

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 13 LISTOPADA 1930 R.

Nr. 46

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O psychozach wieku dziecięcego*).

Podał

Maurycy BORNSTAJN (Warszawa).

Panie i panowie!

Kiedym zaczął rozglądać się w temacie, który przypadł mi w udziale, doszedłem do wniosku, że niepodobna wyczerpać go, ani nawet omówić szerzej w ciągu niespełna godziny zwłaszcza wobec audytorjum, nie poświęconego specjalnie w arkana nauki psychiatrycznej. Dlatego też postanowiłem wysunąć kilka pytań zasadniczych, kilka kwestyj, dotyczących psychoz wieku dziecięcego, i oświecić je możliwie dokładnie głównie na podstawie własnego materiału, który w ciągu mniej więcej lat dwudziestu kilku przeszedł przez moje ręce.

Pierwsza kwestja dotyczyłaby częstości psychoz w wieku dziecięcym.

Druga — czy istnieje psychoza specyficznie dziecięca, a jeżeli nie, to jakie psychozy są częstsze, a jakie rzadsze w porównaniu z wiekiem dorosłym.

Trzecia kwestja, którą należałoby omówić, to ta, czy psychozy, spotykane w wieku dziecięcym, różnią się czemkolwiek, czy pod względem klinicznym, a więc co dotyczy objawów, przebiegu i zejścia, czy pod względem psychologicznym od równoległych psychoz wieku dojrzałego, a jeżeli się różnią, to na czym te różnice polegają.

Czwarty punkt dotyczyłby kwestji, czy istnieje jakiś specyficzny dla okresu dziecięcego czynnik psychologiczny, który w pewnej kategorii psychoz stanowi *ceteris paribus* ważny moment, jeżeli nie istotnie etiologiczny, to przynajmniej patoplastyczny, — i wreszcie piąta kwestja i ostatnia dotyczyłaby tego, czy istnieją i jakie metody zapobiegawcze, które uchronićby mogły dziecko, obarczone dziedzicznie, czy też dziecko z wrodzonym usposobieniem psychopatycznym, od wybuchu psychozy, a jeżeli psychoza wybuchła, to jakich potrzeba warunków, ażeby nadać jej przebieg i zejście jak najpomyślniejsze.

Oto jest plan, jaki sobie nakreśliłem. Zanim kolejno wszystkie te sprawy rozpatrzemy, muszę zrobić jedno zastrzeżenie. Wylączę z zakresu swoich rozważań dziecko w rozwoju intelektualnym zahamowane, dziecko oligofreniczne. Jest to rozdział odrębny, rozdział, któremu należałoby poświęcić osobne studjum. Słabsze stopnie niedorozwoju, jak pewne niedociągnięcie władz intelektualnych (*debilitas*), graniczące bezpośrednio z ową niższą normą ludzką albo słabsze stopnie matołectwa (*imbecillitas*) należą z jednej strony, do endokrynologa, z drugiej do specjalistów — pedagogów, zaś silniejsze stopnie oligofrenji, jak ciężkie matołectwo lub idjotyzm, z którymi pedagog niewiele już albo też nic uczynić nie potrafi, należą bądź do endokrynologa, a raczej niestety — do anatomopatologa, studującego owe podłoże anatomiczne, jak mikrocefalja, hydrocefalja, porencefalje, sprawy kiłowe lub gruźlicze, na których tle owe ciężkie oligofrenje powstają. Klinicysta nie wiele ma z tem do czynienia, dzieci tego typu zaludniają zupełnie specjalne zakłady. Z tych samych względów nie będziemy tu mówili o takich sprawach, specyficznie dziecięcych, jak choroba Tay-Sachsa, która ujawnia się już w 1—2-im roku przez stopniowo narastające otępienie ze specyficznymi zmianami na dnje oka lub o *sclerosis tuberosa*, chorobie, opisaniej przez Bournville'a i Sollier'a.

Rozważania nasze dotyczyć będą dzieci pełnowartościowych pod względem intelektualnym, obarczonych dziedzicznie przez psychozy jednoimienne lub różnoimienne rodziców lub krewnych, albo też przez alkoholizm i kiłę rodziców, wreszcie dzieci, które z przyczyn często niedocieczonych, przynoszą ze sobą na świat tak zwaną konstytucję psychopatyczną, albo dzieci z konstytucją, która rozwija się we wczesnym dzieciństwie, na której podłożu wyrastają psychozy we wczesnym lub późniejszym dzieciństwie. Jeszcze tylko jedna uwaga: dzieciństwem nazywamy okres życia do 15-go roku, jest to powszechnie przyjęty termin, w którym najczęściej, w naszej strefie zwłaszcza, młodzież dojrzewa.

Po tych uwagach wstępnych pójdziemy już drogą, nakreśloną powyżej.

*) Odczyt, wygłoszony na posiedz. Sekcji Klin. Pol. Tow. Med. Społ. d. 27, IX 1930 r.

Czy częste są psychozy w dzieciństwie? Jak wiadomo Państwu zapewne, istnieją dwa okresy w życiu człowieka, które stwarzają specjalną predyspozycję do schorzeń psychicznych: to okres pokwitania i okres przekwitania.

W pierwszym okresie często wybuchają stany o charakterze rozszczepieniowym, schizofrenicznym, zaś w drugim stany depresyjne o najrozmaitszym charakterze. Okres dzieciństwa natomiast nie należy do okresów życia, predysponujących do choroby psychicznej, można owszem stwierdzić stanowczo fakt, że psychoz dziecięcych jest naogół mniej znacznie, niż w wieku dojrzałym lub w wieku podeszłym. W ciągu lat 25-u przeszło przez oddział psychiatryczny szpitala na Czystem wszystkie 110-oro osobników w wieku lat do 15-u, czyli przeciętnie niecałe 5 przyjęć rocznie, przy przeciętnej liczbie 180—200 przyjęć wogóle. Oczywiście, że trzeba też wziąć pod uwagę tę okoliczność, że dzieci w stopniu znacznie mniejszym, niż dorośli, podlegają internowaniu w zakładach zamkniętych, jednakże ten olbrzymi kontrast liczbowy jest wysoce znamieny. Stwierdzamy to zresztą i w naszej praktyce prywatnej, że psychonerwice są u dzieci znacznie częstsze, niż psychozy par excellence. Zdawałoby się, że powinno być raczej przeciwnie. Dziecko o mózgu, słabo jeszcze rozwiniętym, o hamulcach niedorozwiniętych, o wrażliwości natomiast wzmożonej—powinno byłoby raczej prędzej *ceteris paribus* zachorowywać psychicznie. Jakie są przyczyny tego zjawiska. Sądzymy, że nie będziemy dalecy od prawdy, jeżeli podkreślimy tutaj przede wszystkim brak tak ważnych czynników patogenetycznych, jak alkoholizm i kiła nabyta, a powtóre brak ciężkich konfliktów życiowych, związanych z erotyzmem i walką o byt.

Jeżeli zapytamy, czy można mówić o jakiejś swoistej psychozie dziecięcej, jak się mówi np. o psychozie wieku podeszłego, to należy dać naogół odpowiedź negatywną. Niema swoistej psychozy dziecięcej; są tu te same psychozy, choć nie wszystkie (o czym mówić będziemy później), co w wieku dojrzałym o pewnych cechach odrębnych. Swoiste są dla wieku dziecięcego stany niedorozwoju intelektualnego, ale to nie są psychozy *sensu strictiori*, i dlatego wyłączyliśmy je z zakresu naszych rozważań. Swoistym dla wieku dziecięcego i młodzieńczego nazwałbym ów stan psychopatyczny, który powstaje po przebytem zapaleniu mózgu t. zw. letargicznym, kiedy konstytucja psychiczna dziecka, przedtem w niczem nie ujawniająca cech psychopatycznych, szybko zmienia się nie do poznania. Dziecko staje się w najwyższym stopniu niezdolne, leniwe, niczem się zająć nie może, ujawnia całkowity brak wytrwałości w nauce, nie może na niczem skupić uwagi, staje się nie tylko dokuczliwe ale złośliwe, pozbawione względów dla najbliższych, kłamie bezustannie, maltretuje dokoła siebie wszystkich, nie wyłączając rodziców i rodzeństwo młodsze. Pisałem o tem przed laty 8-iu nie potrafiąc sobie tego zjawiska wyjaśnić; dziś wypowiadam przypuszczenie, że dzieje się to wskutek tego zapewne, że pod wpływem stanu zapalnego kory mózgowej słabnie w znacznym stopniu zdolność hamowania pierwotnych popędów, trzymanych na uwierzy przez wyższe pojęcia nabyte, i popędy te, jak sfera złych

psów, spuszczonech z łańcucha, rozsarpują duszę dziecka, dając w rezultacie ów obraz psychopatyczny, zbliżony najbardziej do t. zw. wrodzonego „moral insanity”. Ale to, jak powiadam — nie jest psychozą par excellence.

Więc jakież psychozy zdarzają się w wieku dziecięcym? Jakie są częstsze, jakie rzadsze? Jakich prawie wcale się nie spotyka?

Najczęstsze psychozy—to psychozy, wyrastające na podłożu konstytucyjnym wrodzonym, — przyczem konstytucję rozumiem to oczywiście w sensie zarówno biologicznym, jak i psychologicznym—a więc wyliczając je kolejno według częstości—psychozy, powstające na podłożu schizoidalnej, epileptycznej i histerycznej konstytucji. Konstytucja cyklotymiczna spotyka się w wieku dziecięcym niezmiernie rzadko, to też psychoza manjako-depresyjna należy w dzieciństwie do rzadkości. Rzadziej jeszcze napotykamy konstytucję paranoiczną: wiadomo też, że stany paranoiczne, ściślej mówiąc paranoiczne, występują dopiero w wieku dojrzałym. Nie tak łatwo wyjaśnić sobie, dlaczego te stany patologiczne są prawie obce psychicie dziecięcej. Co do stanów paranoicznych, to sądziłbym, że zdarzają się one tak rzadko u dzieci dlatego, że mechanizm projekcji (rzutowania na zewnątrz) swoich pragnień lub obaw w postaci omamów i urojeń nie jest jeszcze doksztalony, że powstaje dopiero w wieku dojrzałym, choć z drugiej strony wybitny egocentryzm dziecka, wyraźna ksobność, cechująca psychikę dziecięcą, raczej powinna być sprzyjać powstawaniu stanów paranoicznych. Jest to kwestja do rozwiązania trudna, w każdym razie fakt niewątpliwy należy zanotować i podkreślić.

Z psychoz, które występują głównie pod wpływem czynników zewnętrznych (oczywiście u dzieci predysponowanych) najczęstsze są przemijające, łagodnie przebiegające stany majaczeniowe na początku lub w przebiegu chorób zakaźnych, zaś na drugim krańcu co do uleczałości sprawy psychotyczne, związane z kiłą dziecięcą, pośród których bardzo rzadką postacią stanowi dziecięce porażenie postępujące, przebiegające prawie wyłącznie jako stopniowo potęgujące się ośpienie intelektualne i afektywne.

Ale wróćmy do psychoz dziecięcych, powstających na podłożu wrodzonej czy odziedziczonej konstytucji, i spójrzmy, czy i o ile różnią się one od takich samych psychoz w wieku dojrzałym. Nasamprzód pozwolę sobie przypomnieć kilka rysów najbardziej charakterystycznych dla każdej z wymienionych konstytucyj psychopatycznych. Przeciętne lub też dość często wybitne zdolności, żywiość uwagi przy braku jej wytrzymałości—b. znaczna sugestywność, wybitna skłonność do fantazjowania, to główne cechy mentalności histerycznej; wybitny egocentryzm, egoizm—w sferze charakterologicznej oraz wrodzona pobudliwość, żywiość i jednocześnie nietrwałość, zmienność uczuć, przesada w ich wyrazie, zmienność nastrojów — w sferze emocjonalnej — wszystko razem — to elementy konstytucji histerycznej.

Cechy charakterologiczne i emocjonalne są tu podstawą, na której wyrasta cała reszta, są one psychorodne, są wyrazem niezlikwidowanych do statecznie konfliktów w bardzo wczesnym dzieci-

stwie, są wynikiem zahamowań w dziecięcej sferze seksualnej. Wszystkie cechy tej konstytucji i wszystkie objawy psychologiczne, które na temle wyrastają, dają się bez reszty w ten sposób wytlomaczyć, a co więcej, przy pomocy psychoanalizy, stosowanej, jak wiadomo, już u dzieci 4—5 letnich—usunąć, wytępić, nadać psychice całkiem inne oblicze. Czynniki czysto biologiczne, które niewątpliwie i tutaj wchodzą w grę, nie stanowią żadnej tamy dla psychoterapii. Nie widziałem też nigdy dobrej racji w odróżnianiu, jak to czyni Kraepelin, hysterji zwyrodnieniowej (*Entartungshysterie*) od hysterji rozwojowej (*Entwicklungshysterie*). Na tle tego podłoża rozwijać się mogą u dzieci objawy już wyraźnie psychotyczne w postaci bądź stanów podrażnienia i podniecenia, wybuchów złości, spazmów, krzyku i płaczu, stanów hipnoidalnych i stanów pomrocznych, z mniejszą lub większą amnezją następczą. Mówiąc o hysterji dziecięcej, należy podkreślić jedną niezmiernie ważną cechę, a mianowicie *monosymptomatyczność*—nie tylko w hysterji—psychonerwicy, ale i w hysterji, jako psychozy. Czy to będzie afonia, czy astazja-abazja, anoreksja, czy całkowita alimja, czy jakiś stan hipnoidalny, czy pomroczny — najczęściej występują one w sposób izolowany; objawy nie zmieniają się tu kalejdoskopowo, jak to bywa w hysterji u dorosłych, tu jeden objaw zazwyczaj panuje nad całym obrazem klinicznym.

Naogół powiedzieć można, że psychozy hysteryczne u dzieci zdarzają się nie tak często, jak to do niedawna przypuszczano.

Zawsze pamiętać trzeba w rozpoznawaniu psychozy hysterycznej u dziecka, że hysteria jest to owa „grande simulatrice”, jak ją nazwał Charcot przed wielu laty; że pod powłoką hysteryczną kryć się musi całkiem odrębny proces, że proces może tylko wyzwać elementy hysteryczne i wysuwać je zamiast siebie na plan pierwszy, kryjąc się niejako po za nim niepostrzeżenie.

Mam tu na myśli te schizofrenje dziecięce, które na pozór czynią wrażenie hysterji, gdzie niema na pozór nic więcej, niż uporczywa anoreksja lub uporczywa astazja — abazja, a które jednak później rozwijają się, jako schizofrenje. Jeżeli Urstein mówi o katatonjach, przebiegających, jako hysteria, to zwłaszcza co do dzieci, ma mojem zdaniem słuszość. Widywałem takie przypadki, zwłaszcza, u dziewcząt w wieku lat 10—14, gdzie niechęć do przyjmowania pokarmów doprowadzona była do krańcowości, gdzie wskutek tego następowało ostateczne wychudnięcie, niemal charłactwo, gdzie żadna perswazja, niczyja sugestja nie zdziałać nie mogły, gdzie, jak w jednym przypadku, doszło *ad exitum letalem*. To nie są przypadki hysterji; bo, pomijając już zejście tego rodzaju, o jakim wspominałem, to jeżeli wejrzeć lepiej w psychikę tych chorych, to stwierdza się, że taki jeden objaw oparty jest na autystycznym nastawieniu psychicznym, jest przejawem wybitnego negatywizmu lub urojenia, że stosunek tych dzieci do otoczenia najbliższego, zwłaszcza do rodziców, jest wybitnie ujemny, często wrogi, a to wszystko, jak zobaczymy za chwilę, jest przejawem procesu schizofrenicznego; zwłaszcza wtedy staje się to jasnym, kiedy dokładne wywiady do-

starczają nam danych co do osobowości przedchorobowej pacjentki, co do jej konstytucji, która okazuje się pur sang hysteryczną, ale raczej schizoidalną. Tą konstytucją właśnie zajmujemy się obecnie.

Widujemy dzieci ciche, jakby zalekane, wiecznie trzymające się matki, mało samodzielne, unikające zabaw z rówieśnikami lub rówieśniczkami, zawsze niepewne siebie w szkole, łatwo się czerwieniące, pełne tremy przed i podczas odpowiedzi, zamysłone, pełne wahań i niezdecydowania, nastawione wogóle lękowo, dzieci, często bardzo zdolne i często ponad wiek rozwinięte, z artystycznymi upodobaniami, muzykalne, skłonne do fantazjowania, o niedostatecznym zmyśle i poczuciu rzeczywistości otaczającej, dzieci, wykazujące w młodszych latach objaw powszechnie znany zrywania się z łękiem po nocach (*pavor nocturnus*) lub często do 10-go 12-go roku życia cierpiące na *enuresis nocturna* — dzieci, u których psychoanaliza wykazuje olbrzymie poczucie winy nieświadome, owo prawdziwe źródło wszystkich wyżej wymienionych objawów — dzieci o t. zw. konstytucji psychastenicznej, używając starego Janetowskiego terminu, dzieci, które bądź same zachorowują w dzieciństwie na rozmaitego rodzaju fobie lub natręctwa, lub z których wyrastają ludzie, skłonni do takich psychonerwic. Konstytucja ta to niejako przedsiónek, z którego schodzi się już bezpośrednio w zakłętą krąg schizoidji. Jeszcze tylko trochę cieniów dodanych do powyżej naszkicowanego obrazu, trochę podkreśleń poszczególnych cech, trochę silniej zaznaczonego braku wycucia rzeczywistości, tej Janetowskiej „fonction du réel”, a wskutek tego trochę większe jeszcze unikanie ludzi, zamykanie się w sobie, a będziemy mieli owo nastawienie autystyczne. Jeżeli dodamy do tego kilka cech charakterologicznych, jak upór, zawziętość, kilka cech temperamentu, gdzie mieszać się mogą w rozmaitej proporcji przeczulenie z nieczułością — czyli to, co Ernest Kretschmer nazywa proporcją psychestetyczną, będziemy mieli to wszystko, co jest charakterystyczne dla schizoidu, a dodajmy do tego jeszcze wiotką, miękką konstytucję cielesną (*leptosomia*).

I na podłożu tej pogłębionej konstytucji psychastenicznej, którą nazywamy schizoidalną, legną się już nie psychonerwice, ale psychoza zwana schizofrenją. I tu, jak poprzednio przy omawianiu hysterji, zaznaczyć musimy, że niekiedy zarówno u dorosłych, jak i u dzieci mamy do czynienia dość często z przypadkami, które klinicznie ludzko przypominają psychonerwicę natręctwa, a są już w rzeczy samej schizofrenją, która ukrywa się jeszcze za wysuniętym naprzód szansem psychonerwicy. W każdym razie przypadki takie dowodzą bliskiego pokrewieństwa obu konstytucyj, psychastenicznej i schizofrenicznej, różnica zaś między niemi polega na tem, że o ile pierwsza jeszcze leży głównie w obszarze psychorodności, w drugiej przybywają jeszcze jakieś czynniki już czysto biologiczne, jak endokrynologiczne lub inne, i dlatego pierwsza konstytucja poddaje się jeszcze działaniu psychoanalizy i może być w dużej mierze zmieniona, z drugą — samą psychoterapią poradzić sobie już o wiele trudniej.

Czy dziecko, obarczone konstytucją schizoidalną, musi zachorować na schizofrenję? Nieko-

niecznie. Może całe dzieciństwo, ba, całe życie nawet pozostać schizoidem, potencjalnym schizofrenikiem. Są jednakże jeszcze momenty w życiu dziecka schizoidalnego, które znakomicie sprzyjają wybuchowi schizofrenji, z których na pierwszym miejscu wymienilibym przestrach, o czym mówić będę jeszcze później, a następnie niedbały system wychowania, ciężkie warunki bytu, nierozsądne otoczenie i t. d.

Schizofrenja jest najczęstszą chorobą psychiczną wieku dziecięcego, jaką jest zresztą i dla wieku dojrzalego.

Od czasu, jak przed 24 laty opisał pierwsze przypadki tej choroby w wieku dziecięcym włoski psychiatra Sante de Sanctis pod nazwą „*dementia praecocissima*“, ukazał się szereg prac na ten temat, jak Hellera, Weyganda, Raeckego, Voigta (z kliniki Kraepelina), Pujol i Terriena, a w naszym piśmiennictwie koleżanki Kamilli Horwitz (r. 1925), która opisała 20 ostrych przypadków psychozy rozszczepieniowej, poniżej lat 15-u, obserwowanych w ciągu lat 4 na moim oddziale.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Starozakonnych
w Warszawie
(Ord: Doc. Dr. St. Klejn).

Pierwotniaki jako zarazek grypy *)

Podał
A. KOBRYNER asystent oddziału (Warszawa).

Poniżej przedstawione są wyniki badań własnych nad istotą zarazka grypy, prowadzonych od 2 przeszło lat na większym materiale klinicznym. Dotychczasowa praca badaczy w tym kierunku opierała się na apriorystycznym ujęciu tego zagadnienia, jako ściśle bakterjologicznego. Toteż były wykrywane podczas epidemji grypy najrozmaitsze drobnoustroje, że wspomnę *coccobacillus Pfeifferi*, najbardziej może popularny, zarazek przesączalny Nicollea i le Bailly, lub ostatnio *bact. pneumosintes* Olitzkiego z Instytutu Rockefellera w Nowym-Yorku, wreszcie szereg najrozmaitszych innych drobnoustrojów z grupy ziarniaków. Ale mimo kolosalnej ilości prac, poświęconych rozwiązaniu zagadnienia grypy na tej właśnie drodze bakterjologicznej kwestja dotychczas pozostała otwartą, jak to zresztą słusznie zaznaczają Menetrier i Stevenin w swej monografji o grypie („*Nouveau Traité de Medecine*“).

Szereg rozważań opartych na spostrzeżeniach epidemiologicznych i klinicznych, skierowały moją uwagę w inną zgoła stronę. Mianowicie zauważyłem, że chory grypowy niezawsze jest zdolny do zakażenia swego otoczenia. Naprzykład: chorego odwiedzali znajomi; z tych zachorowali na grypę tylko ci, którzy odwiedzili go w jednym określonym dniu; z czego wynikałoby, że zakaźność grypy jest zjawiskiem okresowem. Ta okresowość zakaźności świadczyłaby o tem, że zarazek grypy przerabia w ustroju ludzkim pewien cykl rozwojowy przedtem, nim staje się zaraźliwy dla innego człowieka. Po drugie, jeśli porównamy przebieg kliniczny typowej grypy płucnej z amebjązą dróg oddechowych, to stwierdzimy zadziwiające podobieństwo. Po trzecie, bardzo często stwierdzamy znaczną monocytosę we krwi chorych na grypę. Po czwarte zapalenie płuc grypowe jest najczęściej procesem śródmiąższowym i zdradza tendencję do przejścia w stan przewlekły.

Wszystkie te fakty, a więc: okresowość zakaźności, podobieństwo do obrazu klinicznego amebjazy, monocytosę we krwi i skłonność do przewlekłego przebiegu z rozwojem tkanki łącznej,

*) Wygłoszone na I Międzynarodowym Zjeździe Mikrobiologów w Paryżu 24 lipca 1930 r. i w Polskim Tow. Medycyny Społecznej 11 października w 1930 r.

zrodziły we mnie przypuszczenie, że zarazka tak zwanej grypy należy szukać nie w świecie roślinnym lecz w świecie zwierzęcym. W tym też kierunku przeprowadziłem swe badania.

Badaniem świeży materiał pod szkiełkiem przykrywkowem przy powiększeniu *ca* 1200 razy. Na ogólną liczbę 47 przypadków grypy zbadałem wielokrotnie u 43 chorych płwocinę, u 8 — płyn z jamy opłucnej, u jednego — ropę z ucha środkowego, u jednego ropę z ozębnej, u jednego wydzielinę ropną z gruczołów chłonnych i u 4 — krew. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem dwóch (badano płwocinę) i jednego (badano płyn z jamy opłucnej) stwierdziłem co następuje:

1) okrągłe lub owalne twory, wielkości ok. 2 mikronów, szybko poruszające się dzięki krótkim rzęskom ze zgrubieniem na końcu (płwocina, płyn z jamy opłucnej, ropa, krew).

2) Powyższe twory powstają z komórek jednojądrzastych wielkości około 8 — 10-mkr. w sposób następujący: w napozór spokojnie leżącej komórce raptownie kilkakrotnie dzieli się jądro. Jednocześnie zaródź w wielu miejscach zaczyna pączkować. Pączki to znikają, to pojawiają się w nowych miejscach. Równolegle substancja jądrowa wykonywa pewne ruchy. W wyniku tych przemian komórka przyjmuje postać groniastą. Stopniowo z poszczególnych części grona pojawiają się cieniutkie rzęski; niektóre z nich są zaopatrzone w subtelne zgrubienia. Rzęs'tci te żywo się ruszają. Po pewnym czasie pojedyncze ciała, zaopatrzone w wyżej wspomniane rzęski oddzielają się od ogólnego grona (płwocina i płyn z jamy opłucnej).

Z tego opisu wynika, że mamy tu do czynienia z schizogonią, t. j. podziałem schizonta (punkt 2-gi) na merozoity (punkt 1-szy.)

3) Dalej obserwowałem twory o wyglądzie, przypominającym plemniki, o główce okrągłej lub owalnej długości ok. 1 mkr. i ogonie długości niekiedy ok. 15 — 20 mkr. Poruszają się one główką naprzód falistym ruchem ogona (płwocina, płyn z jamy opłucnej, ropa i krew).

4) Te twory powstają z komórek jednojądrzastych, o średnicy ok. 6 — 7 mkr. i skąpej zarodzi, w sposób następujący: jądro się rozpada na drobne części, cała komórka nieco się powiększa, w zarodzi pojawia się szybko poruszająca się, drobna, jak pył, ziarnistość. Po szeregu przemian, polegających na wypuszczaniu i wciąganiu plazmatycznych wyrostków z jednoczesnem kilkakrotnem przemieszczeniem jądrowych części od środka do obwodu, powstają w tej komórce opisane

wyżej twory o wyglądzie plemników, układając się najczęściej jakby wieńcem dookoła komórki (stwierdzono w płwocinie, płynie z jamy opłucnej, ropie).

5) Komórki jednojądrzaste, nieco większe, niż opisane w p. 4. Do ich wnętrza przenikają wyżej opisane twory o wyglądzie plemników. Z chwilą zetknięcia się główki jednego z tych „plemników” z jądrem, to ostatnie szybko się powiększa, zajmując prawie całą komórkę. Z zarodzi pozostaje wąski rąbek, silnie załamujący światło. Cały ten proces trwa zaledwie parę minut. Inne „plemniki,” które podpływają do tak powstałej komórki, do jej wnętrza nie przenikają (płwocina, płyn z jamy opłucnej).

Powstała w ten sposób komórka zaczyna wypuszczać cylindryczne, niekiedy śrubowato powykręcane wypustki, które pączkują.

Bardzo szybko komórka zpowrotem je wciąga. Zjawisko to powtarza się kilkakrotnie. Naskutek tych przemian powstaje komórka okrągła lub gruszkowata o ścianach mało przezroczystych, poprzez które jednak dostrzega się, iż zawartość jej składa się jakby z kul (stwierdzono w płwocinie i płynie z jamy opłucnej).

Opisane tu spostrzeżenia odpowiadają gamogonji, t. j. okresom łączenia się mikrogamety (p. 3) z makrogametą (p. 5); komórki, z których mikrogamety powstają (p. 4) należy uważać za mikrogametocyty; a komórki powstałe naskutek konjugacji gamet—za zygoty, przekształcające się w oocystę.

6) Dalej obserwowałem twory długości, mniej więcej, około 2 mkr. okrągłe lub nieco wydłużone, zaopatrzone w rzęskę, niekiedy zakończoną zgrubieniem. Poruszają się te twory ruchami perystaltycznymi ciała i ruchem falistym rzęski (płwocina, płyn z jamy opłucnej, ropa).

Twory te najprędzej przypominają sporozoitów innych pierwotniaków.

7) Prócz tego obserwowałem kule okrągłe lub owalne, matowo błyszczące, nieprzezroczyste, często z wklęsnięciami na powierzchni. Są wielkości około 2—3 mkr. Pęknięte składają się z 2-ch jakby miseczek. Niekiedy widać, iż zawierają 2 ciała (stwierdzone w płwocinie i 1 raz w płynie z opłucny). Odpowiadają one z morfologii swej sporom.

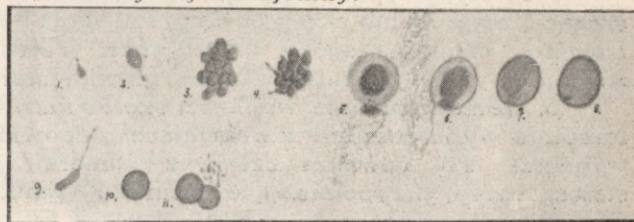
Niektóre z wyżej opisanych tworów można stwierdzić w preparatach utrwalonych i barwionych Giemsa.

Jak widać z powyższego obiektywnego opisu obserwacji, które trwały niekiedy po kilkanaście godzin zrzędu, mamy do czynienia z pewnym pierwotniakiem, którego poszczególne fazy rozwojowe znajdowano w substratach patologicznych, a nawet we krwi (4 przypadki) chorych na grype, wzg. na jej powikłania.

Dla kontroli zbadałem płwocinę 27 zdrowych ludzi. Wyniki były następujące: nie stwierdziłem pierwotniaka u 18; z tych 14 nigdy na grype nie chorowało, zaś 4 przechodziło grype w niedalekiej przeszłości (1—7 miesięcy). Zpośród reszty 9 ludzi, u których stwierdziłem pierwotniaka, 7 w niedalekiej przeszłości chorowało na grype, 2 zaś zachorowało na grype w 18 i 24 godziny po stwierdzeniu pierwotniaka.

Badanie śluzu z gardzieli u 8 oseków dało wynik dodatni tylko u jednego chłopcza. Okazało się, że matka tego dziecka było chora na grype (objawy płucne, wysoka T^0), a w jej płwocinie stwierdziłem pierwotniaka.

Poszukiwania tego pierwotniaka w płwocinie i płynie wysiękowym z jamy opłucnej chorych na gruźlicę, jak również w ropnym wysięku z jamy opłucnej na tle zakażenia durowego, w płynie z opłucnej na tle zakażenia pneumokokowego, w płynie przesiekowym z jam surowiczych chorych sercowych dały wynik ujemny.



Płyn z jamy opłucnej. (Imm. $1/12$, Okul. 15 x. Tubus wyciągnięty)

- 1.2. Okrągłe wzgl. owalne ciało, szybko poruszające się dzięki ruchom rzęski, zaopatrzonej na końcu w zgrubienie (merozoity).
3. Groniasty twór, powstały z komórki jednojądrzastej drogą podziału jądra i pączkowania zarodzi (schizont).
4. Groniasty twór, którego poszczególne ciała zaopatrzone są w żywo ruszające się rzęski
- 5.6.7.8. Konjugacja mikrogamety z makrogametą, obserwowana pod mikroskopem
9. Twór nieco wydłużony z rzęską, poruszający się dzięki perystaltycznym ruchom ciała i falistym ruchom ogona (sporozoit)
10. Połowa spory
11. Pęknięta spora.

W ciągu ostatnich lat po wielkich pandemjach grypy, które nawiedziły prawie całą kulę ziemską, mnożą się wszędzie w klinice spostrzeżenia dotyczące nieobserwowanych dotąd zespołów objawów klinicznych.

Większość tych przypadków nie daje się uszeregować w znane dotychczas ramy jednostek chorobowych. Dokładne zebranie wywiadów i kliniczna obserwacja przekonały mnie, że schorzenia te są często związane genetycznie z przebyłą gripą. U tych chorych, przeważnie gorączkujących, badałem krew świeżo pobraną z palca i stwierdzałem obecność żywych pierwotniaków o cyklu rozwojowym, podobnym do powyżej opisanego, aczkolwiek niektóre formy różniły się nieco pod względem morfologicznym:

A mianowicie, stwierdziłem:

1. Twory wrzecionowate z rzęskami na obu końcach, przyczem jedna z nich bywa krótsza; są wielkości od 2—12 mkr. Bardzo żywo się ruszają dzięki rzęskom, przyczem wykonują węzowe ruchy całym ciałem. W ciele stwierdza się miejsce mocniej załamujące światło.

Jak wynika z opisu, twory te przypominają sporozoitów innych pierwotniaków (malarja, kokcydjoza).

2. Twory kolbowate nieco spłaszczone z ciałem, przechodzącym stopniowo w rzęskę niekiedy ze zgrubieniem na końcu; długość tych tworów równa się 2—15 mkr.; poruszają się ruchami falistymi rzęski i ruchami perystaltycznymi ciała, rzęską naprzód. W rozszerzonej części stwierdza się skupienie, mocniej załamujące światło.

3. Twory okrągłe, gruszkowate lub owalne nieco spłaszczone, mające na jednym biegunie rzęskę, zakończoną niekiedy zgrubieniem; są długości mniej więcej od 2—6 mkr. Poruszają się ruchami rzęski i w jej kierunku. W ciele stwierdza się mocniej załamujące światło jakby małe jądło.

4. Komórki wielkości około 6 mkr., które drogą pączkowania przekształcają się w groniaste twory.

Obok tych groniastych tworów stwierdzałem niekiedy skupienie z kilku ciałek, zaopatrzonych w ruszające się rzęski i przypominających twory, opisane w punkcie 3-im. Jak wynika z powyższego opisu mamy tu do czynienia najwidoczniej z schizontem — wytwarzaniem merozoitów (p. 2 i 3) z schizontu (p. 4).

5. Twory, przypominające plemniki, o główce błyszczącej owalnej lub okrągłej, długości około 1 mkr. i ogonie cienkim długości 15—20 mkr. Poruszają się te twory falistym ruchem ogona, główką naprzód.

6. Komórki okrągłe, wielkości około 3 mkr., wielokrotnie wypuszczające i wciągające z powrotem wypustki. Po pewnym czasie z komórki takiej sterczą twory, przypominające „plemniki” (punkt 5), żywo ruszające ogonami.

7. Komórki okrągłe lub gruszkowate wielkości mniej — więcej około 2 — 4 mkr., do których główkami dochodzą twory „plemniki” (opisane w p. 5), i niekiedy przenikają do jej wnętrza.

Z obserwacji tych wynika, że mamy przed sobą proces konjugacji gamet — męskich mikrogamet (p. 5) z żeńskimi makrogametami (p. 7): komórki zaś, z których mikrogamety się wytwarzają (p. 6), należy uważać za mikrogametocyty.

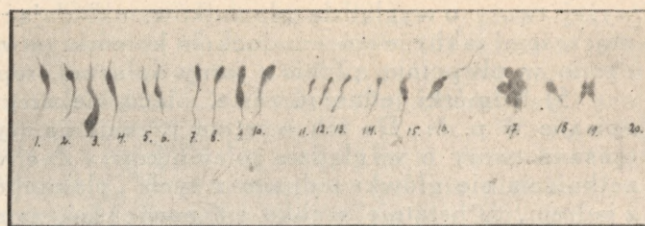
8. Dalej zaobserwowałem twory o wyglądzie taśmy, szerokości mniej więcej około 1 mkr., długości około 20 mkr., z końcami zaostrozonymi. W ciele widać kilka ziarenek, mocniej załamujących światło. Poruszają się falistym ruchem ciała, skręcając się jednocześnie naokoło osi podłużnej.

Co się tyczy tych tworów, to przypuszczam, że są to te same twory wrzecionowate (opisane w p. 1), tylko mocniej rozwinięte.

Wyżej opisane pierwotniaki stwierdziłem u jednego z chorych w punktatach ze śledziony, wątroby i płuca; u drugiego chorego w płynie z jamy opłucnej. W 2 przypadkach sekowanych stwierdziłem je w soku patologicznie zmienionych narządów (szpik, śledziona, wątroba, gruczoły chłonne, jelito.)

Dla kontroli zbadałem krew u 9 zdrowych ludzi. U 8 z nich pierwotniaka nie stwierdziłem; tylko u jednego, w 4 tygodnie po przebytej grypie, udało mi się stwierdzić w preparacie krwi jeden twór kolbowaty z rzęską, perystaltycznie poruszającą się. Prócz tego zbadałem krew u chorych gorączkujących z przyczyn wiadomych (*myelosis leucaemica*, *cholecystitis acuta* i inne,) również z wynikiem ujemnym.

Twory, wyżej opisane, dają się stwierdzać w preparatach krwi, pobranej z palca, utrwalonych w alkoholu metylowym lub w parach kwasu osmowego i barwionych Giemsa. Dają się również stwierdzać w preparatach z płynu z opłucnej.



Krew świeża. (Imm. $\frac{1}{12}$, Okul. 15 $\times$, ludus wyciągnięty).

- 1.2.3.4. Jeden i ten sam twór wrzecionowaty w różnych fazach podczas ruchu
- 5.6. Twory wrzecionowate z rzęskami na obu końcach
- 7.8.9.10. Jeden i ten sam twór kolbowaty z rzęską w różnych fazach podczas ruchu
11. Twór kolbowaty
- 12.13. Twory kolbowate z rzęską, zaopatrzoną w zgrubienie na końcu.
14. Twór, przypominający plemnik (mikrogameta)
- 15.16. Mikrogameta, usiłująca wejść do malej komórki (makrogamety) w 2 pozycjach, powstałych wskutek bardzo energicznych ruchów ogona mikrogamety.
17. Groniasty twór (schizont)
18. Owalne ciałko, zaopatrzone w rzęską, dzięki której się przemieszcza
19. Skupienie z 4 ciałek zaopatrzonych w ruszające się rzęski
20. Średnica czerwonego ciałka krwi.

Zdaję sobie sprawę z tego, że w barwionych preparatach mogą się nastroczać pewne trudności rozpoznawcze, gdyż twory, wyżej opisane, leżąc pomiędzy płytkami Bizzozero, mogą ująć uwadze i być niekiedy utożsamione z niemi. Lecz przy bliższem studjowaniu łatwo się przekonać, że morfologia ich nic wspólnego z budową płytek nie ma, a barwliwość ich jest odmienna.

Wszystkie te obserwacje upoważniają mnie do stwierdzenia że, prócz grypy ostrej, istnieje grypa przewlekła, w której ramach znajdują swe miejsce bliżej dotąd jeszcze nie sprecyzowane, a od dłuższego czasu przezemnie badane jednostki nozologiczne; i że grypa ostra jak i przewlekła wywołane są przez pierwotniaki o wyżej opisanym cyklu rozwojowym. Różnice morfologiczne, o których wspomniałem, są najprawdopodobniej wyrazem istnienia odmian tego zarazka. Dokładne ich usystematyzowanie jest dziełem dalszych badań. Dalsze studia nad biologią tego zarazka będą wymagały wyodrębnienia w postaci czystej hodowli, aczkolwiek hodowanie pierwotniaków, jak wiadomo, nie należy do rzeczy łatwych. Z tego dopiero wyłonią się poszukiwania immunologiczne nad powstawaniem w organizmie grypowym przeciwciał swoistych, prace nad zjadliwością dla zwierząt i t. d. Już wyniki dotychczasowe roztaczają szerokie perspektywy kliniczne na drodze jednolitego ujęcia i opanowania grypy oraz szeregu chorób, genetycznie z nią związanych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.
(Kierownik: Prof. Dr. med. Ludwik Paszkiewicz)

„Serce sportowe” (w ujęciu E. Kircha)

Podał

W. CZARNOCKI, prosektor Zakładu (Warszawa)

(Ciąg dalszy patrz Nr. 45).

Do wyświetlenia tych rozbieżności należy przeanalizować wpływ rozmaitych czynników, które

mogą decydować o takim lub innym zachowaniu się wielkości serca. Wysuwane są tutaj przez badaczy liczne czynniki, których wpływ na odczyn serca jest bądź bardziej wyraźny, bądź ledwie uchwytny. Wymienić tutaj należy: 1. wzmożone ciśnienie krwi obwodowe, 2. tempo czynności serca (przyspieszenie lub zwolnienie), 3. wysokość ustawienia przepony, 4. pozostałość skurczową mięśnia sercowego (*Verkürzungsrückstand*), 5. stopień napięcia

mięśnia sercowego (*tonus*), 6. stan ciśnienia w klatce piersiowej, 7. wpływ czynników chemicznych i wewnętrznydzielniczych, 8. czynniki nerwowe i psychiczne.

O narastaniu ciśnienia krwi przy wysiłkach fizycznych wspominałem już poprzednio. Drugim zjawiskiem, spostrzeganym dość często przy wykonywaniu ciężkiej pracy, jest przyspieszenie czynności serca. Badania rentgenologiczne serca w częstoskurczu napadowym lub w przypadku zwolnienia jego ruchów wskazują, że w pierwszym przypadku serce się zmniejsza, w drugim zaś powiększa.

Z danych badania rentgenologicznego nad zachowaniem się wielkości serca w zależności od tempa jego czynności oraz w myśl założeń teoretycznych o odczynie serca na wzmożone ciśnienie krwi obwodowe dojść musimy do wniosku, że przyspieszenie czynności serca z jednej strony i wzmożenie ciśnienia krwi obwodowego z drugiej wpływają na kształtowanie się wielkości serca wręcz przeciwnie. Czynnikiem pierwszy wywołuje zmniejszenie, czynnikiem drugi rozszerzenie serca. Jeśli narazie pominiemy inne czynniki, które mogą, przypuszczalnie, również wpływać na wielkość serca, to staje się zrozumiałe, niejednokrotne zachowanie się wielkości serca u ludzi w związku z wysiłkami fizycznymi. Wielkość serca będzie wypadkową jednoczesnego działania dwu przeciwnie stawianych czynników; zależnie więc od tego, który z nich góruje swym wpływem na serce, ulegnie ono zmniejszeniu lub powiększeniu, w przypadku zaś, gdy wpływy ich się równoważą, wyjściowa wielkość serca nie ulegnie zmianie.

Musimy jednak pamiętać, że brak powiększenia serca u ludzi z zupełnie zdrowym sercem po znacznym wysiłku fizycznym może być wytłumaczony inaczej. Jeśli mianowicie uwzględnimy dane, dotyczące kształtów serca w jego rozszerzeniu czynnym, kiedy serce ulega wydłużeniu (badania E. Kircha), a jego wymiar poprzeczny nie zmienia się lub tylko nieznacznie się powiększa, to staje się jasne, dlaczego nie wykrywano tego rozszerzenia, ani drogą bezpośredniego badania klinicznego (stwierdzano prawidłowy wymiar poprzeczny serca) ani też przez prześwietlenie rentgenowskie (nie uwzględniano możliwości rozszerzenia serca przez jego wydłużenie). Na możliwość takiej zmiany kształtów serca zwrócił już uwagę F. Moritz (1905): nie stwierdziwszy rentgenologicznie powiększenia wymiaru poprzecznego serca w następstwie znacznych wysiłków mięśniowych, autor ten przypuszczał, że powiększeniu serca towarzyszy taka zmiana jego kształtów, która utrudnia rozpoznanie zwiększonej objętości serca.

Stwierdzane w nieznacznym odsetku badań rozszerzenie serca było, zdaniem Kircha, najprawdopodobniej, rozszerzeniem mieszanym: powstało ono u osób z utajonemi i nie dającymi się stwierdzić przed wysiłkiem zmianami w mięśniu sercowym.

Trudność wykazania powiększenia serca może zależeć od czynników pozasercowych, w pierwszym rzędzie, jak wskazuje rentgenolog E. Bordet, może być skutkiem niskiego ustawienia przepony. W takim ustawieniu długa oś serca przebiega bardziej stromo, dzięki zaś temu mimo powiększenia serca rzut cienia sercowego na płytę

fotograficzną będzie mniejszy, niż w wyższym ustawieniu przepony. Rentgenolodzy niemieccy uwzględniali wysokość ustawienia przepony przed i po wykonaniu ćwiczeń cielesnych i całkowicie odrzucają pogląd E. Bordeta.

Zmniejszenie wielkości serca po jednokrotnym wysiłku fizycznym może zależeć, zdaniem Rautmanna i Ackermanna od utrzymującej się pozostałości skurczowej mięśnia sercowego (*Verkürzungsrückstand*). Stan ten ma się rozwijać w następstwie niezmiernie silnych skurczów mięśnia sercowego. W mięśniach dowolnych pozostałość skurczowa jest znana i jest wyrazem ich znużenia. Gdyby więc uznać tłumaczenie pomienionych autorów za słuszne, należałoby przyjąć, że znużone serce nie może dostatecznie się rozszerzać. Uzasadnienie tego tłumaczenia wymaga jednak dalszych badań.

Zmniejszenie się wielkości serca starano się również wytłumaczyć zmianą stanu „napięcia” jego mięśnia. W czasie skurczu mięsień sercowy zachowuje pewne napięcie, a nie ulega bynajmniej zupełnemu zwiotczeniu (Bruns). Poglądu tego bronią badacze monachijscy (v. Lampé, Weltz, Heinrich, Straubel); twierdzą oni, że zmniejszenie serca zależy od zwiększonego napięcia mięśnia sercowego i odwrotnie powiększenie serca jest wyrazem obniżenia tegoż napięcia. W większości przypadków zmniejszenia się serca po wysiłkach fizycznych stwierdzili wzmiankowani autorzy wzrost ciśnienia krwi obwodowego, w przypadkach powiększenia się serca ciśnienie krwi się obniżało. Ma to być dowodem, że „napięcie” mięśnia sercowego rozstrzyga o wielkości serca po wysiłkach fizycznych. Należałoby jednak wysświetlić, jaka istnieje zależność lub w jakim pozostają ze sobą związku przyczynowym „napięcie” mięśnia sercowego i „napięcie” ciśnienia krwi obwodowego.

Na wielkość komory lewej wpływa pośrednio ciśnienie, istniejące w danej chwili w klatce piersiowej. Wykonywanie głębokich wdechów, zwłaszcza przy zamkniętej szparze oddechowej, jak to ma miejsce w pewnych ćwiczeniach (próby siły lub szybkości) wzmacnia ciśnienie śródpiłne, dzięki czemu krew zostaje wypchnięta z włoskowatych naczynek płuc do serca lewego. W tym momencie w krążeniu płucnym powstają zmiany, analogiczne do istniejących w doświadczeniu Valsalvy: naczynia krwionośne płuc zawierają mało krwi, dopływ krwi żyłnej z koła wielkiego do serca prawego zmniejsza się lub nawet ustaje całkowicie wskutek mniej lub więcej zaznaczonego przewężenia obu żył próżnych. Wskutek utrudnionego dopływu krwi żyłnej napełnia się z kolei gorzej serce, a rentgenologicznie wykazujemy zmniejszenie jego cienia.

Zwiększony dopływ krwi do serca prawego działa wprost przeciwnie—rozszerza serce. W czasie pracy fizycznej do komory prawej dopływa krew w nadmiarze, oczywiście, o ile żyły próżne nie uległy przewężeniu.

Badania Johanna Müllera, H. Herxheimera wykazały, że w czasie natężonej pracy fizycznej do tętnicy głównej przedostaje się więcej krwi, niż w czasie spoczynku. Wyniki te są same przez się zrozumiałe, jeśli uwzględnimy wzmożony dopływ krwi żyłnej do serca prawego; tłumaczenie H. Herxheimera, że zwiększony rzut skurczo-

wy serca lewego zależy od dokładniejszego kurczenia się odpowiedniej komory (w porównaniu ze skurczami serca u ludzi w czasie spoczynku), jest słuszne tylko w pewnych, lecz nie we wszystkich przypadkach. Można by przypuścić, że zwiększony rzut skurczowy komory lewej uniemożliwi powstanie rozszerzenia czynnego tej komory. Tak jednak nie jest, gdyż ilość krwi, zalegającej w komorze, może nawet się zwiększać; również i dopływ krwi do komory lewej musi być większy w porównaniu ze zwiększonym rzutem skurczowym.

W czasie wysiłków fizycznych do krwi musi przedostawać się znaczna ilość rozmaitych wytworów przemiany materii wogóle, a gruczołów dokrewnych w szczególności. Wytwory te mogą działać bądź bezpośrednio na mięsień sercowy, bądź na jego układ nerwowy. Ciała te mogą również wpływać na stan ciśnienia krwi i tą drogą wywierać działanie na serce (Bruns).

Pozostają wreszcie czynniki nerwowe i psychodrońkowe. Te „wędzidła nerwowe“, zdaniem Paula Schenka, decydują o wielkości serca. Serce zmniejsza się po wysiłkach fizycznych pod wpływem pobudzenia (przez zakwaszenie) nerwu współczulnego (w kierunku od i dośrodkowym), dzięki czemu serce kurczy się częściej. Powiększenie się serca u sportowców jest następstwem działania nerwu błędnego. Rola czynników nerwowych i psychicznych w odczynie serca na wysiłki fizyczne jest niewątpliwie bardzo znaczna, aczkolwiek mało uchwytana i może być przeceniona. Wspomniani badacze monachijscy starali się w swych dokładnych i długotrwałych badaniach nad sportowcami wykryć pewien zespół zmian, któryby mógł być uznany jako wyraz mniejszej lub większej wydolności czynnościowej serca. Uznają oni serce za czynnościowo wydolne, skoro po wysiłkach serce się zmniejsza, ciśnienie krwi podnosi, a tętno szybko wraca do stanu pierwotnego; przeciwny stan: powiększenie serca, spadek ciśnienia krwi, i długotrwałe przyspieszenie tętna przemawiać ma za jego niewydolnością.

Jeśli zapatrywanie tych autorów zostanie potwierdzone, otrzymamy możliwość badania czynnościowego serca u sportowców, nie rozstrzygnięto jednak sprawy zachowania się serca i krążenia w czasie wysiłków cielesnych.

Przejdźmy do rozpatrzenia przemian, spostrzeczanych w sercu sportowców.

Deutsch i Kauf odróżniają: 1. amatorów sportowców — dorywczo oddających się sportowi i 2. rzeczywistych sportowców, przez szereg lat uprawiających trening i uczestniczących w zawodach sportowych.

Niżej podane zapatrywania na „serce sportowe“ dotyczą tylko drugiej grupy sportowców. Pomijając indywidualny odczyn serca, musi on zasadniczo zależeć zarówno od wysokości, jak też

i od tempa wydatkowanej energii. Rozpiętość obu tych współczynników jest zmienna w rozmaitych gałęziach sportu.

Wyniki badań nad sportowcami są rozbieżne. Przyczyna tego tkwi w niejednolitej metodyce badań, stosowanej przez różnych autorów; musi również zależeć od czasu wykonanego badania (tuż po ukończeniu zawodów lub treningu lub w czasie przerw spoczynkowych), od liczby zbadanych, na której oparto wnioski, i wreszcie od długości obserwacji odnośnych sportowców. Mimo rozbieżności wyników dotychczasowych badań pewne zapatrywania są już mniej lub więcej uzgodnione. I tak, wiadomo ponad wszelką wątpliwość, że różne gałęzie sportu wpływają w sposób wysoce niejednolity na serce; również zdaje się być pewnym, że pewne sporty mogą wywołać nawet u zupełnie zdrowych osób wyrażne, choć niezbyt znaczne powiększenie serca.

W przypadkach, w których odczyn serca na uprawiany rodzaj sportu wyraża się jego powiększeniem, należy przyjąć, że doprowadzające do takich przemian gałęzie sportu muszą się odznaczać pewnymi wspólnymi cechami zasadniczymi. Istotnie, widzimy w nich nadmierny wydatek energii, trwający nieraz przez długi bardzo przeciąg czasu; czasami nawet może nastąpić zupełne wyczerpanie ustroju.

W czasie jednokrotnych wysiłków cielesnych wzrasta ciśnienie krwi, powstają również inne zmiany, o których już poprzednio wspominałem. Podczas ćwiczeń sportowych wzmożone ciśnienia utrzymuje się na pewnym poziomie lub nawet nieznacznie wzrasta, po ukończeniu ćwiczeń nagle spada (Deutsch). Badania doświadczalne na psach (bieganie długotrwałe w kieracie) wykazało, że ciśnienie krwi wzrasta o 6, 23, a nawet o 100 m/m Hg w zależności od wysokości wysiłku (Tangl i Zuntz, 1898 r.).

Ciekawe są spostrzeżenia H. Herxheimera nad 15% — 18% letnimi uczniami, którzy rozpoczęli odrazu bardzo silny trening wioślarski. U chłopców tych wielokrotnie i przez różnych lekarzy dokonywane pomiary stwierdziły: 1. wzrost ciśnienia krwi nie tylko w czasie treningu, lecz i w przerwach międzytreningowych, tak, że przeciętnie *maximum* ciśnienia krwi wynosiło 120,2 m/m Hg, czasami wzrastało nawet do 150 — 155 m/m Hg., oraz 2^o przyspieszenie tętna, przeciętnie do 84,3 uderzeń na minutę. Ten odczyn sercowo-naczyniowy utrzymywał się aż do osiągnięcia szczytu treningu. Po dojściu do niego u dobrze wytrenowanych wioślarzy w przerwach spoczynkowych wracało stopniowo normalne tętno i obniżało się ciśnienie krwi. Jednak, mimo wytrenowania, u takich sportowców w czasie wysiłków fizycznych tętno się przyspiesza, a ciśnienie krwi wzrasta.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologia kliniczna i doświadczalna.

J. CH. ROUX. Równowaga między procesami fermentacyjnymi a gnilnymi w kiszka grubych. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. № 4, 1930).

W pozostałościach kałowych, podobnie jak w substan-

cjach pokarmowych w stanie rozkładu, spostrzega się szereg następujących po sobie czynności bakteryjnych. Zrazu następuje rozkład resztek węglowodonowych z tworzeniem się rozmaitych kwasów organicznych, później rozkład ciał białkowych z wytwarzaniem amoniaku.

Różne metody, zaproponowane dla ustalenia tych procesów, liczą się jedynie z bakteriami kałowymi i nie dają ścisłego pojęcia o pracy bakteryjnej, odbywającej się wewnątrz kiszki grubych. Dodać należy, że w kale większość bakterii jest nieżywa.

Należy używać metody, która pozwala ustalić zawartość kwasów i amoniaku w wydalonym kale i w ten sposób pracę bakterii, wykonaną wewnątrz jelit. W ten sposób stwierdza się, że normalny ustrój utrzymuje stały poziom zawartości kwasów organicznych i amoniaku w treści kiszki grubych; jest to równowaga, osiągnięta przez rozmaite mechanizmy, których gra nie jest dotąd całkowicie poznana.

Spostrzeżenia autora na operowanych chorych pozwalają przypisać specjalnie ważne znaczenie kiszce grubej. W tym odcinku jelit bakterie gnilne rozwijają się i przeciwstawiają nadmiarowi kwasów organicznych. Wydzielanie zasad przez śluzówkę kiszki grubych również odgrywa pewną rolę. Najważniejszym jednakowoż czynnikiem w regulowaniu kwasoty organicznej jest wchłanianie kwasów i ich rozpuszczalnych soli w całym przebiegu kiszki grubych.

Dlatego kiszki grube winny być uważane za odcinek miarkujący i regulujący kwaśne fermentacje jelit cienkich i kątnicy.

Odchyleniom od równowagi w treści kiszki towarzyszą zaburzenia jelitowe.

Te odchylenia mogą być pierwotne lub wtórne w przebiegu nieżytów jelit cienkich, zaburzeń ruchowych i wydzielniczych, zmieniających skład zawartości jelitowej.

1. Czasem stwierdza się zmniejszenie ilości kwasów organicznych. Objaw ten idzie naogół w parze z gniciem jelitowym; mogą mu towarzyszyć rozmaite zaburzenia: bóle nocne, przypadłości toksyczne, zaburzenia wątrobowe i nerwowe, a czasem słabsza lub silniejsza niedokrewność.

2. Zwiększenie się ilości kwasów organicznych, będące bardzo częstym zjawiskiem, pociąga za sobą kwaśną biegunkę, rozmaite bóle brzucha, pozwalające myśleć o zapaleniu wyrostka robaczkowego, a czasem nawet o wrzodzie żołądka; w pewnych przypadkach powoduje ono zaburzenia skórne i nerwowe, czasem towarzyszy rozwojowi gruźlicy płucnej lub go poprzedza.

3. Tym zmianom w kwasocie organicznej zarówno w sensie jej zmniejszenia, jak i zwiększenia niezawsze towarzyszą odwrotne zmiany w zawartości amoniaku, jakby można było przypuszczać teoretycznie:

a) czasem spostrzega się u chorych z niedostateczną kwasotą kału zwiększenie się amoniaku, częściej jednak niema tego. Amoniak, związek bardzo lotny szybko znika z treści kiszki grubych, a semiologia przewodu pokarmowego przywiązuje wagę tylko do tych przypadków, w których zawartość jego jest znacznie zwiększona ponad normę;

b) gdy kwasota organiczna wyraża się w bardzo wysokich liczbach, dość często stwierdza się zmniejszenie amoniaku i procesów gnilnych. Jest to zwykły typ kwaśnych biegunk, łatwych do leczenia. Lecz czasem współistnieją w kale wysokie liczby kwasów organicznych, po części przesyconych, i amoniaku. Te zmiany spostrzega się w dwóch rozmaitych warunkach.

Czasem nadmiar kwasu, wytworzonego w kątnicy i wstępniccy wywołuje patologiczne podrażnienia końcowego odcinka jelit grubych i podtrzymuje wydzielinę białkową. Jest to przyczyna wtórnego gnicia, skąd wynika konieczność, wbrew teorii bakterjologicznej, powściągnięcia w pewnych przypadkach kwasoty organicznej, która niezawsze jest nieszkodliwa.

W innych przypadkach, w przebiegu ciężkich nieżytów jelit cienkich współistnieją nadmierne procesy gnicia i fermentacji. Pod wpływem mało znanych przyczyn ustrój nie może utrzymywać na normalnym poziomie rozkładu bakteryjnego

resztek kałowych i zostawia otwarte pole nadmiernemu rozwojowi drobnoustrojów.

4. Wreszcie pewne indywidua nie mogą nigdy ustalić swej flory jelitowej. Przechodzą one naprzemian od biegunk kwaśnych do gnilnych: jest to zespół, spostrzegany czasem w przewlekłych biegunkach, specjalnie trudnych do leczenia; o zmiennym typie chemicznym flory jelitowej, wymagające bardzo złożonej diety i leczenia, które powinny ulegać prawie ciągłym zmianom.

Henryk Landau.

J. GELMANN i B. MARCINKOWSKI. Zużytkowanie zamknięcia odźwiernika dla badania klinicznego patofizjologii żołądka. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 166, z. 5—6).

Opracowana przez autorów metoda zamykania odźwiernika za pomocą wprowadzenia do dwunastnicy przez zgłębnik 60-70 cm.³ ol. *Heliantis* daje możliwość izolowania żołądka na dłuższy czas i badania jego czynności wydzielniczej w odpowiedzi na rozmaite bodźce tak pod względem ilościowym, jak jakościowym.

Dzięki tej metodzie udało się wśród warunków izolowania żołądka stwierdzić następujące fakty:

1) znaczne działanie hamujące tłuszczów, znajdujących się w dwunastnicy, na wydzielanie żołądkowe (zmniejszenie się ilości soku, obniżenie się zawartości kwasu solnego);

2) rozmaite pod względem ilości, jak i zawartości kwasu wydzielanie żołądkowe zależnie od rozmaitych bodźców.

Mechanizm hamującego działania tłuszczów na wydzielanie żołądka polega, zdaje się, nie na hamowaniu fazy magazynowania chloru, lecz na zaburzeniach fazy wytwarzania kwasu solnego według Rosemana.

Zamknięte żołądki z normalną i nadmierną kwasotą dają w ciągu 30 minut przeciętnie taką samą ilość soku (115 cm.³). Różnią się więc one nie ilością, lecz własnościami chemicznymi wydzieliny.

Zamknięte żołądki z obniżoną lub zniesioną kwasotą cechują się nie tylko mniejszą zawartością kwasu, lecz i znacznie mniejszymi ilościami wydzieliny (przeciętnie 70 cm.³ w ciągu 30 minut).

Metoda izolowania żołądka pozwala wykazać z wielką wyrazistością te przesunięcia w równowadze kwasowo-zasadowej, które towarzyszą wydzielaniu żołądkowemu. Ph moczu wykazuje największe przesunięcia w stronę zasadową w stanach nadkwaśności. W stanach niedokwaśności lub bezkwaśności w warunkach izolowania żołądka albo brak zupełnie tych przesunięć, albo nawet czasem odbywają się one w stronę kwaśną.

Henryk Landau.

R. A. WEISS i W. A. GANNUSZKIN. O sztucznym zwiększeniu zawartości lipidów w ośrodkowym układzie nerwowym. (Med.—Brol. Zurn. z. 1/1929).

Celem zbadania możliwości sztucznego zwiększenia zawartości lipidów w ośrodkowym układzie nerwowym podawali autorzy psom świeży mózg innych psów, bądź patentowany preparat „Promonta”, będący wyciągiem z mózgu wołu, bądź suchy preparat mózgu wołowego, otrzymywany we własnym laboratorium. Wprowadzono również podskórnie specjalnie przygotowane eterowe wyciągi z mózgu psów i preparatu „Promonta”. Dla kontroli podawali autorzy doustnie i podskórnie lecytynę jaj oraz podskórnie oliwę. Z badań tych dadzą się wyciągnąć następujące wnioski:

1) karmienie psów lipidami mózgu zarówno doustnie, jak i podskórnie, zwiększa zawartość lipidów w ich mózgu;

2) doświadczenia kontrolne z karmieniem niehomologicznymi lipidami (lecytyna jaj) nie zwiększa zawartości lipidów w mózgu;

3) doświadczenia kontrolne z wprowadzeniem samej oliwy nie powodują zwiększenia zawartości lipidów w mózgu;

4) karmienie lipidami mózgu psów czy wołów daje jednakowe rezultaty.

Henryk Landau.

A. K. PIKKAT. O wpływie przysadki mózgowej na lipemję. (Med.—Biol. Zurn. z. 1/1929).

Autor badał zachowanie się lipidów krwi u psów, którym usunięto przysadkę mózgową, u zwierząt z uszkodzeniem guza popielatego i u normalnych po zastrzyknięciu pituitryny. Tłuszcze określano metodą Bloora, Allena i Pelkana.

Usunięcie przysadki mózgowej u psów powoduje ostre zaburzenia przemiany tłuszczowej, wyrażające się w silnym zwiększeniu ilości lipidów we krwi, głównie cholesteryny oraz w występowaniu otłuszczenia typu *dystrophia adiposo-genitalis*. Autor podnosi antagonistyczne zachowanie się tłuszczów i węglowodanów po usunięciu przysadki mózgowej, które powoduje bardzo znaczne zwiększenie się zawartości cukru we krwi.

Poszczególne nieliczne zresztą przypadki charłactwa po usunięciu przysadki, przeciwnie idą w parze ze zmniejszeniem się zawartości lipidów we krwi i ze silnym wychudnięciem zwierzęcia.

Uszkodzenie guza popielatego powoduje również często odkładanie się tłuszczu i zwiększenie zawartości lipidów, zwłaszcza cholesteryny we krwi, nie ustępujące ilościowo lipemji po usunięciu przysadki mózgowej.

Zastrzyknięcie normalnym zwierzętom wyciągu z tylnego i środkowego płata przysadki mózgowej prowadzi do znacznego zmniejszenia się zawartości lipidów we krwi, trwającego kilka godzin, przyczem obniżeniu ulega głównie ilość cholesteryny. Natomiast zawartość cukru we krwi pod wpływem zastrzyknięcia pituitryny ulega zwiększeniu, tak że i tutaj ujawnia się antagonizm między tłuszczami krwi a cukrem krwi.

Autor przypuszcza, że wskutek wypadnięcia czynności przysadki mózgowej ulega zaburzeniu równowaga hormonalna ustroju, i wpływ trzustki uzyskuje przewagę, co warunkuje spostrzegane po usunięciu przysadki zmiany w gospodarce węglowodanowej i tłuszczowej, mianowicie spadek cukru we krwi, zwiększenie tolerancji węglowodanowej, zwiększenie zawartości lipidów we krwi i występowanie ogólnego otłuszczenia, możliwe, że wskutek przemiany węglowodanów w tłuszcze.

Henryk Landau.

A. W. SIRAKOFF. O zmianach w ciśnieniu krwi podczas zabiegu Valsalvy i ich znaczeniu dla badania czynności serca. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 166, z. 3—4).

U ludzi normalnych i u hipotoników w pierwszych sekundach zabiegu Valsalvy występuje znaczne (zależne od rozwoju masy mięśniowej ciała) podniesienie ciśnienia krwi, w drugiej części zabiegu następuje po nim odpowiedni spadek ciśnienia, dochodzący prawie do punktu wyjściowego. Krzywa chorych z nadciśnieniem wykazuje w drugiej części zabiegu bardzo silny spadek ciśnienia, rzucający się zwłaszcza w oczy u osób z wysokimi liczbami wyjściowymi. Krzywe chorych z niedomogą serca wykazują przeciwnie mniejsze wzniesienia i odpowiednio do tego mniejsze spadki ciśnienia krwi. W bardzo ciężkich niedomogach z silnymi zaburzeniami krążenia nie przychodzi w ogóle do podniesienia się ciśnienia; u tych chorych zdolności układu krążenia do reagowania są silnie ograniczone lub prawie zniesione. Chorzy z wyrównanymi wadami zastawkowymi i nerwicami sercowymi nie wykazują żadnych odchyśleń od normy.

Wyniki nawet w poszczególnych grupach różnią się wprawdzie między sobą wskutek rozmaitych właściwości fizycznych i psychicznych badanych osób, ale różnice między poszczególnymi grupami są tak zasadnicze, że uprawniają do

wyciągania wniosków. Należy żałować, że niema dotąd metody, któraaby pozwalała, analogicznie do doświadczeń na zwierzętach, stale rejestrować ciśnienie krwi i jego wahania, co pozwoliłoby na uproszczenie i większą dokładność tego rodzaju badań. Sposób, w jaki autor przeprowadzał swe badania, jest jako metoda badania czynności serca nieco skomplikowany i dlatego niezawsze może być stosowany. Czy wyniki badania pozwalają stwierdzić niedomogę serca czy też krążenia, jest praktycznie obojętne, choć niektóre przypadki osłabienia krążenia nie są spowodowane pierwotną niedomogą serca (choroba Addisona i Basedowa). Dalsze badania w tym kierunku mogą mieć duże znaczenie dla fizjologii serca i krążenia oraz dla spraw, związanych z nadciśnieniem i niedomogą krążenia.

Henryk Landau.

H. GLATZEL. Nadciśnienie „samoistne” i przemiana podstawowa. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 166, z. 3—4).

U dużej liczby chorych z nadciśnieniem „samoistnym” przemiana podstawowa leży w granicach normy ($\pm 15\%$). Na podstawie danych piśmiennictwa zdaje się, że istnieje grupa chorych z nadciśnieniem, którzy przypominają pewnymi cechami chorych z tyreotoksykozą, i u których przemiana podstawowa jest wyraźnie zwiększona. U szeregu takich chorych określono przemianę podstawową i znajdowano jej zwiększenie o $16-80\%$. Wysokość przemiany podstawowej nie przebiega równolegle do wysokości ciśnienia, ani częstości tętna. Krzywe glikemiczne po doustnym obciążeniu 20 gr. cukru gronowego nie wykazywały uchwytłych odchyśleń od normy. A więc, wśród chorych z nadciśnieniem można wydzielić grupę, wykazującą zwiększoną przemianę podstawową. Zdaje się, że zachowanie się przemiany podstawowej ma znaczenie dla odróżniania rozmaitych postaci nadciśnienia.

Henryk Landau.

H. HORSTERS i H. ROTHMANN. Obciążenie cukrem gronowym przy uwzględnianiu należynej przemiany podstawowej. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 167, z. 5—6).

Odmienne od zwykle stosowanej dotychczas metody doustnego obciążania cukrem gronowym w stałych, często bardzo znacznych ilościach, podają autorzy nową metodą obciążania ilościami, indywidualnie przystosowanymi, a obliczonymi w stosunku do należynej, przeliczonej na zasadzie wzoru Brugscha przemiany podstawowej badanych osób. Autorzy podają badanym osobom tyle gramów cukru gronowego, ile stanowi 10% należynej przemiany podstawowej, rozpuszczonych w dziesięciokrotnej ilości wody. Ten sposób badania czynności narządów za pomocą mniejszych, niż dotąd stosowane, ilości cukru gronowego umożliwia dokładniejsze ujmowanie i interpretację otrzymanych krzywych. Uduje się w ten sposób ujmować różniczkowo zaburzenia w czynności narządów, które pozostawały dotąd ukryte wskutek stosowania metod mniej ścisłych i nie przystosowanych do indywidualności badanych osób. Ilustruje to przykład krzywych, otrzymanych u osób zdrowych, u wątrobowo chorych, u cukrzycowych i u chorych z zaburzeniami wewnętrznego wydzielania.

Henryk Landau.

I. MASEL i E. EINHORN. Badania nad średnicą i objętością czerwonych ciałek krwi w rozmaitych częściach układu naczyniowego u sercowo chorych. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 167, z. 5—6).

U chorych z wadami zastawki dwudzielnej w okresie zupełnego wyrównania średnica czerwonych ciałek krwi w żyłach jest większa, niż w tętnicach skórnym, podobnie jak u ludzi zdrowych. Przeciętna objętość (92 mkr.^3) nie wykazuje odchyśleń od normy.

U chorych z wadami zastawki dwudzielnej i zaburzeniami krążenia (sinica) średnica czerwonych ciałek krwi w żyłach jest mniejsza, niż w tętnicach skórnych. Pomiedzy zmianami w wielkości czerwonych ciałek krwi, a natężeniem sinicy nie zachodzi jednak żaden ścisły stosunek.

U chorych z wyrównanymi wadami zastawek tętnicy głównej średnice czerwonych krążków krwi w żyłach i tętnicach skórnych są jednakowe.

Henryk Landau.

Gruźlica.

L. LANGSTEIN. W sprawie szczepień ochronnych przeciw gruźlicy. (D. m. W. Nr. 22. 1930).

Podając ocenę krytyczną dzisiejszy stan szczepień ochronnych przeciw gruźlicy, autor sądzi, iż jednak najbardziej bezpieczną formą jest stosowanie zabitych bakterij. Metoda ta jest zupełnie nieszkodliwa, łatwa w użyciu, w skutkach absolutnie zadowalająca, czego dowiodły doświadczenia na zwierzętach i obserwacje na dzieciach. Autor jest zdania, iż należy stosować szczepienia ochronne tego rodzaju przeciw gruźlicy.

St. Luxenburg.

E. NOBEL. Szczepienia ochronne w gruźlicy. (Wien. Kl. Woch. Nr. 30. 1930).

Z dotychczasowych doświadczeń ze szczepieniami ochronnymi w gruźlicy wynika, że odporność uzyskuje się tylko zakażeniem. Szczepienia zabitymi prątkami nie dają zupełnie lub tylko słabe wyniki; jeśli używać żywych prątków gruźliczych, naraża się na wprowadzenie zakażenia, niezawsze możliwego do opanowania. Cała sprawa uodpornienia przeciw gruźlicy nie jest jeszcze dojrzała, nie wyszła jeszcze poza okres doświadczeń. Jeśli się chce wprowadzać doświadczenia do codziennej praktyki, niewolno zapominać o pierwszym przykazaniu lekarza: „*primum nil nocere*“!

Henryk Landau.

H. HAJEK. Nowe drogi zwalczania gruźlicy. (Med. kl. Nr. 23. 1930).

„Nowe poglądy“ o świeżych naciekach pierwotnych według Assmana i Redekera, stwierdzonych rentgenologicznie—w zasadzie nie przedstawiają wiele nowego; zasługą autorów jest dokładnie opracowane stwierdzenie jednej z możliwości rozwoju ciężkiego procesu gruźliczego.

Ale nacieki te nie są jedynym i typowym punktem wyjścia dla postępujących zmian serowatych.

Odma sztuczna wskazana jest tylko w przypadkach, mających wyraźną tendencję do serowacenia, gdyż większość nacieków pierwotnych goi się samoistnie albo drogą leczenia konserwatywnego. Podnoszona kilkakrotnie kwestja masowej kontroli rentgenologicznej całych grup ludności co kwartał—w celu wykrycia nacieku pierwotnego jest nie do przyjęcia, przede wszystkim ze względów finansowych, poza tem, trudno jest uchwycić w odstępach 3-miesięcznych rozpoczęcie procesu gruźliczego, który może wybuchnąć nagle.

Do ustalenia dokładnego rozpoznania prześwietlenie jest niewystarczające.

M. Segal.

K. FABER. Spadek śmiertelności z gruźlicy w Danji. (Beitr. z. Kl. d. Tbrk. B. 73. H. 3. 1930).

Na każde 1000 mieszkańców Danji przypada 1 miejsce w szpitalu, wzgl. sanatorium, uzdrowisku. Koszty utrzymania tych instytucyj ponosi w $\frac{3}{4}$ państwo, a w $\frac{1}{4}$ gmina, tak, że chory otrzymuje po noc bezpłatną, jednak nie nosi to charakteru dobroczynności. 63% ludności od lat 15—korzysta z bezpłatnej pomocy lekarskiej, jako członkowie Kas Chorych, uznanych i popieranych przez państwo.

Stosunek śmiertelności na gruźlicę według płci jest odwrotny w mieście i na wsi: o ile śmiertelność przeważa w mieście—większy odsetek przypada na mężczyzn, aniżeli na kobiety; o ile śmiertelność większa jest na wsi, dotyczy ona przeważnie kobiet. Tłumaczy się to łatwiejszą możliwością zakażenia w warsztatach pracy, szczególnie w pomieszczeniach zamkniętych. Natomiast na wsi mężczyźni pracują przeważnie na powietrzu, a kobiety w domu, mają poza tem obowiązki pielęgnowania chorych. Wychodząc z tego założenia, zwrócono uwagę na poprawę warunków zdrowotnych w warsztatach, fabrykach, zwalczanie możliwości infekcji i t. d.—tak, że różnica śmiertelności obu płci spadła z 12,7 na 2,3—na 10.000.

Natomiast na wsi skierowano akcję na energiczne zwalczanie infekcji w mieszkaniach i wszystkie przez lekarzy i pielęgniarki danego okręgu stwierdzone przypadki gruźlicy kierowano do szpitali, względnie izolowano w domu przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności.

M. Segal.

KLEINE. Badania nad zachowaniem się gruźlicy u krajowców Afryki Wschodniej. (D. m. W. Nr. 4. 1930).

W czasie pobytu swego w Afryce Wschodniej, autor stwierdził, iż gruźlica u tubylców jest rzeczą rzadką. Szerzenie się jej epidemiczne postępuje bardzo powoli. Zarażenie następuje nie w wieku dziecięcym, a u dorosłych w czasie dłuższego pobytu krajowców w miastach i na plantacjach. Dodatni odczyn Pirqueta u 102 dorosłych i 51 dzieci wypadł w bardzo niewielkim odsetku, specjalnie u dzieci—1 przypadek.

Przebieg choroby jest naogół łagodny, nie doprowadza do zejścia śmiertelnego i przy dobrym stanie odżywiania następuje wyleczenie po opuszczeniu miasta i powrocie do dawnych warunków bytowania.

St. Luxenburg.

Choroby serca i naczyń.

F. GAISBÖCK. Spostrzeżenia nad badaniami czynnościowymi serca i układu krążenia. (Wien. kl. Woch. № 33. 1930).

Dla badania czynnościowego serca i układu krążenia stosował autor następujące metody: liczenie tętna w pozycji leżącej i stojącej, pomiary ciśnienia krwi skurczowego i rozkurczowego, liczenie tętna i oddechów po wykonaniu 10 przysiadów i określanie czasu, w którym powracają one do liczby wyjściowych, obserwacja zachowania się serca po wykonaniu 10 przysiadów. Bardziej obciążającą próbą układu krążenia było liczenie na głos nie oddychając przez badanych po wykonaniu 10 przysiadów. Dalsze próby polegały na badaniu zachowania się tętna i ciśnienia krwi przy zatrzymanym oddechu, sztucznym *apnoe* i podczas parcia (*Pressdruckprobe*). Badania te, przeprowadzane na młodzieży, uprawiającej sporty, doprowadziły autora do następujących wniosków.

Omawiane próby naśladują wymagania, stawiane układowi krążenia przez wysiłki podczas ćwiczeń cielesnych; zasadniczo, przedstawiają one przeszkody w krążeniu pozasercowem.

Wywołane w ten sposób obciążenie pracy serca odbywa się rozmaitym drogą:

1) przez opory wskutek zwiększonej pracy mięśniowej ze zwiększonym lub zmniejszonym obiegiem krwi (rytmiczna i statyczna praca);

2) przez utrudnienie krążenia płucnego podczas świadomie przedłużanej pauzy oddechowej lub przez maksymalnie wzmożone oddychanie z parciem, prowadzącem jednocze-

śnie do szczególnego podniesienia ciśnienia tętniczego i żylnego:

3) wskutek zmniejszonego zaopatrzenia w tlen pracujących tkanek, które wymagają szybszego przepływu krwi;

4) na wynik tych prób wpływają jeszcze zmiany w przebiegu czynności mięśnia sercowego, odnoszących się do wytworzenia i przewodzenia bodźców, napięcia i t. d.;

5) z obserwacji zmian w zewnętrznym oddychaniu otrzymujemy podstawy do oceny wysokości zapotrzebowania tlenu i w ten sposób do oceny procesów chemicznej regulacji i rezerwy alkalicznej, która przedstawia najważniejszą podporę wydolności całego ustroju.

Odczyny układu krążenia, ujawniające się podczas podanych prób, można zastosować do pewnego stopnia zarówno dla rozpoczynania, jak i dla rokowania; jednak otrzymane przytem liczby, miary i występujące objawy noszą zawsze pewne osobiste piętno. Jest ono zależne od wieku, wzrostu i skłonności konstytucyjnych, od wielkości, rodzaju i czasu trwania wysiłku, od stopnia wyćwiczenia i zręczności, od życiowych popędów duchowych i roślinnych; do tego dołącza się oddziaływanie wysiłków w stosunku do łatwości męczenia się i zdolności wypoczęcia.

Szczególnie ważne są próby dla prognostycznej oceny odporności i wytrzymałości podczas długotrwałego treningu, bezpośrednio przed zawodami i po nich oraz po przebytych chorobach.

Normalnie podczas i po próbie parcia występujące podniesienie ciśnienia krwi odbywa się w rozmaitych warunkach i staje się zrozumiałe tylko dzięki wszechstronnej fizjologicznej czynności ośrodka naczynioruchowego.

Ośrodek ten z pomocą nerwów, regulujących ciśnienie krwi (Blutdruckzügler), wkracza zawsze w chwili niebezpieczeństwa, grożącego krążeniu. Jeśli ta czynność ochronna nie ujawni się w odpowiedniej chwili i z wystarczającą siłą, np. wskutek niedostatecznego ukrwienia mózgu, to w tym momencie może zawieść regulacja krążenia.

Proces omdlenia występuje zawsze jako czynnik pomocniczy i wygląda jak ucieczka przed niebezpieczeństwem, zmusza on do spokoju i powoli doprowadza znowu do normalnych czynności. Poziome lub niższe ułożenie głowy usuwa niedokrewność mózgu, a z nagromadzającej się krwi żyłnej otrzymuje ośrodek naczyniowy znów pobudzające środki dla swych zadań fizjologicznych.

Henryk J. Landau

W. FISCHER. Znaczenie niemiarowości ekstrasystolicznej dla zdolności zarobkowania. (Wien. klin. Wschr. № 34/1930).

Autor przytacza kilka przypadków niemiarowości ekstrasystolicznej pochodzenia nerwowego, które mają tę wspólną cechę, że osłabienie krążenia było tylko przemijające i że nie towarzyszyły mu objawy zastoinowe. Niezdolność do pracy utrzymuje się w podobnych przypadkach krótko, na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń najwyżej dwa dni. Aczkolwiek skurcze dodatkowe, obniżające wyćajność, należą, bez wątpienia, zarówno u zdrowych, jak i u osób ze zmienioną psychiką do rzadkości, jednak nie należy ich w żadnym razie traktować jako objawy bez znaczenia, zwłaszcza, że ostateczne przyczyny niemiarowości ekstrasystolicznej nie są jeszcze do dzisiaj znane. Wobec ważności należytej oceny osób ze skurczami dodatkowymi dla spraw ubezpieczeniowych i rent wylania się potrzeba wystarczającej obserwacji takich pacjentów, możliwie długotrwałej. Fakt, że między osobami z ekstrasystolią pochodzenia psychicznego znajdują się poszczególne niezupełnie „niewinne” jednostki, ma znaczenie dla medycyny ubezpieczeniowej i powinien, być może, w pewnych przypadkach być przyczyną dla zmiany warunków ubezpieczenia, tak, że nie wszystkie organicznie zdrowe osoby po-

niżej 40 lat z niemiarowością ekstrasystoliczną powinny być ubezpieczone na zasadzie zwykłych norm i warunków, jak to proponuje Hijmans van den Bergh.

Henryk J. Landau.

ZÄRDAY. Zaburzenia w krążeniu u otyłych. (Münch. med. Woch. Nr. 42—1930).

Badacze dawniejsi doszukiwali się u otyłych zwyrodnienia mięśnia sercowego. Przy otyłości spotyka się raczej przerost serca tkanką tłuszczową. W porównaniu z rozwojem ogólnym masy osób otyłych obserwuje się zahamowanie wzrostu mięśnia sercowego, który jest proporcjonalny do mięśni szkieletu. Ostatnie nietylko nie podążają w swej masie za ogólną wagą otyłych, lecz dzięki ich ociężałości ulegają zanikowi. Pociąga to za sobą dalsze upośledzenie krążenia, które bardziej jeszcze utrudnia ruchliwość osób tęgich. Tworzy się błędne koło, w którego wyniku otyłość wzrasta jeszcze dalej.

Bezpośrednio pracę serca utrudnia wysokie ustawienie przepony i przerastające serce masy tkanki tłuszczowej. Tłuszcz jako tkanka bardzo obficie unaczyniona, zwiększa łożysko krążenia, a serce musi na to odpowiedzieć zwiększoną pracą, czy w sensie pokonania zwiększonych oporów, czy też większego łożyska. Każda praca fizyczna wymaga znacznie większego wysiłku z racji większej masy tułowia i kończyn. Tymczasem serce nie jest do nadmiernej pracy przystosowane. O ile jednak otyli ograniczają ćwiczenia albo pracę fizyczną, odpada wówczas czynnik wzmagający krążenie, gdyż praca mięśni sprzyja przepływowi krwi żyłnej. Ostatnie wraz z powiększeniem łożyska krwionośnego podnosi opory, które serce musi pokonać.

W czasie skurczu opróżnienie komór jest niezupełne, reszta krwi może być wytloczona przy użyciu siły zapasowej serca. W okresie rozkurczu mięsień sercowy rozciąga się nadmiernie, podniesione ciśnienie rozkurczowe prowadzi do zastoiny w układzie żylnym. Czynność serca ulega przyspieszeniu dla wyrównania pojemności minutowej, co nie udaje się u ludzi otyłych. Pojemność minutowa maleje.

Zmiany anatomiczne, wywołane nadmierną pacą serca polegają na zwyrodnieniu mięśnia sercowego, co tłumaczy częstą u tych pacjentów niemiarowość. Sprzyja temu wysokie ustawienie przepony. Pomijając grubość powłok, osłuchiwanie tonów serca stwierdza ciche tony, wynikające z powyższych zmian w mięśniu sercowym. Na elektrokardiogramie występuje wydłużenie okresu PQ i QRS; wydłużenie okresu przewodnictwa w niektórych przypadkach wynika z przerośnięcia odpowiednich pęczków tkanką tłuszczową. Zdarzyć się może blok sercowy. Poza tem spotkać można we wszystkich odprawieniach odwrócenie uchyłka T. Autor tłumaczy je obciążeniem komory prawej.

Odczyn krwi u skompensowanych otyłych przesunięty jest w stronę alkaliczną, z chwilą zjawienia się niedomogi przesuwają się w stronę kwaśną, co przyspiesza oddychanie. W ten sposób zmniejsza się pojemność życiowa płuc.

Leczenie powinno uwzględnić przede wszystkim stan serca. Dieta małosłona. Ograniczenie płynów. Środki moczopędne. Stosowanie wyciągów gruczołów wewnętrznych wymaga zachowania ostrożności.

F. Turyn.

GANTER. Dajagnostyczne znaczenie przewodnictwa kostnego w chorobach serca. (Münch. med. Woch. Nr. 41—1930).

Stroik o niewielkiej liczbie drgań, postawiony na mostku, zaczyna drgać, a jego dźwięk wysłuchać można nietylko na całym mostku, ale na obojczykach, główce kości ramieniowej, nawet na żebrach. Drgania stroika są ledwie słyszalne przy osłuchiwaniu w międzyżebrzach nawet w bezpośrednim sąsiedztwie stroika. Kości przewodzą drgania bardzo dobrze

wstawione w ich przebiegu chrząstki i stawy nie zmniejszają przewodnictwa, mięśnie natomiast są złym przewodnikiem.

Na podstawie powyższego spostrzeżenia można przyjąć, że drgania mostka wynikają z drgań narządów, które bezpośrednio przylegają do mostka i w którym te drgania się rozciągają. Narządem, wywołującym drgania mostka, jest w pierwszym rzędzie serce.

Główna część pierwszego tonu serca powstaje z zamykania się zastawek przedsionkowokomorowych i tonu mięśniowego kurczących się komór; ton drugi — dzięki drganiom zastawek tętnicy głównej i płucnej, względnie ich ścian. Ponieważ zastawki dwudzielne zamykają się przy wyższym ciśnieniu niż trójdzielne, a mięsień komory lewej jest silniejszy niż mięsień komory prawej, można przyjąć, że ton pierwszy powstaje głównie w komorze lewej.

Serce przylega do klatki piersiowej swoją częścią prawą, komora lewa jest oddzielona tkanką płucną. O ile osłuchujemy ton pierwszy w miejscu uderzenia koniuszkowego, słyszymy tony, powstające głównie w komorze lewej. W dolnej części mostka osłuchujemy części składowe pierwszego tonu, powstające w sercu prawem.

Szmer, powstający na zastawce dwudzielnej, są słyszalne najwyraźniej w miejscu uderzenia koniuszkowego, gorzej wysłuchuje się je na mostku, w okolicy zastawki trójdzielnej. Z powyższego wynika, że mięsień komory prawej źle przewodzi drgania, powstające w komorze lewej.

W ten sposób tylko drgania komory prawej są udzielane mostkowi, a dalej przeniosą się na stroik i będą podlegały powyżej opisanym prawom. Odwrotnie, drgania, spostrzegane na mostku, mają swe źródło w prawej komorze.

Akcent drugiego tonu tętnicy płucnej może być stwierdzony na obojczykach, gdyż drugi ton tętnicy głównej nie podlega temu przewodnictwu.

Szmer, powstający na zastawkach przedsionkowokomorowych, wynikają z drgań przechodzących na mostek tylko w przypadku powstania tych szmerów w komorze prawej.

Drgania, powstające w ścianie tętnicy głównej, przechodzą na mostek tylko przy rozszerzeniu i przyleganiu do mostka tętnicy głównej. Rozszerzeniu tętnicy głównej towarzyszy często nadciśnienie i drgania, powstające z drugim tonem, znikają w czasie głębokiego wdechu, o ile nadciśnienie jest nieznaczne. Przewodnictwo drugiego tonu utrzymuje się mimo wdechu przy nadciśnieniu większego stopnia. Lepsze przewodnictwo drugiego tonu tętnicy głównej przy niepodwyższonym ciśnieniu wskazuje na rozszerzenie, pochodzenia zapalnego.

F. Turyn.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

E. B. KRUMBHAR. Retikuloza. (Le Sang Nr 3/1930).

Czerwone ciała krwi, u których metody przyżyciowego barwienia wykrywają mniej lub bardziej obfitą siateczkę (*substantia reticulofilamentosa*), mogą być nazwane „retikulocytami”, a zwiększenie się ich liczby we krwi — retikulozą.

Siateczka jest prawdopodobnie pochodzenia protoplazmatycznego i świadczy o okresie przejściowym od erytoblastu do dojrzałego czerwonego ciała krwi. Autor podaje prostą metodę barwienia krwi za pomocą błękitu krezyłowego (Brilliant-kresilblau) Grüblera celem uwidocznienia i liczenia tych elementów.

Metoda obliczania retikulocytów jest bardzo czuła i dokładna, a zmiany ich we krwi obwodowej są czule, przytem badanie liczby retikulocytów dostarcza bardziej cennego kryterjum czynności szpiku kostnego, aniżeli badanie polichromatofilii i postaci jądrzastych.

We krwi psów z jej nadmiarem (platora), wywołanym przez częste jej przetaczanie, liczba retikulocytów zmniejsza się, lub też znikają one z niej całkowicie w okresie pletory

Jeśli wystąpi niedokrewność hemolityczna, pojawia się retikuloza, która w tych przypadkach dochodzi do 81 proc.

W normalnych warunkach liczba retikulocytów waha się, u człowieka od 0,1 — 0,8 proc. (przeciętnie 0,3 proc.), u małpy od 0 — 0,8 proc. (przec. 0,3 proc.), u psa od 0,1 — 1,4 proc. (przec. 0,6 proc.), u kota od 0 — 0,4 proc. (przec. 0,2 proc.), u świnki morskiej od 1,0 do 4,0 proc. (przec. 3 proc.), u szczura od 0,6 — 2,8 proc. (przec. 2 proc.), u myszy od 1,0 — 6 proc. (przec. 4 proc.)

U noworodków liczba retikulocytów jest większa, niż u dorosłych, dochodzi ona do 5 proc., po 24 godzinach rzadko przewyższa 3 proc., a po tygodniu dochodzi do takich samych liczb jak u dorosłych.

Zwiększenie się liczby retikulocytów w sprawach chorobowych zależy od natężenia popytu i zdolności szpiku kostnego do odpowiadania nań, Retikulozę spotyka się w niedokrewnościach złośliwych (2—5 proc., a w okresach poprawy do 10 — 15 proc.), w obu postaciach żółtaczki hemolitycznej (do 10, a nawet 20 proc.), w niedokrewnościach wtórnych, plamicach i policytemji. Zmniejszenie się liczby retikulocytów (retikulopenje) występuje w niedokrewnościach, aplastycznych i niedokrewnościach, zależnych od niewydolności szpiku kostnego.

Henryk J. Landau.

W. BEUSIS i A. GOUTTAS. Ciężka niedokrewność, rozwijająca się w kierunku niedokrewności aplastycznej, wyleczona metodą Whipplea. (Le Sang Nr. 3/1930).

56-letni drukarz zgłosił się na klinikę z objawami podmiotowej niedokrewności, a badanie krwi wykazało obraz niedokrewności złośliwej (liczba czerwonych ciałek 1037000, hemoglobiny — 35 proc., wskaźnik barwnikowy — 1,60, białych ciałek — 5000, z tego 36 proc. limfocytów; w czerwonym obrazie poikilocytoza, anizocytoza, polichromatofilja, normoblasty, megaloblasty). Pod wpływem arszeniku, żelaza i hemostylu liczba czerwonych ciałek podniosła się do 2800000. Przez cały czas pobytu chorego na klinice nie obserwowano żadnych objawów przewlekłego zatrucia ołowiem (nie było rąbka na dziąsłach, zaparcia, ani kolki), któreby można było podejrzewać ze względu na zawód chorego. Po 3 miesiącach nastąpiło pogorszenie (liczba czerwonych ciałek krwi 940000 z całkowitym brakiem postaci jądrzastych), które udało się poprawić zastrzyknięciami z mleka. Po 3 miesiącach ponowne pogorszenie, poprawione znów zastrzyknięciami mleka. Tym razem poprawa była krótkotrwała, i chory wkrótce wrócił na klinikę z 600000 czerwonych ciałek, 12 proc. hemoglobiny, 2600 białych ciałek, przytem nie znaleziono zupełnie postaci jądrzastych czerwonych ciałek. Pomimo zastrzyknięć mleka, liczba czerwonych ciałek spadła po tygodniu do 500000. Wówczas zaczęto podawać choremu po 200 gr. wątroby wołowej, gotowanej przez kilka minut na parze, dziennie, a po 5 miesiącach liczba czerwonych ciałek krwi podniosła się do 5500000, hemoglobiny — do 100 proc. Chory w tym czasie przebył dengue, po której, liczba czerwonych ciałek spadła do 3800000; po 15 dniach podawania wątroby podniosła się znów do 5000000 i na tym poziomie utrzymuje się przez 9 miesięcy od chwili przerwania kuracji wątrobowej, tak, że można tutaj mówić o zupełnym wyleczeniu niedokrewności.

Henryk J. Landau.

FRIEDMAN i ELKELES. Leczenie agranulocytozy za pomocą naświetlań promieniami Roentgena. (D. m. W. Nr. 23, 1930).

Spostrzeżenia autorów dotyczą 43 przypadków, a więc liczby dość znacznej, jak na niezbyt liczne obserwacje dotyczące tego stanu chorobowego. W 23 przypadkach nastąpiło zająście śmiertelne wskutek współistniejącego zakażenia

ogólnego i zapalenia płatowego płuc. W 5 przypadkach nastąpiła śmierć w ciągu 36 godzin od początku naświetlania, co nie może mieć, zdaniem autorów, wpływu na ocenę tego rodzaju leczenia. Z 15 przypadków bez żadnych powikłań, 13 — leczonych prawidłowo i w odpowiednim czasie, doprowadzono do stanu zupełnego zdrowia. Naświetlania szpiku kostnego były prowadzone w/g *Friedmana* a dawkami drażniącymi 1/20 HED.

Dla rokowania w przypadkach agranulocytozy niezmiernie ważnym jest zachowanie się temperatury ciała, tętna i ogólnego samopoczucia.

W ciężkich przypadkach mamy znaczną utratę sił, uczucie ciężkiego osłabienia, tętno przyspieszone.

Autorzy sądzą, że rokowanie jest tem gorsze, im więcej jest zmniejszona liczba białych ciałek krwi. Pomyślniejsze są te przypadki, w których cierpienie dotyczy więcej elementów szpiku kostnego, niż te, w których jest zmniejszona liczba limfocytów.

Duża liczba przypadków niepomyślnych agranulocytozy zależy od zbyt późnego rozpoznania, co musi się ujemnie odbić na wynikach leczenia promieniami *Röntgena*.

St. Luxenburg.

Choroby nerwowe i psychiczne

∞ C. MONAKOW i R. MOURGUE. *Biologische Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie*. Hippokrates — Verlag, Stuttgart i Lipsk 1930 r. Str. XX 400, tablic 20 i fotografii 13.

W *Monakowie*, jako uczonym neuropatologu, odbija się częściowo i odzwierciadla poniekąd historia ostatniego półwiecza [studjów nad mózgiem. Liczne podstawowe prace morfologiczne, histologiczne i embriologiczne poprzedziły ukazanie się jego słynnej pracy „*Hirnpathologie*” z r. 1914, której rozgłos poważnie przytłumiony został przez wybuch wojny tegoż roku, przez wieloletnie trwanie jej i przymusowy zastój w nauce. W tej właśnie monografii, w wielkim stylu zamierzonej, na dużą miarę zakrojonej i na ogromnym własnym materiale opartej uwydatniło się jego oryginalne stanowisko względem teorii lokalizacji i wylaniała się jego hipoteza diaschizy, wielokrotnie później dyskutowana i przez klinicystę szwajcarskiego modyfikowana.

Od tej chwili poświęcał się mistrz przeważnie zgłębianiu przejawów psychologii w klinice i ich uchyłń patologicznych. W licznych broszurach i wykładach szerzył swoje poglądy na związek między morfologicznym i biologicznym a psychologicznym podłożem spraw klinicznych.

W ostatnich latach, znalazłszy we francuskim neurologu i psychiatrze R. *Mourgue* u, uczniu szkoły filozoficznej *Bergsona*, zwolennika, adherenta i kontynuatora swoich poglądów, powierzył mu sformułowanie, usystematyzowanie i zredagowanie całej swej nauki, związanej poniekąd z kierunkiem filozoficznym współczesnych potentatów w tej dziedzinie, *Bergsona* i *Driescha*.

Taka jest geneza spółki autorskiej tego dzieła, które jest właściwie przekładem niemieckim, dokonany przez E. *Katzensteina* z książki francuskiej „*Introduction Biologique à l'Etude de la Neurologie et de la Psychopathologie*”, która w międzyczasie zdołała już wywołać poważną dyskusję na łamach prasy francuskiej, angielskiej i włoskiej.

Autorzy usiłują ze stanowiska naturalistycznego i filozoficznego stworzyć metodę syntetyczną, porządkującą racjonalnie przejawy biologiczne poprzez czystą empirję i pod szatą pozornego „witalizmu dynamicznego” objaśnić w każdym zjawisku klinicznym nie tylko „co” i „skąd”, ale też dać odpowiedź na pytanie „dokąd”. To też w interpretowaniu zjawisk neuropatologicznych pod kątem widzenia czystej biologii prze-

chodzą autorzy od życia komórki i niższych istot, rozpatrują ontogenetycznie od — i rozbudowę funkcji, analizują świat popędów i instynktu, pogłębiając dawną owocną myśl *Jacksona* o ewolucji i dyssolucji, słowem, tworząc zupełnie oryginalny gmach „biologii ludzkiej”, u którego podstawy zwalczają przedewszystkiem wszechpanujący sposób obserwowania grubo-materjalistycznego.

Przyznają oni wielką zasługę w postępie neurologii nowszym metodom badania histologicznego i fizjologicznego, zapowiadają jako metodę przyszłości „empiryzm techniczny”. Błędy metodyczne biologii dawnej, których nie uniknął i tak wielki umysł jak *August Comte*, były stałe te same a rozwodzą się nad nimi obszernie autorzy na wstępie, wspominając o pięciu głównych, które pomijam w tem miejscu. W „neurobiologii człowieka” cała embriologia i anatomja, fizjologia i psychologia, klinika i socjologia są ściśle związane, jak je łączy życie i natura.

Trudno dać pojęcie w krótkim zarysie referatowym o całości rozumowań autorów, którzy, tworząc własną budowlę, nadają jej własny styl i koloryt, a ozdabiają własną terminologją neurobiologiczną, którą niełatwo strawi przeciętny czytelnik.

W I-ej części książki, części w objętości z górą 150 stronic, główne rozdziały zajmują: 1) definicja biologii świata instynktów i charakterystyka poszczególnych jego postaci: formatywnej, samozachowawczej, seksualnej, społecznej i religijnej, 2) zasada autoregulacji czynności, 3) szkic rozbudowy sfery psychomotoryjnej człowieka i ruchów wyrazowych, zwłaszcza mowy, mimiki i giestów, 4) świat orientacji, 5) problem przyczynowości.

W części II-ej, wkraczającej w patologję, w dziedzinę rozpadu i ubytku czynności omawiane są w I-m rozdziale: uszkodzenie substancji nerwowej i przerwy komunikacyjne torów projekcyjnych, asocjacyjnych i komissuralnych, porażenia ruchu, czucia i zmysłów, problemat agnozji, apraksji, afazji z teorią *vigilance Heada*, engramów *Heringa*, diaschizy *Monakowa*, hipotezy snu, senności i śpiączki, stanów psychicznych i psychotycznych.

2-gi rozdział tej części zajmuje się zaburzeniami wydzielnicznymi — *Liquor cerebrospinalis* — układu nerwowego w zastosowaniu do nauki o nerwicach, zwłaszcza hysterji, nerwic wegetatywnych, psychonerwic i t. zw. nerwic doświadczalnych *Pawłowa*. Omawia się przy tej sposobności patogenezę i terapię nerwic oraz krytykuje kilka zasadniczych błędów w teorii *Freuda*, której się zarzuca: mało precyzyjności w terminologii wogóle, słabość definicji *libido* i „ambilogizm” tejsze, jednostronność w pojmowaniu świata instynktów, kolizyj i podstaw morfologicznych jego bez uciekania się do jedynie racjonalnej psychologii biologicznej z uwzględnieniem genealogji popędów, błędność w interpretowaniu wyleczeń, dających się osiągnąć na każdej innej drodze psychoterapeutycznej.

3-ci rozdział poświęcony jest psychozom z biologją schizoidji i schizofrenji na czele.

W ostatnim rozdziale dana jest podstawa morfologiczna zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, wpływ toksyn i enzymów na czynność psychiki, charakterystyka „der ektomesodermalen Barriere”, tak ważnej w sprawach zanalnych i degeneracyjnych mózgu i opon z opisem dokładnym embriologii, topografji, fizjologii i anatomji patologicznej spłotu naczyniastego (*plexus chorioideus*), biorącego główny udział w endosekrecji mózgu.

Z licznie do książki załączonych tablic zasługują właściwie na uwagę ostatnich kilkanaście, ilustrujących spłoty, te wieku dziecięcego w stanie normalnym i patologicznym, zwłaszcza zdawna już znany rysunek *Monakowa*, zbyt,

może schematyczny, ale o dużych walorach dydaktycznych, krążenia płynów.

Monografia poważna i pomysłowa, oryginalnie i ciężko napisana, posiada swoją, pełną neologizmów terminologię (diaspasis, hormoteria, eklisis, kakonkrisis, ekphoria, syneidesis, anastole i t. d.) i wymaga przy lekturze dużo czasu, a jeszcze więcej natężenia umysłu.

Higier.

∞ Erich FEUCHTWANGER. Amusie. Studium nad psychologią patologiczną spostrzegania i wyobrażenia akustycznego w muzyce i mowie. Wyd. J. Springer, Berlin 1930 r. str. 295. R. M. 26.

Amuzja należy do najtrudniejszych i najmniej opracowanych działów wielkiej grupy afazji, aleksji, agrafji i ściśle z nią związanej agnozji, asymbolji i apraksji. To też należy się wdzięczność monachijskiemu neurologowi, iż sam, posiadając dobre wiadomości teoretyczne i praktyczne z nauki o tonach i melodji, dokładnie opracował ten temat w większej blisko 300 stronicowej monografji, poddając rewizji i korektywie panujące w tej materji teorie i hipotezy, dawne i nowsze, Kussmaula i Wernickiego, Wundta i Stumpfa, Monakowa i Henscheda, Liepmanna i Riemana, Isserlina i Goldsteina.

W pierwszym rozdziale autor analizuje 2 własne obserwacje, dające punkt wyjścia do dalszych rozważań, a dotyczące jednego przypadku amuzji recepcyjnej u oboisty, który po udarze stracił możność rozumienia muzyki, i drugiego amuzji ekspresyjnej u pianistki, która straciła zdolność wyrażania się za pomocą muzyki.

W rozdziale 2-im, obejmującym psychopatologję zaburzeń przeżycia muzycznego, rozbiera Feuchtwanger uczeń Isserlina, poszczególnie:

- 1) sprawę osobowości przedchorobowej w stosunku do świata tonów,
- 2) sprawę nerwic w dziedzinie przejawów muzycznych,
- 3) sprawę obwodowych pól słuchowych (przytępienie słuchu, parakuzje),
- 4) sprawę centralnego pola słuchowego (anakuzje, pseudo-amuzje),
- 5) sprawę organizacji obrazu muzycznego (*amusia sensorialis*), znaczenie uwagi, zakłócenia w dziedzinie akordów i melodji, kolejności tonów i orientacji, rytmiki i taktu oraz stanu omamów muzycznych i kompletnej agnozji akustyczno — muzycznej,
- 6) sprawę upośledzenia ekspresji produktywnej w muzyce (agnozja konstrukcyjno — muzyczna, *amusia expressivo — motorica*, *amusia apractica*),
- 7) sprawę zaburzeń czynności wyrazowej w muzyce (nazwy tonów i systemów dźwiękowych, czytania i pisania nut, wpływ czynności akustycznych, optycznych i dyspraktycznych),
- 8) sprawę funkcjonalnego rozumienia, wyrażania się i symbolizowaniu w tworze muzycznym.

Ostatni rozdział interpretuje teoretyczne zastosowanie wyników ogólnych do badań nad problematem amuzji (muzyka w mowie i mowa w muzyce, konsonans, konkordans, harmonja, melodia i szmery).

Praktycznie wynioskować się daje z działu o umiejscowieniach fakt, że zwoje poprzeczne przednich płatów skroniowych reprezentują pola zmysłowe akustyczne, analogiczne do pola wzrokowego w *fissura calcarina occipitalis*. Jako pole obrazowe akustyczne w rodzaju pola obrazów wzrokowych zewnętrznej powierzchni płatów potylicznych uważać należy dawny Wernickiego ośrodek zmysłowy mowy w tylnej części zwoju skroniowego, wprawdzie znacznie ku przodowi rozszerzony.

Spis autorów, którzy się w ostatnim pięćdziesięcioleciu tym tematem interesowali, zdaje się być zupełny, zwłaszcza, o ile dotyczy prac niemieckich.

Higier.

A. HOLLENDER und E. A. SPIEGEL. Wpływ wyciągu ze spłotu naczyniastego (*Plexus chorioideus*) na naczynia. (*Pflügers Archiv für die gesammte Physiologie* 124. 2-3. 1930).

Kol. A. Holendrów na z Warszawy wspólnie i pod auspicjami prof. Spiegla, dyrektora Instytutu neurologicznego przy Wszechnicy Wiedeńskiej, przeprowadziła szereg ścisłych badań nad wpływem spłotów naczyniastych mózgu na ciśnienie krwi. Przy obecnym stanie wiedzy o tym splocie należy *a priori* przypuszczać, że przesączające lub przezeń wydzielane do płynu mózgowordzeniowego substancje oddziałują na sąsiednie ośrodki nerwowe lub też, że przezeń przyjęte względnie w nim powstające substancje, do krwioobiegu ogólnego się przedostając, wpływają na odległe narządy i mechanizmy mózgu.

Na wyciągu spłotów naczyniastych, z mózgów wołowych zdobytych, a kotom i królikom porównawczo dożylnie wprowadzonych stwierdzono jego działanie, wybitnie zniżające parcie krwi. Bliższe badanie dowiodło, że to swoiste oddziaływanie na ciśnienie krwi zawdzięcza wyciąg nie cholinie, jakby się zdawać mogłoby, lecz histaminie i pokrewnym jej produktom przemiany materji.

Higier.

S. A. KINNIER WILSON. Patogeneza ruchów mimowolnych ze szczególnem uwzględnieniem patologji i patogenezy płasawicy. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* T. 10.8. Z. 2. str. 38. 1930).

Słynny neuropatolog londyński, znany głównie z wielce ciekawego cierpienia, zwanego „chorobą Wilsona”, szczegółowo omawia sprawę częstych i skomplikowanych postaci płasawicy, opierając się głównie na własnym doświadczeniu i na szczegółowo interpretowanym, 12 lat obserwowanym, klinicznie, anatomicznie i histologicznie szczegółowo opracowanym i obficie ilustrowanym przypadku płasawicy starczej.

Płasawica i atetozopłasawica stanowią według Wilsona typ kompleksowy ruchów mimowolnych, dla dokonania których niezbędne są mechanizmy motoryjne o lokalizacji korowej. Niedopuszczalne jest umiejscowienie wyłączne w jednym ograniczonym siedlisku anatomicznym tych zaburzeń anatomicznych, jakie stanowią podścielisko i podłoże płasawicy i jej odmian. Zaburzenie obejmuje ze stanowiska patofizjologicznego cały układ ruchowy mózgu. Defekty w regulacji mózgowo — mózdkowej przyczyniają się najpoważniej do obrazu klinicznego, kontrola jej przejawów transkortykalna czyli dowolna jest wielce niedostateczna. Teorja, wszechwładnie obecnie panująca, ekskluzywnej lokalizacji podłoża ruchów płasawicznych w ciele prążkowanym (*corpus striatum*) jest bezpodstawna.

Według Wilsona, ucznia Hughlings Jacksona, nie można mówić poważnie o umiejscowieniu jakiejkolwiek skomplikowanej czynności psychomotoryjnej, nie licząc się z postulatami Jacksona, wypowiedzianymi jeszcze przed laty 50-ciu, a które Wilson we wstępie do swej pracy obszernie dyskutuje.

Co do roli klinicznej zwojów podstawnych, to, jak wiadomo, powyższy pogląd wyrażony został przez Wilsona jeszcze w r. 1912, na wiele lat przed wybuchem epidemji wszechświatowej *encephalitis lethargica*, choroby par excellence pozapiramidowej, przeważnie o siedlisku podstawowozwojowym.

Cofanie się w myśl rozumowania Wilsona zatacza ostatnio coraz szersze kręgi (Littmann, Wartenberg,

Minkowski, Wenderowicz), i referent musiałby *pro domo sua* dodać, iż na swoim terenie *ex re* licznych dyskusyj nad sprawą *extrapyramidum*, które były na porządku dziennym niemal na każdym kroku, ostrzegał niejednokrotnie przed postępowaniem kory i rdzenia, a nawet torów obwodowych w zapaleniu nagminnym mózgu. Jest to choroba mimo wybiórczości zwojów podkorowych zakaźna i rozsiana, co, zresztą, i o zwykłej płasawicy naogół wypowiedzieć wypada. Higier.

L. HEIDRICH. Der Hydrocephalus. (Ergebnisse der Chirurgie und Orthopaedie. F. 22 str. 151. Berlin. 1929).

Ciekawa monografia z Uniwersyteckiej Kliniki Chirurgicznej Kuttnera z Wrocławia, napisana przez asystenta, który od szeregu lat już wzbogaca piśmiennictwo pracami z tej dziedziny. 150 stron tekstu, obficie ilustrowanego, w którym sama bibliografia zajmuje z górą 35 str.

Ze terapii poświęca autor blisko połowę miejsca, nie winno nas zastanowić, jako że praca wyszła z warsztatu chirurga. Heidrich słusznie twierdzi, że dzięki głębszemu poznaniu za pomocą nowych metod badania, jak encefalografii i wentrykulografii, siły przyływu i rezorpcji, udało się dotychczasowe metody operacyjne udoskonalić i usystematyzować, zgodnie z racjonalną klasyfikacją postaci wodogłowia na: *hydrocephalus communicans, obstructivus, hypersecretorius, male resorptivus*.

Względnie najlepsze wyniki osiąga się w nabytym ostrym wodogłowiu, na tle spraw zapalnych powstałym, gdzie samo odwadnianie farmakologiczne (dehydratyzacja) i częste nakłucia lędźwiowe już wystarczają. O wiele rzadziej widzi się stałe poprawy po przekłuciu spoidła (Balkenstich Anton — Bramanna) lub podpolitycznego zbiornika (Cysternenstich

Lossen — Payra, Suboccipitalstich Anton — Schmiedena) lub podrażnień poprzez korę mózgową w *hydrocephalus obstructivus chronicus*.

Wyjątkowo pomyślny bywa wynik, jeśli przypadkowo znajdują się w tej postaci zrosty i cienkie blizny w okolicy *foramen Monroi* i *Luschka*. Subtelny rozporek daszka komory oczyszcza i ożywia tory komunikacyjne, kanalizując je.

Odprowadzanie periodyczne nadmiaru płynu do okolic łatwo wysysających go, do głębokich tkanek podskórnych, do jamy brzusznej lub piersiowej, do pęcherza, do układu chłonnego i tętniczego nie wiele pomaga na stałe. Również i ciężkie zabiegi operacyjne rzadko wróżą poprawę.

Z dobrych ilustracji zasługują na uwagę: Dandyego odbitka komór i przestrzeni podpajęczynowych, barwny rysunek komory bocznej i otworu *Monroi*, wzory czaszek i mózgów hydroc-falicznych, za życia i po autopsji badanych.

Higier.

M. NONNE. Nowotwory nerwowe układu ośrodkowego. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. T. 109. Zeszyt 3/4 1929).

Omawia doświadczony autor nietypowe przypadki guzów wewnątrz — i zewnątrzoponowych i mózgowych, przysadkowe i tętniakowe. Nierzadko badanie płynu wprowadza w błąd, gdy chodzi o rozstrzygnięcie między stwardnieniem wielogniskowym, guzem uciskowym i *meningomyelitis*. Zamiast guza *conus medullaris* i *caudae equinae* rozpoznaje się rwę, gościec, wiał, zapalenie pęcherza najczęściej. Tutaj próba lipiodolowa rzadko zawodzi. Stosunek urazu do guza jest o tyle ciekawy, że w materiale autora znajduje się 4 razy *fibroendotelioma posttraumaticum* na różnych wysokościach rdzenia i zaczynając od części szyjnej, a kończąc na odcinku krzyżowym, Higier.

Wskazówki praktyczne.

Gál uważa *naświetlania śledziony* za niemal niezawodny środek przeciwko *krwotokom macicznym*. Po wielokrotnych naświetlaniach można osiągnąć nawet długotrwale poprawy, które pozwalają uniknąć zabiegów operacyjnych. (Strahlenther. N. 32, Z. 4).

—o—

Sistomensina (Ciba), stosowana doustnie lub w kombinacji doustno-parenteralnej, oddawała dobre usługi Liebowi we wszelkiego rodzaju *krwawieniach macicznych*, zarówno u osobników młodocianych, jak i u kobiet w okresie przekwitania, jak również w krwawieniach, towarzyszących sprawom zapalnym i mięśniakom. *Sistomensina* jest zarazem dobrym środkiem, pozwalającym odróżnić krwawienia klimakteryczne, które wstrzymuje, od krwotoków z powodu raka trzonu macicy, na które wpływu nie posiada. Drugi lek, wyrobiony przez fabrykę Ciba, *Agomensina*, działa skutecznie w przypadkach *braku lub skąpej miesięczki*, gdzie znów oddaje usługi w odróżnianiu amenorei od ciąży. (W. m. W. 1930, N. 6).

—o—

Z nowych środków, stosowanych jako wstęp do *uśpienia*, uważa Melzner za najlepszy — *pernokton*, zastrzyki-

wany dożylnie: technika prosta, działanie pewne, niebezpieczeństwo żadne. (D. m. W. 1930, N. 41).

—o—

Eupapaweryna (Mercka) działa według Wolfesa, jak papaweryna, ma nad nią jednak tę wyższość, że obok dwa razy słabszych własności trujących, jest tyleż razy skuteczniejsza. Wskazania kliniczne do stosowania eupapaweryny są te same, co dla papaweryny, mianowicie, stany kurczowe mięśni gładkich jelit, narządów żółciowych, moczopłciowych i t. d. *Eupapaweryna* jest związkiem syntetycznym, zawierającym benzyl w kwasie izochinolinowym. (D. m. W. 1930, N. 40).

—o—

Johani i Tomesik stwierdzili, że wśród dzieci, nie-szczepionych *anatoksyną błoniczą*, błonica zdarza się 10 razy częściej, niż u szczepionych. U drobnych dzieci szczepienie anatoksyny nie wywołuje prawie żadnego odczynu, u dzieci starszych odczyn bywa silniejszy, nigdy jednak taki, aby mógł stanowić przeszkodę do stosowania anatoksyny. (Kl. W. 1930, N. 40).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 30 września 1930 r.

Początek o godz. 8-ej punkt.

1) Kol. Prezes zawiadamia o śmierci dwóch członków Towarzystwa: ś. p. E. Żebrowskiego i K. Noi-

skiego oraz o mającej się wkrótce odbyć akademii ku uczczeniu ich pamięci. Zebrani uczcili zmarłych przez powstanie z miejsc.

2) Kol. Prezes podaje do wiadomości, iż członek Towarzystwa, kol. Michałowicz został obrany rektorem Uniwersytetu Warsz., zaś kol. A. Leśniowski dziekanem

Wydziału Lekarskiego. Kol. Zdz. Michalski został habilitowany na docenta chorób wewnętrznych.

3) Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Biblioteki T-wa.

4) Protokół posiedzenia naukowego z dnia 17.VI.1930 r. przyjęto b. zm.

5) Kol. Wiceprezes ogłasza wyniki konkursu im. F. Sommera. Na wniosek Komitetu Konkursowego Zarząd przyznał stypendjum Drowi Franciszkowi Raszeji za pracę monograficzną pod tytułem: „Doświadczenia i kliniczne badania nad jontoforezą”.

6) Kol. A. Freyd wygłosił odczyt p. t. „Patologia Dorzecza Amazonki. Peru, Brazylija.” (Polskie tereny kolonizacyjne). (Streszcz. własne). Prelegent w roku 1928, w charakterze delegata Rządu przeprowadzał badania nad zdrowotnością terenów, przeznaczonych na przyszłą kolonizację polską, położonych nad rzeką Ucayali (dopływ Amazonki) w Peru.

Najstraszliwszymi plagami, gnębiącymi miejscową ludność, w znakomitej większości złożoną z Indian, — są: ankylostomiasa, czerwona pelzakowa, zimnica i choroby u nas zupełnie nieznanne, jak — pian, *leishmaniasis*, *ulcus tropicum*, caraté, „*nodosités juxta-articulaires*” i inne.

Niezwykle bogaty materiał badawczy (przeszło 4.000 przypadków) kliniczny i laboratoryjny ułatwił prelegentowi porobienie szeregu spostrzeżeń. Mianowicie:

1) Stowarsol jest doskonałym środkiem zapobiegawczym w zwalczaniu planu.

2) *O. chaulmoograe*, poza specyficznym działaniem na prątki Hansena, jest najprawdopodobniej pierwszorzędnym środkiem przeciwczerniowym.

3) Caraté i Beri—beri są chorobami bezwzględnie infekcyjnymi.

4) W etiologii „*nodosités juxta-articulaires*” powtarzany stałe uraz miejscowy nie odgrywa żadnej roli.

5) *Blastomycosis* występuje prawie zawsze jako wtórne powikłanie *leishmaniasis*.

6) Niedokrewność tropikalna nie istnieje jako samodzielna jednostka chorobowa, a zawsze jest schorzeniem wtórnym.

7) W dorzeczu Ucayali z chorób „europejskich” nie spotyka się nigdy duru płamistego i brzuszego, durów rzekomych, tężca, nagminnego zapalenia płuc, róży, płonicy i błonicy.

Na zakończenie prelegent wyliczył i opisał szereg zwierząt szkodliwych, — stwonożów, gadów, ryb i ssaków (wampirów).

Odczyt uzupełniły pokazy przywiezionych okazów zwierzęcych i roślinnych (rośliny lekarskie Indian) i b. liczne prezencja.

8) Z dziedziny „Badań nad rozpoznawaniem cukrzycy” kol. J. W. Grott wygłosił doniesienie i, z pracy, wykonanej wspólnie z kol. Fr. Kowalskim i St. Windygą p. t. „Wahania krzywej cukru we krwi po glukozie u zdrowych” (Streszczenie własne).

W celu ustalenia wahań krzywej cukru we krwi po 50 gr. glukozy u zdrowych autorzy zbadali 159 osób, w tem 81 wojskowych w wieku od lat 20 do 26 oraz 78 osób cywilnych różnego wieku i różnej płci. Wszyscy badani byli uznani za klinicznie zdrowych.

W wyniku tych badań, opartych prawie na tysiącu określeń cukru we krwi, otrzymano następującą wspólną przeciętną krzywą po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy.

0'	30'	45'	60'	1½ godz.	2 godz.	2½ godz.	3 godz.
87,1	143,6	145,2	126,2	95,2	78,7	72,9	80,6

Normalne wahania cukru we krwi naczcho wynosiły od 60 do 110 mgr.

Pozatem po dokładnem rozważeniu zbadanego materiału wynika, że w sprawie maksymalnych norm dla cukru we krwi udało się autorom ustalić, co następuje: poziom cukru we krwi naczcho nie powinien przekraczać 110 mgr.; po obciążeniu 50 gr. glukozy normalnej szczyt krzywej nie przewyższa 180 mgr.; po upływie 1½ godz. krzywa powinna obni-

żyć się conajmniej do 110 mgr.; po 2i2½ godz. poziom cukru we krwi obniża się jeszcze bardziej i zwykle waha się w granicach normy naczcho, t. j. od 60 do 110 mgr.

W pewnych wyjątkowych razach można uznać przemianę węglowodanową jeszcze za prawidłową, a mianowicie gdy:

1) Poziom cukru we krwi naczcho wynosi od 111 do 120 mgr., a po 50 gr. glukozy pozostałe elementy krzywej są prawidłowe.

2) Szczyt krzywej jest nadmiernie wysoki t. j. 181 — 200 mgr., lecz naczcho, a zwłaszcza po 1½ godz. znajduje się w granicach normy.

3) W 1½ godz. po 50 gr. glukozy przecukrzenie krwi jest większe od 110 mgr., lecz niższe po 2 godz. Poziom naczcho i szczyt krzywej jest prawidłowy.

4) W 2 godz. po 50 gr. glukozy poziom cukru we krwi jest wyższy od 110 mgr., lecz niższy po 1½ godz. przy pozostałych elementach krzywej prawidłowych.

8. W dyskusji kol. Orłowski W. podkreśla, iż należy wykonywać badania nie tylko całości substancji redukujących krwi, ale również samej glukozy, ten sposób prowadzenia badań przemiany węglowodanowej może być istotnie krokiem naprzód w omawianej dziedzinie. Prosta metoda opracowana w Zakł. Chemii Fizjologicznej Uniwersytetu Poznańskiego daje możliwość wykazania, jaka część substancji redukujących przypada na glukozę. Mówca zaznacza dalej, iż kol. Prelegent otrzymuje zbyt niskie wartości dla cukru naczcho (60 mgr. ^{0/100}). Jak wiadomo z badań Hochreicha i Meiera, przebyte choroby zakaźne doprowadzają do zaburzenia przemiany węglowodanowej. Za zdrowe więc, odpowiadające warunkom wymaganym należy uważać te osoby, które w ostatnich 3—4 miesiącach nie przeżyły żadnej choroby zakaźnej; nawet zwykłe zapalenie migdałków pozostawia zaburzenie węglowodanowej przemiany materji. Badacze ci stwierdzili, iż poziom kw. mlecznego u tego rodzaju chorych jest 2 albo 2¼ raza wyższy od normy.

Chcąc badania wykonywać wyłącznie na osobnikach zdrowych, trzeba wziąć pod uwagę również konstytucję badanego, uwzględnić obecność chorób przemiany materji w rodzinie.

Mówca wreszcie podkreśla skrupulatność badań kol. Grotta.

Odpowiedź kol. Grotta (Streszczenie własne). W swem przemówieniu p. prof. Orłowski poruszył dwie b. ważne sprawy. Pierwsza z nich dotyczy określenia zamiast cukru, czystej glukozy we krwi. Otóż praca nasza ma cel czysto praktyczny, gdyż dąży do podania lekarzowi praktykowi norm, niezbędnych dla oceny przemiany węglowodanowej. W dzisiejszym stanie nauki, badania nad glukozą mogą być wielce obiecujące, jednak dla praktyki nie są tak dostępne, jak zwykłe określanie cukru we krwi. Pozatem prace nad cukrem we krwi mają z sobą swoją tradycję oraz sprawdzian czasu, co stanowi ich wielką zaletę. Wobec powyższego w rozpoznaniu cukrzycy badania, oparte na określaniu cukru we krwi, najprawdopodobniej jeszcze przez długi czas zachowają swoją moc.

Drużga, jeszcze bardziej ważna sprawa, którą poruszył p. prof. W. Orłowski dotyczy trudności, jakie napotyka klinicysta przy ocenie zdrowia ludzi, badanych w eksperymencie. Zdając sobie dokładnie sprawę z tego rodzaju trudności, staraliśmy się ich, według ludzkiej możebności, uniknąć. Dane nasze, jak to zaznaczyłem w referacie, dotyczą ludzi, uznanych za klinicznie zdrowych. By uniknąć możliwych pomyłek oparliśmy pracę naszą na dużym materiale, obejmującym 159 osób, u których wykonano prawie tysiąc określeń cukru we krwi. Wśród nich było 81 wojskowych, ludzi młodych, w wieku od 20 do 26 r. z., sprawnych fizycznie i pełniących służbę, czynną. Uwaga p. prof. W. Orłowskiego co do wpływu nawet najłżejszej infekcji na zachowanie się przemiany węglowodanowej jest najzupełniej słuszna. Miałem możliwość przekonać się o tem w swej pracy dotyczącej zawartości cukru we krwi w ostrych chorobach zakaźnych.

Pol. Arch. Med. Wewn. T. VI. z. 2 1818 r. Dr. J. W. Grott: „Badania nad zawartością cukru we krwi w ostrych chorobach zakaźnych”, wykonanej w r. 1926/27 w I Klinice Wewnętrznej Uniw. Warsz., będącej wówczas pod kierownictwem p. prof. W. Orłowskiego.

Oporając się na danych przytoczonych we wspomnianej pracy, nie mogę zupełnie zgodzić się ze zdaniem autorów, cytowanych przez p. profesora, że nawet po lekkiej infekcji u ludzi zdrowych zaburzenia w przemianie węglowodanowej

mogą utrzymywać się w ciągu kilku miesięcy. Wśród zbadanych przeze mnie sześćdziesięciu (60) przypadków tylko po wyjątkowo ciężkich chorobach zakaźnych trzeba było dłużej czekać na całkowity powrót krzywej cukru we krwi do normy. Zresztą, u 81 wojskowych badania nasze były wykonane w końcu maja oraz w czerwcu b. r. t. j. wśród warunków atmosferycznych, mało sprzyjających powstaniu t. zw. małych infekcyj.

Posiedzenie zakończono godz. 10 min. 30.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W dyskusji nad odczytem Rosenowa z Ameryki o *zakażeniu ogniskowem i jego umiejscowieniu wybiórczem*, wygłoszonym w Wiedeńsk. tow. Med. wewn. w maju r. b., zabrał głos między innymi Saxl, który, na podstawie własnego i cudzego doświadczenia, przekonał się, że paciorkowce posiadają i niewybiórcze działanie. Wiadomo, na przykład, że powikłanie anginy (gościec, zapal. nerek, wśierdzia i t. p.) następuje dopiero po pewnym czasie, a więc wymaga ze strony ustroju pewnego stanu odpornościowego. Na uwagę zasługują również doświadczenia Dietricha, który doszedł do wniosku, że zapalenia wśierdzia, które naogół bardzo trudno wywołać doświadczalnie przy pomocy ziarniaków, powstają łatwo po zastrzyknięciu gronkowców zwierzętom, traktowanym uprzednio zabitymi hodowlami, a więc znów idzie o pewien stan odporności. S. wraz z Erlsbacherem otrzymywali posocznice bez zapalenia wśierdzia o ile wstrzykiwali zwierzętom duże dawki pewnego

paciorkowca hemolizującego. Gdy jednak zaczęli stosować małe dawki, zwiększając je stopniowo przez czas dłuższy, otrzymywali zapalenie wśierdzia u 17 zwierząt na 20. Co się dotyczy usuwania współzakażenia, to więcej wiadomo Saxlowi o skutkach wyluszczenia migdałków, niż ziarniników zębowych. Zgodnie z wielkimi statystykami amerykańskimi można rzec, że usunięcie migdałków posiada naogół znaczenie zapobiegawcze w stosunku do zakażeń posocznicznych, że jest ono w stanie przeszkodzić powstawaniu nawrotów w przypadkach zapalenia nerek, gośćca stawowego czy zapalenia wśierdzia. Natomiast rzadko daje się zauważyć wpływ usunięcia migdałków na przebieg istniejącego zachorzenia posocznicznego. Narówni z przypadkową poprawą tych stanów na skutek usunięcia migdałków czy ziarninika zębowego widywał mówca i znaczne pogorszenie a nawet śmierć po usunięciu ziarniników czy zębów.

Gottlieb wypowiada się przeciwko zbyt radykalnemu postępowaniu z zębami, jako mało jeszcze ugruntowanemu naukowo. Należy przedewszystkiem dowiedzieć, że zęby bez miazgi są ogniskami zakażenia dla ustroju, zanim się skaże je na usunięcie. To zaś jest sprawa bardzo trudna. Narazie więc nie należy być zbyt radykalnym pod tym względem.

Lauda wypowiada się przeciwko twierdzeniu Rosenowa, że paciorkowce, wyhodowane z jamy ust, mają być nie tylko przyczyną zapalenia miedniczek, czy wśierdzia, co zresztą jest nieraz prawdopodobne, lecz i owrzodzeń żołądka i dwunastnicy, półpaśca, śpiączki i t. p.

Stein przytacza, że w kilku przypadkach spostrzegł poprawę po usunięciu ognisk okołozębowych, nie może jednak jeszcze wypowiedzieć swego zdania w sprawie omawianej. (W. m. W. N. 42).

Z j a z d y

Wrażenia z III-go zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie.

Wydelegowany przez stołeczną prasę lekarską, miałem pierwotnie zamiar nadsyłać do Warszawy regularne korespondencje z przebiegu każdego dnia Zjazdu, wszakże planu tego z powodów natury czysto technicznej wkrótce zaniechałem, zechcą się tedy Szanowni Koledzy kontentować opisem zbiorowym epizodów i fragmentów Zjazdu najbardziej charakterystycznych, najsilniej fascynujących.

Wypada mi tuż na wstępie podkreślić, że Zjazd, gromadząc na Ziemiach Jugosławii około 300 lekarzy Polskich i około 150 Czesko-Słowackich, zamienił się z natury rzeczy w imponującą, acz samorutną manifestację Idei Słowiańskiej, stwarzając niezmiernie wdzięczne podłoże do jaknajdalej sięgającej inicjatywy w kierunku zbratania przodujących kulturalnie narodów słowiańskich. W chwilach podniosłych toastów na cześć Gospodarzy oraz Gości, za pomyślność reprezentowanych przez nich Państw — pół tysiąca serc, jakby zespolonych jakimś niewidocznym cementem Idei Słowiańskiej, biło tym samym rytmem, tem samem wszystkich obecnych ogarniając wyruszeniem. Okrzyki: żywio, wiwat, niech żyje, na zdar — w solidarnym i serdecznym zespole ludzkim zamieniały się w jeden potężny akord pełen harmonii i mocy.

Zacnym Gospodarzom należy się gorące uznanie nie tylko za okazaną nam serdeczność, lecz i za obmyśloną z wielkim talentem marszrutę wycieczki, umożliwiającą nam w rekordowym stosunkowo czasie zwiedzenie najbardziej malowniczych zakątków Ich pięknej Ojczyzny, naoczne przekonanie się o wysokiej kulturze, zawsze pogodnym usposobieniu, patriotyzmie i pracowitości Jugosłowian.

Zgodnie z programem Zjazdu przybywamy dnia 2-go października po południu na punkt zborny w Zagrzebiu. Rozkwaterowanie tak wielkiej liczby gości następczo oczywiście pewne trudności, zostało jednak dokonane szybko i sprawnie ku ogólnemu zadowoleniu uczestników. Nazajutrz od samego rana rozpoczynamy zwiedzanie miasta, oprowadzani przez Członków Komitetu Organizacyjnego. Zagrzeb, liczący obecnie z górą 150.000 mieszkańców, był niegdyś sto-

licą autonomicznej Chorwacji i należy bezsprzecznie do najpiękniejszych miast obecnej Jugosławii. Daje się zauważyć wysoki poziom kulturalny ludności, rozwój czytelnictwa i sztuki. W wielu księgarniach znajdują Sienkiewicza, (w przekładzie); miasto upiększone pomnikami wybitnych działaczy i przywódców ruchu narodowego w czasach niewoli. Ze szczególnym pietysmem wskazują towarzyszący nam Koledzy jugosłowiańscy pomniki biskupa Strossmayera, Jelacicza i pisarza narodowego Gaja. W Muzeum Narodowym podziwiamy przepych i różnobarwność strojów wiejskiej ludności chorwackiej, w Akademii Umiejętności zachwycamy się dziełami przodujących malarzy jugosłowiańskich. Prawie wcale nie odczuwamy zmęczenia, tylko głód daje się nam porządnie we znaki, to też obiecujemy sobie wiele po przyjęciu, jakie wydaje na cześć Gości Ban Zagrzebia w Pałacu Namiestnikowskim. Po gorączkowem załatwieniu kilku drobnych sprawunków, spotykamy się nieomal wszyscy w komplecie w strojach wieczorowych punktualnie o godzinie 7-ej wieczorem. Przyjęcie a la fourchette, bardzo wykwintne. Pan Ban (zdaje się w dowiec) w towarzystwie swego sekretarza i jego narzeczonej, czynią wszystko, ażeby uprzyjemnić Gościom owe dwie godziny, jakie pozostają jeszcze do północy, do chwili odejścia pociągu w kierunku Splitu via Sušak.

Krótką, lecz doskonale przespaną w wagonie I-ej klasy noc szybko przemija, i oto znajdujemy się już w Sušaku, a więc na pomorzu Jugosławii; szczególnie wytrwali i zaprawieni w turystyce Koledzy znajdują jeszcze dość czasu, ażeby w wynajętych naprędce samochodach zapoznać się z istotnie bardzo interesującą okolicą, atoli większość towarzystwa spiesz wprost do portu zajmować zawczasu miejsca na specjalnie przygotowanych dla Zjazdu stątkach spacerowych „Zagrzeb” i „Kumanowo”. Humor i beztroska; niewiadomo, czy przypisać je serdecznym i roześmianym twarzom ciągnącej zewsząd ludności Sušaku, czy też ani jedną chmurką niezamąconemu błękitowi nieba Jadrana. Mnie z moimi towarzyszami lokują na „Zagrzebiu”; ustawiamy walizki pokodem na chybił trafił; porządek wzorowy, dotąd nie zginał nikomu najmniejszy drobniaczek. Dobywające się z czeluści kominów coraz czarniejsze kłęby dymu zwiastują rychły już odjazd, to też za chwilę przenikliwy ryk syreny gromadzi na pokładzie rozproszonych jeszcze w porcie maruderów i oto płyniemy w ślad za „Kumanowem”.

Około godziny 4-ej po południu zmiarkowaliśmy z ruchów naszego statku, że kapitan zamierza zawinąć do małego portu, jaki się w międzyczasie ukazał wśród skalnych przełęczów. Jakby wycięte z kości słoniowej, coraz wyraźniej wyłaniają się ze złocistej pomgły miniaturowe domki, natłoczone w małej kotlinie u kształt amfiteatru. Fioletowy odcień krajobrazu coraz bardziej przyjmuje barwę słomkową, odróżniamy już drzewa i krzewy, na samym brzegu dostrzegamy ruchliwą cizbę ludzką. To Šibenik. Czyż może być coś bardziej uroczonego i romantycznego od takiego nadmorskiego zaścianka? Na wybrzeże wylega cała niemal ludność miasteczka, to znaczy kilkadziesiąt rodzin, dziadkowie, ojcowie i wnuki, nikogo nie brak. Na samym przodzie kroczy dumnie municypalna straż ogniowa (trzech smagłych brunetów z komendantem na czele) oraz notablowie miasteczka w cylindrach; ładujemy przy dźwiękach muzyki i głośniejszych okrzykach powitalnych. Błękitno-białoczerwone flagi powiewają nieomal pod każdym oknem, za chwilę częstują już nas znakomitą Šibenską Marastiną, zdaniem Šibenian, najlepszym winem świata. Jakkolwiek na Zagrzebiu żywią nas obficie, zwłaszcza owoców mamy w bród, to jednak nie możemy się oprzeć pokusie i zakupujemy masowo piękne miejscowe odmiany winogron, granaty i jabłka. Stragany literalnie pustoszeją. Podobny los spotyka barwne czapeczki dalmatyńskie, w które się nasi w łot przystrajają. Otaczają nas z ciekawością Šibeniaci; rosło to i barczyste chłopcy, trudnią się przeważnie rybołówstwem lub uprawą wina. Dowiadujemy się, że jeden z mieszkańców miasteczka (z zawodu zegarmistrz) skomponował na naszą cześć specjalne wiersze, co dopełniło, oczywiście, wzruszenia. Chorób tutaj prawie wcale niema, to też z niemałym zainteresowaniem przyjmujemy informację Kol. Dr. Wroczyńskiego, (który bawił w tych stronach przed laty w misji urzędowego rzeczoznawcy do walki z epidemią), że ludność tutejsza była w swoim czasie wręcz zdziesiątkowana przez grasujące epidemie zimnicy.

Gwizd syreny przerywa, niestety, nasze miłe sam na

sam z pełną poezją Jadrańską prowincją, i z żalem powracamy na pokład naszej arki. Kiedy z błękitnej i bardzo jeszcze przejrzystej pomroki wypłynęły nagle roje światła, a uszu naszych dobiegł z oddali jakiś przerywany rozgwar, pomieszany z dźwiękami muzyki, domyślił się, że przyjmuje nas w swe objęcia Split. Owacje, jakie nam zgotowano na wybrzeżu, przeszły wszelkie oczekiwania. „Zagrzeb” i „Kumanowo” przybiły do brzegu nieomal równocześnie, i mieliśmy się już wysypywać poprzez spuszczone z pokładu pomost, gdy nagle staliśmy się świadkami sceny, jaka niejednemu z obecnych wycisnęła z oczu łezkę. Uroczyste przybrana delegacja honorowa ustawiła się tuż przed pomostem, poczem podniosła słowa powitania wygłosili z kolei: burmistrz miasta Dr. R a c i c z (lekarz), Komendant garnizonu i Dywizji Jadrańskiej, General Naumowicz, oraz przedstawiciel Bana Radca Benson. Zabrzmiły hymny polski i czesko-słowacki, wykonane przez orkiestrę wojskową, poczem rozległy się entuzjastyczne okrzyki zebranej publiczności. Opuszczając statek i kierując się ku miastu, przeszliśmy przez szpaler honorowy, utworzony przez skautów, sokołów i młodzież szkolną, cały czas wymachującą chorągiewkami narodowymi i obdarowującą nas wiązankami żywego kwiecia tudzież programami Zjazdu, drukowanymi w językach polskim i czesko-słowackim. Całe miasto, nawet ciemne i wąskie uliczki, w szacie godowej. Zewsząd muzyka i pieśń. Zaczynamy się powoli oswajać z trudnym początkowo do zrozumienia narzeczem Braci jugosłowiańskich. Wnętrza licznych „kafan” nęcą przybyszów swym egzotykiem i kipiącym życiem, atoli zmęczenie całodzienną podróżą bierze górę, i wolnym krokiem kierujemy się ku wyznaczonym przez Putnika (Jugosłowiańskie Biuro Podróży) hotelom. Wypoczynek opłaca się sownie, boć to jutro o godzinie 10-ej zrana uroczyste otwarcie Zjazdu w sali teatru miejskiego.

(Dok. nast.)

Dr. G. R a c i ą ż e k (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

W sprawie jeszcze jednego Wydziału lekarskiego.

Podał

Z. BYCHOWSKI (Warszawa).

Przewodniczący Zarządu Wydziału Zdrowia st. m. Warszawy.

W głęboką grązą się ciemność, którzy hołdują niewiedzy. — W jeszcze głębszą, którym wiedza wystarcza. —
Isa — Upamiętniać.

Rok rocznie, od czasu jak wyzwolona Polska ma własne uniwersytety, przechodzimy, że tak powiem, sezonowe ciężkie, dla niektórych nawet b. ciężkie cierpienie.

W sierpniu i wrześniu spotyka się setki i setki młodych ludzi, opanowanych przez niepokój psychiczny, biegnących od jednego do drugiego, jak błędne owce, szukających na chybił trafił wszelkich możliwych, fantastycznych nieraz protekcji, a wpadających w końcu września, kiedy dzień krytyczny przeszedł dla nich niekorzystnie, w istny stan rozpacz i depresji.

Są to maturzyści. Marzyli o tem, żeby się dostać do świątyni wydziału lekarskiego, a wskutek „ograniczonej liczby miejsc” zostają poza nawiasem — w powietrzu — ze swymi dobrami świadectwami maturalnymi, ze swoim szczerym młodzieńczym zapałem i szlachetnym pragnieniem stania się pożytecznymi członkami społeczeństwa.

Na sześciuset przeszło kandydatów przyjęto w tym roku w Warszawie podobno stukilkunastu

studentów. To samo miało miejsce i na wydziałach lekarskich innych uniwersytetów polskich. Zastanawiając się oddawna nad tą sprawą, pragnąłbym ją tu omówić bez okraszy retorycznej, lecz na podstawie suchych oficjalnych liczb.

Pierwsze pytanie, które się nasuwa — czy jest nadmiar w zawodzie lekarskim, i czy dalsza produkcja lekarzy jest — czy nie jest pożądana?

Jako odpowiedź, niech służy następująca tabliczka, wzięta z prac Wł. Woytyńskiego „Die Welt in Zahlen”, t. VII, oraz Die oeffentliche Gesundheitspflege in Zahlen (Ergebnisse der sozialhygienē, herausgegeben v. Prof. Grotjahn Bd. I, 1929). (*) Wszystkie te dane oparte są na oficjalnych źródłach 1925—28 r. i dają dokładny obraz absolutnej i względnej liczby lekarzy w rozmaitych krajach. Absolutne liczby są obecnie napewno większe, ale wobec stałego powiększania się ludności podane tu względne prawdopodobnie mało się zmieniły i w r. 1930.

Na 21 państw Polska zajmuje 17, wyraźnie siedemnaste miejsce co do liczby lekarzy na 10.000 mieszkańców, takież szare, niestety, miejsce i pod względem dentystów i położnych. Z najbliższych naszych sąsiadów Czechosłowacja ma 4,6, Niemcy — 6,9, Austria — 11,3, Estonia 6,1. Z wyjątkiem Austrii i Niemiec, gdzie, wskutek znacz-

(*) Nieco odmienne liczby podaje Kacprzak (Lekarze w Polsce. Warsz. Czas. Lekarskie 1929), który też zwraca uwagę na trudności powstające przy zbieraniu odnośnych danych nawet w Polsce, pomimo, że mógł korzystać z oficjalnych danych Urzędu statystycznego i Departamentu Służby Zdrowia.

K r a j	Liczby absolutne			na 10.000 mieszk.		
	Leka- rze	Den- tyści	Poło- żne	Leka- rze	Den- tyści	Poło- żne
Rosja	23367	3338	7517	1,7	0,2	0,5
Niemcy	43717	8758	29348	6,9	1,4	4,6
		15062 i techn.				
Francja	24209	5418	11629	5,9	1,3	2,9
Polska (1928 r.)	9757	2857	7002	3,6	1,0	2,6
Czechosłowacja	6500	—	—	4,6	—	—
Węgry	5716	—	6043	6,9	—	7,3
Belgia	4856	—	2695	6,2	—	3,5
Holandja	4088	589	941	5,6	0,8	1,3
Austria	7438	—	4435	11,3	—	6,8
Szwecja	1956	868	4443	3,2	1,4	4,8
Grecja	3044	—	—	4,7	—	—
Bułgarja	1360	253	1231	2,6	0,5	2,3
Finlandja	800	409	890	2,3	1,2	2,5
Dania	2200	650	1148	6,5	1,9	3,5
Norwegia	1508	710	1528	5,5	2,6	5,6
Łotwa	1063	557	725	5,8	3,0	4,0
Estonja	668	183	370	6,1	1,7	3,4
Japonja	45931	12549	44776	7,3	2,0	7,1
Półn. St. A.	147010	56152	—	13,0	—	—
Kanada	7500	—	—	8,1	—	—
Unja Połudn. Afryk.	2917	808	3003	3,9	1,1	4,0

nych uszczupień terytorjalnych istotnie rozlegają się głosy o nadmiarze lekarzy (i to tylko w bardzo dużych miastach), nie zdarzało mi się ani czytać, ani słyszeć w jakimkolwiek bądź z innych przytoczonych tu państw narzekania na zbyt dużą liczbę lekarzy. Medycyna wszak co raz więcej rozszerza sferę swoich zainteresowań i obowiązków i wymaga wobec tego coraz więcej pracowników. Sport, szkolnictwo, obowiązkowa w wielu krajach walka z chorobami wenerycznymi i zakaźnymi, a w tej liczbie z gruźlicą, opieka nad matką ciężarną, higiena zawodowa i wogóle cała nowoczesna służba zdrowia są to po części zupełnie nowe placówki, wymagające licznych specjalnych sztabów lekarskich. I rozwój współczesnej medycyny z jej tendencją do specjalizacji i wynajdywania nowych i udoskonalenia dawniej znanych zabiegów i rękoczynów rozpoznawczych i leczniczych (Roentgen, serologia i t. p.) wymaga coraz większej rzeszy adeptów. Nieraz słysząc u nas głosy o hiperprodukcji stanu lekarskiego. Może być, że w kilku większych miastach jest pewien nadmiar, ale wogóle głosy te pozbawione są wszelkiej realnej podstawy. Trudno przypuścić, żeby cały świat kulturalny mylnie obliczał swoje zapotrzebowania lekarskie, a tylko jedyna prawie Polska dobrze je kalkulowała. Trzeba jeszcze wziąć pod uwagę, że im rzadsze jest zaludnienie, t. j. im w danym państwie pewna liczba ludzi zajmuje większe obszary, tem i służba lekarska i sanitarna powinna być większa. Już z tego względu liczba lekarzy w Polsce powinna być znacznie większa, niż np. w Belgii, Czechosłowacji i nawet Japonii.

Jak wszędzie tak i w Polsce najwięcej względnie lekarzy gromadzi się w dużych miastach (w Warszawie przypada jeden lekarz na 400

mieszk., we Lwowie na 390, Krakowie na 430, Wilnie 560, Poznaniu 480, Łodzi 1400 i t. d.) Jeżeli więc odliczyć te duże skupienia, to się okaże, że prowincja jest znacznie uboższa w pomoc lekarską, niż się na pierwszy rzut oka wydawało. Według wyżej cytowanej niezmiernie ciekawej pracy Kacprzaka w Województwie Nowogrodzkim przypada jeden lekarz na 6300 mieszkańców (więc połowa ogólnej względnej liczby 3,2), w Wołyńskim — 6100, Tarnopolskim 5300, Kieleckim — 5200, Lubelskim 5000, Poleskim 4800, Pomorskim 4800. A jeżeli wziąć pod uwagę, że i w tych województwach gros lekarzy mieści się w większych miastach, to dopiero uwypukli się niedostateczna pomoc lekarska w małych miasteczkach i na wsi pomimo dużych przestrzeni, które te województwa zajmują i niedostatecznej w nich komunikacji. „Stąd olbrzymie tereny powiatowe wiejskie nie posiadają lekarzy“ (Kacprzak).

Śmiem więc twierdzić, że w Polsce jest ogromny brak lekarzy. (Nawiasem dodam, że, gdyby nie potworna kumulacja posad płatnych, każdy z lekarzy mógłby po kilku latach dostać mniej lub więcej płatne zajęcia. Obecnie sprawa przedstawia się tak, że przy pewnych stosunkach można jednocześnie zajmować 5 — 6 i więcej posad nie bez krzywdy, oczywiście, dla samej sprawy i kolegów). Chcąc dorównać innym krajom kulturalnym, a zwłaszcza naszym sąsiadom powinniśmy mieć przynajmniej podwójną, co obecnie, liczbę lekarzy. Na prowincji, zwłaszcza na kręśach wschodnich, brak lekarzy, a praktykujący tam koledzy cieszą się względnie wcale dostatecznym dobrobytem. Wiem, że praktyka na prowincji ma dużo ujemnych stron, ale to wszak z zasadniczą zajmującą nas tu sprawą ma mało wspólnego. (*) Jest jeszcze jeden punkt, który mi, jako pacyfiście, który przeszedł przez piekło dwóch wojen, bardzo przykro poruszyć. W razie wojny — a, niestety, nikt nie wie, co nas czeka pod tym względem — każde państwo wymaga daleko więcej, niż podczas pokoju, lekarzy. — Kto na ostatniej wojnie był codziennie świadkiem, w jakie nieodpowiedzialne i niewyszkolone ręce wpadały tysiące i dziesiątki tysięcy ciężko chorych młodych ludzi (zaurodzonych armji ros.), ten zrozumie moje pod tym względem obawy. Studenci 3-go kursu bez odrobiny wiedzy i doświadczenia lekarskiego zarządzali szpitalami i pociągami sanitarnymi. I pozostała na miejscu ludność była często pozabawiona, nawet w Niemczech, rzetelnej pomocy lekarskiej, jakkolwiek właśnie wtedy więcej, niż

(*) Sprawę racjonalnej imigracji młodszych kolegów na prowincję poruszałem kilka razy w prasie codziennej. Omawia ją też szczegółowo Kacprzak (l. c.) Nie uwzględnił jednakże jednej strony tej kwestji, która, według mnie, odgrywa tu dużą rolę. Zauważyć się daje niezdrowa tendencja do zbyt wczesnej, nieraz przed otrzymaniem jeszcze dyplomu, specjalizacji. Przy obecnym rozwoju medycyny każda specjalność pochłania, że tak powiem, całego człowieka. Oczywiście, że „specjalista“ nie nadaje się dla prowincji. Pogardliwie mówią o lekarzach „omnibusach“. W mojem pojęciu wogóle niesłusznie, bo nawet w stolicy każdy lekarz powinien posiadać solidne ogólne wykształcenie lekarskie i dbać o stały kontakt z ogólną medycyną. Tembardziej tragiczny jest los takiego specjalisty — w małym mieście. Znam dużo młodych kolegów, których właśnie ta okoliczność wprost przykuwa do biedy w Warszawie.

podczas pokoju, była jej potrzebna. Jeżeli nawet najbardziej pokojowo usposobione państwo, trzymając się zasady: *si vis pacem, para bellum*, wydaje olbrzymie sumy na rozmaity inwentarz wojсковy, który często po krótkim czasie trzeba już zmienić, to tembardziej niezbędny jest z punktu widzenia państwowego pewien rezerwoar sił lekarskich — na wypadek wojny.

* * *

Pomimo istnienia u nas wielu innych jeszcze wyższych uczelni młodzież w znacznym stopniu rwie się do studjów lekarskich, jakby instynktownie chciała wypełnić istniejącą lukę. Przyczynia się do tego prawdopodobnie jeszcze niezapomniana tradycja zaszczytnej roli, którą lekarz dawniej w naszym społeczeństwie odgrywał. Pozbawieni wstępu na polskie wydziały lekarskie, nasi maturzyści szukają nauki — jeżeli tylko uposażeni są w minimalne ku temu środki — w zagranicznych uniwersytetach. Jeszcze przed 6—7 laty, kiedy wł. lira nie była ustabilizowana, spotykałem kolonje naszych studentów we Włoszech (Padwie, Florencji, Pizie itd.). Obecnie, ze względu na walutę, gromadzą się prawie wyłącznie w Czechosłowacji i Francji.

Według moich informacji koło 2000 polskich obywateli studjuje obecnie medycynę zagranicą. Jak się naocznie przekonałem, w Pradze Czeskiej znajdują się przeważnie w ciężkich warunkach materialnych. Wogóle uczą się pilnie i cieszą się dobrą marką u profesorów. Z tęsknotą spoglądają na rodzinne świątynie naukowe, które swoje podwoje przed nimi zamknęły. Podczas wakacji wielu z nich próbuje szczęścia i szuka znowu drogi do polskich wydziałów, ale prawie zawsze bez skutku.

Ta armja wydziedziczonych ma jeszcze jedną wielką troskę.

Chcąc po ukończeniu znaleźć w kraju zastosowanie dla swojej nabytej zagranicą wiedzy, muszą przejść przez ciernistą drogę nostryfikacji, która najeżana jest coraz większymi trudnościami i trwa nieraz dwa lata. Do 6-ciu lat, przebytych zagranicą, przybywają jeszcze dwa lata ciężkiej, przeważnie teoretycznej pracy, — jeżeli jeszcze dodać zupełnie słusznie obowiązujący obecnie rok praktyczny, to ogólny okres studjów wynosi 9—10 lat. Istotnie ciężka i bardzo kosztowna droga krzyżowa, którą nie każdy zdoła przejść zwycięsko. To też wielu w rozgoryczeniu zmuszonych jest studja przerywać. Ci, co się załamali, zostają już wykolejeni przez całe życie. W głębi duszy marzą może o wojnie, która zechce z ich wiedzy bez restrykcji korzystać.

Niejednokrotnie zadawałem sobie pytanie, czy ten stan obecny nie może ulec zmianie, czy Polska, która, ze względu na długi okres zaniedbania kulturalnego podczas niewoli, ma zwłaszcza na kresach ogromne obowiązki sanitarne i higieniczne, już zawsze będzie zdegradowana do jednego z ostatnich miejsc pod względem służby lekarskiej (bo i dentystów ^{tu} i położonych mamy mało). Nie czuję się powołanym do szczegółowej analizy warunków, dzięki którym nasze wydziały lekarskie tak mało mogą przyjąć słuchaczy. Znamienna jest jednakże okoliczność, że Czechosłowacja miała

w 1925 r. na swoich 4-ch wydziałach lekarskich, z czego dwa są czynne w jednym i tem samym mieście (Pradze) 4120 słuchaczy medycyny i dentystyki, a Polska na 5-ciu wydziałach w 1926 r. tylko 3602 medyków i dentystów. W każdym razie w obecnym stanie rzeczy istotnie sytuacja bez wyjścia.

Wobec tego pozwałam sobie wystąpić z projektem utworzenia w Warszawie prywatnego wydziału lekarskiego.

Praga Czeska z ludnością mniej, niż miljon, ma dwa dużą sławą cieszące się wydziały lekarskie. Przed wojną w Rosji, gdzie z jednej strony był wielki brak służby lekarskiej, a carska polityka z drugiej strony bała się nowych uniwersytetów, istniało kilka takich prywatnych wydziałów lekarskich (w Dorpacie, Moskwie). Pozostawały co do wyboru profesorów i programu pod kontrolą rządu, a ostateczne egzaminy, uprawniające do wykonywania praktyki, słuchacze składali przed komisją państwową. I średnie szkolnictwo znajduje się wszak u nas w warunkach analogicznych. Nie mogąc z tych lub innych powodów zbyt rozszerzać swojej sieci szkół średnich, rząd chętnie udziela koncesyj wykwalifikowanym osobom na zakładanie takich szkół. Publiczność przeważnie narzeka, że opłata w tych szkołach jest znacznie droższa, a jednakże je doszczętnie zapewnia. W rezultacie mamy na jedno gimnazjum rządowe kilka i więcej szkół prywatnych, zostających, oczywiście, pod stałą kontrolą rządową i nie ustępujących pod względem swego pedagogicznego ciężaru gatunkowego szkołom rządowym.

Zupełnie sobie zdaje sprawę, że jest ogromna różnica między aparatem szkoły średniej a niezbędnym aparatem dla wydziału lekarskiego. Ale nie są to trudności nie do przezwyciężenia. Wydział lekarski składa się z katedr t. zw. teoretycznych i klinicznych. Z wyjątkiem anatomji opisowej i patologicznej — dla katedr teoretycznych wydaje mi się nietrudno byłoby znaleźć zupełnie odpowiednie warsztaty. Przy Wolnej wszechnicy wszak istnieją pracownie i katedry biologji, antropologji, fizjologji, chemji i bakterjologji, tembardziej, że przenosi się teraz do nowego olbrzymiego gmachu. Z rzetelną pomocą mógłby też przyjść i Państwowemu Instytut Higjeny ze swemi wspaniałemi obszernymi pracowniami i salami wykładowymi (farmacja i farmakologja, higjena itd.).

Odliczywszy łóżka szpitalne, zajęte przez kliniki uniwersyteckie, Warszawa posiada jeszcze przeszło 4000 łóżek w swoich szpitalach oprócz kilku tysięcy łóżek w przytułkach.

Przy poważnej inicjatywie prywatnej i moralnej pomocy miasta można te łóżka na kliniki wyzyskać.

Słyszałem zarzut, że nie znajdzie się dostateczna liczba odpowiedzialnych wykładowców, co obniżyłoby poziom instytucji.

Nie chcąc z rozmaitych względów zająć się szczegółowem omówieniem tej kwestji (omijam tak samo na razie sprawę anatomji opisowej i patologicznej), śmiem jednakże przypuszczać, że obawa ta jest zbyt przesadzona. Mamy wszak cały szereg docentów i profesorów bez teki i wielu dzielnych klinicystów w najrozmaitszych dziedzinach wiedzy lekarskiej. Mamy wszak oddziały, nie należące do uniwersytetu, a znajdujące się na wy-

sokim poziomie naukowym, a w pewnym stopniu nawet pedagogicznym.

Wobec tego, że pierwsze dwa lata są poświęcone wykładom teoretycznym, można byłoby przez ten czas przygotować dzielnych pedagogów klinicznych. Ze zrozumiałych względów unikam tu szczegółów. Zwrócę tylko uwagę, że i zagranicą jest wielu wybitnych uczonych polskich, zajmujących odpowiedzialne stanowiska (prof. M i n k o w s k i w Zurichu, polak profesor chirurgji w Genewie, którego nazwiska zapomniałem, i wielu inn.), którzy prawdopodobnie swojej współpracy nie odmówili.

Przy konkretyzacji projektu sprawa wykładów będzie mogła być zupełnie solidnie rozwiązana. Chodzi o inicjatywę i poważne traktowanie całego tego zagadnienia.

Sądzę, że Wolna Wszechnica, która odegrała taką zaszczytną rolę w dziejach naszej kultury i nauki, powinna wziąć na siebie inicjatywę utworzenia wydziału lekarskiego.

Zostawałby, oczywiście, pod stałą kontrolą rządu, a ostateczne egzamina odbywałyby się wobec specjalnej komisji uniwersyteckiej. Pod względem materialnym taka impreza żadnego ryzyka nie przedstawia, jeżeli wziąć pod uwagę olbrzymie

koszty, ponoszone przez rodziców, których dzieci uczą się zagranicą.

Oddając pod sąd publiczny myśl, nad którą się zastanawiam od wielu lat, prosiłbym o poważne jej rozważenie, mając przed oczyma wyżej przytoczoną tabliczkę i stan naszego lecznictwa na prowincji.

Jak już powiedziałem, wydaje mi się, że Wolna Wszechnica jest najbardziej powołana do objęcia protektoratu nad tą sprawą. Część niezbędnego aparatu posiada i cieszy się zaufaniem sfer naukowych i oświeconego społeczeństwa.

A miasto, w zrozumieniu doniosłości tej sprawy dla całego Państwa i prestiżu Polski, swego współudziału chyba nie odmówi.

Wiem, że mój projekt nie nasyci jeszcze wszystkich odnośnych potrzeb, zdaję też sobie sprawę z tego, że najeżony jest, a zwłaszcza na wstępie, ogromnymi trudnościami.

Ale w myśl świętej Upaniszady, którą w nagłówku przytoczyłem, nie należy nigdy zadawać się posiadaną już wiedzą, lecz dążyć nieustannie do jej rozszerzania i pogłębiania, zwłaszcza wtedy, kiedy ma bezpośrednio służyć życiu i zdrowiu człowieka.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	28/IX-4/X	5/X-11/X	12/X-18/X	19/X-25/X
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	2 (0)
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	337 (20)*	298 (21)	310 (21)	296 (18)
Dur rzekomy	0	2 (1)	0	0
Dur osutkowy	6 (0)	6 (0)	7 (1)	7 (0)
Dur powrotny	0	0	1 (0)	0
Czerwonka	66 (7)	110 (19)	108 (20)	101 (25)
Płonica	882 (18)	972 (27)	1011 (22)	915 (20)
Błonica	419 (17)	442 (19)	462 (18)	553 (24)
Zapał. op. mózgu . .	6 (3)	10 (3)	5 (2)	8 (1)
Odra	932 (5)	1003 (3)	1176 (10)	1348 (9)
Róża	120 (10)	135 (7)	140 (5)	157 (6)
Krztusiec	73 (0)	96 (3)	183 (3)	111 (2)
Malarja	4 (0)	3 (0)	1 (0)	2 (0)
Posoczn. p.	28 (8)	26 (4)	32 (8)	33 (16)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	354 (0)	456 (0)	407 (0)	517 (0)
Wąglik	1 (0)	1 (0)	0	0
Nosocizna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	0	0	0
Wścieklizna	0	0	0	0
Zatr. jad. kielb. . .	6 (1)	0 (2)	0	0
Chor. Heine-Medina .	4 (1)	2 (0)	4 (0)	3 (2)
Twardziel	1 (0)	0	0	1 (0)
Inne choroby zakaźne	66 (2)	86 (5)	100 (4)	122 (3)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

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

Ministerstwo Poczty i Telegrafów w piśmie z dnia 18 IX. 1930 r. Nr. 1447/I porusza sprawę zbyt pobłażliwych opinii lekarskich o stanie zdrowia funkcjonariuszów państwowych, zgłaszających się do lekarzy urzędowych i umówionych do leczenia funkcjonariuszów państwowych. Często się zdarza, iż urzędnik pod najbłahszym powodem rzekomej choroby zgłasza się do lekarza urzędowego, względnie umówionego i uzyskuje kilkudniowe zwolnienie od zajęć.

Zechce Pan Wojewoda zwrócić uwagę podległym lekarzom urzędowym i umówionym na racjonalne i zgodne z interesami państwowymi traktowanie tej sprawy i stawianie wniosków na urlopy tylko w razie istotnej choroby.

Ludzi kompletnie chorych, których stan zdrowia nie rokuje takiej poprawy, by mogli powrócić do służby, należy jak najwcześniej przedstawiać na komisję emerytalną.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

— Założony w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku od lat kilku nieczynny szpital dla dzieci im. Bersonów i Banmanów przy ulicy Śliskiej został w d. 9 XI. r. b. nanowo otwarty staraniem Zarządu Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w obecności przedstawicieli władz państwowych i samorządowych oraz licznie zebranych lekarzy i publiczności. Przerobiony i znacznie powiększony szpital pomieścić może 150 dzieci w 4-ch oddziałach: dla niemowląt, dla dzieci starszych, dla dotkniętych gruźlicą i chirurgicznym. Całości dopełnia pracownia rentgenowska i chemiczno-bakterjologiczna. Urządzenie szpitala pod każdym względem stoi na wysokości za-

dania. Budowa tak ważnego dla szpitala dla dzieci oddziału chorób zakaźnych tymczasem z powodu braku środków została odłożona na czas pewien. Szpital powstał z funduszy ofiarodawców prywatnych, Departamentu Służby Zdr. Min. Spr. Wewn., Magistrata m. Warszawy i gminy żydowskiej.

Aktu otwarcia szpitala dokonali: prezes Tow. Przyjaciół Dzieci, kol. Samuel Goldflam, oraz lekarz naczelny szpitala, koleżanka Hellerowa, która zarazem jest ordynatorem oddziału niemowląt. Ordynatorem oddziału wewnętrznego jest kol. Sachs, gruźliczego—kol. Gantz, chirurgicznego—kol. Saidman

— Na stanowisko dyrektora Szpitala Starozakonnych w Warszawie, opróżnione przez ustąpienie kol. Szwajcera, Magistrat tutejszy ogłasza konkurs na warunkach następujących: 1) obywatelstwo Państwa Polskiego, 2) dyplom doktora medycyny i prawo praktyki w Państwie Polskiem, 3) wiek, nie przekraczający 50 roku życia (kandydaci pozostający już na służbie Magistratu m. st. Warszawy mogą być starsi wiekiem), 4) nieposzlakowana przeszłość (*curriculum vitae*), 5) doświadczenie w administracji szpitalnej.

Podania, należycie udokumentowane świadectwami praktyki szpitalnej, klinicznej oraz pracami naukowymi, należy wnosić do wydziału opieki społecznej i szpitalnictwa (Krakowskie przedmieście № 60, sekcja I) do dnia 15.XI r. 1930 włącznie.

— Skład dotychczasowy Komisji Naukowej, utworzonej przy Polskim Komitecie do Zwalczenia rak z prawem kooptacji, jest:

Prof. Dr. Med. Adam Czyżewicz, Dr. Med. Mieczysław Floksztumpf, Gen. Dr. Witold Horodyski, Prof. Dr. Med. Jerzy Modrakowski, Prof. Dr. Med. Ludwik Paszkiewicz, Doc. Dr. Med. Stefan Sterling—Okuniewski, Prof. Dr. Med. Mściwój Semerau—Siemianowski, Dr. Med. Bronisław Wejnert, Pułk. Dr. Zawadowski.

— Nagroda Nobla z zakresu medycyny przyznana została w roku bieżącym prof. D-rowi Karolowi Landsteinerowi za prace nad grupami krwi. Prof. Landsteiner od lat 10 pracuje w Instytucie Rockefellera w New-Jorku.

— III Międzynarodowy Zjazd Radiologiczny odbędzie się w Paryżu w lipcu roku 1931. Zjazd dzieli się na 6 sekcji: 1. Radiofizyka. 2. Radiologia. 3. Diagnostyka rentgenowska. 4. Promieniolecznictwo (Roentgen i Curioterapija). 5. Elektrollogia medyczna. 6. Helioterapija naturalna i sztuczna. Termin pisemnego zgłaszania odczytów do 1 stycznia r. 1931. Streszczenie odczytu napisane na maszynie w języku francuskim, niemieckim lub angielskim, nie przekraczające 400 wyrazów, musi być nadesłane do sekretariatu najpóźniej 1 kwietnia r. 1931. Członkowie Towarzystw radiologicznych, życzący sobie wziąć udział w Zjeździe, proszeni są o wypełnianie karty uczestnictwa, którą wraz z kwotą 300 franków należy możliwie wcześniej nadesłać. Adres Sekretariatu III; Międzynarodowego Zjazdu radiologicznego: 122 rue La Boétie, Paris VIII. W związku ze Zjazdem urządzona będzie wystawa. Osoby, pragnące wziąć udział w wystawie, proszone są o zwracanie się do pana H. Pilon, 34. Boulevard de Vaugirard, Paris XV.

— Wrażenia lekarza węgierskiego z wycieczki do uzdrowisk polskich.

Związek Uzdrawisk Polskich w Warszawie zorganizował przy wydatnej pomocy czynników rządowych wycieczkę lekarzy Estonji, Łotwy i Węgier do 10-ciu większych uzdrowisk pol-

skich, które mogą wchodzić w rachubę przy akcji w kierunku pozyskania gości zagranicznych.

Jednym z uczestników wycieczki owej był lekarz Dr. Geza Bleier z Budapesztu. Umieścił on obecnie w Nr. 19 z 1.X r. b. czasopisma „Magyar Orvos” t. j. „Lekarz Węgierski”, następujący artykuł.

„Kochany Przyjacielu Redaktorze!

Żądam opisu wycieczki naszej do uzdrowisk polskich czynię więc zadość Twemu życzeniu i kreślę me odnośne wrażenia.

Na zaproszenie Polskiego Konsulatu w Budapeszcie wziąłem udział wraz z trzema kolegami D-rem Czyżewskim Juljuszem, D-rem Władarczykiem Józefem i D-rem Welischem Emerykiem w pierwszej wycieczce propagandowej do uzdrowisk polskich.

Wyjechaliśmy z Budapesztu dnia 6.IX. Na polskiej granicznej stacji kolejowej zetknęliśmy się z przedstawicielem Związku Uzdrawisk Polskich, który wyrezył nam wolne bilety jazdy II. kl., umożliwiające nam bezpłatne podróżowanie po wszystkich polskich linjach kolejowych w czasie od 6 do 25 września r. b. Ze stacji granicznej przez Lwów udaliśmy się do Warszawy, gdzie spotkaliliśmy się z pozostałymi uczestnikami wycieczki, t. j. z lekarzami z Estonji i Łotwy.

Nasza podróż po uzdrowiskach polskich zajęła nam 14 dni, w czasie których stale korzystaliśmy ze specjalnie nam przydzielonego luksusowego wagonu II klasy. Każde zwiedzane przez nas uzdrowisko witało nas na stacji kolejowej za pośrednictwem swych notablów i orkiestr, które grały państwowe hymny Węgier, Estonji i Łotwy.

Organizacja wycieczki była pod względem gospodarczym tak przeprowadzona, iż nie wydaliśmy na nic — poza drobnymi przedmiotami pamiątkowymi, które pragnęliśmy dla nas i dla naszych bliskich nabyć — ani halerza.

Umieszczono nas w pierwszorzędnym pensjonatach i hotelach, podejmowano nas wręcz wspaniale, a doprowadzono do ostatecznych granic troskliwość naszych gospodarzy o nas szła tak daleko, iż w naszych pokojach pensjonatowych zastawialiśmy świeże kwiaty i kartki pocztowe, zaopatrzone już w znaczki.

Nie chcę i nie mogę w krótkich słowach opisać tego wszystkiego, co widziałem; bogactw i piękna przyrody polskiej, eleganckich a równocześnie bardzo praktycznych urządzeń uzdrowiskowych, a wreszcie niezwykle wprost higieny zwiedzanych miejscowości. Mimo wszystko muszę jednak wspomnieć o paru najważniejszych zwiedzanych uzdrowiskach, a więc przede wszystkim o Ciechocinku, bogatym w naturalne, przepojone jodem i bromem solanki.

Inowrocławskie solanki i borowina przewyższają — moim zdaniem — wartością leczniczą Franzensbadu.

Tuż obok Warszawy położony Otwock jest — jak sądzę — świetnym wręcz uzdrowiskiem dla chorych na płuca.

Naogół naprawdę trudno uwierzyć, ile Polacy ponoszą ofiar i podejmują starań, ażeby w uzdrowiskach dla chorych na płuca przeprowadzać skutecznie zabiegi lecznicze przy równoczesnym izolowaniu chorych.

Niezwykle elegancka, a w porównaniu z naszymi stóskami, tania Krynica ze swymi naturalnymi bogatymi kwasowogłowymi wodami oraz borowinami przedstawia olbrzymie wręcz bogactwo narodowe.

O ile chodzi o piękno natury uzdrowisk polskich, to muszę oczywiście wspomnieć o Zakopanem, znanem już zresztą u nas, a leżącym w sąsiadujących ongiś z nami polskich Tatrach. Zakopane wyposażone jest we wspaniałe sanatoria, odpowiadające całkowicie wzorom zachodnio-europejskim.

Perłą Tatr polskich jest przecudne Morskie Oko.

Wspomnę jeszcze o Truskawcu i jego znakomitej wodzie i zaznaczę, iż nasza podróż trwała dni 14. a naprawdę umożliwiła nam zwiedzanie najlepszych polskich uzdrowisk i wszystkich wielkich starodawnych polskich miast, leżących w przepojonej krwią ziemi, w której spoczywają również w tragicznych kurhanach wojennych nasi niezapomniani Węgierscy Bracia.

Muszę przyznać, że nużąca była wycieczka, bo czas w którym mogliśmy przetrwać wrażenia nasze. był zbyt krótki. Mimo tego opłaciła nam się wycieczka. Widzieliśmy wiele, nauczyliśmy się wielu rzeczy, zwłaszcza, o ile chodzi o zagadnienia lecznicze i o nową organizację pracy lekarskiej.

Korzystaliśmy z ogromnej wręcz gościnności polskiej. Jak słyszę, i na przyszły rok ma być zorganizowana podobna wycieczka, która jednak ma objąć większą liczbę lekarzy. Uważam za rzecz bardzo wskazaną, by do udziału w wycieczce owej zgłosiła się jaknajwiększa liczba lekarzy węgierskich, których polacy oczekują z otwartymi rękoma.

W końcu pozwól, by w Twem, drogi Kolego, cennem wydawnictwie, złożyć tak w mem własnem, jak i mych kolegów uczestników wycieczki imieniu raz jeszcze i w tej drodze najserdeczniejsze podziękowanie rezydującej w Warszawie Dyrekcji Związku Uzdrowisk Polskich, oraz głównemu Organizatorowi i Kierownikowi wycieczki Dyrektorowi Szczerbińskiemu.

ZMARLI.

Czesław Otto, ordynator oddziału wewnętrznego Szpitala Ś-go Ducha — w Warszawie.

C. Monakow, znakomity neurolog, prof. kliniki chorób nerwowych — w Zurychu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

11.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Wiceprezes: Wynik konkursu firmy „Motor”.
2. Zdz. Michalski i M. Piasecki. W sprawie patogeny gruźlicy płucnej: propozycje nowych zabiegów operacyjnych w ciężkich postaciach suchot płucnych.
3. J. W. Grott. O wczesnem rozpoznawaniu cukrzycy.

15. XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

Prof. Dr. W. Szenajch. Uwagi o etyce lekarskiej w świetle przysięgi Hipokratesa.

18. XI. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.
2. Odczyt: Gerszon Lewin. Zagadnienie zmniejszenia się śmiertelności z powodu gruźlicy w krajach kulturalnych.
3. Pokaz: H. J. Landau. Przypadek cystynurji.
4. Dyskusja nad odczytem D-ra M. Szoura z poprzedniego posiedzenia.

TREŚĆ: M. BORNSTAJN. O psychozach wieku dziecięcego. A. KOBRYNER. Pierwotniaki jako zarazek grypy. W. CZARNOCKI. Serce sportowe (str. pogl. — C. d.). Streszczenia pojedyncze i oceny książek. Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. Zjazdy. Z. BYCHOWSKI. W sprawie jeszcze jednego Wydziału lekarskiego. Wiadomości bieżące. Zmarli Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BORNSTAJN. Psychoses chez les enfants, A. KOBRYNE. Les protozoaires comme agent infectieux de la grippe. W. CZARNOCKI. Le coeur sportif (Rev. gén. suite.). Z. BYCHOWSKI. A propos d'une nouvelle faculté de médecine.

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.—

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego. mieści się w drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 334-45.

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.