

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, 28 SIERPNIA 1930 R.

Nr. 35

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O angiospazmach oraz ich znaczeniu dajno- stycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych *).

(Istota zaburzeń w krążeniu krwi w cerebropatjach. psycho-
zach, newrozach i t. zw. nadciśnieniu samoistnem.)

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

Od bardzo dawna dzielimy cierpienia nerwowe na organiczne i funkcjonalne, niezawsze zdając sobie sprawę z tego, że wprawdzie wszystko psychogenne jest funkcjonalne, ale nie odwrotnie.

Wśród chorób funkcjonalnych bardzo poważne miejsce zajmują zaburzenia w czynności krążenia czyli wazomotoryjne. O działaniu i wybitnem znaczeniu nerwów naczynioruchowych w nozologii pisze się dziesiątki lat, o siedlisku ośrodków wazomotoryjnych nie o wiele mniej, a jednak konkretnych wiadomości posiadamy w tej dziedzinie, klinicznie, a zwłaszcza anatomicznie, stwierdzonych i praktycznie wartościowych nie wiele.

Wystarczy w kwestji wymienionej wspomnieć o zarumienieniu się przy wzruszeniu duchowem (*erythema puditicae*), o angiospazmach skórnych w postaci plam u neuropatów, o blednięciu twarzy w napadzie epileptycznym (*aura vasomotoria*), o sinem zabarwieniu twarzy już w pierwszej chwili po wystąpieniu ataku apoplektycznego mózgu, aby zrozumieć, że i w dziedzinie zaburzeń naczynioruchowych wszystko psychopochodne jest funkcjonalne, ale nie każde funkcjonalne jest psychogenne.

Nie wiele odbiegamy od rzeczywistości, przypuszczając w tak ważnej dla życia czynności wieloraką możliwość regulacji naczynioruchowości: 1) samoistną (korową, podkorową, opuszkową, rdzeniową i obwodową); 2) odruchową z układu nerwowego ośrodkowego i peryferycznego (psychoafektywny odruch, Axonreflex z mięśniówki naczyń i t. d.) i 3) hormonalno-wewnątrzwydzielniczą (uczulenie układu mięśniowo-naczyniowego w insulinemji, hiperadrenalinemji, cholesterinemji i t. p.).

Przechodząc do dziedziny par excellence neurologicznej, musimy sobie uprzytomnić, że, jeśli w sprawach nerwicowych (np. nerwicy wegetatywnej) operujemy jeszcze pojęciem naczynioruchowości śmiało, to już zaczynamy się wahać w dziedzinie chorób obwodowych, a jeszcze mniej czujemy pewny grunt pod nogami, gdy wkraczamy na terytorjum patologji lub anatomji patologicznej układu ośrodkowego.

Nowy poniekąd kierunek badań — w celu kładzenia mocnego fundamentu pod naukę o zaburzeniach funkcjonalnych krążenia wogóle, a specjalnie mózgu — zapoczątkowała w tym dziale ostatnio szkoła niemiecka pod auspicjami Westphala, Rickera, Wildera, Spielmeyera i ich uczniów. Kierunek ten, korzystając jednocześnie z biopsji i nekropsji, wszędzie stoi w ścisłym związku z kliniką i na każdym kroku nawiązuje do danych kliniki, która już przed bardzo wielu laty — wprawdzie tylko teoretycznie rozumując (Simon 1871, Meynert 1876, Schüle 1879, Mendel 1880) — podkreślała wielką wagę zwłaszcza w neurologji i psychjatrii zaburzeń wazomotoryjnych. Ów nowy kierunek, posiadający swoje piśmiennictwo, przeważnie niemieckie, usiłuje wyrugować i wypierać z patologji ogólnej sposób rozważania i obserwowania czysto morfologiczny na korzyść funkcjonalnego.

Może z czasem istotnie okaże się słuszne zdanie Wildera, że „angiospazm mózgowy nie stanowi rozpoznania z zakłopotania, eine Verlegenheitsdiagnose. Musi bowiem dać ściśle określony obraz chorobowy, kliniczny i anatomiczny, zasługujący na poważne studjum”.

Żałuję mocno, że trudno mi nawet w zwięzłym odczycie, jaki w tem miejscu wygłaszam w gronie doświadczonych neurologów i psychjatrów, wkroczyć odrazu *in medias res* patologji mózgu bez krótkiego choćby wstępu z czynności naczynioruchowej na obwodzie, która to czynność *in vivo* właściwie jedynie na terenie peryferycznym jest przystępna dla badania bezpośredniego okiem. To też dla ułatwienia sobie i słuchaczom zadania rozpocznę — pomijając przesłanki anatomo-fizjologiczne i topograficzne zupełnie — ze stanowiska neurologa od zaburzeń naczyń w jednej z nerwic obwodowych, gdzie wahania naczyniowe są łatwo dostępne obserwacji, by

*) Odczyt programowy, wygłoszony 4 maja 1930 r. na Zebraniu Dorocznem Warszaw. Tow. Neurolog.

drogą takich zaburzeń w błędniku i siatkówce, stanowiących poniekąd przezroczone ogniwa, łączące obwód z mózgiem, przejść stopniowo do angiodysfunkcji układu ośrodkowego, najbardziej ciekawej i tajemniczej, a jednocześnie najbardziej ciekawej i klinicznie ważnej, do angiodysfunkcji, której zawsze się domyślamy, a nigdy nie widzimy.

Z ogromnej grupy ujawniających się na obwodzie zaburzeń wazomotoryjnych wymieniam najbardziej znane, jak: pokrzywkę, obrzęk angioneurotyczny Quinckego, erytromelalgję, sklerodaktylję, aczkolwiek jako paradygmat angioneurozy obwodowej bardziej się nadają ze stanowiska pedagogicznego akroparestezje Schultzego, nerwica wazomotoryjna Nothnagla, akrocjanoza i erytrocjanoza Cassirera i innych niemieckich i francuskich autorów. Wybieram atoli z wielu innych względów dobrze znaną, przez autopsje wielokrotnie sprawdzaną, chorobę Raynauda, którą naogół uważają za reprezentantkę zaburzeń napadowo-okresowych napięcia naczyń włosowatych (Capillartonus) pochodzenia obwodowego i ośrodkowego, dokrewnego i psychogenego, jako nerwicę, mającą podkład w konstytucjonalnej małowartościowości układu włosowatego, upośledzonej gotowości odczynowej (Reactionsbereitschaft) i wzmożonej pobudliwości ośrodków autonomicznych, założonych w ścianie kapillarów i prekapillarów.

W chorobie tej łatwo gołym okiem stwierdzić napady nagłych, zmiennych, przemijających, symetrycznych zaburzeń w krążeniu krwi, przy których — zwłaszcza pod wpływem zimna — palce bledną, sinieją, obumierają (trupi palec) wskutek skurczu naczyń (*Art. digitales*). Drobniejsze naczynia pierwotnie nie podlegają skurczowi. Przez miejscową aplikację zimna, względnie ciepła u dośrodkowego odcinka, nie zaś końca palców udaje się napad wywołać, względnie przerwać. Gdzie spazm naczyń jest krótkotrwały, tam wyraża się on w bledności, sinicy i ziębieniu palców, gdzie zaś jest długotrwały, daje się poznać przez mniej lub więcej wyraźne zaburzenia troficzne, zależne od niedopływu krwi, zaczynając od tworzenia się pęcherzy i wysięku podskórnego, a kończąc na zgorzeli skóry, mięśni i kości.

Zaburzenie naczyniowe należy w tej chorobie już choćby przez to do czynnościowych (*asphyxie locale symétrique des extrémités*), że w okresach międzynaapadowych krążenie jest zupełnie prawidłowe. Możliwe, że stan podrażnienia ośrodków autonomicznych lub częste skurcze w prekapillarach wywołują z czasem obliterację, ale naogół naczynia w chorobie Raynauda, w cierpieniu poniekąd charakteru ustrojowego, przy autopsji nie wykazują poważniejszych zmian anatomicznych. Nowsze metody badania stwierdziły za życia kapillaromikroskopowo stany spastyczne w odnodze tętniczej kapillarów, zaś pośmiertnie tu i owdzie infiltracje okrągłokomórkowe (*lymphocytaire und plasmacelluläre Infiltrate* — Rieder), usadawiające się około drobnych naczyń skóry, mięśni, tłuszczu, zwojów i spleatów sympatycznych.

Już sama generalizacja skurczów w tej chorobie (ręce, nogi, uszy, nos), najczęściej występującej symetrycznie w kończynach górnych u płci żeńskiej, przemawia nie za miejscową sprawą naczyniową — chociaż obraz Raynauda rozwija się nieraz ostro po chorobach zakaźnych — lecz za sprawą toksyczną lub hormonową, za hipersuprarenalizmem czyli hiper-

sekrecją chromaffinową, drażniącą nerwy naczyniowe, lub ośrodki wazomotoryjne i wywołującą wtórny angiospazm.

Jako główne ośrodki uważa Lériché za Goltzem, Ewaldem i Gleyem te, które Stöhr niedawno anatomicznie odkrył, a które usadowione są w samych naczyniach. Te właśnie ośrodki i siatki nerwowe działają automatycznie nie tylko po zniszczeniu pomocniczych czyli koordynujących ośrodków opuszgowo-rdzeniowych, ale i po usunięciu samego nerwu i zwojów. To samo stwierdza się, jak słusznie Rieder podkreśla, a na co ja dawniej zwróciłem uwagę, w siatce nerwowej odruchotwórczej nie tylko naczyń, ale i serca (zwoje Remaka i Biddera), przewodu pokarmowego (sploty Auerbacha i Meissnera), a nawet skóry. Sama ściana włosowata i komórki mięśniowe, pozbawione nerwów, reagują automatycznie na bodźce fizjologiczne egzo- i endogenne.

Fizjologom nieraz się udawało wywołać wazokonstrykcyjne objawy przy drażnieniu ośrodka sympatyczno-podwzgórkowego (Karplus—Kreidl), a nawet syndrom podobny do Raynauda w hipnozie (Kreibich), ale nigdy chorobę symetryczną Raynauda. Natomiast znosić tę ostatnią udaje się na czas dłuższy po każdej stronie oddzielnie przez przecięcie odnośnych torów sympatycznych, jak np. dla kończyny górnej *rami communicantes* ostatniego szyjnego i pierwszego grzbietowego odcinka, jako toru głównego, oraz zwojów okołonaczyniowych, jako toru pomocniczego.

Również w *endarteriitis obliterans* i młodzieńczej zgorzeli samoistnej (*gangraena spontanea juvenilis*) pomaga nierzadko sympatektomia okołotętnicze na czas dłuższy z tejże racji, gdyż przez usunięcie nerwów dośrodkowych, przewodzących bodziec napięcia naczyniowego, pada tonus naczynia i następuje przekrwienie oraz lepsze odżywianie tkanek ischemicznych.

O ile spazm naczyniowy w słabym stopniu uogólnia się, to mamy obraz akroparestezji Schultzego lub nerwicy wazomotoryjnej Nothnagla, którą cechuje również uczucie uderzenia krwi do serca i głowy, jakie się widzi przemijająco u kobiet w okresie przekwitania z bardzo pobudliwym aparatem naczynioruchowym. Tenże spazm naczyniowy o lokalizacji ściśle umiejscowionej, spotykamy w *endarteriitis obliterans juvenilis*, niesłusznie zwanej chorobą Buergera, gdzie on się przejawia klinicznie jako chromanie przestankowe, przyłączając się w postaci czynnika funkcjonalnego do przedistniejącego zwężenia naczyń, jako czynnika organicznego, i prowadzi z czasem do zgorzeli, zamykając szczelnie naczynie.

Według niektórych autorów (Rieder) kąpiel miejscowa pozwala nawet rozróżnić funkcjonalną nerwicę Raynauda od organicznej *endarteriitis obliterans*, gdyż zimna kąpiel potęguje ból, wywołując skurcz napadowy na obwodzie w pierwszej chorobie, natomiast łagodzi ból, hamując skurcz naczyniowy w drugiej.

Prawdopodobnie na takich samych angiospazmach napadowych polegają mniej lub więcej ciężkie ogólne i miejscowe „Gefässkrisen” Pala, dające napady *anginae pectoris verae resp. spuriae*, zależnie od tego, czy tętnica główna i naczynia wieńcowe okazują się zmienione lub nietknięte. Znany powszechnie *status anginosus* z nad pobudliwością

nerwów wegetatywnych i nadwrażliwością czuciowych nerwów trzewnych stanowi rezultat przemijającej niewydolności w zaopatrzeniu krwią nerwów i mięśni serca (chromanie przestankowe serca) i jest zazwyczaj podtrzymywany przez szereg t. zw. odruchów wegetatywno-naczynio-skurczowych (pressorische Reflexe). A pamiętać należy, że najczęściej nie przedistniejące zwężenie — naogół mało obowiązujące i klinicznie ledwie ujawniające się — decyduje o zejściu i przebiegu choroby, lecz właśnie ten napadowy, towarzyszący angiospazm funkcjonalny.

Tenże mechanizm patogenetyczny, co w mięśniach łydki (*angina cruris*) i w mięśniu sercowym (*angina cardialis*) obowiązuje prawdopodobnie i w trzewiach brzusznych (*angina abdominalis*), a pozna je go się również po napadowym bólu, niedowładzie i chromaniu kiszek, czyli niewydolności przy trawieniu. I tutaj prawdopodobnie toksyny, powstające wskutek przemęczenia mięśni, drażnią zakończenia nerwów, wywołują niedomogę (myastenję) i ból muskulatury (myalgję), potęgują t. zw. *Pressionsreflex* i *ischemję*, dając objawy ubytkowe przemijające, rzadziej stałe. We wszystkich tych sprawach należy przypuszczać obok stałego przedistniejącego czynnika uspasabiającego (wąskość i delikatność wrodzona naczyń) jeszcze istnienie dodatkowego momentu napadowego determinującego, paroksyzmowego (angiospazm miejscowy). Przy takiej *crise vasale* pierwszy czynnik jest warunkowy, drugi obowiązkowy.

Najłatwiej sobie przedstawić na obwodzie, t. j. tam, gdzie znamy dokładnie mechanizm i anatomję unaczynienia, że odcinkowo-segmentarna zgorzel palucha w nerwicy Raynauda nie może powstać w ciągu krótkiego czasu dzięki jednoczesnej embolizacji lub trombotyzacji wszystkich unaczyniających go 4-ch tętnic, lecz jedynie wskutek angiospazmu, potężnego czynnika funkcjonalnego, hamującego dopływ miejscowej krwi.

Nie jest wyłączone, że podobny mechanizm, jaki widzimy w napadowych bólach w *endarteritis obliterans* ma miejsce w ciężkich nerwobólach, że przez drażnienie włókien współczulnych powstaje angiospazm, wywołuje uczucie bólu, które zostaje przeprowadzone drogą torów sympatycznych lub parasympatycznych do ośrodka.

Nie wnikam głębiej, kończąc ten rozdział nerwicy wegetatywnych, w patogenezę częstych angiospazmów, które w innych analogicznych sprawach (*asthma bronchiale*) bywają pochodzenia alergicznego.

Trudno w obecnym stanie nauki zająć ściśle określone stanowisko w sprawie ostatnio nader aktualnej, mianowicie, prawa obywatelstwa, istoty i realności t. zw. nerwicy hipertonicznej, którą usiłują pod różnymi nazwami (*hypertonia essentialis*) tworzyć liczni autorzy. Analizuje się przytem szczegółowo wpływ na nią: serca, poszczególnych terytoriów układu naczyniowego, ilości i właściwości krwi, krążących we krwi substancji normalnej i patologicznej przemiany materji, czynników endokrecyjnych i anafilaktyczno-alergetycznych, roli i znaczenia w niej wrodzonych momentów rodzinnych i dziedzicznych oraz nabytych odruchów parciotwórczych i t. d. Rozpatrując całokształt sprawy tej ze stanowiska etjologicznego, patogenetycznego i symptomatologicznego, starano się nawet, jako pośrednie lub bezpośrednie skutki tej wszechpotężnej nerwicy wegetatywnej, uważać liczne zespoły,

ostre i przewlekłe, sercowe, nerwowe i mózgowe z siedliskiem w naczyniach wszelakiego kalibru (*atherosis, arteriolo-fibrosis, capillaropathia universalis acuta et chronica*), a nawet wyodrębnić je (Kylin, Schwartz) jako grupę „zachorzeń hipertonicznych” pochodzenia endo — i egzogenego, natury stałej i przemijającej (*hypertonia fugax et permanens*).

* * *

Przechodzę bezpośrednio do spraw angiospastycznych mózgu, gdzie wskazane jest, jakżeśmy wyżej wzmiankowali, rozejrzenie się przede wszystkim w zachowaniu się układu naczyniowego w zachorzeniach napadowych i przemijających błędnika i siatkówki, tych ogniw anatomofizjologicznych, łączących mózg z obwodem, zaś następnie stwierdzenie możliwości rozpoznania ongniospazmów mózgu przyżyciowo i pośmiertnie.

Angiospastyczne zespoły błędnikowe (Labyrinth-syndrom) znamy obok choroby Menièrea liczne, zależnie od tego, czy przez skurcz naczyniowy dotknięta zostaje cała *art. auditiva interna*, czy też poszczególne jej gałązki (*ramus cochlearis, vestibularis, labyrinthicus*).

O wiele ciekawsze i na uwagę zasługujące są studia odnośnie nad siatkówką. Ogół lekarzy, a nawet okulistów, jest zupełnie błędnego zdania o częstości i spostrzegalności angiospazmów siatkówki.

Przedewszystkiem jej skurcze naczyniowe są częstsze i wielopostaciowsze, zdarzają się nie tylko samoistnie, ale i w różnych sprawach obwodowych oraz mózgowych i dają się okiem obserwować, wprawdzie nie tak jasno, jak w zaburzeniach funkcjonalnych tętnic, tętniczek i prekapillarów na obwodzie, ale w każdym razie stokroć lepiej i częściej, niż na mózgowiu, w którym uchwytnie one są bioptycznie jeno przypadkowo podczas drgawek przy operacji na czaszce lub przy wrodzonych względnie nabytych defektach czaszki.

Jakie stany angiospastyczne siatkówki i w jakich chorobach znamy?

Widujemy nierzadko angiospazmy siatkówki w przebiegu omówionej wyżej, jako paradygmat nerwicy obwodowych, choroby Raynauda, (na co już sam Raynaud zwracał uwagę) i w ślepotie przemijającej, przy zatruciu ołowiem, co demonstrował już przed laty 30-tu Elschnig z Pragi.

O wiele częściej spotykamy je w obrazie chorobowym migreny-słynącej oddawiaendawna jako nerwica angłoneurotyczna — w postaci przemijającej ambliopji lub ślepoty, przy — i odśrodkowych skotomatów, hemianopsyj jedno — i obustronnych. Skurcz naczyniowy może mieć miejsce zarówno w naczyniach ośrodków wzrokowych kory i zwojów podkorowych, jak samej siatkówki. Ciekawe jest, że obraz kliniczny w ślepotie napadowej angiospastycznej jednego oka przypomina zupełnie zator *art. centralis retinae*, słynącej jako tętnica końcowa (*Enderterie*) bez dopływów obocznych. Już przed laty w tem ostatniem cierpieniu niektórzy dawni oftalmolodzy (Leber) przypuszczali współistniejący ostry angiospazm, gdyż po upływie pewnego okresu czasu zupełna ślepota ustępuje miejsca niedowidzeniu mimo, iż zator nie zmienił swojego siedliska i swojej objętości. W migrenie, którą cechuje skurcz tętnic mózgowych obok rozszerzenia żył i naczyń włosowatych mózgu, zasługuje na uwagę ze stanowiska fizjologicznego i ta okolicz-

ność, że tu i ówdzie udaje się ją zapomocą naczynio-tonizujących środków farmakologicznych wywołać (histaminą) i przerywać (nitrogliceryną, *amylum nitrosum*).

Najdonioślejszym ze stanowiska diagnostycznego faktem jest to, że liczni autorzy (Leber, Hensen, Hilbert, Levin, Endelman) obserwowali na drodze oftalmoskopowej podczas napadów migreny ze skotomatem lub ślepotą skurcz naczyń siatkówki i zblednienie jej, mocną pulsację tętnic, zmienne zwężenie i rozszerzenie itp.

Mniej liczne są formy kliniczne zaburzeń siatkówki, obserwowane przy silnych bólach głowy, niekoniecznie typu migrenowego, jednocześnie z obrazem chorobowym angiospazmów w innych narządach (Beauvieux), jak np. *spasmus art. centr. retinae + Angina pectoris spastica; spasmus art. retinae bilateralis + spasmus art. cerebri post.; hemianopsia fugax + angiospasmus labyrinthicus Menièreiformis; hemianopsia transitoria + morbus Raynaud + spasmus art. cerebri med.*

(d. c. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chirurgicznego 2c Szpitala na Czystem.

(Ord.: Dr. A. Wertheim).

W sprawie leczenia owrzodzeń podudzia na tle żylaków.

Podali

Dr. L. TONENBERG (Warszawa)
i Dr. J. ROSENBLATT (Warszawa)

Każdy z lekarzy, mających często do czynienia z chorymi na owrzodzenia podudzia na tle żylaków, wie, jak trudne jest całkowite ich wyleczenie. Pomimo zastosowania przeróżnych sposobów leczenia owrzodzenia te goją się bardzo opornie, a po wygojeniu następuje często wznowa. Przyczyna tego jest nam aż nazbyt dobrze znana. Chorzy tacy rekrutują się w przeważnej liczbie przypadków z klasy, ciężko pracującej i ubogiej. Zalecany odpoczynek i powstrzymanie się od chodzenia i stania, jako główne warunki leczenia, pozbawiają chorych możliwości zarobkowania, a tem samem nie dają się w praktyce zastosować; wobec tego leczenie zupełnie nie osiąga skutku, lub daje efekt przejściowy. Chorzy wracają niezadowoleni do tego samego lekarza, lub częściej jeszcze udają się do innego. Następuje zmiana środków leczniczych, a owrzodzenie nie goi się, jak przedtem.

Pierwszym podstawowym warunkiem w leczeniu owrzodzeń żylakowych jest podniesienie upośledzonego w kończynach krążenia krwi, przez odpoczynek, wysokie ułożenie, przez owijanie chorej kończyny podczas chodzenia za pomocą lekko uciskających opasek elastycznych. Drugi warunek — to niedopuszczenie do zakażenia owrzodzeń drobnoustrojami; osiąga się to za pomocą bardzo czystego utrzymania owrzodzeń i opatrunków aseptycznych.

Farmakologiczne środki lecznicze podziałają tylko wtedy, i leczenie zostanie uwieńczone pomyślnym skutkiem, gdy te dwa podstawowe warunki będą wypełnione. Otóż ciężko pracujący człowiek nie zawsze może sobie pozwolić na zbytek dłuższego odpoczynku, a warunki mieszkaniowe i warunki pracy są przeważnie tego rodzaju, że o czystym utrzymaniu owrzodzeń mowy być nie może. Nie pomogą tu nasze przestrogi, jak również maście, okłady i inne leki.

Środki lecznicze, które zazwyczaj stosujemy u chorych na owrzodzenia podudzia, mają na celu pobudzenie tworzenia się ziarniny, wysysanie wydzie-

liny i sprowadzenie ostatecznego zabliznienia. Musimy przyznać, że środków takich używamy za wiele, podczas gdy do osiągnięcia powyższego celu wystarczyć powinny wilgotne antyseptyczne okłady wysychające, np. z octanu glinu, i przyżeganie lapisem; oczywiście, poza zabiegami, wywołującymi przekrwienie, jak kąpiele, nagrzewania, naświetlania itp. Niektórzy polecają gorąco równomierny, lecz silny ucisk kończyny chorej za pomocą opaski elastycznej.

Przyjęły się również w leczeniu owrzodzeń najróżnorodniejsze maście, jak dermatolowa, kseroformowa, wioformowa, bismutowa, cynkowa i t. p. Oczywiście, że cały ten arsenał środków okaże się niedostateczny, o ile, jak to już wspominaliśmy, chory nie będzie mógł odpowiednio zabezpieczyć się od szkodliwego wpływu ciężkiej pracy, chodzenia i stania. Aby sprostać zadaniu skutecznego leczenia takich chorych, nie pozbawiając ich możliwości zajmowania się pracą zawodową, Unna podał swego czasu t. zw. cynkowo-klejowy opatrunek, używany z powodzeniem i dzisiaj w wielu przychodniach zagranicą i u nas. Jest to dość skomplikowany opatrunek, wymagający pewnej umiejętności w nakładaniu; pozatem jest nietani.

Od kilku lat zastępujemy opatrunek Unny daleko prostszym opatrunkiem krochmalowym z wynikiem również częstokroć dobrym; uciska on tak samo równomiernie skórę, wsysa wydzielinę i zabezpiecza chore miejsce na podudziu.

Zaznaczyć musimy, że nie przystępujemy od razu do nałożenia tego opatrunku; za pomocą ciepłych kąpiei z rumiankiem, nadmanganianem potasu i t. d. i okładów wysychających staramy się najpierw oczyścić owrzodzenie od nalotów i pobudzić ziarninowanie. Owrzodzenie i skórę pryszczycowatą pokrywa się uprzednio grubą warstwą jednej z wyżej wspomnianych maści. Opatrunek zmienia się, w miarę przesiąkania wydzieliną z owrzodzenia, zwykle co kilka dni.

Musimy stwierdzić, że zarówno opatrunki Unny, jak i opatrunki krochmalowe też nie zawsze prowadzą do ostatecznego celu, i chory pozostaje nadal z nieco tylko mniejszem lub nawet tej samej wielkości owrzodzeniem.

Należy tu jeszcze wspomnieć, o jednej z prób leczenia, mianowicie o sympatektomji tętnicy udowej podług *Leriche'a*, zaleconej niedawno przeciw owrzodzeniom podudzia. Efekt po tej operacji był prędki, dodatni i, niestety, przemijający również prędko; zależał od krótkotrwałego przekrwienia kończyny i tygodniowego odpoczynku tejże.

Od niejakiego czasu stosujemy, zarówno dla zwykłych, jak i krochmalowych opatrunków owrzodzeń podudzia na tle żyłaków, pastę granugenową Knolla. Zawiera ona Granugenol (preparat tejże firmy) oraz, jako środki spajające, tlenek cynku, talk i glinę. Granugenol jest mieszaniną oczyszczonych olejków mineralnych, wybitnie pobudzających rozrost ziarniny (badania Rosta i Wernera).

Pasta granugenowa pobudza ziarninowanie, wyśsa wydzielinę i, nie przywierając do rany, czyni zmianę opatrunku zupełnie bezbolesną.

Na zasadzie bardzo wielu przypadków owrzodzeń podudzia, jak i różnego rodzaju ran, gojących się przez ziarninowanie, leczonych pastą granugenową (przychodnie prywatne i Kasy Chorych), stwierdzić należy, że środek ten jest bezwzględnie lepszy od wielu innych zalecanych maści. Mieliśmy po nim dobre wyniki i pozwolimy sobie przytoczyć kilka przypadków, obserwowanych przez nas i leczonych za pomocą tej pasty wraz z opatrunkiem krochmalowym.

Postępowaliśmy każdorazowo w ten sposób, że przy pomocy ciepłych kąpiei i okładów, przy jednoczesnym kilkudniowym odpoczynku i wysokiem ułożeniu kończyny, doprowadzaliśmy do oczyszczenia owrzodzeń z nalołów i wypełnienia ziarniną. Następnie nakładano na owrzodzenia sporą ilość pasty granugenowej, kilka warstw jałowej gazy, poczem na całą goleń koncentrycznie uciskający od dołu opatrunek krochmalowy z kilku pokrywających się opasek. W opatrunku tym chorzy chodzili i zajmowali się swą pracą; zmieniano go w miarę przesiąknięcia wydzieliną wielokrotnie, aż do zagojenia owrzodzeń.

Z wielu przypadków, wyleczonych w sposób wyżej podany, przytoczyć możemy następujące, jako typowe:

Przypadek I. S. W., lat 52, służąca. Od 10-u lat choruje z powodu owrzodzeń żyłakowych na podudziu lewym. Leczyła się przez cały czas bez skutku. Owrzodzenia stale powiększały się. Ostatnio z trudem stała i chodziła. Bóle były coraz silniejsze. Zaczęła również odczuwać swędzenie oraz palenie w obrębie rany. Stan w dn. 16-go IX. 1929 r., t. j. w dniu przybycia na oddział: Podudzie lewe znacznie zgrubiałe; zarysów kostek nie widać. Zabarwienie podudzia w dolnej części sino—czerwone. Po stronie przedniej i wewnętrznej podudzia widać owrzodzenie o brzegach ostrych, kształtu nerkowego, wielkości dużej dłoni. Dno owrzodzenia szare, pokryte nalołami. Tęgo charakteru owrzodzenia, lecz nieco mniejsze znajdują się po stronie zewnętrznej podudzia. Żyły powyżej owrzodzeń rozszerzone; wyczuwają się w nich liczne stwardnienia po przebytych stanach zapalnych. Brak zupełny elastyczności oraz przesuwalności skóry. Okolica

stawu skokowego o konturach zatartych, obrzękła, Obrzęk stopy.



Strona wewnętrzna podudzia przed rozpoczęciem leczenia.



Strona zewnętrzna podudzia przed rozpoczęciem leczenia.

Od 17-go do 22-go września codziennie okłady z roztworu nadmanganianu potasu. Owrzodzenia oczyściły się i wypełnione są ziarniną krwawiącą; posuwania się naskórka z brzegów nie widać.

24. IX. Nałożono opatrunek krochmalowy z pastą granugenową. Chorej zalecono chodzenie.

28. IX. Opatrunek przesiąkł. Zmiana opatrunku.

31. IX. Zmiana opatrunku. Owrzodzenia stają się coraz płytsze.

6. X. Zmiana opatrunku. Owrzodzenia są znacznie mniejsze, zupełnie płytke. Z brzegów narasta naskórek. Podudzie wraca do normalnej grubości; zabarwienie skóry bledsze.



Podudzie podczas leczenia.

12. X. Zmiana opatrunku. Owrzodzenie coraz mniejsze pokrywa się naskórkiem. Bólów niema, obrzęk ustąpił. Chora zostaje wypisana celem dalszego leczenia ambulatoryjnego.



Strona wewnętrzna podudzia po skończonym leczeniu.

20. X. Zmiana opatrunku. Owrzodzenie niewielkie, szybko pokrywa się naskórkiem.

30. X. Po zdjęciu opatrunku stwierdzono, że owrzodzenie jest zupełnie zagojone. Chorej zalecono stałe noszenie bandaża elastycznego.



Strona zewnętrzna podudzia po skończonym leczeniu

P r z y p a d e k 2). P. M., lat 71, krawiec. Zgłasza się na oddział z powodu niegojącego się owrzodzenia na prawej stopie, trwającego już od 2-ch lat. Owrzodzenie stale się powiększa i nie poddaje się żadnemu leczeniu. Chory z trudem chodzi. Na stopie prawej po stronie zewnętrznej widać owrzodzenie wielkości dłoni o brzegach ostrych, głębokości 1—1½ mm. Dno owrzodzenia częściowo ziarninuje; w niektórych miejscach widać naloty brudno—szare. Od 15-go do 24-go października codziennie stosowano kąpiele z rumiankiem, poczem rana oczyściła się.

24. X. Nałożono opatrunek krochmalowy z pastą granugenową.

Choremu zalecono chodzenie.

28. X. Zmiana opatrunku. Owrzodzenie szybko się zmniejsza; jest zupełnie płytkie. Przy chodzeniu chory nie ma bólów.

31. X. Ponowna zmiana opatrunku. Owrzodzenie coraz mniejsze.

7. XI. Zmiana opatrunku. Owrzodzenie zupełnie płytkie, ziarninuje.

Z brzegów narasta naskórek.

12. XI. Zmiana opatrunku. Owrzodzenie zupełnie małe, wypełnione zdrową ziarniną. Obrzęk znikł.

22. XI. Zmiana opatrunku. Owrzodzenie prawie zagojone.

30. XI. Owrzodzenie zagojone.

W ten sam sposób wyleczono w krótszym lub nieco dłuższym czasie wielu chorych w ambulatorjum Kasy Chorych i w przychodniach prywatnych. Chorzy przeważnie nie przerywali swego zajęcia. Oczywiście, owrzodzenia bardzo rozległe, głębokie, po-

łączone z dużą słoniowatością podudzia nie poddawały się całkowicie temu leczeniu. Następowala tylko znaczna poprawa, poczem stan się nie zmieniał. Owrzodzenia takie nadają się tylko do przeszczepienia naskórka po uprzednim podgojeniu ich, w sposób, wyżej podany. Na zasadzie spostrzeżeń własnych przychodzimy do wniosku, że leczenie owrzodzeń podudzia za pomocą opatrunku krochmalowego w połączeniu z pastą granugenową daje dobre wyniki, wobec czego powinno zdobyć sobie coraz więcej zwolenników.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O badaniu czynnościowym wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych.

Podał

Henryk LANDRU (Warszawa).

(C. d. p. Nr. 34).

Zmiany w zawartości mocznika w moczu występują w chorobach wątroby naogół rzadko. Jedynie w ostrym zaniku żółtym wątroby stosunek $\frac{N \text{ mocznika}}{N \text{ całkowity}}$ w moczu, wynoszący normalnie 82 — 90% (Roger), znajdowano obniżonym poniżej 80 proc. (Frerichs, Fränkel, Münzer, Albu, Feigl i Luce); w zatruciu fosforem stosunek ten może się obniżyć do 44 proc. W marskości, guzach, zwyrodnieniu skrobiowatym i stłuszczeniu wątroby wydzielanie mocznika nie ulega zmniejszeniu (Frey).

Trudno również wyciągać daleko idące wnioski co do schorzenia wątroby z badania amoniaku w moczu, zwłaszcza, że w razie istnienia kwasicy część jego zostaje zużyta na zobojętnianie kwasów (v. Müller). Naogół w cierpieniach wątroby stosunek $\frac{N \text{ amoniaku}}{N \text{ całkowity}}$ w moczu, wynoszący normalnie 2 — 5 proc., ulega zwiększeniu: w marskości wątroby bywa równy 7 — 10 proc., w ostrym zaniku żółtym — 8 — 18 proc. (Frey, Falk i Saxl), a nawet 32 proc. (Münzer). Gilbert i Carnot badają wydzielanie amoniaku z moczem po obciążeniu chorego 4 — 6 gr. octanu amonowego: znajdowali oni u chorych z marskością wątroby nadmiar amoniaku, wydzielonego w ciągu 24 godzin z moczem, wynoszący 1,75 — 2,5 gr. Większość autorów (Weintraud, Münzer, Filiński i Proszowski i in.) kwestjonuje wartość tej próby, uważając ją za przykrą, a nawet szkodliwą dla chorych.

Zawartość aminokwasów w moczu i we krwi ulega pewnym wahaniom w chorobach wątroby, lecz tylko wtedy, gdy miąższ jej jest silnie zmieniony. Leucyna i tyrozyna, których kryształy wykrywa się w moczu po strąceniu octanem ołowiu i odparowaniu do 1/10 objętości, występują tylko w ostrym zaniku żółtym wątroby. Normalnie ilość

aminokwasów, wydzielonych w ciągu 24 godzin z moczem, określona chemicznie metodą Sørensen'a, wynosi 0,1 — 0,3 gr., co stanowi, przeliczone na azot, 1 — 3 proc. całego azotu moczu. Największe liczby znajdowano w ostrym żółtym zaniku wątroby 0,5 — 0,9 gr. lub $\frac{N \text{ aminokwasów}}{N \text{ całkowity}} = 16 — 20$ proc. (Eppinger). Zwiększoną ilość aminokwasów znajdowano w żółtaczkach nieżytych (Zandré), marskości wątroby (Roger, Frey, Falk i Saxl), w zmianach tłuszczowych i skrobiowatych wątroby w przebiegu gruźlicy (Zandré). W żółtaczkach mechanicznych, ograniczonych schorzeniach wątroby (guzy) i żółtacze hemolitycznej stwierdzano normalną zawartość aminokwasów w moczu (Eppinger, Labbé i Bith, Lepehne, Zandré); Roger znajdował w raku wątroby aminoacidurję. Zaznaczyć należy, że wynik próby Millona w bezbiałkowym moczu daje tylko słabe pojęcie o jego zawartości aminokwasów.

Zawartość aminokwasów we krwi waha się od 0,003 — 0,01 proc., a stosunek $\frac{N \text{ aminokwasów}}{N \text{ całkowity}} = 0,4 — 0,5$ proc. Znaczne zwiększenie tego stosunku znajdowano w ostrym zaniku żółtym wątroby (Neuberg i Richter, v. Falkenhäusen, Schweriner, Feigl i Luce), w marskości i raku wątroby (Rosenbaum); w żółtacze nieżytowej stwierdzano liczby normalne (Wolpe, Schweriner, Labbé i Bith).

Niektórzy autorzy czynią próby badania aminoacidurji po obciążeniu chorych aminokwasami, względnie produktami rozszczepienia białka o większej drobinie. W tym celu podaje Glässner 5 gr. glikokolu, Frey — 10 — 20 gr. mieszaniny glikokolu, alaniny i kwasu asparaginowego, Labbé i Bith — 20 gr. peptonu, Kinnberg — żelatynę. Po takim obciążeniu stosunek $\frac{N \text{ aminokwasów}}{N \text{ całkowity}}$ w moczu nie powinien się zmienić. W żółtacze nieżytowej próba wypada ujemnie, w marskości zanikowej wątroby ujemnie lub dodatnio zależnie od okresu, w marskości gruźliczej — dodatnio, w raku wątroby — rozmaicie (Roger).

Badania nad zawartością aminokwasów we

krwi po obciążeniu niemi chorego nie pozwalają na wyciąganie pewnych wniosków.

Stosunek zawartości globulin i albumin surowicy krwi, wynoszący normalnie 1 : 1,5, ulega w schorzeniach, niszczących miąższ wątrobowy, zmniejszeniu, przyczem jedni autorzy (Adler i Strauss) kładą to na karb zmniejszenia się frakcji globulinowej surowicy wskutek utraty zdolności wytwarzania globulin przez wątrobę, inni zaś (Rusznýák, Barát i Kürthy) tłumaczą to zwiększeniem się frakcji albuminowej. Jedynie Filiński i Proszowski znajdowali zwiększenie się frakcji globulinowej krwi w chorobach wątroby i dróg żółciowych, a mianowicie: w żółtaczce nieżytowej, marskości przerostowej, zwyrodnieniu tłuszczowym, śródmiąższowym zapaleniu kiłowej, raku i zastoinie wątroby, w kamicy żółciowej, chorobie Wilsona. Przypisują oni oznaczaniu ilości globulin we krwi duże znaczenie rozpoznawcze.

W schorzeniach miąższu wątrobowego często stwierdza się zmniejszenie zawartości fibrynogenu we krwi, które osiąga największe rozmiary w ostrym żółtym zaniku wątroby (Isaac-Krieger i Hiege); natomiast w żółtaczkach mechanicznych, marskości i raku wątroby zawartość fibrynogenu jest normalna, a w niewielkich guzach wątroby może być nawet zwiększona (Mc. Lester, Davidson i Frazier, Adler).

Zmiany w składzie białek krwi prowadzą do zmian rozmaitych jej własności. Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi — odczyn Biernackiego, ściśle związana ze stosunkiem globulin: albumin, w żółtaczkach nieżytowej jest zmniejszona, natomiast w żółtaczkach kiłowej, marskości i guzach wątroby, zapaleniu dróg żółciowych, zapaleniu woreczka żółciowego jest zwiększona, a w czysto mechanicznych żółtaczkach — normalna (Kloppstock, Adler, Schellong i in.). Zmniejszona krzepliwość krwi w chorobach wątroby zależy od zmniejszenia się w niej zawartości fibrynogenu. W związku ze zmianami w składzie białkowym krwi stoi, zapewne, również zespół, spotykany czasem w chorobach wątroby, a opisany przez P. E. Weila, Bocagea i Isch-Walla pod nazwą „syndrome de l'insuffisance hémo-crasique”, a polegający na zmniejszonej kurczliwości, rozpadaniu się i rozpuszczaniu skrzepu (po 3—4 minutach połowa masy skrzepu staje się płynna wskutek autolizy), przedłużeniu czasu krzepnięcia (do 45 minut, a nawet kilku godzin) i krwawienia (powyżej 3½ minut), zmniejszeniu się liczby płytek (czasem nawet do 45000).

Metodą badania czynnościowego wątroby, około której wywiązała się najgorętsza dyskusja i najbogatsze piśmiennictwo, jest oparty na własnościach proteolitycznych wątroby przełom hemoklastyczny — crise hémoclasique (Widal, Abrami i Jancovescu). Zdrowa wątroba unieszkodliwia i nie dopuszcza do ogólnego krążenia produktów rozszczepienia białka o większej drobinie, niż aminokwasy, które na początku okresu trawienia ulegają wchłonięciu w jelitach i z krwią żyły wrotnej dostają się do wątroby; chora wątroba nie może podołać temu zadaniu. Człowiek ze zdrową wątrobą reaguje na wypicie zrana naczcho 200 cm³ mleka leukocytozą, lekkim podniesieniem się ciśnienia krwi ze zwiększeniem się wskaźnika re-

fraktometrycznego surowicy; wątrobowo-chorzy — spadkiem liczby białych ciałek krwi o 25—75%, odwróceniem formuły leukocytarnej, obniżeniem się ciśnienia krwi o 20—30 mm. Hg., zwiększeniem się krzepliwości krwi i zmniejszeniem wskaźnika refraktometrycznego. Odczyn ten występuje po 20—60 minutach, a osiąga najwyższe natężenie po 40—90 minutach. Widal i jego uczniowie tłumaczą to zjawisko przepuszczaniem przez niewydolną wątrobę produktów niezupełnego rozszczepienia białka do ogólnego krążenia, co powoduje zaburzenia w równowadze kolloidów krwi (kolloidoklazja). Sam Widal, Zacharowa-Sidlarowska i in. uważają, że do badania czynności proteolitycznej wątroby wystarczy kontrolować co 20 minut liczbę białych ciałek krwi (t. zw. leukowidal). Widal otrzymał dodatnie wyniki próby w rozlanych schorzeniach wątroby (żółtaczka nieżyto-wa, salwarsanowa, kiłowa, zastoinowa, wątroba zastoinowa); ograniczone cierpienia wątroby (ropnie, bąblowiec) mogą dawać wyniki ujemne; w żółtaczkach hemolitycznych próba wypada ujemnie. Z nowszych autorów niewielu tylko (Nussbaum, Rösler, Junkersdorf, Morawitz, Düttmann i in.) uważa przełom hemoklastyczny za metodę badania czynnościowego wątroby. Ostatnio Zacharowa-Sidlarowska znajdowała dodatniego leukowidala tylko w zapalnych schorzeniach dróg żółciowych, natomiast w marskości zanikowej wątroby, żółtaczkach nieżytowej i salwarsanowej, przerzutowych rakach wątroby otrzymywała wyniki ujemne. Z nowszych badań okazało się, że wynik próby zależy nie tylko od stanu wątroby, lecz i od wielu innych czynników: stopnia rozszczepienia białka w jelitach (spadek liczby białych ciałek w niedokwaśności i i bezkwaśności żołądkowej — Holzer i Schilling oraz u niemowląt zarówno chorych, jak i zdrowych — Schiff i Stransky), od napięcia układu roślinnego — leukopenia pokarmowa jest wyrazem wago-tonji, leukocytoza — sympatykotonji (Glaser, Buschmann, Storm van Leeuwen, Bien i Varekamp, Hoff i Sievers, Hatényi, Hayos i in.). Większość autorów uważa dziś leukopenię pokarmową za leukopenię rozdzielczą, a nie za wyraz niedomogi wątrobowej. Przełom hemoklastyczny posiada wprawdzie pewne znaczenie dla oceny sprawności wątroby, ale bynajmniej nie decydujące.

Znaczenie wątroby dla gospodarki tłuszczowej jest związane z jej czynnością żółciotwórczą: do prawidłowego wchłaniania się tłuszczów w jelitach niezbędna jest obecność żółci. Jako miejsce magazynowania tłuszczów w warunkach normalnych nie wchodzi wątroba w rachubę; odbywa się to jedynie w przypadkach patologicznych, przyczem zachodzi antagonizm między zawartością węglowodanów i tłuszczów w wątrobie (Junkersdorf). Wątroba jest również narządem, w którym odbywa się rozkład kwasów tłuszczowych, idący poprzez ciała ketonowe: kwas beta — oksymasłowy, kwas acetoocetowy i aceton (Embden, Fischler i in.). Również w wątrobie powstają ciała ketonowe z aminokwasów: leucyny, tyrozyny, fenylalaniny (Embden, Roger). Powstawanie ciał ketonowych odbywa się tylko wtedy, gdy upośledzona jest czynność glikogenetyczna wątroby: w ostrym

zaniku żółtym wątroby, rzucałce porodowej (Roger); wątroba, bogata w glikogen, hamuje wytwarzanie tych ciał (Embden i Wirth).

Odgrywając tak wielką rolę w przemianie materii ustroju, musi wątroba wywierać duży wpływ na równowagę kwasowo-zasadową ustroju, na jego izohidrię. Za tem przemawia ujemny wynik próby Sellara w ciężkich uszkodzeniach mięszu wątrobowego; próba Sellara polega na tem, że u ludzi zdrowych po podaniu 4 gr. dwuwęglanu sodowego mocz staje się zasadowy. Ponieważ w regulacji równowagi kwasowo-zasadowej bierze udział wiele innych narządów (nerki, płuca, jelita, układ nerwowy, wewnątrzwydzielniczy), wyniki tej próby posiadają małe znaczenie rozpoznawcze.

Prace ostatnich lat, zwłaszcza prace wiedeńskiej szkoły farmakologicznej (Pick, Mautner, Molitor, Fröhlich, Zak, Landau i Pap, Lamsun i Roca i t. d.) wykazały doniosły wpływ, jaki wywiera na regulację gospodarki wodnej wątroba. Wpływ ten zależy od obecności t. zw. tam w żyłach wątrobowych, których istnienie przypuszczali Mautner i Pick, a które wykryli Simons i Aray w postaci okrężnych pęczków mięsnych; dalej od wydzielanego przez wątrobę hormonu, regulującego gospodarkę wodną (Molitor i Pick, Fröhlich i Zak), wreszcie od zawartej w wątrobie części układu siateczkowo-śródbłonkowego — komórek Browicz-Kupfera (Saxl i Donath, Jochweds). Zaburzenia gospodarki wodnej, ujawniające się głównie oligurią, rzadko natomiast obrzękami, wodobrzuszem i t. d., występują w ostrym i podostrym zaniku żółtym wątroby (Gilbert i Lereboullet, Umber, Adler, Hess). Celem badania stanu tej czynności wątroby u chorych, u których można z całą pewnością wyłączyć cierpienia serca i nerek, proponuje Adler wykonywanie próby wodnej Volharda; znajdował on zaburzenia wydzielania wody w ciężkich schorzeniach mięszu wątrobowego i przerzutach nowotworowych, natomiast w kamicy żółciowej i lekkiej żółtaczce nieżytowej próba wypadła normalnie. W tym samym celu Landau i Pap stosują wlewania 1000 cm³ roztworu normalnego i badają zachowanie się hidremji, obliczając liczbę czerwonych ciałek krwi przed wlewaniem i po upływie 15 minut, 1, 2, 3 i 4 godzin od chwili ukończenia wlewania; normalnie hidremja znika po jednej godzinie lub zupełnie nie występuje; tak samo zachowują się żółtaczki mechaniczne i hematogenne oraz ustępująca żółtaczka nieżytowa; natomiast na wysokości żółtaczki nieżytowej, w marskości wątroby bez wodobrzusza (w razie istnienia wodobrzusza wynik próby nie jest miarodajny) hidremja utrzymuje się przez 2 — 4 godzin. Politzer i Stolz określają spadek wagi w ciągu 24 godzin po zastrzyknięciu 2 cm³ nowasurolu; normalny spadek wagi nie przekracza 1 kg., w chorobach wątroby i dróg żółciowych (żółtaczka nieżytowa, kiłowa, zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego przez kamień, stany zapalne dróg żółciowych) może dojść do 3,5 kg. Z prób badania czynności wątroby, regulującej gospodarkę wodną, trudno wyciągać daleko idące wnioski, gdyż regulacja ta zależy poza wątrobą od szeregu innych narządów, jak: serce i układ naczyniowy, nerki, je-

lita, płuca, skóra, gruczoły dokrewne, układ nerwowy.

Jedną z ważniejszych dla ustroju funkcji wątroby jest jej czynność odtruwająca. Wątroba zatrzymuje składniki patologiczne lub nawet normalne, lecz znajdujące się w nadmiarze we krwi żyły wrotnej, a niektóre z nich poddaje przemianom natury chemicznej i przyczynia się do usunięcia ich z ustroju. W schorzeniach wątroby, gdy jej czynność odtruwająca ulega upośledzeniu, zwiększa się toksyczność moczu (*urotoxia*), co można stwierdzić za pomocą zastrzykiwań wśródźyl-nych moczu królikowi (Roger).

Wątroba zatrzymuje niektóre jady mineralne (jodki, bromki, salicylan sodu) i magazynuje je (sole rtęci, ołowiu), inne wydala z żółcią (sole manganu, srebra, cynku), inne wreszcie przepuszcza do ogólnego krążenia (chlorek sodu i potasu).

Większość alkaloidów traci połowę swej toksyczności, przechodząc przez wątrobę; należą do nich: nikotyna, atropina, morfina, chinina, strychnina, cykutyna (Roger), akonityna, digitalina, fizostygmina, pikrotoksyna, adrenalina, muskaryna, rycyna (Woroncow), apomorfina, pilokarpina (Schupfer). Na czem polega działanie odtruwające wątroby w stosunku do alkaloidów, nie jest dotąd wyjaśnione. Z alkaloidów, zatrzymywanych przez wątrobę, niektóre, jak: strychnina i kuraryna, wydalają się z żółcią; innych, jak: nikotyny i chininy w żółci się nie znajduje, albo też tylko ślady (Cl. Bernard, Mosler, Jacques, choć Albertini i Ciotto stwierdzili przechodzenie chininy do żółci). Celem badania czynności odtruwającej wątroby w stosunku do alkaloidów podaje Händel 1 gr. chininy i bada jej wydalanie z moczem: u osób z chorą wątrobą, (żółtaczka nieżytowa, salwarsanowa, mechaniczna, marskość wątroby,) zaczyna się chinina wcześniej wydzielać w moczu, aniżeli u zdrowych. Natomiast Szour stwierdza, że wyniki próby Händla sprawiają wrażenie przypadkowych, niezależnych od schorzenia wątroby lub jego braku.

Jady gnilne, powstające wskutek gnicia białka w jelitach (indol, skatol, urorezeina, krezol, fenol), zostają unieszkodliwione w wątrobie, bądź ulegając utlenianiu, bądź łącząc się z kwasem glukuronowym i siarkowym. O zdolności wątroby do odtruwania produktów gnicia białka świadczy obecność dużych ilości kwasu glukuronowego w moczu, gdzie się go wykrywa za pomocą próby Tollensa i Roriva. Brak kwasu glukuronowego w moczu bywa spowodowany albo zubożeniem wątroby w glikogen (np. wskutek głodzenia się), albo jej nieomogą. W pierwszym przypadku po obfitym posiłku węglowodanowym znajduje się w moczu duże ilości kwasu glukuronowego, w drugim tylko ślady lub wcale się go nie znajduje. Jako ciała, wiążące kwas glukuronowy najlepiej używać naturalnej lub japońskiej kamfory, ewentualnie mentolu. Steyskal i Grünwald, którzy pierwsi używali tej metody, podają 3 gr. kamfory, jako *oleum camphoratum*. Zdrowi wydają z moczem w ciągu 24 godzin 5—6 gr. kwasu kamforoglukuronowego; w żółtaczce nieżytowej i marskości wydzielanie jego jest znacznie zmniejszone, a nawet czasami zniesione, w żółtaczkach mechanicznych—normal-

ne (Steyskal i Grünwald, Chiray i Caille). Niektórzy autorzy (Frey, Schmid, Händel, Brulé, Garbau i Amer) uważają jednak tę próbę za bezwartościową.

Do badania zdolności wątroby wiązania produktów gnicia białka z kwasem siarkowym używa Händel gwajakolu: w żółtaczkach mechanicznych próba wypadła prawie normalnie, mierne upośledzenie tej czynności stwierdza się w żółtaczce nieżytowej i marskości, silne — w ostrym żółtym zaniku wątroby.

Szour i Rozengartenówna podkreślają znaczenie badania moczu na uroerozinę i indol (próba Thormählen'a) w określaniu wydolności wątroby: dodatni odczyn na uroerozinę i indol występuje wtedy, gdy czynność wątroby jest upośledzona.

Wątroba chroni również ustrój przed niektórymi drobnoustrojami i ich jadami oraz pierwotniakami. Dowiedzione to zostało badaniami na zwie-

rzętach w stosunku do prątków wąglika, gronkowca złocistego, świdrowców, pośrednio krętków (Roger i Garnier, Rosenthal, Münch, Munter, Ehrlich i Wechsberg, Levaditti).

Czynność odtruwająca wątroby zależy od jej zapasów glikogenu: tylko wątroba, bogata w glikogen, wywiera działanie odtruwające; wątroba, nie zawierająca glikogenu (u młodych osobników, w ciąży), nie działa na jady, które powinna zatrzymywać i przekształcać (Roger, Viala, Chiray, Pribram, Hummel). Glikogen, rozszczepiony na glukozę i kwas glukuronowy, produkt utleniania glukozy, łączy się z wieloma substancjami toksycznymi na związki nieszkodliwe dla ustroju. W czynności odtruwającej wątroby bierze zapewne udział, zawarta w niej część układu siateczkowego — śródbłonkowego (Händel i Rosenzweig).

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

∞ Dr. Clemens PIRQUET. *Allergie des Lebensalters. Die bösartigen Geschwülste.* (Georg Thieme Verlag Leipzig 1930 str. 170).

Swą ostatnią wolą Pirquet powierzył opracowanie pozostawionych przez siebie materiałów, a dotyczących „alergii wieku” nowotworów — swemu współpracownikowi Orelowi. Książka niniejsza stanowi sumienne wypełnienie woli swego szefa przez Orela. Jak wiadomo, pierwsze prace Pirqueta, które wślawiły jego imię, dotyczyły pewnych zjawisk biologicznych w chorobach zakaźnych, które P. nazwał ogólnym mianem alergii. Obejmując zrazu już szeroki zakres zjawisk, pojęcie to z biegiem lat uległo jeszcze rozszerzeniu, czego wyrazem są ostatnie przedśmiertne prace Pirqueta, a między innymi dzieło pośmiertne.

W latach ostatnich na zasadzie spostrzeżeń, poczynionych na materiale klinicznym, a popartych umiejętnym wykorzystaniem danych statystycznych, P. doszedł do wniosku, że w stosunku do każdej choroby bądź to natury zakaźnej, bądź będącej wyrazem wadliwej przemiany materji, wreszcie natury degeneracyjnej — można ustalić pewien moment wieku, kiedy to każda z tych chorób osiąga najwyższe nasilenie. Zależne to jest od określonego nastawienia tkanek ustroju dla każdej choroby w pewnym okresie wieku — od „alergii wieku”.

W książce niniejszej, wydanej z wyraźnym pietyzmem dla pamięci wielkiego uczonego, znajdujemy wspaniałe opracowane wykresy, oparte na statystyce, obejmujące setki tysięcy przypadków nowotworów złośliwych. Na zasadzie tego materiału autor ustala: 1) że nowotworowi każdego poszczególnego narządu odpowiada odmienna postać „alergii wieku”, 2) że pomiędzy nowotworami znajdujemy pewne właściwe prawa wyłącznie osobnikom płci męskiej, inne płci żeńskiej; dalej spotykane jednakowo często u jednych, jak i drugich i wreszcie nowotwory, zajmujące miejsce pośrednie, a więc z przewagą u osobników, należących do tej lub innej płci. 3) że „alergia wieku”, t. zn. częstość występowania w poszczególnym wieku dla każdego nowotworu inaczej przedstawia się na materiale męskim, inaczej na kobiecym.

Książka ta nie nadaje się do streszczenia. Należy o-

desłać czytelnika do niezmiernie interesujących wykresów które potrafi ocenić zarówno statystyk, jak i klinicysta. Nie bez wzruszenia, zresztą, odczytuje się te napozór suche, a głębią myśli przemawiające liczby, które Pirquet układał już w pełni świadomości o zbliżającej się dobrowolnej śmierci, stwarzając sobie zarówno całemu życiu bogactwem w trudy naukowe, jak i tem ostatniemu dziełu pomnik „aere perennius”!

Henryk Brokman.

∞ Fritz MOHR. *Psychotherapie bei organischen Erkrankungen.* (Therapie in Einzeldarstellungen). G. Thieme, Lipsk 1930.

Praca niniejsza stanowi jedną z monografii, wydawanych z ramienia Deutsche mediz. Wochenschrift przez von der Veldena i Wolffa. Autor, znany ze swoich prac z zakresu psychoterapii, przytem doświadczony internista, daje tutaj przegląd tych zastosowań praktycznych, jakie znajduje nowoczesna wiedza o związkach psychofizycznych w patogenezie i patoplastyce. Opierając się na niezmiernie obfitym materiale faktycznym, którym już dzisiaj w tej dziedzinie rozporządzamy, broni autor stanowiska, że w każdym przypadku po dokładnem zbadaniu somatycznym należy, obok odpowiedniej terapii specjalnej, postępować tak, jakgdyby oddziaływanie psychiczne było w każdym razie korzystne. Istotnie stwierdzić należy, iż piśmiennictwo lekarskie lat ostatnich przynosi coraz więcej faktów na poparcie tego punktu widzenia — spotykamy przecież ostatnio poważne prace, o wpływie czynników psychicznych na hipertonię, na wybuch i rozwój gruźlicy płucnej i t. p. Szczególną uwagę zwraca autor na metody lecznicze psychofizyczne, przyczem słusznie podkreśla znaczenie psychicznej terapii somatycznej (nie tylko w zwykłym sensie suggestywnym), która w różnych swoich postaciach może wywierać bezpośredni wpływ na psychikę. Wpływ ten pozostaje niekiedy pod progiem świadomości i może się rozwinąć dopiero dzięki odpowiedniemu nastawieniu pacjenta przez wyjaśnienia lekarza. Z tego punktu widzenia pouczające jest rozpatrzenie poszczególnych środków farmaceutycznych oraz terapii fizycznej. Część szczegółowa przynosi omówienie psychoterapii w rozmaitych cierpieniach somatycznych, przyczem autor, prócz piśmiennictwa, opiera się na własnem doświadczeniu, które ilustruje ciekawymi

spostrzeżeniami. Tę niewielką (103 str.) książkę należy gorąco polecić każdemu lekarzowi, którego horyzont sięga poza ramki szablonowo pojmowanej „specjalności”.

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

∞ **MAGNUS-LEVY. Von Basen und Säuren beim kranken Menschen.** Nakł. Georg Thieme, Lipsk 1930.

Wykład kliniczny, poświęcony aktualnej kwestji spraw kwasowych i zasadowych w ustroju. Zwięźle i dostępne dla szerszego ogółu lekarzy potraktowano znaczenie pH dla fizjologii, patologji i kliniki.

M. L a n d s b e r g.

Choroby kobiet i położnictwo.

J. KERMAUNER. **Leczenie zatruc ciążowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 24 1930).

Za najważniejsze zatrucie ciążowe uważa autor rzucawkę porodową. *Hyperemesis gravidarum* nie jest zatruciem ciążowym w ścisłym znaczeniu tego słowa.

Jako środki zapobiegawcze zaleca autor ograniczenie ilości tłuszczów i białek, a zwłaszcza soli kuchennej, podawanie dużych ilości węglowodanów w postaci pokarmów mącznych, jarzyn i owoców, dalej stosowanie preparatów wapnia (*Calc. phosp.* 2—3 razy dziennie na koniec noża, tabletki Kalzan, *Calculum „Sandoz”*), zapobieganie zakwaszeniu ustroju za pomocą podawania zasad (*Natrium bicarbonicum*, *Magnesia usta*, lemoniady cytrynowe, soki owocowe). Niedokrewność należy zwalczać podawaniem żelaza i ewentualnie djętą wątrobową. Ilość ruchu winna być regulowana zależnie od indywidualności ciężarnej.

W razie wystąpienia wyraźnych objawów chorobowych (silniejsze obrzęki, białkomocz) konieczne jest leżenie w łóżku z wysokiem ułożeniem kończyn dolnych i możliwe ograniczenie soli kuchennej. Dobre usługi oddaje podawanie tabletek gruczołu tarczowego, które można stosować w dużych dawkach (3 razy dziennie po 0,3). Należy podawać środki przeczyszczające, które zwalczają zaparcie, odwadniają ustrój i przyspieszają wydalanie produktów przemiany materji.

Rozpoczynającemu się podnoszeniu ciśnienia krwi przeciwdziałają codzienne naświetlania lampą kwarcową. Wybór odpowiedniej chwili dla upustu krwi (300—500 cm.³) nie jest rzeczą łatwą, wskazaniem doń jest złe samopoczucie i wysokie ciśnienie krwi. Nakłucie lędźwiowe przynosi często ulgę, zwłaszcza w przypadkach silnych bólów głowy. Zalecą się również podskórne i wśródżylne zastrzykiwania roztworu Ringera z dodatkiem 5 gr. dwuwęglanu sodowego na litr lub dożylnie zastrzykiwania 5% roztworu chlorku wapnia, by osiągnąć związanie jądów.

W razie wybuchu rzucawki porodowej widoki naszego postępowania leczniczego są o wiele gorsze; trzecia część przypadków śmierci jest spowodowana krwawieniami mózgowymi, do których dochodzi tylko wtedy, gdy rzucawka trwa długo. Postępowanie może być albo zachowawcze, wyczekujące albo chirurgiczne, polegające na natychmiastowym przerwaniu ciąży.

W razie zajęcia wyczekującego stanowiska należy stosować środki nasenne (morfina, narkoza gazowa, chloral hydrat, luminal, pernokton), cewnikowanie celem kontroli oligurji i otrzymania moczu do badania, zgłębnikowanie żołądka (płukanie i wlewianie dwóch łyżek oleju rącznikowego), ławatywy, upusty krwi (500 cm.³ i więcej), nakłucie lędźwiowe, wywoływanie potów za pomocą zawijań, herbat, leków, pobudzanie diurezy (domięśniowe zastrzykiwania 2 mgr. tyroksyny), wlewania dożylnie hipertonicznych roztworów cukru gronowego. Niewolno używać preparatów, podnoszących ciśnienie krwi (np. preparatów przysadki mózgowej).

Inne postacie zatrucia ciążowego, jak: nerwobóle, zapalenia nerwów, śmiertelna zazwyczaj *impetigo herpetiformis Hebrae* wymagają obok specjalnego leczenia takiego samego postępowania djetetycznego, jak stany przedrzucawkowe, prócz tego należy podawać wapń, żelazo, robić zastrzykiwania surowicy ciężarnych i końskiej (10—20 cm.³), wlewania roztworu Ringera, normosalu, wyciągu z gruczołów przytarczycznych.

W przypadkach *kolpitis granularis* i *k. amphysematosa* czasem oddaje dobre usługi podawanie preparatów tarczycy, zakładanie tamponów protargolowych, entrosol, maść cynkowa i pasta Lassara.

Do zaburzeń, występujących w ciąży o niewyjaśnionej etiologii, należą: niedokrewność, zbliżona do złośliwej, lipemja i lipurja oraz schorzenia, zbliżone do plamicy.

Henryk L a n d a u.

KÜTTNER. **Dożylnie wstrzykiwania wyciągu z tylnej części przysadki, jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu wczesnej ciąży.** (D. m. W. Nr. 10 1930).

W celu rozpoznania wczesnej ciąży zastosowano dożylnie wstrzykiwania 1½ jednostki wyciągu z tylnego płata przysadki lub też ½ cm.³ zwykłego roztworu hipofizyny albo pituglandolu. Dla uniknięcia zapaści zabieg należy wykonywać wolno od ¼—½ min. z jednoczesnem podaniem 10—15 cm.³ 25% cukru gronowego. W przeciągu ½—¾ min. po zabiegu występuje b. silne stwardnienie mięśnia macicznego, trwające od 3—5 min, które można stwierdzić obiektywnie przy badaniu oburęcznem.

Objaw ten występuje wyraźnie jedynie w razie obecności ciąży lub stanu pógowego; nie stwierdza się go w przypadkach mięśniaków macicy i polipów śluzowych.

Objawy ogólne, towarzyszące wprowadzeniu hipofizyny do ustroju, ustępują łatwo.

Powyższa metoda oddaje bardzo cenne usługi specjalnie w rozpoznawaniu różniczkowem *retroflexio uteri gravidi* i *haematococle retrouterinum*. Żadnych wpływów szkodliwych na przebieg ciąży ani poród nie zauważono, pomimo licznych prób, jakie zostały wykonane.

St. L u x e n b u r g.

Choroby dzieci.

∞ Mme le Dr. Mathilde de BIEHLER. **Eléments de diagnostic des maladies des enfants.** (Paris. Libr. I. B. Bailliére et fils 1930).

Jest to wydanie francuskie „Podstaw djaгностиyki chorób dzieci”, wydanych w drugim wydaniu w r. 1930 w Warszawie i zawierających: rozwój pedjatrji, antropometrię, anatomję, fizjologję i badanie.

Do wydania francuskiego napisał przedmowę prof. L e r e b o u l l e t. W przedmowie tej powiedziano między innemi „Możnaby się dziwić na pierwszy rzut oka, że autor polski wydaje podstawy djaгностиyki chorób dzieci po francusku, skoro tyle prac już istnieje w naszym kraju na ten temat! Czy potrzeba było tłmaczyć to dzieło? Przejrzałem je i przekonałem się, że przeczytanie tej książki może być pożyteczne i oddać usługę lekarzom francuskim. Książka, zawierająca moc ścisłych danych, odnoszących się do stanu zdrowia psychicznego i fizycznego dzieci, do ich wzrostu i rozwoju, zawiera wiele wiadomości, pożytecznych dla pedjatrji. Zebrane tam są prace nie tylko autorów polskich, którzy, jak Brudziński, przyczynili się wybitnie do rozwoju pedjatrji, lecz również prace rozmaitych innych krajów, z których niejedna jest mało lub zupełnie nieznana we Francji. Praca pani Biehler stanowi przeto dzieło, różniące się pod wielu względami od naszych

podręczników francuskich, wobec czego zwracanie się do niego jest bardzo pożyteczne. Ponieważ trudno jest zebrać pediatrów różnych narodowości do wspólnego przestudjowania aktualnych zagadnień, dobrze jest, że od czasu do czasu zjawia się książka, obejmująca wiadomości, zebrane z dzieł pediatrów różnych krajów.

Rad jestem, że dziś mogą polecić taką książkę uwadze francuskiego świata lekarskiego.

Wydanie francuskie, obejmujące 306 stron druku, wykonane jest na pięknym papierze, czcionkami czystymi, estetycznymi i sprawia już na pierwszy rzut oka korzystne wrażenie. Jakże ubogo wygląda w porównaniu z niem wydanie polskie zarówno co do papieru, jak i druku.

W. Knappe.

L. JAHLE. Nagłe schorzenia narządów jamy brzusznej w wieku dziecięcym. (Wien. kl. Woch. Nr. 20 1930)

Nagłe schorzenia narządów jamy brzusznej wymagają szybkiego orjentowania się i dużego doświadczenia lekarza, gdyż często nie ma on czasu na przeprowadzenie dodatkowych badań, któreby ułatwiły postawienie rozpoznania.

Objawy brzuszne można podzielić na miejscowe i rozlane.

Miejscowe objawy brzuszne obejmują miejscowy ból samoistny i bolesność uciskową, które u dziecka trudno oceniać, gdyż chętnie lokalizuje ono wszystkie swoje wrażenia bólowe w „brzuchu”, a następnie trudno u niego osiągnąć zwłótnienia powłok brzusznych, które umożliwia obmacywanie. Często bywa u dzieci fałszywie stawiane rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, gdyż bolesność miejscowa może zależeć od bólu w prawym mięśniu prostym brzucha, wywołanym przez uciskanie przez lekarza lub skutek nadwyrężenia przy ruchach wymiotnych.

Rozlane objawy brzuszne stwierdza się w schorzeniach otrzewny, np. wskutek przedziurawienia, przyczem u dzieci wchodzi w rachubę tylko przedziurawienie na tle zapalenia wyrostka robaczkowego.

Rozlane objawy brzuszne stwierdza się w ostrem wglębieniu, częstym u dziewcząt do okresu pokwitania, jako skutek ostrego nieżytu jelit; rozpoznanie ułatwiają krwawe stolce i wymacanie guza. Podobne objawy daje skręt jelit, uwięźle przepukliny pachwinowe i pępkowe, uwięźnięcia jąder, znajdujących się w kanale pachwinowym, ostre zapalenie trzustki, będące powikłaniem zapalenia gruczołów trzustkowych. Również ostre zapalenie miedniczek nerkowych może przebiegać pod obrazem schorzenia otrzewny; cechuje się ono wysoką gorączką, ciężkim stanem ogólnym, wybitną woskową bladością twarzy; występuje głównie u ośesek płci żeńskiej; badanie moczu pozwala na szybkie postawienie właściwego rozpoznania.

Omówienia wymaga pneumokokowe zapalenie otrzewny, częstsze u dziewcząt, niż u chłopców, wskutek czego Salzer uważa, że zakażenie odbywa się przez kobiece narządy płciowe, za czymby przemawiało znajdowanie pneumokoków w śluzie pochwowym. Cechuje się ono niewspółmiernością między objawami przedmiotowymi i podmiotowymi. Nagły początek, burzliwy przebieg, ciężki stan ogólny, silne umiejscowione i rozlane bóle brzucha; wzdęcie bez uchwytnych objawów otrzewnowych umożliwiają rozpoznanie, zwłaszcza, jeśli jest do tego opryszczka na wardze, sinica twarzy, wymioty i biegunki. Pneumokokowe zapalenie otrzewny może przebiegać pod postacią rozlaną i otorbioną, w której wolno operować. Wczesne operacje są niewskazane, gdyż zwiększają zjadliwość czynnika chorobotwórczego. Dobre wyniki daje stosowanie swoistej surowicy; w jednym przypadku autora w 24 godziny po zastrzyknięciu domięśniowym surowicy przeciw

pneumokokowej gorączka spadła, a nudności, bóle głowy i brzucha całkowicie ustąpiły.

Pamiętać również należy, że nie tylko narządy jamy brzusznej mogą dawać objawy brzuszne. Początkowy okres płatowego zapalenia płuc może dawać objawy brzuszne, a zwłaszcza wzrostowe, tak, że tylko dokładne zbadanie całego chorego uchroni lekarza od fatalnej pomyłki. Również choroby osutkowe (odra, wieczna ospa) mogą dawać objawy otrzewnowe, co utrudnia rozpoznanie, zwłaszcza w okresie przedosutkowym; objawy te możnaby tłómaczyć swoistą osutką na otrzewnie i wywołaniem przez nią podrażnieniem otrzewny. Okresowe acetonuryczne wymioty dzieci mogą też budzić podejrzenia wyrostka robaczkowego, ale badanie moczu wyjaśnia od razu sprawę.

[Henryk Landau.

A. BRATUSCH-MARRAIN. Dalsze doświadczenia nad leczeniem tęcza noworodków magnezem. (Wien. kl. Woch. Nr. 26 1930).

Leczenie tęcza noworodków zastrzykowaniami 8 proc. roztworu siarczanu magnezowego wykazuje w dalszych doświadczeniach doskonałe wyniki, zwłaszcza od czasu, kiedy zaczęto stosować większe dawki i znacznie zwiększono liczbę zastrzyków w ciągu dnia, nawet w ciężkich przypadkach osiągnęto zupełne wyleczenie. Autor jest przeświadczony, że w dalszym stosowaniu swej nowej intensywniej metody uda mu się jeszcze bardziej obniżyć śmiertelność, niż dotychczas. Ten postęp jest tem bardziej radosny, że, o ile udaje się utrzymać dzieci przy życiu, wyleczenie tęcza noworodków jest całkowite.

Henryk Landau.

SCHULTZE. Hormon przedniego płatu przysadki w rozwoju wcześniaków. (Münch. med. Woch. Nr. 26. 1930).

Od dłuższego czasu stosowane są przez pediatrów wstrzykiwania surowicy lub krwi u źle rozwijających się ośesek. Leczenie pobudzające ma wpływać na zahamowane tworzenie hormonów i fermentów.

Autor uważa, że znajdującego się w nadmiarze u ciężarnych hormonu przedniej części przysadki może brakować u wcześniaków, u których odgrywa on rolę hormonu, pobudzającego dojrzewanie.

W myśl powyższych rozważań S. wstrzykiwał Prolan pięciu wcześniakom i stwierdził wpływ jego na wzrost i wagę. Uważa również, że prolan potęguje oporność organizmu na infekcje.

Dawkowanie nie jest jeszcze ustalone. Szkodliwego działania jednak nie zauważono.

F. Turyn.

F. BASCH. Leczenie rozszerzenia oskrzeli w wieku dziecięcym. (W. kl. W. Nr. 12-1930)

W przypadkach rozszerzenia oskrzeli i ich przewlekłego nieżyty u dzieci zaleca autor następujące postępowanie: przez 10 do 12 dni zastrzykuje się podskórnie dziecku zależnie od wieku od 0,02 — 0,03 *amełini hydrochlorici* w 10% lub lepiej (aby uniknąć tworzenia się bolesnych nacieków) 50% roztworu, następnie robi się równie długo trwającą przerwę, w czasie której zastrzykuje się co drugi dzień 0,15 myosalwarsanu lub codziennie 1—2 cm.³ transpulminy. Otrzymane wyniki są najzupełniej zadawalające i, zdaje się, trwałe. Na czem polega mechanizm działania emetyny w tych razach dotąd niewiadomo. W jednym przypadku obustronnego rozszerzenia oskrzeli, gdzie emetyna zawiodła, do wyleczenia przyczyniło się zastosowanie obustronnej naprzemiennej odmy sztucznej.

Ponieważ pewne rozpoznanie rozszerzenia oskrzeli jest możliwe tylko w daleko posuniętych okresach choroby, z dru-

giej zaś strony znane są cierpienia, dysponujące do ich powstawania (odra, koklusz, grypa, zapalenie płuc), a zapobieganie rozszerzeniom oskrzeli ma większe widoki powodzenia aniżeli ich leczenie, należy, zdaniem autora, robić szerszy użytek z emetyny. W przypadkach przewlekłego kaszlu z nieznaczem nawet tylko odpływaniem, występującego w następstwie powyższych cierpień, należy już zawczasu stosować emetynę.

Henryk Landau.

Choroby dróg moczowych.

∞ Prof. Dr. L. CASPER i Dr. E. PICARD. *Lehrbuch der urologischen Diagnostik*. Georg Thieme (Verlag) Lipsk 1930.

Piśmiennictwu urologicznemu przybyła praca Caspera i Picarda poświęcona diagnostyce urologicznej. Pomimo, że rozporządzamy znaczną liczbą podręczników urologicznych, wydanie tego nowego podręcznika znajduje swe usprawiedliwienie w szybkim rozwoju tej dziedziny medycyny.

Znajomość zmian patologicznych na terenie dróg moczowych niezbędna jest nie tylko dla tych, którzy się poświęcili tej specjalności, lecz także dla internisty, zarówno jak i dla chirurga lub ginekologa. Omawiana książka tak jest ujęta, że daje łatwo możliwość zapoznania się ze schorzeniami dróg moczowych i niespecjaliście.

Na treść książki składają się historia rozwoju aparatu moczowego, anatomja, topografia i fizjologia poszczególnych narządów. Dział ten opracowany jest bardzo szczegółowo i opatrzony licznymi i często barwnymi rysunkami. W części drugiej znajdujemy szczegółowo podane wiadomości o chemicznych, fizykalnych i anatomo-patologicznych metodach, badania ważnych dla działu urologji wydzielin, jak moczu, wydzieliny gruczołu krokowego, nasienia itd. Metody, zresztą znane z podręczników ogólnych.

Część, poświęcona wzniernikowaniu pęcherza, nosi wszelkie cechy wielkiego osobistego doświadczenia Caspera, znane nam już z jego podręcznika o cystoskopji. Dział ten opatrzony jest bardzo licznymi kolorytami, które wiernie i plastycznie oddają obrazy cystoskopowe *in vivo*. Również w części, poświęconej diagnostyce sprawności czynnościowej nerek, znajdujemy wszystkie zdobycze odnośnej metodyki, do której rozbudowy w niemałej mierze przyczynił się Casper. Wreszcie bardzo szczegółowo i starannie opracowana jest część, traktująca o stosowaniu promieni Roentgena z uwzględnieniem najnowszych metod postępowania (badania), jak pyelografia dożylna, która ostatnio stała się przedmiotem wielkiego zainteresowania, stanowiąc doniosły etap w rozwoju diagnostyki urologicznej.

Książka wydana jest starannie, opatrzona doskonałymi ilustracjami, zasługuje na zainteresowanie się nią nie tylko ze strony specjalistów, ale i szerszego ogółu lekarskiego.

Tłumaczenie na język polski wzbogaciłoby bezsprzecznie nasze piśmiennictwo.

Fryszman.

Choroby kości i stawów.

F. REGNAULT i O. CROUZON. *Hiperteloryzm*. (An. d'Anat. Pat. T. VII. Nr. 5, r. 1930).

D. Greig opisał w r. 1924 pod nazwą hiperteloryzmu wadę rozwojową czaszki, polegającą na niezwyklej wielkości (do 50 mm.) wymiaru międzyoczodołowego, wskutek czego gałki oczne są odsunięte nienormalnie daleko od siebie, i twarz przybiera charakterystyczny wygląd. Wada ta polega na spóźnieniu w rozwoju kości klinowej i sitowej; duże skrzy-

dło kości klinowej pozostaje mniejszem od skrzydła małego, co ma miejsce normalnie tylko we wczesnych okresach życia płodu.

Od hiperteloryzmu, opisanego przez Greiga, należy odróżniać stosunkowo nieznaczne zwiększenie wymiaru międzyoczodołowego mogące powstawać przy *dysostosis craniofacialis*, tudzież w wodogłowie wrodzonym i nabytym.

K. Kosieradzki.

R. HUGUENIN, G. ALBOT i P. FOULON. *Myocarditis interstitialis nodularis i myocarditis parenchymatosa pseudogummosa w przebiegu przewlekłego goścca stawowego*. (An. d'Anat. Pat. T. VII. Nr. 5, r. 1930).

Wśród zmian występujących w mięśniu sercowym w przebiegu goścca stawowego wyróżnić możemy, poza obrazami o charakterze bardziej rozlanym — zmiany guzkowe wczesne, ostre i późniejsze, przewlekłe. Pierwsze z nich — to guzki Aschoffa — twory histjocytarne, a więc pochodzenia wyłącznie śródmiąższowego, spotykane w największej liczbie we wczesnych okresach ostrych przypadków i posiadające określone umiejscowienie (przestrzenie limfatyczne okołonaczyniowe podwsięrdziowe, przestwory siateczki tkanki tłuszczowej około naczyń wieńcowych). Drugim, występującym również w formie guzków, lub tworów nieco bardziej rozlanych towarzyszą zmiany we włóknach mięsnych, opisane przez Letullea, Bezançona i M. P. Weila pod nazwą *myocarditis myoblastica*.

Autorowie obserwowali oba te rodzaje zmian w przypadku goścca stawowego o przebiegu średnio-szybkim (śmierć w ciągu 8-iu miesięcy), który przy przelotnem tylko zajęciu stawów, doprowadził do niedomykalności zastawek aorty dwudzielnej, przy objawach zapalenia nerek i ostrej skazy krwotocznej. Badanie mikroskopowe wykazało liczne zmiany o charakterze nieguzkowym w różnych odcinkach mięśnia sercowego i wsięrdzia, nadto zaś w okolicy koniuszka — nie liczne guzki Aschoffa i liczne ogniska zapalne podobne do prosówkowych kilaków, jakie spotykamy w *myocarditis syphilitica subacuta myoblastica*. Dlatego ogniska te nazywają autorowie guzkami rzekomo-kilakowemi (nodules pseudogommulaires). Utworzone są one przez naciek okrągłokomórkowy między pęczkami włókien mięsnych, również gdzieś — gdzie nacieczonemi przez komórki jednojądrzaste. Komórki mięsne przedstawiają nieznaczne zmiany zanikowe; niektóre tracą prążkowanie, ulegają homogenizacji i przyjmują wygląd komórek olbrzymich, wielojądrzastych (regression myoblastique).

Guzki rzekomo-kilakowe spotykano w przypadkach o przebiegu przewlekłym, dających nawroty, podczas, gdy guzki Aschoffa występują tem obficie, im wcześniejszy jest okres choroby i ostrzejszy jej przebieg. Przytem guzki Aschoffa są prawdopodobnie swoiste dla goścca, zmiany zaś wsteczne włókien mięsnych (regression myoblastique) mogą powstawać także w gruźlicy, kile i zapaleniach streptostafilokokowych, a więc nie posiadają cech swoistości.

K. Kosieradzki.

CH. LAUBRY, R. HUGUENIN, R. CASTÉRAN i G. ALBOT. *Aortitis chronica et myocarditis pseudo-gummosa na tle najprawdopodobniej reumatycznym*. (An. d'Anat. Pat. T. VII. Nr. 5, r. 1930).

Oddawna już znane jest zapalenie tętnicy głównej na tle gośccowem, lecz odnośne spostrzeżenia naogół nie są poparte badaniami histologicznymi.

Autorowie opisują przypadek, w którym w 6 lat po ostrych objawach goścca stawowego wystąpiły zaburzenia sercowe, wskazujące na schorzenie zastawki dwudzielnej

i aorty, później zjawiał się rytm węzłowy, napady częstoskurczu i wreszcie *tachyarrytmia permanens definitiva*. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono w aorcie zmiany charakterystyczne dla *aortitis rheumatico*; błona wewnętrzna, wykazująca nieliczne żółte wysepki o charakterze ateromatów, usiana była licznymi plamkami wielkości lepka i ostrza szpilki, nadającymi jej charakter chropawy, miejscami zaś stwierdzało się pępkowate wyniosłości.

Wyniki badań histologicznych, przeprowadzonych bardzo szczegółowo — odpowiadały całkowicie przebiegowi klinicznemu. Zmiany umiejscowione były przedewszystkiem w obrębie uszka prawego, aorty i górnych części komór. W węzle Keith-Flacka, węzle Tawary i pęczku Hisa stwierdzono głównie rozplam tkanki łącznej i zwyrodnienie tłuszczowe włókien. Natomiast w górnych częściach mięśnia komór — liczne guzki rzekomo-kilakowe w różnych etapach rozwoju: świeże, niekiedy przypominające swym trójkątnym kształtem drobne zawały, starsze — ulegające bliznowaceniu

Nadto znaleźli autorowie twory guzkowe, będące prawdopodobnie guzkami Aschoffa ze zwyrodnieniem tłuszczowym komórek nabłonkowych. Zmiany w aorcie miały głównie charakter rozplam łąkotkankowego we wszystkich warstwach ściany, w szczególności w błonie zewnętrznej (*periaortitis rheumatica*—Hermann, Bernard). Wygląd naczyń odżywczych (śródbłonek napęczniały, włókna mięsne błony środkowej i komórki przydanki — obrzmiałe, włókna tkanki łącznej — nieznacznie zgrubiałe) — nie odpowiadał zupełnie obrazom, spotykanym w kile; nigdzie nie stwierdzono nacieków.

Tak więc, mimo pewnego podobieństwa zmian opisanych — do kilowych, można było ustalić gościcowe ich pochodzenie na zasadzie zestawienia ze spostrzeżeniami z innych przypadków i wyłączenie kily, zarówno na podstawie danych z historii choroby, jak wobec braku odpowiednich cech histologicznych.

K. Kosieradzki.

Wskazówki praktyczne.

Leczenie swoiste zapalenia płuc, wcześniej zastosowane, daje, według Meyera, wyniki doskonałe. Polega ono na **zastrzykiwaniu domięśniowych surowicy i podawaniu przetworów chininy**. Zastrzykuje się codziennie 50 ctm.³ surowicy aż do drugiego dnia bezgorączkowego. Chinidynę stosuje się w dawkach po 0,03—0,05 co 3 godziny dniem i nocą aż do ogólnej ilości 1,5—2 gr. (Ther. d. Gegenw. 1930 Z. 7).

—o—

Leczenie swoiste kily corty należy zacząć stosować możliwie wcześniej po ustaleniu rozpoznania głównie drogą elektrokardjografii, aby móc wyłączyć schorzenie tętnic wieńcowych, stanowiące przeciwwskazanie do powyższego leczenia. Rozpoczyna się kurację neosalwarsanem w dawce 0,075, następnie raz w tygodniu po 0,1, 0,15, 0,3. Od tej chwili co 4 tygodnie po 0,3 do ogólnej ilości 3,0. Obok salwarsanu jod bez ręki. Leczenie to, według Fischera, należy kontynuować całymi latami. (W. kl. W. 1930 Nr. 19).

—o—

Transargan, nieorganiczny związek srebra (fabr. Chem. Instytut Remedium, Berlin) stosuje w **leczeniu rzeżączki** R. Polland. W roztworze $\frac{1}{2}$ —1% przetwór ten nie drażni zupełnie i dlatego może być użyty w początkach choroby,

jako środek poronny. Pod względem bakterjologicznym nie ustępuje innym przetworom srebra, a ma nad nimi tę wyższość, że nie plami i łatwo rozpuszcza się w wodzie. (M. m. W. 1930 Nr. 25).

—o—

H. Predl poleca gorąco stosowanie przetworu tranowego **Ossin** Strohscheina w **krzywicy i we wszelkich innych wycieńczających chorobach**. Ossin był stosowany u dzieci od 3 miesięcy do 5 lat zawsze z wynikiem dodatnim. Dzieci zażywały go chętnie, nigdy nie zauważono wstrętu do niego lub wymiotów, które tak często spostrzega się przy użyciu tranu zwykłego. (W. m. W. 1930 Nr. 34).

—o—

W owrzodzeniach podudzia, oparzeniach, ranach szarpanych, zastrzałach i czyrakach stosował H. Ranzenhoffer masę **Philonin** (fabr. Promonta) zawierającą: **Cupr. iodorthiooxychinolinosulf.**, **Arg. sulf.**, **Ac. boric.**, **Synflavin.**, **Bals peruv.**, **Zinc. oxyd.** oraz naświetlaną ergosterynę. We wszystkich leczonych przypadkach wynik był szybki i doskonały. Żadnego działania szkodliwego nie stwierdzono. (W. m. W. 1930 Nr. 34).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 2. IV. 1930 r.

Przewodniczący Wiceprezes: L. Paszkiewicz.

Obecnych członków T-wa: 27

Wprowadzonych gości: 12

1. Po przeczytaniu przyjęto protokół posiedzenia z dn. 25. III. 1930 r.

2. Inżynier Wł. Borawski wygłosił odczyt p. t. „**Budownictwo szpitalne w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej**” z licznymi przezroczkami (Streszcz. własne).

Inż. arch. Władysław Borawski, budowniczy m. st. Warszawy, był delegowany w czerwcu 1929 r. na I Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa, zorganizowany z inicjatywy Ameryki i połączony z imponującą wystawą szpitalną w Atlantic City. Prelegent zwiedził jednocześnie kilkanaście nowoczesnych urządzonych szpitali w Stanach Zjednoczonych, zebrał więc niezmiernie obfity materiał, którym w ramach odczytu starał się podzielić ze słuchaczami, informując głównie o godnym podziwu budownictwie szpitalnym.

Charakteryzując współczesny rozwój szpitalnictwa amerykańskiego, prelegent podkreśla ważny moment niezwyklej ofiarności publicznej w Ameryce na cele szpitalne. W rozbudowie szpitalnictwa cały prawie ciężar w państwie ponosi społeczeństwo, dzięki czemu otrzymuje się większy rozmach prywatnej inicjatywy i unika się rutyny. Niema na całym świecie, poza Stanami Zjednoczonymi, kraju w którymby na ogólną liczbę łóżek szpitalnych 877.075 (w r. 1928), należących do 7115 instytucji, było tylko 18.254 łóżek państwowych (zaledwie 2%).

Jeszcze większa znikomość czynnika rządowego jest w organizacjach opieki społecznej: na ogólną liczbę 309.604 łóżek w zakładach dla chorych, rekonwalescentów, w przytułkach i t. p. należących do 2164 instytucji, w zakładach rządowych jest tylko 1.198 łóżek (0,35%). Niezwyklej tedy ofiarności publicznej i rozwiniętej inicjatywie prywatnej zawdzięczają Stany Zjednoczone, liczące dziś 105 milionów ludności swoje przodujące miejsce wśród narodów cywilizowanych pod względem liczby łóżek szpitalnych: przypada bowiem na 1000 mieszkańców 7,6 łóżka (w Polsce 2,25), jeśli zaś dodać łóżka pokrewnych instytucji, wspomagających szpitalnictwo — wy-

padnie 10 łóżek na 1000 mieszkańców. Korzyści dla narodu z takiego stanu rzeczy są ogromne: rocznie leczy się w szpitalach 10 milj. chorych i 8 milj. chorych ambulatoryjnych. Do społeczeństwa wraca olbrzymia armia ludzi zdolnych do pracy.

Inż. Borawski stwierdza dalej, że opleka nad matką i dzieckiem postawiona jest również wysoko. Dalej liczba łóżek w szpitalach dla gruźlików stanowi 7,1% ogólnej liczby łóżek w Stanach Zjednoczonych, liczba zaś łóżek dla psychicznie i nerwowo chorych prawie dosięga liczby łóżek w szpitalach ogólnych i sanatorjach i wynosi 40%. W Polsce ten stosunek jest mniejszy prawie o połowę (19%), dysproporcja zaś braku łóżek dla psychicznie chorych u nas w stosunku do St. Zjednoczonych wypada jeszcze większa: Ameryka posiada na 1000 mieszkańców 3 łóżka psychiatryczne, Polska tylko 0,4 łóżka, czyli 7 i pół raza mniej. Doniosłą rolę w rozwoju szpitalnictwa odegrało amerykańskie Tow. Szpitalnictwa, które skupia wszystkie bez wyjątku organizacje szpitalne i jednostki, na tej niwie pracujące. Instytucja ta jest znakomitym łącznikiem w twórczych poczynaniach na polu szpitalnictwa, wydając obszerne sprawozdania, wspierając wydawnictwa i tworząc bogate zbiory. Dzięki tej olbrzymiej ofiarności, umiejętności organizowania pracy i doborowi ludzi, Amerykanie wyprzedzili Europę o całe dziesiątki lat w swoich kapitałnych budowlach szpitalnych, w których stworzono nadzwyczajne warunki lecznicze i zapewniono nauce lekarskiej pierwszorzędne środowisko rozwojowe. Na poparcie tych twierdzeń prelegent podaje kilka przykładów, jak organizowano pracę przy budowie nowego szpitala gminy prezbiterjańskiej w Nowym Jorku oraz w Filadelfji, jednocześnie zaś ilustruje gospodarkę w szpitalach. Podług statystyki, rozwój budownictwa szpitalnego w St. Zjednoczonych dosięgnął już sumy 1 miliona dolarów dziennie.

Omawiając z kolei organizację kongresu, zainicjowanego przez sekretarza akad. med. Dra Lewińskiego-Corwina z Nowego Jorku, polaka, który stworzył międzynarodowy komitet wykonawczy — prelegent wyraża się z niezwykłym uznaniem o Amerykanach, którzy w ciągu kilku tygodni ułatwili gościom poznanie wszystkiego co ich interesowało w dziedzinie szpitalnictwa, a stronę informacyjno-naukową kongresu postawili na wysokim poziomie.

Na kongresie rozważano głównie następujące zagadnienia: podstawowe zadanie szpitala, wpływ planów szpitali na koszty ich budowy i utrzymania, problemat oszczędności szpitalnych, zadanie szpitali publicznych i prywatnych, zakłady dla umysłowo chorych i chronicznie chorych, rozwój opieki i leczenia umysłowo chorych w szpitalach St. Zjednoczonych.

Wobec uchwalenia przez kongres powołania do życia Międzynarodowego Tow. Szpitalnictwa na stałego delegata zaproszono Dra J. Ślaskiego, drugiego przedstawiciela Polski na kongresie.

W obszernym streszczeniu podaje inż. Borawski referat o planowaniu szpitali Dra S. Goldwattera, wybitnego rzeczoznawcy tego działu w N. Jorku.

Wobec stałego rozrostu przeróżnych pomocniczych pomieszczeń w organizmie szpitalnym, jako to: rentgenologia, sale operacyjne, laboratoria chemiczne, bakteriologiczne, patologiczne, dział ambulatoryjny, pomieszczenia przechowywania akt historii choroby, przyjęcie chorych i obserwacja, kuchnia i pralnia, a w szczególności potrzeby służby pielęgniarskiej, staje się rzeczą nieodzowną szukanie środków, obniżających koszt całości. Najistotniejsze zmniejszenie kosztów przynieść może umiejętne rozplanowanie, idące w kierunku zwiększenia liczby kondygnacji, poszerzenia użytkowych płaszczyzn poziomych, zmniejszenia wysokości pięter. W celach porównawczych, o ile korzystniejsze jest wykorzystanie budowlanej przestrzeni w różnych szpitalach, Dr Goldwatter doradza zostawić pewną określoną, wydzieloną z całości jednostkę przestrzenną np. o 100.000 stóp sześć. (2.831 m. sz.), odnoszącą się do sal chorych, gdyż porównywanie stosunków między łóżkiem a całością przestrzenną budowli szpitalnej nie może dać głębszych wartości porównawczych. Konieczne jest też ustalenie sposobów prowadzenia danych statystycznych, ustalenie nomenklatury i norm szpitalnych. Dobry plan jest ten, który będzie wywierał największy wpływ na wydajność leczniczą szpitala, będzie brał pod uwagę zasady higieny przy projektowaniu sal, rozmieszczenie obok siebie oddziałów wzajemnie zależnych, założenie istotnie potrzebnych instalacji technicznych, wreszcie zapewni personelowi wewnętrznemu i zewnętrznemu zdrowe warunki pracy. Największy pożytek

który może przynieść architekt wydajności szpitalnej, jest to zachęta do wznoszenia szpitali ogólnych, średniej pojemności od 500 do 600 łóżek, zawierających oddziały kliniczne i laboratoria, w nowoczesnej medycynie nie mogące funkcjonować jedno bez drugich. Wypracowanie tych typów najekonomiczniejszych w całym znaczeniu tego słowa należy do architektów szpitalnego. W dyskusji nad powyższym zagadnieniem delegat inż. Borawski zgłosił wniosek o stworzeniu instytucji naukowego badania zagadnień budowy szpitali.

Z uwagi na doniosłość i obfitość poruszanych spraw uchwalono następne kongresy zwoływać narazie w odstępach krótszych — drugi ma odbyć się w r. 1931 w Wiedniu.

Przechodząc do opisu najnowszych szpitali w Stanach Zjednoczonych, uzupełniając swój wykład ilustracjami na ekranie prelegent omówił szczegółowiej budowę szpitala Hahnemanna w Filadelfji, Medycal Center w N. Jorku, Strong Memorial Hospital w Rochesterze, klinikę położniczą z fundacji Howardowskiej w Bostonie, sanatoria w Denver, Comden, Middleton, Bodfor i N. Jersey oraz parę szpitali psychiatrycznych.

Na zakończenie poruszone zostało zagadnienie zreorganizowania budownictwa szpitalnego w Polsce. Inż. Borawski charakteryzuje ubiegły okres naszego bytu niepodległego, jako wstępną „konsolidację”, stoi przed nami szeroka „rozbudowa”, zaś do „odrodzenia budownictwa szpitalnego” nie jesteśmy zupełnie przygotowani. Tymczasem dałoby się stworzyć grunt odpowiedni przez zapoczątkowanie prac w zakładanym Polskim Towarzystwie Szpitalnictwa, ciągnąć możemy duże korzyści przez uczestnictwo Polski w Międzynarodowym Tow. Szpitalnictwa. Uzupełniając nasze zastraszające braki ilościowe łóżek szpitalnych (30 proc.), oprócz tej akcji należałoby na dokładniej przemyślanym programie. Trzeba zająć się prawidłowym określeniem liczby brakujących łóżek w zależności od kategorii chorób dla każdego miasta, dążyć do definitywnej zabudowy istniejących szpitali, opracować wytyczne programy rozbudowy na 5 czy 10 lat, ściśle je wypełniać i co rok poddawać nowemu uzupełnieniu. Wtedy dopiero, świadomi własnych sił i najbliższych potrzeb, zerwawszy z przypadkowością i dyktantyzmem, dźwigniemy szpitalnictwo na tory właściwe, liczące z naszymi wartościami kulturalnymi oraz ambicją współpracy z innymi cywilizowanymi narodami przywracania chorym radości życia.

Wiceprezes: Ludwik Paszkiewicz.

Zast. Sekretarza dorocznego:

Władysław Kosiński.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu czerwcowym tow. lek. szpit. parysk. (Pr. méd. Nr. 54) Tinel i Henrion zwrócili uwagę na pewien stały i swoisty typ leukopenji na koszt komórek wielojądrowych, wywołanej tytoniem i gardenalem. Przez nadmierne palenie można z łatwością jakoby wywołać cwa leukopenję, prowadzącą nawet do 36% wielojądrowych i ustępującą wraz ze zniknięciem otrucia tytoniowego. Porównanie z innymi środkami farmaceutycznymi przekonywa, że idzie tu o działanie porażające układ nerwu sympatycznego. W samej rzeczy, środki pobudzające nerw współczulny jak adrenalina czy porażające nerw błędny, jak atropina lub skopolamina, wywołują wyraźną leukocytozę. Natomiast ezeryna lub pilokarpina, pobudzające nerw błędny, dają leukopenję wielojądrastą, jak i winian ergotaminy, porażający nerw współczulny. W ten sposób można sobie wytłumaczyć, dlaczego stany hipertensji sympatycznej podniecenia manjakałnego np. przebiegają z polinkleozą, gdy większość stanów astenji, depresji charakteryzuje się leukopenją, jak i pewne przypadki astmy, migreny, padaczki czy psychozy okresowej.

Zdaniem Lesnè (tow. lek. szpit. parysk. Pr. méd. Nr. 55) astma dziecięca nie powstaje najczęściej ani na podkładzie kiły dziedzicznej, ani gruźlicy gruczołowo-płucnej, lecz zależy od zmian w nosie. Bezancón w dyskusji zaznacza, że astma dziecięca najczęściej bywa pochodzenia trawiennego na tle usposobienia dziedzicznego. U dorosłych w powstawaniu astmy gra pewną rolę gruźlica, ale w każdym razie nie taką, jak jej przypisują. Nie należy przytem nadużywać zmian w drogach oddechowych, stwierdzanych na zdjęciach, często bowiem normalne cienie naczyń uważy się za przyczynę chorobowe w drogach oddechowych. Nie należy przytem zapominać, że owe cienie naczyńowe często u chorych rozedmowych są bardziej wyrażone skutkiem zmian w krążeniu.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień sanitarnych Francji.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa)

(Ciąg dalszy — p. № 35).

Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych opiera się na trzech klasycznych podstawach: obowiązkowym zgłaszaniu, dezynfekcji i izolacji. Zgłaszanie, jak wszędzie, ciąży na lekarzu-praktyku, którego nikt w tej działalności nie kontroluje. Każdy lekarz otrzymuje gotowe formularze, za pośrednictwem których winien zawiadomić o świeżym wypadku mera i prefekta. Francuski świat lekarski jednak niezawsze przyjaźnie traktuje i ten przymus, stąd dokładność w zgłaszaniu jest niejednolita i często wadliwa. Dezynfekcja, na którą władze administracyjne kładą duży nacisk, tchnie jeszcze ubiegłym stuleciem, przypominając nieco pod tym względem nasze województwa zachodnie. Pociąga to za sobą bezowocnie duże koszty. Dezynfektorami są ludzie najrozmaitszych zawodów: dozorczy, dróżnicy, właściciele małych hotelików i zajazdów i t. d. Kwalifikacje tych dezynfektorów są skromne, czynności ich polegają na kadzeniu i innych manipulacjach, prawdopodobnie nieszkodliwych ani dla ludzi, ani dla zarazków. Korzyści jednak z tego ciągnie chyba głównie sam dezynfektor. W jednym z najlepiej zorganizowanych departamentów (Seine et Marne) widziałem, że zarzucono zupełnie odkażanie końcowe, wprowadzając bieżące, powierzone pielęgniarcom-wywiadowczyńom. Idea naprawdę godna naśladowania, a jest i słuszną i niezbyt przerażającą dla istniejącego porządku, gdyż wzamian starego systemu daje nowy, odkażania nie znosi, lecz je modyfikuje.

Izolacja szpitalna ma dość szerokie zastosowanie, ale przymusu izolacyjnego niema, wszystko opiera się na dobrej woli uświadomionego obywatela.

Warto też coś wspomnieć o szczepionkach różnego rodzaju, stale rozszerzających swój zasięg. Wprawdzie obowiązujące jest dotąd tylko szczepienie przeciw ospie (teoretycznie trzykrotnie, faktycznie dwukrotnie), ale rzlegają się głosy nawet w Akademii medycyny za wprowadzeniem innych szczepień obowiązkowych; wątpliwe jest jednak, by w najbliższej przyszłości dało się to przeprowadzić. Popiera się natomiast akcję szczepień ochronnych wszędzie. Bodaj, że najlepszą opinią poza krowianką cieszy się szczepionka przeciwbłonicza. Wskutek energicznej bardzo kampanii w roku 1929 w niektórych miejscowościach zaszczepiono do połowy dzieci szkolnych, i ten pęd do szczepień stale wzrasta. Ostatnio zasługują na wzmiankę szczepienia przeciwgruźlicze (B. C. G.), mające naogół wielu zwolenników. Szczepienia przeciwdurowe poza armiją nie znalazły większego zastosowania, choć mają też swoich gorących obrońców. Wreszcie warto wspomnieć, że w Paryżu powstał pierwszy ośrodek serofilaksji odry i błonicy (Dr. Debré).

O rozpowszechnieniu chorób nagminnych mówią następujące liczby:

Tablica I.

Przypadki chorób zakaźnych we Francji w latach 1924—1927.

	1924	1925	1926	1927
O s p a	210	456	554	410
D. brzuszny	6493	6787	8114	7438
Błonica	11569	12096	13348	14289
Płonica	6595	7985	9223	11291
Odra	12838	35351	28814	20391
D. plamisty	9	4	9	6

Tablica II.

Zgony na choroby zakaźne we Francji w roku 1926.

D. brzuszny	2191	Grypa	6997
D. plamisty	17	Cholera	23
Zimnica	150	Róża	1621
Ospa	115	Gruźlica dróg oddech.	57044
Odra	2885	Gruźlica innych organów	7799
Płonica	458		
Błonica	1772		

Dla uzupełnienia tego działu warto jeszcze wspomnieć o statystyce lekarskiej. Wszystkie kraje europejskie ogłaszają swoje statystyki, dotyczące chorób zakaźnych i przyczyn zgonów, ale, biorąc nieco ściślej, większość z tego materiału ogłaszanego jest bez wartości. Niestety, Francja należy tu do większości, a więc jest krajem na którego statystyce nie można polegać, i są dość poważne motywy, wskazujące, że łatwo tej sprawy uregulować się nie da. Zasadniczą przyczyną, utrudniającą poprawę danych statystycznych, jest opozycja świata lekarskiego, broniącego się, jako argument przeciwnym, tajemnicą lekarską. Jak wielką rolę to odgrywa, wskazuje fakt, że nawet w zgłaszaniu chorób zakaźnych lekarze praktycy powoływali się niejednokrotnie na wyrażne brzmienie prawa, grożące lekarzowi za zdradę sekretu, mu powierzonego, więzieniem do 6 miesięcy lub karą pieniężną 100—500 fr. Pewne dane co do dokładności zgłaszania obecnie daje porównanie tablic I i II.

W sprawie jednak chorób zakaźnych, według zdania znających bliżej sprawę, tajemnica lekarska tworzy znacznie mniejszą przeszkodę, niż w zgłaszaniu przyczyn zgonów, na czym opiera się większość naszych wniosków, dotyczących stanu sanitarnego społeczeństwa. Otóż tu wszystko zależy od dobrej woli lekarza, a świat lekarski cały jest wychowany w atmosferze opozycji przeciwko obowiązkowi zgłaszania przyczyny śmierci. Tu już chodzi nie o

przepis prawny, lecz o nastrój, dominujący wśród świata lekarskiego. W tej sprawie prowadzona jest dość szeroka akcja, by zmienić nastrój, gdyż to jest konieczne ze względu na dobro sprawy, i w poszczególnych departamentach drogą porozumienia osiągnięto już bardzo pomyślne wyniki, zaprowadzając system, gwarantujący zachowanie tajemnicy lekarskiej, w całym kraju jednak dotąd jest źle. Normalne świadectwo zejścia nie zawiera nawet pytania, dotyczącego przyczyny, choć w większości przypadków urzędnik stanu cywilnego jakąś przyczynę umieszcza, zwykle na odrębnym świadectwie. Może to być przyczyna, zgłoszona przez lekarza, może być podana przez rodzinę, może być wreszcie stwierdzona przez laika, w rodzaju naszego oglądacza zwłok, a więc wtedy jest już bez wartości. A że takie „stwierdzenie” przyczyny zgonu nie należy do rzadkości, wskazują dane: w roku 1913 w 27% wszystkich osób zmarłych po 15-tym roku życia i w 40% osób zmarłych na wsi nie lekarz określał, na co chory zmarł. Po wojnie poprawiło się trochę, radykalnej zmiany jednak niema, bo jeszcze w roku 1927 przyczynę nieznaną wskazano w 21,4% wszystkich zgonów. Tak więc na francuskiej statystyce przyczyn zgonów w kraju, jako całości, opierać się nie można; tu jeszcze wszystko jest do zrobienia.

W przeciwieństwie do administracji, której charakterystyka wypadła dość ujemnie, zwalczanie klęsk społecznych, jak gruźlica, choroby weneryczne, walka ze śmiertelnością niemowląt, walka z rakiem i t. d. zasługują na wręcz przeciwną ocenę. Ten dział pracy rozwinął się w okresie powojennym imponująco i obiecuje ześrodkować wokoło siebie naprawdę całą akcję higieniczną. Większość poczyniń na tem polu należy do organizacji społecznych, materialnie i moralnie przez rząd popieranym.

Pierwsze miejsce, naturalnie, należy się tutaj walce z gruźlicą, co do której Francja dotąd zajmuje jedno z pierwszych miejsc w Europie. Przed wojną walka społeczna z gruźlicą była bardzo ograniczona, pomimo nawoływań i napomnień ze strony działaczy, bliżej z tą klęską zapoznanych (L. Bourgeois i Landouzy). Dopiero w czasie wojny, kiedy liczba suchotników niepomniernie wzrosła, podniesiono alarm. W wyniku powstał zaczątek prawodawstwa, utworzono nieco instytucji dla ciężko chorych, zaopiekowano się

zwolnionymi z szeregów, potworzyły się komitety miejscowe do walki z tą plagą, wreszcie przybyła Fundacja Rockefellerowska, która przyczyniła się bardzo do rozwoju akcji przeciwgruźliczej i materialnie i organizacyjnie. Od czasu wojny rozwój instytucji przeciwgruźliczych poszedł w niezwykle szybkim tempie naprzód, i dziś arsenał przeciwgruźliczy francuski jest niezwykle bogaty, a pod wielu względami imponujący pokrewnym organizacjom w innych państwach.

Porównanie z rokiem 1918 przedstawia się, jak następuje:

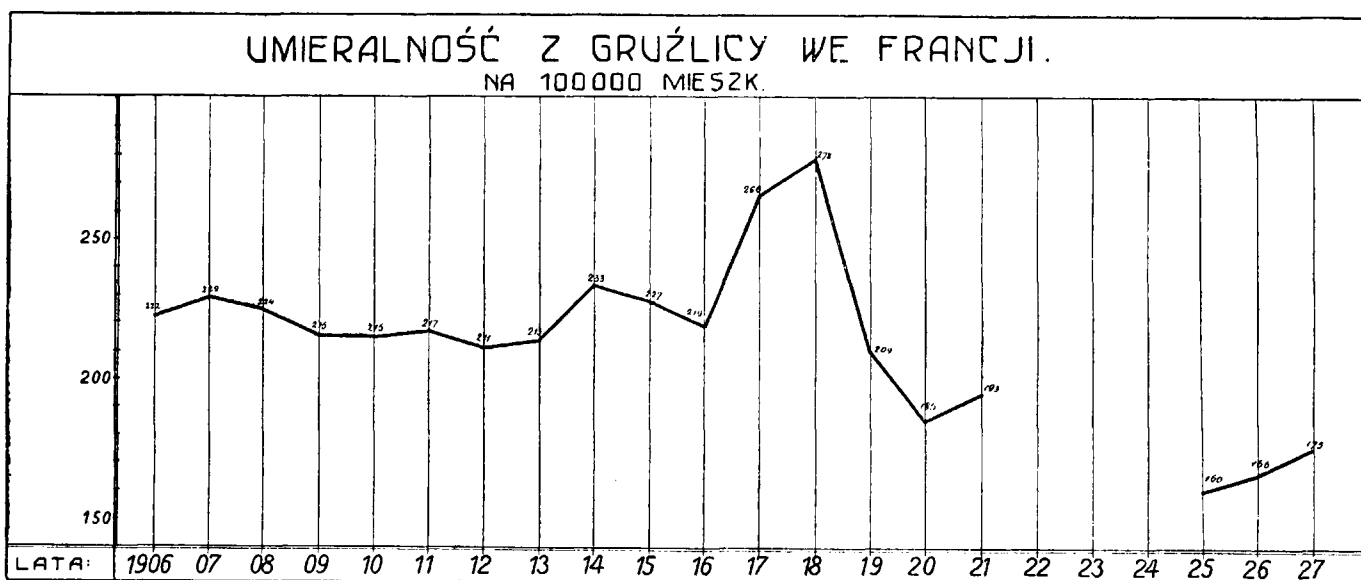
A więc w 1930 roku 44.667 łóżek w porównaniu z 3.138 przed 10 laty, co wskazuje wzrost o 1320%, a jeżeli dodać 1.045 łóżek w szpitalach wojskowych, wzrost sięga 1350%. Dla samych tylko dzieci Francja rozporządza bardzo pokaźną liczbą 25.000 łóżek w prewentorjach, sanatorjach dla gruźlicy chirurgicznej i instytucjach heljoterapii. Takie tempo rozwoju musi budzić podziw nawet u sceptyków.

Po przedstawieniu tych liczb, dających obraz niezwykle wyętej walki przeciwgruźliczej, pomimo woli powstaje pytanie, w jakim kierunku poszedł w tym samym czasie spadek umieralności z powodu gruźlicy. Otóż w całej Francji umieralność na gruźlicę w roku 1927 wynosi 175 na 100.000 mieszkańców, gdy w tym samym czasie w Anglii było 97, w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej 80, a w Danii 78, a więc w porównaniu z krajami, przodującymi pod tym względem, Francja jest w sytuacji wyjątkowo niekorzystnej, i wysoka umieralność z gruźlicy jest jedną z przyczyn wysokiej umieralności we Francji wogóle. Porównanie jednak trzeba przeprowadzić z poprzednim okresem czasu, kiedy akcja przeciwgruźlicza była skromna, lub wręcz znikoma. Otóż w ostatnich 5 latach przed wojną współczynnik umieralności na gruźlicę wahał się w granicach 211—217 na 100.000, w 1918 roku podniósł się do 278, a obecnie wynosi 175, spadek więc w stosunku do lat przedwojennych jest znaczny, szczególnie w miastach. Rzecz godna uwagi: w dużych osiedlach w dzielnicach robotniczych, w których funkcjonują poradnie przeciwgruźlicze, spadek jest najszybszy.

Obecny system walki z gruźlicą opiera się na pięciu elementach, które są: poradnia, sanatorium, sanatorium-szpital, opieka nad dzieckiem i propagan-

T A B L I C A
Francuski Arsenał Przeciwgruźliczy.

	Rok 1918	Rok 1930 (17 styczeń)
Poradnie	70 < 9.212 osób w tem 3.034 dotkn. gruźl.	650 < 488.137 osób w tem 211.942 dotkn. gruźl.
Szpitale (izolacja)	kilkaset łóżek	X — 6.000 łóżek
Sanatoria — szpitale	0 — 0	16 — 3.177 „
Sanatoria	9 — 1.183 łóżek	96 — 9.558 „
Prewentorja	0 — 0	154 — 12.881 „
Sanatoria dla chorych chirurg.	5 — 1.955 łóżek	58 — 12.689 „
Zakłady dla heljoterapii	0 — 0	5 362 „



da. Podział terenu w akcji przeciwgruźliczej odpowiada podziałowi na departamenty, w których działają komitety departamentalne (pozostałość z czasów wojny), prawie wszystkie zgrupowane w Narodowym Komitecie do walki z gruźlicą. Zadaniem centrali tego Komitetu nie jest ani stwarzanie nowych organizacji, ani kierowanie istniejącymi, odgrywa on raczej rolę doradczą i koordynującą z dodatkiem subsydjów w miarę potrzeb i własnych dochodów. Organizacje departamentalne przeciwgruźlicze są kilku typów: jedne tworzą organizacje społeczne współpracujące z władzami publicznymi, drugie są bezpośrednio zależne od administracji publicznej, trzecie wreszcie, nieliczne już bardzo — tworzą instytucje autonomiczne.

Ośrodkiem walki są poradnie, które według prawa z roku 1916 mają się zajmować przede wszystkim kształceniem czy wychowaniem przeciwgruźliczem, propagandą higieny, segregacją i umieszczaniem chorych w odpowiednich zakładach leczniczych. Poradnie utrzymywane są ze źródeł państwowych, które pokrywają główne wydatki na personel i instalację, a siły miejscowe mają za zadanie przede wszystkim opiekę społeczną. Jest dążenie, aby lekarze, pracujący w poradniach, byli specjalistami, którzy odbyli kilkumiesięczne studia, i aby nie zajmowali się praktyką prywatną, natomiast, by w potrzebie pełnili funkcje higienistów. W roku 1928 było już 60 takich lekarzy, i ta liczba stale wzrasta. Siły pielęgniarskie, wykwalifikowane w pracy społecznej i pracujące w poradniach, liczą przeszło 1.000 osób. Sanatoria są liczne, dla mas dostępne i różnorodne (na równinie, górskie, nadmorskie) zależnie od potrzeb, nic jednak specjalnego

pod względem myśli przewodniej nie przedstawiają, wyjąwszy może podział na sanatoria i sanatoria-szpitałe. Natomiast walka z gruźlicą u dzieci jest bardzo ciekawie swoiście zorganizowana i bardzo energicznie prowadzona. Myśl przewodnią tej walki jest bardzo prosta.

Z reguły człowiek na świat przychodzi bez gruźlicy, zaraża się najczęściej w dzieciństwie, trzeba więc przede wszystkim roztoczyć opiekę nad niemowlętami i dziećmi w wieku przedszkolnym, trzeba odłączyć dziecko od matki zakażonej, trzeba je zabrać z rodziny gruźliczej i umieścić na wsi w rodzinie chłopskiej, otaczając je stałą opieką ogólną i lekarską. Przed dwudziestu laty rozpoczęta akcja ta dotyczyła najpierw dzieci w wieku przedszkolnym (Oeuvre Grancher), a obecnie dzięki wysiłkom znanego higienisty i ftizjologa, prof. Bernarda, wzięła pod swą opiekę i dzieci najmłodsze (Oeuvre des tout-petits).

Wreszcie, mówiąc o gruźlicy, trudno nie wspomnieć i o akcji propagandowej, tworzącej przecież podstawę całej pracy i sięgającej daleko poza granicę tego, co nazywamy ściśle akcją przeciwgruźliczą. Niewątpliwie też w znacznej mierze dobrze przeprowadzonej propagandzie zawdzięcza Związek Przeciwgruźliczy 23 miliony fr. (okrągło 8 milionów złotych), zebranych w ostatnim roku ze sprzedaży znaczka przeciwgruźliczego. To imponuje i mówi nie tylko o ofiarności, ale i o dobrej robocie. To też dzięki takim źródłom dochodów własnych i dzięki pokaźnym subwencjom ze strony rządu arsenał przeciwgruźliczy w ciągu kilku lat wzmógł się wielokrotnie, jeszcze szybko wzrasta i doskonali się.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące

—Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do P.P. Wojewodów (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W nawiązaniu do pisma Nr. Z. I. 552/29 z dnia 2 stycznia r. b. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że

z dniem 1 lutego roku 1931-gó uruchomi w Państwowej Szkole Higieny piątą z kolei kurs doskonalenia sanitarnego dla inżynierów, którego program załącza się.

Na kurs będą przyjmowani zasadniczo kandydaci, którzy

wykażą się posiadaniem dyplomu inżyniera z wyższej szkoły technicznej krajowej lub zagranicznej. Kandydaci, nie mający tego dyplomu, mogą przesłuchać kurs, jednak bez prawa przystąpienia do egzaminu ogólnego.

Oplata za kurs wynosi 60 złotych od osoby. Słuchacze będą mogli w miarę możliwości korzystać z mieszkania w bur-sie przy ul. Puławskiej Nr. 91, należącej do Państwowej Szkoły Higieny.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny (ul. Chocimska 24) do dnia 15 stycznia r. 1931. Termin ten należy uważać za ostateczny, gdyż w razie niezgłoszenia się w wyznaczonym terminie odpowiedniej liczby kandydatów kurs będzie odwołany.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o zainteresowanie wymienionym kursem podległych mu bezpośrednio lub w niższych instancjach inżynierów i wydelegowanie na kurs możliwie jaknajwiększej liczby inżynierów. Powyższe zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz) podać także do wiadomości władzom samorządowym oraz zainteresowanym instytucjom celem terminowego zgłoszenia nazwisk inżynierów, którzy zamierzają przystąpić na wymieniony kurs.

Akcja dokształcania sanitarnego inżynierów ma wielkie znaczenie, bowiem wpływa bardzo dodatnio na odpowiednie współdziałanie różnych organów publicznych z czynnikami sanitarnymi.

Dr. Piestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Państwowa Szkoła Higieny.

Rok szkolny 1930/31.

Program piątego kursu dokształcania sanitarnego dla inżynierów (od 1 lutego do 2 marca 1931 r.).

Kierownik kursu; Inż. Mag. Zygmunt Rudolf. Tel. 45-56.

I. Dział ogólny: Godz.

Zagadnienia inżynierji sanitarnej	1	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Zagadnienie higieny publicznej	8	Dr. J. Babecki.
Planowanie osiedli	3	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Higiena wsi, jako zagadnienie państwowe	1	Dr. W. Chodźko.
Walka z chorobami zakaźnymi	5	Dr. H. Palester.
Higiena pracy	5	Dr. B. Nowakowski.
Bezpieczeństwo pracy	4	Inż. St. Rodowicz.
	27	godz.

II. Przedmioty

techniczno-sanitarne:	Godz.	
Hydrologja	4	Prof. M. Rybczyński.
Osuszanie terenów	4	Prof. Cz. Skotnicki.
Wodociągi i kanalizacja	4	Prof. J. Radziszewski.
Oczyszczanie wody i ścieków	10	Inż. A. Szniolis.
Organizacja budowy wodociągów i kanalizacji	2	Inż. Wł. Skoraszewski.
Głębokie studnie i ich wiercenie	3	Inż. W. Krzyżkiewicz.
Usuwanie śmieci i oczyszczanie ulic, walka z dymem	4	Inż. Mag. Z. Rudolf.
Sanacja osiedli, nieposiadających wodociągu i kanalizacji	2	" "
Wentylacja i ogrzewanie	7	Doc. Inż. F. Bąkowski.
Dezynfekcja i dezynsekcja	4	Inż. St. Dobrowolski.
Deratyzacja	2	Doc. płk. Dr. G. Szulc.
Chłodnictwo	3	Prof. B. Stefanowski.
Gazownictwo	1	Inż. Konopka.
Walka z gazami	1	Mjr. B. Sypniewski.

R a z e m 51 godz.

III. Zakłady użyteczności publicznej: Godz.

a) Szkoły	3	Inż. Fr. Ejchhorn.
b) Ośrodki zdrowia	1	Dr. S. Tubiasz.
c) Szpitale	4	Arch. E. Mađurowicz.
d) Kąpieliska	2	Inż. Mag. Z. Rudolf.
e) Rzeźnie	2	Dr. Jan Kiszkiel.
f) Mleczarstwo (obory, mleczarnie)	2	vacat

R a z e m 14 godz.

Wszystkich godzin wykładowych 92 (23 dni wykładowe).

W y c i e c z k i:

- 1) Biuro regulacji m. Warszawy.
- 2) Ośrodek Zdrowia w Mokotowie.
- 3) Stacja przepompowywania ścieków.
- 4) Stacja pomp rzecznych, ujęcie wody z Wisły i nowe osadniki.
- 5) Filtry miejskie oraz laboratorium.
- 6) Zakład spalania śmieci i zakład dezynfekcyjny.
- 7) Zakład oczyszczania ścieków przy szkole powszechnej.
- 8) Rzeźnia miejska na Pradze.
- 9) Stacja doświadczalna do badania ścieków na Kaśkadzie.
- 10) Zakład utylizacyjny.
- 11) Szpitale: Karola i Marii, Dzieciątka Jezus, Przemienienia Pańskiego i Św. Stanisława.
- 12) Większe urządzenia ogrzewniczo-wentylacyjne.
- 13) Gimnazjum Stefana Batorego.
- 14) Kąpielisko miejskie.
- 15) Garaż taboru miejskiego do oczyszczania m. Warszawy.

* * *

Wykłady odbywać się będą w gmachu Państwowej Szkoły Higieny, ul. Chocimska 24, II piętro, od godz. 9-ej do 13-ej.

Wycieczki odbywać się będą w godzinach popołudniowych, każdorazowo za specjalnem zawiadomieniem Sekretariatu Szkoły.

—Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów (wszystkich), Pana Komisarza Rządu m. stoł. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Rzezypospolitej Polskiej w Gdańsku.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości, że na podstawie § 13 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 VIII. 1926 r. o państwowej pomocy lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 555) uznaje zakład leczniczy Wojewódzkie Schronisko dla alkoholików w Gościejewie koło Rogoźna w Województwie Poznańskim za nadający się do leczenia funkcjonariuszów państwowych i członków ich rodzin.

O powyższem należy powiadomić lekarzy umówionych dla państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych z tem, że winni oni pouczyć chorych, przekazywanych do wspomnianego zakładu leczniczego, o obowiązku uprzedniego porozumienia się przed wyjazdem z zarządem zakładu co do warunków przyjęcia, wolnego miejsca i czasu kiedy można przybyć do Zakładu.

Dr. Piestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— III lekarski kurs dokształcający dla lekarzy w Ciechocinku. 31. VIII. — 2. IX. 1930 r.

PROGRAM.

Sobota 30. VIII

Zjazd. Biuro kwaterunkowe na dworcu. Godz. 21 min. 30 zebranie zapoznawcze w restauracji Hotelu Milera. Niedziela 31. VIII.

9—9.45 Min. Dr. W. Chódko (Warszawa) — Zdrojowska polskie wobec postulatów higieny społecznej. 10 — 10.45 Prof. Dr. S. Borowiecki (Poznań) — Rozwój pojęcia sugestji. 11 — 11.45 Prof. Dr. W. Jasiński (Wilno) — O konstytucji i skazach u dzieci. 12—12.45 Prof. Dr. K. Jonscher (Poznań) — Znaczenie stanów podgorączkowych u dzieci. Zwiedzanie odzieżniacza, filtrów Ciechocińskich na Kucyku połączone z wycieczką i atrakcjami na miejscu. Godzina 20-ta teatr.

Poniedziałek 1. IX.

9—9.45 Dr. Cz. Wroczyński (Warszawa) — Współczesne prądy i dążenia medycyny społecznej. 10—10.45 Doc. Dr. W. Czarnocki (Warszawa) — Zmiany zapalne i niezapalne mięśnia sercowego. 11—11.45 Doc. Dr. Z. Monsiorski (Warszawa) — Z patologii miesiączkowania kobiet, przyczyny, leczenie. 12 — 12.45 Dr. R. Bernhardt (Warszawa) — Diagnostyka pryszczycy (eczema). Zwiedzanie urządzeń balneotechnicznych Ciechocinka. Godz. 21-sza Bankiet.

Wtorek 2. IX.

9—9.45 Pułk. Dr. Wł. Osmolski (Warszawa) — Biologiczne znaczenie ćwiczeń fizycznych. 10 — 10.45 Doc. Dr. A. Elektorowicz (Warszawa) — Znaczenie kliniczne cholecytografji. 11—11.45 Prof. Dr. Z. Radliński (Warszawa) — Temat zastrzeżony. 12—12.45 Pułk. Łatkowski (Warszawa) — Wczesne rozpoznawanie i leczenie gruźlicy kostnej. Zamknięcie Kursu. Wycieczki: I do Bydgoszczy, II do Zamku w Gołubiu.

Informacji w sprawie Kursu udziela sekretarz Komitetu Dr. Cz. Hoppe, Ciechocinek, dworek „Ortos“.

Uczestnicy mają zapewnione bezpłatne mieszkanie i 50% ulgi w drodze powrotnej koleją.

Oplata od uczestnika kursu 30 złotych, od osoby towarzyszącej 20 zł.

Za komitet: Prezes: Prof. Dr. E. Loth, Vice-Prezes: Doc. Dr. L. Lorentowicz, Vice-Prezes: Dr. P. Rudzki, Sekretarz: Dr. Cz. Hoppe.

— Zarząd Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego, rozpoczynającego 21-szy rok istnienia, ukonstytuował się na posiedzeniu w dniu 27 czerwca b. r., jak następuje:

Prezes: Br. Wejnert, Wiceprezes: W. Róbin, Skarbnik: B. Kryński, Sekretarz: Fr. Niewiadomski, Zastępca sekr.: J. Nusbaum.

Członkowie Zarządu:

Józef Czarkowski, S. Frank, L. Justman.

— Zarząd Towarzystwa „Rodzina Lekarska” prosi nas o umieszczenie następującej odezwy i podziękowania:

Ratujcie biedne Wdowy i Sieroty po zmarłych lekarzach. Wpłacajcie zaległe składki, które wynoszą około 3000 złotych. Wpisujcie się na Członków Rodziny Lekarskiej (Podwałe 18 m. 12) Konto Czekowe P. K. O. Nr. 15.922.

—0—0—

Rodzina Lekarska składa serdeczne „Bóg zapłać” Panu Doktorowi medycyny Neugebauerowi Juljuszowi za piękny dar w postaci kompletu narzędzi sekcyjnych.

— **Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach** pióra L. Zamenhafa ukażą się niebawem w oddzielnym wydaniu. Celem unormowania nakładu autor prosi o wczesne zamówienia pod jego adresem (Warszawa, Marszałkowska 125). Cena egz. dla prenumeratorów „W. Cz. L.” 5 złotych.

TREŚĆ: H. HIGIER. O angiospazmach oraz ich znaczeniu diagnostycznym i patogenetycznym w chorobach mózgowych. — J. ROSENBLATT i L. TONENBERG. W sprawie leczenia owrzodzeń podudzia na tle żyłaków. — H. LANDAU. O badaniu czynnościowym wątroby i badaniach pomocniczych w rozpoznawaniu schorzeń wątroby i dróg żółciowych. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK, Z zagadnień sanitarnych Francji. (C. d.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. Sur les angiospasmes et leur valeur diagnostique et pathogénique dans les maladies du cerveau. — J. ROSENBLATT et L. TONENBERG. A propos du traitement des ulcères variqueux de la jambe. — H. LANDAU. L'examen fonctionnel du foie et le diagnostic des maladies du foie et des voies biliaires (Rev. gén. suite). — M. KACPRZAK. A propos des problèmes sanitaires en France. (suite).

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 nierezerwowanych: 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-iej do 11-iej r.

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