulatoryjnych, zgłaszających się po raz pierwszy, od chorych zaś, zgłaszających się ponownie, pobierania opłat o 50% niższych. Należałoby jednocześnie — proponował ów delegat — obniżyć składki, wpłacane przez ubezpieczonych. Od chorych obłożnie i od wypadków nagłych opłata nie powinna być pobierana. Nie chcę wkraczać w szczegóły, jakie należy zastosować środki dla sanacji dotychczasowego stanu w Kasach Chorych. Świat lekarski jest bardzo wdzięczny p. ministrowi Prystorowi, że zwołał specjalną konferencję lekarzy, „aby wspólnie radzić i wspólnie wydać opinię, jak brakom i niedomaganiom Kas Chorych zaradzić”. Na tej konferencji wysłuchano szeregu opinij autorytatywnych. Chcę tu tylko uczynić jedną uwagę. Dotychczas, jak mi wiadomo, Kasy Chorych nigdzie nie mają własnych szpitali i umieszczają swoich chorych przeważnie w szpitalach miejskich, przyczem nie płacą pełnych kosztów utrzymania chorego, lecz tylko połowę. Uważam to półtorakrotne opodatkowanie ludności miejskiej na rzecz szpitalnictwa za krzywdę dla miast. Nie należy zapominać, że na 1 czerwca 1929 r. liczba osób, obowiązkowo ubezpieczonych w Kasach Chorych, wynosiła 2.472.191, liczba zaś rodzin, mających prawo korzystania ze świadczeń, wynosiła w końcu III-go kwartału 1929 r. 2.697.888 osób; razem więc około 17% ludności. W miastach oczywiście procent ten sięga od 50—60. Wynika z tego, że prawie cała ludność miejska, przecież również pracodawcy wpłacają składki do Kas Chorych, oprócz tego, że płaci podatki komunalne, z których spora część idzie na szpitalnictwo, jeszcze raz płaci za kurację ubezpieczonych w szpitalach. Odpowiednią w tej materji rezolucję zgłoszę.

Muszę już skończyć. Pozwolę sobie tylko powiedzieć parę słów o komisarzach w Kasach Chorych. Wysoka Komisjo! Podkreśliłem już wielkie braki w Kasach Chorych, ale oskarżać o to tylko zarządy i przypisać to okoliczności, że pochodzą one z wyborów — nie można. Oczywiście, można narzekać na partyjność zarządów, ale przede wszystkim — jak to wskazywali uczestnicy wspomnianej konferencji — szkodziło to, że lekarz naczelny był podporządkowany zarządowi i nie był niezależny w swoim postępowaniu lekarskim. Ale to przecież da się łatwo zmienić przez nowelizację ustawy, a nawet przez Okólnik Ministerstwa. Zasadą być winno oparcie działalności kas chorych na czynniku lekarskim, ale nie można wszak przeczyć, że pracodawcy i pracownicy, z czyich pieniędzy wyłącznie utrzymywane są Kasy Chorych, mają prawo samą nią zarządzać. Być może, że w niektórych Kasach Chorych miały miejsce takie nadużycia, które wymagały ingerencji władz i mianowania komisarzy. Może się coś podobnego zdarzyć i w samorządzie miejskim. Ale, jak wiadomo, w wielu wypadkach nie było tak poważnych przyczyn, któreby aż wymagały odwołania już wyznaczonych wyborów i mianowania komisarzy. W Wilnie np. — jak mi wiadomo — nie było tak ważnych powodów, chyba, że Pan Minister uważał za przestępstwo fakt, że ogłoszenia Kasy Chorych były dru-

kowane nie tylko w języku polskim, lecz również w języku żydowskim. W Wilnie, gdzie ludność żydowska wynosi 36%, nie było to uważane za przestępstwo. Wódz naczelny Józef Piłsudski i generał Żeligowski w swoim czasie również wydawali odezwy do ludności w języku żydowskim.

Jeśli w innych miastach do mianowania Komisarzy skłoniły podobne pobudki, to te fakty zaszczytu Ministerstwu nie przysparzają.

Teraz co do gospodarki Komisarza Kasy Chorych w Wilnie.

Już od samego początku zaczął p. Komisarz wileński tak traktować Naczelnego Lekarza, że ten był zmuszony kategorycznie rzec się współpracy z Komisarzem i wreszcie podał się do dymisji. Proklamowana przez Komisarza „oszczędność” wyraża się tem, że Komisarz pobiera pensję i rozjeżdża samochodem Kasy Chorych, podczas gdy członkowie rozwiązanego zarządu pracowali bezinteresownie. Później doszło prawie do awantury z kierownikiem gabinetu rentgenologicznego. Właśnie przed wyjazdem do Wina wice-Ministra, generała D-ra Hubickiego, ukazała się w miejscowym dzienniku „Słowo” śmieszna notatka p.d. takim tytułem:

„Komisarz Kasy Chorych działa. Ujawnienie potajemnej nauki w gabinecie roentgenologicznym Kasy Chorych.”

Kierownik gabinetu Dr. M. nadesłał redakcji sprostowanie; ta odmówiła wydrukowania go, gdyż „według wiadomości, zasięgniętych w Kasie Chorych, Dr. M. w swoim rzekomem sprostowaniu gruntownie rozmija się z prawdą”. Wtedy zmuszony był ingerować Zarząd Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej który zażądał od Komisarza, by albo nadesłał fakty, stwierdzające zarzuty, albo żeby ze swej strony sprostował je. Po długim oczekiwaniu otrzymała Izba Lek. protokoły, stwierdzające rzekome zarzuty dziennika.

O ile zarzuty te były uzasadnione, może stwierdzić uchwała Izby Lekarskiej, z której przytaczam punkty pierwszy, czwarty i szósty:

1) Zarzut, postawiony Dr-owi M., stworzenia w pracowni rentgenowskiej Kasy Chorych zakonspirowanej szkoły, niema żadnych podstaw.

4) Sprostowanie, przesłane przez Dra M. i wydrukowane w Kurjerze Wileńskim z dnia 24 XII 1929 r., a nie przyjęte przez redakcję „Słowa”, odpowiada istotnemu stanowi rzeczy.

6) ... Zarząd Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej postanowił przesłać powyższą uchwałę, zgodnie z art. I punkt „a” i art. 25 punkt „h” ustawy z dnia 2 XII, 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń w Warszawie z prośbą o spowodowanie, aby Zarząd Kasy Chorych m. Wilna sprostował w prasie wileńskiej nie odpowiadające rzeczywistości fakty, podane przez redakcję „Słowa” w dn. 19 i 21 grudnia 1929 r.

Nie jest mi wiadomem, czy Okręgowy Urząd Ubezpieczeń spełnił prośbę Wil. Izby Lekarskiej, sądzę jednak, że Pan Minister i Wysoka Komisja przyznają mi słuszność, że takie postępowanie Komisarza nie przyczynia się ani do prestiżu władzy, ani nie przynosi korzyści ubezpieczonym.

Zgłaszam więc następującą rezolucję:

Senat wzywa Ministra Pracy i Opieki Społecznej, aby czempredziej rozpiął wybory do Zarządów Kas Chorych zgodnie z ustawą, przyczem należy uwzględnić, by cała organizacja lecznictwa znajdowała się w rękach zespołu lekarzy, pracujących pod kierownictwem Naczelnego Lekarza Kas Chorych, który powinien być niezależny od Zarządu w granicach budżetu.

Dokładniejsze opracowanie regulaminu pracy lekarskiej w Kasach Chorych powinno być dokonane, zgodnie z obietnicą p. Min. Prystora, przy udziale przedstawicieli Korporacji Lekarskich.

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9)

François Magendie.

Urodził się w r. 1783 w Bordeaux, zmarł w r. 1855 w Sannois pod Paryżem.

Znakomity fizjolog, klinicysta, toksykolog, farmakolog i anatomopatolog, twórca nowej szkoły doświadczalno-klinicznej należał do Margendie obok Bichata i Dupuytrena do przedstawicieli największych genjuszów medycyny francuskiej wieku 18-go i początku 19-go. Dzięki ich pozytywistycznemu kierunkowi myśli zostały podważone panujące jeszcze wówczas teorie ontologiczne, klinika oparła się na kierunku materialistyczno-doświadczalnym, powstała nowa racjonalna terminologia, a wraz z nią i cały

szereg nowych samodzielnych specjalności, jak choroby skóry i weneryczne (Ricord), urologja, ortopedia i t. p.

Claude Bernard w swych wykładach zawsze wspominał o Magendie, jako o klinicyście, który szukał rozwiązania zagadnienia wszędzie, gdzie tylko się dało, nie wiążąc się żadnymi dogmatami. Sam Magendie mówił o sobie: „Każdy porównywa siebie z czemś wyższem, jeden z Archimedesem, drugi z Newtonem, inny z Galileuszem lub Kartezjuszem, Ludwik XIV nawet ze słońcem. Co do mnie jestem znacznie skromniejszy. Uważam siebie za gąlganiarza, który, posługując się hakiem w rękę i koszem na plecach, obchodzi wszystkie podwórza wiedzy i zbiera to, co się da”.

Warto zaznaczyć, że ten wybitny klinicysta, farmakolog, entuzjastyczny wyznawca nauki lekarskiej, zachowywał się bardzo krytycznie w stosunku do zbyt gorliwej farmakoterapii i w wykładach swych zawsze mitygował swych słuchaczy, mówiąc: „spróbujcie nie

nie stosować, przekonacie się, że ten sposób w 80 przypadkach na 100 daje dobre wyniki”.

Z jaką ulgą widziałoby się te słowa wypisane na księgach naszej mądrości lekarskiej, jako hasła towarzystw naukowych, zwłaszcza w dobie dzisiejszej s p e c y f i k o m a n i j i, kiedy nie tylko fabrykanci konkurują ze sobą wypuszczaniem na rynek coraz nowych preparatów, lecz i lekarze z gorliwością godną lepszej sprawy, starają się nawzajem zdystansować wypisywaniem najnowszych środków, o których nie tylko konkurenci jeszcze nie wiedzą, lecz i apteki jeszcze nie słyszały! Obłądka ta gonitwa w mroku musi doprowadzić do otrzeźwienia! Bodajby to nastąpiło, jak najprędzej!

Johann Lucas Schoenlein

Urodził się w Bamberg w r. 1793, zmarł tamże w r. 1864.

Pozytywistyczny kierunek medycyny francuskiej nie mógł pozostać bez wpływu na szkołę niemiecką, opanowaną wówczas przez prądy filozoficzno-naturalistyczne. Kompromitacja M e s s m e r a, nieufność do H a h n e m a n n a musiały obudzić pewien krytycyzm w umysłach przedstawicieli medycyny niemieckiej, którzy, usiłując wyzwolić się z romantycznej fantastyki i dialektyki wieku 18-go, zwrócili wzrok na zachód ku Francji.

Takim był S c h o e n l e i n, wybitny klinicysta profesor uniwersytetu Zurychskiego, a następnie Berlińskiego, znany jako odkrywca pasorzyta parchu. Lecz w odkryciu tem tkwi zaledwie część jego wielkich zasług dla medycyny. G r i e s i n g e r, jeden z jego najzdolniejszych uczniów z okresu Zurychskiego, tak się o nim wyraził: „On wszystko zdawał się wiedzieć, wszystko umieć przy łóżku chorego”, a B i l l r o t h w r. 1876 w swoich wspomnieniach o nim wypowiedział się temi słowy: „Co wzbudzało dla niego największy podziw — to jego encyklopedyczne wykształcenie w dziedzinie nauk przyrodniczych, fizjologii i medycyny ogólnej”.

Z punktu widzenia dzisiejszej skribomanji musi wydać się zupełnie niezrozumiałem, dlaczego ten uczony, uosabiający encyklopedyczną skarbnicę wiedzy, prócz dwóch niewielkich prac, z których jedna dotyczyła odkrycia pasorzyta parchu, nic więcej w druku po sobie nie zostawił? Jak skromny musi się wydać biedny S c h o e n l e i n wobec dzisiejszych niezmordowanych producentów artykułów, których same tylko tytuły mogłyby stanowić często bardzo okazałych rozmiarów broszurki!

Na szczęście historia umie odróżnić ziarno od plewy i o prawdziwych zasługach nie zapomina. Klasyczne wykłady S c h o e n l e i n a zostały pieczołowicie opracowane i wydane przez jego uczniów pod tytułem: „S p e z i e l l e P a t h o l o g i e u n d T h e r a p i e”. W wykładach tych S c h. wprowadza nowe typy patologii, mianowicie: m o r f o l o g i c z n y, h e m a t o l o g i c z n y i n e u r o l o g i c z n y. Był to śmiały odskok od panujących wówczas fantastycznych poglądów ontologicznych. S c h o e n l e i n swych teorii nie wygłaszał na podstawie rozważań apriorystyczno-spekulacyjnych, lecz na mocy danych pozytywistycznych, opartych na anatomji i fizjologii.

Ten zasłużony mąż wiedzy, choć w życiu był

bardzo skromny, miał ambicję osobistą nie dopuszczającą do kompromisów.

Podczas ostatniej choroby króla Fryderyka Wielkiego, którego S c h o e n l e i n leczył wraz z radcą tajnym W e i s s e m, królowa wobec ciężkiego stanu małżonka zaproponowała sprowadzić do pomocy D-ra N i x a z Monachjum. S c h o e n l e i n zaprotestował kategorycznie, wyraziwszy się przytem dowcipnie następującym kalamburem:

„Es ginge doch nicht, dass die Bulletins unterschrieben werden: „S c h o e n l e i n, W e i s s, N i x”.

Johannes Müller

Urodził się w r. 1801 w Koblencji, zmarł w r. 1858 w Berlinie. Jeden z największych umysłów wśród przedstawicieli medycyny niemieckiej na początku wieku 19-go. Uchodzi za twórcę fizjologii nowoczesnej. Jego mistrzowska metodyka i genialna spostrzegawczość skupiły dokoła niego najzdolniejszych uczniów, którzy pod jego kierunkiem zainicjowali pierwsze archiwum medyczne pod nazwą „A r c h i v f ü r p h y s i o l o g i s c h e H e i l k u n d e”, w którym ogłaszano wszystkie wybitniejsze prace z dziedziny kliniki, fizjologii, patologii oraz terapii nie tylko z literatury niemieckiej, lecz również francuskiej i angielskiej.

Z życia M ü l l e r a nie pozostało dużo wspomnień osobistych. Kiedy pewnego razu zwrócili się doń jego uczniowie z prośbą, aby napisał swą autobiografię, odrzekł: „O życiu człowieka, pracującego naukowo, poza wymienieniem jego prac, należy wspomnieć tylko o dniu jego urodzin i śmierci”. Jako syn szewca pochodzenia katolickiego, otrzymał wychowanie teologiczne. W 18-ym roku życia przerzucił się na medycynę. Będąc jeszcze studentem, otrzymał nagrodę za pracę o oddychaniu płodu. Po krótkiej docenturze w B o n n został mianowany nadzwyczajnym profesorem tego uniwersytetu, a w r. 1833 zwyczajnym profesorem anatomji i fizjologii oraz dyrektorem teatru anatomicznego. O wysokim poziomie stworzonej przez niego szkoły świadczą jego wszechświatowej sławy uczniowie, jak S c h w a n n, H e n l e, B r ü c k e, d u B o i s - R a y m o n d, V i r c h o w, H e l m h o l t z, R e m a k i wielu innych. Jego słynny podręcznik fizjologii do dnia dzisiejszego pozostał rodzajem biblii dla fizjologów.

D u B o i s - R a y m o n d, opowiadając o zwyczajach tego wielkiego męża nauki, mówi o nim, że nigdy nie poruszał kilku tematów jednocześnie i w wykładach swych trzymał się zawsze jednego przedmiotu. Pewnego razu ktoś zagadnął go podczas wykładu fizjologii na temat anatomji, M ü l l e r odpowiedział: „o tem wiem tylko zimą, dziś jest lato, wykładam co innego”.

J. M ü l l e r nie lubił dymu tytoniowego i nie znosił go nawet w prosektorjum, choć tam oficjalnie palenie nie było wzbronione. Kiedy M. spostrzegł studenta z cygarem w ustach, stawał przed nim i tak długo przypatrywał mu się, aż student odkładał cygaro na stronę. Wówczas M. brał je do rąk i końcem od ust zaczął dotykać różnych miejsc na trupie, wypytując studentów o nazwy dotykanych części ciała. Studenci, nie chcąc nie tylko tracić swych cygar, lecz również narażać się na ten niezawsze łatwy egzamin, w obecności M. woleli nie palić. M ü l l e r był wielce dumny ze swego pomysłu.

Philippe Pinel

Urodził się w St.-Paul w r. 1755, zmarł w 1826 w Paryżu. Syn lekarza, z początku poświęcił się teologii i dopiero od 30-go roku życia zaczął studiować medycynę w Tuluzie i następnie w Montpellier. Wybitny klinicysta, zdobył sobie sławę twórcy nowocześniejszej psychiatrii. Do zajęcia się tą specjalnością skłoniła go choroba jednego z jego najbliższych przyjaciół oraz groźna epidemia obłądów w okresie rewolucyjnym. Zdarzeniem, które wstrząsnęło nim do głębi był widok egzekucji, dokonanej na Ludwiku XVI, przy której zmuszony był asystować w charakterze oficera z ramienia rządu narodowego. W liście, w którym opisuje całą tę scenę, z bólem wspomina, że wynalazcą tego straszliwego narzędzia śmierci — gilotyny był, niestety, lekarz (Guillotin). Psychika Pinela od tego czasu zmieniła się gruntownie. Poświęcił się sprawie obłąkanych, jako najniebezpieczniejszych. Przez długie lata był kierownikiem szpitala Salpêtrière i na stanowisku tem dokonał jednego z najwznioślejszych czynów — nadania wolności nieszczęśliwym ofiarom obłądów. Pinel głosił: „jednym z największych przesądów ludzkości jest twierdzenie, że obłąd jest chorobą nieuleczalną”. Dążenie do traktowania humanitarnego chorych umysłowych widzimy wprawdzie już u Paracelsa, Weyera w wiekach 15 ym, 16 ym, lecz był to tylko objaw

współczucia, bez bliższego zrozumienia istoty choroby. Pinelowi nie łatwo przyszło wprowadzenie swych poglądów w czyn. Był to okres rewolucji szalejącej, która wszędzie węszyła tylko zdradę. W obłąkanych dopatrywano się często obłudników zdrajców. Sam Pinel uchodził za arystokratę, posądzanego o współudział z kontrrewolucją. Przeszkody te jednak nie zrażały mężnego Pinela, który nieustraszenie występował przed Konwentem z żądaniem przeprowadzenia reform w psychiatrii. Po jednym z takich wystąpień członek Konwentu Couthon odpowiedział mu: „Obywatelu, jutro odwiedzę cię w szpitalu w Bicêtre; biada, jeżeli okaże się, żeś mnie oszukał, kryjąc pomiędzy swymi obłąkanymi wrogów ludu!”

Następnego dnia Couthon istotnie przybył do szpitala. Gdy jednak znalazł się pomiędzy wyjącmi z bólu i obłądów nieszczęśliwymi, z którymi na próżno usiłował porozumieć się, zwrócił się do Pinela ze słowami: „Obywatelu, zapewne jesteś sam głupi, jeżeli chcesz nadać wolność temu bydłu. Obawiam się, że zostaniesz ofiarą swych przesądów”.

Następnego dnia Pinel otrzymał zezwolenie od Konwentu na wprowadzenie swych reform. Zaczął od tego, że przedewszystkiem uwolnił nieszczęśliwych od kajdan i odseparował ich zupełnie od przestępców, z którymi dotychczas przebywali razem. Wielki czyn! Tem większy, że dokonany został przez jednego człowieka i w warunkach najmniej sprzyjających!

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie wykazu ośrodków zdrowia za r. 1929.

Wzorem roku ubiegłego (patrz Nr. Z. H. 2265/29 z dnia 2.V.29) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) pragnie zebrać dane, dotyczące wszystkich instytucji, prowadzących całość akcji higieniczno-zapobiegawczej w walce z chorobami, czyli Ośrodków Zdrowia, które były czynne na terenie Rzeczypospolitej w dniu 1.I.1930. Przytem zaznacza się, że instytucja, określona jako Ośrodek Zdrowia, 1) powinna obejmować co najmniej dwa działy (np. walkę z gruźlicą i walkę z jaglicą) pod jednym kierownictwem i 2) powinna posiadać wśród personelu higienistkę-wywiadowczynię.

W tym celu proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o przesłanie załączonego wzoru wszystkim kierownikom Ośrodków Zdrowia, działających na terenie podległym Panu, z tem, by wzór ten został wypełniony i zwrócony Panu Wojewodzie (Komisarzowi Rządu). Utrzymane w ten sposób sprawozdania proszę sprawdzić, zauważone błędy i braki sprostować i oryginały wypełnionych wzorów przesłać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi Służby Zdrowia) w terminie do 1.IV.1930 r.

(—) Dr. Piestrzyński.
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Ośrodek Zdrowia.

w pow.....

- 1) Kto utrzymuje Ośrodek Zdrowia? powiat, miasto, Kasa Chorych, Czerwony Krzyż

- 2) Jakie działy są prowadzone w Ośrodku Zdrowia? gruźlica, jaglica, choroby weneryczne, dzelko, matka, biuro sanitarne, alkoholizm, higiena szkolna.

- 3) Personel:

a) Lekarze (wyliczenie z podaniem przygotowania specjalnego):

b) Pielęgniarki (wyliczenie i kwalifikacje):

c) Kontrolerzy sanitarni (wyliczenie i kwalifikacje):

d) Inni pracownicy (wyliczenie i zatrudnienie):

- 4) P o m i e s z c z e n i e: Budynek własny, wynajęty. Liczba pokoi Wystarczające, niewystarczające. (Pożądany odrębny plan). Czy jest: waga mikroskop, lampa kwarcowa, aparat projekcyjny: latarnia, epidiaskop, kinematograf, aparat Roentgena

- 5) B u d ż e t: Wysokość wydatków w roku 1929 Z jakich źródeł pochodzą wpływy roku 1929 i w jakiej wysokości?

6) Działalność Ośrodka Zdrowia w roku 1929:

Wyszczególnienie działów pracy	Liczba osób, będących pod opieką O. Z. w poszczególnych działach pracy dn. 1.1.30	Liczba porad udzielonych w poszczególnych działach pracy w roku 1929.	Liczba wywiadów domowych, wykonanych przez pielęgniarki w roku 1929.
Walka z gruźlicą			
„ z jaglicą			
„ z chorobami weneryczn.			
„ z alkoholizmem.			
Opieka nad dzieckiem.			
„ „ matką.			
Higiena szkolna			
Razem			

	Liczba osób lub uczestników
Kursy (z wyszczególnieniem)	
Kolonje i półkolonje	
Pogadanki (liczba	

U w a g i:

Kierownik Ośrodka Zdrowia,

..... dnia 1930.

— Pierwszy Zjazd Lekarzy Szpitalnych w Warszawie.

Dnia 2-go marca rb. odbył się w Warszawie (T-wo Higieniczne, ul. Karowa 31) pierwszy Zjazd lekarzy szpitalnych z całego kraju. Zjazd zorganizował Związek Lekarzy Państwa Polskiego (Chmielna 58), zaś bodźcem do zwołania Zjazdu

było bliskie już zastosowanie przepisów nowej ustawy szpitalnej, mówiąc ściśle — rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22 marca 1928 o zakładach leczniczych.

Zanim będą ogłoszone przepisy wykonawcze do tej nowej ustawy, świat lekarski chciał wypowiedzieć o niej swoje zdanie.

Zjazdem zainteresowały się najszerze koła lekarzy szpitalnych.

Referaty główne brzmiały:

1) Nowa ustawa szpitalna i rozwój szpitalnictwa — dr. B. Jakimiak — Warszawa, (nowa ustawa szpitalna); prof. dr. M. Rutkowski — Kraków, (Nowa ustawa szpitalna a kliniki uniwersyteckie); prof. dr. A. Karwowski — Poznań, (Nowa ustawa szpitalna, a szpitale, zwłaszcza w Polsce zachodniej).

2) Dr. M. Moszyński, Wilno — Zadania pedagogiczne oddziałów szpitalnych.

3) Dr. B. Jakimiak, Warszawa — Uposażenie lekarzy szpitalnych i ich ubezpieczenia.

Zjazd trwał przez cały dzień 2 marca od godz. 10 do godz. 20-ej z 2 godzinną przerwą na śniadanie.

Kierownictwo Zjazdu objęła Główna Komisja Szpitalna Związku, zaś gospodarzem Zjazdu lekarzy szpitalnych był Obwód Warszawski Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Uczestnicy Zjazdu mieli zabezpieczone zniżki kolejowe.

Uchwały i rezolucje Zjazdu będą podane do publicznej wiadomości.

— Program ogólnego kursu uzupełniającego dla lekarzy, zorganizowanego przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

1) Medycyna wewnętrzna. A) Wykłady. 1) Doc. Dr. Czarnecki: Przewlekłe i utajone zapalenie wyrostka robaczkowego, 1 godz. — 2) Prof. Dr. Franke: Przemiana gazowa w schorzeniach tarczycy, 1 godz. — 3) Prof. Dr. Grek: a) Wrzód żołądka i jego leczenie, 1 godz. b) wspólne z Dr. Tyszką: Sztuczna odma piersiowa powietrzna i olejowa w gruźlicy płuc, 1 godz. — 4) Prof. Dr. Rencki: a) Niedokrwistość złośliwa, rozpoznawanie i leczenie, 1 godz. b) Niedomoga serca i jej leczenie, 1 godz. c) wspólnie z Dr. Czyżowską: Cukrzyca i jej leczenie, 1 godz. — 5) Doc. Dr. Sabatowski: Wskazania do leczenia zdrojowego w chorobach wewnętrznych, 1 godz. — 6) Doc. Dr. Sochański: O otyłości i jej leczeniu, 1 godz. — B) Ćwiczenia. 1) Dr. Grabowski: Ćwiczenia w rozpoznawaniu obrazów Roentgenowskich, 2 godz. — 2) Dr. Tomanek, Dr. Janowski, Dr. Olszewski. Ćwiczenia w badaniu krwi, wydzielin i wydaliny, 2 godz. — 3) Dr. Tyszką: Ćwiczenia w zakładaniu i dopełnianiu sztucznej odmy piersiowej, 4 godz.

1) Choroby wieku dziecięcego. 1) Prof. Dr. Großer: a) Gorączki u dzieci, 1 godz. b) Krzywica-patogeneza. rozpoznawanie i leczenie, 1 godz. c) Zagadnienie płonicy (Szczepienie ochronne i leczenie) 1 godz. — 2) Doc. Dr. Progulski: Zaburzenia w odżywianiu u niemowląt, 2 godz.

III) Chirurgia. A) Wykłady. 1) Doc. Dr. Gruca: a) Gruźlica chirurgiczna, 1 godz. b) Żylaki i ich leczenie, 1 godz. — 2) Doc. Dr. Hilarowicz: Ostre schorzenia chirurgiczne jamy brzusznej, 1 godz. — 3) Doc. Dr. Laskownicki: Rozpoznawanie i leczenie zapaleń pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, 2 godz. — 4) Prof. Dr. Ostrowski: Kamica żółciowa ze stanowiska chirurga, — 5) Prof. Dr. Schramm: Schorzenia chirurgiczne opłucny, B) Ćwiczenia: 1) Doc. Dr. Gruca: Ćwiczenia w zakładaniu opatrunków ustalających, 1 godz. — 2) Doc. Dr. Hilarowicz: Ćwiczenia w znieczulaniu miejscowym i usypianiu, 1 godz.

IV) Położnictwo i choroby kobiece; A) Wykłady. 1) Prof. Dr. Bocheński: a) Postępowanie w przypadkach ścieśnienia miednicy, 1 godz. b) Leczenie łożyska przodu, 1 godz. — 2) Doc. Dr. Mączewski: a) Leczenie spraw

zapalnych przydatków macicy, 1 godz. Leczenie upławów, 1 godz. — 3) Doc. Dr. Wiczyński: Przyczyny i leczenie nieprawidłowości krwawień miesięcznych, 1 godz. — B) Ćwiczenia. 1) Prof. Dr. Bocheński: Rozpoznawanie i leczenie raka macicy, 2 godz. b) Prowadzenie porodu prawidłowego.

V) D e n t y s t y k a. 1) Prof. Dr. Cieszyński: a) Rozpoznawanie chorób zębów i okolicy przyzębnej, 1 godz. b) Wyjmowanie zębów i znieczulanie, 2 godz.

VI) D e r m a t o l o g i a. 1) Prof. Dr. Lenartowicz: a) Zapobieganie i leczenie kły wrodzonej, 1 godz. b) Wczesne rozpoznawanie chorób grzybkowych skóry i ich leczenie, 1 godz. — 2) Prof. Dr. Leszczyński: Leczenie gruczolaki skóry, 1 godz.

VII) L a r y n g o l o g i a. 1) Doc. Dr. Dobrzański: Postępowanie przy ciałach obcych w górnych drogach oddechowych i przełyku, 1 godz. — Prof. Dr. Zalewski: a) Gruźlica górnych dróg oddechowych, rozpoznawanie i leczenie, 1 godz. b) Twardziel górnych dróg oddechowych rozpoznawanie i leczenie, 1 godz.

VIII) N e u r o l o g i a. 1) Prof. Dr. Halban: a) Parkinsonizm i sprawy pokrewne, (schorzenia jąder podstawowych mózgu), 2 godz. b) Badanie nerwowo-chorych, 2 godz. — 2) Prof. Dr. Rothfeld: a) Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze nakłucia lędźwiowego, 1 godz. b) Wykonywanie nakłucia lędźwiowego i badanie płynu mózgo-rdzeniowego, 2 godz.

IX) O k u l i s t y k a. 1) Prof. Dr. Bednarski: a) Rozpoznawanie i leczenie jęzgliki, 1 godz. b) Wczesne rozpoznanie i leczenie jaskry, 1 godz. — 2) Doc. Dr. Relss: Badanie dna oka w praktyce, 2 godz.

X) M e d y c y n a s ą d o w a. 1) Prof. Dr. Sieradzki: Sekcja i orzeczenie sądowo-lekarskie, 2 godz.

XI) A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a. 1) Prof. Nowicki: Patogeneza i anatomia patologiczna twardzieli, 1 godz.

Powyższy kurs będzie trwał od dnia 29 marca do 7 kwietnia 1930 r. włącznie, a wykłady i ćwiczenia będą się odbywały w budynkach Wydziału lekarskiego Uniwersytetu i Szpitala Państwowego lwowskiego. Karty uczestnictwa i szczegółowy program kursu wraz z podziałem godzin otrzymają uczestnicy kursu za złożeniem 50 złotych w biurze Dziekanatu Wydziału lekarskiego U. J. K. w godzinach od 9 do 14 (nowy gmach Uniwersytetu. Ulica Marszałkowska 1), począwszy od dnia 27 marca 1930 r. lub z dniem rozpoczęcia kursu w klinice chorób wewnętrznych (ulica Pijarów 1. 4) u asystenta kliniki Dr. Grabowskiego.

Równocześnie z powyższym kursem uzupełniającym w godzinach wieczornych w budynkach Wydziału lekarskiego U. J. K. będą się odbywały wykłady kursu chorób zawodowych, zorganizowanego przez Wydział Zdrowia Miasta Lwowa.

— II Międzynarodowy Kongres Pedjatrów w Stockholmie w sierpniu 1930 r.

Biuro Kongresu komunikuje, że termin Kongresu został o jeden dzień przesunięty. — Kongres odbędzie się w dniach od 18 do 26 sierpnia 1930.

Ustalono następnie trzy tematy główne:

- 1) Wpływ biologiczny pośredniego i bezpośredniego naświetlania promieniami pozajądłowymi.
- 2) Fiziologia i patologia układu grasiczołonnego.
- 3) Psychologia i psychopatologia wieku dziecięcego z punktu widzenia nauki pedjatrycznej i pracy społeczno-lekarskiej.

Nazwiska poszczególnych referentów, jak i uczestników dyskusji, zgłoszonych przez odpowiednie Komitety Narodowe, będą w swoim czasie podane do wiadomości.

Poza powyższymi trzema tematami głównymi będą wygłoszone i inne referaty, zgłoszone za pośrednictwem Komitetów Narodowych do dn. 1-go kwietnia r. b. i przyjęte przez Biuro Kongresu.

Wpisowe na Kongres wynosi zł. 50 od osoby, ew. zł. 25 od każdej osoby towarzyszącej. Wpisowe proszę nadsyłać jak najwcześniej pod adresem Pol. Komitetu Narodowego dla Kongresu w Stockholmie — Dr. Med. Tadeusz Kopeć, Warszawa, ul. Mokotowska 39 m. 3. Uprasza się o bardzo wyraźne pisanie imienia, nazwiska oraz adresu, najlepiej na maszynie. Listę uczestników oraz wpisowe prześle do Stockholmu Pol. Kom. Narodowy.

Nadsyłając wpisowe, trzeba zaznaczyć, czy dana osoba wybiera się lądem, czy morzem, czy prosi o zarezerwowanie mieszkania dla siebie w Stockholmie i podać ściśle — jakiego mieszkania, np. czy jednego pokoju o dwóch łózkach, czy dwóch pokoi o jednym łóżku każdy.

Koledzy, życzący sobie jechać morzem, zechcą się zwracać w tej sprawie do prof. M. Michałowicza, Warszawa, ul. Litewska 16, Klinika Chorób Dzieci U. W., który organizuje wycieczkę statkiem. Sprawa paszportów i mieszkań będzie dla nich sama przez się załatwiona.

Dla tych Kolegów, którzy wybierają się lądem, Komitet musi zamówić mieszkania w Stockholmie. Co się dotyczy dla nich paszportów ulgowych, Komitet złoży ogólnikowe podanie do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą, by Ono zezwoliło poszczególnym Województwom wydawać w tym celu paszporty ulgowe. Indywidualnych podań paszportowych, jak również starań o ulgi kolejowe w kraju, czy zagranicą Komitet składać ani popierać nie może.

Po Kongresie są przewidziane dla życzących trzy wycieczki: Jedna — Stockholm—Dalarno(Falun, Siljansee) — Gothenburg albo Stockholm, dwudniowa, cena 120 koron szw. Druga — Jämtland-Trondheim-Stockholm, trzy i pół dnia cena 225 kor. szw. Trzecia — drogą powietrzną Stockholm-Visby-Stockholm, jednodniowa, cena 150 kor. szw. Na wycieczki trzeba zapisać się do dn. 1-go czerwca i przesłać zaatek w wysokości 50 kor. szw. po zapisaniu się na Kongres, wprost do Biura w Stockholmie.

W czasie Kongresu odbędzie się Wystawa rzemiosł i sztuki dekoracyjnej w Stockholmie.

— II Zjazd Instytucyj Ratunkowych w Polsce odbędzie się d. 23. III. r. b. o godzinie 10-ej rano w sali Rady Miejskiej m. st. Warszawy.

— Polskie Tow. Eugeniczne urządza cykl wykładów o dziedziczności. Przemawiać będą: 14. III. Prof. Dr. Skalińska M. Zasadz genetyki (dwa wykłady). 21. III. Kacprzak M. O zasadach metody statystycznej. Prof. Dr. Neyman J. Statystyczne metody badań dziedziczności. 28. III. Dr. Szymański J. Genealogiczne metody badań dziedziczności. Doc. Dr. Mydlarski J. Dziedziczenie cech fizycznych. 4. IV. Prof. Dr. Hirszfild L. Dziedziczenie grup krwi. Dr. Wilczkowski E. Dziedziczenie cech psychicznych. 11. IV. Dr. Szymański J. Dziedziczenie konstytucji fizycznej w patologii. Dr. Brunowa M. Dziedziczenie konstytucji psychicznej i chorób psychicznych. 25. IV. Doc. Dr. Mydlarski J. Zagadnienie doboru naturalnego u człowieka. Eugenika praktyczna. 2. V. Doc. Dr. Mydlarski J. Zagadnienie badań eugenicznych w Polsce.

Wstęp wolny. Początek o godz. 8-ej wieczorem.

ZMARLI.

Witosław Dąbrowski, lekarz naczelny szpitala Ś-go Stanisława na Woli, prezes Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego — w Warszawie.

Ireneusz Wierzejewski, prof. Uniwersytetu Poznańskiego, dyrektor kliniki ortopedycznej — w Warszawie.

NADESLANO DO REDAKCJI.

Edward Bruner. A propos du traitement des Maladies de la peau par les rayons „Limités” dr. Bucky.

Odb. z „Journ. de Radiol. et d'Électrol.” 1929 Nr. 11.
Adam Groszlik. Hauterscheinungen im Verlaufe einer chronischen myeloischen Leukämie entstanden unter dem Einfluss des Röntgenstrahlen. Beitrag zur Pathogenese des Leukämie. Odb. z „Strahlentherapie” 1929. T. 32.

Sprawozdanie z konferencji przedstawicieli Izby Lekarskich w dn. 24 i 25 listop. 1929 r. w sprawie leczenia w Kasach Chorych. Wydano staraniem i nakład. Nacz. Izby Lek. Warszawa 1929.

Adam Groszlik. Dwa rzadkie przypadki z dziedziny chorób krwi. Odb. z „Polsk. Przegl. Radjol.”

M. Grzegorzewska. Głuchociemni. Odb. z „Szkół specjeln.” T. IV. № 1, 3, 4. 1927-1928.

Władysław Sterling. Dziecko psychopatyczne. Odb. ze „Szkół specjeln.” T. IV. Nr. 3-4. 1927-1928.

Władysław Sterling. Dziecko histeryczne. Odb. ze „Szkół specjeln.” T. IV. Nr. 1-4. 1927-1928.

Leonard. Odb. ze „Szkół specjeln.” T. IV. № 1, 2. 1927-28.

Tytus Benni. Czytanie z ust dla oślepiętych w wieku późniejszym w świetle psychologii i fizjologii mowy. Odb. ze „Szkół specjeln.” T. I. № 2, 3. 1926-27.

M. Grzegorzewska. Iloraz inteligencji w szkole Bineta i jego znaczenie diagnostyczne. Bibljot. pedagogiki leczniczej Nr. 1. 1925.

Marja Grzegorzewska. Struktura psychiczna czy tania wzrokowego i dotykowego. Odb. z „Polsk. Arch. Psychol.” T. I. Nr. 1 i 2. 1926-1927.

M. Wawrzynowski. Program i metody nauczania w szkole dla upośledzonych umysłowo. Biblj. pedagog. leczn. Nr. 9. 1927.

M. Grzegorzewska. Struktura wyobrażeń surogatywnych u niewidomych. Odb. z „Polsk. Arch. Psychol.” T. I. Nr. 4. 1926-1927.

10 lat Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej na P.W.K. w Poznaniu — Warszawa 1929.

Ludwik Hirszfild, Wanda Halberówna i Józef Łaskowski. Badania serologiczne nad nowotworami człowieka. Odb. z „Med. Doświadcz. i Społ.” 1929. Z. 5-6.

Prof. Ludwik Hirszfild. Kilka uwag w sprawie reformy nauczania higieny na uniwersytetach. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.” 1929 Nr. 44.

Doc. Dr. Szczepny Bronowski. I. O ostrem i przewlekłym skrytem zapaleniu wśierdza oraz o jego leczeniu. II. Leczenie w łóżku jako metoda lecznicza. Biblj. Okręg. Związku Kas Chorych w Krakowie „Lekarz praktyk”. Kraków. 1929.

Doc. Dr. January Zubrzycki. Przepisy zabezpieczające przed zakażeniem w czasie zabiegów chirurgicznych. Biblj. Okręg. Zw. Kas Chor. w Krakowie „Lekarz praktyk”. Kraków 1929.

Henryk Higier. Wrodzone i we wczesnym dzieciństwie nabyte stany otępienia umysłowego oraz klasyfikacja ich. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.” 1929 № 37 i 38.

Heinrich Higier. Der Arzt und die Heilkunst. Odb. z „Zbornik po psychoneurologii”.

Prof. Wiktor Grzywo-Dąbrowski. Uwagi lekarza sądowego do projektu kodeksu karnego. Odb. z „Głosu sądownictwa”. 1929. Nr. 10 i 1930 Nr. 1.

Dr. Józef Spira. Higjena ucha i górnych dróg oddechowych. Biblj. Higjen.-społ. Okr. Zw. Kas Chor. w Krakowie. Kraków 1929.

Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospol. Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w r. 1927. Wydawn. Ministerstwa Spr. Wewn. Dep. Służby Zdrowia. Warszawa 1929.

Stanisław Ciechanowski. Stan i potrzeby nauk lekarskich. Odb. z „Nauki Polskiej”. T. XI.

Leon Szyfman i Mieczysław Kocen. Gruźlica, gospodarka wodno-węglowa a cukrzyca. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.” 1928 Nr. 47.

H. Reiterowski i M. Kocen. Przyczynę do zachowania się ilościowego wapnia i potasu w surowicy krwi w związku z postaciami klinicznymi suchot płucnych. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.” 1929 Nr. 4.

H. Reiterowski i M. Kocen. O wartości prognostycznej określania stosunku potasu do wapnia w surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.” 1929 Nr. 45.

Dr. Roman Markuszewicz. Ueber die störungen des selbsterhaltungstriebes bei der Schizophrenie. Odb. z „Jahrb. f. Psych. u. Neur.” T. 47. Z. 1.

Projekt zrealizowania współpracy w zakresie walki z gruźlicą w Polsce. Odb. z „Gruźlica” Nr. 6. T. IV.

Sprawozdanie z działalności Państwowego Zakładu Higieny 1926-1927. Wydawn. Min. Spr. Wewn. Dep. Służby Zdrowia. Warszawa 1929.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

11. III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

J. Misiewicz. Postacie przesączalne zarazka gruźliczego.

14. III. Towarzystwo Wiedzy Wojskowej, Sekcja Sanitarna

1. Pokazy chorych wewnętrznych, a) Dr. Znajewska H. — przypadek niedokrewności złośliwej, b) Dr. Wojno J. — przyp. odmy samoistnej, c) Dr. mjr. Sowiński — przewlekła utajona zima leczona quinoformem.

2. Pokazy chorych chirurgicznych: a) Dr. por. Gawlikowski — Ropień wątroby, b) Dr. Kalina — Kila kości udowej, c) Dr. Kesel — Złamanie kości miednicy, d) Dr. Kpt. Lewitoux — Leczenie ropnia opłucny drenem stałym (Delbet), e) Dr. Ppor. Lewicki — Nierozpoznana gruźlica kręgosłupa, f) Dr. Kpt. Mazanek — Złamanie kości łodkowej, g) Dr. Ppor. Mikulewicz — Nierozpoznane złamanie kręgosłupa.

3. Pokazy chorych z II oddziału chirurgicznego.

4. Płk. Dr. Zienkiewicz — Stwardnienie wielogniskowe.

TRĘŚĆ: J. MACKIEWICZ. O pewnych zespołach sympatycznych oraz ich leczeniu. — M. PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA. Badania nad przepuszczalnością zapory krwiomózgowej dla ciał odpornościowych. — W. CZARNOCKI. Ostra martwica trzustki. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — O. BUJWID. Jeszcze słówko o języku naszych prac naukowych. — C. SZABAT. W sprawie Kas Chorych. — L. ZAMENHOF. Z dziejów medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Nadesłano do Redakcji. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. MACKIEWICZ. Sur certains syndromes sympathiques et leur traitement. — M. PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA. Recherches sur la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique pour les corps immunisants. — W. CZARNOCKI. Gangrène aiguë du pancréas (Rev. gén.). — O. BUJWID. Encore quelques mots sur le langage de nos travaux scientifiques. — C. SZABAT. A propos des Caisses des Malades. — 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.