

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 6 LISTOPADA 1930 R.

Nr. 45

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału wewnętrznego Szpitala na Czystam w Warszawie.
(Ordynator: G. Lewin)

O stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego (Infantilismus insulogenes).

Podał

Juljan FLIEDERBAUM (Warszawa)

Asystent Oddziału.

(Dok. p. № 44).

Przypadki powyższe są wśród 12 przez nas widzianych takich chorych najtypowszymi przykładami stanu dziecięcego pochodzenia trzustkowego. Przypadek pierwszy jest postacią niedomogi wewnątrzwydzielniczej trzustki, która wybuchła jako ciężka cukrzyca młodzieńcza jeszcze przed okresem pokwitania — stąd tak wybitnie zaznaczony stan dziecięcy. Drugi natomiast przypadek powstał wskutek niedomogi trzustki, która wystąpiła w czasie pokwitania i rozwoju płciowego — niedomoga ta wywołała cukrzycę i zahamowała dalszy rozwój.

Opisane przypadki posłużą nam jako drogowskaz do scharakteryzowania obrazu klinicznego tej jednostki chorobowej, wzgl. jej dwóch charakterystycznych odmian.

* * *

Definicja pojęcia *infantilismus insulogenes*. Przez stan dziecięcy pochodzenia trzustkowego rozumiemy zahamowanie wzrostu oraz rozwoju płciowego (cech płciowych drugo i trzeciorzędnych), wywołane przez niedomogę wewnątrzwydzielniczą trzustki. Aczkolwiek we wszystkich spostrzeganych przez nas przypadkach tym stanom towarzyszyła cukrzyca, nie wyłączamy bynajmniej, by niektóre przypadki *infantilismus* bez cukrzycy nie były spowodowane niewydolnością wysepek Langerhansa (p. niżej).

Przebieg kliniczny. Objawy chorobowe.

Z wywiadów dowiadujemy się u takich chorych, że przed okresem rozwoju płciowego lub w czasie pokwitania wystąpiły u nich zaburzenia charakterystyczne dla cukrzycy: wzmożone łaknienie i pragnienie,

swędzenie, chudnięcie, wielomocz i t. d. Rozbiór moczu, wykonany wcześniej, czy później, wykazuje zazwyczaj obecność w nim cukru i ciał acetonowych. Próby z określeniem tolerancji już w tym okresie wskazują na ciężką postać cukrzycy dziecięcej lub młodzieńczej. Cukromocz nie znika po usunięciu z pokarmów węglowodanów oraz ograniczeniu białka w pożywieniu; równocześnie przy przeprowadzaniu tych prób na tolerancję wzrasta gwałtownie ilość ciał acetonowych w moczu, a nie raz zjawia się groźny stan przedśpiączkowy. Dopiero połączone leczenie dietą i insuliną pozwala opanować cukromocz i kwasicę ketonową. Jest rzeczą charakterystyczną, że zazwyczaj chorzy tacy, mimo stwierdzonej u nich ciężkiej cukrzycy wyniszczającej, systematycznego leczenia nie przeprowadzają (ze względu na kosztowną kurację insulinową).

Drugą typową cechą omawianych stanów jest zahamowanie rozwoju fizycznego. Osobnicy tacy zgodnie twierdzą, iż przestają rosnąć z chwilą wystąpienia u nich objawów ciężkiej cukrzycy. W związku z tem spostrzegamy przypadki karłowatości (wzrost poniżej 134 cm. u mężczyzn i poniżej 122 cm. u kobiet) oraz małego wzrostu — hipozomji — „Kümmerwuchs” niem. aut. (wzrost poniżej 150 cm. — u mężczyzn — i poniżej 136 cm. — u kobiet). Wzrost odpowiada wzrostowi dziecka w tym wieku, w którym wystąpiła niedomoga wewnątrzwydzielnicza trzustki. Waga jest proporcjonalna do wzrostu. A zatem *ex post* z liczb wzrostu i wagi spostrzeganego osobnika możemy w tych przypadkach wyprowadzić wniosek, kiedy u niego rozpoczęły się objawy niewydolności trzustki (cukrzycy). Dane z wywiadów potwierdzają słuszność takich wniosków.

Trzecim objawem jest zaburzenie w rozwoju płciowym osobnika. O ile cukrzyca występuje przed okresem pokwitania (por. przypadek 1-szy), to spostrzegamy niedorozwój narządów płciowych: jądra małe w worku mosznowym, prącie małe, przy zachowaniu *libido*, brak wzwodu członka, brak zmasów nocnych, brak snów o zabarwieniu seksualnym. Analogiczne zmiany

sposstrzegamy u kobiet: niedorozwój narządów płciowych zewnętrznych, brak miesiączki, niedorozwój piersi. Jednocześnie stwierdzamy u mężczyzn i kobiet brak 2-go rzędnych i 3-cio rzędnych cech płciowych. U mężczyzn mianowicie znajdujemy brak owłosienia w okolicy wżgórka łonowego, pod pachami i na twarzy (brak wąsów i brody); — nieraz dziecięce *lanugo* pokrywa skórę; krtań nie rozwija się — zachowuje charakter dziecięcy — *pomum Adami* nie wydatne, głos — chłopcicy, dziecięcy; charakterystyczne zmiany w układzie kostnym (p. niżej). U kobiet stwierdzamy — brak owłosienia nad wżgórkim i pod pachami oraz zmiany w układzie kostnym.

O ile schorzenie rozwija się w czasie pokwitania, ale jeszcze przed jego zakończeniem (por. przypadek drugi), to jądra i prącie mogą być prawidłowo wykształcone, *libido* może istnieć, potencja zazwyczaj jest b. zmniejszona (w opisanym przypadku wzwód członka następował dopiero po długotrwałym drażnieniu mechanicznym na drodze samogwałtu), stwierdzamy brak samoistnego wzwodu członka; nad spojeniem łonowym — owłosienie typu kobiecego (sposstrzega się ono również i u eunuchów męskich), brak owłosienia twarzy i pod pachami; krtań dziecięca bez wystającego jabłka Adama, głos chłopcicy, wysoki; charakterystyczne zmiany w układzie kostnym (p. niżej). Analogicznego stanu dziecięcego u kobiet niesposstrzegaliśmy.

Czwartą właściwością naszych chorych jest ich młody, dziecięcy lub młodzieńczy wygląd. Oprócz braku owłosienia twarzy, małego wzrostu i głosu dziecinnego, składa się na to szereg innych czynników. Skóra jest gładka, bez brózd i zmarszczek, bez zmian barwиковych i wykwitów, ściśle przylega do podścieliska, ale jest cienka i przesuwalna. Twarz często pokryta puszkim (*lanugo*), szczęka dolna oraz bródka mało wydatne, szyja krótka i zaokrąglona, postać drobna, mięśnie słabo rozwinięte, wiotkie, hipotoniczne, brzuch wypięty, w okolicy wżgórka łonowego czasami obfita podściółka tłuszczowa, w okolicy lędźwiowej nieraz t. zw. romb *Michaëli* — zmiany, sposstrzegane u dzieci przed okresem pokwitania. Chorzy nasi wyglądają na dzieci — nie zaś na „młodych staruszków” z postacią dziecięcą i nad wiek poważną twarzą, jak to widzimy w *infantilismus dystrophicus* typu *Lorain*a (*Chétitvisme* *Bauer*a). Rozwój psychiczny naszych pacjentów jest zupełnie prawidłowy w odróżnieniu znowu od stanów dziecięcych tarczy copochodnych (*Myxinfantilismus* *Bris*sau d).

Piątą zmienną cechą są zmiany kostne. Zmiany te polegają na zahamowaniu wzrostu kości w kierunku podłużnym. Ponieważ zaburzenia te dotyczą w równym stopniu wszystkich kości, więc przy wzroście karłowatym (o ile zaburzenie wystąpiło przed okresem pokwitania) lub hipozomji (o ile wystąpiło w czasie dojrzewania), stwierdzamy zachowanie proporcji: stosunek wzrostu w pozycji stojącej do wzrostu w pozycji leżącej, stosunek wzrostu do długości poszczególnych kończyn oraz odcinków kończyn dośrodkowych do obwodowych zazwyczaj jest prawidłowy. Czasami kończyny górne są nieco za długie. Stosunek szerokości pleców do szerokości miednicy oraz na wysokości ud u

mężczyzn jest prawidłowy. Natomiast w stanach dziecięcych omawianych u kobiet miednica jest niewykształcona, dziecięca — stosunkowo mniejsza, niż u kobiet.

Badanie rentgenologiczne wykazuje brak zrośnięcia części nasadowych kości długich z trzonami oraz brak punktów skostnienia w tychże nasadach.

O mało wydatnej szczęce dolnej wspominaliśmy wyżej.

Część lędźwiowa kręgosłupa wykazuje wygięcie tylne, dolna grzbietowa — wygięcie przednie; zmiany te wywołują charakterystyczne dla wieku dziecięcego wypięcie brzucha.

W narządach wewnętrznych oraz ze strony układu nerwowego, odchyień od normy nie stwierdza się.

Nie stwierdza się również stałych zmian ze strony przemiany podstawowej, swoisto-dynamicznego działania białka, gospodarki wodnej, jonów wapnia, potasu, chloru i sodu i t. d. Układ autonomiczny częściej wykazuje wysokie napięcie układu współczulnego, czasami jednakże amfotonję. Zmiany w gospodarce kwasowo-zasadowej idą równolegle do ciężkości cukrzycy, wzgl. do nasilenia ketonurji.

Natomiast zwrócić musimy szczególną uwagę na czynnościowe badanie trzustki i aparatu wysepkowego.

Czynność zaczynowa trzustki jest prawidłowa — ilości diastazy, trypsyny i lipazy w treści dwunastniczej i stolcu oraz ilość diastazy w moczu wykazują zazwyczaj stosunki prawidłowe. Musimy jednakże zaznaczyć, iż w jednym z podanych przypadków, w którym początkowo stwierdziliśmy prawidłową czynność trawienną soku trzustkowego, w czasie pobytu na oddziale wystąpił ostry stan zapalny trzustki (*pancreatitis acuta*), który spowodował przelotne zmniejszenie się siły trawiennej trzustki (przypadek ten był demonstrowany przez kol. Turyn a).

Badanie aparatu wysepkowego wykazuje cechy znamienne dla cukrzycy trzustkowej: 1) wysoki poziom cukru we krwi na czczo po uprzedniej djecie bezwęglowodanowej, 2) po podaniu 50 gr. glukozy poziom cukru we krwi szybko się wznosi i osiąga liczby duże, opada b. powoli (jeszcze po 2—3 godzinach pierwotny poziom nie zostaje osiągnięty), brak lub słabe występowanie fazy hipoglikemicznej po fazie hiperglikemicznej, 3) po zastrzyknięciu insuliny cukier we krwi szybko opada, 4) wysoki próg nerkowy dla cukru.

Ciśnienie krwi zarówno skurczowe, jak i rozkurczowe jest częściej obniżone.

Obraz krwi morfologiczny wykazuje mierną limfocytozę.

Rozpoznanie różniczkowe. Podany obraz niedorozwoju fizycznego i płciowego w połączeniu z cukrzycą oraz z młodym wyglądem daje możliwość odróżniać te stany od pozostałych stanów dziecięcych. Byłoby to możliwe nawet i wtedy, gdyby w przedstawionym zespole brakowało jednego objawu — ciężkiej cukrzycy (p. niżej).

Od stanu dziecięcego typu *Lorain*a różni się ten stan młodym, dziecięcym wyglądem chorych, gdy natomiast infantyilizmowi *Lorain*a

(Chétivisme Bauera) towarzyszy starczy wygląd twarzy. Stan ten ostatnio wiąże z przysadką.

Stan dziecięcy przysadkowy, jak wiemy, idzie w parze z objawami ucisku powiększonej przysadki na części sąsiednie (ból głowy, zmiany w granicach pola widzenia, nieraz tarcza zastoinowa) oraz z objawami zmienionej czynności przysadki (zmienione swoisto-dynamiczne działanie białka i przemiana podstawowa, swoista krzywa glikemiczna, zmiany w przemianie soli kuchennej i wodnej i t. d.). Zdjęcie rentgenowskie wykazuje typowe zmiany w siodle tureckim. Wszystkich tych objawów brak u naszych chorych.

Stan dziecięcy tarczycowy pochodny B r i s s a u d różni się od podanego — klinicznie objawami łagodnego obrzęku śluzakowatego (niedorozwój umysłowy, tępy wyraz twarzy, skóra nalaną, gruba, krucha, nieraz popękana, paznokcie popękane i t. d.; przemiana podstawowa obniżona, zwolnione wydalanie wody i soli z ustroju i t. d.)

W stanach dziecięcych pochodzenia jądrowego spostrzegamy zazwyczaj niedorozwój psychiczny obok braku cech drugorzędnych i trzeciorzędnych płciowych. Wzrost takich chorych, (eunuchów) w odróżnieniu od naszych, jest zmniejszony. Analogiczne widzimy zmiany w młodzieńczym zespole kastracyjnym kobiecym.

Z łatwością da się również *infantilismus insulogenes* uniezależnić od schorzeń pozostałych gruczołów dokrewnych:

Schorzenia szyszynki wywołują *pubertas praecox*, przytarczyczki — zmiany w przemianie wapniowej, grasicy zespół chorobowy zwany *progeria* Gilforda lub *nanismus senilis* Variot.

Opisywano stany dziecięce, zależne od nadmiernej czynności kory nadnerczy (guzy). O ile te zaburzenia występują w łonie matki, rodzi się dziecko obojnacze; o ile guz powstaje w dzieciństwie, spostrzegamy nadmierny wzrost, przedwczesny rozwój płciowy, otyłość i t. d.; o ile — w okresie pokwitania (widziano tylko u dziewcząt) to rozwija się t. zw. *virilismus*: miesiączki ustają, łechtaczka przerasta, pochwą zwęża się, zjawiają się włosy na twarzy (wąsy i broda), zmienia się charakter, rozwija się siła fizyczna i t. d.

Już krótki szkic tych stanów odróżnia je dobitnie od stanu dziecięcego pochodzenia trzustkowego.

Etjologia i patogeneza.

Wszystkie obserwowane przez nas przypadki współistnienia cukrzycy i stanu dziecięcego posiadają cechy, różniące je od pozostałych postaci *infantilismus*. Te czynniki zmuszają nas do przyjęcia wniosku, że opisane przypadki tworzą odrębną jednostkę kliniczną. Należy jedynie rozstrzygnąć pytanie, czy cukrzyca jest schorzeniem, towarzyszącym tylko stanowi dziecięcemu, czy też jest jego przyczyną.

Jak zauważyliśmy na wstępie artykułu niniejszego, wszystkie stany dziecięce należy uważać za skutek schorzenia gruczołów dokrewnych, wzgl. braku pewnych ekhormonów w pożywieniu. Przypadków, przez nas obserwowanych, nie możemy uważać za awitaminozę, gdyż i pacjenci nasi otrzymywali w pożywieniu pokarmy, zawierające witaminy wzrostu i czynności rozrodczych (A i E).

Badania kliniczne i laboratoryjne nie wykazują, poza trzustką, schorzenia żadnego z gruczołów dokrewnych, — co nas upoważnia do szukania w trzustce przyczyny omawianych stanów. Uwaga nasza zwraca się w kierunku czynności wewnętrzwydzielniczej trzustki, gdyż jej zdolność trawienna w przypadkach naszych nie wykazuje odchylenia od normy.

Jak wynika z badań szeregu autorów, wysepek Langerhansa wzgl. ich hormon insulina wpływają na przemiany: 1) węglowodanową (Mering i Minkowski), 2) tłuszczową (Falta: otyłość wskutek hiper- i konstytucjonalna szczupłość wskutek hipo-insulinizmu; tuczące działanie insuliny), 3) białkową (M. Labbé: insulina zmienia w przebiegu ciężkiej cukrzycy bilans azotowy ujemny na dodatni), 4) wodną (insulina zmniejsza diurezę, zwiększa wodochłonność skóry, nieraz wywołuje obrzęki), 5) kwasowo-zasadową (insulina jest „alkalizatorem krwi”) i t. d. Insulina wpływa też na czynniki troficzne w tkankach — przyspiesza wzgl. pobudza gojenie się ran (M. Landsberg, Adlersberg, Porges i inni). Badania te tłumaczą nam wyniszczenie ogólne w przebiegu cukrzycy ciężkiej.

Nobécourt (Journ. des Praticiens, 18 XII 1926 i I. VI. 1929), M. Labbé (Pr. Médic. 1930, Nr. 62, str. 1041), Priesel i Wagner i inni podkreślają niedorozwój fizyczny oraz zmniejszenie wzrostu dzieci cukrzycowych. Zwraca na to uwagę również P. Baumritter w swej monografii o cukrzycy dziecięcej. Autorzy powyżsi nie tłumaczą jednakże przyczyny tego zjawiska.

Otóż istnieją dowody doświadczalne, przemawiające za rolą trzustki, wzgl. wysepek Langerhansa w patogenezie karłowatości i niedorozwoju płciowego niektórych dzieci cukrzycowych. Mamy mianowicie na myśli doświadczenia Pratta (Journ. Am. Med. Ass. T. 59, str. 322, 1912 r.): wycięcie trzustki szczeniętom hamuje ich rozwój płciowy oraz wzrost — stwarza zatem doświadczalny prototyp stanu dziecięcego pochodzenia trzustkowego.

Sądzić więc należy, że cukrzyca, występująca u osobników rosnących, o ile proces chorobowy zajmuje większą część wysepek Langerhansa, powoduje zahamowanie wzrostu (przyp. 2-gi), a o ile występuje przed okresem pokwitania — wywołuje również i niedorozwój narządów płciowych i cech płciowych (przypadek 1-szy).

O ile chodzi o zmiany anatomiczne, to sądzić należy, że cukrzyca wtedy wywołuje zmiany we wzroście, gdy obok komórek „beta” wysepek Langerhansa (mających wpływ na przemianę węglowodanową), zajęte są również komórki „alfa”, które wg. Allena, Martina i inn. mają wpływ troficzny na ustrój. Zmiany spostrzegane tedy w komórkach alfa w ciężkiej postaci cukrzycy tłumaczyłyby zaburzenia w odżywianiu ogólnym, w gojeniu się ran i t. d. u osobników dorosłych (*diabète maigre*), zaburzenia we wzroście u osobników rosnących (*nanosomia*, *hyposomia*) oraz zaburzenia w rozwoju płciowym — o ile występują przed pokwitaniem lub w czasie pokwitania (*infantilismus*).

Możliwe, że niektóre przypadki stanu dzie-

cięcego niejasnego pochodzenia zależne są od zmian w komórkach alfa bez równoczesnych zmian w komórkach beta—więc i bez cukrzycy.

Rokowanie. Leczenie.

Rokowanie *quoad vitam* zależne jest od opowania cukrzycy i od systematycznego, lata trwającego leczenia przy pomocy diety i insuliny. *Quoad sanationem* rokowanie jest zależne od wyników leczniczych pod wpływem insuliny.

Jak wspominaliśmy już, szereg autorów zwracał uwagę na zaburzenia we wzroście dzieci cukrzycowych (t. zw. *hypotrophia*). Wpływ leczniczy insuliny na wzrost jest różny wg. różnych autorów. Chabaniér, Lebert i Lumiére nprz. sądzą, że insulina pobudza ten wzrost; Lereboullet uważa, że wpływ ten jest niestały, a Nobécourt—że jest wątpliwy: insulina wg. niego nie wpływa na wzrost. O wpływie insuliny na rozwój cech płciowych nie wspomina nikt z autorów, podobnie jak niema w piśmiennictwie wzmianek o wpływie cukrzycy dziecięcej na niedorozwój płciowy.

Osobiście posiadamy jeszcze zbyt krótkotrwałą obserwację stanów dziecięcych pochodzenia

wysepkowego, aby móc zdecydować, czy insulina pobudza wzrost oraz czy przyspiesza wzgl. stymuluje rozwój płciowy.

Jako potwierdzenie *ex juvantibus*, w pierwszym z przedstawionych przypadków po roku systematycznego stosowania insuliny (por. rys. 4-ty) przyszło do zwiększenia się wzrostu o 3 cm., do względnego zwiększenia się narządów płciowych (jądra, prącie), zaczęły występować wzwód członka i zmazy nocne, zjawilo się owłosienie nad spojeniem łonowym, pod pachami i na twarzy (zaznaczają się wąsy i broda) oraz znikły skupienia tłuszczu w okolicy *mons Veneris*. Chory zmężniał.

Rozbieżność zaś zdań co do wpływu hormonu trzustkowego na rozwój fizyczny należy tłumaczyć tem, że może nie wszystkie przetwory insuliny zawierają w równej ilości domieszkę hormonu troficznego komórek alfa do hormonu przeciwcukrzycowego komórek beta wysepek Langerhansa.

Należałoby wreszcie stosować wyciągi wysepkowe w przypadkach stanu dziecięcego bez cukrzycy, nie podpadającego pod dotychczasowe jednostki infantylizmu, a podobnego do opisanego powyżej *infantilismus insulogenes*.

Z klinik, szpitali i pracowni

Ze Szpitala Miejskiego dla chorych zakaźnych w Częstochowie

O stosowaniu autohemoterapii w durze brzuszny.

Podał

Ignacy KONIECPOLSKI (Częstochowa).

Hemoterapia, jako środek leczniczy, znana jest oddawna. W dermatologii, spotykamy się ze stosowaniem krwi własnej, lub obcej w przeróżnych cierpieniach.

W zapaleniu płuc i chorobach gorączkowych Barabas stosuje autohemoterapię z pomyślnym wynikiem.*)

Miedzy innemi i w podręczniku Wagner — Jauregga i Bayera: *Lehrbuch der Organotherapie* znajdujemy wzmianki o zastosowaniu autohemoterapii w chorobach zakaźnych. Niewątpliwie, efekt, jaki często obserwujemy po zastosowaniu suchych baniek, ma również swoje podłoże w swego rodzaju auto-hemo-sero terapii. Środek ten czysto empiryczny przetrwał dziesiątki lat i znajduje coraz więcej zwolenników. Jest to zgodne z założeniem Hipokratesa, który twierdzi: lekarz ma jedno zadanie, a mianowicie — leczenie; jeżeli ono mu się udaje, to jest rzeczą obojętną, jaką drogą ono zostało osiągnięte. Słowa te po dzień dzisiejszy są nie mniej aktualne (Krehl).

W krwotokach kiszkowych, jakie często obserwujemy w przebiegu duru brzusznego, niejednokrotnie stwierdzamy, że pomimo zastosowania t. zw. środków hemostatycznych, jak np.: żelatyna, koa-

gulen i td. efektu pożądanego nie otrzymujemy. Ostatnio w tych przypadkach stosujemy autohemoterapię, przyczem sama procedura jest niezwykle prosta. Pobieramy z żyły chorego 2—3 ccm krwi i bezpośrednio ją zastrzykujemy pod obojczyk ew. domięśniowo. Zabieg ten chorzy znoszą dobrze. Poniżej podajemy niektóre dane z historii chorób, obserwowanych w naszym szpitalu.

I. Władysława A. lat 24. Przyjęta 22/8 do szpitala z rozpoznaniem: dur brzuszny. W czwartym tygodniu choroby wystąpił obfity krwotok kiszkowy. Zastosowano, oprócz zwykłych w tych przypadkach zabiegów, jak: lód na brzuch, spokój, autohemoterapię, w formie, wyżej opisanej.

Po zabiegu krwotok więcej się nie powtórzył, ciepłota stopniowo opadała i chora powoli wracała do zdrowia. W innym przypadku, obserwowanym w praktyce prywatnej w przebiegu duru brzusznego, z dużemi powikłaniami ze strony płuc, wystąpił duży krwimocz.

Przypadek ten tyczy 16-letniego chłopca M. T., u którego, pomimo zastosowania najprzeróżniejszych leków, krwimocz nie ustawał. Zastosowana autohemoterapia dała wynik bardzo dobry, na co zwróciło uwagę samo otoczenie chorego.

Pomyślny wynik obserwowaliśmy również u chorej naszego szpitala Natalji S. U chorej tej oprócz autohemoterapii z powodu dużej utraty krwi, zastosowano podskórnie fizjologiczny roztwór soli.

Zachowując się do pewnego stopnia z rezerwą do wszelkich metod leczniczych, nie chcemy również i tej metody przecenić, jednakże otrzymane wyniki zachęciły nas do dalszego stosowania i zakomunikowania kolegom w celu wypróbowania przez nich tej metody leczenia.

*) Orvosi Hetilap. 1929, Nr. 2 cyt. podł. W. Czas. Lek 34—1930.

Z praktyki prywatnej

W sprawie stosowania morfiny w chorobach serca.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

W sprawie stosowania morfiny u chorych sercowych panują przeważnie zupełnie mylne poglądy, że może ona jeszcze bardziej pogorszyć istniejące osłabienie serca. Spostrzegałem ostatnio dwa przypadki ciężkiej choroby serca, przebiegające z bardzo silnymi bólami, okropną dusznością i podnieceniem ogólnym, w których chorzy w ciągu długich tygodni znosili straszne, trudne wprost do opisanie męczarnie, a mimo to zarówno lekarze, jak i pouczona przez nich rodzina stanowczo sprzeciwiali się zastosowaniu morfiny, któraby mogła według nich zadziałać szkodliwie na serce. Leczenie nasercowe żadnej ulgi nie sprawiało, i obaj chorzy zginęli wśród męczarni, których stanowczo można było uniknąć, nie skracając bynajmniej przez to życia chorych, a może nawet je przedłużając, gdyby nie to niczem nieuzasadnione uprzedzenie do morfiny.

Morfina w dawkach, zwykle stosowanych, nie tylko żadnego szkodliwego wpływu na krwotok nie okazuje, lecz przedstawia bardzo cenny środek leczniczy w zaburzeniach krążenia. Morfina łagodzi skurcz naczyń, zmniejsza ośrodkowo nadmiernie podwyższone ciśnienie krwi i uspakaja ośrodek oddechowy i kaszlowy. Tętno po morfinie początkowo nieznacznie się przyspiesza, a następnie nieco zwalnia.

Morfina nadaje się doskonale do leczenia przełomów naczyniowych i jest zawsze wskazana w nagłych powikłaniach bólowych lub dusznościowych u osobników z chorobami aorty lub z nadciśnieniem. Duże usługi oddaje morfina również i w napadach duszniczy bolesnej oraz podczas ostrej niedomogi serca, zwłaszcza, gdy występuje ona w postaci *asthma cardiale*. Również i niepokój psychiczny ciężko chorych sercowych, dochodzący czasem nawet do stanów pobudzenia, wpływający wielce ujemnie na krążenie i pogarszający jeszcze bardziej już i bez tego ciężki zwykle stan chorego, jest wskazaniem do stosowania morfiny.

Wybitnym objawem ciężkich zaburzeń krążenia jest duszność. Duszność nie tylko męczy chorego podmiotowo, lecz przedstawia nieekonomiczny typ oddychania, wymaga bowiem wielkiej pracy od chorego i wyczerpuje niepotrzebnie jego siły. Morfina bywa w takich przypadkach środkiem wprost cudownym, gdyż zmniejsza wrażliwość ośrodka oddechowego, zwalnia częstość oddechów i pogłębia ruchy oddechowe. Jednocześnie zmniejsza się oddechowa praca mięśniowa, związana z dusznością i bardzo obciążająca serce. Doprowadzenie do normy powierzchniowego i przyspieszonego wskutek osłabienia serca oddechu okazuje nadzwyczaj pomyślny wpływ zarówno na przedmiotowy, jak i podmiotowy stan chorego sercowego.

Tak samo wrażliwe są na morfinę i czuciowe ośrodki, związane z narządem oddychania, a warunkujące kaszel. Morfina w znacznym stopniu przytłumia tak uciążliwą dla chorych sercowych skłonność do kaszlu, która zwłaszcza w obecności płucnych objawów zastoinowych może być bardzo duża i całkowicie pozbawia chorego spokoju i snu. W przypadkach uporczywej bezsenności chorych sercowych, zależnej przeważnie od duszności lub kaszlu, środki nasenne zawodzą częstokroć zupełnie; jednocześnie natomiast podanie choremu środka nasennego i morfiny zapewnia mu spokojny sen i wzmacnia cały ustrój.

Pomimo, że nieuprzedzona obserwacja dowodzi w sposób niewątpliwy wielkiej wartości morfiny w chorobach serca, lekarze-praktycy odradzają przeważnie jej stosowanie w przypadkach poważniejszych zaburzeń krążeniowych. Vaquiez uważa, że ta różnica zależy nie od względów naukowych, lecz od rozważań życiowo-zawodowych, które nie powinny jednak wchodzić w rachubę. Wstrzykiwania morfiny mają wśród ogółu złą opinię. Mało kto zresztą z lekarzy uważa, aby mogły one pogorszyć stan chorego lub nawet spowodować zejście śmiertelne, lecz w przypadkach ciężkich chory, niezależnie oczywiście od zastosowania morfiny, może zginąć. Z tego tylko względu dla zmniejszenia swej odpowiedzialności i zrzućcenia niesłusznego, na niczem nie opartego zarzutu unika się morfiny i pozbawia się częstokroć chorego jedynego leku, któryby mógł mu sprawić znaczną ulgę w jego rozpaczliwych niejednokrotnie cierpieniach. Vaquiez jest zdania, że wbrew rozpowszechnionym poglądom, ostra niedomoga serca z obrzękiem płuc lub ciężką dusznicą bolesną usprawiedliwiają całkowicie stosowanie morfiny. Według Vaquieza, który osobiście często korzystał z morfiny w takich przypadkach, czasem nie była ona, oczywiście, w stanie zapobiec śmierci, niejednokrotnie uratowała chorego, nigdy go nie zabiła.

Według Edensa morfina, podana we właściwej dawce i w odpowiednim przypadku, przedstawia bezcenny środek dla leczenia ciężko chorych sercowych. Właśnie w najcięższych przypadkach chorób serca Edens ani razu nie spostrzegł jakichkolwiek objawów niepomyślnego wpływu morfiny na serce, a zawsze osiągał wyniki wprost znakomite. „Morfina jest naszym najcenniejszym środkiem oszczędzającym, a w związku z tem i doskonałym środkiem wzmacniającym dla wyczerpanego serca. Jeżeli cierpienie serca jest już tak daleko posunięte, że według wszelkiego prawdopodobieństwa czas trwania życia można liczyć już na niewiele lat, a jednocześnie stwierdza się objawy stałej choć lekkiej duszności, przyczem już nawet niewielkie, niemożliwe do uniknięcia wysiłki duszność tę znacznie zwiększają, wówczas przy pomocy niewielkich dawek morfiny, które z biegiem czasu należy, oczywiście, zwiększać, jesteśmy w stanie nie tylko ulżyć choremu w jego cierpieniach, lecz również przedłużyć jego życie.”

Według Krehla chorzy na serce dobrze znoszą alkaloidy makowca (kodeinę, dioninę, morfinę); nie należy skąpić tych środków w przypadkach beznadziejnych a męczących. Ale i w przypadkach łagodniejszych należy pamiętać, że osiągnięte za pomocą narkotyków uspokojenie psychiczne chorych, uwolnienie ich od lęku, spowodowanie snu — nietylko uczyni znośniejszem życie, ale podziała dobrze i na serce, ponieważ wszystkie wymienione niepomyślne czynniki szkodzą sprawności krwioobiegu.

W przypadkach nieznoszenia morfiny (mdłości, wymioty) można korzystać z licznych, choć przeważnie nieco słabszych przetworów zastępczych (pantopon, parakodina, eukodal, dilaudid, dikodid i t. p.). Namiastki te należy, oczywiście, stosować w dostatecznie dużych dawkach. Wstrzykując morfinę po raz pierwszy chorym, których wrażliwości na morfinę nie znamy, należy zastoso-

sować jako dawkę początkową 0,005—0,01, którą dopiero następnie przy dobrej tolerancji można bez obawy zwiększyć do dawki przeciętnej 0,015—0,02. Dla niedopuszczenia do tak niepożądanego w chorobach sercowych zaparcia, które wywołują wszystkie wyżej wymienione przetwory makowca, należy koniecznie dbać o zachowanie regularnych wypróżnień za pomocą odpowiedniej diety i środków czyszczących.

Zarówno więc piśmiennictwo, jak i praktyka codzienna wykazują, że o szkodliwości stosowania morfiny w chorobach serca mowy być nie może, i że niema najmniejszego powodu do wyrzekania się tak cennego leku. We wszystkich przypadkach z silnym bólem lub dusznością morfina przedstawia jedyny niezawodny środek objawowy dla zaoszczędzenia sił i natychmiastowego złagodzenia cierpienia chorego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Ż Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.

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

„Serce sportowe“

(w ujęciu E. Kircha)

Podał

W. CZARNOCKI, prosektor Zakładu (Warszawa)

Wpływ sportu na ustrój wogóle, a na układ krążenia w szczególności, nie jest w chwili obecnej dostatecznie zbadany. Panujące dzisiaj zapatrywania w tej dziedzinie opierają się bądź na wynikach bezpośredniego badania sportowców przed, w czasie, lub po ukończeniu przez nich różnego rodzaju gier sportowych, bądź na wynikach długotrwałej obserwacji stale uprawiających pewnego rodzaju sporty, bądź wreszcie na danych, uzyskanych z odpowiednio przeprowadzonych badań doświadczalnych na zwierzętach.

Istniejące dzisiaj zapatrywania na wpływ sportu są rozbieżne, a nieraz wręcz ze sobą sprzeczne; nie jest to dziwne, gdyż masowe uprawianie sportu jest nabytkiem czasów powojennych, a miniony czas jest zbyt krótki dla wyciągnięcia dostatecznie uzasadnionych wniosków. Ustalenie jednak zapatrywań w sprawie przemian, powstających w sercu pod wpływem różnych sportów, jest rzeczą niezmiernie pożądaną i ważną nietylko z punktu widzenia ściśle teoretycznego, lecz i praktycznego, gdyż, o ile mogą sądzić ze znanych mi kilku przypadków, ocena t. zw. „serca sportowego” opiera się na błędnych przesłankach i prowadzi do fizycznej dyskwalifikacji osób, które, zdaniem mojem, pod względem fizycznym stanowią materiał pierwszorzędny. Spostrzegane zaś u nich pewne zmiany obiektywne, czy to opukowe, czy też osłuchowe, które były powodem ich fizycznej dyskwalifikacji, powinny być interpretowane odmiennie,

słowo staniemy na stanowisku, że sport może wywołać w narządzie krążenia pewne obiektywne zmiany, które dotychczas uprawniały do twierdzenia, że są to znamiona serca chorego.

Nie posiadam własnego doświadczenia w dziedzinie „serca sportowego” chcę tylko w niniejszym referacie przedstawić zapatrywania na tę sprawę prof. Eugenjusza Kircha, anatoma patologicznego z Würzburga. Zapatrywania jego opierają się nietylko na dokładnej znajomości lekarskiego piśmiennictwa sportowego, lecz i na jego własnych wynikach badań anatomicznych nad rozszerzeniem i przerostem serca, przeprowadzonych według metody wagowej Wilhelma Müllera z Jeny oraz według metody pomiarów liniowych E. Kircha.

Zanim przystąpię do omówienia sprawy „serca sportowego” w oświetleniu wspomnianego autora, muszę w krótkości przedstawić wnioski, do jakich doszedł E. Kirch w swych badaniach anatomicznych nad przerostem i rozszerzeniem serca. Wnioski te są następujące:

1. Każdy z czterech odcinków serca wykazuje znaczną niezależność w powstawaniu przerostu i rozszerzenia. Jednoodcinkowe przerosty lub rozszerzenia nie są rzadkie; klinicznie powinno się te stany rozpoznawać częściej, niż dotychczas; na stole sekcyjnym widzimy je rzadziej, gdyż z reguły są one już w tym momencie znacznie dalej posunięte.

2. W każdej komorze istnieje droga dopływu i droga odpływu. Drogi dopływu biegą od ujść żylnych do koniuszka serca i są utworzone przez część tylnej ściany odnośnej komory i przez przylegający do niej tylny odcinek przegrody międzykomorowej. Drogi odpływu biegą od koniuszka serca do odpowiednich ujść tętniczych i są utwo-

rzony przez przednią ścianę odnośnej komory i przylegający do niej, znacznie większy niż w drodze dopływu, przedni odcinek przegrody międzykomorowej. Długość dróg dopływu i odpływu jest niejednakowa. Stosunek liczbowy tych długości wynosi w komorze prawej 2:3 w komorze lewej 4:5. Znaczne odchylenia od tych stosunków liczbowych przemawiają już niewątpliwie za stanem chorobowym serca.

Wprowadzenie pojęć „droga dopływu” i „droga odpływu” pozwala odróżnić na stole sekcyjnym już nieznaczne stany przerostu lub rozszerzenia. Pamiętać jednak należy, że pod mianem „przerost zwykły” rozumiemy zgrubienie mięśnia sercowego, a pod mianem „rozszerzenie” zwiększenie objętości odnośnego odcinka serca, niezależnie od stanu grubości mięśnia sercowego. Rozszerzenie może powstać dwojako: a) przez powiększenie wymiaru poprzecznego jamy — jest to rozszerzenie w ścisłym tego słowa znaczeniu, b) przez powiększenie wymiaru podłużnego jamy — wydłużenie się jamy. Zwykle oba wymiary powiększają się równomiernie, czasami jednak mogą być znaczne od tej zasady odchylenia.

3. Mechanizm powstawania przerostu i rozszerzenia zawsze jest ten sam — okresy początkowe tych stanów zaznaczają się na drogach odpływu, dopiero następnie mogą być wciągane i drogi dopływu. Tę prawidłowość w powstawaniu czy to przerostu, czy też rozszerzenia stwierdzają wyniki pomiarów, uzyskane metodą Kirch'a. Zmianę stosunku liczbowego drogi dopływu do odpływu w przypadkach przerostu, a zwłaszcza rozszerzenia komór i związanej z tem zmiany kształtów poszczególnych odcinków serca można już dostrzec wolnym okiem, jeśli wiemy o istnieniu tych zmian. Szereg rysunków w pracach Kirch'a ilustruje zachowanie się komór w rozmaitych okresach ich przerostu lub rozszerzenia. Ogólnie rzecz biorąc, można powiedzieć, że najwcześniejsze początki rozszerzenia lub przerostu zaznaczają się na końcowym odcinku drogi odpływu, a więc w komorze lewej poniżej zastawek tętnicy głównej, w komorze prawej, poniżej zastawek tętnicy płucnej. Z tych odcinków zmiany posuwają się przeciwko prądowi krwi w kierunku koniuszka serca; stąd zaś ku górze ku ujściom żylnym. Autor podkreśla, że odosobnionemu czy to rozszerzeniu czy też przerostowi mogą ulec tylko drogi odpływu; takich odosobnionych zmian nigdy nie bywa w drogach dopływu.

Dla zrozumienia zmian, które, prawdopodobnie, powstają w „sercu sportowem”, należy odróżniać dwa pojęcia: I — rozszerzenie serca bierne (*dilatatio myogenes*) i II — rozszerzenie czynne (*dilatatio tonogenes*).

Niezbędnym warunkiem powstania rozszerzenia biernego serca są widome lub ukryte zmiany w mięśniu sercowym, a więc zmiany zwyrodnieniowe, zapalne lub też inne. W rozszerzeniu tem, mimo prawidłowej zawartości krwi w jamie odnośnego odcinka serca, mięsień nie może wypchnąć krwi, aczkolwiek aparat zastawkowy i krążenie obwodowe są niezmienione. Wynikiem niestosunku zawartości krwi w jamie odnośnego odcinka serca i siły skurczowej zmienionego mięśnia jest

zwiększone zaleganie krwi z następczem rozszerzeniem komory.

W przypadku drugim rzecz ma się odmiennie. Mięsień sercowy jest zdrowy i nieosłabiony. Rozszerzenie jest tu sprawą wtórną, powstaje ono następnie wskutek nadmiernych oporów, które musi pokonać serce (zweżenie ujść naczyńiowych, zwiększenie oporów w małym lub wielkim kole krążenia) przez zwiększenie swej pracy drogą silniejszych skurczów mięśnia. Ten odczyn serca nie wystarcza jednak i wskutek tego w końcu okresu skurczowego pozostaje w odpowiednim odcinku serca pewna ilość krwi, niewypchnięta do koryta krwionośnego. W ten sposób powstaje rozszerzenie odnośnej jamy. Rozszerzenie to znane jest również pod mianem „wyrównawczego”. Typ rozszerzenia czynnego jest mało uchwytany i mało znany zarówno klinicytom, jak i anatomom patologicznym.

Cechy anatomiczne pozwalają odróżnić rozszerzenie bierne od czynnego. W rozszerzeniu biernym wymiar serca poprzeczny góruje nad podłużnym, koniuszek serca jest szeroki, jakby stępiony. Obraz więc rentgenologiczny i wyniki badania klinicznego ułatwiają rozpoznanie. W rozszerzeniu czynnym serce się wydłuża, jego wymiar poprzeczny jest normalny, lub co najwyżej nieznacznie powiększony. Koniuszek serca jest wydłużony i ostry. Zapomocą badania klinicznego trudno stwierdzić zmianę kształtów serca w czynnym jego rozszerzeniu, można ją jednak uwidocznic rentgenologicznie, zwłaszcza gdy rentgenolog wie o jej istnieniu.

Wnioski praktyczne z wyników badań anatomicznych Kirch'a muszą, zdaniem tego autora, zmusić w przyszłości klinicystę do zmiany zapatrywań na objawy opukowe, które mogą przemawiać za rozszerzeniem serca: nie w każdym rozszerzeniu serca powiększa się jego wymiar poprzeczny (w prawo lub w lewo), czasami może przemawiać za rozszerzeniem również i wydłużenie jego osi długiej, jak to zdarza się w czynnych rozszerzeniach serca.

Czasami istnieją przypadki, przeczące niejako wyłuszczeniom przed chwilą zapatrywaniom; mianowicie, wychodząc z założeń teoretycznych, należałoby oczekiwać rozszerzenia czynnego, faktycznie jednak klinicznie stwierdza się powiększenie wymiaru poprzecznego. W przypadkach takich mamy postać mieszaną (*dilatatio tono — myogenes*). Należy ona niewątpliwie do najczęściej spotykanych.

Przytoczony podział rozszerzeń serca ma duże znaczenie z punktu widzenia leczniczego oraz rokowania. Losy bowiem serca są różne i zależne od tego, czy jest ono w stanie rozszerzenia biernego, czy też czynnego.

W rozszerzeniu biernym stan mięśnia sercowego może ulec poprawie pod wpływem zabiegów leczniczych. Sprawa chorobowa może się cofnąć, i rozszerzenie serca mija. Znacznie jednak częściej nie bywa tak pomyślnego zejścia, przeciwnie już w okresie ostrym może przyjść do zejścia śmiertelnego, lub rozszerzenie utrzymuje się przez czas dłuższy na jednakowym stopniu rozwojowym, wreszcie może się ono stale powiększać. Przejście w stan przewlekły lub narastanie rozszerzenia grozi następczem rozciągnięciem pierścieni ścięgniętych ujść żylnych i połączoną z tem względną niedomykalnością zastawki dwu — lub trójdzielnej, co

znów sprowadza rozszerzenie bierne odnośnego przedsionka i połączony z niem zastój w układzie żylnym czy to koła wielkiego czy też małego.

Przyczyna rozszerzenia czynnego leży poza mięśniem sercowym w zwężeniu ujść tętniczych lub we wzroście oporów w kole tętniczym wielkiem lub małym. Usuwając przyczynę wywołującą (o ile to jest możliwe) usuniemy rozszerzenie serca. Rozszerzenie czynne komory prawej powstaje następco po niezbyt rozległych zatorach gałązek tętnicy płucnej; po zwłóknieniu i udrożnieniu korków zatorowych spada ciśnienie w krążeniu małym, a rozszerzenie komory prawej ustępuje. W komorze lewej stan ten rozwija się przejściowo w przypadkach nadmiernych wysiłków cielesnych (sport). Zważyć jednak musimy, że przewlekane się działania czynników, wywołujących czynne rozszerzenie serca, utrwała ten stan i następco prowadzi do przerostu. Serce, przerosłe według tylko co wspomnianego mechanizmu, zachowuje kształt charakterystyczny i powstały w czasie jego rozszerzenia czynnego.

Kirch, opierając się na wynikach swych badań, twierdzi, że przewlekane się rozszerzenia czynnego serca jest nieodzownym czynnikiem powstawania przerostu prawej lub lewej komory. Przypuszcza on, że wogóle przerost nie powstanie bez poprzedzającego go rozszerzenia jamy odnośnej komory. Opierając się na wyżej omówionych wynikach swych badań anatomicznych, Kirch w niżej podany sposób ustosunkowuje się do zagadnienia serca sportowego.

W celu rozstrzygnięcia kwestji wpływu sportu na stan serca należy zanalizować zachowanie się jego, ustalić odczyn na:

1. jednorazowe, mniej lub więcej długotrwałe i nadmierne wysiłki fizyczne i

2. wielokrotne, powtarzające się w mniej lub więcej krótkich odstępach czasu, czyli na długotrwały trening.

Co się tyczy pytania pierwszego, to już z punktu widzenia czysto teoretycznego należy oczekiwać, że zdrowe serce odpowie na jednorazowy wysiłek nadmierny rozszerzeniem czynnem, gdyż wykonywanie ciężkiej pracy fizycznej wzmacnia opory w krążeniu obwodowym, co znów pobudza serce do wytężonej pracy, do silniejszych jego skurczów i do rozszerzenia „wyrównawczego”. Skurcze mięśnia sercowego nie mogą bowiem przekroczyć pewnych granic [zmiennych dla każdego serca], to też w pewnym momencie pozostaje w jamie komory więcej krwi (H. St a u b), a to znów prowadzi następco do rozszerzenia komory.

Ten typ rozszerzenia stwierdził już dawno u zimnokrwistych Otto Frank (1895), a spostrzeżenie jego było potwierdzone przez innych badaczy. Wyniki badań doświadczalnych na zwierzętach laboratoryjnych są rozbieżne: u szczurów serce ulegało rozszerzeniu (K. Secher), u psów wielkość serca nie zmieniała się (de la Campe), u królików serce się zmniejszało (Strong, Gordon). Badania na ludziach nie dały również wyników jednakowych: wielkość serca bądź nie ulegała zmianom, bądź się zmniejszała, bądź wreszcie, i to najbardziej, powiększała się. Według wyników badań rentgenologicznych O. Bruns a i Röm e r a, dotyczących 46 młodych osobników, stwierdzono: trwałe powiększenie u 15%, trwałe zmniejszenie u 25%, u 60% — wahania między powiększeniem i zmniejszeniem cienia sercowego. Przeciętnie jednak serce wykazywało skłonność do zmniejszania się.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Anatomja normalna i patologiczna.

W. PUTSCHAR. O naczyniach w gruzelkach i o związku ich z wytwarzaniem komórek olbrzymich. (Ziegler. 1930, T. 84, z. 2).

Autor oparł swe wnioski na wynikach badania mikroskopowego 50 wycinków gruzliczo zmienionych narządów oraz na dokładnem przejrzaniu znajdujących się w zakładzie kursowych preparatów mikroskopowych, dotyczących zmian gruzliczych (80 — 100 preparatów z każdego przypadku). Wyniki swego badania ujął w jedną tablicę. Pracę ilustruje 8 jednobarwnych rycin. Wnioski ostateczne autora są następujące: 1. W poszczególnych gruzelkach często znajdują się wypełnione krwią naczynka włosowate, które ściśle przylegają do komórek olbrzymich. 2. Naczynka włosowate czasami istnieją w środku otorbionych i zserowaciałych gruzelków; może ich jednak nie być w zupełnie młodych gruzelkach. 3. W ziarninie gruzliczej okalającej ogniska serowate, spostrzega się często naczynka włosowate, które przylegają bezpośrednio do mas serowatych. 4. Pewna część komórek olbrzymich tworzy się, najprawdopodobniej, z litych pączków naczynek włosowatych.

W. Czarnocki.

A. DUPOUT i J. NEILL. Mięsak pochodzenia siateczkowego szpiku kostnego (Sarcome d'Ewing). (Bull. du canc. T. IX Nr. 7. 1930).

Opis przypadku mięsaka siateczkowego górnego odcinka kości udowej, przebiegającego z wysoką ciepłotą, charakterystycznymi dla tej sprawy bólami napadowymi i niejasnym początkowo obrazem rentgenologicznym. Sprawa trwała 8 miesięcy. Z punktu widzenia histologicznego zasługuje na uwagę ze względu na możliwość prześledzenia w preparatach mikroskopowych przechodzenia utkanka o typie zespólni zarodkowej przez postacie dojrzałe typu siateczkowego do najbardziej zróżnicowanych w kierunku linii krwiotwórczej. Spostrzeżenie autorów potwierdza słuszność klasyfikacji Connora i Oberlinga, którzy rozróżniają obok postaci zarodkowych niezróżnicowanych mięsaków siateczkowych (reticulosarcomes) postacie dojrzałe, różniące się analogicznie do wielorakich potencyj rozwojowych komórki pierwotnej w kierunku siateczki, śródbłonnków lub w kierunku krwiotwórczym bądź linii szpikowej bądź limfoidalnej.

St. Półtorzycka.

M. PŁOŃSKI. W guzowatych (pozaszpikowych, heterotopich) podopłucnowych ogniskach szpiku kostnego. (Virchows. Arch. t. 217, z. 3).

Obdukcja 70-letniej kobiety z klinicznym rozpoznaniem

„raka żołądka” wykazała obecność raka krzyżowiny małej żołądka z przerzutami do wątroby i gruczołów chłonnych, szereg zmian w płucach i sercu i t. d.; pozątem na trzonach VI — X kręgów piersiowych znaleziono leżące pozaopłucnowo krwotoczne ogniska guzowate których badanie histologiczne wykazało zwykłą otoczkę łączno-tkankową i typową budowę szpiku kostnego z normoblastami, myeloblastami, myelocytami obojętnochłonnymi i kwasochłonnymi oraz leukocytami. W śledzionie miazga była niewidoczna, a wszystko wypełnione masami czerwonych ciałek krwi i barwnikiem, zawierającym żelazo. Szpik kości udowej rozrosł się silnie wzmoczoną erytropojezą wykazywał liczne krwawienia i hemosiderozę.

Przypadek ten dowodzi, że:

- 1) heterotopie szpikowe mogą powstawać, poza nadnerczami i okolicą miedniczek nerkowych, i w innych miejscach ciała, w danym przypadku pozaopłucnowo i około kręgosłupa;
- 2) mogą one osiągać dość znaczne wymiary (w danym przypadku 6 cm. średnicy);
- 3) mogą one być dość liczne;
- 4) występują one jako wyraz wyrównawczego rozrostu szpiku kostnego w przypadkach wtórnej niedokrewności i przedstawiają pod względem histologicznym rozrosły czerwony szpik;
- 5) mogą naśladować (zwłaszcza w przypadkach raka) swym wyglądem przerzuty rakowe.

Henryk Landau.

H. L. GUIBERT. 2 przypadki splenomegalii pierwotnej; siateczkowo-śródbłonniak typowy i choroba Gauchera. (Bull. du canc. T. XIX Nr. 7, 1930).

Opis 2 przypadków splenomegalii o podobnym przebiegu klinicznym (zespół objawów niedokrewności bez zmian większych w formule krwi oraz w zawartości cholesterolu we krwi, bóle w podżebrzu lewym, krwotoki z nosa). Śledziona ważyła w przypadku I — 2800 gr., w II waga jej wynosiła 6800 gr.

W obu przypadkach stwierdzono mikroskopowo sprawę rozrostową układu siateczkowo-śródbłonkowego głównie śródbłonek zatok w mniejszym stopniu komórek siateczki (kłębków Malpighiego i sznurów [Billrotha]).

W przypadku I komórki zachowują niezależnie od okresu rozwojowego swą budowę zasadniczą i nie zawierają substancji postronnych w swej cytoplazmie. W przypadku II przeciwnie substancja (lipoproteinowa) zbliżona do keratyny, wypełnia w stopniu rozmaitym wszystkie ulegające rozplemowi komórki, nadając im zupełnie osobliwy charakter histologiczny (komórki, Gauchera). W przypadku I sprawa ograniczyła się tylko do śledziony. Fakt, iż chory wyzdrowiał po splenektomii i przeżył nawet ciężką chorobę zakaźną przemawia za tem, iż układ siateczkowo-śródbłonkowy innych narządów nie był wciągnięty w grę.

Przypadek I, zdaniem autora, przedstawia obraz śródbłoniaka siateczkowego (réticulo-endotheliome) pierwotnego, gdyż komórki, ulegające rozplemowi, wytwarzają histocyty w ich czystej postaci (wakuole wewnątrzcytoplazmatyczne, granules rhagocrites w sensie Renaut).

W przypadku II mamy również śródbłoniak siateczkowy pierwotny (réticuloendotheliome), lecz nietypowy, gdyż komórki, ulegające rozrostowi, otrzymują swoiste własności histochemiczne, które pozwalają zaliczyć omawianą sprawę do grupy choroby Gauchera (9-ty przypadek we Francji). Opierając się na swych spostrzeżeniach autor przyłącza się do grupy badaczy, którzy wraz z Oberlingiem przypisują dużą rolę w histogenezie komórek Gauchera obok komórek siateczki-śródbłonek zatok.

St. Półtorzycka.

P. SIEBERT. O krwiopochodnym charakterze barwnikowym. (Zieglersbeitr. pathol. Anat. T. 84, z. I 1930).

W 3 przypadkach krwiopochodnego charakteru barwnikowego autor spostrzegał odkładanie się barwnika we wszystkich narządach i tkankach (dużo barwnika było w maziówce stawów i części przedniej przysadki). W nerkach barwnik występował w niewielkiej ilości i gromadził się we wstawkach w przeciwieństwie do hemosyderyny. Tylko część barwnika dawała odczyn na żelazo. Za najprawdopodobniejszą przyczynę krwiopochodnego charakteru barwnikowego w opisanych przypadkach autor uważa zatrucie solami miedzi. Chorzy pochodzili z okolic wytwarzających wino (soli miedzi używa się przy produkcji win), a w pęcherzyku żółciowym we wszystkich przypadkach znaleziono kamienie z dużą zawartością miedzi.

K. Chodkowski.

Lecznictwo.

HERZFELD E. i SCHÜTZ Fr. W sprawie jałowości roztworów hipertonicznych, stosowanych w leczeniu żylaków. (D. m. W. Nr. 19. 1930).

W literaturze opisane są przypadki stanów septycznych po zastosowaniu roztworów soli fizjologicznej przy leczeniu żylaków, występujące w 24 godz. i trwające kilka dni.

Stosowanie roztworów hipertonicznych dawało również podobne objawy septyczne. Przeprowadzone badania bakteriologiczne wykazały, iż używane do zabiegów płyny, przygotowane w aptekach, w 50% były niejłowe. Dobre okazały się jedynie roztwory w ampułkach oraz przygotowane na miejscu w pracowniach szpitalnych. Należyte przygotowanie roztworów, polega na wyjałowieniu zarówno płynów, jak i naczyń, w których są one przygotowane.

St. Luxemburg.

BRÜHL. Zapobieganie i leczenie stanów zapalnych brodawki sutkowej. (D. m. W. Nr. 12. 1930).

Zapobieganie rozwijaniu się stanów zapalnych brodawki sutkowej ma kolosalne znaczenie ze względu na karmienie niemowlęcia piersią. Należyte wskazówki, dawane matce już podczas porodu, jak mycie rąk oraz brodawki sutkowej przed i po przyłożeniu dziecka do piersi oraz właściwa technika karmienia odgrywają w zapobieganiu dużą rolę. W przypadkach, w których, pomimo ostrożności, dochodzi do pęknięcia naskórka brodawki, spostrzegał autor dobre wyniki przy smarowaniu maścią pellidolową 20%. Przy głębszych pęknięciach 5% Noviform działał leczniczo. W przypadkach opornych wyłączano daną pierś od jednego karmienia względnie stosowano przerwę 24 godziny. Ten sposób postępowania wpłynął na zmniejszenie się liczby zapaleń brodawki sutkowej z 5,5% do 1,9%. W przypadkach istniejących stanów zapalnych postępowano inaczej, aniżeli dawniej. Wyłączano daną pierś na 2-3 dni od karmienia, podwiązywano ją i stosowano pęcherz z lodem. Liczba ropni brodawki sutkowej spadła przy tem postępowaniu z 1,8% na 0,3%, a dla karmienia udało się zachować czynność chorych piersi w 73%.

Wanda Franzówna.

ZAOLIK. Połączone leczenie nowotworów złośliwych bizmutem i błękitem izaminowym. (D. m. W. Nr. 20 1930).

Od 2½ lat stosuje autor połączone leczenie nowotworów złośliwych bizmutem i błękitem izaminowym; ten ostatni preparat po oczyszczeniu nadaje się do wstrzykiwań dożylnych. Na zasadzie licznych swoich doświadczeń Z. sądzi, iż podawanie powyższych dwóch środków jest dużym krokiem naprzód w leczeniu nowotworów złośliwych.

St. Luxemburg.

Choroby zakaźne.

BORMANN. Objaw wygasania w odrze. (D. m. W. № 23. 1930).

Wstrzykiwanie surowicy ozdowieńców po przebiegu tej odrze osobnikom, u których istnieje wysypka odrowa, nie miało wpływu na zmniejszenie się natężenia wysypki. Jedynie wstrzyknięcie na kilka dni przed wystąpieniem wysypki dawało wyraźne pola jasne wokół miejsca wstrzyknięcia oraz zmniejszało łuszczenie się i pigmentację. Wyniki te zgadzają się z badaniami Groera i Debrè.

Surowica płonicza ozdowieńców wstrzykiwana zarówno podczas wysypki, jak i przed nią dawała również w miejscu wstrzyknięcia pole jaśniejsze. Surowica płonicza może być więc użyta zarówno profilaktycznie jak i terapeutycznie.

St. Luxemburg.

ROLW i KRIEGER. Opadanie krwinek, jako wczesny objaw krztuśca. (D. m. W. № 23. 1930).

Wszelkie sprawy kataralne, jak dobrze wiadomo z literatury, nawet przebiegające bez podniesienia temperatury, wywołują przyspieszenie opadania krwinek.

Przeprowadzone w krztuścu badania nad opadaniem krwinek, wykazały znacznie mniejsze liczby, a więc zwolnienie tego odczynu, co stwierdzono w 86% przypadków. Dokonano ogółem 82 badania naczcho u dzieci w wieku od 3 tygodni do 6½ lat. W 13 przypadkach, o ile występowało przyspieszenie opadania krwinek, to zawsze przyczyną był jakiś czynnik dodatkowy, jak czynna sprawa gruźlicza — 3 razy, ropnica, ospa wietrzna, sprawy gorączkowe w uchu, gardzieli, a 5-cio krotnie odra. Jeden przypadek pozostał niewyjaśniony co stanowi 1,2%.

Powolne opadanie krwinek w krztuścu jest nieznacznie tylko uzależnione od towarzyszącego nieżytytu nosa, gardzieli, oskrzeli i ucha. W razie wystąpienia znacznego podniesienia temperatury ciała wpływ ten może być wybitniejszy, jednak jest krótkotrwały.

Zwolnienie opadania krwinek, występujące w krztuścu w pierwszych dniach choroby nadaje się, jako objaw dość pewny, do wczesnego rozpoznania tego stanu chorobowego.

St. Luxemburg.

SCHAD. O okresie wylęgania duru brzuszego. (Münch. med. Woch. Nr. 39—1930).

W przebiegu epidemii duru brzuszego w roku 1929-ym S. zauważył, że w w przypadkach duru brzuszego, pochodzących z jednego źródła zakażenia, okres inkubacji niezawsze był jednakowy. Osoby, które spożywały zakażone mleko, zachorowywały prędzej od innych, u których choroba wystąpiła naskutek zjedzenia lodów, przygotowanych z tego samego mleka. Różnica w okresie inkubacji wynosiła 9 dni.

Taksamo przebieg choroby w przypadkach po mleku był cięższy, niż po lodach. Również cięższy był przebieg duru po spożyciu większych ilości mleka (większa ilość zarazków).

Powyższe spostrzeżenia, sprawdzone na zwierzętach, wykazują mniejszą złośliwość szczepów uprzednio mrożonych.

F. Turyn.

C. SONNENSCHIN i F. E. KOCH. Leczenie duru rzekomego bakterjofagami. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 167, z. 5-6).

Leczenie bakterjofagami chorych z drem rzekomym B. prowadzi przeciętnie szybciej do uwolnienia ustroju od zarazków chorobotwórczych, niż w odpowiednich kontrolnych przypadkach nieleczonych, aczkolwiek momentu, w którym podawano chorych leczeniu bakterjofagami, nie można uważać za pomyślny dla wyciągania wniosków. Z 30 leczonych

przypadków tylko w 18, z 30 nieleczonych tylko w 19 istniała możliwość porównywania w odniesieniu do wpływu leczenia bakterjofagami na uwolnienie ustroju od zarazków. 18 leczonych było przeciętnie w 33-im dniu choroby (a w 11-ym dniu leczenia) wolnymi od drobnoustrojów chorobotwórczych, natomiast 19 nieleczonych dopiero w 42-im dniu choroby. Pobyt w szpitalu leczonych był przeciętnie o 11 dni krótszy, niż nieleczonych. Dalsza rozbudowa leczenia bakterjofagami i dokładne doświadczenia na zwierzętach umożliwią, być może, otrzymywanie lepszych wyników leczniczych.

Henryk Landau.

M. B. ROSENBLUM i R. B. KAZNELSON. W sprawie epidemiologii i patogenezy róży. (Wien. kl. Woch. № 32/1930).

Należy uważać za stwierdzony fakt większej liczby zachorowań na pierwotną różę u kobiet, zwłaszcza zajmujących się gospodarstwem domowym, a w pierwszym rzędzie służby domowej. Prócz innych nieznanych nam dotąd przyczyn skłonności do róży, odgrywają dużą rolę temperatura otoczenia i silne wahania w temperaturze zewnętrznej, zarówno jak stałe urazy, którym podlegają komórki skórne, a które prowadzą do zmniejszenia się ich odporności. Wskutek istnienia tych warunków daje się w zadawalający sposób wytłómaczyć fakt większej liczby zachorowań na różę wśród kobiet. Celem ustalenia pozostałych sprzyjających zachorowaniom przyczyn konieczne są dalsze badania nad nimi zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, któreby szczególnie uwzględniały warunki życia i pracy. Jednym z zapobiegawczych środków zmniejszenia liczby zachorowań na różę u kobiet jest sanacja warunków gospodarstwa domowego i usunięcie szkodliwych wpływów kuchni (kuchnie gazowe i elektryczne oraz inne techniczne udoskonalenia).

Henryk Landau.

CARLEBACH i MARKOWICZ. W sprawie choroby papuziej. (D. m. W. Nr. 25. 1930).

Rozpoznanie tej postaci chorobowej nastręcza duże trudności, o ile jej epidemiczne występowanie nie ułatwi tego.

W 43 przypadkach *psittacosis*, z których 3 wystąpiły w jednej rodzinie (córka, matka i ojciec), choroba objawiała się nietypowym obrazem zapalenia płuc włóknikowego przy braku plwociny i z niecharakterystycznym przebiegiem ciepłoty ciała. Po ustąpieniu choroby przez dłuższy czas pozostawały objawy nieżytytu oskrzeli; w 1 przypadku stwierdzono we krwi zwiększenie liczby białych ciałek i przesunięcie wzoru krwi na lewo. Zaburzenia psychiczne objawiały się bólami głowy, zmęczeniem i apatią. Chorzy przypominali cierpiących na dur brzuszny. W przypadkach wyżej wymienionych papugi nie należały do gatunków amerykańskich. W wywiadach udało się ustalić zgodnie z ogólnymi spostrzeżeniami, że bezpośrednie zetknięcie z papugą niezawsze jest przyczyną zarażenia.

St. Luxemburg.

Choroby narządów trawienia.

LUTZ. Urazowe zapalenie wyrostka robaczkowego. (D. m. W. N. 16. 1930).

Zapalenia wyrostka robaczkowego pochodzenia urazowego są rzeczą niezmiernie rzadką. Sprzyja temu odpowiednie położenie wyrostka w jamie brzusznej, narządu najbardziej ruchomego i najlepiej ochronionego. Nie mniej jednak, ponad wszelką wątpliwość, udało się stwierdzić zapalenie wyrostka naskutek urazu. Wywiązać się ono może albo z powodu wylewu krwi w obrębie narządu i następczego zapalenia, albo też pęknięcia wyrostka wskutek gwałtownego zadziałania gazu i treści względnie przebiecia wyrostka. Za urazem pochodze-

niem sprawy przemawiają najpewniej wylewy krwawe w śluzówce wyrostka, surowicowce i mięśniach lub też w najbliższym otoczeniu. Przy braku tych objawów raczej trzeba myśleć, iż stan zapalny wyrostka jest tylko w przypadkowym związku przyczynowym i czasowym z urazem. Kilkudniowa przerwa pomiędzy urazem a wybuchem sprawy chorobowej nie przemawia za urazem, jako przyczyną zapalenia wyrostka. Uraz może być również momentem, wywołującym obostrzenie sprawy przewlekłej.

St. Luxemburg.

FLÖRCKEN H. i RIEMAN R. W sprawie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u ludzi starszych. (D. m. W. N. 11. 1930).

Przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w przeważającej części zdarzają się w wieku młodym i średnim. W wieku starszym, powyżej lat 50, nie przekraczają 8,9%. Zapadają głównie mężczyźni. Temperatura ciała jest nie wysoka, nawet przy daleko posuniętej sprawie zapalnej; natomiast tętno stosunkowo częste. Wymioty spostrzegano w 15,1% przypadków i zawsze były związane z rozlanem ropnym zapaleniem otrzewny. Przy badaniu obiektywnym stwierdza się często objawy nietypowe dla zapalenia wyrostka.

Pomimo rzadkiego występowania tej postaci chorobowej w tym wieku, należy o niej często myśleć, a szczególnie tam, gdzie rozpoznanie guzów jelitowych, ostrej niedrożności, zapalenia trzustki lub woreczka żółciowego nie jest pewnem.

Wysoki procent śmiertelności 12,4%, należy tłumaczyć zmianami organizmu w tym wieku, jak również zbyt późno stawianem rozpoznaniem. W przebiegu pooperacyjnym spostrzega się często, obok zapalenia otrzewny, zatętnienie płuc. Serce w tym wieku nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego, którego najlepiej dokonywać w znieczuleniu lądziowym lub w oszołomieniu gazem rozwesalającym.

St. Luxemburg.

P. JACQUET i L. GALLY. Dolne skrzyżowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego. (Paris Méd. P. N. 14 1930).

Rozpoznawanie radiologiczne przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego opiera się, poza bezpośrednimi objawami, na trzech pośrednich: na stwierdzeniu punktu bolesnego na wewnętrznym brzegu kątnicy, na opóźnieniu przejścia posiłku barytowego, spożytego przed 6 godzinami, przez kanał ileo-cekalny i na odczynach hipertonicznych stałych i przemijających w zakresie kątnicy-wstępnicy i ostatniej pętli jelit krętych. Objawy te tworzą prawdziwy zespół dolnego skrzyżowania.

Chorych należy przygotowywać klasyczną metodą Haudaka: otrzymują oni dwa posiłki barytowe (po 200 gr. barytu żelatynowego, rozprowadzonego w kubku białej kawy lub kleiku) w odstępie sześciogodzinnym, podczas którego chorym niewolno przyjmować pokarmów stałych; drugi posiłek zostaje spożyty przed ekranem. Ta metoda pozwala określać czas trwania pasaży żołądkowo-okrężnicowego i rozpoznawać skurcze jelitowe. Należy unikać poprzedniego stosowania lawatyw i środków przeczyszczających, gdyż wpływają one na czas pasaży i stan mięśniówki jelit.

W schorzeniach wyrostka robaczkowego pasaż ileo-cekalny jest opóźniony, i po 6 godzinach prawie cała masa kontrastowa znajduje się w jelitach krętych na prawym talerzu biodrowym i w miednicy małej w postaci skupienia, w którym za pomocą dystyktora można odróżnić 4—6 pętli jelit cienkich (normalnie po 6 godzinach jelita cienkie są prawie zupełnie próżne, a masa kontrastowa wypełnia kątnicę-wstępnicę). Ostatnie pętli jelit krętych są nieco rozciągnięte, oddzielone od siebie, ruchome i niebolesne, czasem przypominają obraz niezupełnej niedrożności dzięki znacznemu rozciągnięciu przez

gaz i baryt i żywym ruchom perystaltycznym i antyperystaltycznym. To opóźnianie pasaży ileo-cekalnego nie jest przypadkowe, lecz występuje ono stale przy wielokrotnych badaniach tego samego chorego. Znajduje się je w 40% przypadków schorzeń wyrostka, a tylko w 12% w innych cierpieniach przewodu pokarmowego.

Pasaż masy kontrastowej z żołądka do jelit cienkich jest normalny lub czasami nieco opóźniony. Pasaż okrężniczy jest bądź normalny, bądź zwolniony, bądź w razie współistnienia nieżyty kiszki grubych przyspieszony.

Ogólne skurcze całej okrężnicy są częste w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego i nie różnią się od skurczów w banalnych nieżytach kiszki grubych. Typowe natomiast dla spraw wyrostkowych są prawie stale występujące skurcze narządów dolnego skrzyżowania. Obejmują one bądź całą kątnicę-wstępnicę, nie przekraczając jednak zgięcia wątrobowego, bądź tylko koniec jelit krętych i kątnicę. Skurcze całej kątnicy-wstępnicy, nie przechodzące poza zgięcie wątrobowe, znajduje się w 20% przypadków schorzeń wyrostka, w innych schorzeniach tylko wyjątkowo. Izolowane skurcze kątnicy i jelit krętych są jeszcze częstsze w schorzeniach wyrostka robaczkowego, niż kątnicy-wstępnicy. Palpacja głęboka ręką lub dystyktorem przy ustalaniu punktu bolesnego wzmacnia te umiejscowione skurcze kątnicy i jelit krętych lub je wywołuje.

Henryk Landau.

J. H. OLTRAMARE. Colotyphlitis. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. № 5/1930).

Autor opisuje przypadek ostrego nieżyty kątnicy, który dawał typowy obraz ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (gorączka, bóle samoistne, défense musculaire, bolesność punktu Mac Burneya i t. d.). Operacja wykazała przebieg kątnicy.

Tego rodzaju błędy rozpoznawcze nie mają znaczenia praktycznego, gdyż obie sprawy wymagają natychmiastowego wkroczenia chirurgicznego. W przypadku przebiegu kątnicy nie należy go zamykać, lecz wytworzyć przetokę kątniczą (*coecostomia*) celem drenażu i uspokojenia zapalnie zmienionej kiszki grubej.

Pozatem autor podaje opis czterech przypadków, które imponowały jako przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego: chorzy cierpieli na stałe lub okresowe zaparcie albo też na biegunki naprzemian z zaparciem, na bóle w okolicy prawego dołu biodrowego, czasem występujące regularnie w 5—6 godzin po jedzeniu, noszące charakter rozlany, a nie ograniczony do jednego punktu. Badanie kału wykazywało zaburzenie w trawieniu białek i tłuszczów, badanie radiologiczne — zmiany kątnicy-wstępnicy: rozszerzenie kątnicy, zmniejszoną ruchomość, zastój. Usunięty wyrostek robaczkowy okazał się we wszystkich przypadkach niezmienny ani makroskopowo, ani mikroskopowo, zmieniona natomiast była kątnica i jej otoczenie.

W okresach początkowych przewlekły nieżyt kątnicy winien być leczony zachowawczo podawaniem belladony i lekkich środków przeczyszczających (małe dawki siarczanu sodowego), djatermją i masażami brzucha. W razie wytworzenia się zrostów (*periviscaritis*) należy je usuwać (*cololysis*).

Henryk Landau.

A. SCHWARTZ, A. ARAM i M. YOVANOVITSCH. Leczenie pasorzytów jelitowych benzo-meta-krezolem. (Pr. Méd. № 29/1930).

Pasorzyty jelitowe nie tylko powodują nieżyty kiszki cienkich i grubych, lecz i zapalenia wyrostka robaczkowego na tle czerwi nie należą do rzadkości. Dzięki wydzielanym toksynom powodują one cały szereg najrozmaitszych objawów, jak: neurastenję, wychudnięcie, osłabienie, bóle i zawroty głowy, nerwobóle, świąd, zaburzenia wzrokowe, węchowe i sł-

chowe, drgawki, dalej zmiany w obrazie krwi (eozynofilia) i surowicy (zjawianie się precypityn i uczulaczy swoistych) Robaki ułatwiają bakterjom wtargnięcia do ustroju przez uszkodzoną śluzówkę jelit (prątkom okrężnicy, enterokokom włosogłówce ludzkiej — *trichocephalus*, prątkom duru brzuszego). Usunięcie czerwi powoduje ustąpienie wyżej wymienionych objawów i ułatwia leczenie zakażeń, spowodowanych przez prątki okrężnicy i enterokoki.

W poszukiwaniach związku, któreby działał zabójczo na pasorzyty jelitowe, a nie był trujący dla człowieka, wyszli autorzy z tymolu i krezolu i zatrzymali się na cynamo-meta-krezolu i benzo-meta-krezolu (crésentyl), które są zupełnie nieszkodliwe dla człowieka. Wyniki, otrzymane we włosogłówce i pelzakach jelit, są znakomite: 3 — 4 kuracje benzo-meta-krezolowe po 4 — 5 dni w odstępach sześciodniowych wystarczają do uwolnienia jelit od pasorzytów. Dawka dzienna wynosi dla dorosłego 4—5 gr., dla dziecka 2—3 gr., które podaje się podzielone na dawki po 1—1,5 gr. w półgodzinnych odstępach. Równie dobre wyniki otrzymuje się w wielkośćcu jelitowym (*lamblia intestinalis*), jeśli nie usadowił się on w woreczku żółciowym. Wyniki w glistnicy robaczkowej (*oxyuris vermicularis*) są mniej pewne, choć dłuższe trwające kuracje usuwają i te czerwie. Benzo-meta-krezol jest dobrym środkiem, odkażającym jelita, zwłaszcza przeciw drobnoustrojom gnilnym; w niezbytach jelit cienkich podaje się go w dawce 1—1,5 gr. dwa razy dziennie, przed obiadem i kolacją.

Henryk Landau.

R. G. GATOWSKAJA i P. T. KASAKOFF. Włosogłówka ludzka i jej radykalne leczenie osarsolem. (Wien. kl. Woch. № 29/1930).

Włosogłówka ludzka (*trichocephalus dispar*), bardzo rozpowszechniona na południu Rosji, powoduje następujące zaburzenia w ustroju: 1) niezżytowe zapalne zmiany śluzówki jelit, 2) odruchowe zaburzenia ze strony układu nerwowego, 3) ułatwienie inwazji drobnoustrojów (prątkom duru brzuszego i czerwonki, powstawanie gruźlicy jelit, ropnych drobnoustrojów — zapalenie wyrostka robaczkowego), 4) szerzenie się jądów hemolizujących, wywołujących niedokrewność. Objawy obecności tego pasorzyty w ustroju są następujące: osłabienie, wychudnięcie, zawroty i bóle głowy, skłonność do omdleń ślinotok, świąd, pokrzywka, obrzęki powiek, nudności, brak łaknienia, bóle brzucha, zaparcie lub biegunki, *globus histericus*, napady przypominające padaczkę lub płasawicę, niedokrewność, eozynofilia, niedowład mięśni ocznych, bóle przy oddawaniu moczu.

Dotychczasowe metody leczenia włosogłówki kalomelem tymolem, benzyną, santoniną, wyciągami paproci samczej *ul. chenopodii* i t. d. niezawsze dają wyniki, a niektóre kryją w sobie niebezpieczeństwo. Autorzy stosują leczenie osarsolem (kwas p-oksy-m-acetamido-fenilarsenawy), identycznym z francuskim stowarsolem. Kuracja odbywa się w sposób następujący: przez dwa dni chorzy są na diecie przeważnie płynnej (rosół słodkie i kwaśne mleko, kefir, masło, jaja, twaróg, cukier, miód), poczem robi się im ławatywę i daje środek przeczyszczający; następnie przez trzy dni chorzy przyjmują 3 razy dziennie po tabletkę osarsolu a 0,5, popijając ją szklanką wody; po trzech dniach chorzy otrzymują znów środek przeczyszczający. We wszystkich 28 przypadkach, w których kurację przeprowadzono całkowicie, udało się zupełnie usunąć pasorzyty, a wszystkie objawy prócz bólów, bardzo szybko ustępowały.

Henryk Landau.

A. HOROWITZ, J. SANTET i G. TERRIAL. Uwagi nad rolą chorobotwórczą pewnych pierwotniaków, pasorzytów jelitowych człowieka. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. № 5/1930).

Rola chorobotwórcza pierwotniaków — pasorzytów jelito-

wych jest trudna do ustalenia. Zdaje się, że obecność pierwotniaków w jelitach jest uwarunkowana istnieniem podłoża, sprzyjającego ich rozwojowi, a powstającego pod wpływem nieznanych jeszcze czynników. Za tem przemawiałby fakt, że często znajduje się nie jeden, ale wiele rodzajów pasorzytów.

Pasorzyty, którym przypisuje się rolę chorobotwórczą, stanowią mniejszość w faunie i florze jelitowej chorego. Nie wiadomo wobec tego, dlaczego się oskarża o powodowanie zaburzeń pasorzyty, a nie bakterje lub zmiany chemiczne podłoża.

Przed wyłączeniem możliwości pasorzytowania *Entamoeba dysenteriae* należy powtarzać wielokrotnie badanie kału, aby nie przypisywać bezpodstawnie roli chorobotwórczej innemu współistniejącemu pasorzytowi jelitowemu.

Jeśli pasorzytem nie są pelzaki czerwone, jednocześnie znikanie zaburzeń i tych pasorzytów nie dowodzi bynajmniej ich roli chorobotwórczej, gdyż rozmaite statystyki wykazują, jak często spotyka się pasorzyty u zupełnie zdrowych ludzi.

Nie należy zapominać o ujemnych okresach w chorobach, spowodowanych przez pierwotniaki, pod groźbą mylnego tłumaczenia wyników leczniczych.

Emetyna nie jest specyfikiem tylko w schorzeniach, wywołanych przez *Entamoeba dysenteriae*, wywiera ona wyraźny wpływ w innych stanach zapalnych; działa ona też na inne pelzaki: *pseudolimax Bütschlii* i *diantamoeba fragilis*.

Próbné leczenie arsenowe lub emetynowo-arsenowe nie ma żadnego znaczenia rozpoznawczego, gdyż działa ono na wszystkie pierwotniaki (z wyjątkiem rodzaju *Giardia*).

Choć więc nie mamy przekonujących dowodów roli chorobotwórczej rozmaitych pierwotniaków, należy jednak gospoderyl uwalniać od ich obecności.

Emetyna działa na *entamoeba dysenteriae*, *pseudolimax Bütschlii* i *diantamoeba fragilis*, pozostaje bez wpływu na *entamoeba coli* i *endolimax nana*, które szybko poddają się działaniu pięciwartościowego arsenu. *Giardia intestinalis* najczęściej jest oporna na działanie wszelkich środków leczniczych. Ponieważ emetyna niezawsze jest środkiem obojętnym, należy ją rezerwować dla ostrych schorzeń, wywołanych przez *entamoeba dysenteriae*.

Henryk Landau.

J. TROISIER i R. DESCHIENS. Hepaticoliasis. (Ann. de Méd. № 4/1930).

U zwierząt ssących i u człowieka występuje choroba, spowodowana przez wprowadzenie do ustroju obleńca z podgrupy włosogłówki i rodzaju *hepaticola*, zbliżonego do włosogłówki ludzkiej.

Robak ten składa swe jaja w mięszu wątrobowym. Jaja mają kształt barylki o dwóch otworach, położonych na jej biegunach i są otoczone dwiema błonami: zewnętrzną, grubości 4 mikromilimetrów, promienisto prążkowaną i wewnętrzną cieńszą (2 mikromilimetry), silnie kwasochłonną.

Jaja, znajdowane w wątrobie szczura, zakażonego przez *hepaticola hepatica*, różnią się mniejszą długością od jaj, znajdowanych u szympanów. Autorzy proponują dla pasorzyty, znajdowanego u szympanów, nazwę *hepaticola anthropopithecii*.

Zmiany, wywołane w wątrobie obecnością robaka, a zwłaszcza jego jaj, umiejscawiają się w samych zrazikach wątrobowych. Jaja są składane w samym mięszu i, zdaje się, nie dostają się do dróg żółciowych.

Ustrój reaguje wytwarzaniem komórek olbrzymich, które otaczają jaja, przenikają przez otwory do ich wnętrza, przebijają ich podwójną otoczkę i w końcu pożerają je całkowicie. Niemniej jednak znajduje się wiele jaj zupełnie nietkniętych z odczynem komórkowym otoczenia lub bez niego. Równoleg-

le z tem stwierdza się bujanie tkanki łącznej, prowadząca do prawdziwej marskości otaczającej tkanki wątrobowej.

Z tego, co wiemy o warunkach doświadczalnego zakażenia szczurów, można sądzić, że zwierzęta zakażają się wskutek zanieczyszczenia pokarmów przez szczury, które uprzednio pożarły zakażone wątroby. Można również przypuszczać, że cząstki, powstałe przy gniciu trupów, mogą być spożyte bezpośrednio lub pośrednio. Długotrwała odporność robaka, wynosząca dwa lata, upoważnia do takiego przypuszczenia.

Rola chorobotwórcza *hepaticolae* zależy od ilości jaj, złożonych w wątrobie. Czasem pasorzyt bywa znoszony bez dolegliwości i jakby wyłączony w torebce włóknistej z ustroju; czasem jaja, złożone w niewielkiej liczbie, wywołują niszczące zmiany w mięszu wątrobowym z rozlaniami odczynami zapalnymi.

Henryk Landau.

Radjologia.

∞ H. U. ALBRECHT. *Das Ulcusproblem im Lichte moderner Röntgenforschung.* (79 stronic druku, 116 fotografii. Nakładem Georg Thieme. Lipsk, 1930).

Rentgenologia przewodu pokarmowego przeżywa nową przełomową erę. Badanie śluzówki żołądka wprowadziło w rozpoznaniu z bardzo małymi wyjątkami, czynnik konkretnych danych anatomicznych. Rozpoznania rentgenologiczne oparte są dotychczas przy owrzodzeniach żołądka i dwunastnicy przeważnie na przypuszczeniach (jedynym wyjątkiem była nisza *Haudecka*) obecnie na ścisłych danych, określających nie tylko lokalizację ale i wielkość owrzodzenia, oraz okres, w jakim choroba się znajduje.

Nowoczesnemu zagadnieniu owrzodzenia żołądka i dwunastnicy poświęcony jest cały szereg prac zarówno ze strony rentgenologicznej, jak i chirurgicznej i wewnętrznej.

Prace te cechuje jednak pewna jednostronność i dlatego powitać należy pracę Albrechta, uwzględniającą stronę kliniczną i rentgenologiczną.

Ścisłe i zwięzłe ilustrujący swój materiał pierwszorzędami fotografiami, opierając swe wywody na kontroli operacyjnej, zapoznaje A. czytelnika z całą szerokością zagadnienia — „owrzodzenia”.

Jego lokalizacja, stosunek do wieku, płci, dziedziczności są przedmiotem specjalnych statystyk. Dużo uwagi poświęcono zagadnieniu zmian kataralnych żołądka przy owrzodzeniach. W końcu pracy bardzo dokładny wykaz odpowiedniej literatury.

B. Kryński.

BAATZ. *Studja nad śluzówką żołądka i jelit.* (Münch. med. Woch. Nr. 27.—1930).

Materiał B. obejmuje 900 przypadków, z których 30 potwierdzonych operacyjnie.

Djagnostyka zmian błony śluzowej posunęła znacznie rozpoznanie schorzeń przewodu pokarmowego. Niedogodność wypełniania żołądka papką kontrastową polega na tem, że metoda ta pozwala wykazać (niezawsze) jedynie głęblej drążące owrzodzenia, podczas gdy bardziej powierzchowne nie dają obrazu rentgenologicznego. Ubytki, znajdujące się na krzywiźnie malej, zostają łatwo przysonięte przez przednią lub tylną ścianę przy najmniejszym obrocie żołądka dookoła jego osi. To samo zachodzi w 12-cy, gdzie przez długi czas nie udaje się wykazać żadnych zmian, przebiegających pod postacią nerwicy.

Przy posługiwaniu się metodą Berga konieczna jest dokładna znajomość układu fałd śluzówkowatych. W okolicy krzywizny malej przebieg ich jest podłużny i przechodzi

w siatkowaty na krzywiźnie dużej. Co dawniej uchodziło za cechującą nieżyt żołądka perystaltykę śluzówki, obecnie uważane jest za profil pomarszczonej błony śluzowej. Nieżyt żołądka do niedawna uchodził za rozpoznawanie kłopotliwe dla rentgenologii; obecnie jest w zupełności uznany. Najczęściej spotykany jest w owrzodzeniu. Cechy nieżyty: rozszerzenie fałd śluzówki i silniejsze jej zwijanie się przy zwiększonej perystaltyce, wzgl. większa sztywność ze zmniejszoną perystaltyką. Delikatny rysunek fałd spotyka się w *achylia gastrica* i oznacza zanik śluzówki.

Omawiana metoda nie pozwala wykryć zupełnie świeżych i powierzchownych nadżerek, jak również mogą być nie dostrzeżone świeżo krwawiące owrzodzenia, naskutek obrzmienia śluzówki w najbliższym sąsiedztwie. Spotykane w sąsiedztwie niszy wklęsłe wciągnięcia należy uważać za obrzmienia śluzówkowe. Zdjęcia śluzówki pozwalają prawie zawsze na wykrycie niszy *Haudecka* w przypadkach wrzodów żołądka.

Śluzówka i opuszka 12-cy wymagają uzyskania obrazów w trzech kierunkach. Często spotyka się kieszonki w sąsiedztwie ubytków, położone bardziej oralnie, czasem znajdujące się w kształcie motyla po obu stronach ubytku. Ostatnie świadczy o zmianach bliznowatych i dłużej trwających. Możliwe jest wtedy całkowite prawie obkurczenie się opuszki, część zestępująca podciągnięta zostaje ku górze, tak, że zaraz za odźwiernikiem zaczyna się część zestępująca opuszki.

Obecność raka żołądka charakteryzuje się przerwą w ciągłości konturu śluzówki, załamaniem i zamazaniem jej fałd zupełnie jej sztywnością i skośnym przebiegiem powyżej guza. Część śluzówki pokrywająca guz jest pozbawiona fałd, wygląda na gładzoną.

F. Turyn.

F. EISLER. *Znaczenie objawowe zniekształconych obrazów woreczka żółciowego.* (Wien. kl. Woch. Nr. 30 1930).

Zmiany kształtu obrazu rentgenowskiego woreczka żółciowego mogą zależeć od zmian organicznych, częściej są jednak spowodowane przez rzutowanie lub przemijające fazy czynnościowe.

Do zmian organicznych należą przegięcia dna, w których woreczek wygląda jak czapka frygijska; zmiany te są przeważnie wrodzone często prowadzą do schorzeń woreczka wskutek zastojów żółci w jego dnie z wtórnymi zmianami zapalnymi i wytworzeniem się kamieni.

Zniekształcenia woreczka żółciowego spotyka się również w zaburzeniach w rozwoju i przyczepie więzadła wątrobowo-dwunastniczego.

Wprawdzie rozpoznawanie rentgenowskie zrostów woreczka lub braku ich rzadko uzyskuje potwierdzenie operacyjne lub sekcyjne, nie należy jednak cholecystogramom odmawiać wszelkiego znaczenia dla tego rozpoznania. Zmiany kształtu woreczka żółciowego w obrazie rentgenowskim w tych razach dają się sprowadzić do dwóch typów: 1) wskutek lekkiego przegięcia dna woreczek przybiera kształt rogalka, 2) woreczek ma kształt klepsydry.

Również przewlekłe zapalenie wytwórcze woreczka żółciowego doprowadza do jego zniekształceń.

Rzekome zniekształcenia woreczka żółciowego w obrazie rentgenowskim powstają wskutek rzutowania i faz czynnościowych.

Zniekształcenia projekcyjne powstają wskutek tego, że rozmaite części woreczka rzutują się na siebie, że na woreczek pada cień innych narządów np. wypełnionej żółcią opuszki dwunastniczej, żołądka, jelit, nerek, ciężarnej macicy. Stany spastyczne ściany woreczka wywołują zniekształcenia jego obrazu rentgenowskiego.

Henryk Landau.

J. PALUGYAY. Dożyłne uwidacznianie morfologiczne i czynnościowo normalnych narządów moczowych. (Wien. kl. Woch. 31, 32. 1930).

Zastrzykiwania wśródżyłne 100 cm.³ 40% uroselektanu bywają znoszone bez zarzutu. Jako objawy uboczne spostrzegano uczucie gorąca, zwłaszcza w głowie, zaczerwienienie skóry twarzy, pokrzywkę, skurcze naczyń, ustępujące po zastrzyknięciu okołożylnym nowokainy. Wydzielanie uroselektanu z moczem zaczyna się już w 10–15 minut po ukończeniu zastrzyknięcia (w tym czasie należy zrobić pierwsze zdjęcie rentgenowskie) i trwa zwykle 3 godziny; w ciągu tego czasu zostaje wydalonych 92% wprowadzonego środka, w ciągu następnych 24 godzin wydala się z moczem jeszcze 4%, pozostałe 4% uroselektanu ulegają wydaleniu przez przewód pokarmowy. Jeśli zmniejszyć ilość wprowadzanego uroselektanu nawet do 20 gr., lecz zachować jego koncentrację (40%), intensywność cienia dróg moczowych nie zmniejsza się, a przez zmniejszenie ilości zastrzykiwanego roztworu unika się skurczów żylnych i powodowanych przez nie bólów. Różnica polega na tem, że 92% wprowadzonego uroselektanu ulega wydaleniu przez normalnie funkcjonujące nerki już w ciągu pierwszej godziny. Natomiast zmniejszenie koncentracji uroselektanu choćby o 10% przy zachowaniu prawie pełnej ilości (90 cm.³) zastrzykiwanego roztworu zmniejsza intensywność cienia. Jako przygotowanie do dożyłnej pyelografii zaleca autor podawanie w dniu, poprzedzającym badanie ziółek wiatropędnych, trzy razy w ciągu dnia oraz zrobienie 1–2 ławaty z naparu rumiankowego; w ten sposób usuwa się z jelit gazy, których obecność odbija się ujemnie na zdjęciu. Zdjęcia robił autor przed zastrzyknięciem uroselektanu oraz w 10, 20, 30, 50, 70, 100 minut po niem.

Miąśsz nerek wskutek obecności środka kontrastowego w kanalikach prostych i krętych ulega zagęszczeniu i odcina się na zdjęciu od otoczenia, najwyraźniej w 5–10 minut po zakończeniu zastrzyknięcia, później coraz słabiej. Cień ten nie jest jednolity: pomiędzy zewnętrzną granicą cienia nerkowego i plamkami kontrastowymi z jednej strony, jak również między nimi a wypełnionymi płynem kontrastowym kielichami

i miedniczką z drugiej strony, widać jaśniejsze miejsca. Zagęszczenie cienia nerkowego wskutek obecności środka kontrastowego nie występuje jednak we wszystkich przypadkach, a zwłaszcza u osób, które przez pewien czas przed badaniem nie przyjmowały płynów.

Wielkość i kształt miedniczki nerkowej i kielichów oraz ich liczba wahają się bardzo znacznie u rozmaitych zupełnie zdrowych osób. Zależy to, prócz odchyłń indywidualnych, od fizjologicznych wahań napięcia ściany miedniczek i kielichów. W przypadkach silnych skurczów tych narządów kontury ich cienia bywają nieostre. Lepsze wypełnienie miedniczek i poszczególnych kielichów spostrzegano u osób spragnionych. Wypełniony moczem pęcherz moczowy pozwala na otrzymanie lepszego wypełnienia miedniczek płynem kontrastowym, pozostaje jednak bez wpływu na wypełnianie się kielichów.

Moczowody uwidaczniają się zrazu nie w całym swym przebiegu; wkrótce po zastrzyknięciu widać tylko ich proksymalny odcinek. Przyjmowanie płynów lub nieprzyjmowanie ich nie wywiera wpływu na cień moczowodu; duży natomiast wpływ posiada stopień wypełnienia pęcherza moczowego: pełny pęcherz pozwala najprędzej na otrzymanie dobrego obrazu całego moczowodu; dlatego przed zdjęciem nie należy opróżniać pęcherza moczowego. Nietylko u rozmaitych osób, lecz nawet u tego samego osobnika moczowody mogą wykazywać zmiany położenia. To samo dotyczy wahań w szerokości moczowodu: są one częste w granicach od 0,5–8 mm.

Pęcherz moczowy uwidacznia się już w parę minut po zastrzyknięciu, szybkość zależy w silnym stopniu od ilości moczu w pęcherzu. Wygląd pęcherza zależy w dużej mierze od napięcia jego ściany; 1) stanu spoczynku, 2) ustawienia w gotowości, 3) okresu mikcji. Pęcherze mężczyzn różnią się znacznie od pęcherzy kobiet. Męskie pęcherze mają kształt poprzecznie-owalny, który w miarę wypełniania się pęcherza zbliża się do okrągłego; kobiece przypominają płaską misę, ułożoną niesymetrycznie w obu połowach miednicy, w miarę wypełniania się, choć kształt zbliża się do kulistego, widać jednak wklęsnięcie na biegunie czaszkowym.

Henryk Landau.

Wskazówki praktyczne.

Hoogslag zwrócił uwagę, że próba Nylandera może wypaść ujemnie pomimo obecności cukru w moczu, jeżeli mocz jest bardzo kwaśny, co szczególnie widzi się w przypadkach silnej kwasicy. Dodatni wynik otrzymuje się dopiero wtenczas, jeżeli się bierze na 5 części mocno kwaśnego moczu 2 części odczynnika (według oryginalnej próby bierze się na 10 części moczu 1 część odczynnika). (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1929 Z. 48).

—o—

Niedorozwinięta jądra leczył Wilson zastrzykowaniami podskórnymi hormonu przedniego płata przysadki. Po upływie 4 tygodni jądra powiększyły się dwójnasób, a w końcu leczenia czterokrotnie. Równoległe z tem podnosi się energja i żywotność pacjenta. (Arch. of. Int. Med. 1929 Z. 44).

—o—

Compral poleca H. B. Lewinson, jako dobry środek uśmierzający ból w chorobach zębów i po operacjach zębowych. Uspokojenie bólu następuje w ½ godziny po zażyciu 2-ch pastylek. (Zahnärztl. Rundsch. 1929 Nr. 7).

—o—

W drgawkach u ciężarnych (eclampsia gravidarum) stosuje H. Küstner z powodzeniem tyroksynę w ilości 2 mg. Po upływie 6 godzin drgawki są słabsze, po 8 godzinach ustają. Tę samą dawkę należy powtórzyć po upływie 10 godzin, a po 24 godzinach znowu 1 mg. Przytomność powraca po 24 godz. ilość moczu wzrasta, zawartość białka spada z 15 — 18% na 9 — 10%, raz nawet spada do ½%. (Kl. Woch. 1930 Nr. 1).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie naukowe z dn. 17 czerwca 1930.

Początek punktualnie o godz. 8-mej.

Obecnych członków T-wa 50, wprowadzonych gości 19.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 czerwca r. b. przyjęto bez zmian.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

3. Kol. Antoni Leśniowski i J. Mossakowski wygłosili odczyt: „W sprawie powstawania wodonercza” (streszczenie własne).

Autorowie wykonali doświadczenia na psach, które miały na celu wyjaśnić powstanie wodonercza, co zresztą by-

to już wykonane przez innych badaczy, i podają wynik swych doświadczeń. Wywoływali oni przeszkody w moczowodzie psa, i po upływie rozmaite długiego okresu czasu zwierzęta uśmiercali i badali ich nerki, miedniczki i moczowody.

Wytwarzali przeszkody rozmaite, co do stopnia zwężenia światła moczowodu, mechanicznie, a następnie — dynamicznie, pozbawiając moczowód na pewnej przestrzeni jego unerwienia, a częściowo i mięśniówki. Przeszkody wytwarzane przez autorów, naśladowały zmiany w moczowodzie, spostrzegane u chorych.

Otrzymane wyniki dowodzą, że zarówno przeszkody mechaniczne, jak i dynamiczne w moczowodzie, a więc wogóle na przebiegu dróg wydających moc, prowadzą w samej rzeczy, przynajmniej u psa, do rychłego rozwijania się wodonercza w odpowiedniej nerce ze wszystkimi jego następstwami. Odbija się to w rozmaicie dużym stopniu i na nerce drugostronnej.

Powyższa okoliczność tłumaczy, dlaczego wodonercze jest zjawiskiem częstszym, jak dowodzą tego nowoczesne metody badania narządów moczowych — pyelografia i pyeloskopia.

Autorowie nie mogą odpowiedzieć na pytanie, czy stany spastyczne moczowodów doprowadzają do powstania wodonercza.

Autorowie przedstawiają przeźrocza, które w sposób dostateczny ilustrują wykład.

4. Dyskusja.

Kol. L. Kryński stwierdza, iż prelegenci zajęli się w swych doświadczeniach sprawą etiologii wodonercza, powstającego drogą mechaniczną, co jest, zdaniem mówcy, zupełnie dostatecznie wyjaśnione. Znacznie mniej jasną jest sprawa przyczyn powstawania wodonercza na tle dynamicznym np. *bydronepbrosis intermittens*; badanie doświadczalne tego rodzaju zaburzeń jest znacznie trudniejsze.

Kol. A. Gluziński przypomina swe badania wykonane w Krakowie przed trzydziestu kilku laty, dotyczące wpływu podwiązki moczowodów na funkcje nerek. Mówca stwierdził wówczas, iż podwiązanie moczowodów na przeciąg jednej godziny powoduje wydzielanie się wzmożonej ilości moczu o niskim ciężarze właściwym, zawierającego białko oraz krwinki czerwone. Nerka w tym okresie nie jest przekrwiona, lecz błada. Pod mikroskopem stwierdza się, że nabłonek nerkowy ulega zwyrodnieniu, jądra komórek przestają się barwić. Przyczyna tego zjawiska leży w ucisku moczu zawartego w miedniczce na miąższ nerki oraz na żyły nerkowe. Po kilku godzinach ilość moczu się zmniejsza, zmiany degeneracyjne w nerkach występują coraz wydatniej. Widzimy zatem, jak szybko zaczopowanie moczowodu wpływa na normalną budowę miąższu nerek.

Kol. L. Paszkiewicz (streszczenie własne). 1. Szkoda, że prelegenci nie podali wyników dokładniejszych badań histologicznych miąższu nerki. 2. Przyczyny rozwoju zmian anatomicznych w nerce z niedrożnym moczowodem i w nerce z drożnym moczowodem są różne. W pierwszej zmiany anatomiczne powstają wskutek ucisku gromadzącego się w miedniczce moczu na miąższ nerki oraz na naczynia żyłne, co powoduje zaburzenia w krążeniu, których następstwem są znów zmiany wsteczne w nabłonkach kanalików. W nerce z drożnym moczowodem rozwijają się: a) przekrwienie czynne, ponieważ bierze ona na siebie pracę zastępczą, jeżeli tylko nerka ta nie była zbyt uszkodzona przed zachorowaniem drugiej nerki, oraz b) wybitne, przejściowe przyćmienie miąższowe nabłonków kanalików, uszkodzonych wytworami rozpadu miąższu nerki z niedrożnym moczowodem. Wytwory rozpadu nerki działają swoiście tylko na nerkę. Z biegiem czasu w miarę zmniejszania się wytworów rozpadu nerki z niedrożnym moczowodem, nerka z drożnym moczowodem powraca do zwykłego stanu i powoli przerasta (przerost zastępczy). 3. Doświadczenie z poprzecznym przecięciem moczowodu i następczem jego zeszcieniem, mające na celu naśladować dynamiczną przyczynę w rozwoju wodonercza, nie jest przekonujące: w miejscu przecięcia mięśniówki moczowodu rozwija się przecieć blizna, która z biegiem czasu kurczy się i zwęża światło moczowodu. Tworzy się więc mechaniczna przeszkoda w odpływie moczu.

W odpowiedzi zabrał głos kol. A. Leśniowski. Prelegent oddawna interesował się sprawą, którą dzisiaj przedstawił, uważając, iż wymaga ona rewizji. Opierając się na danych z piśmiennictwa, twierdzi, iż po przecięciu moczowodu i następczem zeszcieniu przewężeń mechanicznych nie bywa.

wodu i następczem zeszcieniu przewężeń mechanicznych nie bywa.

5. Z powodu nieobecności kol. A. Fryszmana odczyt jego *O pyelografii dożylniej* wygłosił w zastępstwie kol. Lewinson (streszczenie własne). Sprawa uwidaczniania na obrazie rentgenowskim dróg moczowych od dawna była przedmiotem badań. Już przed 25 laty Voelker i Lichtenberg wprowadzili pyelo-ureterografię. Metoda ta, jak wiadomo polega na tem, że za pomocą cewnika moczowodowego wprowadza się do miedniczki nerkowej płyn kontrastowy, aby tym sposobem otrzymać na płycie rentgenowskiej kontury miedniczek i moczowodów.

Przez wiele lat metoda ta oddawała i obecnie jeszcze oddaje nam bardzo cenne usługi przy rozpoznawaniu schorzeń dróg moczowych.

Zdarzają się jednak przypadki, kiedy z tych lub innych względów wziętnikowanie pęcherza, a tem samem i pyelografia nie może być wykonana, jak np. przy zwężeniach cewki, przerości gruczołu krokowego, przy małej pojemności pęcherza, łatwej krwawliwości błony śluzowej, a wreszcie w tych przypadkach, kiedy wyloty moczowodów są niewidoczne. To też powitać należy z dużym uznaniem ukazanie się nowej metody, która w tych właśnie wypadkach może być stosowana. Metodą tą jest pyelografia dożylna. Polega ona na tem, że przez wprowadzenie do krwiobiegu substancji kontrastowej możemy otrzymać na płycie rentgenowskiej zarysy miedniczek i moczowodów.

Pierwszy Rozeno potrafił rozwiązać problem dożylniej pyelografii, a mianowicie przez połączenie jodu z mocznikiem otrzymał preparat nazwany przezeń *pyelognostem*, który stosowany dożylnie uwidacznia miedniczkę i moczowody w obrazie rentgenowskim. Niestety środek ten okazał się niezupełnie obojętnym dla ustroju, albowiem notowane są w literaturze wypadki śmierci po zastosowaniu tego środka. Wkrótce miejsce pyelognostu zajął inny preparat t. zw. *uroselectan*. Środek ten został wynaleziony przez Swick i Bintza i wypróbowany na dużym materiale w klinice prof. Lichtenberga. Jest to preparat zawierający 42% organicznie związanego jodu, który po wstrzyknięciu dożylnem zostaje wydalony przez nerki w stanie nierozszczepionym. Badanie wykonujemy w sposób następujący: po uprzednim przygotowaniu chorego, jak do zwykłego zdjęcia dróg moczowych wstrzykujemy dożylnie 100 cm.³ 40% roztworu wodnego uroselectanu. Pierwsze zdjęcie wykonujemy według przepisu autora po 15 minutach, następne po 30, a trzecie po 75 minutach.

W przypadkach upośledzonej czynności nerek zaleca się wykonanie zdjęć po 6, 12 a nawet 24 godz.

Wskazania do stosowania tej metody są bardzo rozległe i podzielić je można na wskazania względne i bezwzględne. Jeżeli chodzi o pierwsze, to będą one te same co i dla zwykłej pyelografii, a więc będziemy ją stosowali wtedy, gdy chodzi o określenie stosunku topograficznego nerek do kości i guzów jamy brzusznej. Po drugie w tych przypadkach, gdy istnieje podejrzenie na wadę rozwojową nerek, wzgl. miedniczek i moczowodów. Podejrzenie takie powstaje może, jeżeli wymacujemy nerkę w niezwykle położeniu np. w miednicy, pośrodku kręgosłupa, lub jeśli przy wziętnikowaniu pęcherza stwierdzamy nienormalną ilość wylotów moczowodów, lub nieprawidłowe ich położenie. Po trzecie w gruźlicy nerek, o ile czynność tychże jeszcze jest zachowana, wreszcie w nowotworach. Są to wskazania względne, gdyż we wszystkich wymienionych przypadkach możemy się posługiwać zarówno pyelografią zwykłą, jak i też dożylną. Wskazania bezwzględne do stosowania pyelografii dożylniej będziemy mieli w tych przypadkach, kiedy z tych lub innych względów nie będziemy mogli wykonać wziętnikowania pęcherza, a tem samem i pyelografii bezpośredniej. A więc w przypadkach zwężenia cewki, małej pojemności pęcherza, łatwej krwawłości błony śluzowej i wreszcie tam, gdzie niewidoczne są wyloty moczowodów. Także i w tych przypadkach, w których z powodu istniejącej przeszkody w moczowodzie nie będziemy mogli wprowadzić cewnika do miedniczki nerkowej, a zależy nam na określeniu stanu dróg moczowych ponad przeszkodą, np. przy obecności kamienia w moczowodzie, co może mieć duże znaczenie przy wyborze metody postępowania. Wreszcie wskazanie bezwzględne do stosowania omawianej metody będziemy mieli tam, gdzie zachodzi obawa zakażenia nerek przez wprowadzanie cewnika do miedniczki np. przy dużym wodonerczu lub gruźlicy pęcherza.

Co się tyczy nowotworów nerek, to wskazanie byłoby

względem, albowiem mam wrażenie, że na drodze zwykłej pyelografii otrzymujemy wyraźniejsze kontury miedniczek i kielichów, a tem samem zmiany, charakterystyczne właśnie dla tych nowotworów.

Co się tyczy przeciwwskazań do stosowania dożylniej pyelografii, to nie należy jej stosować w schorzeniach tarczycy, wątroby, ostrej i przewlekłej mocznicy, a wreszcie przy niewyrównanych wadach serca i przy wysokiem ciśnieniu.

Ujemną stroną omawianej metody jest to, że musimy sprowadzać do krwi dużą ilość jodu. Wysoka cena preparatu i znaczny koszt związany z dużą liczbą zdjęć rentgenowskich, jakie muszą być wykonane, również stanowią pewne przeszkody.

To też staraliśmy się zmodyfikować tę metodę przez wprowadzenie połowy przepisanej przez autora ilości płynu t.j. 20 gr. uroselectanu, zamiast 40,0, rozpuszczonych w 50 gr. wody. Wszyscy chorzy znieśli zabieg bardzo dobrze, żadnych ubocznych objawów działania jodu nie spostrzegaliśmy.

Następuje pokaz rentgenogramów.

6. Dyskusja.

Kol. Markert W. Wartość pyelografii śródżylnej polega na tem, że można ją stosować w tych przypadkach, w których nie można wprowadzić cystoskopu. Stosujemy ją w II Klinice Chor. Wewn. prof. Orłowskiego od listopada 1929 r., używając pyelognostu. Jest to metoda zależna od czynności nerek dlatego nie powinno się jej stosować w znacznych zaburzeniach czynnościowych nerek. Po zastosowaniu pyelografii śródżylnej u psa z wodonerczem w jednej nerce wywołanem przez uprzednie podwiązanie moczowodu, i z drugą marską nerka — pies zdechl. Zdjęcia wykonywam w różnych odstępach czasu, w miarę utraty zdolności wydzielniczej uszkodzonej nerki — obrazy rentgenowskie były coraz słabsze, co przemawia wyraźnie za tem, iż jasność obrazu rentgenowskiego zależy od czynności nerki. W pyelografii śródżylnej obserwujemy nie tylko drogi moczowe chorej, ale również zdrowej nerki. W przypadku gruźlicy nerki, szybkość zjawiania się cienia po stronie zdrowej, łącznie z danymi innych metod badania klinicznego, pozwoliło nam ustalić wskazanie operacyjne. Czas zdjęcia zależy od szybkości wydzielania się przez nerki treści kontrastowej, nie może być przeto dla wszystkich przypadków ustalony schematycznie. Dla dokładnej oceny przypadku przy jednostronnem uszkodzeniu nerek, ważna dla nas jest zarówno chora, jak i zdrowa strona. Należy powitać nową metodę badania urologicznego, która jednak jest jeszcze w okresie badań. Należy również poprosić rentgenologów do współpracy oraz przekonać ich o wartości przedwstępnych badań klinicznych. Od techniki rentgenowskiej zależy powodzenie metody.

Kol. A. Elektorowicz, podkreśla, iż zdjęcia wykonywane przy pomocy pyelognostu są mniej wyraźne, niż wykonane drogą wlewu zwykłych, koszty zaś tego nowego sposobu badania są bardzo znaczne. Gdzie zatem można stosować zwykły sposób pyelografii, należy się przedewszystkiem do niego uciekać.

W odpowiedzi, kol. Lewinson zgadza się, iż znaczna cena pyelognostu ogranicza zakres jego stosowania. Referenci nie operowali nigdy, opierając się wyłącznie na danych pyelografii śródżylnej.

7. Kol. Prezes wygłosił krótkie sprawozdanie z działalności naukowej Towarzystwa w ciągu roku bieżącego.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10-tej 30.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Posiedzenie Zarządu Związku Przeciwwenerycznego

z dnia 27 czerwca 1930 r.

Obecni:

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

1. Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 27 marca 1930 r.

2. Uchwalono wyasygnować kwotę zł. 865 (osiemset

sześćdziesiąt pięć) złotych D-rowsi Leonowi Wernicowi tytułem pokrycia kosztów cyklu odczytów propagandowo-przeciwwenerycznych, zorganizowanych przez Polskie Towarzystwo Eugeniczne oraz kierownictwo działu wydawniczo-propagandowego Związku Przeciwwenerycznego.

3. Uchwalono, by kierownictwo działu wydawniczo-propagandowego Związku Przeciwwenerycznego przedkładało na przyszłość Zarządowi Związku programy projektowanych odczytów wraz z ich kosztorysami.

4. Na skutek interwencji prezesa Polskiego Towarzystwa Eugenicznego D-ra Leona Wernica uchwalono zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) z wnioskiem o wyasygnowanie Klinice Dziecięcej Uniwersytetu w Poznaniu zaległe zapomogi rządowe za czas od dn. 1.XII 1929 roku do dnia 31.III 1930 r. na prowadzenie przychodni dla dzieci kilowych.

5. Uchwalono wydać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi Służby Zdrowia) opinię przychylną w sprawie udzielenia zapomóg rządowych następującym samorządom:

a) Wydziałowi Powiatowemu Sejmiku Skierniewickiego w wysokości 1.200 złotych na prowadzenie poradni przeciwwenerycznej w Ośrodku Zdrowia w Skierniewicach (Nr. Z. H. 2515. 30),

b) Magistratowi m. Kielc w wysokości 1.500 zł. na urządzenie przychodni przeciwwenerycznej (Nr. Z. H. 1688. 30).

6) W sprawie podania o zapomogę rządową Magistratu m. Krakowa (Nr. Z. H. 1806. 30) na prowadzenie przychodni przeciwkiłowej dla dzieci uchwalono zaopiniować Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi Służby Zdrowia), że wysokość żądanej zapomogi jest bezwzględnie wygórowana.

7. Uchwalono przyznać na r. 1930 Warszawskiemu Chrześcijańskiemu Towarzystwu Ochrony Kobiet zapomogę w wysokości 1.000 (jeden tysiąc) złotych na koszty leczenia chorych wenerycznie dziewcząt w Zakładzie „Przystań” w Henrykowie.

8. Uchwalono zwrócić się do redakcji „Przeglądu Dermatologicznego” z prośbą o zamianowanie czasopisma „Przegląd Dermatologiczny” organem Związku Przeciwwenerycznego.

9. Uchwalono wydrukować 500 egzemplarzy odbitek, zawierających protokół Walnego Zebrania Delegatów Związku Przeciwwenerycznego z roku bieżącego oraz sprawozdanie kasowe i rzeczowe Zarządu za okres ubiegły.

Przewodniczący:

(—) Prof. Fr. Krzyształowicz

Sekretarz:

(—) Dr. W. Borkowski.

Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie.

Posiedzenie z d. 26 kwietnia r. 1929.

Na skutek zaproszenia wybrano do komitetu obchodu święta 3-go Maja prezesa Tow. kol. Rechniowskiego i kol. Kowalczewskiego.

1) Rechniowski demonstruje chorobę, 21-letnią Zofję T., dotkniętą *gruźlicą stawu kolanowego* lewego i pomyślnie operowaną przez R. sposobem Fredet. Od jesieni 1924 r. obrzmienie i uczucie ciężaru w kolanie lewym. Od początku września r. 1927 — wskutek bólu niemożność chodzenia. D. 26.IX 1927 r. — staw obrzmiały, pokryty skórą niezmienioną. Ucisk na nasady kostne — bolesny. 27.IX 1927 r. — opatrunek gipsowy usunięty d. 29.IX 1927 r. Żadnej poprawy, — stąpienie b. bolesne. Naświetlanie lampą kwarcową, 24.III 1928 — pomimo naświetleń — brak poprawy wyraźnej, chodzi z trudnością wskutek bólu. Od czerwca r. 1928 — bóle wciąż wzrastają — chodzenie prawie całkiem niemożliwe. 21.IX 1928 r. — wycięcie stawu zewnątrz-torebkowe sposobem Fredet; w *candylus inter-
nus famoris* — ognisko kostne gruźlicze wielkości orzecha laskowego; usunięto 2 ctm. nasady dolnej uda i 1 ctm. nasady górnej piszczeli. Szew kostny z drutu srebrnego; 8.X 1928 — opatrunek gipsowy, zmieniony 15.XII 1928 i usunięty całkowicie 23.II 1929 r. Zrost dobry. Obecnie chora chodzi bez bólu, tańczy i leży po płotach. Kończyna — krótsza, w kolanie — zupełnie sztywna, daje zupełnie dobre i niebolesne oparcie. Rentgenogram wykazuje zrost kostny jedynie w części zewnętrznej, podczas gdy część przysadkowa jest wypełniona smugami wybijając świeżej tkanki łącznej. W jednym miejscu

kości udowej na przebiegu szwu kostnego — ognisko — rozmięczeniu powstałe wskutek wewnętrznego wylewu krwi podczas operacji.

3) Wskutek nieprzybycia kol. Schorra wykład jego spadł z porządku dziennego.

Posiedzenie z d. 29 maja r. 1929.

1) Szokalski demonstruje przypadek *guzów krwawniczych*, w którym unormowanie defekacji, zimne ławaty, ziółka Niemojewskiego, preparat kasztanu indyjskiego i niewprawianie wypadniętych guzów krwawniczych doprowadziły do znacznej poprawy tak podmiotowej, jak i przedmiotowej.

2) Rechniowski demonstruje dwa preparaty *guzów włókniakowych macicy*, osiągnięte drogą operacyjną sposobem Faurea. Sposób ten różni się zasadniczo od klasycznego sposobu brzusznej wycięcia macicy tem, że atakuje macicę od dołu, oddzielając ją już na samym początku zabiegu bądź od szyi macicznej (t. z. decollation uterine Faurea) przy *hysterectomy subtotalis*, bądź od sklepień pochwy — przy *hysterectomy totalis*. Potem następuje od dołu do góry rozdarcie na tępo wiązadeł szerokie aż do rogu macicy względnie do *ligamenta infundibulo-pelvis*, które to części podwiązuje się en masse i przecina. Podczas tego rozdzielania ulegają rozerwaniu *arteriae uterinae*, które właściwie dlatego, że są rozerwane, a nie rozcięte, krwawią niewiele i łatwo dają się już po usunięciu macicy schwycić kleszczkami i podwiązać. Operacja, w ten sposób wykonywana, nie trwa dłużej w swojej istotnej części, niż 5–10 minut i jest mało krwawliwa. Dwie operacje, w ten sposób wykonane, przekonały R., że istotnie ma się tutaj do czynienia z dużym ułatwieniem i skróceniem czasu operacji.

3) Rechniowski demonstruje preparat *wrostka robaczkowego*, otrzymany drogą operacji na zimno. Kolbowaty, jak zwykle wierzchołek wzrostka, jest tutaj oddzielony od reszty wzrostka krótkim przewężeniem w postaci szypuły. Zmiany tego rodzaju mogą powodować podczas wycięcia wzrostka, — zwłaszcza sposobem wstecznym, urwanie wierzchołka i pozostawienie w jamie brzusznej i przeoczenie tego, gdyż część usunięta wzrostka robi wrażenie zupełnej całości. Wyniki tego mogą być typowe ostre napady wzrostkowe po operacji całkowitego — jakoby wycięcia wzrostka, gdzie dopiero operacja powtórna wyjaśnia całą sprawę. Dlatego też przy usuwaniu wzrostka zwłaszcza wobec tegich zrostów zawsze baczyc należy na to, czy wraz z wzrostkiem usunięty też został jego wierzchołek, odznaczający się zawsze swem kolbowatym zgrubieniem.

4) Schorr wypowiedział wykład p. t. *Fizjologia i patologia woreczka żółciowego w świetle obrazu rentgenowskiego*. Streszczenia nie przedstawiono.

Posiedzenie z d. 28 czerwca r. 1929.

1) Rechniowski komunikuje o następującym przypadku *ostrego przedziurawienia wrzodu jelita cienkiego* o przebiegu przewlekłym. Jan Z., l. 7, z rodziny obciążonej gruźlicą, d. 18 VI r. b. upadł, biegnąc, na chodniku. Bezpośrednio potem bóle brzucha, wymioty, trwające w ciągu d. 19 i 20 czerwca; d. 21 VI — bólesci złągodniały, lecz wystąpiło silne wzdęcie brzucha. Z rozpoznaniem — *appendicitis acuta* — skierowany do szpitala. Tutaj stwierdzono wszystkie objawy rozlanego septycznego zapalenia otrzewny przy ciężkim stanie ogólnym. Rozpoznano *peritonitis diffusa appendicularis*. Operacja, niezwłocznie podjęta, nie stwierdziła zmian w wyrostku robaczkowym, natomiast wykazała w jednej z pętel jelita cienkiego obecność wrzodu z przedziurawieniem ściany jelita, a w sąsiedniej pętli owrzodzenie ściany jelita, drążące do surowicówki; krezka, na której pętli te były zawieszone była twarda, wybitnie skurczona i usiana powiększonymi gruczołami chłonnyymi. Wszyscy uszkodzonej pętli w powłoki brzuszne; przemycie jamy brzusznej ciepłym roztworem fizjologicznym; sążek gazowy do jamy Douglasa. Częściowe zeszytce powłok brzusznych. W 24 godzin po zabiegu — zejście śmiertelne. Przypadek zasługuje na uwagę, jako typowy przykład zupełnie skrycie przebiegającego wrzodu jelita cienkiego, co nie stanowi rzadkości; przedziurawienie ostre w przypadkach tych spada na chorego, jak piorun z jasnego nieba. R. przypuszcza, że owrzodzenie miało charakter gruźliczy (obciążenie rodzinne, umiejscowienie w jelicie cienkim, powiększenie gruczołów krezkowych). Statystyka wykazuje 5 — 10% przedziurawień owrzodzeń gruźliczych jelita; przedziurawienia takie występują przeważnie już do jam otwionych przez zrosty lub do jam

narządów sąsiednich i to w okresie daleko posuniętych zmian w płucach; wskutek tego przedziurawienia te nie dają objawów ostrych rozlanego zapalenia otrzewny i wśród dominujących objawów płucnych i ogólnych często zostają przeoczone. W przypadku R. przedziurawienie — prawdopodobnie wskutek urazu — nastąpiło do wolnej jamy otrzewnowej wśród pozornego zdrowia. Takie urazowe przedziurawienie skrycie przebiegającego owrzodzenia gruźliczego jelita cienkiego nie należy — zdaje się do wypadków częstych, skoro R. w dostępnej dlań literaturze francuskiej, poczynając od r. 1922, nie znalazł wzmianki ani o jednym podobnym przypadku.

2) Szymon Tennenbaum referuje w głównych zarysach treść podręcznika Jamesa Mackenzie i Jamesa Orra: *choroby serca, zasady rozpoznawania i leczenia*. Streszczenia nie przedstawiono.

Posiedzenie z d. 29 listopada 1929 r.

1) Weinzieher komunikuje o przypadku *choroby Henocha* i w związku z tem omawia współczesne teorie krzepnięcia krwi i zaburzeń pod tym względem, następnie podaje podział skaz krwotocznych według podziału Morawitza. Streszczenia nie przedstawiono.

W dyskusji Szymon Tennenbaum przypisuje duże znaczenie śledziosie w powstawaniu zaburzeń krzepliwości krwi i jako dobry środek leczniczy iniekcje surowicy końskiej — po 20 ctm w odstępach miesięcznych.

Truskowski przypisuje większe znaczenie zmianom we krwi, niż zmianom w naczyńach włosowatych.

Brams opowiada się za wycięciem śledziosy w skąpie krwotocznej, po którym zwiększa się liczba płytek i ustępują krwawienia.

2) Rechniowski dzieli się swymi wrażeniami z XIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie. Prelegent podkreśla na wstępie piękno Wilna i jego okolic, dodając wrażenie jakie czynią jego mieszkańcy; podnosi znaczenie Wilna dla Polski dawniej i obecnie, wreszcie przechodzi do organizacji pierwszego w tem mieście zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, którą określa, jako wzorową. Pewne braki, jakie dawały się odczuwać, miały przyczynę głębsze, których usunięcie nie leżało w mocy komitetu organizacyjnego, a mianowicie: niewspółmierność pomiędzy wielkością miasta i niespodziewanie dużą liczbą uczestników zjazdu, a [następnie — w znacznej mierze — polityczny charakter zjazdu, zmanifestowany między innymi obecnością Prezydenta Rzeczypospolitej; ten dominujący polityczny charakter działał nieco deprymująco na czynność ściśle naukową. Zresztą prelegent zastrzegając się natychmiast, że podobne wrażenie otrzymał jedynie jako uczestnik posiedzeń sekcji chirurgicznej, gdzie wskutek warunków terenowych, o których wyżej, niezawsze prelegenci tematów głównych mogli być obecni, co uniemożliwiałoby rozwinięcie się dyskusji, tak zasadniczego czynnika naukowego. Szczęśliwym pomysłem było umieszczenie w programie każdego dnia zjazdu przed posiedzeniami sekcji odczytu na temat ogólny dla wszystkich uczestników zjazdu. Odczytów takich było 5, a mianowicie: prof. Marchlewskiego „przemiana materii w ustroju zwierzęcym i roślinnym”; prof. Godlewskiego „starość i śmierć jako zjawiska biologiczne”; Dr. Piaseckiego: „biologiczne podstawy wychowania fizycznego”; prof. Świętosławskiego: „zadania i obowiązki pracowników naukowych względem państwa i społeczeństwa”; prof. Nowickiego: „zagadnienie choroby raka w nauce i w życiu społecznym”. Sekcja chirurgiczna zjazdu, stanowiąca XXV zjazd chirurgów polskich, miała dwa tematy programowe: „leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc” (prof. Rutkowski), gdzie prelegent przedstawił całokształt sprawy tej w chwili obecnej; „gruźlica nerek” (prof. Schramm), gdzie między innymi raz jeszcze stwierdzono fakt niewątpliwy, że rozpoznanie gruźlicy stanowi wskazanie bezwzględne do usunięcia chorej nerki, i że leczenie zachowawcze, stosowane z powodzeniem w innych postaciach gruźlicy chirurgicznej, tutaj żadną miarą nie daje się zastosować.

Poza tem był cały szereg odczytów na tematy rozmaite.

3) Rechniowski: *Wrażenia z 38-go kongresu chirurgów francuskich w Paryżu (7–12 października r. 1929)*.

Na wstępie prelegent podnosi atmosferę swobody i braku skrupowania, jaka wogóle cechuje kongresy chirurgiczne francuskie. Przechodzi następnie do tematów programowych kongresu tegorocznego: pierwszy wygłoszony przez Berarda z Lyonu, jako referenta, i Lardennois z Paryża, jako ko-referenta, dotyczył leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc. Po odczytach rozwinęła się obszerna dyskusja, urozmaicona pokazem narzędzi, specjalnie do wycinania żebra 1-szego. Odczywały się głosy, twierdzące, że samo wyrwanie nerwu prze-

ponowego nieraz wystarcza, aby spowodować zapadnięcie się nie tylko części dolnej płuca, jak to utrzymywano dotąd, ale też i części górnej; w tych razach nie potrzeba uciekać się do obszernej torakotomii, by spowodować wyłeczenie. Sporo mówców wypowiedziało się zastosowaniem narkozy ogólnej i większość za operacją wieloczasową.

Drugim z kolei tematem programowym był: *wskazania i wyniki osteo-syntezy w leczeniu choroby Potta* (referat Rjocher z Bordeaux, koreferent Sorrel z Paryża). Osia rozpraw oczywiście była operacja Albee; w dyskusji uczestniczyli specjalnie zaproszeni przez kongres najwięksi znawcy tego przedmiotu, a mianowicie Waldenstrom ze Stockholmu i sam autor zabiegu Albee z New-Yorku. Ten ostatni zademonstrował przebieg operacji na filmie. Z powodzi rozpraw na wielu zjazdach i zebraniach naukowych zabieg Albee wychodzi dotąd zwycięsko. Uwidoczniło się to i na ostatnim kongresie paryskim, gdzie, pomimo niektórych głosów krytycznych i sceptycznych, większość nie bez sporej dozy entuzjazmu podnosiła korzyść operacji Albee w leczeniu gruźlicy kręgosłupa. Wielu mówców wprost twierdziło, że wszczepiony płat kostny działa nie tylko mechanicznie, jak to utrzymywano dotąd, lecz też i biologicznie. Tematem trzecim programowym był: *przebieg i leczenie ran ścięgien dłoni* (referent Bloch z Paryża, koreferent Bunnel z Lyonu). Zasługuje tu na uwagę precyzyjny sposób Sterling-Bunnela plastyki ścięgien uszkodzonych zginaczy palców dłoni, polegający na całkowitem usunięciu ścięgna uszkodzonego i zastąpienia go przez ścięgno martwe. Sposób ten rozwiązał wreszcie problemat reparacji ścięgien palców dłoni przy zachowaniu ich funkcji.

Z powodzi innych luźnych tematów zainteresowały specjalnie prelegenta: Yes Delagenieva znakomite wyniki trepanacji czaszki z nacięciem opony twardej przy urazach czaszki; Terriera sposób działania hirudynizacji w leczeniu poronem ostrego zapalenia żył. Z 10 zaś produkcji filmowych zwróciły specjalną uwagę: Steinmanna: *leczenie czynnościowe złamań kości i uszkodzeń stawowych*; Alessandri: pokaz b. trudnej operacji wrzodu trawiennego jelita czczego; wreszcie filmowy pokaz t-z. noża elektrycznego (prąd zmienny wysokiego napięcia).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

Na sierpniowym zjeździe międzynarodowym dermatologicznym w Kopenhadze Brunsgaard z Oslo mówił o gruźlicy skóry u dzieci na podstawie 103 przypadków, dotyczących dzieci od 10 do 15 lat. Zdaniem jego, wrota wejścia są prawie zawsze w płucach i zakażenie sięga najwcześniejszego dzieciństwa. Z biegiem czasu badanie płuc nie daje już wyniku dodatniego. Dopiero zastrzyknięcie tuberkuliny uwidacznia te zmiany, zwłaszcza przy pomocy prześwietlania. W jednym przypadku B. musiał kilkakrotnie zastrzyknąć tuberkulinę, by nareszcie wystąpiły objawy ogniskowe. B. nie sądzi, by można było przypisywać jakieś większe znaczenie zakażeniu, pochodzącemu z wyschniętej płwociny lub czegoś w tym rodzaju. Poza tem zarzek jest przeważnie typu ludzkiego. Co v i s a z Madrytu również jest zdania, że wilk np. jest pochodzenia od wewnątrz. Sole złota dawały mu niekiedy znaczną poprawę, zwłaszcza w przypadkach *lupus erythematosus*. Również djeta Gerson—Sa uerbrucha nieraz sprowadzała znikanie nacieków i guzków.

V o l k z Wiednia w jednym przypadku stwierdził obecność prątka gruźliczego typu ptasiego. Naogół ma się do czynienia z zwykłym prątkiem ludzkim kwasotrwałym. Sądzić należy, że i postać przesączalna może być powodem gruźlicy skóry. Jest on poza tem zwolennikiem tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego, ale i leczniczego w kombinacji np. z solami złota. Zwraca przytem uwagę, że odczyn ujemny tuberkulinowy nieraz w takim przypadku niekoniecznie musi przemawiać za odrzuceniem rozpoznawania gruźliczego charakteru cierpienia, gdyż, jak swego czasu dowiódł J a d a s s o h n, można mieć do czynienia z anergją dodatnią w przypadku gruźlicy.

R a v a u t z Paryża dzieli gruźlicę skóry na 2 główne grupy: 1. tuberkulidy, wywołane przez zarzek przesączalny pochodzenia od wewnątrz na drodze krwionośnej, 2. wilk, zależny od zarzaka kwasotrwałego i pochodzenia od zewnątrz. (Pr. méd. Nr. 82).

Z j a z d y

Kongres stomatologiczny włoski w Wenecji

(od dnia 15 — 21 września 1930).

Kongres ten odbył się poraz pierwszy pod protektorem Międzynarodowego Związku Stomatologicznego. Z tego powodu wziął w nim udział szereg najwybitniejszych stomatologów europejskich. Na około 450 uczestników Zjazdu przybyło z zagranicy około 150, między którymi byli najliczniejsi Węgrzy (około 60), następnie miejsce pod względem liczebnym zajęli Polacy (24), później Niemcy (około 15), Francuzi (około 15), w końcu mniej licznie byli reprezentowani Austriacy, Belgowie, Holendrzy, Portugalczycy i inne narodowości. Głównymi przedstawicielami Francji byli profesorowie Chompret i Herpin; Węgier: profesorowie Szabo, Morrelli i Dr. Simon; Polscy: profesorowie Cieszyński i Jarzab; Niemiec: profesorowie Moral, Greve, Adrion i Mamlock; Portugalji: dr. Marqueze; Belgji: dr. van Ghinst. — Amerykę reprezentował główny przedstawiciel ruchu stomatologicznego: dr. Asgis z Nowego Yorku.

Inauguracja Zjazdu odbyła się bardzo uroczystie swali Napoleona w pałacu królewskim w obecności przedstawicieli Ministerstw, władz faszystowskich i miejscowych.

Posiedzenia naukowe rozpoczęły się tego samego dnia po obiedzie i trwały przez cały tydzień od 9 tej rano do blisko 7-mej wieczorem. Program obejmował przeszło 70 wykładów ze wszystkich dziedzin stomatologii. Wśród zgłoszonych wykładów z zagranicy były cztery, dwóch prelegentów z Polski.

Obrazy toczyły się w języku włoskim, francuskim i niemieckim. Na honorowym miejscu programu, bo jako pierwszy wykład, postawiono wykład prof. Cieszyńskiego ze Lwowa na temat: *Własne metody wstrzykiwań u podstawy czaszki w celu znieczulania i leczenia rwy nerwu trójdzielnego uzupełniony projekcjami*

i pokazem filmu naukowego, który wzbudził szczególne zainteresowanie nie tylko swą treścią, ale zastosowaniem najnowszych metod dydaktycznych oraz najnowszej techniki kinematograficznej. Drugim z rzędu mówcą był również Polak prof. Jarzab (Poznań), który w języku włoskim mówił o sposobie pogłębiania działania środków znieczulających. — Na temat bardzo aktualny mówił prof. Baretti z Bolonii o podstawach naukowych amputacji miazgi. Prof. Palazzi o najnowszych metodach badania i leczenia korzeni; prof. de Vecchi z Turynu — o odporności miazgi na zakażenia i o wynikach badań eksperymentalnych, odnoszących się do zakażenia ogólnego, spowodowanego ogniskiem zakaźnym w jamie ustnej. Dr. Linka z Trjestu: o nowej metodzie leczenia korzeni i wypełniania przewodów preparatami wapniowymi. Czersch referentów (z Włoch, Niemiec i Portugalji) przedstawiło sprawę zastosowania djatermji i elektrokoagulacji w dentystyce. Prof. Moral z Rostock referował o błędach, dotyczących rozpoznania i leczenia chorób jamy szczękowej. Wygłoszono szereg bardzo cennych referatów z dziedziny anatomji, fizjologii, patologji i chirurgji zębów oraz kości szczękowych. Prof. Cavina z Bolonii przedstawił własną metodę usuwania występującej żuchwy przy nadmiernym jej przeroście. Kilku mówców włoskich i francuskich wygłosiło referaty z dziedziny ortopedji szczęk. Prof. Perna z Rzymu przedstawił plany budowy zakładu dla stomatologicznej higieny szkolnej i społecznej. Gmach ten ma stanąć w Rzymie, ufundowany przez znanego filantropa i właściciela wielkiej firmy fotograficznej Kodak Castmanna, który ofiarował 9 milionów dolarów nie tylko na jego wybudowanie, ale także i na utrzymanie go w ruchu.

W ostatni dzień Zjazdu odbyło się posiedzenie międzynarodowego Związku Stomatologicznego, na którym uchwalono, by stomatologia była w programie studiów lekarskich przedmiotem obowiązkowym i ażeby w tych krajach, w których przy

wydziałach lekarskich nie istnieją jeszcze katedry stomatologiczne, katedry te zostały utworzone ze względu na to, że stomatologia jest każdemu lekarzowi bezwzględnie potrzebna dla zrozumienia chorób organizmu, powstających z powodu chorób zębów i szczęk. — Prof. Cieszyński poddał w obszernym wykładzie krytyce obecne studia lekarskie, następnie studia dentystyczne autonomiczne t. j. odrębne studia dentystyczne, prowadzone od samego początku w osobnych zakładach a nie wspólnie ze studentami medycyny, w końcu studia stomatologiczne w formie obecnej, t. j. specjalizację, odbywaną po ukończonych już studiach lekarskich, wskazując na konieczność wprowadzenia egzaminów końcowych ze specjalizacji. Uchwalono, celem zapewnienia rozwoju stomatologii jako nauki i celem wykształcenia jaknajlepszych specjalistów w chorobach jamy ustnej i zębów, aby zniesiono autonomiczne studia dentystyczne i wymagano w przyszłości pełnych studiów lekarskich jako podstawy dla przyszłych studiów stomatologicznych, jak to jest n. p. we Włoszech, Austrii, Węgrzech, Belgii i częściowo w Polsce (w Warszawie bowiem istnieją jeszcze autonomiczne studia dentystyczne, trwające lat 4 w Państwowym Instytucie Dentystycznym).

Pierwszy Ogólny Zjazd Międzynarodowy Stomatologiczny ma się odbyć w przyszłym roku w Budapeszcie pod przewodnictwem prof. Szabo, który na następny okres czasu został wybrany przewodniczącym Międzynarodowego Związku Stomatologicznego.

Włosi przyjmowali grono zagranicznych gości bardzo serdecznie i gościnnie. Na wielkim bankiecie we wspaniałym hotelu „Excelsior” na Lido, w którym wzięło udział około 500 osób i zabierali głos przedstawiciele prawie wszystkich krajów zagranicznych, między innymi przemawiał prof. Cieszyński, wskazując na łączność kultury polskiej z kulturą zachodnią i znaczenie Włoch w rozwoju kulturalnym Polski. Na program towarzyski i rozrywkowy złożyły się: wycieczki do Murano i wysp pobliskich, wspólne zwiedzenie sanatorium dla dzieci na Lido, Hospedale del Mare, w którym w ubiegłym sezonie przeszło 3100 dzieci od 4 — 12 lat korzystało z kuracji nadmorskiej, wspólne zwiedzenie Międzynarodowej wystawy sztuki, w której bardzo skromnie przedstawiał się dział polski, wspólne zwiedzenie pałacu dożów, wyścigi łodzi motorowych i serenada w zatoce przed placem św. Marka.

Pod redakcją prof. Cavinę poczęło wychodzić w Bolonii nowe archiwum międzynarodowe pod tytułem: *Archivum chirurgiae oris*. Do współpracowników tego pisma należy: Arlotta (Milano) — Asgis A. J. (New York) — Axhausen G. (Berlin) — Bruhn C. (Düsseldorf) — Cieszyński A. (Lwów) — Grandi P. (Trieste) — Kostecka T. (Praga) — Lindenmann A. (Düsseldorf) — Morali H. (Rostock) — Norelli G. (Budapest) — On. Perna A. (Rzym) — Pichler H. (Wiedeń) — Szabo J. (Budapest) — Wassmund M. (Berlin).

Przegląd terapeutyczny

Jaki preparat należy stosować w dnie?

(Rozważanie nad pracą M. Pekera o środkach stosowanych w dnie).

Podał

M. FERSTER (Warszawa).

Ogłoszona przez M. Pekera w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim” 1929 r. Nr. 34/35 praca p. t.: „O środkach leczniczych stosowanych w dnie” ma duże znaczenie praktyczne dla lekarza — praktyka, i dlatego pozwalam sobie też zabrać głos, aby poczynić niektóre uwagi do tej pracy.

Badania Pekera ograniczyły się narazie tylko do stwierdzenia wpływu poszczególnych przetworów, stosowanych w dnie, na kwas moczowy we krwi i w moczu oraz na diurezę chorego. Byłoby oczywiście bardziej celowe nad wywodami Pekera zastanowić się dopiero po całkowitem zakończeniu podjętej przez niego pracy; niestety jednak dalszy bieg zapowiadanych badań dotychczas jeszcze się nie ukazał, a nie chciałbym zwlekać ze swoimi uwagami.

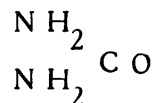
Opierając się na wywodach Pekera utrzymujemy, że dobry preparat, stosowany u chorych na dnę, powinien odpowiadać przede wszystkim następującym wymogom:

- 1) zmniejszać zawartość kwasu moczowego we krwi,
- 2) powiększać ilość kwasu moczowego w moczu,
- 3) powiększać diurezę.

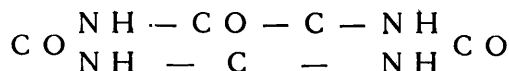
Jednakże powiększenie diurezy możemy osiągnąć wieloma środkami i właściwość ta nie powinna zaważyć na wyborze środka leczniczego przy leczeniu dny; natomiast powiększenie się kwasu moczowego w moczu jest w głównej mierze zależne od stopnia rozpuszczalności kwasu moczowego we krwi, a więc najważniejszą i podstawową zaletą środka powinno być oddziaływanie na kwas

moczowy, odkładający się u chorych na dnę w nadmiarze w różnych tkankach organizmu.

Produkt ostatecznego rozpadu ciał białkowych w swej ostatecznej formie stanowi mocznik:



Jako pośredni produkt niedostatecznego spalania występuje zamiast łatwo rozpuszczalnego mocznika trudno się wydzielający z ustroju kwas moczowy:



Otóż nagromadzenie się tego kwasu moczowego w nadmiarze w postaci złogów na ścianach żywych naczyń krwionośnych może spowodować zatory i upośledzenie krwionobiegu. Postępowanie lecznicze ma przeto za zadanie usuwanie takich złogów, rozwieranie zatorów, czyli przywrócenie fizjologicznych warunków krążenia. Następuje ono przez rozpuszczanie z następnym uruchomieniem i wypłukaniem z ustroju nagromadzonego tam w nadmiarze kwasu moczowego.

Może to być spowodowane specjalnymi lekarswami, posiadającymi własność rozpuszczania kwasu moczowego, stopień jednak oddziaływania tych ostatnich w dużej mierze uzależniony jest od umiejętności ich stosowania.

Mam tu na myśli dodatni wpływ, jaki wywiera na leczenie dny preparatami kwasu fenylochinolinokarbonowego jednoczesne podawanie większej ilości płynów obojętnych.

Oddziaływanie to uzasadnione jest potrzebami fizjologicznymi naszego ustroju. Normalnie, jak wiadomo, zużywamy około 3 litrów płynu na dobę. Z tych idzie na ślinę około 400 ccm., na parowanie przez płuca i potrzeby narządów gruczołowych oraz dla naturalnej ich sprawności, t. j. na sok

żołądkowy, żółć i inne wydzieliny potrzeba około 2 litrów płynu. Przez skórę zaś ulatnia się około 400 cm., tak że na wydalanie z moczem pozostaje zaledwie 1 litr na dobę, co jest zbyt małą ilością, aby w dostatecznej mierze usunąć i wypłukać z ostroju nagromadzony w nadmiarze w tkankach kwas moczowy, rozpuszczony i uruchomiony przez właściwy preparat leczniczy.

Tylko dostatecznie duża ilość płynów, wprowadzonych do organizmu przy jednoczesnym podawaniu lekarstwa gwarantuje powodzenie leczenia środkami kwasu fenylochinolinokarbonowego, gdyż dostateczne zaopatrzenie ustroju w wodę sprzyja:

- 1) rozpuszczaniu i wydalaniu z organizmu substancji szkodliwych (produkty wstecznej przemiany materii, osady patologiczne, toksyny i t. p.);
- 2) rozwodnieniu krwi; rzadka krew jest mniej lepka, łatwiej krąży, więcej wprowadza substancji szkodliwych, a przytem od serca nie wymaga tego wysiłku, co krew zgęszczona, a zatem bardziej lepka;
- 3) by serce pracowało pod pełnym ciśnieniem normalnem, a ustrój, zaopatrzony w automat wszelki nadmiar płynów samodzielnie wydala przez nerki już w kilka minut po spożyciu cieczy, unosząc z sobą rozpuszczalne w wodzie substancje zużyte;
- 4) nerki przy dostatecznym zaopatrywaniu ustrój w wodę nie są obciążane pracą na przesączanie cieczy stężonej, a rzadkie roztwory ułatwiają wypłukanie z ustroju nagromadzonych tam soli i związków trudno rozpuszczalnych, między innymi też i kwasu moczowego.

Bardzo pouczające pod tym względem jest porównanie anglików i rosjan. Anglicy piją wprawdzie herbatę, lecz mocną i w małej ilości; hołdują natomiast whisky, a spożywają mięso w znacznych ilościach.

Rosjanie natomiast, zwłaszcza w okolicach dawnego Petersburga, aczkolwiek pod względem klimatycznym, higieny i komfortu mieszkaniowego oraz kultury znacznie gorzej od anglików uposażeni, a dla rozwoju dny bardziej, zdawałoby się odpowiedni, tem nie mniej według statystyki przedwojennej wykazywali jednak znacznie mniejszy odsetek chorych na dnę, aniżeli anglicy.

Przyczynę tego należy upatrywać oprócz dodatniego wpływu łaźni rosyjskiej, w spożywaniu dużych ilości herbaty, aż „do siódmego potu”.

Zatrzymałem się nieco dłużej nad zjawiskami pracy fizjologicznej organizmu, gdyż dobitnie świadczy o one, dlaczego w leczeniu dny należy stosować jaknajwięcej płynów przy stosowaniu preparatów atofanowych.

Tę okoliczność jednak P e k e r w swej pracy, jak widać, niedocenił w dostatecznej mierze i to, oraz zbyt krótkotrwałe okresy stosowania środków, być może skutek zbyt wielkiego materiału, jaki P e k e r podjął się opracować bezsprzecznie wpłynęły na obniżenie otrzymanych wyników.

Szczególnie dobitnie ten ujemny wpływ występuje przy stosowaniu atochinolu. Preparat ten, jak wiadomo, należy stosować w przeciągu 5 dni, gdyż nieraz stwierdzono wzmożenie się jego działania dopiero właśnie w 4. i 5. dniu.

Przy stosowaniu atochinolu zaleca się przyjmowanie 1¹/₂ do 2 litrów płynów obojętnych, P e k e r natomiast zalecał zaledwie 800—1000 ccm. (4 razy dziennie po 1 szklance wody Vichy), co jest stanowczo zamało i co w dużej mierze uszczupla wyniki, które przy zastosowaniu przepisów byłoby, przynajmniej w stosunku do atochinolu, znacznie dobitniejsze i większe.

A jednak nawet w tych niedostatecznych warunkach, w jakich P e k e r prowadził swoje badania, znaczna przewaga atochinolu w porównaniu z innymi analogicznymi preparatami występuje bardzo dobitnie.

O ile porównamy wpływ zmniejszenia się kwasu moczowego we krwi pod wpływem stosowania atochinolu, atofanu i libofanu, otrzymujemy według P e k e r a:

Zmniejszenie się kwasu moczowego w mgrm.

	Atofan		Atochinol		Libofan	
	pierwsze 3 dni: po upływie 6 dni:		pierwsze 3 dni: po upływie 6 dni:		pierwsze 3 dni: po upływie 6 dni:	
I przyp.	+0,1	-0,2	-0,4	-0,6	-0,5	-0,7
II „	-0,2	-0,0	-0,1	-0,3	-0,2	+0,1
III „	-0,3	-0,2	-0,1	-0,3	-0,1	+0,1

Jak widzimy, atochinol we wszystkich przypadkach bez wyjątku dał spadek kwasu moczowego we krwi, przyczem proces ten w następne 3 dni bez stosowania tego leku, nietylko nie wstrzymywał się, ale we wszystkich 3 przytoczonych przypadkach wykazuje dalszy spadek kwasu moczowego, czyli też nasilenie jego działania co właściwie odpowiada temu, cośmy wyżej zaznaczyli o koniecznym podawaniu tego preparatu dłużej niż 3 dni.

Pomimo powyższej przewagi w oddziaływaniu atochinolu na kwas moczowy we krwi, należy bezwzględnie podkreślić jeszcze jedną nader ważną okoliczność, a mianowicie: P e k e r stosował atochinol w kołaczykach po 0,25 grm. wtedy, gdy atofan i libofan zawierają po 0,5 grm. substancji chemicznej. Wszak dla ustroju ludzkiego jest wcale nie obojętnem, jaką ilość kwasu fenylochinolinokarbonowego do niego wprowadzamy, tembardziej, że leczenie dny jest zazwyczaj dość długotrwałe. Możliwe więc zużycie mniejszej ilości środka jest wobec tego dla chorego rzeczą nader ważną, z którą lekarz — praktyk przy wyborze środka leczniczego obowiązkowo liczyć się musi.

Atochinol jest nierozpuszczalny w wodzie, wzgl. w żołądku. Dla osób nadwrażliwych korzystą się z rozpuszczalności atochinolu w lipidach, stosując go przez skórę pod postacią maści atochinolowej. Tak rurkę zawierającą 20 tabletek, jak i maść, zawierającą w tubce równoważnik substancji działającej należy zużyć w ciągu 5 dni, a od samego rozpoczęcia leczenia przez 10 dni bez przerwy zaleca się obfite picie 2 litrów płynów obojętnych na dobę ponad normę codzienną.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

„Odmiastowienie” szpitali warszawskich a Kasy Chorych.

Podał

Alfred KRIEGER (Warszawa)

Doskonały artykuł D-ra Mieczysława Gantza (p. Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 42) poruszył sprawę, która dziwnie mały odgłos wywołała w naszym społeczeństwie. Być może, że społeczeństwo nasze, zajęte innymi problemami, nie mogło się zająć tem zagadnieniem. Sprawa to jednak tak wielkiej wagi, że warto oświetlić ją wszechstronnie.

Grozi nam — w tej chwili narazie tylko Warszawie, za nią pójdą i inne miasta — „generalna wysprzedaż” najważniejszych instytucyj miejskich: piekarni, zakładów opiekuńczych i szpitali. Znajdą się nabywcy na piekarnię, trudniej będzie o nich przy „odmiastowieniu” zakładów opiekuńczych i szpitali. Nawet gdyby się tacy nie znaleźli, już zapowiedź „odmiastowienia”, o której dowiedzieliśmy się z enuncjacji Pana Prezydenta m. Warszawy świadczy, iż instytucjom dobra społecznego grozi poważne niebezpieczeństwo. Możemy doczekać się chwili, iż instytucje te zamienią się na zakłady filantropijne, udzielające „pomocy dla ubogich” innemi słowy mówiąc — na zalegalizowaną żebranię. Rzecz charakterystyczna dla naszych stosunków, że groźba zamknięcia opery czy innych teatrów miejskich, — przynoszą one deficyt wynoszący bez mała 3 miliony złotych — wywołała burzę protestów, natomiast w sprawie „odmiastowienia” zakładów opiekuńczych i szpitali tak głośnych protestów nie słyszeliśmy. Nie zabrakło w tej sprawie głosu ani izby lekarskiej, ani stowarzyszenia lekarskiego, a szkoda, gdyż głos ich miałby bardzo poważne znaczenie.

Pan Dr. Gantz omówił tę sprawę ze stanowiska lekarza społecznika, pragnąłbym, godząc się zresztą na wywody Szan. Autora, omówić ją ze stanowiska polityki społecznej.

Dr. Gantz stwierdza słusznie, iż jako główne przyczyny niepomyślnego stanu szpitali podaje się zazwyczaj wprowadzenie 8 godz. dnia pracy dla personelu i „przywilej” Kas Chorych, wynikły z art. 43 ust. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Rzeczywiście wszędzie powtarza się te argumenty, jako powód deficytu szpitali w Warszawie i z tego powodu warto je omówić nieco szerzej.

Wprowadzenie 8 godz. dnia pracy w szpitalach warszawskich, a więc wypełnienie obowiązku ustawowego, zwiększyło zapewne wydatki personalne w budżetach szpitalnych, jednak nie wiemy w jakim stopniu. W tem leży *punctum saliens* zagadnienia, albowiem sprawa wysokości kosztów szpitalnych („kalkulacji taksy szpitalnej”) jest tajemnicą urzędową, bardzo zazdrośnie strzeżoną

przez Magistrat Warszawski. Już w r. 1926 zwracałem na łamach Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego (Nr 7.) uwagę na ten fakt dla naszych stosunków niezmiernie charakterystyczny. Mamy instytucje dobra publicznego (t. j. szpitale), utrzymywane z pieniędzy podatkowych; są one obowiązane do określonego ustawą sposobu obliczenia swych wydatków, jednak metody obliczania są tajemnicą dla nikogo niedostępną. Płace personelu stanowią pewien odsetek kosztów ogólnych. Jaki — nie wiemy. Dopóki więc Magistrat m. Warszawy nie ujawni swej tajemnicy urzędowej, nie wolno twierdzić, iż wprowadzenie 8 godz. dnia pracy powiększyło deficyt naszych szpitali, a celem usunięcia go trzeba szukać tak radykalnych środków, jak to zapowiedział Pan Prezydent m. Warszawy i przekreślić pracę samorządu naszego ostatnich lat 15-tu. Uzyskanie zaś jakichkolwiek danych z dziedziny gospodarki szpitalnej jest wogóle niemożliwe.

Przed dwoma laty Rada Miejska wybrała komisję specjalną („komisja Ewerta”), która miała Radzie złożyć sprawozdanie o stanie szpitalnictwa warszawskiego. Nie wiemy czy komisja ta prace swe ukończyła; w każdym razie sprawozdania dotychczas nie ogłosiła. I ta tajemniczość jest bardzo charakterystyczna. Dalecy jesteśmy od insynuowania komukolwiek zarzutu, „iż tam się kradnie”, jednak nikt nie ma prawa stawiania pewnych twierdzeń, że skromna zdobycz w dziedzinie polityki społecznej (8 godz. dzień pracy) może być powodem „odmiastowienia” szpitali i oddania zdrowia tysięcy obywateli na flukty filantropji. Niechaj Magistrat m. Warszawy wytłómaczy, dlaczego taksa szpitalna wynosi w Warszawie zł. 11.50, dlaczego jest tak wysoka, a dlaczego w miastach prowincjonalnych waha się od 5 — 8 zł. Przyjąwszy nawet, iż w szpitalach prowincjonalnych czas pracy jest dłuższy i wynagrodzenia personelu niższe, nie można twierdzić, iż te przyczyny mogą w Warszawie wywołać tak znaczną podwyżkę kosztów szpitalnych w stosunku do szpitali prowincjonalnych.

Drugą przyczyną deficytu szpitali warszawskich ma być ów „przywilej” Kas Chorych (art. 43 ust. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby), w myśl którego „szpitale publiczne... obowiązane są przyjmować chorych członków Kas Chorych po cenach odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia chorego”.

Stwierdzić należy, że żadna z ustaw zagranicznych takiego „przywileju” organizacji ubezpieczenia na wypadek choroby, nie przewiduje. Jakie wobec tego przyczyny sprawiły, że ustawa nasza dała Kasom Chorym tego rodzaju uprawnienie?

Badając sprawozdania z działalności Kas Chorych na r. 1927 (ostatnie sprawozdanie urzędowe ogłoszone drukiem) zauważamy, iż wydatki na „szpitale i przewóz chorych” wynosiły w r.

1927 — 29, 1 milion złotych czyli 15 proc.**) składek. Według sprawozdania za r. 1929**), Kasa Chorych m. Warszawy wydała na koszty leczenia w szpitalach obcych 5.9 milj. zł., to jest 10,97 proc. ogółu dochodów. Wydatki, jak wiżymy, bardzo poważne, i obciążenie samorządu znaczne.

Dlaczego wobec tego stworzono przywilej? Jak wiadomo, nasze Kasy Chorych obowiązane są w myśl ustawy do udzielania świadczeń ubezpieczonym i ich rodzinom. Pojęcie „członka rodziny” określone jest w naszej ustawie (art. 33) bardzo szeroko. Za członka rodziny uważa się małżonka (ę), wstępnych, zstępnych, braci, siostry, wychowanców, dzieci nieślubne, zamieszkujące z obowiązkowo ubezpieczonym i utrzymywane wyłącznie z jego zarobku, a także żonę, niezamieszkujejącą z ubezpieczonym lub jego dzieci, jeżeli płaci on im alimenty. Tak szerokiego pojęcia członka rodziny nie zna prawie żadna z ustaw współczesnych. Dla przykładu przytoczymy kilka z nich.

W myśl art. 4 ustawy francuskiej (w brzmieniu z 5 IV. 1930) prawo do świadczeń ma tylko małżonka i dzieci ubezpieczonego do 16 roku życia jednak nie zarabiające (non salariés). Ustawa niemiecka (nowela z 26 VII. 1930) w § 205a głosi, iż „małżonka i dzieci mające prawo do utrzymania (unterhaltsberechtigzte Kinder...) mają prawo do świadczeń narówni z ubezpieczonymi przez 13 tygodni”. Przez „dzieci” rozumie ustawa dzieci ślubne, uznane za ślubne, nieślubne i pasierbów, utrzymywanych głównie przez ubezpieczonych.

Jedynie ustawa czechosłowacka (§ 96) daje pojęcie „członków rodziny” analogiczne jak nasza, uważając za „członków rodziny” małżonka, dzieci ślubne i nieślubne, pasierbów i dzieci adoptowane. Mają one prawo do świadczeń tylko do 17 roku życia, zaś dzieci starsze, wnuki, rodzice, dziadkowie, teściowie tylko wówczas, jeżeli żyją z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie co najmniej od pół roku.

Ustawa nasza nakłada na państwo z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby minimalne obowiązki finansowe (art. 48). Wynoszą one obecnie 3 — 3,5 milj. zł. rocznie. Natomiast ustawa francuska nakłada na państwo z tego tytułu obowiązki znacznie większe, tworząc (art. 60) t. zw. „le fond de majoration et de solidarité”.

Ile wyniosą te wydatki, nie wiadomo, albowiem fundusz pokrywać będzie także i wydatki innych działów ubezpieczeń.

Również i ustawodawstwo niemieckie nakłada na państwo duże obowiązki z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby; wynosiły one w r. 1928 w myśl statystyki urzędowej 28,4 milj. marek niem.***)

Z porównań tych wynika, iż nasze organizacje ubezpieczeń na wypadek choroby są w znacznie większej mierze samowystarczalne, aniżeli analogiczne organizacje zagraniczne, a ponadto ich osobowy zakres działania jest (przedewszystkiem w dziedzinie pomocy dla rodzin) znacznie szerszy, aniżeli zagranicą.

*) P. III. Rocznik Ubezpieczeń Społecznych str. 13 i 47.

**) P. Sprawozdanie K. Ch. m. Warszawy na rok 1929 str. 50.

***) P. Reichsarbeitsblatt Nr. 27/1929

Ustawa nasza, chcąc uniknąć poważnego obciążenia Skarbu Państwa, licząc się z możliwościami finansowymi naszych Kas Chorych, obniżyła ich koszty szpitalne i jednocześnie zmniejszyła obowiązki samorządu terytorjalnego w dziedzinie opieki społecznej, szeroko ustalając pojęcie członka rodziny. Gdyby definicja „członka rodziny” była w ustawie o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby węższa, w granicach ustaw zagranicznych, wówczas liczba członków rodzin, korzystających ze świadczeń Kas Chorych byłaby mniejsza. Osoby te, nie mając bezpłatnej pomocy lekarskiej i szpitalnej w Kasach Chorych, domagałyby się jej od samorządu, a wówczas wydatki na opiekę społeczną naszych związków komunalnych zwiększyłyby się i wynosiłyby znacznie więcej, aniżeli wynosi dzisiaj ów tak bardzo zwalczany przywilej. Oto jest geneza art. 43 ust. z 19. V. 1920 r.

Jak ścisły związek przyczynowy istnieje między opieką społeczną a istnieniem (wzg. nie istnieniem) ubezpieczeń społecznych świadczy art. 69 (a) omawianej już ustawy francuskiej. Ów fundusz, o którym wspomnieliśmy (le fond de majoration et de solidarité) czerpać ma, między innymi, dochody z opłat państwa, departamentów i gmin, które powstaną z oszczędności na opiece społecznej z powodu wprowadzenia obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (dès économies réalisées par eux, du fait de l'application des assurances sociales). Być może, że ustawa nasza poszła po linii najmniejszego oporu, i przerzuciła na samorząd ciężary, które gdzieindziej ponosi państwo, jednak z tego nie można wyciągać wniosku, iż ów „przywilej” należy znieść, podwyższając koszty szpitalne do 100 proc. Z kwoty 29,1 milionów zł., wydanej przez Kasy Chorych na „szpitale i przewóz chorych”, co najmniej 25 milionów wydają one na opłacenie kosztów szpitalnych. Stanowi to około 12 proc. ich składek za rok 1927. Wyobraźmy sobie, że ów „przywilej” zostanie zniesiony i wydatki Kas zostaną zwiększone bez udzielenia im nowych źródeł dochodu. Oczywiście, że można podwyższyć składkę i przerzucić w ten sposób te wydatki, które ponoszą dotychczas gminy, na zainteresowanych, jednak byłaby to droga najmniejszego oporu, na którą ani ubezpieczeni ani pracodawcy z pewnością się nie zgodzą.

Z tych powodów zagadnienie deficytów szpitalnych trzeba postawić na znacznie szerszej płaszczyźnie, aniżeli się to dotychczas czyni. Jeżeli nasz samorząd terytorjalny nie może ponieść tak wielkich wydatków, niechaj udowodni społeczeństwu, że wydatki te przerastają jego możliwości finansowe, niechaj postara się o to, by czynniki fachowe zbadały gospodarkę szpitalną i dały materiał faktyczny, któryby umożliwił zorientowanie się i zapobiegł deficytom. Usuwanie zaś deficytów szpitalnych przez odbieranie personelowi szpitalnemu jego uprawnień ustawowych (8 godz. dnia pracy) lub też zwiększenie wydatków Kas Chorych nie są drogą właściwą, wiodącą do naprawy stanu obecnego. Projekt zaś „odmiastowienia” szpitali musi napotkać na kategoryczny sprzeciw ludzi myślących społecznie, którzy instytucję dobra społecznego nie chcą uważać za towar rynkowy.

Wiadomości bieżące.

— RUCH SŁUŻBOWY

w Państwowej Służbie Zdrowia za m. wrzesień 1930 r.
W Państwowych Zakładach Służby
Zdrowia.

Mianowani:

Dr. Szulc Gustaw, przeniesiony w stan nieczynny ppułk. lekarz, do odwołania Naczelnym Dyrektorem Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie w IV st. sł. dekretem z dnia 10. IX. 1930.

Dr. Legeżyński Michał, kontr. pracownik w Filii Państw. Zakładu Higieny we Lwowie, do odwołania asystentem w VIII st. sł. w tymże Zakładzie dekretem z dnia 17. IX. 1930 r.

Przeniesieni:

Wojnarski Witold, prow. referendarz w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Zarządu Centralnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych dekretem z dnia 20. IX. 1930 r.

We Władzach II Instancji

Mianowani:

Szymański Kazimierz, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Toruniu dekretem z dnia 30. IX. 1930.

Dr. Parfanowicz Konstanty, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie pow. Tarnopolskim do odwołania referendarzem w VIII st. sł. w Urzędzie Woj. Krakowskim dekretem z dnia 16 IX. 1930 r.

Zwolenieni:

Jaraczewski Edmund, inspektor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Toruniu, z dniem 30. IX. 1930 r. na własną prośbę.

Przeniesieni na emeryturę:

Dr. Łazarewicz Klemens, w stanie nieczynnym Naczelnik Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie, na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej dekretem z dnia 8. IX. 1930 r.

Dr. Janikiewicz Stanisław, inspektor lekarski w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie, z dniem 30. IX. 1930 r. na własną prośbę.

We Władzach I Instancji.

Mianowani:

Dr. Anselm Oskar, prow. lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowym Brzeskim, lekarzem powiatowym w VI st. sł. w dotychczasowym miejscu służbowym dekretem z dnia 17. IX. 1930 r.

Dr. Jabłoński Władysław, kontr. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym Siedleckim, lekarzem powiatowym w VI st. sł. w Starostwie powiatowym Częstochowskim, dekretem z dnia 8. IX. 1930 r.

Dr. Żubr Zygmunt, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym Stopnickim, lekarzem powiatowym w VII st. sł. w temże Starostwie, dekretem z dnia 24. IX. 1930 r.

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

W dniach 24 — 29 listopada włącznie Państwowa Szkoła Higieny w porozumieniu z Polskim T-wem „Trzeźwość” organizuje z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych I (Departamentu Służby Zdrowia) V kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie”.

Wykłady odbywać się będą codziennie od 9 — 13 i od

17 — 19 wieczorem w gmachu Państwowej Szkoły Higieny. Kurs jest bezpłatny, wpisowe wynosi 5 zł.

Dla pewnej liczby słuchaczy są przewidziane stypendja w postaci zapomogi w wysokości 50 zł. lub w postaci bezpłatnego mieszkania i utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higieny.

Podania o przyjęcie na kurs oraz o stypendjum, zaopatrzone w dokładny adres kandydata, składać należy pisemnie do Państwowej Szkoły Higieny (ul. Chocimska 24 Warszawa) najpóźniej do dnia 15 listopada; do podania dołączyć należy: 1) krótki życiorys ze wskazaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji lub organizacji, delegującej kandydata. O przyznaniu stypendjum i o przyjęciu na kurs kandydaci zostaną zawiadomieni przed rozpoczęciem kursu.

Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zapisy codziennie Państwowa Szkoła Higieny — Sekretariat Kursu.

Podając powyższe do wiadomości, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o zawiadomienie o kursie właściwych organów i zainteresowanych instytucji społecznych (m. l. ośrodków zdrowia) oraz o ułatwienie zainteresowanym wzięcia w nim udziału.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Piestrzyński

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

Nawiązując do okólnika swojego Nr. 111 z dnia 1 lipca r. b. L. Z. H. 2478/30 w sprawie autobusowych skrzynek (apteczek) ratowniczych Polskiego Czerwonego Krzyża, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) zawiadamia, że zatwierdziło również odpowiadającą celowi skrzynkę (apteczkę) ratowniczą typu Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego według załączanego spisu zawartych w niej środków na wypadek katastrofy autobusowej.

Uprasza się o wydanie odpowiednich zarządzeń celem kontrolowania tych skrzynek przez lekarza powiatowego co do ich stanu pod względem czystości i kompletu tak co do jakości, jak i co do ilości wykazanych środków.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Piestrzyński

Zawartość autobusowej skrzynki ratowniczej typu „Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego”.

4 tabl.	Płyn Burowa koncent.
25,0	Jodyny.
25,0	Kolodium.
30,0	Sól trzeźwiąca (amoniak).
25,0	Krople Walerianowe.
1 tub.	Waseliney bornej.
9 szt.	Opatrunków indywid. steryl.
10 „	Bandaży 4 cm.
10 „	„ 10 „
2 rol.	Plastra lepkiego.
200,0	Waty hygroskopijnej.
300,0	„ drzewnej (ligniny).
1 szt.	Temblak.
2 „	Szyny drewniane 60 cm.
2 „	„ tekturowe 60 „
1 „	Ręcznik.
1 „	Mydelniczka z mydłem.
1 „	Nożyce w futerał.

1 szt.	Kubek aluminiowy.
12 „	Agrafek małych.
2 „	„ dużych.
1 „	Wąż gum. do tamowania krwotoku.
1 „	Atlas ratowniczy.

— Otrzymaliśmy następujący komunikat.

Dnia 7. X. br. odbyło się pierwsze posiedzenie prezydium zarządu nowopowstałego Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gościa (reumatyzmu), poświęcone omówieniu prac organizacyjnych i programowych. Postanowiono zwrócić się o współpracę do szeregu ministerstw, do instytucji ubezpieczeń społecznych, do samorządów i do zdrojowisk, oraz rozpocząć prace przygotowawcze, celem zorganizowania sieci ośrodków badawczych i leczniczych dla chorych gościów.

Stwierdzono poważne zainteresowanie się gościem jako kłeską społeczną wśród świata lekarskiego, czego wyrazem było nadspodziewanie liczne obesłanie pierwszego zjazdu przeciwościowego w Inowrocławiu, jak również napływające zgłoszenia członkostwa ze strony instytucji i poszczególnych lekarzy. Składka dla członków indywidualnych została ustalona na rocznie złotych 6. — by ułatwić zapisywanie się w poczet członków Towarzystwa. Zapisy należy skierować do sekretariatu Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gościa, Warszawa, Biuro Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych ul. Nowy-Swiat 23-25, pasaż „Italji”, telefon 637-61, wewnętrzny 12.

Sekretarz Przewodniczący Zarządu
podpis nieczytelny Prof. Dr. med. Witold Orłowski.

— Zarząd uzdrowiska Truskawiec poszedł za przykładem innych uzdrowisk i urządził w okresie od 1 grudnia 1929 do 28 lutego 1930 sezon zimowy dla kuracjuszy. Zdać o tem sprawę w osobnej broszurze lekarz zdrojowy Dr. Proszowski (Sprawozdanie z pierwszego sezonu zimowego w Truskawcu 1929/30), kreśląc piórem fachowca korzyści i dodatnie wyniki leczenia w sezonie zimowym w Truskawcu,

— Związek Inwalidów Wojennych Rz. P. wydaje w dn. 11.XI r. b. nalepkę do przyozdobienia okien. Czysty zysk ze sprzedaży tej nalepki przeznaczony będzie na zasilenie funduszu budowy domu Inwalidów Wojennych. Cel ze wszech miar godny szerokiego poparcia!

— Z dniem 1 czerwca 1930 roku lokal Redakcji i Administracji „Dentystycznych Wiadomości Związkowych” przeniesiony został na ulicę Miodową Nr. 6 m. 2.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

4. XI. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Pokazy 1): D. Cytrynik: a). Przypadek odmrożenia zniekształcającego obu stóp u osobnika z porażeniem postępującym i opilstwem przewlekłym; b). Przypadek zapalenia mięszonego rogówki u osobnika gruźliczego z wrodzonym przymiotem. 2). J. Berland: Przypadek siności rozlanej i siatkowatej twarzy i kończyn. Dyskusja nad odczytem D-ra H. Higiera z poprzedniego posiedzenia.

Odczyt. M. Szour. Uwagi o współczesnym stanie leczenia dychawicy oskrzelowej.

5.XI. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1. Pokazy. 2. Z. Lejmbachówna. Omówienie 3-ch przyp. wścieklizny, spostrzeganych w Szpitalu Karola i Marji. 3. K. Mikulski. O psychologii indywidualnej Alfreda Adlera.

8. XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Pokazy: 1. K. Rachoniowa i N. Pryłucki. Przypadek współistnienia bloku i migotania przedsionków. 2. E. Herman i B. Karbowski. Przypadek ropnia mózgu, powikłany ropnem zapaleniem opon, leczony chirurgicznie metodą Lemaitrea. 3. A. Krakowski i J. Pinczewski. Przypadek pachymeningitis okolicy ogona końskiego.

Odczyt: N. Zandowa. O drgawkowości wieku dziecięcego.

TREŚĆ: J. FLIEDERBAUM. O stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego. (Dok.). — J. KONIECPOLSKI. O stosowaniu autohemoterapii w durze brzuszny. — J. TYPOGRAF. O stosowaniu morfiny w chorobach serca. — W. CZARNOCKI. Serce sportowe. (Str. pogl.). — Steszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — M. FERSTER. Jaki preparat należy stosować w dnie. — A. KRIEGER. „Odmiastowanie” szpitali warszawskich a Kasy Chorych. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. FLIEDERBAUM. Sur les états infantiles d'origine pancreatique. (fin.). — J. KONIECPOLSKI. L'autohémothérapie du typhus abdominal. — J. TYPOGRAF. L'application du morphium dans les maladies du coeur. — W. CZARNOCKI. Le coeur sportif. (Rev. gén.). — M. FERSTER. Quel médicament faut-il appliquer contre la goutte?. — A. KRIEGER. Le nouveau projet de l'administration des hôpitaux de Varsovie et les Caisses des Malades.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300.—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

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

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