

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, 10 LIPCA 1930 R.

Nr. 28

PRACE ORYGINALNE Wykłady kliniczne

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem
(Ordynator: G. Lewin)

W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej.

P o d a ł

Michał SZOUR (Warszawa).

(Ciąg dalszy p. Nr. 27).

Przystąpimy do rozbiórki powyższych przypadków, najpierw drugiego, jako zbadanego sekcyjnie. Czy mogliśmy w tym przyp. rozpoznać białaczkę ostrą na mocy obserwacji klinicznej? Chory znajdował się w szpitalu w ciągu 15 dni; drugi i ostatni 6-io dniowy okres choroby przebiegiem swym tak się różnił od poprzedniego 9-io dniowego, że sprawiał wrażenie nowej choroby o nagłym początku. Jak należało ustosunkować się do stanu klinicznego chorego w ciągu pierwszych 9-iu dni pobytu jego w szpitalu? W tym czasie u chorego stwierdzaliśmy nieznaczne zmiany opukowe i osłuchowe w lewym szczycie płuc, blade obrzęknięte dziąsła, krwawiące przy ucisku, silną anemię i stan podgorączkowy. Ze względu na dane badania fizykalnego lewego szczytu płuc, podniesioną t^0 oraz krwioplucie w wywiadach chorego mogliśmy rozpoznać zgęszczenie i nieżyty lewego szczytu płuc. Nie potwierdzały tego rozpoznania zdjęcia płuc promieniami X, badanie płwociny na prątki Kocha, oraz wystąpienie mocnego odczynu Pirqueta i Ponndorfa; tem niemniej rozpoznanie to mogło pozostać. Nie tłumaczyło jednak ono silnej niedokrewności, dochodzącej do 30% hemogl. i 1.340.000 erytrocytów. Istniało więc, przypuszczalnie, obok tego jeszcze inne schorzenie, które doprowadziło do wybitnej niedokrewności. Obfite krwawienia z dziąseł, które rozpoczęły się 2 miesiące przed wstąpieniem chorego na oddział i trwały 6 tygodni, mogły wskazywać na gnilec. Brak było jednak momentów etjologicznych dla tego schorzenia u naszego chorego; odcień zabarwienia skóry, błon śluzowych, paznokci i t. p., miast zbliżonego do sinicy, był żółtawo-blady; dziąsła, co prawda, krwawiły przy

ucisku, były jednak blade, nie było na nich ani owrzodzeń, ani blizn po owrzodzeniach, ani plam ciemno-granatowego zabarwienia; nie stwierdziliśmy wypadania, wzgl. chwiania się zębów. A przecież opisane zmiany na dziąsłach niewątpliwie zaznaczyłyby się w przypadku niewyleczonego od 2-ch miesięcy gnileca, który doprowadził do niezwyklej niedokrewności. Krwawienia z dziąseł miały więc przypuszczalnie inną przyczynę. Normalny czas krwawienia *in vivo* i *in vitro*, brak dziedziczności, ujemny objaw opaskowy i inne dane badania klinicznego czyniły przypuszczalne rozpoznania krwawiczką (*haemophilia*) oraz choroby Werlhofa mało prawdopodobnymi. Pochodzenie krwawień z dziąseł było więc niejasne; uzależnienie zaś ciężkiej niedokrewności od krwawień z dziąseł było mało zadowalające z przyczyn następujących: chory w dalszych wywiadach podał, że choroba jego, spec. bladość i słabość datuje się od 7-iu miesięcy, gdy o żadnych krwawieniach nie było jeszcze mowy, następnie krwawienia samoistne z dziąseł ustąpiły już od 2-ch tygodni, a stan chorego, miast się poprawiać, stale się pogarszał, po-za-tem stany niedokrewności po krwawieniach znamionuje raczej zwiększenie się liczby płytek we krwi obwodowej, liczba zaś około 50.000 w 1 mm.³ dla tych stanów jest nieodpowiednia.

Ośrodkiem zainteresowania naszego stała się wobec tego sama niedokrewność, którą należało wcielić w ramy któregoś ze znanych klinicznie rodzajów niedokrewności. Bliższa analiza niedokrewności w naszym przypadku nie wykazała jednak cech znamienych dla określonych postaci hematologicznych. Niedokrewność złośliwa typu Biermera mogła tu być wzięta w rachubę z powodu zewnętrznego wyglądu chorego o żółtawem, przypominającym słomkowo żółte zabarwieniu skóry, wskaźnika barwnego powyżej 1.0 w pierwszych badaniach morfologicznych krwi, powiększonej nieco śledziony, urobilinurji i bilirubinemji. Również i dolegliwości dyspeptyczne chorego od 7-iu miesięcy mogły przemawiać za tem rozpoznaniem (niestety, chory nie zgodził się na zgłębnikowanie żołądka, na co zresztą nie nalegalismy wobec ciężkiego stanu chorego). Przeciw temu przypuszczeniu przemawiał brak zmian Huntera na je-

zyku, brak objawów *myelitis funicularis* i t. p., przede wszystkim zaś obraz krwi z neutrochłonną leukocytozą, a bez megalocytów i megaloblastów. Licząc się jednak z tem, że niewątpliwe przypadki złośliwej niedokrewności Biermera przebiegały nieraz z nietypowym obrazem krwi (np. przyp. A. Pappenheima, potwierdzony sekcyjnie, wykazywał za życia chorego stale: znaczną neutrochłonną hiperleukocytozę, zwiększoną liczbę płytek, wskaźnik barwny powyżej 1, brak megalocytów i megaloblastów), z rozpoznania nietypowej niedokrewności złośliwej typu Biermera narazie nie zrezygnowaliśmy. Należało wziąć pod uwagę jeszcze następujące schorzenia, przebiegające z silną niedokrewnością, niekiedy ze wskaźnikiem barwnym większym od 1, a mogące imitować klinicznie niedokrewność złośliwą typu Biermera: niedokrewność, spowodowaną brzożdżowcem, leukanemię, żółtaczkę hemolityczną, guz złośliwy, chorobę Bantiego, intoksykacje. Wywiady i wynik badań klinicznych i laboratoryjnych, któreśmy mogli wykonać, uwzględniając ciężki stan chorego, nie dały nam podstaw do dłuższego zatrzymywania się na powyższych rozpoznaniach (gwoździ zaszczerdzenia miejsca nie będziemy wyliczali typowych objawów powyższych chorób, a których u naszego chorego nie było). Postawienie prawdopodobnego rozpoznania w ciągu pierwszych 9 dni napotykało więc znaczne trudności. Skłonni byliśmy jednak uznać, że mamy do czynienia z nietypową postacią złośliwej niedokrewności pierwotnej, odnosząc stan gorączkowy do zmian płucnych, wzgl. do niedokrewności, oceniając sceptycznie opowiadania chorego o większych krwawieniach z dziąseł, których, zresztą, samiśmy nie obserwowali.

Czy zmiany w stanie zdrowia chorego, począwszy od 10 dnia jego pobytu w szpitalu, zbliżyły nas do rozpoznania? W ciągu ostatnich 6-iu dni życia chorego spostrzegaliśmy: nagłe podniesienie się t^0 ciała, poczem wysoką stałą gorączkę typu posoczniczego, codzienny spadek ilości hemoglobiny o kilka %, aż % ilość hemoglobiny w ostatnim dniu choroby równała się tylko około 10, codzienne zmniejszanie się liczby limfocytów aż do 0% w ostatnim badaniu krwi obwodowej i postępujące charłactwo; natomiast w ciągu tego czasu nie stwierdziliśmy jednoczesnego nasilenia zmian organicznych w narządach wewnętrznych, prócz pewnego powiększenia śledziony i wtórnych zmian w sercu i naczyniach, jakoteż nie wystąpiły zasadniczo nowe zmiany chorobowe. Również nie ustaliliśmy zwiastunów pogorszenia, wzgl. towarzyszących mu bólów napadowych i t. p. Nowy zespół objawów chorobowych o tyle posunął naprzód rozpoznanie, że bezwzględnie usuwał z naszych rozważań różniczkowych gnilec, gdyż niepodobna byłoby pogodzić zmniejszenie się jego oznak, szczególnie krwawień z dziąseł, z pogorszeniem się stanu zdrowia i nasileniem się t^0 ciała. Również i poprzednio wyłączone przez nas schorzenia (choroba Bantiego; żółtaczkę hemolityczną, w której obostrezenie choroby następuje zwykle po ataku bólów w okolicy wątroby i śledziony—„crises hémolitiques”—i t. p.) nie wchodziły nadal w rachubę. Mniej prawdopodobna stawała się jednak i niedokrewność typu Biermera. Typ gorączki, nie-

zwyczajny dla tej jednostki chorobowej, stały spadek liczby limfocytów aż do 0% w preparatach krwi obwodowej, zwiększająca się neutrochłonna hiperleukocytoza, wskaźnik barwny znacznie mniejszy od 1.0,—objawy te coraz bardziej oddalały nas od rozpoznania pierwotnej niedokrewności złośliwej. Natomiast nagły początek nowego okresu choroby, wzgl. nowej choroby, wysoka gorączka posocznicza, wzmagająca się niedokrewność, postępujące nieprzerwanie charłactwo, hiperleukocytoza, anizocytoza, poikilocytoza, trombocytopenia, ukazanie się we krwi obwodowej myelocytów, acz w liczbie niewielkiej—nasuwały myśl o białaczce ostrej. Czy jednak myśl ta znaleźć mogła potwierdzenie w całokształcie schorzenia?

Przedewszystkiem, czy możemy uznać 6-io dniowy okres pogorszenia stanu chorobowego w naszym przypadku za nową chorobę, niezależną od poprzedniego 7-io miesięcznego schorzenia naszego pacjenta? Okres ten istotnie sprawiał wrażenie nowej choroby, przede wszystkim posocznicy ostrej. Nieustalenie punktu wyjścia dla niej, ujemny wynik badania bakteriologicznego oraz zmiany we krwi, przedstawiające właściwie dalszy ciąg zmian poprzednich,—przemawiały przeciw przypuszczeniu nowej posocznicy. Ostra zaś białaczka, która klinicznie nie różni się od posocznicy i za taką jest przez wielu autorów uznawana, zwykle w przebiegu swym nie wykazuje dodatniego wyniku badania bakteriologicznego krwi, ani też ustalonego punktu wyjścia. Do wybitnych oznak klinicznych białaczki ostrej zalicza się, jak wiadomo: skazę krwotoczną, ciężkie wrzodziejące procesy w obrębie jamy ustnej, szybko postępującą niedokrewność i charłactwo oraz ilościowe, a szczególnie jakościowe zmiany „białaczkowe” liczby i wzoru białych ciałek krwi. Owrzodzeń w jamie ustnej w naszym przyp. nie było; pomijamy ten objaw, jako nie stały dla wszystkich przypadków białaczki ostrej. Nie stwierdziliśmy również w przypadku tym objawów skazy krwotocznej (wybroczyny krwawe na skórze, na dnie oka, wydłużenie czasu krwawienia i krzepliwości i t. p.); pewnego znaczenia nabierają jednak wobec przypuszczalnego rozpoznania ostrej białaczki krwawienia z dziąseł, dla którego nie mogliśmy znaleźć odpowiedniego objaśnienia. Krwawienia z dziąseł, wzgl. owrzodzenia w obrębie jamy ustnej nieraz są jedyną oznaką zbliżającej się ostrej białaczki; występują one niekiedy bez innych objawów białaczki ostrej—podniesienia się t^0 ciała, objawów skazy krwotocznej i odpowiedniego składu i obrazu krwi obwodowej—, rozpoznanie jest wtedy prawie niemożliwe.—W naszym przypadku, o ile chcielibyśmy obstawać przy rozpoznaniu białaczki ostrej, musimy te krwawienia uważać za wczesny jej objaw. W takim razie rozpoczęła się ostra białaczka w naszym przypadku 2 miesiące przed wstąpieniem chorego do szpitala; ostatnie 6 dni życia chorego były więc tylko końcowym okresem schorzenia. — Chory datował swą chorobę jednak nie od 2, lecz od 7-iu miesięcy. Czyż więc początek „ostrej” białaczki u niego nie należy odnieść do okresu czasu wcześniejszego, niż 2 miesiące przed wstąpieniem pacjenta do szpitala? Aczkolwiek chory podał, że krwawienia z dziąseł zauważył dopiero w 5 miesięcy po zachorowaniu, lecz wspomi-

nał o tych krwawieniach, jako o rzeczy pobocznej, zasadnicze zaś jego skargi i określenie stanu zdrowia nie uległy zmianom w ciągu całych 7-iu miesięcy. Były to: dolegliwości trawienne, bóle w dołku podżebrowym, postępujące osłabienie ogólne, bladość, stały stan podgorączkowy. Krwawienia z dziąseł były dodatkowym nieprzyjemnym objawem, lecz zasadniczo nie zmieniły charakteru schorzenia, nowych dolegliwości nie wywołały, spotęgowały jedynie poprzednie. Przypuszczać więc można, że białaczka „ostra” trwała u naszego chorego 7 miesięcy, a może i dłużej. Czy to jest możliwe? Według E. Stein’a, za białaczki „ostre” należy uznawać te, które, licząc od początku choroby, sprowadzają w ciągu 2-ich miesięcy zejście śmiertelne. Inni autorzy przedłużają nieco okres trwania białaczki „ostrej”. Fränkel, a za nim i inni uważają, że cechą różniczkową białaczki ostrej nie jest czas jej trwania, lecz nagłość wystąpienia i ostry przebieg, jaki spotykamy tylko w końcu białaczki przewlekłej. Z tego punktu widzenia moglibyśmy uznać 7-io miesięczny i dłuższy okres trwania białaczki „ostrej” w naszym przypadku, gdyby nie przewlekły charakter schorzenia, niczem, zresztą, nie przypominający białaczki przewlekłej. Przyjmuje się wprawdzie w piśmiennictwie lekarskim okres zwiastunów ostrej białaczki w postaci uczucia zmęczenia, powolnego wychudnięcia, niedokrewności i nieznacznego podniesienia t^0 ciała. Okres zwiastunów, według tegoż piśmiennictwa, 7 miesięcy trwać nie może. Różni autorzy zakomunikowali w swoim czasie, że widzieli przypadki ostrej białaczki, powstające na tle innego, najczęściej infekcyjnego schorzenia, jako to: grypy, błonicy, płonicy, zapalenia ropnego gruczołów chłonnych, reumatyzmu stawowego i t. p. O gruźlicy, jako o chorobie, poprzedzającej białaczkę ostrą, autorzy nie wspominają; w związku jednak z objawami w szczycie i krwiopluciem u naszego chorego moglibyśmy część objawów w naszym przypadku uzależnić od gruźlicy płuc. Stojąc więc na gruncie rozpoznania białaczki ostrej w naszym przypadku, musimy przyjąć dwie możliwości: albo czas trwania białaczki ostrej u naszego chorego wynosił 7, wzgl. więcej miesięcy, albo białaczka ostra trwała u niego znacznie krócej (np. 2 miesiące) i powstała na tle gruźlicy płuc, acz ledwo zaznaczonej. Zwróćmy się teraz do 3-go (obok skazy krwotocznej i owrzodzeń w jamie ustnej) znamiennego objawu białaczki ostrej: obrazu morfologicznego krwi obwodowej. Pod tym kątem widzenia nia może być w naszym przypadku mowy o ostrej białaczce limfatycznej, gdyż nie stwierdziliśmy we krwi ani patologicznych limfocytów, ani powiększonej liczby normalnych limfocytów; wręcz odwrotnie: względna i bezwzględna liczba limfocytów zmniejszała się powoli, pod koniec zaś życia chorego limfocyty wogóle zginęły z krwi obwodowej. Co się tyczy białaczki myeloblastycznej, to ani myelocytów, ani myeloblastów w preparatach krwi cały czas nie było wcale (względnie, były pojedyncze, które uszły uwagi badającego krew), pod koniec zaś życia naliczono 6% myelocytów, natomiast zupełnie normalnych neutrochłonnych granulocytów 89%, w tem 86% neutrochłonnych leukocytów o jądrze segmentowanym. Krew obwodowa nie przedstawiała więc

morfologicznie cały czas zmian białaczkowych; przed śmiercią chorego zaznaczyły się pewne zmiany jakościowe w obrazie morfologicznym krwi, nie można było jednak położyć ich na karb białaczki, gdyż nieznaczny % myelocytów może być wykryty w rozmaitych stanach chorobowych, a nawet (w mniejszym, coprawda, %) i u ludzi zdrowych. Badanie morfologiczne krwi nie potwierdziło więc rozpoznania białaczki ostrej. Nie znaleźliśmy również oparcia dla rozpoznania t. zw. „typowej” (zresztą stosunkowo rzadkiej) białaczki ostrej, zbliżonej klinicznie do białaczki przewlekłej, w większem powiększeniu gruczołów chłonnych lub śledziony, w bolesności na ucisk długich kości i t. p. Doszliśmy wobec tego do wniosku, że ani obraz kliniczny ani spec. hematologiczny nie przemawiały za rozpoznaniem białaczki ostrej; lecz czy dawały one możność ustalenia innego rozpoznania? Jużemy wyżej wyłączyli w różniczkowym rozpoznaniu szereg chorób o zbliżonym do naszego przypadku obrazie krwi. Gdyby obraz krwi obwodowej wykazywał przewagę limfocytów oraz leukopenję, mogłaby tu być mowa o niedokrewności ostrej aplastycznej (*aleukia haemorrhagica*), lecz i w tym wypadku brak wybitnej skazy krwotocznej przemawiałby przeciw niej; tembardziej nie mogła ona wchodzić w rachubę przy zaniku limfocytów i hiperleukocytozie. Jakąż więc nazwą należało objąć obraz ostrej posocznicy z nieprzerwaną i szybko postępującą niedokrewnością i charłactwem, niezwykle nawet dla przypadków ciężkiej posocznicy hemolitycznej? Otóż, wyłania się wniosek, że, pomimo braku wielu znamienych cech białaczki ostrej, myśl o niej musiała się utrzymać, gdyż ze wszystkich schorzeń, których w tym przypadku nie można było stanowczo wyłączyć, tylko białaczka ostra mogła w ogólnych zarysach dać analogiczny obraz kliniczny.

Badania pośmiertne, potwierdzając przypuszczalne rozpoznanie, wykazało dodatkowo znacznie większą śledzionę, niż mogliśmy sądzić na mocy badania fizykalnego za życia chorego, nieznaczną skazę krwotoczną w postaci wybroczyn na osierdziu i śluzówce żołądka oraz nie wykryło gruźlicy płuc, wzgl. gruczołów wnekowych. Trudno tedy tłumaczyć 7-io miesięczny okres stanów gorączkowych gruźlicą: siedmiomiesięczny okres nieomagania chorego był zatem już białaczką ostrą, — szczegół, do którego jeszcze wrócimy. Nie zastanawiając się dłużej nad badaniami pośmiertnymi — anatomicznem i histologicznem, jesteśmy, zdaje się, uprawnieni do wyprowadzenia z obserwacji powyższego przypadku wniosków następujących:

- 1) ostra białaczka trwała przeszło 7 miesięcy;
- 2) w ciągu 7-iu miesięcy przebieg choroby był niewyraźny; prócz krwawień z dziąseł, nie było ani jednego objawu, któryby upoważniał do rozpoznania białaczki ostrej;
- 3) zastanawiająca jednak była stale i powoli postępująca niedokrewność, dla której nie można było znaleźć dostatecznej przyczyny w badaniu przedmiotowem;
- 4) choroba przebiegała aż do końca bez wy-

rażnej skazy krwotocznej, bez owrzodzeń w jamie ustnej lub w innych miejscach, bez wyraźnego klinicznie powiększenia gruczołów chłonnych lub znaczniejszego powiększenia śledziony oraz bez jakościowych zmian w obrazie krwinek białych we krwi obwodowej,—natomiast—z umiarkowaną neu-

trochłonną hiperleukocytozą, ze wskaźnikiem barwnym naogół większym od 1;

5) w końcowym okresie choroby wybitnie zaznaczone były tylko: gorączka posocznicza, szybko postępujące niedokrewność i charłactwo,

(Dok. nast.).

Z praktyki prywatnej

O stosowaniu konserwowanych preparatów mlecznych w praktyce dziecięcej.

Podał

Dr. H. KADYSZ (Płock).

Upłynęło 20 lat od czasu wprowadzenia w użycie mleka białkowego przez Finkelsteina i L. F. Meyera. W ciągu tego czasu mleko białkowe utrwaliło za sobą sławę bardzo pewnego i skutecznego środka, który, zastosowany w odpowiedniej chwili i w odpowiedni sposób, często daje, nadzwyczaj dobre wyniki. Jednakże stosowanie jego w praktyce ogólnej, szczególnie u nas, znalazło małe rozpowszechnienie z powodu znacznych trudności, związanych z jego przyrządzaniem. U nas stosowanie mleka białkowego możliwe jest tylko w większych miastach, posiadających specjalne kuchnie mleczne, które wytwarzają codziennie świeże preparaty mleczne. Lekarz na prowincji może, prawda, korzystać z licznych przepisów, jak przyrządzać mleko białkowe, lecz nie może nawet, przy najlepszej chęci, zastosować ich w swojej praktyce, gdyż wskazówki jego nie będą wypełniane wcale lub w najlepszym razie bardzo niedokładnie. A przecież pomyślny skutek leczniczy w dużym stopniu zależy od jakości zastosowanego preparatu. To samo można powiedzieć o maślanec, która jest o wiele lżejsza do przyrządzania, jednakże niemniej rzadko stosowana.

Wobec powyższych trudności oddawna jest w użyciu kondensowane mleko białkowe a także maślanka bez lub z dodatkiem węglowodanów.

Preparaty te, wytwarzane przez różne firmy w postaci płynnej lub nawet proszku (maślanka) przy pewnym doświadczeniu dają w praktyce dobre wyniki. Osobiście stosowałem preparaty, wytwarzane przez Töpfers Milchwerke, Böhlen bei Rötha in Sachsen. Fabryczny sposób przyrządzania daje rękojmię odpowiedniego i zawsze jednakowego składu. Atoli u nas preparaty te mało są w użyciu, jak sądzić można choćby z tego, że nietylko w wielu aptekach, ale nawet w niektórych hurtowniach aptecznych brak tych preparatów na składzie, oczywiście, z powodu braku popytu. Objaśnić to można niechęcią wielu lekarzy do stosowania konserw wogóle, jako nie zawierających witamin, a także brakiem własnego doświadczenia co do stosowania tych preparatów.

Bardzo pouczająca w tym kierunku jest książka prof. A. rona (Nährschäden des Kindes, Urban et Schwarzenberg 1928)*). Autor sam przyznaje, że

*) Książka, jako bardzo aktualna, powinna być, moim zdaniem, przyswojona piśmiennictwu polskiemu.

z początku zasadniczo czuł niechęć do konserw, lecz okazało się, że obawa przed brakiem witamin jest bezpodstawną, gdyż nauczyliśmy się uzupełniać podobne braki za pomocą odpowiednich dodatków, jako to: soków owocowych, jarzyn i t. d. Autor w formie bardzo zajmującej z jednej strony wytyka najczęściej popełniane przez lekarzy błędy w odżywianiu dzieci zdrowych i chorych, z drugiej zaś na wielu przykładach z własnej praktyki, ilustrowanych licznymi zdjęciami, krzywami i tablicami, pokazuje, między innymi, jakie nadzwyczajne wyniki można osiągnąć przy stosowaniu mleka białkowego i maślanki w puszkach, indywidualizując w każdym poszczególnym przypadku. I właśnie w przypadkach trudniejszych stanowczo doradza opierać się na wypróbowanych i niezawodnych produktach fabrycznych, które dają możliwość sporządzania zawsze jednakowych mieszanek. Właśnie moje doświadczenie w zupełności pokrywa się z wnioskami autora.

Jako typowy przykład bezradności w traktowaniu zaburzeń w odżywianiu u niemowląt, przytoczę następujący przypadek.

Zgłasza się do mnie matka z 5 miesięcznym dzieckiem, karmionem sztucznie. Dziecko prawie od 2 miesięcy miewa rozwolnienie i wymioty i znajduje się w stanie znacznego wyniszczenia (*Dyspepsia subacuta*, *Dystrophia*). Jak widać z przedstawionego całego szeregu recept, każdy lekarz uważał za swój obowiązek dać dziecku najpierw na przeczyszczenie, a potem miksturę ściągającą. O tem, że, pomimo choroby, należy dziecko przeciw odżywiać, dając mu odpowiednią do jego stanu mieszankę, jeżeli nawet kto pomyślał, to okazuje się, że przepisana mieszankę (zwykle mleko z kleikiem) dziecko wymiotuje.

Matka wobec tego porzuca wszelkie mieszanki i karmi dziecko rumiankiem no i miksturkami. Skutek jest ten, że dziecko znajduje się w stanie znacznego wyniszczenia.

Po zapisaniu maślanki w puszkach w stopniowo zwiększanych ilościach, z początku bez, a następnie z dodatkiem węglowodanów, i przejściu na mleko białkowe, dziecko szybko się poprawia.

W preparatach tych mamy potężną gotową broń do walki z zatrważającą śmiertelnością wśród niemowląt. Broń ta może być stosowana we wszystkich warunkach nawet w praktyce wiejskiej.

Ze względu na zdrowie, a często nawet życie naszych niemowląt lekarze powinni w większym stopniu, niż dotychczas, zainteresować się powyższymi preparatami.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZLA

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Przychodni dla chorób żołądka i jelit i wątroby.

O wartości rozpoznawczej badania treści żołądkowej.

Podał B. GOLDSTEIN. (Warszawa).

Istota trawienia polega, jak wiadomo na przemianie chemicznej produktów pokarmowych, pod wpływem działania soków trawiennych ustroju.

Proces trawienia rozpoczyna się właściwie jak wiadomo, już w jamie ustnej. Dopiero jednak żołądek, w którym pokarm zatrzymuje się przez dłuższy czas i ulega przemianom, zarówno fizycznym, jak i chemicznym, jest par excellence narządem, nadającym się do badania.

Dzięki wymiotom mamy niekiedy możliwość oglądania zawartości żołądka, a więc pokarmu, mniej czy więcej zmienionego, w zależności od czasu przebywania w żołądku oraz innych czynników. Niekiedy wymiociny nie zawierają pokarmu, lecz tylko soki trawienne lub śluz.

Z biegiem czasu poczęto otrzymywać treść bezpośrednio z żołądka za pomocą zgłębnika gumowego.

Zastosowano przytem uprzednie podawanie t. zw. jedzenia „próbego“, które w zależności od obfitości posiłku lub pory dnia, w jakiej zostaje spożywane, otrzymuje nazwę śniadania, obiadu lub kolacji próbnej.

Zpśród całego szeregu próbnych czyli standardowych posiłków najbardziej przyjęło się t. zw. śniadanie próbne Boas-Ewalda. Składa się ono z 35 gr. czerstwej bułki pszennej oraz z 400 cm.³ lekkiej herbaty niesłodzonej, wzgl. wody czystej. Treść należy wydobyć po upływie 45 minut po spożyciu.

Otrzymałą za pomocą t. zw. zgłębnikowania treść poddawano rozmaitym badaniom wnosząc następnie o rodzaju sprawy chorobowej.

W związku z powstaniem metody badania treści zgłębnikowanej powstał cały szereg jednostek chorobowych, przedtem zupełnie nieznanymi: jak np. choroba Reichtmana, *achylia gastrica* i t. p.

W związku z obfitością posiłków próbnych mnożą się badania laboratoryjne nad czasem przebywania poszczególnych składników pożywienia w żołądku, nad ich zdolnością pobudzania wydzielania żołądkowego i t. p.

Okres ten można śmiało nazwać okresem supremacji patologii żołądkowej, która usunęła na bok cały szereg cierpień, w których objawy żołądkowo-wydzielnicze były mniej wyrażone.

Wprowadzenie t. zw. cienkiego zgłębnika, początkowo używanego głównie do badania dwunastnicy i jej soków, odkryło nowe horyzonty dla badania chemizmu żołądkowego.

Przy stosowaniu zgłębnika cienkiego musiano zaniechać podawania stałych pokarmów próbnych

ze względu na mały rozmiar otworu zgłębnikowego; zwrócono się więc do płynów czyli do napojów próbnych.

Stosowanie zgłębnika cienkiego dało poza tem możność pozostawiania go w żołądku przez długi okres czasu, przez szereg godzin, a nawet dni. W ten sposób można było otrzymać z żołądka szereg próbek treści w rozmaitych okresach czynności trawiennej oraz spoczynku czyli t. zw. okresów międzytrawiennych.

Powstały wykresy krzywych wydzielania, otrzymanych na zasadzie badania własności całego szeregu „próbek“, pobieranych w prawidłowych odstępach czasu.

Tak na przykład, znaleziono specjalne rodzaje krzywych dla poszczególnych pokarmów oraz charakterystyczne krzywe dla pewnych stanów chorobowych, jak np. dla wrzodu dwunastnicy (typ wspinającej się krzywej).

Otrzymano także tą drogą możność badania czynności wydalinowej żołądka przez dodanie barwnika do próbnego napoju i przez śledzenie stopniowego znikania zabarwienia, z kolejnych próbek treści.

W ostatnich czasach próbowano stosować także procedurę odwrotną, a więc zastrzykiwano podskórnie barwnik, wydzielający się w żołądku; i śledzono przebieg jego wydzielania w kolejnych próbkach treści żołądkowej.

Dla całokształtu wspomnieć należy jeszcze o badaniu własności fizyczno-chemicznych treści, któremu niektórzy autorowie przypisują duże znaczenie rozpoznawcze.

W badaniu czynności żołądka nastąpił jednak poważny zwrot z wprowadzeniem do metodyki klinicznej badania rentgenologicznego.

Przez szereg lat rentgenodjagnostyka była uważana za coś mniej ważnego, dopiero w latach powojennych rozpoczął się okres jej górowania w dziedzinie chorób przewodu pokarmowego. W miarę doskonalenia tej gałęzi djagnostyki odkrywają się nowe pojęcia patologiczne, usuwając w cień znaczenie badania treści żołądkowej.

W badaniu treści żołądkowej musimy uwzględnić trzy momenty: 1) badanie samej miazgi pokarmowej — zmian, zachodzących w niej pod wpływem procesów trawienia; 2) badanie czynności wydalinowej żołądka czyli t. zw. czynności motorycznej, i wreszcie 3) badanie czynności wydzielniczej czyli własności soków trawiennych żołądka, otrzymanych dzięki pewnym bodźcom czy to natury chemicznej, jak pokarmy lub leki, mechanicznej — zależnej od ilości wprowadzonego pokarmu, rozciągającego ścianki, termicznej, elektrycznej czy też wreszcie psychicznej.

Co się tyczy stanu miazgi, to zależy on

od siły mięśniówki żołądka z jednej strony, zaś odsiły trawiennej soku żołądkowego i śliny — z drugiej strony.

Badanie tej czynności żołądka jest możliwe, oczywiście, tylko przy podawaniu próbnego jedzenia stałej konsystencji, i, co za tem idzie, z konieczności używama zgłębnika grubego. Zresztą nawet przez t. zw. gruby zgłębnik przedostają się tylko co najdrobniejsze cząsteczki, większe nierzadko zatykają światło zgłębnika, — tak, że z konieczności ten rodzaj badania żołądka nie jest pełny.

O sprawności mechanicznej żołądka można natomiast wnioskować z innego badania — a mianowicie — rentgenologicznego. Siła mięśniówki odzwierciadla się w tym wypadku w t. zw. „tonusie” żołądka, czyli stopniu napięcia ścian żołądka. Mamy więc hiper, — orto — hipo — wreszcie atoniczne żołądki.

Z drugiej strony miażdżenie pokarmu po części idzie w parze z wydzielaniem soków trawiennych, tak, że na zasadzie czynności wydzielniczej można mieć pewne pojęcie (względne) o czynności mechanicznej żołądka.

Badanie czynności wydalinowej, czyli motorycznej było do niedawna niezupełnie dokładne — dopóki używano zgłębnika grubego. Chodzi o to, że można było sprawdzać tylko co pewien czas, czy podany pokarm już opuścił żołądek, ale i tutaj nie można było uzyskać zupełnej pewności. Rzecz prosta, że sondowania grubym zgłębnikiem nie można było zbyt często powtarzać. Ograniczano się więc do stwierdzenia grubszych zaburzeń — czyli po podaniu próbnej kolacji (rodzynki, śliwki i t. p.) badano zrana naczczko żołądek, czy zawiera jeszcze wczorajszą treść.

I w tym przypadku rentgenodjagnostyka wykazała swoją wyższość, umożliwiając dokładne badanie (co do czasu) opróżniania się żołądka, atoli mamy tu do czynienia nie z rzeczywistym pokarmem len z papką kontrastową, co wszak nie jest zupełnie równoznaczne.

Inny sposób badania tej czynności, mianowicie, zakładanie cienkiego zgłębnika i frakcjonowanie zgłębnikowanie ma również tę samą wadę, że nie pozwala na używanie pokarmów stałych do próby, stoi więc poniekąd jeszcze niżej od Rentgena.

Jeżeli w pracowniach przeprowadzano systematyczne badania nad opróżnianiem się żołądka po spożyciu całego szeregu pokarmów (Rehfuss i jego szkoła), to dla praktyki codziennej — te metody zastosowania mieć nie mogą.

Badanie czynności wydzielniczej żołądka jest jednym z ważniejszych celów badania treści żołądkowej.

Najczęściej przeprowadza się je przez podanie pewnego pokarmu, względnie napoju, który działa jednocześnie: chemicznie jako środek, pobudzający mniej lub więcej wydzielanie, mechanicznie przez swą objętość, termicznie przez swoją temperaturę i wreszcie nawet psychicznie przez sam akt spożywania.

Z tych czynników najważniejszy jest pierwszy, a mianowicie, chemiczny. W zależności od tego działania pokarmy i napoje zostały podzielone na silnie i słabo pobudzające wydzielanie.

Można, oczywiście, wywołać wydzielanie także za pomocą leków, podawanych doustnie lub też pozaustnie. Z tych ostatnich najbardziej znaną jest obecnie histamina, jako bodaj najsilniejszy bodziec dla wydzielania żołądkowego.

(c. d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Anatomja normalna i patologiczna.

N. KAWATA. Czy komórki nowotworowe posiadają szczególne powinowactwo do ołowiu? (Zieglers Beiträge R. 1929. T. 82 z. 2 s. 259-268).

Praca doświadczalna nad zagadnieniem wymienionem w tytule, została wykonana w zakładzie anat. pat. prof. L. Schoffa i zakł. fiz.-chem. prof. G. Hevesdy. W pierwszej serii doświadczeń przeprowadzonych na 18 białych myszach z przeszczepionymi nowotworami, w celu uniknięcia możliwych omyłek, po wstrzyknięciu podskórnem 1,0 mg. radioczynnego ołowiu określano jego zawartość niezmiernie czułą metodą wskaźników radjoczynnych w guzie nowotworowym i w tkankach narządów (wątroba, nerki, płuca) po upływie 12, 24, 48 i 72 godzin. W drugiej serii doświadczeń wstrzykiwano 0,5 mg. bismutu + 0,0001 mg. ołowiu bądź dożylnie (2 myszy — zawartość Pb w guzie i tkankach określano po 24 i 48 godz.) bądź bezpośrednio do guza (4 myszy — określano Pb po 3 godzinach; 2 myszy — to samo po 24 i 48 godz.).

Wyniki obu seryj doświadczeń wskazują, że w tkankach nowotworowych zawartość ołowiu jest przeważnie znacznie mniejsza, niż w innych tkankach badanych zwierzęcia. Autor nie może potwierdzić poglądu niektórych autorów o szczegól-

nem powinowactwie komórek nowotworowych do ołowiu. Spostrzegane często niezbyt wyraźne działanie metali ciężkich na tkankę nowotworową, przypuszczalnie, zależy od bezpośredniego działania roztworów koloidalnych tych metali na układ naczyń guzów nowotworowych. Powstające następnie zaburzenia w krążeniu nowotworu tłumaczą szybciej przebiegającą w nim martwicę. Być może, że w dłuższym stosowaniu roztworów koloidowych ołowiu radioczynnego, uszkodzenie komórek nowotworowych mogłoby zależeć od radjoczynności tego preparatu, w każdym razie nie od jego szczególnego powinowactwa.

W. Czarnocki.

P. W. SPESCHILOW. W sprawie budowy sztucznych ziarniaków czasu wojny. (Frankf. Zeits. für Pathol. R. 1929 T. 38 z. 3 s. 313-317).

Własny materiał autora, zebrany w czasie wojny Światowej (1914-1921), obejmuje 51 przyp. Guzy umiejscowiły się w okolicy wielkich stawów, a mianowicie: 1) 31 (61%) staw skokowy, 2) 12 (23%) staw kolanowy, 3) 5 (10%) staw nadgarstkowy 4) 3 (6%) staw łokciowy.

Mikroskopowo odróżnia autor trzy okresy: 1. W obrazie przeważają rozmaitej wielkości i kształtu jamy, widoczne są

komórki olbrzymie i nieznaczny rozwój tkanki łącznej: w świetle jam nierzadko wykazywano ciało obce. II. Przeważa tkanka łączna bliznowata, jamy są nieliczne. Komórki, pochłaniające ciała obce, są niezmiernie rzadkie: III. Brak jam — rozplemzonej włóknistej tkanki łącznej:

Au orkończy swą pracę następującymi uwagami:

1. Sztuczne nowotwory czasu wojny i doświadczalne ziarniniaki u zwierząt są tworem blizniaczym i powstają w następstwie wprowadzenia do tkanki podskórnej jakiegoś ciała oleistego:

2. Skoro po wstrzyknięciu ciała oleiste umiejscowi się w pobliżu dużych stawów lub, co nie jest rzadkością, powstać nie ropowica, sztuczne guzy mogą wywołać późne zapalenia torebki stawowej z następczym ograniczeniem ruchów.

3. Usunięcie jak najszybsze tych guzów powstrzymuje ich wzrost i przywraca utraconą zdolność do pracy u tych „nieszczęśliwych”.

W. Czarnocki.

P. WEBER, E. SCHWARZ, R. HELLENSCHMIED. Wrodzony nowotwór złośliwy wątroby wychodzący z łożyska. (Münch. med. Woch. Nr. 15. 1930).

Jakkolwiek możliwe jest teoretycznie przenikanie komórek nowotworowych z matki do płodu przez uprzednie zajęcie nowotworowe łożyska, to jednak doświadczalnie udaje się z trudem. Autorem udało się zaobserwować podobne zjawisko na człowieku. Przypadek dotyczył kobiety, dotkniętej nowotworem typu *malanoma*, która urodziła pozornie zdrowe dziecko. Na łożysku stwierdzono liczne guzy nowotworowe. Pacjentka zmarła po 3-ich miesiącach. W 8-ym miesiącu życia dziecka zauważono u niego powiększoną wątrobę o powierzchni guzowatej. Dziecko zmarło w 11-ym mies. życia wśród objawów wyniszczenia. Na sekcji stwierdzono naturę nowotworową guzów wątrobowych identycznych ze znalezionymi na łożysku podczas porodu. Poza tym znaleziono przerzuty do płuc i tkanki podskórnej.

Autorzy sądzą, że przerzuty z ustroju matki do dziecka mogły nastąpić tylko podczas porodu.

F. Turyn.

J. L. RAPOPORT. Rozdwojenie wierzchołka serca jako objaw niezależności jego jam. (Med. - Biol. Żurn. z. 2 (1929).

Autor podaje opis sekcyjny dwóch serc ludzkich z podwójnymi wierzchołkami, z których jeden tworzyła prawa, a drugi lewa komora. Autor objaśnia tę nieprawidłowość zaburzeniami w rozwoju płodowym i rozpatruje ją jako wyraz niepełnego zrośnięcia się komór, które postępuje od góry ku dołowi. Jest to poniekąd anatomicznym dowodem czynnościowej niezależności obu komór.

Henryk Landau

Gruźlica.

∞ SCHULTE-TIGGES. Die Diätetik der Tuberkulose. Berliner Klinik Heft 415 416. Fischers med. Buchhandl. H. Kornfeld. Lipsk 1930 cena 1.50 mk. niem. str. 40.

Usystematyzowanie sposobów odżywiania chorych na gruźlicę nie jest sprawą łatwą. Mamy z pewnej strony diety, oparte pozornie na podstawach ściśle naukowych (dieta zakwaszająca i alkalizująca), mamy dietę Gersona, stworzoną empirycznie i jednakowo zachwalaną, jak i zwalczaną, mamy zwykłą dietę tuczącą, przeważnie jeszcze i teraz zalecaną i przesadzaną i t. p. Autor stara się w omawianej broszurze bezstronnie omówić wszelkie możliwe diety dla chorych gruźliczych, przytaczając często i dokładny jadłospis. Słusznie zaś podkreśla konieczność indywidualizowania w każdym wypadku poszczególnym. Cytuje też literaturę, mającą dać pojęcie o

wynikach, otrzymywanych przez stosujących tą czy inną dietę specjalną. Zapoznanie się z broszurą Schulte-Tiggessa dziś zwłaszcza w dobie, kiedy dziecię w leczeniu gruźlicy niektórzy klinicyści gotowi są przypisać najważniejsze znaczenie, jest bezwarunkowo wskazane.

M. Gantz.

LEERSUM. Tran z fosforem i dieta G. — H. — S. w leczeniu gruźlicy. (Münch. med. Woch. Nr. 23, 1930).

Należy sprawdzać, jaką część poprawy winno się przypisywać poszczególnym składnikom wymienionej diety. L. zbadał, że ilość fosforu, rozpuszczonego w tranie (0,01%), po 3-ich tygodniach zmniejsza się do 65%, a po 6-ciu do 40%. Witaminy, które nie są trwałe, tracą swe cechy biologiczne przy zetknięciu się z fosforem. Po trzech tygodniach tran, w którym rozpuszczono fosfor, traci prawie połowę witamin D. Natomiast witaminy A pozostają bez zmian we wspomnianym roztworze. Obecność Ph w diecie G. — H. — S. wynika z tradycji leczenia krzywicy połączeniem Ph. z tranem. Kasso-witz używał tranu jedynie jako taniego rozpuszczalnika dla Ph. Henoch jednak przypisywał już główną rolę tranowi. Gerson w diecie swojej uwzględnia jedynie witaminy.

Dla przekonania się, ile czynnika leczniczego w gruźlicy zawiera fosfor, a ile tran, wzgl. witaminy, należy podawać je oddzielnie.

F. Turyn.

AXMANN. Dietetyczne leczenie gruźlicy skóry. (Münch. Med. Woch. Nr. 17 — 1930).

W 55 ciu przypadkach tocznia A stosował dietę Gersona i tran, a zamiast soli-mineralogen lub hosal. We wszystkich prawie przypadkach znikło swoiste zabarwienie ognisk, które stopniowo bladły, ustępując miejsca gładkim, jasnym bliznom, jakich przy innym sposobie leczenia wogóle się nie uzyskuje. W niektórych przypadkach, opornych na inne metody leczenia, dopiero zastosowanie diety Gersona spowodowało poprawę. Jednocześnie występuje polepszenie stanu ogólnego, wyglądu i wagi. Szczególnie dobrze reagują na Gersonowskie leczenie postacie wrzodziejące.

Obok diety Gersona, zdaniem autora, pomocne były w powyższych przypadkach witaminy, podawane w tranie. A zamierza przejść do preparatów ergosteryny naświetlanej.

F. Turyn.

ALEXANDER. Leczenie gruźlicy płuc dietą małosolną. (Münch. med. Woch. Nr. 23 1930).

Autor stosował dietę bezsolną w modyfikacji Hermannsdorfera, uwzględniając napoje jarzynowe i owocowe Gersona. Tych ostatnich musiał jednak zaniechać, gdyż zwiększały ilości płwociny u chorych.

W przypadkach ciężkich i postępujących suchot poprawy żadnej nie zauważono. Nie spostrzega się zatrzymywania wody, od którego niektórzy uzależniają przyrost wagi. Ten ostatni wogóle jest mierny i wynika raczej z podawania tranu. Mineralogen jest względnie bezwartościowy, podnosi tylko koszty leczenia. Tran działa tylko tam, gdzie był stosowany i przed dietą. U niektórych chorych stwierdza się pod wpływem diety obniżenie przemiany podstawowej, która, zdaniem autora, winna być brana jako wskazanie do leczenia. Niektóre przypadki wskazują, że ograniczenie soli wpływa redukująco na towarzyszące odmie wysięki i poty.

Naogół, wyniki, uzyskane dietą bezsolną, są nieco lepsze, niż przy leczeniu dotychczasowym.

F. Turyn.

HARMS i GRÜNEWALD. *Djeta bezsolna w leczeniu gruźlicy płuc.* (D. m. W. Nr. 7 1930)

Autorzy zaledwie w 10 przypadkach gruźlicy płuc mogli stwierdzić wpływ diety Sauerbruch — Gerson — Herrmansdorfera. Większość chorych nie znosi tej diety przez czas dłuższy; brak apetytu oraz często pogorszenie stanu ogólnego zmuszały do przerywania tego leczenia. Badanie chemiczne i biologiczne przypadków, poddanych temu leczeniu, wykazało zaledwie w kilku przypadkach poprawę na wadze, w żadnym przypadku nie stwierdzono poprawy w obrazie rentgenologicznym płuc oraz w przebiegu gruźlicy kości i innych narządów.

Przyspieszone opadanie krwinek czerwonych po odstawieniu tej diety stało się prawidłowe, zawartość chloru w surowicy oraz stężenie jonów wodorowych w moczu nie ulegały zmianie. Znaczne pogorszenie, jakie wystąpiło w 5 przypadkach, uzależniając autorzy od podawania diety bezsolnej, która w sposób nieswoisty wpłynęła drażniaco na sprawę w płucach. Wobec takich wyników autorzy przestrzegają przed stosowaniem diety Herrmansdorfera. Leczenie tą metodą nie może zastąpić dotychczasowych metod leczniczych zachowawczych i operacyjnych.

Wanda Frantzówna.

Choroby narządów trawienia.

o Prof. Dr. Herman STRAUSS. *Die Prokto-Sigmoskopie.* (2 Auflage) Georg Thieme, Lipsk 1930.

Wybitny klinicysta, znakomity badacz, znany nam osobiście ze swych kilkakrotnych wizyt i odczytów, niedawno w Warszawie wygłoszonych, stał się najgłośniejszy może ze swych fundamentalnych badań rektoskopowych.

Mamy obecnie przed sobą II wydanie jego *Prokto-Sigmoskopji*. Jest to podręcznik, traktujący o samem badaniu, o technice badania z pomocą rektoskopu (metodę badania prof. Strauss nazywa *Prokto-Sigmoskopją*, ale Instrument, przez niego ulepszony, nosi nadal nazwę rektoskopu Straussa).

Od czasów najdawniejszych posiłkowano się różnego rodzaju wziernikami do obejrzenia dolnego odcinka кишки grubej. Ale sposoby dawniejsze połączone były z dużemi trudnościami technicznymi i często zawodziły. Dopiero wprowadzone ulepszenia, polegające na zmianach w budowie wziernika (rektoskopu), zmiany w metodzie badania, polegające na zastosowaniu pozycji kolanowo-łokciowej, przyczyniły się do rozpowszechnienia powyższej metody. Najważniejsze — to odpowiednie ułożenie chorego podczas badania. U chorego, ułożonego w pozycji kolanowo-łokciowej, miednica ustawiona jest wyżej od klatki piersiowej i to jest niezbędnym warunkiem dobrego wyniku badania.

Dzięki tym ulepszeniom *Prokto-Sigmoskopja* wprowadzona została do systematycznych badań klinicznych w Europie. (W Ameryce jest ona oddawna popularna).

W *Prokto-Sigmoskopji* Straussa znajduje czytelnik szczegółowo opracowaną metodykę i technikę badania. Dzięki niej możemy wprowadzić rektoskop do kiszek na przestrzeni do 30—40 cm. i w ten sposób rozpoznać najrozmaitsze sprawy chorobowe dolnego odcinka кишки grubej.

Mamy dziś już obszerną literaturę tego przedmiotu. Rozumie się, że do zrozumienia odnośnych obrazów rektoskopowych niezbędna jest znajomość obrazów prawidłowych i całego szeregu kwestyj, związanych z anatomją, fizjologją odbytnicy i кишки esowatej i stosunkiem tych narządów do sąsiednich.

Z pomocą *Prokto-Sigmoskopji* jesteśmy w możności wykryć na słówce nawet najbardziej powierzchowne zmiany

chorobowe i wyrobić sobie pojęcie o charakterze danej sprawy.

Najczęstsze i najważniejsze ze spraw, rozpoznawanych z pomocą *Prokto-Sigmoskopji*, są: sprawy nieżytowe i zapalne, owrzodzenia, a co najważniejsze, wszelkie wysoko usadowione sprawy odbytnicy i esicy, niedostępne dla badania palcem, a więc: owrzodzenia, polipy i rak. Od czasu wprowadzenia *Prokto-Sigmoskopji* sprawy chorobowe dolnego odcinka кишки grubej nie uchodzą tak często naszej uwagi, jak dawniej.

Dla orientacji w obrazach wziernikowych prof. Strauss dołącza w końcu książki rysunki, zaczerpnięte z drugiej swej książki, wydanej pod tytułem „*Erkrankungen des Rectum und Sigmoidum*” w roku 1922. Rysunki te wykonane są z natury ręką artysty, a reprodukcje doskonałe. Przy każdym rysunku jest szkic pojedynczego przypadku.

Mając pod ręką *Prokto-Sigmoskopję* Straussa, każdy lekarz szybko dojść może do doświadczenia i umiejętności jak w technice, tak i w odczytywaniu obrazów.

Cierpienia odbytnicy i кишки esowatej stanowią pograniczne, które prócz internisty interesuje i lekarzy innych specjalności.

Prokto-Sigmoskopja stała się metodą kliniczną, i dlatego książka prof. Straussa winna być stale w rękach każdego lekarza. Byłoby też do życzenia, by znalazła tłumacza na język polski.

Anton Tuchenler.

O. J. CAMERON. *Gruźlica żołądka.* (Ann. Int. Med. Tom 2. № 629).

Autor przytacza 2 przypadki gruźlicy żołądka. W 1 z nich, autor przypuszcza, że zakażenie miało miejsce na skutek zaszczepienia materiału zakaźnego z dróg oddechowych, względnie przy regurgitacji z kiszek, na grunt starego owrzodzenia trawiennego. Drugi przypadek dotyczy gruźlicy uogólnionej.

B. G.

D. A. KOGAN. *Strychnina w leczeniu wrzodu żołądka.* (Arch. für Verd. Kr. Tom 45. Nr. 3/4).

Autor donosi o wynikach stosowania strychniny w cierpieniach przewodu pokarmowego szczeg. wrzodu żołądka. Wyniki są bardzo dodatnie, a więc bóle i skurcze ustępują, krew utajona znika. Podobnie w przypadkach schorzeń innych jak skurcz ożwiernika, zrosty okołotrzewiowe i t.p., strychnina usuwa bóle i poprawia stolec.

Dawki wynoszą ok. 3 mlgr. dziennie podskórnie przez 20—25 dni. W połączeniu z innemi środkami leczniczymi oddaje nader cenne usługi w schorzeniach przewodu pokarmowego.

B. Goldstein.

H. S. LURJE. *O stosowaniu diatermji w cierpieniach przewodu pokarmowego.* (Arch. f. Verd. Kr. Tom 45, Nr. 3/4).

Działanie diatermji na przewód pokarmowy, a szczególnie na chemizm żołądka dotychczas nie zostało ustalone. Rozmaici badacze którzy się zajmowali tą sprawą donosili wciąż to o innych wynikach.

Autor przeprowadził sam dokładne badania na dość dużym materiale i na zasadzie swoich spostrzeżeń podaje wyniki następujące:

Diatermja nie wpływa na chemizm żołądka w sposób widoczny (wolny kwas i ogólna kwasota).

W większości przypadków diatermja wpływa wybitnie dodatnio na stan chorego, w sensie ulgi subiektywnej.

Stosowanie diatermji w cierpieniach przewodu pokarmowego zasługuje na uwzględnienie i ma dużą przyszłość, — należy jednak przeprowadzić dalsze badanie w tym kierunku.

B. Goldstein.

A. TILGER. O koncentracji jonów wodorowych kału i o prostym sposobie jej określania. (Arch. f. Verd Kr. Tom 45 Nr. 3/4 1929).

Znane jest oddawna zachowanie się odczynu kału. w pewnych cierpieniach jelit jak n.p. niestrawność fermentacyjna lub gnilna.

Ostatnio określano odczyn kału za pomocą metody kolorymetrycznej jonów. W tym celu należy sporządzić zawiesinę kału (ok. 10%) w wodzie destylowanej i ewent. ją przesaczyć.

Z pośród alkalicznych stolców najwyższy PH był 8,2, zaś najbardziej kwaśny ok. 6,0. Bardziej kwaśnych stolców nie spotykano możliwie dlatego, że spotyka się on wyłącznie w niestrawności fermentacyjnej która staje się ostatnio coraz rzadszą.

B. Goldstein.

Położnictwo i choroby kobiet.

G. SCHNAPEK. Leczenie zapalenia gruczołu piersiowego omnadyną (Wien kl. Woch. № 14/1930.)

Dotychczas stosowane metody leczenia zapalenia gruczołu piersiowego, a więc: ssąca metoda Biera i Klappa, naświetlanie promieniami Roentgena, stosowanie *antivir* Besredki nie spełniły całkowicie pokładanych w nich nadziei, a pierwsze dwie niezawsze i niewszędzie są możliwe do stosowania.

Autorka stosuje połączenie starej i nowej metody, a mianowicie: podawanie solnych środków przeczyszczających, okłady z zimnego roztworu Bourowa i zastrzykiwania omnadyny. Solne środki przeczyszczające stosuje się w większych ilościach (łyżka stołowa raz dziennie) tylko przez pierwsze trzy dni, następnie co drugi dzień daje się łyżeczkę od kawy, zbyt silne pozbawienie ustroju płynów mogłoby doprowadzić do utraty pokarmu przez karmiacą. Ważne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia zmienionego zapalenia gruczołu piersiowego. Poprawa, ujawniająca się w ustąpieniu bólów, obawy przed karmieniem, spadku temperatury, znikaniu zaczerwienienia i nacieków, występuje często już po pierwszym zastrzyknięciu omnadyny i bywa zupełna zwykle po trzecim — czwartym. Z 14 leczonych w ten sposób przypadków tylko w jednym nie udało się nie dopuścić do ropienia. Wobec tego próba z omnadyną jest wskazana w każdym przypadku początkowego okresu zapalenia gruczołu piersiowego. Możliwe, że dzięki użyciu omnadyny, jeśli nawet dojdzie do ropienia, można będzie robić tylko małe nacięcia, choć obejść się zupełnie bez niego nie będzie można.

Henryk Landau

J. LOUVEL. O nowej próbie bezpieczeństwa w uruchamianiu płegmasia alba dolens (Monde Méd. № 770/1930.)

Wybór odpowiedniej chwili do rozpoczęcia uruchamiania we *płegmasia alba dolens* ma nader doniosłe znaczenie: przedwczesne rozpoczęcia leczenia fizykalnego grozi zatem, zbyt długotrwała bezczynność może doprowadzić do zaników. Wskazówki do odpowiedniego postępowania daje krzywa ciepłoty i zachowanie się obrzęków.

Niezbędnym warunkiem do przerywania unieruchomienia jest dwudziestopięciodniowy stan bezgorączkowy. Niewolno uruchamiać kończyny we *płegmasia alba dolens* przed upływem 25 dni od ostatniego wzniesienia temperatury.

Jeśli chodzi o obrzęki, to niezawsze są one dowodem czynności sprawy i przeciwwskazaniem do uruchamiania; bywają obrzęki bierne, powstające u osób, których powłoki utraciły sprężystość, nie będące przeciwwskazaniem do leczenia fizykalnego. Wielkość obrzęków nie świadczy o ich czynnym pochodzeniu. Aby rozstrzygnąć kwestję czynności lub bierności obrzęków, należy zastrzyknąć wśródskórnie w udach chore i zdrowe 0,2 cm³ płynu izotonicznego: szybkie (w ciągu 5-10 minut) wessanie się bąbla dowodzi wodochłonności obrzęku, jego czynności i wymaga ścisłego unieruchomienia; powolne wysysanie się bąbla w porównaniu ze zdrową kończyną dowodzi niewodochłonności obrzęku, jego bierności, pozwalającej na rozpoczęcie leczenia fizykalnego.

Roztropność nakazuje powtarzać próbę w kilka dni po wyleczeniu: wystąpienia wodochłonności może dowodzić zaostrożenie się procesu, którego nie zdradza gorączka.

Henryk Landau.

I. PLASCHKES. Związek między kamicią żółciową a mięśniakami i schorzeniami jajników (Wien. kl. Woch. № 21/1930.)

Autor zwraca uwagę na bardzo częste współistnienie kamicy żółciowej z mięśniakami i schorzeniami jajników, które nie jest, zdaniem jego, przypadkowe, lecz stoi w związku przyczynowym. Przemawia za tem o wiele częstsze występowanie kamicy u kobiet, które nie rodziły, ani nawet nie, były w ciąży, aniżeli u mężczyzn.

Wobec tego, że w każdym prawie przypadku mięśniaka jajniki są zmienione, i że schorzenia te mają swoisty wpływ na zaburzenia w przemianie materji w postaci tworzenia się kamieni żółciowych, fakty te przemawiałyby za istnieniem hormonów mięśniakowych, a więc: rozrodczych, które stoją w związku z jajczkowaniem, somatycznych, mających wpływ na wydzielanie wewnętrzne i przemianę materji, oraz roślinnych, związanych z wzrostem macicy, pochwy i jajowodów.

Mięśniaki wywierają wpływ nie tylko na jajniki, lecz i na inne gruczoły dokrewne, zwłaszcza tarczycę (współistnienie mięśniaków i wola, znikanie wola po [kastracji]).

W niektórych przypadkach mięśniaków i torbieli jajnikowych stwierdza się hipercholesterynemję, w większości jednak przypadków brak jej.

Często stwierdza się występowanie napadów kamicy żółciowej po operacjach mięśniaków.

Bywają wprawdzie przypadki mięśniaków bez dolegliwości kamicowych, ale nie wyłącza to istnienia kamicy żółciowej, nie powodującej żadnych dolegliwości. Oczywiście teoria ta musi uzyskać potwierdzenie na dużym materiale klinicznym, a zwłaszcza sekcyjnym.

Praktycznie znajomość tych faktów może oddać pewne zasługi w niejasnych bólach w nadbrzuszu i nietypowych obrazach rentgenowskich: wykazanie mięśniaka lub schorzenia jajników przemawia w dużym stopniu za kamicią żółciową.

Henryk Landau.

Choroby nerwowe i psychiczne.

2. A. SPERANSKI. Rol nierwnej systemy w patologji. Moskwa i Leningrad. 1930, str. 270 in 8^o.

Obszerna praca, oparta na licznych doświadczeniach, zmierza do podkreślenia wybitnej roli chorobotwórczej układu nerwowego w cierpieniach, uznawanych dotąd za ogólnozakaźne, jak np. odra, płonica, błonica, i inne choroby wysypkowe.

Punkt wyjścia dla podobnej koncepcji był całkowicie przypadkowy: przygotowując zwierzęta do doświadczeń Pawłowa i usuwając cząstki kory mózgowej drogą zamrażania,

Sp. stwierdził, że zwierzęta giną przy objawach drgawek, właściwie mówiąc, przy nadmiarze ruchów przymusowych pochodzenia podkorowego.

Rozbiór kliniczny zachodzących tu zjawisk doprowadził autora do przekonania, że zamrożony odcinek kory rozpuszcza się w płynie mózgowordzeniowym, który przez to staje się trujący dla układu nerwowego.

Ponieważ zmiany histo-patologiczne w mózgu są przytem identyczne ze zmianami, spotykanymi w stanach zakaźnych, autor sądzi, że wszystkie wogóle cierpienia zapalne mózgu (ze śpiączką nagminną i wścieklizną włącznie) są raczej toksyczne, niż spowodowane przez sam zarazek.

Dla pogłębienia tezy, głoszącej, że układ nerwowy decyduje o sprawach ogólnozakaźnych, autor zaczął poszukiwać innych jeszcze dowodów. Ponieważ w błonicy wyleczenie za pomocą surowicy swoistej następuje szybciej, kiedy barjera krwio- oponowa jest bardziej przepuszczalna, więc Sp. wnioskuję, że zarówno o chorobie, jak i o wyleczeniu decyduje mózg.

Takie same dowody przytacza Sp. w konkluzji badań swych nad czerwinką.

W płonicy, której niepodobna badać doświadczalnie na zwierzętach, Sp. skontrolował słusność swej koncepcji, lecząc wprowadzeniem surowicy wprost do przestrzeni podpajęczynówkowej. Ilości surowicy niezbędne do wyleczenia są w tym razie znacznie mniejsze, aniżeli przy leczeniu dokrewnem. Stąd wniosek, że istota choroby tkwi w zakażeniu układu nerwowego.

Hipoteza, dotycząca roli płynu mózgowordzeniowego w przenoszeniu choroby do układu nerwowego, jest przez Sp. i jego szkołę opracowywana bardzo wszechstronnie.

Doszli oni do wniosku, że wypuszczanie płynu, a zwłaszcza jego „pompowanie“ (tak nazywają oni kilkakrotne wypuszczanie i wtłaczanie z powrotem do kanału kręgowego), zwiększając przepuszczalność opon, tem samem przyspiesza przenikanie czynników szkodliwych po za obręb barjerę ochronną mózgu.

Tak samo działać ma wzmócenie ciśnienia w otoczkach chłonnych nerwów obwodowych, stanowiących zakończenie rezerwuaru płynu mózgowordzeniowego.

Wywołać je można przez pracę mięśni lub drażnienie ich prądem faradycznym.

Objawy skórne (wysypka płonicza, odrowa i t. p.) Sp. sprowadza do objawów nerwowych. Znikanie ich pod wpływem surowicy leczniczej, wprowadzonej doskórnie (objaw wygasania, Schultz i Charlton) odbywać się ma wskutek przenikania jej wzdłuż nerwów obwodowych do układu ośrodkowego.

Ten ostatni decyduje o wygasaniu wysypki w odcinku skóry uodpornionym. Dowód słusności tej koncepcji polega na doświadczeniu, wskazującym, iż wysypka wygasa szybciej na odcinkach ciała, położonych bliżej układu nerwowego (na piersiach lub szyi), niż na dalszych (kończynach).

Podobne potwierdzenie daje odczyn Schicka, uodparnianie miejscowe metodą Besredki i szereg doświadczeń nad zakażeniem błoniczym.

Wszelkie powikłania ze strony serca w przebiegu cierpienia zakaźnych są dla Sp. odpowiedzią właściwego ośrodka w rdzeniu przedłużonym na zakażenie, biegnące dośrodkowo wzdłuż nerwów obwodowych.

Na podstawie badań wyżej wymienionych Sp. podchodzi do zagadnienia zaburzeń odżywczych. Doświadczenia na zwierzętach polegały na wprowadzaniu do nerwu kulszowego psa nieco żółci ludzkiej, poczem nerw przecinano na poziomie zastrzyknięcia. Po 7—12 dniach zjawiały się na stopie głębokie zmiany odżywcze, a po 14—56 dniach podobne na

stopie przeciwległej. Całokształt procesu należy rozumieć jako uszkodzenie odruchowe danego odcinka rdzenia.

Ostry reumatyzm stawowy ma być również schorzeniem układu nerwowego. Wyzdrowienie osiąga się jedynie dzięki przenikaniu salicylanu sodu w obręb tkanki nerwowej. Dowodu słusności dostarcza klinika; szereg przypadków, nie podlegających wyleczeniu, poprawiał się bardzo szybko, o ile do leczenia salicylanem dołączano „pompowanie“ płynu mózgowordzeniowego.

Takie same rozważania dotyczą spraw zapalnych wogóle. Ostre zapalenie otrzewny przebiega inaczej przy nie- tkniętych nerwach błędnych, aniżeli przy przeciętych obu- stronnie. W tym ostatnim przypadku zwierzęta opierały się nawet śmiertelnym dawkom zarazków. Tłumaczenie tego zjawiska polega na twierdzeniu, że przecięcie nerwów błędnych przerywa łuk odruchowy, pomiędzy jamą brzuszną a sercem.

Sprawy przewlekłe, np. gruźlicze, zależą mogą w dużej mierze również od współdziałania układu nerwowego.

Na poparcie tego poglądu Sp. przytacza następujące doświadczenie: psu osłabia się odcinek rdzenia przedłużonego (przez wprowadzenie substancji drażniących do nerwu błędnego na szyi oraz przez następne wypuszczanie płynu mózgowordzeniowego). Po kilku dniach zastrzykuje się pod skórę i do żyły hodowlę laseczników. Po miesiącu płuco po stronie drażnionego nerwu wykazuje zmiany gruźlicze znacznie głębsze, aniżeli płuco przeciwległe oraz płuca zwierząt kontrolnych.

Autor nie pominął zagadnienia powstawania nowotworów i udziału w niem układu nerwowego.

Dowiódł, iż raki dziegiowe rozwijają się szybciej, o ile układ nerwowy jest osłabiony przez zastrzykiwanie tegoż dziegiu do kanału kręgowego.

Stan nerwów obwodowych też ma wybitny wpływ na raki doświadczalne. Ishikawa i Kocarew dowiedli już dawno, że przecięcie nerwów rdzeniowych zatrzymuje rozwój raka dziegiowego, zaś przecięcie współczulnych—sprzyja mu.

Książka Sp. zawiera mnóstwo poglądów nowych i oryginalnych.

Dotychczas, nie udało się nam potwierdzić niektórych jego poglądów, jak np. o wpływie „pompowania“ płynu mózgowordzeniowego na osłabienie barjerę ochronną oponowej. Tem niemniej prace Sp. stanowią ważny etap w nauce o układzie nerwowym i muszą zająć uwagę zarówno biologów jak i klinicystów.

N. Zandowa.

• Handwörterbuch der medizinischen Psychologie wydany przez BIRNBAUMA, Georg Thieme. Lipsk 1930.

Znany psychiatra niemiecki prof. Birnbaum wydał przy współudziale licznej zespołu autorów obszerną podręczną encyklopedję psychologii lekarskiej. Zarówno nazwisko wydawcy, jak i współpracowników są dostateczną rękojmią powagi i solidności wykonanej pracy. Właściwości te szczególnie są wskazane przy opracowaniu dziedziny wiedzy, w której dużo się zmienia, dużo jest jeszcze subiektywnych poglądów poszczególnych badaczy, a która swojemi zagadnieniami teoretycznymi i swem znaczeniem dla całej działalności lekarskiej wraża w głąb całej medycyny współczesnej. W przedmowie uzasadnia Birnbaum pojęcie psychologii lekarskiej i pokazuje, w jakiej mierze wyrosła ona dzisiaj poza pierwotne swoje założenia, które określał najwyraźniej podtytuł pierwszej (historycznie) psychologii lekarskiej Lotzego: fizjologia duszy. Wówczas na plan pierwszy wysuwało się zagadnienie związków psychofizycznych, ujęte za pomocą metod prawdziwych. Obecne momenty zasadnicze psychologii lekarskiej określa Birnbaum trafnie, jako zasada psychologiczna w medycynie z jednej i zasada lekarska w psychologii z drugiej strony. Pierwsza stanowi równ

dobrze, jak somatologiczna, ośrodkową ideę całej medycyny a w nowoczesnej swej postaci została wprowadzona przez zajęcie się nauką neurozą, jako typowym cierpieniem współczesnym. Druga oznacza rozważanie związków pomiędzy zjawiskami psychicznymi a całością organizmu, innymi słowy, rozważanie zjawisk psychicznych, jako biologicznych:

Zasady te wiążą się ściśle z dominującymi prądami współczesności lekarskiej, która od anatomii, anatomii patologicznej i poglądów lokalizacyjnych przechodzi do rozważań czynnościowo-dynamicznych i dochodzi do biologii osobowości.

W opracowaniu i wyborze oddzielnych tematów i zagadnień książka uwzględnia zarówno pogranicza lekarskie, jak i z zakresu poszczególnych nauk o kulturze, które wiążą się z psychologią lekarską. W ten sposób powstaje obszerny i bogaty przegląd spraw, które interesować muszą dzisiaj każdego, dla kogo psychika człowieka współczesnego jest zagadnieniem nie tylko teoretycznym, ale i praktycznym, to znaczy nie tylko obiektem dla badań ale i dla oddziaływania.

Kiedy się widzi, co wszystko w tej dziedzinie przynosi piśmiennictwo zagraniczne, trudno nie pomyśleć z żalem o obojętności, z jaką ogół lekarzy odnosi się u nas wciąż jeszcze do zagadnień psychologii lekarskiej, od której oddziela się murem przesądów materialistycznych.

G. B y c h o w s k i.

A. ELSBERG i J. GLOBUS. Nowotwory mózgu o początku ostrym i przebiegu szybko postępującym. (Arch. of. Neur. a. Psych. 1929).

Elsberg, jeden z najwybitniejszych neuro-chirurgów amerykańskich i Globus, znany jako histopatolog, który kilka lat temu wyodrębnił wśród nowotworów mózgu jednostkę patologiczną (*spongioblastomą multiforme*) — zwracają uwagę na grupę przypadków, które odznaczały się ostrym początkiem i wyjątkowo szybkim przebiegiem: w 7 przypadkach śmierć nastąpiła po 40 dniach, licząc od pierwszego objawu klinicznego, w 7 po 60 dniach, w 5 — po 80 dniach, w 6 — po 100 dniach trwania choroby, w 6 — po 120, w 4 — po 140 i w 2 — po 200 dniach choroby. W 32 przypadkach (86%) nowotwór był umiejscowiony powyżej nmiotu mózdkowego, zaś w 5 przypadkach (14%) — w tylnej jamie czaszkowej. Autorzy zaznaczają, że ze statystyki tej została już przez nich wyłączona grupa nowotworów, w których ostry przebieg uwarunkowany był szybkim powstaniem wodogłowia zamkniętego. Przy badaniu drobnovidzowem okazało się, że 81% tych nowotworów stanowiły spongioblastomaty, pozostałe zaś — łagodne guzy glijopochodne. Z wyjątkiem jednego przypadku, łagodne te glijaki usadowione były w moście lub w mózdku. W 4 przypadkach autorzy stwierdzili utworzenie się kilku guzów jednocześnie w rozmaitych miejscach: w obu płatach czołowych w nóżce mózgu i w rdzeniu przedłużonym, w iewych płatach skroniowych i ciemieniowych tudzież w prawej półkuli mózdkowej. Autorzy zaznaczają obrzęk półkuli mózgu po stronie

nowotworu, jako objaw, napotykaną bardzo często. Autorzy zwracają uwagę na fakt kliniczny, iż przy pierwszym badaniu chorego o wyżej opisanym typie cierpienia wywierają wrażenie jakgdyby dotkniętych ostrym cierpieniem zapalnym mózgu.

Największą trudność nastroczają te przypadki, w których brak objawów zastoinowych na dnie oczu. Zważywszy, szybkie narastanie objawów, łatwo jest zrozumieć, że rozpoznanie kroczy w kierunku sprawy naczyniowej. Ostre wystąpienie pierwszych objawów może być wytłomaczone, jako skutek krwotoku do nowotworu w którejkolwiek ze „ślepych okolic mózgu”. Z drugiej strony ostre rozszerzenie systemu komorowego nie należy do rzadkości, w przypadkach, w których nowotwór jest umiejscowiony w tylnej jamie czaszkowej. Obrzęk mózgu, zdaniem autorów, powstaje w guzach nacieczeniowych. Nowotwory, usadowione wewnątrz lub w pobliżu płata skroniowego, nierzadko wpływają na krwiobieg tętnicy mózgowej środkowej lub jednej z jej głównych gałęzi, skutkiem czego na dość rozległym obszarze powstaje rozmięczenie mózgu z nagłym wystąpieniem objawów klinicznych. W większości opisanych przypadków chorego w poprzedzającym okresie zwykli wypowiadać rozmaite skargi, które nie były rozpoznawane jako objawy, związane ze zwiększonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym.

Zaznaczamy, że praca ta jest wyjątkowo bogato wyposażona w mikrofotografie oraz zdjęcia mikroskopowe mózgów, na których przecięciu występuje stosunek nowotworów do otaczającej jej tkanki. Dodajmy, że wszystkie fotografie wykazują zupełnie ostre odgraniczenie nowotworu, na co niedawno zwrócił uwagę referent, jako na cechę znamioną dla glijaków złośliwych.

Co do leczenia tego rodzaju przypadków, autorzy przyszedli do wniosku, że wyniki tego są, niestety, wyjątkowo mało pocieszające. Leczenie zapomocą bądź zastrzykiwań śródżylnych rozczywnów hipertonicznych, bądź nakłuć lędźwiowych lub komorowych, bądź wreszcie zabiegów chirurgicznych nie daje rezultatu pomyślnego. Naświetlanie promieniami Roentgena również nie wywiera wyraźnego wpływu na obraz kliniczny. Spostrzeżenie to upoważniło autorów do wygłoszenia zdania, że ogólny pogląd na wyjątkowo dodatni wpływ promieni R. na nowotwory typu zarodkowo mniej dojrzałego nie zgadza się w danym wypadku z ich własnymi spostrzeżeniami (spongioblastomaty, o ile klasyfikacja autorów jest słuszna, należą właśnie do typu glijaków niedojrzałych). Wszyscy pacjenci tej grupy, przebywający pod dłuższą lub krótszą obserwacją, byli naświetlani bardzo energicznie, lecz bez żadnego wyniku. W 6 przypadkach została w drodze operacyjnej usunięta znaczna część mas nowotworowych. Chorzy ci żyli od jednego do 3 miesięcy, skąd autorzy wnioskuja, że żyli dłużej, niż przy innych sposobach leczenia. Wynik dodatni autorzy otrzymali w jednym tylko przypadku, w którym chory czuł się zupełnie dobrze w ciągu 26 miesięcy po operacji

Z. M a c k i e w i c z.

Wskazówki praktyczne.

Treuherz radzi stosować *zastrzykiwania dożylna trypoflawiny* tylko w wyjątkowych, bezwzględnie wymagających tego przypadkach i to z zachowaniem dużych ostrożności, widział bowiem po zastrzyknięciu 5 cmł.³ 20% roztworu tego środka duszność, bledność, brak tętna, wymioty, wstrząsające dreszcze, a w cięższych przypadkach — nudności i zniebienie.

(Derm. Wschr. 1930 Nr. 9).

—o—

Schereschevsky miał w obserwacji mężczyznę, który, pomimo stałego stosunku z syfilityczką w okresie za-

rażliwym, zażywając *spirocid* (40 pastylek w ciągu 14 dni) uniknął zarażenia. Obserwacja trwała 50 dni. Na piąty dzień wystąpiły jednak objawy zatrucia: ból głowy, apatja, ociężałość, drżączka, co nakazuje pewną ostrożność przy stosowaniu zapobiegania za pomocą spirocidu.

(D. m. W. 1930 Nr. 16).

—o—

Mocno zaznaczone *tętnice skroniowe u osobników młodych*, zdaniem Brogsittera, nie powinny być uważane za objaw przedwczesnej miażdżycy, występowanie ich bowiem

zależy od skąpej podściółki tłuszczowej lub zupełnego jej zaniku. W rzadkich przypadkach wzmożonego ciśnienia w wieku młodym na tle schorzenia nerek i nadnerczy tętnice skroniowe uwydatniają się jaskrawo.

(M. m. W. 1930 Nr. 19).

— o —

Naskórne stosowanie kamfory przy pomocy przetworu *Prävalidin* poleca Sachs. *Prävalidin* zawiera: *Campbor. titr.*, *Bols. Peruv.*, *Ol. Eucalypti* i *Ol. Rosarum* i stosowany był

przeważnie jako *środek zapobiegawczy w przypadkach zaburzeń krążenia*, grożących zapadnięciem.

(Allg. m. Zntz. Ztg. 1930 Nr. 2).

— o —

Odczyn opadania krwinek polecają F. Rohrer i L. Krieger jako sposób wczesnego rozpoznawania krztuśca. Opadanie krwinek już we wczesnych okresach krztuśca jest zwolnione, o ile niema powikłań, ale nawet i w powikłanych przypadkach przyspieszenie opadania krwinek jest mniejsze, niż w braku krztuśca.

(D. m. W. 1930 Nr. 23).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 18 marca 1930 roku.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 62, wprowadzonych gości 45.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 11 marca r.b. przyjęto bez zmian.

2. Koledzy Jerzy Modrakowski i Emil Leyko wygłosili odczyt p.t. „*Tonus serca i działanie na niego środków farmakologicznych*” (streszcz. własne).

Starling dowiódł, że w preparacie sercowo-płucnym zużywanie tlenu przez włókna mięśniowe serca, dostarczające energii skurczowej, stoi w bezpośrednim prostym stosunku do długości tych włókien. Na tej podstawie można stosunek energii mechanicznej do całkowitej energii wyzwolonej, oznaczonej przez zużywanie tlenu, określić jako tonus serca. Wobec tego, jeżeli tę samą pracę wykonywa serce raz o mniejszej, a drugi raz o większej objętości rozkurczowej, sprawność mechaniczna, t.j. tonus w pierwszym wypadku jest lepszy.

Na tej podstawie prawdziwe „*cardiotonica*” winny zmniejszać objętość rozkurczową, przy której serce wykonywa na aparacie Starlinga raz mu zadaną, wciąż jednakową pracę, w warunkach ustalonych i niezmiennych podczas całego doświadczenia.

Przy stosowaniu tego ścisłego probierza okazało się, że tonus serca poprawiają: glikozydy naparstnicy, po okresie utajonym, trwającym 15—30 minut na długi czas; kofeina również działa dodatnio na tonus serca i to natychmiast, choć na krótko, lecz działanie to może być często powtarzane. Adrenalina poprawia tonus bardzo szybko, efedryna i efetonina nieco wolniej, za to znacznie dłużej od adrenaliny; na tej podstawie środki te muszą być uznane za najlepsze *cardiotonica*, obecnie znane.

Kamfora, hekseton i w nieco większych dawkach także koramina rozszerzają serce i obniżają tonus, nie mogą być więc nadal polecane jako *cardiotonica*. Tak samo odpada kardiozol, który zgola niema obwodowego działania na serce.

Z innych środków, nie uchodzących za *cardiotonica*, nie działa na tonus serca azotyn amylov, podczas gdy azotyn sodowy i chinidyna obniżają go. Małe dawki insuliny poprawiają tonus na długi czas, lecz działanie to nie daje się powtarzać na tem samym sercu za pomocą ponownego zadawania tego hormonu.

Rozszerzenie naczyń wieńcowych, a więc lepsze odżywianie serca, nie jest jedynym, miarodajnym czynnikiem, decydującym o dodatnim lub ujemnym działaniu badanych środków na tonus serca.

3. W dyskusji kolega W. Orłowski zaznacza, iż w II Klinice Chorób Wewnętrznych od paru lat były przeprowadzane badania nad wartością działania środków sercowych na niewydolność krążenia sercowego pochodzenia. Badania, przeprowadzone przez D-ra Fiedlera i Goreckiego, niezależnie od siebie, nad koraminą i kardiazolem oraz kofeiną i naparstnicą, dały wyniki niezachęcające do stosowania nowych środków syntetycznych. Podawanie 5 cm³ koraminy dawało wynik taki, jak podawanie roztworu fizjologicznego. Kolega Orłowski nie utrzymuje, że środki te nie działają na niewydolność pochodzenia obwodowego; stwierdza jednak, że ani koramina, ani kardiazol nie wpływają na szerokość naczyń na preparacie Trendelenburga. Jeżeli mają jakiś wpływ na naczynia, to tylko przez ośrodek naczynioruchowy.

Adrenalinę w klinice stosujemy w nagłych przypadkach

wprost do serca. Kol. O. przytacza przypadek z Kliniki krakowskiej, w którym po wstrzyknięciu adrenaliny chorej, będącej w agonii, otrzymano wynik bardzo wybitny; chora żyła jeszcze w ciągu miesiąca.

Kolega Moczański stosował w swej pracy doświadczalnej na psach kamforę i adrenalinę. Adrenalina dawała wyniki bardzo dobre, podczak gdy kamfora pozostawała bez wpływu.

4. Kolega E. Apfelbaum wygłosił odczyt p.t. „*Patogeneza i toksykologia niedokrewności złośliwej w świetle nowych badań*”. (Streszcz. własne).

Wymieniane do niedawna czynniki etiologiczne w powstawaniu n. z. (kila, brzoźdogłowiec, nowotwory) mało są dziś brane w rachubę ze względu na ich rzadkość.

Badania ostatniego 5-cio lecia pogłębiły znacznie zagadnienie patogenezy n. z. Początkowo nadano im kierunek bakteriologiczny, zwracając szczególną uwagę na obecność prątków okrężnicy w żołądku i górnych odcinkach jelit chorych na n. z. Badania dalsze wykazały miały wybitnie hemolityczne właściwości hodowanych z żołądka prątków. Według niektórych autorów ustrój ma wykazywać na szczycie choroby brak swoistych przeciwciał w stosunku do prątka okrężnicy, przeciwciał tych jednakże dotychczas w ogóle nie znaleziono. Prawdopodobnie prątek okrężnicy nie jest czynnikiem swoistym, lecz dodatkowym, mającym wpływ na czynność wydzielniczą i hormonalną żołądka oraz na rozkład i wchłanianie produktów przemiany białkowej. Obok prątka okrężnicy są obecne w górnych odcinkach przewodu pokarmowego laseczники Welch, które jakoby również posiadają właściwości wybitnie hemolityczne; badania w tym zakresie nie są jednak daleko posunięte. Znalezione przez Schillinga swoiste dla n. z. wewnątrz krwinkowe twory, t. zw. erytrokonty, mogą być, według autora, bakteryjnego pochodzenia. Najprawdopodobniej jednak jest to patologiczna wielobarwność zatrutych krwinek.

Naogół nie mamy dziś prawa twierdzić, że n. z. jest pochodzenia bakteryjnego. Obecność flory bakteryjnej w żołądku nie stanowi czynnika swoistego, jej wdrówka z dolnych odcinków przewodu pokarmowego w górę jest ułatwiona z powodu braku kwasu solnego w żołądku. Dotychczasowe niepewne wyniki prac bakteriologicznych nadały dalszym badaniom kierunek biochemiczny. Ostatnio zwrócono uwagę na ważną rolę bezsoku żołądkowego w powstawaniu n. z. Mięso, poddane działaniu treści żołądkowej człowieka zdrowego, nabiera właściwości leczniczych w tej chorobie. Podobnie ma działać wysuszony żołądek świński, zastępujący u chorych śluzówkę żołądka. Jest prawdopodobne, że bezsok żołądkowy uniemożliwia chorem produkcję przez wątrobę hormonów, wpływających bodźcowo na szpik kostny, muszą one bowiem być przypuszczalnie aktywowane przez normalną zawartość żołądka. Podawana leczniczo wątroba zawiera prawdopodobnie te hormony, zastępując nieczynną chorą wątrobę.

Jest wątpliwe, aby podawana wątroba działała wyłącznie jako zbiornik witaminowy, gdyż awitaminowa teoria n. z. nastroża wiele wątpliwości, np.: 1) dieta witaminowa nie doprowadza do zwolnienia (remisji), 2) choroby awitaminowe wywołują inny typ niedokrewności i t.d. Awitaminowość, podobnie jak flora bakteryjna, może być jedynie czynnikiem dodatkowym, sprzyjając zanikowi śluzówki żołądka i jelit, a tem samym ułatwiając przedostawanie się jądów do ustroju.

Badanie nad zaburzeniami w czynności wątroby w zakresie nieprawidłowej przemiany białkowej są tak skąpe i niepełne, że nie upoważniają nas do śladnych przypuszczeń w tym zakresie. Niewiadomo jest dziś zupełnie, skąd

czepie ustrój materiał budulcowy dla tworzących się krwinek.

Niezawodnie czynnik konstytucyjny odgrywa bodajże najwybitniejszą rolę w powstawaniu n. z. Przypuszczalnie już zarodkowo zostaje upośledzony szpik kostny i śluzówka żołądka, ulegająca wraz ze śluzówką jelit zanikowi jeszcze przed wybuchem choroby. Ta okoliczność ułatwia jadom przedostawanie się przez wątrobę do krwiobiegu, a stąd do szpiku, co powoduje jego przewlekłe zatrucie i przekształcenie czynności.

Szpik kostny, konstytucyjnie upośledzony, pozbawiony działania hormonów bodźcotwórczych, wreszcie stale zatrutowy, produkuje krwinki mniej wartościowe, ulegające łatwemu rozpadowi wskutek krążących na obwodzie jadów.

5. W dyskusji zabierał głos kolega A. Freyda. (Streszcz. wł.)

Gorączka peruańska (fiebris del Oroya) panuje wyłącznie na zachodnich stokach Kordylierów, w źle przewietrzanych dolinach, przyczem infekcji tej nie spotyka się nigdy na wysokościach poniżej 700 m. nad poziomem morza. Co do czynnika wywołującego ściera się 3 poglądy: badacze północno-amerykańscy uważają za zarazek swoisty — *bacillus Bartoni* autorzy miejscowi zgadzają się na powyższe, uważają jednak, że jest to nie bakteria, a pierwotniak, nazwany przez nich *Bartonella bacilliformis* (spokrewniona z *Anaplasma* i z *Grahamella*). Wreszcie część autorów francuskich opowiada się za zarazkiem przesączalnym. Infekcja przenosić się ma wyłącznie w porze nocnej przez owady (*Phlebotomus verrucarum* i *Phalangomyia aebilis*). Gorączka peruańska już po paru dniach wywołuje bardzo silną niedokrewność (dość często liczba krwinek czerwonych spada do 500000) jednak przeważnie nie posiada cech niedokrewności złośliwej (wskaźnik barwny niewiekszy od I, neutrofilja 80—85%).

W paryskim laboratorium parazytologii podawano wyciagi z żywych tegoryjów dwunastnicy i otrzymywano bądź klasyczny obraz niedokrewności złośliwej, bądź też niedokrewność niedobarwną (liczba krwinek czerwonych niezmienną przy znacznym obniżeniu % hemoglobiny).

Niedokrewność w beri-beri występuje niestale, zależnie od postaci choroby. Własne obserwacje kol. F. odmiany „sercowej” beri-beri wykazywały prawie z reguły liczbę krwinek czerwonych poniżej 2 milionów.

W postaci „nerwowej” schorzenia — większych zmian we krwi nie znajdowano.

Posiedzenie zamknięto o godz. 9 m. 25.

Prezes: Sekretarz doroczny:
Witold Orłowski. Jan Roguski.

Towarzystwo Patologów Polskich (Seksja Poznańska) i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie z dnia 23 maja 1930 roku.

Przewodniczący: Prof. S. Borowiecki.

Obecnych 51.

1) Dr. J. Zeyland pokazuje preparat *wągra w IV komorze mózgu*. Chory lat 43 zmarł w klinice neurologicznej U. P. z objawami wzmożonego ucisku śródczaszkowego. Badanie pośmiertne wykazało okrągły guzek wielkości grochu. lekko żółty, połączony za pomocą krótkiej szypuły z dnem IV komory. Wskutek tego ucięcia guzek mógł zamykać, jak wentyl, wodociąg Sylwiusza i wywołać objawy wzmożonego ucisku mózgowego z chwilą, gdy chory podnosił się. Badanie mikroskopowe małego wycinka guzka wykazało budowę wągra w stanie martwicy i częściowego zwapnienia.

Dyskusja:

Prof. Borowiecki zwraca uwagę, że wągry mózgu nawet IV komory mogą nie dawać żadnych objawów klinicznych. Śmierć nagle zdarza się często przy wagrach komory IV. Co się tyczy przypuszczenia kily mózgu, to podejrzenie to opierało się głównie na badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego (krzywych koloidowych) i braku wyraźnych objawów klinicznych.

Dopiero dłuższa obserwacja i ewentualne próbne leczenie swoiste mogłyby ją wykluczyć.

2) Dr. L. Konkolewski omawia przypadek *zupełnego i odpowiedniego odwrócenia trzew*, dotyczący mężczyzny 24-letniego, gruźlika, u którego anomalję tę rozpoznano już za życia. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej, przedstawione w całości, wykazują nieprawidłowe ułożenie w sensie

zupełnego *situs inversus*. Na szczególną uwagę zasługuje serce, którego budowa wewnętrzna i stosunek do naczyń dużych wykazuje obraz dekstrokardji w ścisłym tego słowa znaczeniu. Tego rodzaju odmiana rozwojowa, polegająca na odwrotnym ułożeniu wszelkich narządów nieparzystych, zaznacza się już we wczesnym okresie rozwojowym. Przyjmuje się, że odwrócenie trzew występuje w następstwie nieprawidłowego ułożenia jednego z głównych narządów ustroju we wczesnym okresie rozwoju zarodka. Takim pierwotnym narządem, wpływającym decydująco na układ trzew, ma być według jednych pierwotny przewód sercowy, według innych przewód jelitowy lub wątroba. Jeżeli się przyjmie, że w odwrotnym kierunku odbyło się skrzywienie pierwotnego przewodu sercowego, to przyczyną tego ma być anomalia pierwotnego krążenia, polegająca na zachowaniu prawostronnych naczyń żylnych tarczy zarodkowej, a nianowicie, prawej żyły żółtkowo-jelitowej i prawej żyły pępkowej. W zwykłych warunkach lepiej rozwinięte są wspomniane naczynia żyłne, po stronie lewej, prawostronnie ułożone żyły z czasem zupełnie zanikają. O ile następuje odwrócenie tych stosunków, to znaczy, że prawe żyły są silniej rozwinięte, a lewe zanikają, zmieniony kierunek prądu krwi miałby spowodować skrócenie pętli sercowej w odwrotnym kierunku; w dalszym rozwoju wynikać z tego mają zmiany w ułożeniu trzew, które określamy jako *situs inversus*.

Dr. A. Barlik przedstawia *zmiany mikroskopowe w obrębie naczyń mózgu w przypadku porażenia postępującego lezonego zimnicą*.

Mężczyzna lat 41, wskutek *por. progr.* szczepiony zimnicą, zmarł 6 dni po ostatnim ataku gorączkowym wskutek odoskrzelowego zapalenia płuc. Sekcyjnie stwierdzono m. i. zmiany zapalne płuca, zmłeczenie wielomiejscowe opon miękkich, *mesaortitis luatica*.

Badanie mikroskopowe: w oponach miękkich rozrost tkanki łącznej; w tkance mózgowej rozrost gleju, zanik komórek piramidalnych wokół naczyń mózgu szerokie nacieki z komórek limfoidowych. W świetle naczyń zakrzepy szkliste lub zatory pseudomelaniny. W wątrobie duża ilość pseudomelaniny, związanej z komórkami Kupffer-Browicza, które widać również w świetle naczyń wolno leżące. Poza tym drobne kilaki w stanie rozpadu. Jest to zatem typowa postać paraliżu postępującego z naciekami w mózgu mało swoistymi dla kły, charakterystycznymi tylko swoim rozmieszczeniem.

Pośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego jest wobec tego zanik wysokowartościowych składników i zastąpienie ich przez tkankę glejową o charakterze rozrostu astrocytów, jak to wykazują preparaty srebrzone, powstawanie w naczyniach mózgu wielomiejscowych zakrzepów szklistych i zatatorów pseudomelaniny oraz nieodporność organizmu, wycieńczonego długotrwałym procesem chorobowym, na zabieg leczniczy, jakim było szczepienie zimnicą.

Dyskusja:

Prof. Borowiecki przemawia parę słów o obronie leczenia malarji.

4) Prof. L. Skubiszewski wygłasza odczyt p. t.: „*Histogeneza procesu zapalnego z uwzględnieniem wzajemnych stosunków pomiędzy tkanką łączną a ciałkami krwi i śródbłonkami naczyń krwionośnych*.”

W ustroju dorosłego osobnika niema widocznego stosunku pomiędzy komórkami krwi tkanki łącznej i śródbłonkami naczyń krwionośnych. Brak widocznego związku, gdy chodzi o normę, jest powodem sztucznego rozgraniczenia, które już dlatego nie może ostać się, że krew, tkanka łączna i śródbłonek naczyń krwionośnych pochodzą z mezenchymy. Prócz tego podpora do nierozdzielności będących w mowie składników jest nauka o histogenezie zarodkowej krwi, tkanki i naczyń krwionośnych oraz cała nauka o zapaleniu w tkance łącznej i niemniej p. czynione już dzisiaj spostrzeżenia nad hodowlą tkanek. Z tego też względu Maksimow twierdzi, że odgraniczenie, jakie się tworzy pomiędzy krwią i tkanką łączną, jest sztuczne.

W nauce o zagadnieniu histogenezy zapalenia już dawna wyłoniły się dwa kierunki: jeden uzasadnia pochodzenie wysiękowych składników komórkowych, powstawanie tkanki ziarninowej i wreszcie tkanki łącznej bliznowatej z miejscowych komórek stałych — kierunek tkankopochodny; drugi przypisuje wszystkie sprawy, jakie powstają w miejscu zapalenia, białym ciałkom krwi, które wywędrowują z naczyń krwionośnych — kierunek krwiopochodny. Nie brak też autorów, którzy zajmują stanowisko pośrednie, będąc zdania, że w przebiegu procesu zapalnego biorą czynny udział miejscowe komórki tkanki łącznej i białe ciała krwi, które wywędrowały z naczyń krwionośnych.

Już w roku 1890 na Międzynarodowym Kongresie w Berlinie Marchand, Ziegler i Grawitz wypowiedzieli

się ujemnie o roli leukocytów co do udziału ich w tworzeniu tkanki zapalnej. Potem Marchand w pracy o wgajaniu się ciała obcych (gąbka, miększy bzu, płuca) w jamie brzusznej oraz w obszernej monografii „Der Prozess der Wundheilung” dowodził, że młoda tkanka łączna powstaje wskutek rozmnażania się tubylczych składników komórkowych tkanki łącznej. Marchand szczególną rolę przypisuje komórkom „adwenticjalnym” małych naczyń krwionośnych, z których to na drodze podziału powstają małe komórki, podobne do limfocytów. Poglądy Marchanda znalazły potwierdzenie w pracach Zieglera, Grawitza, Reinkego, Nikiforoffa, Ebertha, Bardenheura, Hammerla, v. Büngnera, Herzoga. Kierunkowi temu Marchand pozostał wierny do końca życia, będąc skrajnym zwolennikiem tkankowego pochodzenia składników komórkowych tkanki ziarninowej.

Kierunkowi temu przeciwstawił się już w 1902 roku Maksimow, który wykonał doświadczenia, wprowadzając szklane i celoidynowe komory, wypełnione agarem, do tkanki luźnej podskórnej i międzymięśniowej królikom, psom i gołębiom. Maksimow doszedł do wniosku, który podtrzymuje i w ostatniej pracy, ogłoszonej już po jego śmierci, że w obrębie miejsca zapalnego spotyka się przedewszystkiem trzy rodzaje komórek, którym „jednakowe koleje przemian nadają różnym okresom tego przebiegu charakterystyczne znamie”.

Pod wpływem bodźca zapalnego wywędrowują specjalne ziarniste leukocyty (u człowieka wielopłatowe obojętnochłonne leukocyty). Komórki te ostatecznie giną.

Drugim rodzajem komórek są fibroblasty, które w przebiegu procesu zapalnego wcześniej poczynają się rozmnażać, wrastają i przenikają do komór i tworzą ostatecznie tkankę łączną. Trzecim rodzajem są t. zw. komórki okrągłe pelzokowate, którym Maksimow nadał miano „poliblastów”. W toku rozwoju procesu zapalnego poliblasty występują w ogromnej liczbie już w pierwszych godzinach. Biorą one bardzo wybitny udział w walce obronnej, niszcząc, po uprzednim przerobieniu przez specjalne leukocyty, obce tworzywa i ciała, jak mikroby i martwe resztki komórkowe, martwe leukocyty. Normalna tkanka łączna, zdaniem Maksimowa, zawsze zawiera tylko co opisane komórki wędrujące, chociaż w niewielkiej liczbie. Komórki te wywędrowały z naczyń do tkanki w przebiegu życia pozapłodowego w ustroju lub też znajdują się w tkance łącznej z okresu życia rozwojowego, jako jednójdrzaste leukocyty, względnie limfocyty lub jako klastococyty i komórki adwenticjalne w otoczeniu naczyń krwionośnych. Poliblasty pochodzą z przewadze z naczyń, a część znikoma zaledwie z tkanki miejscowej. Te „poliblasty”, które przedostały się do wnętrza celoidynowych komór, mogą ulec znacznemu powiększeniu, przerostowi i mogą też rozmnażać się i mogą niekiedy być materiałem twórczym dla tkanki łącznej. Borst, Wlassow i Seep, Rosenberg, Herzog nie potwierdzili poglądów Maksimowa, a Neumann, Weistphal, Minot, Zieler, Fischer, Weidenreich, Schridde, Tschaschin potwierdzili poglądy Maksimowa, wypowiedziane w 1902 r., i w następstwie rozległych, późniejszych badań, zdawało się, biorąc pod uwagę pracę wyszczególnionych autorów, iż poglądy co do pochodzenia składników w rozwoju wypociny zapalnej zostały określone zgodnie przynajmniej w tym zakresie, że obojętnochłonne leukocyty wielopłatowe wywędrowują z naczyń krwionośnych. Tymczasem stary i dawno zarzucony spór o powstawaniu białych ciałek krwi znowu nabrał siły i znaczenia i został wysunięty, jako zagadnienie nowe, dzięki pracom v. Möllendorffa i jego uczniów. Z badań kontrolnych jakie zostały przeprowadzone przez Fischer-Wasselsa, Silberberga i Orzechowskiego, Gerlach, Falka, Fuchsa i uwzględniając poglądy wyrażone na zjeździe Patologów Niemieckich w Gdańsku, wynika, że dowiedzionych faktów nie należy zaprzeczać. W rozwoju procesu zapalnego obok wywędrowywania, którego nie umiał zaprzeczyć v. Möllendorff i nie zdołał udowodnić wędrowania leukocytów ziarnistych i rozrostu fibroblastów, które tworzą przeważną część tkanki ziarninowej, poliblastom w procesie zapalnym przypada największa rola. Część poliblastów powstaje na drodze bezpośredniego przeistaczania się z miejscowych komórek wędrujących, lub histiocytów wolnych, lub też na drodze uruchomienia histiocytów stałych miejscowych, lub komórek wędrujących w spoczynku. Przeważna część poliblastów pochodzi z limfocytów i monocytów krwi, które, zdaniem Maksimowa, przechodzą przez ścianę naczyń i powiększają się z nadzwyczajną szybkością w ognisku zapalnym.

Typowe fibroblasty dają początek tylko tkance łącznej.

Rola śródbłonnów, wysielających serce, naczyń krwionośnych i chłonne w toku procesów zapalnych jest ograniczona: pozostają one tem, czem są, i dają początek nowym naczyniom

włosowatym lub też izolują się, jak twierdzi Maksimow, i przeistaczają się w fibroblasty”.

(autoreferat)

W dyskusji zabiera głos Dr. Kwaśniewski.

(—) F. Łabendziński
Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.

(—) J. Zeyland
Sekretarz T. Pat. P.
(sekcja poznańska).

Związek Przeciwweneryczny.

Posiedzenie Zarządu z dnia 27 marca 1930 r.

Obecni:

Prof. Franciszek Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Dr. Leon Wernic, Dr. Henryk Szczodrowski, Dr. Jerzy Reise, Dr. Marjan Wowkonowicz, Dr. Wiktor Borkowski.

1) Przyjęto Protokół posiedzenia z dnia 30 stycznia 1930 r.

2) Przyjęto do Związku Przeciwwenerycznego w charakterze Członka Warszawskie Chrześcijańskie Towarzystwo Ochrony Kobiet,

3) Sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Zarządu Związku za lata 1928 i 1929/30.

4) Skarbnik odczytał sprawozdanie kasowe za lata 1928 i 1929/30.

5) Sekretarz przedłożył projekt planu działalności Zarządu na rok 1930/31

6) Skarbnik przedłożył projekt preliminarza budżetowego na rok budżetowy 1930/31.

7) Wobec niewybrania Komisji Rewizyjnej przez pierwsze Walne Zebranie Delegatów Związku Przeciwwenerycznego uchwalono zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) z prośbą o skontrolowanie dotychczasowej gospodarki finansowej Zarządu Związku Przeciwwenerycznego.

8) Uchwalono nabyć dla celów propagandy przeciwwenerycznej film pod tytułem „O czem się nie mówi”, względnie inny film o charakterze propagandowo-przeciwwenerycznym.

9) Uchwalono zwołać Walne Zebranie Delegatów Związku Przeciwwenerycznego w dn. 11 maja r. b. w Warszawie. o godz. 9-ej rano w gmachu Kliniki Dermatologicznej.

Przewodniczący:

(—) Prof. Fr. Krzyształowicz.

Sekretarz:

(—) Dr. W. Borkowski.

Z Posiedzeń Towarzystw Lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu tow. studiów nauk. nad gruźlicą w Paryżu (Pr. méd. № 46) G é n é v z i e r demonstrował serię radiogramów, wykazujących jak w ciągu 3 tygodni bardzo *gęste nacieczenie z rozpadem w środku* (jamą) *może prawie zupełnie zniknąć* pod wpływem *wyrwania nerwu przeponowego*. Dzięki elastyczności tkanki zdrowej i dążności do kurczenia się tkanki chorej płuco uwolnione u podstawy, osiąga *minimum* swej objętości, głównie na korzyść tkanki chorej, ponieważ kurczenie się włókniste przeważa siły elastyczności tkanki zdrowej.

Lambini i Steenhoudt omawiali na posiedzeniu czerwcowem tow. lek. szpita. w Paryżu (Pr. méd. № 48) próby *leczenia niedokrewności złośliwej preparatami z wysuszonego żółtaka*. Castle zauważył, że podanie takim chorym mięsa wołowego, traktowanego uprzednio *in vitro* ludzkim sokiem żółtkowym normalnym spowodowało poprawę kliniczną, gdy tymczasem traktowanie uprzednie pepsyną i kwasem solnym pozostawało bez rezultatu. Należało wnioskować, że w normalnym soku żółtkowym jest coś szczególnego, co aktywuje zwykłe pokarmy. Autorzy przeprowadzili badania z wysuszonym żółtkiem u chorej z niedokrewnością złośliwą. Okazało się, że wyniki lecznicze zależą od diety i czasu przyjmowania preparatu. Poza dietą mięsną wynik jest żaden. Natomiast działanie wątroby jest niezależne od diety.

Armand-Delille i Anna Develay zdawali na tem samem posiedzeniu sprawę ze spostrzeganego przez siebie przypadku *dekstrokardji z rozstrzenią oskrzeli skutkiem stwardnienia płuc*. Rzecz dotyczyła 11-letniego dziecka, u którego stwierdzano objawy rzekomo-jamiste pod prawym obojczykiem

i bicie serca po stronie prawej. Zdjęcie wykazało zaciemnienie całej prawej połowy klatki piersiowej z wybitnym skrzywieniem tchawicy w prawo. Lipjodol uwidocznił rozszerzenie oskrzeli na wysokości rozwidlenia tchawicy. Płuco prawe było tedy zupełnie niedrożne skutkiem całkowitego stwardnienia. Najprawdopodobniej tłem jest gruźlica.

Dumas, Bernay i Baucomont (tow. lek. szpil. w Lyonie — Pr. med № 48) spostrzegali przypadek *współistnienia zmian gruźliczych dyskretnych w płucu wraz ze złośliwą ziarnicą Hodgkina*. Przypadek był obserwowany przez czas dłuższy i skontrolowany badaniem postmortalnym.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wrażenia z międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreźnie.

Podał

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

(Dokończenie: p. № 27).

Z pozostałych grup działu ogólnego wystawy chciałabym wspomnieć jeszcze o pawilonach odżywiania mieszkania i osiedli oraz ubrania. Ta część wystawy urządzona została pod hasłem, jak otrzymać maksymalne wyniki przy minimalnych stratach. A więc zadaniem działu odżywiania jest uzgodnienie współczesnych wiadomości o konstytucji i przemianie materji, ze zniżoną stopą życiową. W zrozumiałej formie na kilkudziesięciu tablicach i za pośrednictwem rozmaitych eksponatów podane zostały wiadomości, dotyczące wartości fizjologicznej różnych środków spożywczych. Wypływają stąd wskazówki dla celowego wyboru, i przygotowywania potraw. Wystawiono w tym dziale również szereg środków spożywczych, zabronionych skutkiem przeciwwskazań zdrowotnych lub ekonomicznych (produkty zafałszowane, zepsute i t. d.). Poza działem naukowym pawilon odżywiania zawiera bogatą wystawę przemysłową.

Dział ubrania stara się przekonać widza, iż mody nie należy sztucznie wytwarzać, ale przystosowywać do stylu i tempa życia każdej epoki. Zwrócono tu również uwagę na wielki postęp w dziedzinie reformy ubrania kobiecego od 1911 r. oraz na brak jakiegokolwiek postępu w dziedzinie stroju męskiego.

Na wystawę higieny mieszkań i osiedli składają się 2 grupy: a) zdrowe mieszkanie i b) zdrowe miasto. Higiena mieszkania posiada dział teoretyczny oraz pokazy praktyczne. Część naukowa poświęcona jest następującym zagadnieniom: trudne warunki mieszkaniowe w Niemczech (każda 8 rodzina to sublokatorzy), oraz sposoby rozwiązywania różnych zagadnień higieny mieszkań: ogrzewanie, oświetlenie, wentylacja.

Pokazy praktyczne są to ciekawe próby rozwiązania poszczególnych zagadnień. Wybudowano na terenie wystawy model domku dla gruźlika, zamieszkującego razem z rodziną, dla inwalidy wojennego, dla zamożnej rodziny, posiadającej sześcioro dzieci, domek o oświetleniu południowym, wreszcie szereg domów dwu, trzy — i czteroosobowych.

Na pokaz zdrowego miasta składa się szereg planów, dających obraz przyszłego zdrowego osiedla.

Wielkie miasto nie jest ideałem, ale w czasach teraźniejszych stało się koniecznością i powinno być tak zmienione, aby odpowiadało wymogom zdrowia, celowości i poczuciu piękna. Miasto winno posiadać zdrowe dzielnice mieszkalne, część handlową i przemysłową. Wiele uwagi poświęcone zostało zielenicom, parkom, wreszcie małym ogródkom przy domach

mieszkalnych. Ciekawy jest plan idealnego miasta z miljonową ludnością.

Kończąc oglądanie ogólnej części wystawy, wступujemy do pawilonu „Zabobon i zdrowie“. Na wstępie uderza nas hasło „Aberglaube schlummert auch in modernsten Menschen“. Zdaniem organizatorów tego działu zabobony, wiara w zjawiska nadnaturalne, mistyczne wzmogły się bardzo po wielkiej wojnie, i rzeczywiście, zgromadzony materiał zdaje się popotwierdzać to mniemanie. Dział zabobonów ujęty jest historycznie, prowadząc widza od pojęć starożytnych poprzez średniowiecze do czasów najnowszych. Zapoznajemy się z zabobonami Babilonu, Grecji i Rzymu, z alchemią i jej wiarą w jedyny pierwiastek, leczący wszelkie schorzenia, a utajony w kamieniu mędrców lub tajemniczej kwintesencji, z astrologią, tłumaczeniem snów, zaklinaniem djabłów i czarownic. Potem przechodzimy do czasów obecnych. Zabobony, dotąd spotykane, wprowadzają w podziw swą różnorodnością. Czegoż tam bowiem niema: zarówno na wsi, jak i w mieście używa się dotąd przepowiadania z kart, z ręki, z gąszczu kawy, zamawiania, zakopywania celem leczenia chorób, lania ołowiu lub mierzenia dla rozpoznania choroby. Dotąd jeszcze bazyliżki, wampiry, czarownicy występują, jako przyczyny zasłabnięć.

Zabobon stroi się czasem w szaty wiedzy, wstępuje w postaci magnetyzmu, spirytyzmu, mazdaznanu, frenologii, jasnowidzenia, wiedzy chrześcijańskiej (Christian Science) i t. d. Wiara w ludzi, obdarzonych cudowną mocą uzdrawiania, snuje się od Cagliostro do Rasputina i Zeileisa, operującego specjalnie skonstruowaną rurką djagnostyczną i zawdzięczającego swą sławę masowym momentalnym uzdrowieniom. Jest to dział zabobonu mistycznego, — nie brak jednak na wystawie przykładów i zabobonu racjonalistycznego. A więc mamy tu sól biochemiczną, usuwającą wszelkie ciepienia, indyjskie owoce pieczone, przywracające młodość, aparaty, rozsiewające promienie słońca i fale eteru, wreszcie środki odtłuszczające, a jednocześnie przywracające zdrowie i siły w ciągu 7 dni. Nie brak też eksponatów, ilustrujących złe skutki używania tych różnych środków, dramatycznych nieraz wyników cudownych kuracji, przyznać jednak należy, że eksponaty tego typu giną jakoś w całości tego bogatego, a nawet trochę przeładowanego działu. Po zamknięciu wystawy drezdeńskiej dział „zabobon i zdrowie“ ma być zamieniony na wystawę ruchomą. Powstaje pytanie, dlaczego Niemcy tak się interesują tem zagadnieniem. Otóż Niemcy mają obecnie 49.000 lekarzy i 16.000 zarejestrowanych znachorów. W rzeczy samej tych ostatnich jest napewno więcej. Nic nie krępuje ich działalności, ponieważ, zgodnie z ustawą 1869 roku, leczyć

może w Niemczech każdy, nie potrzebuje się legitymować ani dyplomami, ani świadectwami.

Wystawę Rządu Rzeszy i poszczególnych państw trudno nazwać wystawą w zwykłym znaczeniu tego wyrazu. Jest to próba ujęcia całego zakresu poczyną publicznych i prywatnych w dziedzinie zdrowotności publicznej, w rozwoju historycznym za przeciąg 100 lat. Wywiązała się niemiecka służba zdrowia ze swego zadania znakomicie zarówno pod względem treści, jak i formy pokazu.

W sali honorowej, urządzonej z dużym poczuciem smaku barw i linii, umieszczony jest jeden tylko model. Model ten przedstawia duże koło, podzielone na 20 trójkątów, każdy trójkąt poświęcony jest specjalnemu zagadnieniu. Przedstawiono na nim w napisach rozwój opieki nad zdrowiem w danej dziedzinie, najważniejsze daty, wypadki, wreszcie na zakończenie wyszczególnione są zagadnienia chwili bieżącej. Dalsze działy wystawy rządowej przedstawiają jakgdyby opracowanie szczegółowe każdego z 20 zagadnień, poczynając od dokładnego określenia i sprecyzowania tematu. Zagadnieniami temi są: państwowa opieka nad zdrowiem, społeczna opieka nad zdrowiem, komunalna opieka nad zdrowiem, ubezpieczenia społeczne, walka z chorobami zakaźnymi, odżywianie, opieka nad zdrowiem robotnika, walka z gruźlicą, z chorobami wenerycznymi, z alkoholizmem, opieka nad matką i dzieckiem, higiena szkolna, opieka nad młodzieżą, nad kalekami, nad ślepyimi i głuchoniemymi, nad nienormalnymi, eugenika, propaganda higieny, walka z rakiem, personel leczniczy i opieki społecznej.

W dziale tym, który nie jest przeznaczony dla laika, można się bardzo wiele nauczyć, zdać sobie dokładnie sprawę, jak się przedstawia całość sprawy, gdzie się jest w chwili obecnej, co pozostało do zrobienia. Uderza przytem umiar w określeniu zagadnień na dziś. Nie spotykamy tu wcale pobożnych życzeń, długiej listy tego wszystkiego, co by się dało pomyśleć, mówi się tylko o tem, co rzeczywiście można obecnie wykonać. Weźmy, na przykład, sprawę popularyzacji higieny. Zagadnienia na dziś sprowadzają się do 3-ch postulatów: 1) wprowadzenia nauczania higieny do szkół, 2) przyciągnięcia do tej pracy prasy, radia i filmu, 3) rozbudowa pracy na wsi.

Wystawa poszczególnych państw niemieckich miała za zadanie pokazać to, co dla danego terytorjum jest najbardziej charakterystyczne w dziedzinie opieki nad zdrowiem. A więc Prusy zobrazowały działalność swych 3-ch największych instytutów naukowych: instytutu chorób zakaźnych im. R. Kocha w Berlinie, instytutu terapii doświadczalnej we Frankfurcie nad Menem oraz pruskiego instytutu higieny wody, gleby i powietrza w Berlin — Dahleim. Wystawa Bawarii, wyróżniająca się pod względem artystycznym, daje na przykładzie Norymbergi ciekawy obraz pracy związków celowych, powstających dla skoordynowania pracy w dziedzinie zdrowotności publicznej czynników urzędowych i społecznych. Na wystawie Saksonji umieszczono ciekawe dane o działalności pierwszej w tym rodzaju w Niemczech, a zdaje się i wogóle na świecie, stacji doświadczalnej badań zagadnień pracy na wsi w Pommritz pod Drezniem, powstałej w roku 1920. Turingja, ojczyzna Fryderyka Fröbela, pokazała to, co robi dla zdrowego wychowania młodego pokolenia i t. d.

Miasta niemieckie urządziły wspólną wystawę, która, nie będąc pokazem wyjątkowym, stwierdza

jednak, iż zagadnienia zdrowotne stanowią poważną część zagadnień komunalnych, i dział ten może być ciekawy dla specjalisty.

Przejdziemy teraz do ostatniego działu wystawy, który sprawił, iż nosi ona miano Międzynarodowej. Wziął w niej udział cały szereg państw (19) oraz organizacja higieny Ligi Narodów i Międzynarodowe Biuro Pracy. Polska, niestety, nie jest wcale reprezentowana w Dreznie.

Wystawę Międzynarodową trudno uważać za udaną. Całokształtu pracy w dziedzinie służby zdrowia nie przedstawiło żadne państwo. Zresztą, w roli wystawców występowały przeważnie nie państwa, ale poszczególne instytucje naukowe, społeczne lub wreszcie firmy przemysłowe. Rozmaitość pod tym względem była olbrzymia. Szwajcarję reprezentowały pokazy kliniki dr. Rollier w Leysin i prof. Quervain w Bernie (zagadnienie wola); Stany Zjednoczone Ameryki Północnej zakłady przemysłowe „Dairy Products” w Nowym Yorku, dając model mleczarni, zaopatrującej w mleko Nowy-York; Anglię reprezentowało Lekarskie muzeum historyczne w Londynie które wystawiło trochę pamiątek po Listerze i Jennerze; Danję — instytut Finsena w Kopenhadze. Wystawa japońska mieściła sporo zdjęć fotograficznych i trochę wykresów statystycznych. W pawilonie austriackim znajdujemy ciekawy dział ubezpieczeń społecznych, opracowany przez wiedeńskie muzeum gospodarcze i izbę robotniczo-prawniczą. W szeregu wyobrażeń graficznych, w których technice celuje to muzeum, dążąc do ich normalizacji i stwarzając swój styl, muzeum przedstawiło dokładne dane, dotyczące organizacji i zasięgu ubezpieczeń społecznych w Austrii zarówno od choroby, jak i od nieszczęśliwych wypadków, opiekę społeczną nad dzieckiem i młodzieżą oraz propagandę higieny. Obok działu naukowego posiada pawilon austriacki obszerny dział przemysłowy, mało lub wcale nie związany z zagadnieniami higieny.

Najobszerniejszy program posiadają działy: rosyjski, litewski i czechosłowacki. Dział rosyjski, pod względem techniki wystawowej bardzo nowoczesnie, ale niezbyt szczęśliwie pomyślany, zawiera dużo materiału, obrazującego stan sanitarny Rosji ze szczegółowym uwzględnieniem warunków pracy w przemyśle. Litwa dała trochę wiadomości z każdej dziedziny pracy na polu zdrowotności publicznej. To samo Czechosłowacja.

Środek pawilonu narodów zajmuje wystawa Sekcji Higieny Ligi Narodów, obrazująca działalność genewskiej służby informacji epidemiologicznych, oraz prace Komitetu Higieny, wykazując znaczenie międzynarodowe i wartość praktyczną poczyną.

Na zakończenie nie od rzeczy będzie wspomnieć, iż Niemcy, umiejący planować na daleką metę, już obecnie zadają sobie pytanie, jaki będzie program następnej wystawy higienicznej. Jako zagadnienia, które przypuszczalnie wysuną się na czoło, stawiają oni spadek liczby urodzeń, a co zatem idzie, konieczność utrzymania przy życiu możliwie większej liczby noworodków, oraz zmiany w składzie ludności według grup wieku. Z przedłużeniem przeciętnego wieku ludzkiego zadaniem naczelnem stanie się zachowanie człowieka jaknajdłużej w okresie zdolności do pracy twórczej, rozumiejąc pod tą zdolnością zarówno sprawność ciała, jak i żywość umysłu, zdolność do

przyjmowania wrażeń, wreszcie zdolność do poświęceń. To przyszłe społeczeństwo starych „Volk der Alten” wymagać będzie przede wszystkim rozwoju higieny psychicznej. Będzie to nowy okres zdrowotności publicznej, jakim było w swoim czasie stulecie dziecka. Poza tem, wzrastające wciąż uprzedysławienie i racjonalizacja pracy, pociągająca za sobą coraz większe zmechanizowanie czynności, spowoduje ko-

nieczność wyrównania powstających stąd szkód (fizycznych i psychicznych) przez celowe zużytkowanie wolnego czasu.

Są to zagadnienia jednakowo bliskie wszystkim narodom (spadek urodzeń dla nas nie jest jeszcze aktualny), i trzeba mieć nadzieję, że na przyszłej wystawie polska myśl higieniczna wypowie się we wszystkich tych sprawach.

O d c i n e k.

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26)

Teodor Billroth

Urodził się w Bergen na Rugji w r. 1829, zmarł w Abbazji w r. 1894.

Studja rozpoczął w Getyndze. Przez długi czas był uczniem Langenbecka. W r. 1860 otrzymał klinikę i katedrę chirurgiczną w Zurychu, a od r. 1867 osiadł na stałe w Wiedniu na stanowisku profesora chirurgji.

Była to jedna z piękniejszych postaci w dziejach chirurgji, która obok Malgaigne'a we Francji i Dieffenbacha w Niemczech będzie zawsze wzorem dla wszystkich pokoleń chirurgów. Hasłem jego było: „prawda w nauce, moralność w sztuce”. Był to lekarz, który miał odwagę wypowiedzenia o swoim fachu całej prawdy bez ogródek i zdawania uczciwie sprawozdania nie tylko ze swych powodzeń lecz i niepowodzeń. Pozostawił po sobie kilka listów, w których w pięknej formie szczerze wygłasza swe poglądy na posłannictwo lekarza. Niejednemu z dzisiejszych mistrzów noża mogą się one wydać wytworem przesadnego sentymentalizmu, nielicującego z powagą nowoczesnego chirurga. Billroth obok bezwzględnej poświęcenia się swej sztuce, trzymał się zasady, że lekarz przede wszystkim powołany jest do służenia choremu. „Tylko człowiek dobry”, powtarzał on za Nothnaglem „może być dobrym lekarzem”. W jednym z listów do swego przyjaciela Volkmanna radzi mu, aby syna swego nie kierował na drogę medycyny, gdyż zawód ten wymaga wiele wytrzymałości i poświęcenia. „Ciężka to praca”, mówi on, „pełna znoju, rzadko wdzięczna i bardzo powoli prowadząca do samodzielności. Kiedy uprzytamniam sobie, ilu utalentowanych młodych ludzi studjowało razem ze mną i jak mało osiągnęło swój cel, to muszę przyznać, że jestem szczęśliwym wyjątkiem. W karierze lekarskiej mniej odgrywa rolę wiedza, która musi podporządkować się warunkom natury osobistej. Wdzięczność ze strony pacjentów jest zjawiskiem nader rzadkiem. Jedyną satysfakcją lekarza zazwyczaj bywa bądź poczucie spełnionego obowiązku, bądź radość z powodu szczęśliwie przeprowadzonego leczenia.

Billroth odznaczał się niezwykle zaletami, nie tylko jako uczony i lekarz, lecz również, jako kierownik i wychowawca młodego pokolenia. Zwłaszcza

pochwały godzien był jego stosunek do asystentów, którym poświęcał oprócz czasu i pracy również dużo serca. Cieszył się z ich sławy rosnącej, nie będąc bynajmniej zazdrosny o własną. W jednym ze swych listów wyraża się z zachwytem o swym najulubieńszym uczniu Mikuliczu, nazywając prace jego epokowymi.

Pomimo wielkiego powodzenia w praktyce Billroth nie wyzyskiwał jej materialnie i zawsze był człowiekiem niezamożnym.

Nie do uwierzenia wydaje się następujący ustęp w jednym z jego listów. „Jestem wyczerpany, jak zmęczona mucha, na podróż do Włoch nie mam pieniędzy, do Berlina nie mam pociągu”. List ten bynajmniej nie był pisany w jego latach młodości, lecz w r. 1879, t. j. w 50-ym roku jego życia, podczas największego powodzenia!

Zaiste miał rację Billroth, nazywając siebie wybrańcem szczęścia, jeżeli nawałnica życiowa nie uprzątnęła go z tego wyjątkowego jego stanowiska.!

Jan Mikulicz

polak, urodził się w r. 1850 w Czerniowicach. Nauki gimnazjalne pobierał w Pradze Czeskiej, w Wiedniu i Czerniowicach. Medycynę studjował od r. 1869 w Wiedniu, gdzie w r. 1875 otrzymał dyplom lekarski. Od pierwszej chwili poświęcił się chirurgji, z początku, jako uczeń Billrotha, następnie, jako jego asystent. W r. 1880 habilitował się jako docent chirurgji w Wiedniu, a w r. 1882 został mianowany profesorem zwyczajnym i dyrektorem kliniki chirurgicznej na Wszechnicy Krakowskiej. Wkrótce jednak potem przeniósł się do Królewca, a stąd do Wrocławia, gdzie pozostał na stanowisku profesora do końca życia.

Niezwykle utalentowany, jako chirurg, był on jednocześnie mężem nauki, ogłaszając kilka epokowych prac klinicznych i anatomopatologicznych o twardzieli, torbielach szczęki dolnej, *genu valgum* i inne. Był on pierwszym i najwięcej cenionym asystentem Billrotha. Okoliczności tak się złożyły, że Mikulicz, choć był polakiem, większą część swego życia i kariery naukowej spędził zagranicą. Praktyka jego niemal jednak wyłącznie składała się z obywateli polskich, zwłaszcza narodowości żydowskiej, którzy darzyli go nieograniczonym zaufaniem. Wspomina o tem w swych zapiskach Strümpell i czyni z tego tytułu humorystyczne i bardzo trafne uwagi.

„Poczekalnie jego”, mówi S., „były zawsze prze-

pełnione żydami w ich wschodnich narodowych strojach. Często wyczekiwali oni swojej kolejki cierpliwie całymi dniami". Podziwiając tę ich cierpliwość, S. dodaje, że do tak długiego wyczekiwania mogą być zdolni tylko żydzi, przyzwyczajeni do czekania na przyście Mesjasza od wielu tysięcy lat".

Uwagi Strümpf'a, przyzwyczajonego do innych stosunków na zachodzie, były zupełnie trafne. Coby jednak powiedział on, gdyby bliżej zajął do stosunków naszych na miejscu, gdzie ci sami cierpliwi pacjenci czekają nie tylko całymi dniami, lecz nawet tygodniami... Przyzwyczailiśmy się do tego zjawiska i traktujemy je jako zupełnie normalne, a jednak jest ono nie tylko niezwykle, lecz i szkodliwe!

"Kolejka" stała się dziś marzeniem każdego lekarza. Publiczność wbrew własnym interesom idzie tam, gdzie jest ona najdłuższa.

Mimo woli sami stajemy się największymi protektorami znachorów, którzy wyzyskali ten atut doskonałości, każąc czekać na siebie swoim klientom już nie tygodniami, lecz miesiącami, wychodząc z tego samego założenia, że jest to niezwykle ważny czynnik psychiczny!

Mikulicz wogóle znał znakomicie nastroje

swych pacjentów, umiając oddziaływać na ich psychikę po mistrzowsku. Strümpf opowiada o nim, że miał on znakomity sposób na wypadek, gdy pacjenci usiłowali targować się o cenę za operację. „Owszem”, odpowiadał wówczas, „mogę zrobić taniej, lecz wezmę w takim razie gorsze i tępe narzędzia”.

Mikulicz był bardzo muzykalny. Wraz ze swoim mistrzem Billrothem często przebywał w domu Brahmsa i nieraz na cztery ręce grywał z nim na fortepianie. Przewidując śmierć swoją, gdyż cierpiał na raka trzustki, w testamencie wyjawiał życzenie, aby pochowano go skromnie, a natomiast w kilka tygodni po śmierci w jednym z kościołów odegrano za duszę jego requiem Brahmsa.

Uroczystość ta stosownie do jego życzenia odbyła się w kilka tygodni po jego zgonie. Strümpf wspomina o niej jako o najpodnioslejszej chwili, którą przeżył w życiu. Na uroczystości tej byli obecni najwybitniejsi przedstawiciele nauki i sztuki — wszyscy najbliżsi przyjaciele zmarłego. Uroczystość ta odbyła się w Scheitning w kościele luteranckim.

(D. c. n.)

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) otrzymuje z wielu źródeł życzenia, aby w roku bieżącym powtórzyć kurs dla lekarzy — kierowników Ośrodków Zdrowia, który się odbył w roku 1929 w Państwowej Szkole Higieny. Uznając całkowicie potrzebę takiego kursu i licząc się z powodzeniem kursu zeszłorocznego, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament służby Zdrowia) w porozumieniu z Państwową Szkołą Higieny urządzi w r. b. kurs analogiczny 3-tygodniowy, dla lekarzy, którzy bądź są już kierownikami Ośrodków Zdrowia, bądź też zamierzają takie stanowisko objąć.

Kurs według programu, przesłanego w załączeniu, rozpocznie się 8 września r. b. i będzie trwał do 27 września r. b. włącznie. Pierwszeństwo przyjęcia na kurs będą mieli lekarze, delegowani przez samorządy i organizacje społeczne. Wpisowe wyniesie 10 zł., koszt pobytu i utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higieny — 650 zł. dziennie od osoby. Zgłoszenia będą przyjmowane w Sekretarjacie Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa, ul. Chocimska 24), do dnia 15 sierpnia r. b.

Uprasza się Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu), aby dane powyższe zechciał podać do wiadomości zainteresowanych tą sprawą z tem, żeby odpowiedni kandydaci — lekarze byli skierowani do Państwowej Szkoły Higieny.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński.

Program kursu instrukcyjnego dla lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia.

Kurs ma na celu wprowadzenie lekarzy kierowników Ośrodków zdrowia w zagadnienia, związane z kierownictwem takich instytucji. Wykładowcy mają za zadanie zapoznać słuchaczy z techniką pracy we wzorowym Ośrodku Zdrowia

w poszczególnych działach, zwracając specjalną uwagę na stronę organizacyjną i wykonawstwo, a sprowadzając stronę teoretyczną zagadnienia do niezbędnego minimum.

1. Medycyna zapobiegawcza w działalności lekarza	1 godz.
2. Zasady ogólne organizacji i działalności Ośrodka Zdrowia	4 "
3. Rola pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia	2 "
4. Administracja i biurowość Ośrodka Zdrowia	2 "
5. Zasady rejestracji (statystyka)	2 "
6. Ośrodek Zdrowia a opieka społeczna	3 "
7. Organizacja i działalność poszczególnych działów:	
a) Dział higieny otoczenia	4 "
b) Dział walki z chorobami zakaźnymi	4 "
c) Dział walki z chorobami społecznymi	8 "
d) Dział opieki nad matką i dzieckiem	4 "
e) Dział higieny szkolnej	3 "
f) Dział propagandy i popularyzacji higieny	2 "
8. Seminarjum dyskusyjne	6 "

Razem 45 godz

Kurs ma trwać trzy tygodnie, czyli 18 dni. Godziny ranne (9—12) mają być poświęcone wykładom, z wyjątkiem trzech dni, przeznaczonych na wycieczki z działu pielęgniarstwa i higieny otoczenia. Wobec tego wykłady zajmą $(18-3) \times 3 = 45$ godzin. Od 14-ej do 18-ej przewiduje się pracę w poradniach i w Ośrodkach Zdrowia.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego R. P. w Gdańsku.

Wobec potrzeby możliwie najoszczędniejszego dysponowania kredytami tegorocznego budżetu państwowego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o zwiększenie nadzoru między innymi również i nad wydatkami, związanymi z udzielaniem państwowej pomocy lekarskiej funkcjonariuszom państwowym na rachunek Skarbu Państwa.

W szczególności zechce Pan Wojewoda polecić wy-

kim na terenie swego Województwa lekarzom urzędowym i umówionym do udzielania państwowej pomocy lekarskiej oraz władzom, wydającym karty porady, i personelowi urzędniczemu ściśle stosować się przy wykonywaniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4.VIII.26 (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 555) do następujących wskazówek:

ad § 1 powołanego rozporządzenia:

Przy wydawaniu „kart porady“ należy dokładnie sprawdzić, czy dany chory, dla którego ma być wystawiona „karta porad“, ma prawo do korzystania z państwowej pomocy lekarskiej, a więc czy nie jest to np. funkcjonariusz państwowy, przeniesiony w stan spoczynku na podstawie art. 29 p. a i d, art. 30 ust. 1 i art. 98 ustawy emerytalnej z dnia 11.XII. 1923 r. (Dz. U. Nr. 6 poz. 46 i Nr. 18 p. 178 z r. 1924), umysłowo chory emerytowany funkcjonariusz państwowy, umieszczony w zakładzie dla umysłowo chorych na podstawie art. 42 wyżej wymienionej ustawy emerytalnej i t. p.

Ad § 6.

Przestrzegać, by zgodnie z rozporządzeniem pozwolenia na prześwietlanie promieniami Roentgena udzielane były jedynie w tych przypadkach, gdy prześwietlanie ma się odbyć ściśle w celach chirurgicznych, a więc nie dla zbadania zaciemnienia szczytów, stanu gruczołów okołoskrzelowych i t. p.

Ad § 7.

Chorych funkcjonariuszów i członków ich rodzin, wymagających leczenia szpitalnego, kierować wyłącznie do szpitali i zakładów, uznanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, przytem należy dokładnie wypisywać klasę, na której chory faktycznie przebywał w zakładzie leczniczym.

Ad § 12.

Przestrzegać, by zapisywane były jedynie lekarstwa niezbędne, a więc nie wolno zapisywać na rachunek Skarbu Państwa odżywek (jak malton, ovomaltina), soli do kąpieli, wód i pastylek wód mineralnych, a co do specyfików zagranicznych należy do nich zaliczyć również takie preparaty, jak „Ciba“, Famel“.

Ad § 14.

Uwzględniać tylko niezbędne przejazdy chorych obłożnie i lekarzy do chorych.

Przekroczenia powyższych wskazań będą pociągały za sobą dochodzenia dyscyplinarne i pokrywanie ewentualnych strat Skarbu Państwa przez tych, którzy te straty spowodują.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów.

Wobec konieczności uregulowania rozdziału kredytów na zwalczanie jaglicy w bieżącym roku budżetowym Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o niezwłoczne nadesłanie:

- wyrachowania z kredytów, otrzymanych w dz. 3 rozdz. 1 par. 12 w 1929-30 r., t. j. podanie którym samorządom i instytucjom społecznym oraz na jaki cel zostały przyznane zapomogi w roku ubiegłym, i
- wniosku w sprawie wysokości kredytów, niezbędnych na prowadzenie akcji zwalczania jaglicy na terenie województwa w bieżącym roku budżetowym, z wyszczególnieniem instytucji, wysokości proponowanej zapomogi oraz jej przeznaczenia.

Wnioski w sprawie kredytów na udzielanie zapomóg samorządom i instytucjom, które korzystały już w roku ubiegłym z subwencji, o ile wysokość proponowanej zapomogi nie

jest wyższa niż w roku ubiegłym, mogą być przedstawiane bez załączników; natomiast jeśli zamierzone jest podniesienie wysokości zapomogi (np. na rozszerzenie działalności istniejącej lub zorganizowanie nowej przychodni przeciwjagliczej), to w takim wypadku należy dołączyć w myśl okólnika L. Z. Z. 687-29 z dnia 1.III.1929 r. umotywowane zdanie interesowanego samorządu lub instytucji.

Nadmienia się wreszcie, że w związku z krytyczną sytuacją gospodarczą Państwa Województwo zechce dążyć do obniżenia wysokości zapomóg, dawniej przyznanych, i stosować jak największą powściągliwość w stawianiu wniosków na podniesienie wysokości zasiłków lub udzielenie nowych, rezerwując to na przypadki, rzeczywiście zasługujące na uwagę tak ze względów na potrzebę faktyczną (częste występowanie jaglicy i brak przychodni przeciwjagliczej), oraz ze względów budżetowych (obciążenie finansowe danego samorządu).

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński

— Uzupełniające Kursy Lekarskie

Dla uniknięcia kolizji ze zjazdem lekarzy słowiańskich mającym się odbyć w Splicie między 4 a 8 października b. r. termin kursu dla lekarzy, urządzanego przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, musiał być przełożony na czas między 9-ym a 19-ym grudnia. Otwarcie kursu odbędzie się w II Klinice wewnętrznej U. J. ul. Kopernika 15, dnia 9 grudnia o godz. 8-ej. Bliższych wiadomości w sprawie kursów udziela Dr. Edward Mróz, asystent Kliniki Pediatrycznej Uniw. J. Kraków ul. Strzelecka 2.

— Ukazała się w druku obszerna broszura p. t. „Preparaty, wyd. V.“, zawierająca dwa działy, z których pierwszy stanowi wykaz wszystkich specyfików i przetworów leczniczych, produkowanych przez Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, z oznaczeniem składu chemicznego, dawkowania, wskazań leczniczych i stosowania omawianych leków, drugi dział obejmuje — Przewodnik terapeutyczny.

Broszura ta niezawodnie ułatwi kolegom stosowanie krajowych leków, zastępujących wytwory zagraniczne, co przyczyni się niezawodnie do podniesienia przemysłu farmaceutycznego w kraju, jak również wpłynie na podniesienie się naszego bilansu handlowego.

— Międzynarodowa Wycieczka naukowa lekarzy do Turcji i Azji Mniejszej.

Dzięki inicjatywie prymarjusza Dra Fryderyka Baracha (Wiedeń), wybierają się lekarze austriaccy 20 sierpnia r. b. do Konstantynopola. Uczestnicy zobaczą Bukareszt, Giurgin, Konstancę, Konstantynopol (z okolicą) i zwiedzą tamtejsze zakłady lecznicze, między innymi także stację termalną Kura, która to miejscowość znana już była w starożytności (Pythia). Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Azji Mniejszej. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory.

Koleczy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien, Austria) I. Biberstrasse 11, 1 st., albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau Wien I Heiligenkreuzerhof.

— Kol. Br o k m a n prosi nas o zaznaczenie, że prace nad ospą, wymienione w jego artykule zamieszczonym w № 26 pisma, zostały wykonane razem z kol. Buslem i Mayznerem.

ZMARLI:

Kazimierz Noiszewski, prof. okulistyki, dyrektor kliniki ocznej U. W, redaktor „Kliniki Ocznej“ — w Warszawie

NADESŁANO DO REDAKCJI.

Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności Władz i instytucji zdrowia publicznego w roku 1927. Wydawnictwo Ministerstwa. Spr. Wewn. Warszawa 1929.

Sprawozdanie z działalności Państw. Zakł. Higieny. Wydawnictwo Min. Spr. Wewn. Warszawa 1929.

Dr. Edward Bruner. Próby leczenia chorób skóry nasświetlaniami gruczołów dokrewnych promieniami Roentgena. Odb. z „Przegl. Derm.” 1930 N. 1.

Dr. T. Mogilnicki. Sur la méningite purulente á bacilles de Pfeiffer chez les nourrissons. Odb. z „Rev. Franç. de Pédiatrie.” 1929 N. 6.

T. Mogilnicki i J. Woźniakówna. Odskrzełowe zapalenie płuc u niemowląt i małych dzieci. Odb. z „Pedjatrji Polsk.” 1929. N. 6.

T. Mogilnicki i M. Kukielówna. Odrębności w przebiegu gościca stawowego u dzieci. Odb. z „Pedjatrji Polsk.” 1929 N. 6.

Dr. J. Leyberg. Zur Feststellung der chronischen Bulbusgonorrhoe: Bulbusirrigationsprobe und Bulbusendoskopie. Odb. z „Derm. Wochschr.” 1930 N. 10.

Dr. Zygmunt Stankiewicz. Metoda i technika pracy w „Radiumhemmet”. Odb. z „Polsk. Przegl. Radjol.” 1929. Zesz. 3 — 4.

E. Pross. Eine neue Mikromethode der quantitativen Bestimmung des Zuckers im Harn. Odb. z „Klin. Wochschr.” 1930 N. 11.

Doc. Dr. med. L. Zembrzowski. Nauczanie historii medycyny w Polsce. Odb. z „Med. Warsz.” 1930 N. 5.

Dyonizy Hellin. Leczenie otosklerozy. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.” 1930 N. 12.

P. Słonimski. Sur un procédé simple pour décortiquer les embryons des Amphibiens Urodèles. Odb. z „Bullet. d'histologie”. 1930 N. 2.

Łódzkie Tow. Zwalcz. Raka. Sprawozd. za okres od 1. I. 1929 do 31. XII. 1929.

Dr. med. Bronisław Wejnert. Medycyna zapobiegawcza w raku. Odb. z „Nowotworów” T. IV. N. 3.

Tenże. W sprawie nowotworów jelit. Odb. z „Gastrologji Polsk.” 1930 N. 2.

Dr. med. R. Kalecka. Wahania poziomu cholesteryny w krwi chorych na raka pod wpływem promieni Roentgena. Odb. z „Nowotworów”. T. IV. N. 3.

S. Otolski. Przyczynek do poznania właściwości chemicznych piperazyny. Działanie jodu i jodowodoru na piperazynę. Odb. z „Roczników chemji” 1930 T. 10.

Roman Markuszewicz. Ucieczka do choroby a popęd samozachowawczy. Odb. z „Nowin psychjatr.” 1930. Zesz. 1-11.

J. Gwerder Pedoja et L. Kalmar. Sur la ptose intestinale des tuberculeux. Odb. z „Rev. de la Tuberc.” 1930 N. 3.

J. Merenlender. Ueber Neurodermites gigantea. Odb. z „Arch. f. Derm. und typh.” 1930. Z. 1.

Dr. Marjan Zachert. Organizacja zwalczania jaglicy i jej dotychczasowe wyniki. Odb. z „Kliniki Ocznej”. 1929. Z. 3-4.

TREŚĆ: M. SZOUR. W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej. (C. d.). — H. KADYSZ. O stosowaniu konserwowanych preparatów mlecznych w praktyce dziecięcej. — B. GOLDSTEIN. O wartości rozpoznawczej badania treści żołądkowej. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. ADAMOWICZOWA. Wrażenia z międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreźnie. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. SZOUR. Sur le diagnostic clinique de la leukaemie aiguë. (Suite). — H. KADYSZ. Sur l'emploi du lait en conserve dans la pratique infantile. — B. GOLDSTEIN. Sur la valeur diagnostique de l'examen du contenu de l'estomac. (Rev. gén.). — St. ADAMOWICZ. Impressions sur l'exposition internationale d'hygiène à Dresde. (fin).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 150.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

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 3ej do 4ej pp.

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

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