

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRŃY

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, 20 LISTOPADA 1930 R.

Nr. 47

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O psychozach wieku dziecięcego *).

Podał

Maurycy BORNSTAJN (Warszawa).

(Dokończenie — p. Nr. 46).

Na podstawie danych z literatury i zwłaszcza własnego materiału musimy podkreślić i uwypokreślić pewne cechy charakterystyczne w objawach i przebiegu klinicznym schizofrenji dziecięcej. Co do objawów, to na plan pierwszy, jako najczęstsze, wysuwają się t. zw. objawy katatoniczne, jak mutacyzm, negatywizm, lęk, zmanierowanie w ruchach, częste stany osłupienia z katalepsją lub bez niej; z temi objawami katatonicznymi razem, bądź też samodzielnie, występują objawy hebefreniczne, jak autystyczne, niedostępne nastawienie do otoczenia, niezdolność, dokuczliwe zachowanie się, śmiech i płacz bez widomego powodu, odmawianie przyjmowania pokarmów. Takie obrazy kliniczne, jak katatoniczny, hebefreniczny, lub pomieszanie ich obu, są najczęstszą postacią, w której występuje schizofrenja dziecięca; natomiast obrazy paranoidalne, tak częste w schizofrenji wieku dojrzałego, są niezmiernie rzadkie u dzieci. Tej rzadkości obrazów paranoidalnych odpowiada również rzadkość omamów słuchowych, objawu tak wybitnego w schizofrenji u starszych. Zauważyliśmy jeszcze jedną cechę schizofrenji dziecięcej, to jest rzadsze o wiele, niż u dorosłych, występowanie tak charakterystycznego objawu, jak rozkojarzenie, t. j. zaburzenie typowe w kojarzeniach myślowych. Ten brak lub rzadkość niektórych ważnych objawów sprawia, że obraz kliniczny schizofrenji dziecięcej nie przedstawia takiego polimorfizmu, takiej wielopostaciowości, jaka cechuje schizofre-

nję w wieku dojrzałym. Jeżeli chodzi o przebieg psychozy, to zaznaczyć należy cechę ważną, również odróżniającą schizofrenję dziecięcą od późniejszych, że okres trwania tej pierwszej, t. j. dziecięcej jest o wiele krótszy przeciętnie, niż trwanie ostrej psychozy u dorosłego człowieka. Trwanie choroby w ciągu 1 roku stanowi rzadkość, przeważnie schizofrenja dziecięca trwa od kilku dni, tygodni do kilku miesięcy, natomiast o wiele częściej znów, niż u dorosłych, zaznacza się wyraźna tendencja ku nawrotom, które, również jak i pierwsze zachorowanie, kończą się przeważnie pomyślnie, t. j. nie pozostawiają wyraźnych śladów stopienia afektywnego. Są jednakże przypadki schizofrenji, która nawarstwiła się niejako na stan oligofreniczny, t. nazw. przez prof. Ziehen'a *Propfhebenphrenie*, te oczywiście wykazują wyraźne upośledzenie umysłowe — ale jeżeli nawet nie mamy do czynienia z taką narastającą schizofrenją, to nie idzie za tem, ażeby to zachorowanie dziecięce przebrzmiewało zbyt często całkiem bez echa: zdarza się owszem aż nadto często, że w późniejszych latach choroba się powtarza i wtedy już podlega prawom ogólnym, t. j. bądź znów wykazuje tendencję do periodycznego powtarzania się, bądź też prowadzi prędzej czy później do ostatecznego stopienia afektywnego. Ta krótkotrwałość ostrych napadów schizofrenicznych oraz tendencja do nawrotów jeszcze w okresie dzieciństwa stanowi cechę charakterystyczną dla przebiegu schizofrenji dziecięcej.

Musimy jeszcze poświęcić kilka uwag schizofrenji dziecięcej ze stanowiska psychologicznego. Istnieje jeden moment psychologiczny, dość ważny zresztą w każdej schizofrenji, jeżeli chodzi o bezpośredni aspekt do wybuchu psychozy, ale specjalnie uwypokreślający się w dzieciństwie, to prześtrach. Trudno jest poprostu znaleźć historję choroby, gdzieby ten moment prowokujący nie był przynajmniej zaznaczony, a najczęściej jest on wyraźnie bardzo podkreślany, i jemu rodzice przypisują

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

sują najbardziej zasadnicze znaczenie. Przypomnijmy sobie, jak charakteryzowaliśmy konstytucję psychiczną tych dzieci: ich nieśmiałość, niepewność, zaleknienie, unikanie towarzyszy zabaw; przypomnijmy sobie, żeśmy te cechy wywodzili z jednego prazródła, t. j. z ogromnego, nieświadomego poczucia winy i oczekiwania jakiejś kary, — a wtedy zrozumiemy, jaką rolę destrukcyjną odegrać może uczucie przestachu, które pada na grunt psychiczny, tak przygotowany. Przestach, wszystko jedno z jakiego powodu wywołuje, wznawia, i uczynia wszystkim lęk, immanentny, tkwiący w psychice takiego dziecka, z nią integralnie związany i niszczy jej spoistość, wywołuje jej rozszczepienie. Jest to moment psychologiczny niezmiernie wagi, o którym jeszcze raz będę mówił przy wskazówkach profilaktycznych. A druga uwaga psychologiczna dotyczy treści psychozy. Niezmiernie często, można zaryzykować twierdzenie, że w olbrzymiej większości napadów, napotykamy wybitnie zaznaczoną niechęć, wrogość w stosunku do jednego lub obojga rodziców. Widujemy to dość często i w schizofrenji u dorosłych, — u dzieci, jak powiadam, stanowi to niemal regułę. Dlaczego? Czem się to objawia? Objaw ten jest niczem innym, jak wyrazem t. zw. kompleksu Edypa, kompleksu, wyzwolonego z więzów siły tłumiącej, kompleksu dotąd utajonego, który u dzieci tego typu jest specjalnie silnie przeżywany, a nie daje się, jak u dzieci z konstytucją zdrową, zlikwidować łagodnie i stanowi właśnie podstawę główną owego poczucia winy nieświadomej, leżącej brzemieniem na psychice takiego dziecka. Zerwanie w pewnym momencie pęt, tłumiących te przeżycia kompleksowe, pęt, które utrzymywały je pod progiem świadomości, wyzwala, obnaża ten cały zasób rozgoryczenia nieświadomego i złości w stosunku do rodziców i zabarwia w całkiem swoisty sposób obraz kliniczny psychozy.

Mamy jeszcze do omówienia jedną konstytucję psychopatyczną oraz objawy psychotyczne, które na jej gruncie wyrastają. Mam na myśli konstytucję epileptoidalną. Jest to, jak powiedziałem, druga pod względem częstości konstytucja psychopatyczna, chociaż o wiele radsza, niż konstytucja schizoidalna. Przejawia się ona raczej częściej w objawach neurologicznych, jak napady drgawkowe, jako grand lub petit mal.

Dzieci, obarczone tą konstytucją, mają cechy swoiste, różniące je wiele od innych psychopatów, zarówno pod względem somatycznym, jak i psychicznym. Zbudowane bądź atletycznie, bądź dysplastycznie, ciężkie cielesnie, są równie ciężkie i pod względem psychicznym. Kojarzenia są powolne, pamięć słaba, uwaga o małej żywości, niezdolność w naukach; — wszystko to razem składa się na obraz intelektualny, który najlepiej da się scharakteryzować, jako ograniczoność (niemiec, Borniertheit). Pod względem afektywnym — łatwa wybuchowość, specjalnie w kierunku gniewu, złości; pod względem charakterologicznym — egoizm, skłonność do robienia na złość całemu otoczeniu, skłonność do znęcania się, do okrucieństw. W tej konstytucji epileptoidalnej w przeciwstawianiu do poprzednich, element psychorodny odchodzi już na plan bardzo daleki — tu korzenie tkwią głęboko

w biologji ustroju i dlatego oddziaływanie psycho-terapeutyczne ograniczyć się musi, niestety, jedynie do rozumnego wychowawstwa. Na tle takiej konstytucji rozwijają się nieznacznie, jak powiedziałem współzrzedne z objawami neurologicznymi objawy psychotyczne, polegające bądź na stanach półmrocznych przed — i po epileptycznych, które niczem wydatniejszym nie różnią się od takich samych stanów u dorosłych — bądź na stopniowo rozwijającym się otępieniu umysłem, specjalnie często występującem w przypadkach z częstym petit mal. Stany otępienia stanowią pod względem psychologicznym nasilenie cech umysłowych i afektywnych, tkwiących w samej konstytucji: ograniczoność stopniowo wzrasta, a percepcja świata zewnętrznego: jest coraz bardziej utrudniona, zakres zainteresowań maleje, zwięża się coraz bardziej, występują od czasu do czasu nieumotywowane często niczem zewnętrznym, niepohamowane wybuchy, nacechowane wyraźnym sadyzmem. Zwróć jeszcze uwagę na jeden interesujący szczegół w obrazie klinicznym otępienia padaczkowego, a mianowicie na zaburzenia w mowie.

Naogół po większej części mowa u takich chorych nosi charakter czegoś rozwlekłego, dość powolnego, odpowiadającego zwolnionemu biegowi kojarzeń, czegoś, co z trudem posuwa się naprzód, kręci się w kółko, czepia się drobnych i mało znaczących szczegółów i odczepić się od nich nie potrafi, co znów odpowiada ogólnej ograniczoności, niemożności objęcia czegoś syntetycznie, a więc powolność, rozwlekłość, persewerowanie, brak syn-tezy — to zwykłe objawy mowy padaczkowej. W stanach cięższego otępienia niejednokrotnie spotyka się wzmiankę w opisach klinicznych: „mówi mało”. Jest to objaw, na który pierwszy bodaj zwrócił uwagę Bernstein Aleksander (Moskwa) i nazwał go oligofazją; niekiedy to zubożenie skarbcza mowy osiąga stopnie bardzo wysokie, aż do zupełnej niemal niemoty...

Panie i Panowie, jak powiedziałem na wstępie mego wykładu, nie sposób jest w krótkim odczycie omówić te wszystkie sprawy szerzej, należy raczej przed zakończeniem choć odrobinę czasu poświęcić tu tym metodom naszego postępowania, które mogłyby choć w pewnej mierze pomniejszyć tak bezmiernie tragiczne zjawisko, jak stany psychopatyczne i stany psychotyczne u dzieci.

A więc nasamprzód jaknajszersze uświadczenie i nieustanny apel do rodziców w sprawach wychowawczych od najwcześniejszego dzieciństwa, albowiem wychodzimy z tego założenia, że minęły, na szczęście bezpowrotnie, te czasy, kiedy staliśmy wobec wielu zjawisk psychopatologicznych całkiem bezradni, składając wszystką winę na karbowej „siły fatalnej”, która zwie się zwyrodnieniem. Nie pomniejszając wielkiego znaczenia tego czynnika dziedziczności, owszem, biorąc go zawsze pod pilną uwagę, nauczyliśmy się dzięki badaniom psychoanalitycznym nie zakładać bezczynnie rąk, kiedy mamy do czynienia z jakąś psychopatią dziecięcą, z psychonerwicą albo nawet już z psychozą, nauczyliśmy się, owszem, szukać przyczyn takich zjawisk psychopatologicznych w indywidualnym rozwoju dziecka, biorąc pod uwagę wszystkie czynniki które się na ten

rozwój indywidualny składają. I dlatego mówię w pierwszej linii o apelu do rodziców i wychowawców, których uświadamianie w tym względzie należy do psychopatologów.

Zacznę od wskazań negatywnych; Czego nie należy robić? Nigdy, oczywiście, nie jesteśmy w stanie wiedzieć, z jaką konstytucją dziecko przychodzi na świat, i dlatego od najwcześniejszego dzieciństwa, od urodzenia niemal, należy w obchodzeniu się z dzieckiem, a później w jego wychowaniu unikać wszystkiego tego, co by jakąś konstytucję psychopatyczną mogło ugruntować lub pogłębić. A więc dziecku nie należy okazywać przesadnej czułości, nieustannie pieszcząc je i całując, biorąc wciąż do siebie do łóżka, jak to czyni bardzo wiele matek; z drugiej strony nie należy później zbyt ostro strofować, nie mówiąc już o tem, że wszelkie kary surowe, a zwłaszcza cielesne, powinny być wyłączone. Ileż to razy w psychoanalizach u ludzi starszych wydobywamy owe wspomnienia dziecięce, które miały niesłychanie zgubny wpływ na psychikę dziecka. A przede wszystkim nie należy dziecka niczem straszyc. Mówiliśmy już o przestachu, jako o czynniku w pewnej mierze etjologicznym, a w każdym razie patoplastycznym dla psychoz u dzieci. Otóż takie uczucie przestachu działa dlatego tak silnie, że jest nieświadomie kojarzone z owem przerażeniem, przeżytem kiedyś w dzieciństwie, kiedy nierozumna wychowawczyni (bądź niania, bądź matka) przeraża dziecko jakąś oczekującą je karą, najczęściej za jakieś wykroczenie o charakterze seksualnym. Nazwijmy rzeczy po imieniu. Onanizm u dzieci w wieku lat od 3-ich do 6-u — 7-u jest zjawiskiem niemal powszechnem, a matki nieświadomie co do istoty rzeczy, co do nieszkodliwości tego objawu, załamują ręce z rozpaczą i „leczą” (*sit venia verbo*) na własną rękę. „Jeżeli będziesz ruszał — mówią do chłopca — to ci to odpadnie, albo to ci to obetną”. Na dziecko w tym wieku, przeżywające i tak nieświadomie ciężkie chwile w fantazjach kastracyjnych, takie powiedzenie ileż oliwy do ognia dolewa! Należy naprawdę unikać tego, jak ognia, na którym sparzyć i spaczyć się może rozwój dziecka. A kiedy dziecko w wieku lat 5-u — 6-u, mimo wszystkie stosowane przedtem ostrożności, okaże się dotknięte jakąś konstytucją psychopatyczną, zwłaszcza jedną z tych, które zawierają w sobie przewagę pierwiastków psychopochodnych, lub kiedy wykazuje objawy psychonerwicy, należy zastosować psychoterapię, a z wszystkich metod psychoterapeutycznych najlepsza, najtrwalsza jest psychoanaliza. Oczywiście, że trzeba tego dokonywać niezwykle umiejętnie, z precyzją, ze zręcznością cyzela. Proszę wcztać się, kto się tem interesuje, w prace Eichorna, Anny Freud, Melanji Klein, Bychowskiego, a przekonacie się Państwo, ile dobrego może dać psychoanaliza, stosowana przez ludzi, specjalnie w jej arkana poświęconych. Tu jest wdzięczne, i jakież interesujące pole do pracy dla lekarzy-kobiet, które jednak najlepiej dzięki swoistym właściwościom potrafią z małymi dziećmi się obchodzić i z wrodzoną subtelnością dotykać

się tego czułego aparatu, jakim jest psychika dziecka wogóle, a psychopatycznego w szczególności. Przez wczesne a umiejętne stosowanie tej metody u dziecka psychopatycznego leczymy nie tylko dziecko indywidualnie, przysparzamy ludzkości zdrowego, najczęściej utalentowanego i zdolnego osobnika. Oczywiście, tak samo, jak to się dzieje u dorosłych, również i nie wszystkie dzieci będą się nadawały dla tych lub innych względów do tej metody leczenia. Wtedy wchodzi w grę poradnie, przychodnie dla dzieci tego rodzaju, lub zakłady leczniczo-wychowawcze, których siecią całą pokryty być winien kraj. My niestety, jak w wielu innych dziedzinach, jesteśmy w tym względzie na szarym końcu. Kol. Zofja Rosenblumówna, która położyła u nas w tej dziedzinie duże zasługi, więcej odemnie mogłaby na ten temat powiedzieć, ile dobrego chociażby taka poradnia może uczynić, ile dzieci wyrwać z czyhającej na nie psychonerwicy lub psychozy. Odsyłam tych, którzy chcieliby się bliżej poinformować, co uczyniono w tym względzie gdzieindziej, np. w Niemczech, do pracy kol. Rosenblumówny, wygłoszonej na zjeździe przyrodników i lekarzy w Wilnie, a drukowanej w Roczniku psychiatrycznym (zeszyt XI. 1929.) Tu zwrócę uwagę, że lekarze i pedagodowie, zajmujący się dziećmi psychopatycznymi, powinni bezwzględnie zdobyć wiedzę psychoanalityczną, albowiem, jeżeli się nawet nie stosuje psychoanalizy *lege artis*, to jednak ich wpływ psychoterapeutyczny będzie niewątpliwie bardziej powierchowny, mniej głęboki, jeżeli nie będzie chociaż owiany atmosferą psychoanalizy.

A kiedy, mimo wszystkie zabiegi, psychoterapeutyczne, dziecko zachorowuje psychicznie, i nie sposób utrzymać go w domu, wizyty w przychodni nie zdają się już na nic, zaś zakład leczniczo-wychowawczy nie może dziecka trzymać, to pozostaje zakład zamknięty. Ale i tu nie należy opuszczać rąk i uważać całej sprawy za załatwioną. Przedewszystkiem podkreślić muszę w tem miejscu konieczność nieodzowną oddziałów psychiatrycznych specjalnych dla dzieci. Dzieci muszą być między sobą, a nie wśród dorosłych chorych, gdzie się demoralizują psychicznie i narażone są poprostu na szwank fizyczny. Na czele takiego oddziału znów stać powinien lekarz-psychjatra-kobieta. Poza umiejętnością specjalną niesłychanie ważne jest tu wyczucie, kiedy dziecko poprawiło się na tyle, że może być zwrócone bądź zakładowi leczniczo-wychowawczemu, bądź rodzicom z wskazówkami odpowiedniami. Poradnie, zakłady leczniczo-wychowawcze oraz zamknięte oddziały psychiatryczne powinny być w stałym ze sobą kontakcie, ażeby w ten sposób skracać do *minimum* pobyt dziecka w zakładzie zamkniętym i znów oddawać je z kolei w umiejętnie i kochające ręce specjalisty-psychoterapeuty.

Stwarzanie sieci takich poradni i zakładów leczniczo-wychowawczych, umiejętne urządzenie i prowadzenie oddziałów zamkniętych zdoła niewątpliwie wyrwać psychozie na czas dłuższy lub na zawsze wiele dusz dziecięcych, w które zapuściła już swoje szpony bezlitosne.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Instytutu dla Curieterapii w Krakowie.
(Dyrektor: Dr. Wachtel)

Z badań nad zmianami chemicznymi w tkance rakowej po naświetleniu radem i ich znaczeniu w leczeniu raka.

Podali

Juljusz FLASZEN i Henryk WACHTEL (Kraków).

Dotychczasowe badania nad mechanizmem działania radu na tkankę rakową opierały się na gruntownych badaniach histologicznych naświetlanych tkanek. Badania te wykazują, że bezpośrednio po naświetleniu tkanki rakowej radem nie stwierdza się przez szereg dni w tkance żadnych wyraźnych zmian mikroskopowych. Jest to t. zw. okres utajonego działania radu. Jedyne zjawisko dające się w tym okresie stwierdzić, stanowi podany przez szereg autorów fakt znikania z tkanki obrazów karjokinez komórkowych. Dopiero po kilku lub kilkunastu dniach po naświetleniu spostrzega się w tkance nowotworowej degenerację komórek. Występują obrazy uszkodzenia i śmierci komórki takie, jak je, zresztą, wszędzie w patologii napotykamy, ilekroć tkanka z jakiegoś powodu ulegnie uszkodzeniu. Jądro komórki wykazuje piknozę, karjoreksis i karjolysis. Protoplasma podlega zmianom (cytorheksis) i cytolizie. Cała tkanka rozpada się wreszcie na bezkształtny detryt. Podścielisko (*stroma*) raka ulega przy tem również zniszczeniu, albo też zamienia się w obfitą tkankę typu tkanki ziarninowej ze znaczną liczbą włókien elastycznych. Wreszcie, zależnie od wyniku leczenia, miejsce dawnej tkanki rakowej zajmuje blizna albo też resztki komórek rakowych, pozostałe przy życiu, zostają omurowane przez reakcyjnie nowo wytworzoną zbitą podścieliskową tkankę. W przypadkach niepomyślnego wyniku leczniczego tkanka rakowa buja ponownie (recydywa).

Opierając się na powyższych, tu bardzo sumarycznie streszczonych wynikach badań morfologicznych, rozbudowano teorię mechanizmu działania radu na tkankę rakową. Według teorii tej, której rozbudowa jest głównie zasługą radiologii francuskiej, główną rolę w pomyślnym wyniku leczenia odgrywa śmiertelne uszkodzenie, względnie zabicie komórki rakowej przez promieniowanie radu, zastosowane w dawce odpowiedniej do wieku, szybkości propagacji, stopnia onto — i filogenetycznego starszeństwa i różnicowania komórek naświetlonego raka. Śmiertelne uszkodzenie komórki rakowej objawia się dopiero po okresie utajonego działania po naświetleniu.

Niniejszem chcemy zwrócić uwagę na inny mechanizm działania radu na tkankę rakową, który występuje obok i niezależnie od mechanizmu, powyżej opisanego.

Punktem wyjścia naszych badań były obserwacje kliniczne, które stwierdziły występowanie t. zw. wczesnej reakcji po zastosowaniu radu na guzy rakowe.

Reakcja wczesna po zadziałaniu radem na tkankę rakową występuje nieomal bezpośrednio po dokonanych zabiegu. Wielkość stosowanej daw-

ki radu, wyrażona w miligramogodzinach, nie odgrywa przy tem większej roli. Widzi się ją tak po małych, jak i po wielkich ilościach miligramogodzin, i naodwrot, dopóki nie poznaliśmy istoty mechanizmu, tu działającego, nie mogliśmy jej wywołać nawet bardzo wielkimi dawkami miligramogodzin.

Wczesna reakcja charakteryzuje się następującymi objawami: Bez okresu utajonego działania, bezpośrednio po zastosowaniu radu występuje obrzęk i czasem lekka bolesność naświetlonego guza. Granice guza zacierają się, guz rozmięka i może się częściowo rozpuścić. Reakcja wczesna znaczniejszego stopnia wywołuje rozpuśnięcie się znacznych części guza, który tem samem znacznie się zmniejsza. Przy wystąpieniu reakcji jeszcze silniejszego stopnia guz naświetlony może w całości zniknąć, i to znacznie wcześniej, nim minie czasokres utajonego działania. Na owrzodzeniach rakowych zewnętrznych stwierdza się, że zgrubiałe brzegi wrzodu pod wpływem wczesnej reakcji spłaszczają się, że dno wrzodu się oczyszcza, że owrzodzenie staje się mniejsze, że od brzegów narasta młoda tkanka granulacyjna, i proces epidermizacji wrzodu posuwa się szybko naprzód.

Jednem słowem, wczesna reakcja po zadziałaniu radem charakteryzuje się klinicznie tem, że procesy reparacyjne, dla których uzyskania trzeba w innych przypadkach czekać tygodniami, aż upłynie okres utajonego działania, tu rozpoczynają się natychmiast po zadziałaniu radu i są niejednokrotnie wcześniej ukończone, nim minął okres utajonego działania radu. W przypadkach tych poznany dotąd mechanizm działania radu nie ma więc niejednokrotnie wogóle sposobności, aby rozwinąć swe działanie.

Badania histologiczne wykazały, że po nakłuciu tkanki rakowej igłami radowymi (implantacja igieł radowych, radopunkcja) przy wyciągnięciu igieł po wykonanem leczeniu stwierdzić można nekrozę tkanki rakowej, leżącej w bezpośrednim sąsiedztwie kanału nakłucia. Nekroza ta o charakterze nekrozy kaustycznej sięga tylko w ułamki milimetra wgłąb tkanki. Jest ona wynikiem kaustycznego działania promieni beta radu i obserwowano ją także przy nakłuciu radowym zdrowych tkanek. Nekrozę taką obserwowaliśmy zarówno w przypadkach, gdzie po zastosowaniu radu występowała wczesna reakcja, jak i w przypadkach, gdzie jej nie było. Nie można więc ustalić związku przyczynowego między temi zjawiskami.

Wobec braku danych histologicznych oparliśmy nasze badania na chemizmie raków, naświetlonych energią promienistą.

Ostatnie lata przyniosły szereg obserwacji klinicznych, wykazujących, że rakowi, występującemu lokalnie, jako guz, towarzyszą zasadnicze zmiany w sokach organizmu, które można stwierdzić w surowicy chorego na raka. Zmiany te, których bliższą charakterystykę podali Reding i Slo s s e, cofają się, według tych autorów, do normy po skutecznem naświetlaniu raka promieniami.

Freund i Kaminerowa wykazali już przedtem, że naświetlanie promieniami Roentgena lub radu sprowadza charakterystyczne zmiany w chemizmie naświetlanych tkanek rakowych. Należało więc stwierdzić, czy obserwowane zjawiska wczesnej reakcji nie są warunkowane przemianami chemicznymi, wywołanymi promieniami w naświetlanych tkankach.

Jako punkt wyjścia naszych badań posłużyły nam badania Freunda i Kaminerowej. Freund i Kaminerowa wykryli t. zw. przez nich reakcję cytolityczną w surowicy chorych na raka. Polega ona na tem, że komórki rakowe, dodane do surowicy człowieka normalnego, ulegają po 24 godzinem przebywaniu w stałej temperaturze 37 stopni prawie zupełnemu rozpuczeniu (cytolizie), podczas kiedy dodane do surowicy chorych na raka rozpuczeniu nie ulegają. Nie wchodząc tu w praktyczną wartość rozpoznawczą metody cytolitycznej mogliśmy, jak wszyscy którzy kontrolowali dane Freunda i Kaminerowej, stwierdzić, że zjawisko takie rzeczywiście istnieje. Badania Freunda i Kaminerowej wykazały ponadto, że czynnikiem, który w surowicy chorych na raka hamuje powstawanie cytolizy, jest ciało o charakterze nienasyconego kwasu tłuszczowego, którego prototypem okazał się kwas maleinowy. Jeżeli do surowicy normalnego człowieka dodać roztworu zizotonizowanego kwasu maleinowego, to surowica ta traci zdolność cytolizy komórek rakowych i zachowuje się pod tym względem, jak surowica chorego na raka.

Dla wnikięcia bliższego w mechanizm działania radu poddaliśmy *in vitro* roztwory kwasu maleinowego działaniu promieniowań radu.

Rozważania nasze koncentrowaliśmy na razie na kwasie maleinowym, aczkolwiek według badań Freunda i Kaminerowej kwas ten jest tylko prototypem ciała znacznie wyżej molekularnego, który autorowie ci nazwali „kwasem jelitowym“ (Darmsäure), ponieważ stwierdzili jego obecność w jelicie chorych na raka. Było to dopuszczalne, ponieważ kwas maleinowy nie jest właściwie niczem obcym dla organizmu, chociaż nie napotkano go dotąd w organizmach zdrowych w stanie wolnym. Natomiast jest on preformowany w barwniku krwi. Oksydacja heminy i najbliższych pochodnych, otrzymywanych przy jej rozkładzie, daje związki, które są pochodnymi kwasu maleinowego. Najprawdopodobniej powstają te ciała z jąder pyrolowych hematyny. Jeżeli przyjmemy, jako tymczasową hipotezę, że skutkiem wady przemiany materji organizmu następuje rozpad hemoglobiny z końcowem wytworzeniem się wyżej opisywanych pochodnych kwasu maleinowego, to znajdziemy prowizoryczne wytłumaczenie, skąd kwas maleinowy, względnie jego wyższy polimer, zjawia się w organizmie chorego na raka, tworząc w jelicie ów „kwas jelitowy“ Freunda i Kaminerowej.

Do roztworów kwasu maleinowego o koncentracji 0,1 do 1,0 % wkładaliśmy aplikatory radowe, używane u nas w leczeniu raka. Są to aplikatory platynowe o grubości ściany 0,5 do 1,0 mm. platyny. Dawka promieni, stosowana przy tym eksperymencie, była ta sama, jaką stosujemy w le-

czeniu raka (około 1200 miligramogodzin na 3 cm³ roztworu).

Działanie radu objawiło się w przemianie charakteru chemicznego naświetlanej substancji. Kwasota roztworu uległa zmniejszeniu, punkt topliwości powstałej substancji obniżył się. Szczegółowe scharakteryzowanie chemiczne powstałego ciała jest przedmiotem studjów, dotąd nie ukończonych.

Szczególnie ważny okazał się fakt, że kwas maleinowy, naświetlony w ten sposób, utracił także swoje biologiczne właściwości w stosunku do komórek rakowych. Reakcja cytolityczna, wykonana naświetlonym kwasem maleinowym, wykazała, że jego właściwości ochronne dla komórek rakowych zaginęły. Jeżeli komórki rakowe zadano surowicą normalną, zmieszaną z naświetlonym kwasem maleinowym, to surowica ta zachowywała się, jak każda surowica normalna, podczas, gdy ta sama surowica, zadana roztworem nienaświetlonego kwasu maleinowego, zachowywała się, jak surowica rakowa.

Protokół L. 44 z dnia 7. 5. 1929.

a) Komórki raka wargi. Surowica 35-letniego mężczyzny z *Tbc cutis*. Komórki rakowe z surowicą wykazują 60.4% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną nienaświetlonym roztworem kwasu maleinowego, wykazują 13.2% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem kwasu maleinowego naświetlonego radem, wykazują 85% cytolizy.

b) Te same komórki raka wargi. Surowica 23-letniej kobiety chorej na *lupus faciei*.

Komórki rakowe, zadane surowicą, wykazują 73% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem nienaświetlonego kwasu maleinowego, wykazują 27.6% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem naświetlonego radem kwasu maleinowego, wykazują 73% cytolizy.

c) Te same komórki raka wargi. Surowica 40-letniej kobiety w 4 dni po bezgorączkowym poronieniu.

Komórki rakowe, zadane surowicą, wykazują 65.7% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem nienaświetlonego kwasu maleinowego, wykazują 30.2% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem naświetlonego radem kwasu maleinowego, wykazują 60.9% cytolizy.

Doświadczenia nasze wykazały więc, że działanie kwasu maleinowego, hamujące cytolizę komórek raka przez normalną surowicę, ginie po naświetleniu radem kwasu maleinowego.

Okazało się nawet, że stopień niszczenia rakochronnej właściwości kwasu maleinowego zależy od intensywności naświetlenia radem. Kwas maleinowy, naświetlony mniejszą dawką radu, okazywał odpowiednio mniejsze zmiany działania wstrzymującego cytolizę komórek rakowych. Jako przykład przytaczamy następujące doświadczenie.

Protokół L. 9 z dnia 19. 4. 1930.

Surowica 30-letniego zdrowego mężczyzny, komórki raka piersi. Komórki rakowe z surowicą wykazują 80% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem nienaświetlonego kwasu maleinowego, wykazują 22% cytolizy. Te same komórki rakowe z surowicą, zadaną roztworem kwa-

su maleinowego, naświetlonego połową dawki radu, wykazują 41.5% cytolizy.

Okazało się więc, że przy naświetleniu radem roztworów kwasu maleinowego dokonywa się daleko idąca zmiana chemiczna tej substancji, obejmująca też biochemiczne właściwości kwasu maleinowego.

Dalszy dowód zupełnej zmiany właściwości biologicznych naświetlonego kwasu maleinowego znaleźliśmy, badając wpływ tego kwasu na przeszczepialność rakowych guzów w myszy. Okazało się, że dodanie naświetlonego radem kwasu maleinowego do zawiesiny komórek rakowych myszy wstrzymuje w znacznym stopniu rozwój raka po zaszczepieniu (80%), podczas, gdy kwas maleinowy nienaświetlony sprzyja rozwojowi przeszczepialnych guzów myszy.

O ile sposób działania radu zmodyfikowaliśmy w ten sposób, że aplikatory radowe nie wsadzono do wnętrza naczynia z roztworem kwasu maleinowego, lecz nalepiono je zzewnątrz na szklane ścianie naczynia, przyczem dawka promieni gamma, obliczona wewnątrz roztworu, pozostała jednaka, to wynik naświetlań ulegał znacznemu osłabieniu. I to mimo, że skutkiem powiększenia liczby aplikatorów radowych i odpowiedniego ich rozmieszczenia na ścianach naczynia, prześwietlenie wnętrza naczynia przez promienie radu było możliwe równomierne.

Okazało się, że po dodaniu dalszych warstw szkła na zewnątrz naczynia, przy grubości warstwy szklanej między roztworem a aplikatorami radowymi 4 mm, mimo dalszego zwiększania ilości radu dla utrzymania tej samej dawki działającej wewnątrz naczynia, wogóle zmian powyżej opisanych w roztworze nie otrzymywaliśmy.

Wytlumaczenie tego zjawiska daje nam fizyka. Przez wprowadzenie odpowiednio grubej warstwy szkła między roztwór a rad wyeliminowane zostały promienie beta, wysyłane przez aplikatory platynowe. Wprawdzie przy grubości ściany platynowej aplikatora 0.5 do 1.0 mm tylko najbardziej przenikliwe promienie beta radu mogą przez ścianę taką przeniknąć, ale sama ściana platynowa staje się przy tem źródłem wcale obfitego wtórnego promieniowania beta, które stanowi wprawdzie tylko mały procent w ogólnej dawce promieniowań, opuszczających ścianę aplikatora, niemniej posiada bardzo znaczny zasób energii fizycznej i biologicznej.

Wnioskowaliśmy więc, że przemiany chemiczne, zaobserwowane w roztworach kwasu maleinowego, powodowane są przede wszystkim promieniami beta radu.

Potwierdzenie naszej obserwacji, ogłoszonej po raz pierwszy w „Klinische Wochenschrift“, dają ostatnie badania J. C. Mottram'a (The biological action of secondary beta radiation from buried needles or tubes containing radium. The British Journal of radiology 1930, February S. 62), który drogą doświadczeń na cząstkach mięsaka szczurzego J. J. Jensena i drogą działania na płytę fotograficzną udowodnił, że promienie wtórne beta platyny, naświetlonej promieniami gamma radu, dają wyraźne efekty biologiczne i chemiczne.

Aby wyłączyć ewentualne współdziałanie platyny, jako metalu, w zaobserwowanych zmianach kwasu maleinowego, przeprowadziliśmy analogiczne doświadczenia z radem, zamkniętym w rurce szklanej 1 mm grubej. Przy tej samej dawce miligramogodzin otrzymaliśmy przy włożeniu rurki takiej do wnętrza roztworu analogiczne zmiany kwasu maleinowego.

Takie same roztwory kwasu maleinowego poddaliśmy naświetlaniu promieniami Roentgena. Dawki, które stosowaliśmy, przekraczały wielokrotnie dawki, stosowane w terapii raka. Mimo to nie udało się nam stwierdzić sposobami chemicznymi, jakiejś zmiany w naświetlonym roztworze. Natomiast metoda eksperymentu cytologicznego wykazała zmianę właściwości biologicznych. Podobnie jak pod działaniem promieni beta radu, znika też pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena własność kwasu maleinowego ochronny komórek rakowych przed działaniem cytologicznym surowicy normalnej. Działanie promieni Roentgena jest jednak znacznie słabsze od działania radu. Zmianę taką uzyskaliśmy, naświetlając promieniami Roentgena roztwór kwasu maleinowego w cienkiej warstwie, bez zastosowania filtrów, przy napięciu efektywnym 160 000 Volt i 2 MA prądu w lampie. Zastosowana dawka wielokrotnie przewyższyła dawkę tolerancyjną skóry ludzkiej.

Protokół L. 105. z 28.I. 1930

Komórki raka szyi macicy. Surowica 17-letniej dziewczyny z *atresia vaginae congenita*.

Komórki rakowe z surowicą wykazują 58% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną nienaświetlonym roztworem kwasu maleinowego, wykazują 0% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem kwasu maleinowego, naświetlonego promieniami Roentgena, wykazują 34% cytolizy.

Takie same roztwory kwasu maleinowego poddaliśmy naświetlaniu promieniami pozafiołkowymi lampy kwarcowej Bacha.

Naświetlanie roztworu kwasu maleinowego promieniami pozafiołkowymi lampy kwarcowej wykazało przy dawce jeszcze znośnej dla skóry, przyzwyczajonej do naświetlań ultrafioletowych, wyraźne zmiany biologiczne. Natomiast przy dawce tej chemicznych zmian stwierdzić nie mogliśmy. Kwas maleinowy, naświetlony w ten sposób promieniami pozafiołkowymi, tracił jednak znaczną część swej właściwości rakochronnej.

Protokół L. 95 z dnia 22. I. 1930.

a) Komórki raka szyi macicy. Surowica 22-letniej kobiety z cierpieniem przydatków macicznych.

Komórki rakowe z surowicą wykazują 57.3% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną nienaświetlonym roztworem kwasu maleinowego, wykazują 12.4% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem kwasu maleinowego, naświetlonego promieniami pozafiołkowymi, wykazują 31.7% cytolizy.

b) Te same komórki raka szyi macicy. Surowica 32-letniej kobiety w cztery dni *post abrasionem uteri*.

Komórki rakowe z surowicą wykazują 46.1% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną nienaświetlonym roztworem kwasu maleinowego, wy-

kazują 6% cytolizy. Te same komórki z surowicą, zadaną roztworem kwasu maleinowego, naświetlonego promieniami pozafioletkowymi, wykazują 42% cytolizy.

Uzyskaliśmy więc wyraźne działanie promieni na roztwór kwasu maleinowego. Najwybitniej okazało się ono przez promienie beta radu, mniej silnie wystąpiło przy działaniu promieniami pozafioletkowymi, a w nieznanym stopniu dało się stwierdzić po działaniu promieni Roentgena. Zupełnie nie udało się go stwierdzić po działaniu promieni gamma radu. Działanie to w przypadku promieni beta było tak gwałtowne, że objawiło się już grubymi zmianami chemicznymi, podczas gdy promienie ultrafioletowe i promienie Roentgena dały zmiany stwierdzalne tylko sposobami biologicznymi.

Istnieje w nauce tendencja tłumaczenia zmian chemicznych i biologicznych, obserwowanych po zadziałaniu promieni, działaniem promieni beta, pierwotnych i wtórnych, powstających w naświetlonym ciele pod wpływem naświetlania. Nasze obserwacje, w szczególności skala nasilenia działania poszczególnych gatunków promieni, równoległa do ich zdolności odszczepiania w tkankach promieni beta, stanowi dalsze potwierdzenie tej hipotezy.

Dla uzupełnienia przypominamy, że działanie promieni widma widzialnego na kwas maleinowy znane jest w chemii oddawna.

Opierając się na ostatnich badaniach nad fotoaktywnością niektórych związków organicznych (Takahashi, Cluzet i Kofman, Arch. electr. med. 1929. 550. — tamże literatura) i chcąc wyczulić skalę stwierdzalnych zmian w istocie kwasu maleinowego, naświetlanego promieniowaniami, poddaliśmy kwas maleinowy studjom fotochemicznym, o których na innym miejscu obszerniej zdamy sprawę. Tu dodamy, co następuje.

Kwas maleinowy krystaliczny sam nie okazuje fotoaktywności. Jego izomer, kwas fumarowy, natomiast jest wybitnie fotoaktywny. Naświetlenie krystalicznego kwasu maleinowego promieniami beta radu, promieniami pozafioletkowymi lub promieniami Roentgena czyni kwas maleinowy fotoaktywnym, a stopień uzyskiwanej w ten sposób fotoaktywności jest naogół proporcjonalny do stopnia obserwowanych przez nas zmian właściwości biologicznych roztworów tego kwasu.

Ponieważ naświetlenie kwasu maleinowego promieniami beta radu spowodowało prawie zupełne zniszczenie właściwości tegoż kwasu chronienia komórek rakowych przed cytolizą ciałami, zawartymi w surowicy normalnej, nasunęło się przypuszczenie, że wczesna reakcja, obserwowana na guzach rakowych, naświetlanych radem, pochodzi od analogicznych zmian, wywoływanych przez promienie beta radu w substancji, chroniącej komórki rakową w tkance chorego organizmu przed rozpuszczeniem ciałami obronnymi organizmu. Wskazywały na to też doświadczenia Freunda i Kammerowej, które autorowie ci przeprowadzili na t. zw. przez nich „kwasie jelitowym”. Kwas ten uważany przez nich za właściwą substancję ochronną dla komórek rakowych, posiada charakter nienasyconego kwasu tłuszczowego o typie kwasu maleinowego, i wykazywał w doświadczeniu cytologicznym własność chronienia komórek rakowych

przed działaniem zdrowej surowicy, jak kwas maleinowy. To działanie ochronne ulegało zniszczeniu przy naświetleniu „kwasu jelitowego” radem, podczas kiedy promienie Roentgena na efektu takiego na „kwasie jelitowym” nie wywoływały.

Przeprowadziliśmy przeto próby kliniczne stosowania aplikatorów radowych na owrzodzenie rakowe w ten sposób, aby promienie beta tych aplikatorów mogły swobodnie działać na tkankę rakową. Takie stosowanie radu nie jest dziś uważane za metodę celową. W pierwszych okresach curieterapii, kiedy leczono tylko działaniem kaustycznym promieni beta radu, wyniki były niepomyślne i nakazywały daleko idącą ostrożność w stosowaniu promieni beta. Dziś curieterapia stara się działanie promieni beta zupełnie wyeliminować i leczyć jedynie promieniami gamma. Uważaliśmy jednak nasze próby za usprawiedliwione eksperymentalnie. Wynik naszych prób wykazał, że „twarde” promienie beta, wysyłane przez aplikatory radowe, filtrowane platyną o grubości ściany 0,5mm, o ile są tak stosowane, że działanie ich pozostaje ograniczone do tkanki rakowej, bez możliwości znaczniejszego atakowania otaczającej zdrowej tkanki organizmu, nie dają efektu kaustycznego, natomiast prowadzą regularnie występowanie wczesnej reakcji na guzie, która zmniejsza naświetlony guz bezpośrednio po zadziałaniu radu i przyspiesza znacznie proces lokalnego wyleczenia.

Okazało się więc, że oprócz dotychczasowego znanego mechanizmu działania radu na tkankę rakową, który przypisać musimy przede wszystkim działaniu promieni gamma, istnieje jeszcze drugi mechanizm, polegający na zmianach chemicznych, wywołanych w tkance rakowej głównie przez promienie beta. Ze mechanizm ten dotąd uszedł uwagi obserwatorów, tłumaczy się tem, iż maskowało go działanie kaustyczne promieni beta. Dopiero, jeżeli przez zastosowanie bardzo twardych i znacznie przez odpowiednie aplikatory w dawce zredukowanych promieni beta uchyla się ich działanie kaustyczne, występuje wyraźnie mechanizm chemiczny, przejawiający się klinicznie jako „wczesna reakcja” na naświetlanym guzie.

Będzie rzeczą dalszych doświadczeń zbadać, jak można ten mechanizm użyć w terapii raka. Obok promieni gamma trzeba będzie stosować także twarde promienie beta. Odpowiednie próby lecznicze prowadzimy, stosując rad w aplikatorach platynowych nagich, o grubości ściany przynajmniej 0,5mm, jednak bez warstw wtórnych filtrów, któreby chłonięły promienie beta. Oczywiście, staramy się przytem, aby tkanki zdrowe, szczególnie tkanki wrażliwsze na działanie promieni, jak okolica, okrzęstna, otrzewna itd., nie leżały bezpośrednio w okręgu działania promieni beta.

Nowoczesna curieterapia stosuje zresztą już nieświadomie efekt promieni twardych beta, wysyłanych przez aplikatory platynowe. Wiadomo, jak znakomitem polepszeniem techniki stosowania radu okazała się wprowadzona przez Regaud punkcja radowa nowotworów za pomocą igieł, zawierających rad, o ile igły te prowadzą znaczne filtrowanie zawartego w nich radu. Są to prze-

dewszystkiem igły platynowe o grubości około 0,5mm. ściany. Przy działaniu takich igieł na tkankę rakową promieniowanie beta ma możność swobodnego działania na substancje, ochraniające komórki rakowe, podobnie jak w naszych doświadczeniach *in vitro*. To też prawie zawsze obserwuje się po punkcji radowej igłami platynowymi wczesną reakcję, a pierwsze obserwacje wczesnej reakcji były właśnie wyleczeniami lokalnymi raka bezpośrednio po dokonanej punkcji radowej.

Mechanizm działania chemicznego radu, objaśniający się klinicznie występowaniem wczesnej reakcji, nazwaliśmy mechanizmem histiolitycznym radu, zaznaczając w ten sposób analogię klinicznego efektu naświetlań z reakcją cytolityczną Freund'a i Kaminerowej na komórkach rakowych, poddanych działaniu surowicy normalnej. Mechanizm efektu histiolitycznego przy działaniu radu na tkankę rakową niema więc żadnej analogii ze zjawiskami uszkodzenia i zabicia komórek przez promienie, jakie pokazuje nam histologia tkanek rakowych, naświetlonych radem po upływie okresu utajonego działania promieni. Efekt histiolityczny rozpuszcza komórki rakowe

„na żywo” przy pomocy istniejących lub nowo wytworzonych ciał wrogich tkance rakowej.

Zależnie od zdolności odpornościowej organizmu wywołuje efekt histiolityczny różne skutki kliniczne. Może spowodować zupełne zniknięcie guza, zanim dojdzie do znaczenia działania promieni gamma radu po okresie utajonego działania. Może nie dać żadnego wyniku klinicznego, jeżeli zdolność odpornościowa organizmu jest bardzo niska. Naogół obserwujemy wyniki pośrednie: guz zmniejsza się znacznie pod wpływem efektu histiolitycznego, i dopiero działanie promieni gamma usuwa go ewentualnie do reszty.

PIŚMIENNICTWO:

H. Wachtel. „Die Radiumpunktion mittels stark gefilterter Radiumnadeln”. Zeitschr. f. physikal. Therapie t. 29, 1924, p. 45. R. Reding i A. Slosse. „Des caractères généraux de l'état cancéreux et précancéreux”. Bull. Assoc. Franc. l'étude du cancer t. 18.2.1929. p. 122. Freund und Kaminer. „Biochemische Grundlagen der Disposition für Carcinom”, Wiedeń 1925. J. Flaszen i H. Wachtel. „Ueber den histiolitischen Effekt bei Radiumbestrahlung von Krebsgewebe”. Klin. Wochschr. 1929, p. 2422.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA,

Streszczenia zbiorowe i poglądy.

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

„Serce sportowe” (w ujęciu E. Kircha).

Podał

W. CZARNOCKI, prosektor Zakładu (Warszawa)

(Dokończenie — patrz Nr. 46).

Z tylko co powiedzianego wynika, że w pewnych gałęziach sportu wzrasta ciśnienie krwi. Nie jest to obojętne dla serca, gdyż po przekroczeniu pewnej wysokości ciśnienia krwi serce rozszerza się czynnie, na co już zwracałem uwagę, omawiając odczyn serca na jednokrotne wysiłki fizyczne. W przypadkach długotrwałych zapasów sportowych lub w czasie długiego treningu powstałe rozszerzenie serca może się utrzymywać nieprzerwanie i jest ono równoległe do stopnia i czasu trwania wysiłków sportowych. Coraz to krótsze przerwy w treningu lub między okresami walk sportowych są przyczyną coraz częstszych czynnych rozszerzeń serca; coraz to dłuższe wysiłki fizyczne przedłużają czas trwania tego stanu. Oba czynniki (częste i długotrwałe wysiłki sportowe, nie utrwalają rozszerzenia czynnego, lecz działają identycznie, jak przewlekłe rozszerzenie czynne serca, t. j. następnie powstaje przerost odpowiedniego odcinka m. sercowego. W myśl przytoczonego rozumowania E. Kircha t. zw. serce sportowe uważa za istotny przerost komory lewej, który powstaje z biegiem czasu po często powtarzających się i nieraz długotrwałych rozszerzeniach czynnych komory lewej serca.

Stanąwszy na tylko co wyłuszczonej stanowisku, nie odrzuca Kirch wpływu innych czynników w powstawaniu serca sportowego; jedne z nich pobudzają, inne hamują powstający przerost serca. W każdym razie do wytłumaczenia powstania „serca sportowego” wystarczy samo rozszerzenie czynne serca i jego następstwa.

Z jaką postacią przerostu mamy do czynienia w sercu sportowym? Jest to przerost „zwykły”, „dośrodkowy”, a nie „odśrodkowy”, brak tu bowiem zupełny lub istnieje co najwyżej nieznaczne powiększenie wymiaru poprzecznego serca. Serce w rozszerzeniu czynnym wydłuża się, jak to wykazały badania E. Kircha; przyczyną przerostu w sercu sportowym jest właśnie czynne jego rozszerzenie; przerosłe w ten sposób serce, jak wspomniano na początku tego artykułu, zachowuje kształt serca, będącego w rozszerzeniu czynnym. Wydłużanie się serca w rozszerzeniu czynnym nie zwracało dotychczas uwagi badających. Musimy jednak pamiętać, że wszelkie, a więc i skrycie przebiegające zmiany w mięśniu sercowym, mogą spowodować rozszerzenie serca w ścisłym tego słowa znaczeniu. Rozszerzenie może coraz bardziej górować nad wydłużeniem serca i stan ten odpowiada rozszerzeniu czynno-biernemu (*tono-myogenes*).

Poglądy Kircha mogą być niezbieżne udowodnione tylko drogą badań sekcyjnych serc rzeczywistych sportowców. Badań takich dotychczas nie mamy. Do pewnego stopnia może być brany tutaj pod uwagę przypadek Hasebröcka, który dotyczył 31-letniego akrobata cyklowego. Badanie pośmiertne (Aschoff) wykazało znaczny i niczem nie dający się wytłumaczyć przerost komory lewej. Można by w tym przypadku uzależnić stwierdzony

sekcynie stan komory lewej od kilkuletniego treningu, który uprawiał zmarły.

Za istnieniem przerostu, jako wykładnika anatomicznego serca sportowego, przemawiają badania doświadczalne Külbasa na psach U zwierząt tych stwierdzono w następstwie długotrwałych wysiłków fizycznych przerost serca. Również i u psów flandryjskich, pełniących rolę zwierząt pociągowych; stwierdzał Külbis przerost serca jako następstwo długotrwałej pracy fizycznej, przez nie wykonywanej.

Serce szczurów, które w ciągu 62 dni zmuszono codziennie do 8 kilometrowego biegu, również odpowiadało przerostem (Secher). Po zaprzestaniu treningu, przerost serca (określany przez stosunek wagi serca do wagi ciała) wyraźnie, lecz bardzo stopniowo się zmniejszał. Stąd wniosek, że u szczurów serce przystosowuje się nie tylko do zwiększonych, lecz i do zmniejszonych wymogów.

Podobne spostrzeżenia poczyniono również na sportowcach, u których powiększone serce zaczęło się zmniejszać po 4 — 6 tygodniach od chwili zaprzestania treningu (Deutsch i Kauf).

Za przerostem, a przeciw biernemu rozszerzeniu serca przemawia również dobry, zarówno subiektywny, jak i obiektywny, stan tego rodzaju sportowców — są to ludzie bez żadnych dolegliwości sercowych i najbardziej wydolni fizycznie.

Nie wszystkie jednak rodzaje sportów przyczyniają się w stopniu jednakowym do powstania serca sportowego. Stan ten najczęściej widywano u kolarzy, następnie zaś idą narciarze, pływacy, długo- i średniodystansowcy, a zwłaszcza maratończycy.

Szereg badaczy inaczej zapatruje się na powiększenie serca u istotnych sportowców. Zdaniem ich, nie jest ono następstwem przerostu, lecz rozszerzenia biernego. Na poparcie swych zapatrywań badacze ci wskazują, że:

1. Powiększenie serca powstaje nagle i szybko mija (Deutsch, Kauf, K. Eimer).

2. Uderzenie koniuszkowe serca jest niewyraźne (Deutsch, Kauf).

3. Serce, badane rentgenologicznie, bardzo znacznie się zmniejszało, gdy wykonywano próbę Valsalvy (Ewing). Próba Valsalvy powinna wypaść ujemnie, skoro mięsień uległ przerostowi.

Należy jednak zaznaczyć, że w niektórych przypadkach dodatni wynik próby Valsalvy był znikomy, co stwierdzano u uprawiających znaczny trening lub u ciężko fizycznie pracujących. Przy padki takie, zdaniem Ewinga, wskazują już na przerost mięśnia sercowego.

Dotychczasowe rozważania nad sercem sportowem dotyczyły tylko odczynu komory lewej. Jakież jest jednak odczyn komory prawej? Badania Kircha wykazały, że samodzielny przerost może dotyczyć poszczególnych odcinków serca, toteż i w sercu sportowem przerost mógłby ograniczyć się tylko do komory lewej, jednak, ponieważ głównym czynnikiem etiologicznym przerostu jest wzmożone ciśnienie krwi, trudno sobie wyobrazić, że ogranicza się ono wyłącznie do koła tętniczego wielkiego, a nie dotyczy koła małego. Niestety, nie posiadamy metod, pozwalających obiektywnie stwierdzić stan ciśnienia w kole małym. Z punk-

tu widzenia teoretycznego należy jednak przypuścić, że zarówno w jednorazowych, jak i wielokrotnych wysiłkach fizycznych (sport) ciśnienie krwi wzrasta w obu kołach, i że wskutek tego u sportowców z czasem przerasta również i komora prawa serca.

Wielu badaczy widzi w sercu sportowem jednoczesny przerost obu komór. Dane badań ortodjagramowych wskazują, że przerost komory prawej jest niejednakowy w różnego rodzaju sportach (H. Herxheimer). Najsilniej przerasta komora prawa u pięściarzy, maratończyków i pływaków; nieco mniej u długo- i średniodystansowców, u uprawiających ciężką atletykę i u wielozawodników (Mehrkämpfer); natomiast bardzo wyraźna przewaga przerostu komory lewej nad prawą spostrzega się u narciarzy.

Deutsch i Kauf widzą w powstawaniu przerostu serca nie tylko jego odczyn na pewne rodzaje sportu, lecz, zdaniem ich, w powstawaniu tego odczynu odgrywają pierwszorzędą rolę wpływy konstytucjonalne. Badania, przeprowadzone przez nich nad spokrewnionymi ze sobą sportowcami, wykazały niezmiernie podobieństwo obrazów rentgenologicznych serca. Gdy w jednych przypadkach serce powiększało się jednakowo, w innych, mimo jednakowych warunków poprzedzających, nie spostrzegano powiększenia serca, chociaż *per analogiam* powinno się ono było rozwinąć.

Postępujące powiększanie się serca u sportowców ma być, zdaniem wspomnianych autorów, wyrazem „mniejszej wartościowości konstytucjonalnej serca”.

W myśl poprzednio przytoczonych zapatrywań Kirch zwalcza pogląd Deutscha i Kaufa: powiększenie serca w pewnych grupach sportu jest wyrazem jego przerostu roboczego, jednak znaczne rozszerzenia serca u sportowców są, również i zdaniem Kircha, pochodzenia biernego.

W końcu zastanawia się Kirch, czy nadmierne wysiłki fizyczne mogą wpływać szkodliwie na serce. Na pytanie to odpowiada twierdząco, z tem jednak zastrzeżeniem, że serce już uprzednio było chore. Jest rzeczą obojętną, czy zmiany chorobowe dotyczyły zastawek serca, czy też jego mięśnia. Serce chore gorzej znosi wysiłki fizyczne, które mogą nawet przyczynić się do nagłej śmierci. Jest to zasada ogólna, z której mogą być i są wyjątki. Do nich np. należy zaliczyć zwycięzcę w jednym z biegów narciarskich w 1924 r. w Niemczech, zwycięzcę, który cierpiał na niedomykalność zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, powstałą na tle przebytego gośca stawowego. Parrisius i H. Herxheimer przez dłuższy czas obserwowali lekkoatletę z wyrównaną wadą zastawki dwudzielnej, który mimo to oddawał się sportowi bez żadnych dolegliwości. Wreszcie badacze monachijscy (v. Lampé, Weltz, Heinrich i Straubel) znali zapaśnika, który uczestniczył w najcięższych walkach, mimo że był chory na przewlekłe zapalenie kłębków nerkowych z nadciśnieniem tętniczym, dochodzącym do 240 mm Hg. Zarówno subiektywnie, jak i obiektywnie znosił on bardzo dobrze walki zapaśnicze.

Wyjątki te, rzecz prosta, nie przeczą zasadzie ogólnej; mogą jednak być ostrzeżeniem przed

zbyt szybkimi wnioskami o wydolności serca wogóle u sportowców.

Sprawa wpływu nadmiernych wysiłków fizycznych na zupełnie zdrowe serce jest trudna do rozstrzygnięcia. Zdaniem Aschoffa, w piśmiennictwie brak jest bezwzględnie pewnych dowodów śmierci spowodowanej nadmiernymi wysiłkami u osobników z niewątpliwie zdrowym sercem.

Klinicznie jednak znane są znaczne uszkodzenia serca po nadmiernych wysiłkach; spostrzegano np. rozerwanie zastawek tętnicy głównej u żołnierzy po nużących ćwiczeniach, zwłaszcza wykonywanych przy znacznym obciążeniu ćwiczonych.

Badania doświadczalne na zdrowych zwierzętach (Cese Bianchi 1912) stwierdziły w mięśniu sercowym powstawanie zmian zwyrodnieniowych (stłuszczenie, homogenizacja, fragmentacja) i miernego nacieczenia drobnookrąglomórkowego. Po miernych wysiłkach zmiany te cofały się dość szybko, po wysiłkach znaczniejszych — rozległość i nasilenie tych zmian wzrastały i były one nieodwracalne.

Czy zmiany takie występują u ludzi, nie wiemy. Piśmiennictwo nie daje w tym kierunku niezbitych dowodów. Być może, zmiany te były przyczyną nieznacznego rozszerzenia serca, które stwierdził Ackermann u 6 wśród 7 maratończyków, którzy nie osiągnęli mety. Na tem też tle prawdopodobnie powstaje rozszerzenie serca u pewnej liczby żołnierzy po zbyt długich i uciążliwych marszach. Przypadki takie należą jednak, najprawdopodobniej, do rzadkości. Jako правило, należy uznać, że serce jest narządem wybitnie czynno-

ciowo wydolnym i nie ulega uszkodzeniu po bardzo nawet długim treningu.

Tak w ogólnych zarysach przedstawiają się poglądy Kircha na „serce sportowe”. Poglądy te oraz przytoczony w jego pracach materiał dowodowy pozwalają mi na wysnucie następujących wniosków:

1. Powiększenie serca u sportowców może być dwojakiego pochodzenia:

a) wskutek rozszerzenia czynnego, z czym idzie w parze przerost serca;

b) wskutek rozszerzenia biernego, wówczas, gdy dana osoba jeszcze przed rozpoczęciem treningu cierpiała na jawne lub ukryte cierpienia czy to mięśnia sercowego, czy też jego zastawek.

2. Serce sportowe może powstać jako następstwo przerostu:

a) komory lewej, b) komory prawej, c) obu komór (przerost równo- lub nierównomierny).

3. Stopień przerostu zależy od rodzaju uprawianego sportu; od rodzaju sportu zależy również, która z komór przerasta i w jakim stopniu, czy też przerastają obie.

4. Do dyskwalifikacji fizycznej sportowców nie wystarczają już objawy, które dawniej były uznawane za pewne znamiona schorzenia serca.

5. Wobec tego, że uprawianie sportów jest dzisiaj zjawiskiem powszechnym, a następstwa jego, ujawniające się na sercu, są często oceniane pod kątem widzenia medycyny z czasów przedsportowych, należałoby poddać gruntownej rewizji nasze zapatrywania co do tego, jaki stan serca u sportowców pozwala na ich dyskwalifikację fizyczną.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

∞ La construction des Hôpitaux modernes et leurs installations. Wydawnictwo firmy M. Schaera w Bernie (Szwajcaria) r. 1930. str. 576 — z przedmową Prof. Quervain, dyrektora kliniki chir. w Bernie.

Książka, bogato ilustrowana, wydana przez znaną firmę szwajcarską, traktuje o budowie szpitala współczesnego z szerokim uwzględnieniem urządzeń chirurgicznych, sterylizacyjnych i innych pomocniczych. Treść książki, opracowanej wszechstronnie i z niezwykłą znajomością przedmiotu, zainteresować musi niewątpliwie zarówno lekarza szpitalnego, jak i technika budowlanego. Sprawy administracji szpitala książka nie porusza zupełnie, natomiast zawiera m. in. interesujący zarys historyczny rozwoju szpitalnictwa w ciągu ostatnich 20 stuleci.

Że podręcznik posiłkuje się przeważnie materiałem technicznym, pochodzącym z wytwórni M. Schaerer, jest rzeczą zrozumiałą, jeżeli wziąć pod uwagę długoletnie doświadczenie i gatunek wyrobów tej firmy.

Wertheim.

Fizjologia normalna i patologiczna.

Z. LAUDA i E. FLAUM. W sprawie wewnątrzwydzielniczej czynności śledziony. (Wien. klin. Wschr. Nr. 36/1930).

Autorzy wykonywali następujące doświadczenia na szczurach: łączyli ze sobą parabiotycznie (skórę i otrzewną) po-

dwa szczury o normalnej liczbie czerwonych ciałek krwi, wolnych od bartonelli. Po pewnym czasie jednemu ze zwierząt usuwano śledzionę; gdy po pewnym okresie obserwacji liczba czerwonych ciałek okazywała się u obu zwierząt normalną, zastrzykiwano obu podskórnie materiał, zawierający bartonelle. Zwierzęta pozostawały nadal zdrowe i wolne od bartonelli. Po dwóch tygodniach usuwano drugiemu szczurowi śledzionę, a po dwóch dniach oba wykazywały we krwi bartonelle, po czterech zaś liczba czerwonych ciałek obniżała się o 80%, i zwierzęta umierały.

Doświadczenia te wykazują, że śledziona chroni zwierzęta przed zakażeniem; ponieważ w doświadczeniach z parabiozą połączenie między zwierzętami odbywa się tylko w drodze najdrobniejszych naczyń włosowatych i wymiany osmotycznej, a przejście większych ilości krwi od jednego zwierzęcia do drugiego jest wyłączone, więc ten wpływ ochronny śledziony przeciw zakażeniu bartonellą może dojść do skutku tylko w drodze humoralnej. Śledziona na wzór gruczołów wewnątrzwydzielniczych oddaje do krwi ciało, które pośrednio lub bezpośrednio zapobiega występowaniu zakaźnej niedokrewności szczurów. Czy upatrywać w tem ciele ochronnem na podstawie powyższych doświadczeń prawdziwy hormon, czy należy dlatego zaliczyć śledzionę w poczet gruczołów dokrewnych, ma znaczenie podrzędne i jest tylko sprawą nomenklatury. To ciało śledzionowe różni się tem od uznanych hormonów, że nie wkracza w przebieg fizjologicznych czynności ustroju.

Henryk J. Landau.

N. HENNING i R. JÜRGENS. O wchłanianiu alkoholowych rozczyńców jodku potasu przez zdrową i zapalnie zmienioną błonę śluzową żołądka. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 167, z. 5-6).

Normalna błona śluzowa żołądka jest przepuszczalna dla jonów jodowych w rozczyńcach alkoholowych w rozmaitem stężeniu. Wchłanianie odbywa się z uderzającą szybkością. Rozmiary i szybkość wchłaniania odpowiadają mniej więcej wchłanianiu równie silnych wodnych rozczyńców jodku potasowego w jelitach cienkich.

Błona śluzowa żołądka w stanie przewlekłego nieżytu wchłania jony jodowe w rozczyńcach alkoholowych rozmaitego stężenia w o wiele większych rozmiarach, niż zdrowa.

Henryk Landau.

F. PLATTNER i H. HINTNER. Wykazanie substancji parasympatykomimetycznej w tęczęwce. (Wien. klin. Wschr. Nr. 36/1930).

Po usunięciu tęczęwek z oczu królików ważono je i poddawano działaniu mieszaniny $\frac{n}{100}$ kwasu solnego i alkoholu. Badanie nad oczyszczonymi wyciągami na izolowanym sercu żabim wykazało obecność ciała, mającego podobne działanie do substancji otrzymywanej z nerwu błędnego serca i do acetylocholino. Ilość tego ciała, wyrażona w miligramach acetylocholino na gram tęczęwki, waha się od 1 — 10×10^{-4} mgr. Działanie wyciągów zostaje zupełnie zniesione przez atropinę, co dowodzi parasympatykomimetycznych właściwości tego ciała. W tęczęwkach, poddanych działaniu światła, ilość wagomimetycznego ciała jest większa, niż w tęczęwkach trzymanyh w ciemności.

Henryk J. Landau.

Djagnostyka

∞ Prof. Dr. M. MATTHES. Podręcznik djagnostyk różniczkowej chorób wewnętrznych; ze 125 rysunkami (Zeszyt drugi. Przetłumaczył z szóstego (ostatniego) wydania Dr. Bronisław Handelsman. Warszawa 1930. Wydawnictwo naukowe „Wiedza”; stron od 275 do 545. Cena 18 złotych).

W czasie przekładu tej części djagnostyki różniczkowej zmarł autor dzieła. Max Matthes, dnia 26 marca 1930 w wieku lat 65, w Meranie po długiej chorobie. Medycyna niemiecka straciła w nim jednego ze świetniejszych swoich przedstawicieli. Zaliczał się on do internistów wszechstronnie obejmujących swój dział, co w drugiej połowie zeszłego stulecia należało do obowiązku, a co dziś zdarza się coraz rzadziej wobec rozszczepiania się dziedziny chorób wewnętrznych na coraz liczniejsze działy specjalne.

Lekarską swoją działalność rozpoczął Matthes w poliklinice lekarskiej pod kierunkiem Stintzinga skąd powołano go na dyrektora wielkiego budującego się szpitala w Kolonii, w której jeszcze wówczas uniwersytetu nie było. Tu rozwiniął on swą organizatorską działalność i szybko zasłynął jako wybitny klinicysta. Po objęciu katedry w Marburgu, znacznie mniejszem mieście, gdzie praktyką był mniej obciążony, przystąpił do opracowania swego największego i najpiękniejszego dzieła „Djagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych”. Jest to praca, oparta na bogatym doświadczeniu z okresu kolońskiego i wojny wszechświatowej, w czasie której przebywał na froncie wschodnim w charakterze konsultanta, również i w Warszawie, i wyłożona po mistrzowsku przez wybitnego wykładowcę i pisarza. Znałe jest powodzenie tej djagnostyki. Pomimo naogół zmniejszonego pokupu w Niemczech i nienabywania książek niemieckich przez zagranicę po wojnie, dzieło to w krótkim czasie doczekało się sześciu wydań i przekładu na osiem języków.

W roku 1916 Matthes przeniósł się do Uniwersytetu w Królewcu, gdzie również zaskarbił sobie uznanie słuchaczy i pacjentów. Prace oryginalne Matthesa dotyczyły patologii trawienia, zwłaszcza patogenezy wrzodu żołądka, co wzięło za temat rozprawy habilitacyjnej; następnie szereg prac, wykonanych wraz z Krehlem, nad gorączką, wywołaną przez białka (albumozy), które stanowiły punkt wyjścia nauki, znanej obecnie pod nauką alergii. W Jenie wydał podręcznik wodolecznictwa. Obecny drugi zeszyt przekładu podręcznika djagnostyki różniczkowej obejmuje rozpoznanie różniczkowe chorób narządów oddechowych, opłucny, narządów krążenia, śledziony, wątroby i dróg żółciowych; zawiera 270 stron druku i liczne, pięknie wykonane klisze rentgeniczne.

Autor nie zajmował się jak to obecnie jest w modzie, medycyną doświadczalną, nie wykonywał skomplikowanych prac laboratoryjnych, a jednak należał do wybitnych klinicystów i utalentowanych profesorów. Dzieło jego nie opisuje przeto skomplikowanych metod laboratoryjnych, które mogą być wykonywane wyłącznie na wielkich oddziałach, lecz opiera się na osobistym wieloletnim doświadczeniu, przez co książka nabrała szczególnej wartości dla lekarzy-praktyków. Każdy z nas, czytając tę książkę, przypomina sobie przedewszystkiem własne przeżycia z praktyki, które w nowym oświeceniu nabierają szczególnej wartości na przyszłość.

Niezwykle ciekawy jest rozdział o schorzeniu krążenia. Autor powiada w nim: „Nigdy nie powinniśmy przy badaniu uwzględniać wyłącznie chorego narządu, ale zawsze musimy dążyć do poznania całokształtu cielesnych i duchowych właściwości chorego, dokładnie zbadać stany poprzedzające, a zwłaszcza starannie poznać skargi i dolegliwości chorego”. To jest nicią przewodnią całego dzieła: zwrot od „organodjagnozy” do konstytucyjnego objęcia choroby; na tem polega odrębność tej książki i główna jej wartość praktyczna. Nie chodzi mu już o odróżnienie chorób mięśnia sercowego od chorób wsierdza i osierdza, ani o przeciwstawienie ich funkcjonalnym zaburzeniom bez uchwytnych zmian anatomicznych, lecz chodzi głównie o ustalenie niedomogi serca, albo, lepiej, niedomogi krążenia, uwzględniając również układ naczyniowy. Wenckebach dostarczył doń przykładów, że przy zupełnie sprawnym mięśniu sercowym mogą wystąpić objawy niedomogi krążenia na tle zaburzeń rytmu, i że stwierdzenie niedomogi nie upoważnia do rozpoznawania nie dającej się usunąć sprawy organicznej.

Z wielką satysfakcją moralną wyczytujemy te zdania; ileż to bowiem razy nie sprawdziły się nasze rokowania, oparte na dotychczasowej doktrynie, że niedomoga serca znamionuje niedające się naprawić organiczne zmiany narządu krążenia. To nowe światło na niedomogę serca za wdzięczamy wielkiej wojnie, która dostarczała nam obrazów chorobowych, powstałych z nadmiernego wysiłku lub bodźców psychicznych. Każdemu radzi się przeczytanie tego rozdziału, który, jak wogóle całą książkę, czyta się z zajęciem, jak opis lub powieść. Niemala w tem też jest zasługa tłumacza, D-ra B. Handelsmana, który, trzymając się ściśle oryginału, nadał przekładowi piękną potoczną formę polską.

W. Knappe.

F. ERBEN. O wykrywaniu albumoz w moczu. (Wien. klin. Wschr. № 35/1930.)

Wykrywanie albumoz w moczu jest ważne, gdyż albumozuria jest wprawdzie zawsze zjawiskiem patologicznym, ale nigdy nie dowodzi schorzenia nerek. Albumozy, w przeciwieństwie do albumin w kwaśnym rozczyńcu, nie ścinają się przy gotowaniu. Natomiast zarówno jedne jak i drugie dają

na zimno zmętnienie z kwasem żelazocjanowodorowym i sulfosalicylowym: różnica polega na tem, że w razie obecności albumoz w moczu strąty po ogrzaniu rozpuszczają się, podczas gdy strąty albuminowe się utrzymują.

Przy wykonywaniu próby z gotowaniem należy pamiętać, że ścięte białko (albumina) wypada tylko wtedy, gdy mocz zawiera dostateczną ilość soli kuchennej, tak, że należy ewentualnie dodać nieco jej do moczu.

Próbę z gotowaniem należy wykonywać i ze względu na możliwość obecności w moczu białka Bence-Jonesa, które daje również dodatnią próbę z kwasem sulfosalicylowym i żelazocjanowodorowym, a ma tę własność, że w temperaturze 45°—55° wypada, a przy dalszem gotowaniu znów się całkowicie rozpuszcza (podobnie jak heteroalbumoza).

Henryk J. Landau.

JENNER. Przyczynek do badań funkcjonalnych żołądka. (Münch. med. Woch. Nr. 44.—1930).

Po uprzednim określeniu kwasoty żołądka za pomocą śniadania Boas-Ewolda wprowadza się wżernik żołądkowy, podaje śniadanie alkoholowe i wstrzykuje się domięśniowo 10 cm. 10% roztworu czerwieni obojętnej. W przypadkach nieżyty okolicy odźwiernika (*gastritis hypertrophicans*) i krzywizny małej obserwuje się znaczne opóźnienie wydzielania barwnika, niezależne od kwasoty soku żołądkowego. Opóźnienie jest wybitniejsze wobec nieżyty całej śluzówki żołądka, mniej zaznaczone przy zajęciu samego tylko trzonu. Ograniczenie nieżyty śluzówki do okolicy krzywizny małej nie wpływa na czas wydzielania barwnika.

Jednoznacznie wypadły badania chromoskopowe we wszystkich przypadkach braku kwasu bez względu na współistniejące zmiany w śluzówce i ich lokalizację. Barwnik nie wydzielą się nawet po 2 godzinach.

Istnienie owrzodzenia w mniejszym stopniu upośledza wydzielanie barwnika, niż nieżyty śluzówki. Dolegliwości żołądkowe ustępują podczas leczenia prędzej i łatwiej w przypadkach mniejszego opóźnienia wydzielania barwnika.

F. Turyn.

M. PŁOŃSKIER. W sprawie robienia rozmazów krwi i różniczkowego liczenia białych ciałek. (Z. klin. Med. t. 113, z. 5—6).

Porównując wyniki, otrzymane w 12 przypadkach przeprowadzonego różniczkowego obliczania białych ciałek krwi czteropolową metodą Schillinga, metodą cienkich rozmazów Goldmanna, w grubej kropli i komorze, dochodzi autor do wniosku, że metoda cienkich rozmazów Goldmanna bynajmniej nie przewyższa dokładnością Schillinga. Przeciwnie, ostatnia ma nad nią wielką przewagę, zwłaszcza jeśli chodzi o łatwość rozmazu i małe odchylenie od przeciętnej liczby, otrzymanych za pomocą liczenia w grubej kropli i komorze, w których odpadają niedokładności, spowodowane nierównomiernym rozmieszczeniem białych ciałek.

Henryk Landau.

Choroby płuc.

H. WEBER. Ziarnica płuc. (Zieglers Beitr. zur pathol. Anat. T. 84, z. 1.).

Praca oparta jest na 7 przypadkach (5 mężczyzn i 2 kobiety), z czego 3 dotyczy odosobnionej ziarnicy płuc. W pozostałych była ziarnica uogólniona.

Anatomicznie autor odróżnia: 1. ziarnicę, szerzącą się wzdłuż oskrzeli bez znaczącego przerastania mięszu płuc (postać podobna do raka o takim samym wzroście); 2. ziarnicę rozległą, zajmującą duży obszar, bardzo często prawie cały płąt (podobieństwo do gruźlicy i raka); 3. ziarnicę guzkową

przyczem wielkość guzków bywa różna (podobieństwo do gruźlicy); 4. ziarnicę jamistą (podobieństwo do gruźlicy).

Rozpoznanie sekcyjne odosobnionej ziarnicy płuc jest trudne z powodu dużego podobieństwa makroskopowego do nowotworów (raki) i gruźlicy. Ta ostatnia może często towerszyć ziarnicy. Rozpoznanie może ułatwić zrazikowaty wygląd utkania guzów ziarnicznych (objaw względny). Natomiast rozpoznawanie ziarnicy uogólnionej jest łatwiejsze.

Mikroskopowo autor spostrzegał typowy obraz ziarnicy (w jednym przypadku komórki olbrzymie Sternberga były nadzwyczaj liczne). W przypadkach, naświetlanych promieniami rentgenowskimi, było bardzo dużo szklistozmienionej tkanki łącznej oraz ogniska wrzekomożłociakowe.

Tkanką ziarnicza przerasta ścianę oskrzeli i naczyń krwionośnych. W tych ostatnich często zamyka światło (*endarteritis obliterans lymphogranulomatosa*). Niekiedy znajdują się w świetle żył ziarnicze twory polipowate (podobieństwo do wrastania nowotworów).

W otoczeniu ognisk ziarnicznych w płucach spostrzegano złuszczone zapalenie (*pneumonia desquamativa*) lub też pęcherzyki były wypełnione tkanką ziarniczną przy zachowanych przegrodach (*pneumonia lymphogranulomatosa*).

Powstawanie jam autor uzależnia od martwicy tkanek ziarnicznych, wskutek naświetlania promieniami rentgenowskimi i zakażenia mieszanego. W jednym przypadku znaleziono przetokę przełykowo-tchawiczą, powstałą wskutek rozpadu tkanek ziarnicznych.

Klinicznie najczęściej rozpoznawano gruźlicę lub raka płuc.

K. Chodkowski.

W. MOHR. O wpływie wewnątrzpłucnego podniesienia ciśnienia na szczyty płucne i toczące się w nich sprawy chorobowe. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 167, z. 1—2).

Wyjaśnianie się szczytów płucnych podczas kaszlu następuje wskutek tego, że z powodu szczególnych warunków anatomicznych ta część płuc napotyka przy podniesieniu ciśnienia w klatce piersiowej na mniejszy opór i dzięki temu przez wtłaczanie powietrza przybiera na objętości. To samo zjawisko może się odbywać naturalnie w analogicznych warunkach także w innych odcinkach płuc, np. u ludzi, u których wskutek rozległego wycięcia żeber brak części kostnej ściany klatki piersiowej. Jeśli takim chorym kazać kasłać lub przeć, widać wyraźne wypuklenie się miękkich części stanowiących pokrywę łuki. W szczytach płucnych chodzi właśnie o stały brak pokryw; kostnej.

Fakt ten tłumaczy wiele procesów patologicznych, toczących się w szczytach płucnych. Należy do nich t. zw. przepuklina płucna u dzieci z niedomogą tarczycy: chodzi tutaj, o wypadnięcie części tkanki płucnej, położonej powyżej pierwszego żebra wskutek chorobowo zmniejszonego napięcia skóry i mięśni, do czego przyląca się silne i częste parcie tych dzieci wskutek zaparcia stolca. Przy wtłaczaniu powietrza do szczytów płucnych podczas kaszlu może dostawać się do nich materiał zakaźny, co należy brać pod uwagę przy tłumaczeniu częstości gruźlicy szczytów płucnych. Tym samym mechanizmem tłumaczy się powstawanie dobrotliwej odmy samoistnej wskutek pęknięcia pęcherzy powietrznych u ludzi z procesami bliznowatymi szczytów (najczęściej pochodzenia gruźliczego); wskutek wielokrotnego wtłaczania powietrza i niepodatności tkanki bliznowatej przychodzi do rozdzicia otaczającej tkanki płucnej, powstawania pęcherzy szczytowych i odmy samoistnej podczas parcia.

Wynika z tego praktyczny wniosek, by u chorych, którzy cierpią na bezwynikowy „kaszel podrażnieniowy”, usuwać go za pomocą odpowiedniego pouczenia i leków, aby ochraniać w ten sposób zagrożone szczyty płucne.

Henryk Landau.

G. CAUSSADE i A. TARDIEU. Klasyfikacja kliniczna i lecznicza zmian płucnych w przebiegu gośćca stawowego. (Paris Méd. № 34/1930).

Zmiany płucne w przebiegu ostrego gośćca stawowego dadzą się sklasyfikować w następujący sposób, pozwalający na ustalenie wskazań leczniczych:

1) ostry nawałowy obrzęk płuc jest skutkiem ostrej rozstrzeni komory lewej, powstającej w drodze odruchu naczynioruchowego; nie jest to więc sprawa płucna pochodzenia gośćcowego w ścisłym znaczeniu tego słowa i, jako taka, nie poddaje się leczeniu salicylem;

2) podostry napadowy obrzęk płuc, rozwijający się następującymi po sobie posunięciami, jest również pochodzenia sercowego i ma tylko tyle wspólnego z gośćcem, że powodujące go zapalenie wsierdzia, umiejscowione najczęściej na zastawce dwudzielnej, jest pochodzenia gośćcowego. Salicyl wywiera nań tylko wpływ pośredni, oddziałując na zapalenie wsierdzia;

3) korowe gośćcowe zapalenie opłucny, nawał opłucnowo-płucny typu *Pottaina*, zakaźny obrzęk gośćcowy płuc jest prawdziwym płucnym powikłaniem ostrego gośćca stawowego. Cechuje się ono silnym początkowym i końcowym bólem opłucny (*pleurodynia*), bolesnością przy ucisku klatki piersiowej, męczącym kaszlem; badanie płwociny, barwionej błękitem *Unny*, wykazuje liczne kropelki surowiczo-białkowe. Sprawa ta świetnie reaguje na salicyl;

4) czasem w przebiegu choroby *Bouillauda* występują powikłania oskrzelowo-płucne, zależne od wtórnego zakażenia, wahające się w typie klinicznym od prostego ogniska zapalnego aż do rozległych zapaleń odoskrzelowych płuc. Nie zdradzają one w niczym natury gośćcowej i nie poprawiają się pod wpływem nawet dużych dawek salicylu.

Henryk Landau.

SCHOTTMÜLLER. W sprawie leczenia zapalenia płuc płatowego surowicą. (D. m. W. № 21. 1930).

Stosowanie od kilku lat surowicy przy leczeniu zapalenia płuc płatowego nie upoważnia autora do wyciągania pomyslnych wniosków. Niejednokrotnie też używano surowicy, pochodzącej z tych samych szczepów pneumokokowych, również bez specjalnie dobrego efektu leczniczego. Pomimo tego autor zaleca dalsze próby w tym kierunku, szczególnie w dużych zakładach leczniczych, gdzie można również próbować przetaczania krwi.

St. Luxenburg.

W. GOLDSCHMIDT. Odma operacyjna z drenażem jamy opłucnowej w ropieniach płucnych. (Wien. klin. Wschr. № 35 1930).

Stosowanie odmy sztucznej w leczeniu ropni płucnych jest przez wielu autorów odrzucane ze względu na niebezpieczeństwo ropnego zapalenia opłucny. Aby zapobiec tej przykrej ewentualności, uważa autor za celowe robienie odmy operacyjnej z wycięciem kawałków żeber; ręczne oddzielanie zrostów opłucny (*pneumolysis digitalis*) umożliwia uciśnięcie płuc nawet w razie istnienia zrostów; wolną jamę opłucnową należy w celach zapobiegawczych drenażować, aby w razie ewentualnego przebiecia się ropnia zapewnić bezzwłocznie swobodny odpływ ropie. Metodą tą otrzymał autor w trzech przypadkach ropni płuc zupełne wyleczenie.

Henryk J. Landau.

Choroby narządów trawienia.

S. O. BADYLKES. O doświadczalnych cholecystopatiach i o wydzielaniu żółtkowym. (Arch. f. Verd. Kr. tom 45, Nr. 3/4 1929).

Jest już rzeczą znaną oddawna, że przewlekłe cierpie-

nia dróg żółciowych odbijają się ujemnie na czynności wydzielniczej żóładka. Przeważnie powstaje z biegiem czasu podkwaśność, niekiedy (rzadziej) nadkwaśność.

Ponieważ cierpienia dróg żółciowych niezmiernie często przypominają co do przebiegu klinicznego cierpienia żóładka (np. *ulcus duodeni*) i trudności rozpoznawcze są bardzo duże, jest bardzo ważną rzeczą — rozstrzygnięcie jak zachowuje się czynność wydzielnicza.

Wobec braku danych doświadczalnych autor zajął się tem zagadnieniem i doszedł do wniosków następujących:

Stany zapalne lub ciała obce w drogach żółciowych powodują:

1) zmniejszenie wydzielania i kwasoty soku żółdkowego;

2) nieznaczne skrócenie czasu wydzielania;

3) krzywa wydzielania oraz siła trawienna nie zostają upośledzone, a nawet niekiedy siła trawienna wzrasta.

4) Zmniejszenie czynności wydzielniczej żóładka stoi w związku z odruchowym zahamowaniem wydzielania poprzez układ współczulny.

Należy zwrócić uwagę, że przy krótkotrwałych silnych podrażnieniach dróg żółciowych wydzielanie żółdkowe wzmacnia się.

W niektórych przypadkach powstają kurcze żóładka, szczególnie odźwiernika, zatrzymujące treść w żóładku, co niekiedy z kolei wywołać może nadkwaśność.

B. Goldstein.

H. BÉNARD i J. CAROLI. Żółtaczkowe zmiany mięaszowe wątroby (*hépatite ictérique*) a kamica. (Paris Méd. Nr. 21/1930).

Autor podaje opis przypadku 31-letniej kobiety z typowymi wywiadami kamicowymi i silną żółtaczką, trwającą z górą 6 tygodni, u której przypuszczano zamknięcie światła przewodu żółciowego wspólnego przez kamień. Operacja metodą *Bergere'ta*, (zespoleń woreczka żółciowego ze skórą, usunięcie kamieni i drenowanie żółci z pozostawieniem zabiegu na przewodzie żółciowym wspólnym na drugi okres) wykazała obecność dużej ilości kamieni w woreczku żółciowym. Pomimo tak prostego i szybko wykonanego zabiegu, chora miała tegoż dnia krwotok, a nazajutrz zmarła wśród objawów toksycznej duszności i gorączki 40°. Obdukcja wykazała zupełny brak kamieni w przewodzie wątrobowym i żółciowym wspólnym, natomiast makroskopowe i mikroskopowe zmiany mięaszki wątrobowej w sensie *hepatitis* (komórki wątrobowe w stanie zaniku z jądrami pyknotycznymi lub zaledwie barwiącymi się, skupienia ziarnistości, pochodzących z zupełnego rozpadu komórek). Te zmiany wątrobowe należy więc uważać za przyczynę żółtaczki, zaś w ich podłożu mogła być albo przewlekająca się żółtaczką nieżyłowa, albo spirochetoza żółtaczkowo-krwotoczna, za czem przemawiałyby przerost komórek wątrobowych i zwiększenie się liczby jąder w obrazie mikroskopowym, ale na poparcie tej tezy brak jest badań serologicznych i mikrobiologicznych.

Silne, przewlekłe bezgorączkowe żółtaczki u chorych z kamicą żółciową winny budzić podejrzenie zastojów niekamicowych bądź wskutek wtórnego raka, bądź wskutek zmian w trzustce (*pancreatitis*), bądź wskutek zmian mięaszowych wątroby, jak w opisywanym przez autorów przypadku.

Henryk Landau.

HAMANT i P. L. DROUET. Ostre zapalenie woreczka żółciowego z długotrwałą żółtaczką. (Arch. des Mal. de l'App. Dig. Nr. 5/1930).

Autorzy podają opis przypadku ostrego zapalenia woreczka żółciowego z wysoką gorączką o charakterze remitującym, dreszczami, silną żółtaczką, ciemnym moczem, odbar-

wionemi stolcami, powiększoną i bolesną wątrobą, bolesnością w punkcie pęcherzykowym.

Chora została skierowana do kliniki celem wykonania zabiegu chirurgicznego, na co autorzy nie mogli się zdecydować wobec jej ciężkiego stanu. Wykonano natomiast zgłębniowanie dwunastnicy z wlewaniem 60 cm.³ 30% roztworu siarczanu magnezowego. Już po tym pierwszym zabiegu nastąpiła poprawa: gorączka się obniżyła, mocz stał się jaśniejszy, stolce ciemniejsze, żółtaczka słabsza, stan ogólny się poprawił. Powtórzono wobec tego jeszcze dwukrotnie wlewania dodwunastnicze siarczanu magnezowego, i chora wypisała się po dwóch tygodniach z kliniki w stanie zupełnej poprawy.

Metoda Meltzer-Lyona nie może, bez wątpienia, w każdym przypadku zastąpić zabiegu chirurgicznego, ale ze względu na jej zupełną nieszkodliwość należy jej zawsze próbować. Gdy nie przyniesie ona poprawy, przystąpić należy do wykonania zabiegu, który dzięki niej może być tylko łatwiejszy.

Henryk Landau.

F. PAUL. Bąblowiec wielokomorowy wątroby z zamknięciem światła żyły próżnej i żył wątrobowych. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 168, z. 1-2).

Autor opisuje przypadek bąblowca wielokomorowego wątroby, który doprowadził do zupełnego zamknięcia światła żyły próżnej dolnej i żył wątrobowych i do wytworzenia szczególnego krążenia ubocznego, idącego trzema drogami:

1) żyły Sappeya — żyły okołopępkowe — żyła mieczykowa środkowa — żyła sutkowa wewnętrzna,

2) żyła wieńcowa żołądka lewa — żyły przełykowe — żyły międzybrowne — żyła nieparzysta (żyła nieparzysta krótka),

3) żyły torebki wątrobowej Kollikera — żyły przeponowe — żyła sutkowa wewnętrzna.

Rozpoznanie nasuwało duże trudności w różniczkowaniu z zakrzepowem zapaleniem żył wątrobowych (*endophlebitis obliterans hepatica*) i marskością wątroby, zwłaszcza z względu na silną urobilinogenurę i dodatni wynik próby na galaktozurę.

Na zaznaczenie zasługują zmiany histogenetyczne, wywołane w miejscu osiedlenia się pasorzyty, a zwłaszcza wskutek odległego działania natury toksyczno-resorbcyjnej w regionalnych gruczołach chłonnych, polegające na wytwarzaniu się guzków składających się z komórek nabłonkowych i komórek olbrzymich Langanasa, ulegających w środku martwicy i zserowaceni, wskutek czego przypominały utkanie gruzłków.

Henryk Landau.

Choroby dzieci.

E. MAYERHOFER. *Ustilaginismus*, nieznana dotąd postać pokarmowego uszkodzenia kukurydzą w wieku dziecięcym. (Wien. klin. Wschr. Nr. 35 1930).

Na zasadzie obserwowanego u dwojga dzieci, odżywianych prawie wyłącznie kukurydzą, zespołu, przypominającego zatrucie sporyszem, dochodzi autor do wniosku, że udało mu się odkryć nieznane dotąd zatrucie grzybkami *Ustilago maidis*, pasorzytującym na kukurydzy, dla którego proponuje nazwę *Ustilaginismus maidis*. Zatrucie to cechuje się następującymi objawami:

1) w wywiadach jednostronne odżywianie kukurydzą i objawy jelitowe (biegunki, kolka); 2) bardzo silne swędzenie i mrowienie ciała, zwłaszcza obwodowych odcinków kończyn, przypominające akrodyję; 3) swędzenie słuzówek i wtórne ich zmiany; 4) silne suche łuszczenie się skóry na dłoniach i stopach, umiarkowane na ciele; 5) zaczerwienienie, obrzmienie i uczucie gorąca głównie wyprostnych powierzchni obwo-

dowych odcinków kończyn (*akropathia*); 6) brak potu na zajętych kończynach; 7) ciepłota podgorączkowa, czasem wysoka gorączka; 8) sucha zgorzel obwodowych odcinków ciała (*akro-gangraena*); 9) osłabienie mięśniowe i bóle mięśniowe, przypominające reumatyczne i rwę kulszową; 10) *spasmophilla* z utajonemi i jawnymi objawami; 11) pod względem psychicznym; bezsenność, stany podniecenia, majaczenia, czasem szal; 12) wysokie ciśnienie krwi z częstoskurczem; 13) szybkie ustępowanie wszystkich objawów, z wyjątkiem sercowych, po odstawieniu kukurydzy, zarażonej grzybkiem; 14) w razie dalszego spożywania zarażonej kukurydzy ciężkie obrazy chorobowe z licznymi martwicami, kończącą się nawet śmiercią; 15) ostre pogorszenie się stanu po silniejszym naświetlaniu słońcem; 16) po wyleczeniu pozostaje nadwrażliwość w stosunku do jednorazowego nawet spożycia zarażonej maki kukurydzianej (*ustilagoallergia*); 17) dobry wpływ dużych dawek papaweryny na skórne objawy obwodowe i nadciśnienie częstoskurczowe.

Trujące działanie *Ustilago maidis* jest słabsze, niż sporyszu; dlatego też *ustilaginismus* jest częściej spostrzegany u dzieci, niż u dorosłych. Ponieważ obraz zatrucia przypomina silnie chorobę *Tera-Swifta*, należy być z tem modniem rozpoznaniem bardzo ostrożnym w krajach, gdzie ludność odżywia się kukurydzą.

Henryk J. Landau.

PEIPER. Niemiarowość serca w wieku dziecięcym. (D. m. W. Nr. 26. 1930).

Niemiarowość oddechowa jest rzeczą b. częstą w wieku dziecięcym, prawie fizjologiczną.

Natomiast nie jest dostatecznie rozstrzygnięta kwestja, jakie znaczenie należy przypisać skurczom dodatkowym. Naogół panuje pogląd o nieszkodliwości tego zjawiska, jednak spostrzeżenia poczynione dotyczą krótkiego okresu czasu.

Pierwsze dłuższe obserwacje wszczęte zostały przez autora w 12 przypadkach skurczów dodatkowych u 10 chłopców i 2 dziewczynek. Czas spostrzegania wynosił od 1 1/4 roku do 4 1/2 lat. Dzieci nie zasięgały porady lekarskiej z powodu dolegliwości sercowych.

W 11 przypadkach nie stwierdzono w przebiegu obserwacji wad organicznych serca.

W żadnym przypadku nie była zmniejszona lub choćby obniżona zdolność serca do wszelkich wysiłków fizycznych.

Skurczom dodatkowym pochodzenia przedsionkowego przypisuje się w literaturze złe rokowanie, czego autor nie może jednak potwierdzić. Skurcze dodatkowe zjawiają się głównie u dzieci neuropatycznych.

Opierając się na danych z literatury i doświadczeniu praktycznym, autor sądzi, iż zjawisko to nie wymaga żadnego leczenia.

St. Luxenburg.

LUST I SPANIER. Zakażenie pochodzenia zębowe i cierpienia goścowe w wieku dziecięcym. (D. m. W. Nr. 25. 1930).

Wrotami infekcji u dzieci mogą być, oprócz najczęściej badanych migdałków, również w pierwszej linii ogniska ropne okołowierzchołkowe zębów, a dalej ziarniniaki korzeni i ropnica zębodołowa. Sprawy te zdarzają się zarówno w zębach stałych, jak i mlecznych.

Autorzy przytaczają szereg przypadków pomyślnie zakończonych z chwilą usunięcia ognisk infekcji w zębach mlecznych.

Należy jaknajczęściej, o ile to jest możliwe u małych pacjentów, zająć się leczeniem próchnicy w zębach mlecznych. W razie zajęcia miazgi, poleca Spanier, zatrucie nerwu,

wyczyszczenie i pozostawienie zęba otwartego. S. sądzi, iż w ten sposób zjadliwość ukrytej infekcji zmniejsza się.

Niezbędne jest zawiadomienie rodziców o tym sposobie leczenia i udzielenie odpowiednich wskazówek co do dalszego postępowania.

St. Luxemburg.

K. PAYRER. Czy zapobiegać krzywicy leczeniem świetlnym czy środkami wewnętrznymi? (Wien. klin. Wschr. Nr. 33/1930).

Autor wychodzi z założenia, że naturalne zapobieganie krzywicy polega na częstym naświetlaniu oseska słońcem; zimą, wobec tego, że szklany filtr szyb zatrzymuje promienie pozafioletkowe, zastąpić je może lampa kwarcowa. Natomiast zapobieganie krzywicy przez podawanie środków wewnętrznych (vigantol), których dawkowanie nie leży całkowicie w rękach lekarza, powinno być postawione dopiero na trzecim miejscu i uważane jedynie za środek pomocniczy, zwłaszcza że często odchyła uwagę matek od tej naturalnej metody zapobiegania, jaką przedstawiają przechadzki na świeżym powietrzu i słońcu.

Henryk J. Landau.

NISSEN. W sprawie leczenia rozstrzeni oskrzelowych w wieku dziecięcym. (Münch. med. Woch. Nr. 43—1930).

Rozstrzenie oskrzelowe u dzieci są przeważnie wrodzone. Dokładne wywiady wykazują, że objawy chorobowe datują od najwcześniejszego dzieciństwa, a ich wystąpienia nie poprzedza nigdy ostra choroba płuc. Niektóre nieżyty oskrzeli należy uważać, jako skutek rozstrzeni. Tego samego dowodzi zmniejszona rozszerzalność płuc (zwykle dolnego płata lewego).

Powyższe ujęcie ma znaczenie praktyczno-lecznicze. Rozstrzenie należy jaknajwcześniej zamykać. Metoda chirurgiczna polega na plombowaniu parafiną. Wynik zależy od podatności ściany oskrzelowej, jaką mamy u dzieci. Plombowanie jest więc najlepszym zabiegiem leczniczym.

Założenie plombi u osób dorosłych daje zmniejszenie ilości płwociny, podczas gdy u dzieci wydzielina ropna ustaje zupełnie.

Skuteczność plombi zależy od wyboru miejsca jej założenia. Oznacza się je przez bronchografię jodipinową. Dla ucisku rozstrzeni u dziecka wystarczy 300—400 ccm, mieszanek. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu powierzchownym. Powikłań niema, gdyż plombowanie nie wymaga otwarcia klatki piersiowej. Mogą one wynikać z wysięku do łożyska plombi i przebicia do jamy. Wysięki usuwa się za pomocą częstych punkcyj. O ile parafina przebija do płuca, należy plombę usunąć i dokonać częściowej torakoplastyki. Rezekcja żeber podtrzymuje pierwotny efekt plombi.

Torakoplastyka daje wyniki gorsze niż plombowanie i wywołuje skoliozytyczne skrzywienie kręgosłupa. W przypadkach, gdzie efekt założenia plombi nie jest zupełny, otwiera się jamę i usuwa płat płuca. Podatność oskrzeli dziecięcych, łatwe dostosowywanie się narządów klatki piersiowej do warunków przestrzennych daje metodzie usuwania części płuca tę przewagę, że przetoka oskrzelowa zamyka się po paru miesiącach.

Stosowanie odmy sztucznej nie daje wyników, gdyż wykonana pod małym ciśnieniem uciska tylko mięszkę płuć, ciśnienie wysokie przesuwa całe płuco, nie uciskając oskrzela.

F. Turyn.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

FRANKL. Wpływ leczenia kiły na występowanie władu i porażenia. (Münch. med. Woch. Nr. 44—1930).

U 50% mężczyzn, dotkniętych władem i porażeniem,

wywiady nie wskazują na przebytą kiłę, u kobiet tylko w 10% można było wysledzić zakażenie. Nieco częściej datę infekcji i jej obecność pamiętają chorzy inteligentni. Niektórzy przypominają sobie przebytą kurację po dłuższym i szczegółowym wypytywaniu. Inni nie są świadomi swojej choroby przez brak lub nieznaczne nasilenie wykwitów okresu drugiego. Zakażenie pozapłciowe jest częstsze, niż się przyjmuje. U kobiet dostrzeżenie zakażenia jest trudniejsze.

Większość chorych leczyła się niedostatecznie. 42,70% tabletek nie leczyło się wcale, 38,70% niedostatecznie; 16% leczyło się 1—3 lat. Tylko 10% tabletek podlegał okresowej kuracji stale. 56,40% paralityków nie leczyło się wcale, 20,20% — niedostatecznie, 18,80% — przez czas dłuższy, lecz nieregularnie. Żaden paralytyk nie leczył się stale.

W 100% leczono rtęcią; w pozostałych przypadkach rtęcią i salwarsanem. Winny niedostatecznego leczenia był w większości przypadków odczyn Wassermann'a, ustępujący po kilku kuracjach. Chorzy, opierając się na tym odczynie, przerywali leczenie.

Objawy władu lub paraliżu występują po 8—10 latach od zakażenia, lecz, wobec utrzymującego się ujemnego odczynu Wassermann'a, chorzy nie leczą się.

Salwarsan nie wpływa na rzadsze lub częstsze zjawianie się zmian metaluetycznych. Statystyki prostytutek wykazują wład w 140% przypadków nieleczonych, w 58% — leczonych rtęcią i 50% — leczonych salwarsanem. Nie spostrzega się również zależności między przebiegiem władu i paraliżu a leczeniem. W przypadkach nieleczonych obserwuje się częściej ataksję, crises, mal perforant. Forsowne i stałe leczenie conajwyżej opóźnia wystąpienie zmian metaluetycznych.

F. Turyn.

FÖRSTER. Serodjagnostyka rzeżączki i jej zastosowanie praktyczne. (Münch. med. Woch. Nr. 44—1930).

Odczyn odchylenia dopełniacza wypada często ujemnie w niepowikłanych przypadkach rzeżączki śluzówki. Różnicy w zależności od płci nie stwierdza się. Odczyn ujemny utrzymuje się przez cały czas leczenia. O ile jednak dwoinki przewędrują do tkanki podskórnej lub gruczołów limfatycznych, odczyn staje się dodatni i dowodzi tem samem powikłania, wzgl. przerzutu zakażenia.

Z obserwacji odczynu uzyskać można wskazówki terapeutyczne. Dodatni odczyn, stwierdzony u kobiet, nakazuje zastosowanie szczepionki, o ile nawet przerzuty nie dają się stwierdzić klinicznie. Zahamowanie hemolizy, trwające 8—10 tygodni po wyleczeniu klinicznym, wzbudza podejrzenie co do istnienia ukrytego ogniska.

F. Turyn.

Choroby oczu.

AWGUSCHEWITCH. Elephantiasis górnej powieki, hemihypertrophia twarzy, hydrophthalmus z jednoczesnym rozszerzeniem siódła tureckiego. (Klin. Monatsbl. für Augenh. lipiec r. 1929).

W literaturze opisano dotychczas 27 przypadków łowiczego przerostu twarzy i słoniowatości powieki. W żadnym jednak przypadku niezainteresowano się stanem siódła tureckiego. Dopiero pierwszy Vogt w roku 1927, a za nim Metzger, Minka — Mintschew, Avizonis podają przypadki z jednoczesnym rozszerzeniem siódła tureckiego obok powyżej podanych objawów. Mechanizmu powstawania tego rozszerzenia, wspólnego tym wszystkim przypadkom, dotychczas dokładnie nie wyjaśniono, ze względu na mały materiał sekcyjny i brak zdjęć rentgenowskich. Przypadek autora, jako przyczynek, tyczy się 19 letniej wieśniaczki, u której matka w 1-y roku życia zauważyła zgrubienie skóry

na nodze lewej. W trzecim roku przerost lewej połowy twarzy, szczególnie policzka i górnej powieki. Oko powiększało się w obwodzie, i w 7-ym roku życia chora zaniewidziała. Wywiady rodzinne i osobiste bez znaczenia. Chora dotychczas nie miesiączkuje. Silny przerost lewej kończyny górnej i dolnej, w porównaniu z prawą, szczególnie w okolicy stopy (przerost skóry, bez zmian rentgen. w kościach), i liczne plamy (*chloasma*) na piersi, brzuchu i plecach. Niema żadnej guzowatości. Silny przerost lewej połowy twarzy, owłosiony. Zmieniona skóra luźna, ciastowata, w okolicy skroniowej bolesna przy obmacywaniu, wykazuje liczne powrózki, drążące wгłęb skóry. Przerost błony śluzowej policzka, podniebienia twardego, dziąseł i zębów odpowiedniej strony. Oko: zgrubienie górnej lewej powieki, powodujące przykrycie dolnej zupełne. Spojówka tej powieki przerosła, matowa, chropawa, bez nacieków. *Hydrophthalmus*. Rogówka w wymiarach powiększona, zmętniała, komórka przednia płytka, tęczęwka atroficzna, źrenica b. rozszerzona, na światło nieczuła. Z powodu zmętniałej rogówki soczewka i dno oka niewidoczne. *Wassermann* ujemny. *Visus* = 0; *Tensio* = + 2. Mocz: ślady białka, nieliczne leukocyty, pojedyncze komórki płaskie, zwiększona ilość kw. węglanów wapnia. We krwi zwiększona ilość wapnia. *Roentgen* wykazuje rozszerzenie siodełka tureckiego oraz ogniska zwapniałe w przysadce. Zastosowana z tego powodu kuracja specyficzna pozostała bez rezultatu. Anatomopat. badanie wycinka skóry przerosłego wykazało objawy przewlekłego zapalenia, odpowiadającego *elephantiasis*. 1) Jednostronna lokalizacja przerostu, 2) wrodzony charakter sprawy chorobowej, 3) powrózki w skórze — skłaniają do diagnozy: *neurofibroma*. Według podziału *naurofibromatów* *Michela*, zalicza go autor do III-ciej grupy z powodu polowiczności. Rozszerzenie siodełka, wskazujące zwykle na schorzenie przysadki, w tym przypadku wydaje się uzasadnione 1) brakiem miesiączki, 2) zaburzeniami w przemianie wapnia, 3) jednostronnym powiększeniem górnej i dolnej lewej kończyny (jednostr. akromegalia), 4) ogniskami zwapnienia w obrazie rentgenowskim przysadki.

U chorej dane przemawiają za rozszerzeniem siodełka z powodu schorzenia przysadki. Być może, że wewnętrznowydzielnicze badania u chorych i rentgenogram w każdym podobnym przypadku da nam w przyszłości wyjaśnienia w tem niewyjaśnionem jeszcze cierpieniu.

L. Epsteinowa.

G. DUVERGER. Podwinięcie i odwinięcie starcze powiek. (*Archives d'ophtalmologie*, czerwiec 1929 r.)

Autor porusza kwestję wyłącznie starczych podwinięć i odwinięć powiek. Za odwinięcia starcze autor uważa te, które powstały po dłuższem łzawieniu, pryszczycy powiek oraz bez przyczyny znanej. Co się tyczy podwinięcia powiek, to autor nie robi różnicy między nazwą „starcze“, i „skurczowe“. Wszystko co wywołuje skurcz powiek, może być przyczyną podwinięcia powieki skurczowego. Jak przy odwinięciu, tak i przy podwinięciu autor proponuje zabieg operacyjny. Przy podwinięciach starczych zastrzykiwanie wysoko mało pomaga. Zabieg operacyjny polega na wycięciu trójkąta w dolnej powiece przy kącie zewnętrznym oka i następnym zeszczeniu brzegów rany. Przy podwinięciach starczych autor proponuje również wyciąć trójkąt przy kącie zewnętrznym oka i pas skóry w dolnej powiece, nie dochodząc do kąta wewnętrznego oka na 1 cm. Pas skóry w dolnej powiece wycina się równolegle do wolnego brzegu powieki i w odstępie ½ cm. od tegoż brzegu. Następnie ranę się zaszywa.

Hindes.

J. ROLLET. Zastrzykiwania dorogówkowe. (*Arch. d'ophtalmologie*, listopad 1928).

Autor stwierdził, iż zastrzykiwania do tkanki rogówkowej mogą być robione bez żadnych trudności. Technika tych zastrzykiwań jest prosta. Należy używać strzykawki stomatologicznej o cienkiej igle.

Po znieczuleniu rogówki, należy unieruchomić gałkę za pomocą pincety fiksacyjnej.

Wklucie powinno być zrobione w najbardziej powierzchowne warstwy rogówki. Płyn rozprzestrzenia się łatwo, tworząc okrągłą plamę i dając pęcherzyki obrzęku. Rogówka absorbuje b. dobrze wszystkie substancje rozpuszczalne. Po kilku godzinach lub po kilku dniach cały płyn znika. Pozostaje tylko mała plamka w miejscu wkłucia. Zastrzykiwania dorogówkowe u królików nie dawały żadnych zaburzeń martwiczych lub zapalnych. Zastrzykiwania te mogą znaleźć zastosowanie w 1) badaniach doświadczalnych, na przykład, dotyczących wchłaniania różnych rozczywnów przez rogówkę, 2) w leczeniu miejscowem owrzodzeń i *keratitis*, 3) w leukomatach, zamiast tatuażu.

E. Bermanówna.

E. DELANOË. Ciężki przypadek jaglicy występującej na jednym oku i leczonej olejkiem *chaulmoograe* i zastrzykami dożylnymi nowoarsenobenzolu. (*Revue internationale du trachome* Nr. 1—1929).

Autor opisuje przypadek jaglicy, występującej na jednym oku. Chora zgłosiła się do szpitala z następującym stanem oka lewego: gałka lewa bardziej wypukła niż prawa, światłowstręt, łzawienie, łącznica naczyniowa, jagły na całej powierzchni załamka górnego sięgające aż na twardówkę, *pannus crassus*, rogówka zmętniała, a w jej środku trzy małe owrzodzenia. Chora zaraziła się od swego syna, dotkniętego tem schorzeniem od bardzo dawna. Oko prawie zupełnie zdrowe. Pacjentka zostaje poddana następującemu leczeniu: kokaina 1%, adrenalina 1%, następnie masaż odwróconych powiek olejkiem *chaulmoograe*. Po tym zabiegu, stan oka chorego polepsza się, lecz światłowstręt i łzawienie nie ustępują. Wobec tego autor stosuje parówki trwające ¼ godz. Następnie stosowano wkraplanie preparatów srebrnych, arsenikowych (gliceryna salwarsanowa) i miedziowych. Lecz po tej próbie autor powraca do poprzedniego leczenia. Wyniki nie są jednak zadowalające. Podczas leczenia występuje u chorej powikłanie ze strony gruczołu łzowego. Po miesiącu autor stosuje zastrzykiwania dożylne nowoarsenobenzolu Billon z jednoczesnem leczeniem olejkiem *chaulmoograe*. Po pierwszym zastrzykiwaniu następują duże zmiany, łzawienie znika, gruczoł łzawy zmniejsza się. Wstrzykiwania są robione raz na tydzień, po 0, 15, 0. 30, 0. 45. Po 2 miesiącach chora zupełnie wyzdrowiała. Przypadek ten jest ciekawy z następujących względów:

1) Jaglicą dotknięte było tylko jedno oko w stopniu b. ciężkim; 2) udział gruczołu łzowego w schorzeniu; 3) wszystkie objawy chorobowe znikają po zastosowaniu skojarzonego leczenia olejkiem *Chaulmoograe* i zastrzykami nowoarsenobenzolu Billon. Autor zapytuje, czy skutek zastrzyków nowoarsenobenzolu można upodobnić do skutków proteinoterapii. Możliwe, iż kila utajona powikłala ten przypadek jaglicy i leczenie specyficzne przyczyniło się „do szybszego wyleczenia. (Chora neguje wszelkie schorzenie syfilityczne). Szybkie wyzdrowienie chorej zasługuje na uwagę.

Po kilku miesiącach chora zjawia się w tym samym stanie, jak na początku choroby. Zaszła tu prawdopodobnie reinfekcja, gdyż chora przebywała ze swoim synem. To samo leczenie, stosowane po reinfekcji miało słabszy skutek.

Olejek *Chaulmoograe* jest środkiem najmniej bolesnym i najbardziej skutecznym w walce z jaglicą. *Morax* poleca nacięcia spojówki dla łatwiejszego przenikania tego leku.

E. Bermanówna.

Wskazówki praktyczne.

Nowy środek odkażający dla dróg moczowych — *Neotropin* (fabr. Schering-Kahlbaum — Berlin) wypróbował Warner. Najlepsze wyniki otrzymał W. w powikłaniach rzęzączkowych i w zakażeniach pałeczką okrężnicy. Parcie na mocz ustępuje prędko, podrażnienia nerek nie spostrzegano. Jako leczenie przygotowawcze przed operacją kamieni pęcherzowych stosuje się w celu odkażenia kamieni. W przypadkach bakterjomoczu znikają bakterie już po upływie 6—8 dni. W przypadkach przerostu sterczu mocz oczyszcza się i zakwasa. W zapaleniu miedniczek nerkowych u ciężarnych wyniki są mniej pomyślne. Dawki: 3 razy dziennie po 1—3 drażetek. (Med. Welt. 1930 Nr. 39).

— o —

O. Herz zaleca szczególną ostrożność przy stosowaniu *spirocidu* w celach profilaktycznych, okazało się bowiem, że środek ten u niedotkniętych kiłą prowadzić może do bardzo ciężkich uszkodzeń mózgu. (D. m. W. 1930 Nr. 35).

— o —

Pyridium w rzęzączce zdaniem Weila, działa dobrze tylko przeciwko objawom zapalnym ze strony odprowadzających

dróg moczowych (*pyelitis, cystitis*), na same gonokoki lek ten wpływu nie ma. (Ther. d. Gegenw. 1930 I. 10).

— o —

Spengler zwraca uwagę na dobre i długotrwałe wyniki wycięcia śledziony w niedokrewności złośliwej i radzi stosować je w przypadkach opornych na działanie przetworów żołądka i wątroby. (W. kl. W. 1930 Nr. 38).

— o —

W leczeniu upławów pochwowych zwykłą metodą stawią przepłukiwania. Niektóre przypadki upławów są pochodzenia jajnikowego, i dlatego w razie niepowodzenia przepłukiwań radzi L. Adler stosowanie przetworów jajnikowych. (W. m. W. 1930 Nr. 40).

— o —

Zdaniem Kleinschmidta w żółtaczce noworodków (*icterus neonatorum gravis*) wczesne przetoczenie krwi może być wstępem do wyleczenia tej śmiertelnej choroby. (Kl. W. 1930 Nr. 42).

— o —

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dn. 7 października 1930 r.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 32, wprowadzonych gości 36.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 30. IX. 1930 r. przyjęto b. zmian.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły nadesłanych do Biblioteki 1-wa prac.

3. Kol. S. Cytronberg wygłosił z serji „Badań doświadczalnych nad czynnością wydzielniczą i wchłaniającą jelita cienkiego“ doniesienie I p.t. „*Matodyka operacyjna. Wydobywanie soku jelitowego. Wprowadzanie różnych płynów do pętli wyodrębnionej*“. (Streszcz. wł.)

1. Na wstępie swego odczytu prelegent przytacza główne cechy najważniejszych metod zakładania przetoki jelitowej (Thiry, Thiry-Vella, Hermann-Pawłow, Babkin-Sinelnikow, Gliński, London, Thiry-Pawłow, Bickel, Szamow, Hirschberg) oraz wskazuje, dlaczego obrał dla swoich celów metodę Thiry-Vella. Następnie prelegent omawia kilka ważniejszych szczegółów techniki operacyjnej, stosowanej przezeń. Przytacza on także spostrzeżenia, poczynione w czasie sekcji operowanych psów, mianowicie, że odległość szwu zespoleniowego od kątnicy była po śmierci zwierząt wyraźnie większa, niż za życia, i objaśnia to zjawisko przypuszczeniem, że napięcie (*tonus*) warstwy podłużnej mięśniówki jelita powoduje za życia skrócenie jelita.

2. Na podstawie szeregu doświadczeń własnych prelegent przyszedł do wniosku, że zgłębnikowanie przetok jelitowych powoduje znaczne wzmoczenie się ilości otrzymanego soku nie tylko dlatego, że wprowadzony zgłębnik drażni mechanicznie śluzówkę jelita i wywołuje wzmoczenie się jej czynności wydzielniczej, lecz także dlatego, że zgłębnik chroni wydzielony sok przed wtórnym wessaniem. Oplerając się na tych doświadczeniach prelegent wydobywał sok jelitowy w swoich doświadczeniach późniejszych przy pomocy 2 zgłębników, zaopatrzonych w 10 otworów bocznych, a wprowadzonych włąb pętli jelitowej, aż do jej przeciwległego końca.

3. Autor przytacza swój sposób wlewania różnych płynów do przetoki jelitowej oraz wyciągania tych płynów z powrotem.

5. Dyskusja.

Kol. Horodyński przypomina badania Pawłowa, dotyczące otrzymywania soku psychicznego oraz otrzymywanego zapomocą karmienia urojonego.

Kol. Roguski podkreśla znaczenie zgłębnika, dla usu-

nięcia oporu ze strony tkanki otaczającej otwór zewnętrzny przetoki.

Kol. Orłowski W. podkreśla, iż prelegent nie miał zamiaru badać wpływu podnień mechanicznych na wydzielanie soku jelitowego. Przez poprowadzenie zgłębnika Prelegent starał się zapobiedz wchłanianiu soku jelitowego przez niżej położone odcinki. Usterką pewną w pracy Prelegenta jest to, iż bez pomocy zgłębnika wydobywa on sok jelitowy w ciągu 2 godzin, zaś przy pomocy zgłębnika w ciągu 3-ch; uchybienie to nie wpłynęło jednak na zachowanie się wyników i wniosków z pracy.

Kol. Cytronberg. Wszyscy niemal badacze zgadzają się na to, iż podrażnienie mechaniczne jelita cienkiego wzmacnia jego wydzielanie. Prelegent starał się jaknajbardziej zmniejszyć działanie czynnika mechanicznego. Działanie różnych bodźców rozpatrzy w następnych doniesieniach. Prelegent zmierzył ilość soku co godzinę; w ciągu każdej z dwu pierwszych godzin wydzielą się soku więcej, niż w ciągu trzeciej.

5. Kol. J. Rutkowski wygłosił odczyt „O wskazaniach do przetaczania krwi“ (Streszczenie własne). Po usunięciu niebezpieczeństw, które groziły dawniej wskutek nieznajomości grup krwi, i po przełamaniu trudności technicznych, leczenie za pomocą przetaczania krwi rozpowszechnia się coraz bardziej.

Prócz ostrej niedokrewności, przy której skuteczność przetaczania krwi bije w oczy, przybył cały szereg nowych wskazań do tego zabiegu, jak niedokrewność wtórna, pewne skazy krwotoczne (krwawiączka i małopłytkowość), obniżenia krzepliwości wtórne (cholemja), jako przygotowanie do zabiegu pacjentów wyniszczonych chorobą, w stanach osłabienia pooperacyjnego (duża utrata krwi, osłabienie mięśnia sercowego), przy spadku ciśnienia krwi wskutek wstrząsu, w zakażeniach ostrych i przewlekłych, w niedokrewności złośliwej, przy ranach źle gojących się, rozległych oparzeniach i przewlekłych owrzodzeniach, w zatruciach z uprzednim upustem krwi, wreszcie u osesków w ciężkiej niedokrewności pokarmowej, skazach krwotocznych, zapaleniach ropnych pęcherza i miedniczek. Prelegent miał prawie we wszystkich tych przypadkach dobre wyniki bądź stałe, bądź przejściowe (skazy krwotoczne, niedokrewność złośliwa). W przypadkach krwotoku jelitowego w durze brzuszny i w mocznicy (z uprzednim upustem krwi) wynik był zły. W ciężkich zakażeniach ogólnych prelegent miał naogół bardzo dobre wyniki: wyleczenie następowało po 1-o, 2-u lub 3-y krotnem przetaczaniu. W ostatnich czasach prelegent zaczął stosować przetaczanie krwi uodpornionej bądź szczepionkami, uzyskanymi od chorego, bądź szczepionkami nieswoistymi (propidon). Na zakończenie

prelegent wypowiada zdanie, że wobec rozpowszechniania się leczenia zapomną przetaczania krwi i pomnażania liczby płatnych krwiodawców, wszyscy krwiodawcy zawodowi winni być zarejestrowani w odpowiednim urzędzie, któryby dostarczał ich i miał pod swoją kontrolą. W klinice chirurgicznej 2-giej U. Warsz. wszyscy krwiodawcy, którymi rozporządza klinika, są zaopatrzeni w odpowiednie książeczki kontroli.

6. Dyskusja.

Kol. Gerner. Większą wartość, niż przetaczanie krwi, mają w krwawiące wstrzykiwania surowicy. W zakażeniach odgrywa rolę, jak twierdzą niektórzy, nie samo przetaczanie krwi, ale wstrząs, towarzyszący wielokrotnym wstrzykiwaniom surowicy. Mówca wspomina o nowej modyfikacji strzykawki, służącej do przetaczania.

Kol. Goldman patrzy na przetaczanie krwi, jako na fakt przeszczepiania tkanki. Omawiany sposób leczenia winien objąć nie tylko poszczególne kliniki, ale zatoczyć winien szerokie kręgi. Krew cytrynianowa staje się niekorzystna, a nawet szkodliwa dopiero w wielkich dawkach.

Kol. Filiński nie zgadza się z Prelegentem, iż w niedokrewności z powodu krwotoku wewnętrznego przetaczanie krwi jest niewskazane, mimo, iż niezawsze jesteśmy pewni, czy źródło krwawienia jest opanowane, w ciężkiej niedokrewności tego typu przetaczanie stosować należy. Wynik ujemny badania krwi dawcy na odczyn Wassermana nie wyłącza możliwości istnienia zakażenia kiłowego u badanego.

Kol. Roguski zapytuje, czy wskazane jest wykonywanie każdorazowe aglutynacji surowicy dawcy z krwinkami odbiorcy i odwrotnie: krwinek dawcy z surowicą odbiorcy. Sprowadzanie wstrząsu przy pomocy surowicy ludzkiej, jak to zalecają autorzy, cytowani przez kol. Gerner'a, wydaje się mówcy niecelowe, gdyż istnieje znaczna liczba środków mniej cennych do wywoływania wstrząsu w celach leczniczych.

Kol. Rutkowski zaleca przetaczanie krwi w krwawiące w przypadkach przed operacją. Ci, którzy opanowali technikę przetaczania krwi, będą zabieg ten stawiali wyżej, niż wstrzykiwanie krwi cytrynianowej. Są zresztą bardzo proste metody przetaczania krwi w strzykawce Baccarda. W przypadkach świeżych krwotoków wewnętrznych należy być ostrożnym i przetaczać ilości małe.

Sposób badania na izoaglutyniny, o którym mówił kol. Roguski, jest najpewniejszy, musimy jednak liczyć się częstokroć z czasem, a posiadając dawców o określonej grupie krwi wykonywamy badanie przy pomocy surowic wzorcowych.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 10.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Posiedzenie z d. 29. X. 30 (w sali Zakł. Fizjologii Un. Warsz.)

Obecnych 52. Prezes Wejnert witając zebranych zaznacza, iż Towarzystwo rozpoczyna 22 rok istnienia, dzie-

kuje prof. Czubalskiemu i rektorowi Michałowi Czowi za użyczenie sali na posiedzenia oraz zawiadania o śmierci członka Towarzystwa kol. Adelfanga. Obecni wstają. Porządek dzienny został wypełniony przez odczyt W. Róbin'a p. t. *Wczesna objawy kamicy żółciowej*, oraz pokazy, pochodzące z oddziałów Doc. Sterling-Okuniewskiego, Dr. Skłodowskiego i Dr. Sławińskiego (przyp. *megaduodenum*, przyp. późnej przetoki po cholecytostomji, przepuklina przeponowa, ropień podprzeponowy). Przypadki te omówili Głodzik, Grodzieński, Dobryszewski i Szlagier. W dyskusji zabierali głos: Doc. Sterling-Okuniewski, Niewiadomski, Lubelski, Goldman, Zaorski, Kizler i inni.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu tow. lek. w Wiedniu w październiku r. b. demonstrowali Ehrenteil i Suchanek przyrząd do fotografowania krtani. Jest to mały przyrząd, przy którego pomocy każdy, umiejący laryngoskopować, może otrzymać zdjęcie krtani i jamy nosowo-gardzielowej. Demonstrowano przy tem zdjęcia normalnej krtani, obrzęku krtani, guzów, porażenia nerwu wzrotnego.

Na tem samem posiedzeniu (W. m. W. Nr. 44) Schwarzwald omawiał szeroko gorączkę gruczolową, jej znaczenie w klinice i patologii. Chorobę tę pierwszy opisał Pfeiffer w r. 1889, jako dotąd nieznaną chorobę zakaźną dzieci. Okres wylegania, zdaniem jego trwa około 8 dni, poczem zjawia się gorączka z obrzękiem bolesnym gruczołów chłonnych na szyi, powiększeniem śledziony i wątroby i zaczerwienieniem gardzieli. Gorączka trwa przeważnie 1-2 dni, niekiedy jednak do dni 10. Heubner i inni pediatrzy potwierdzili istnienie tej choroby, notując obrzęknięcie i innych gruczołów chłonnych, a nawet występowanie krwotocznego zapalenia nerek. Dość typowe są zmiany we krwi: po krótkotrwałej leukopenji czy nieznacznej neutrofilowej leukocytozie następuje wzrost liczby białych krążków do 12-20, a niekiedy i 30 tysięcy z 95% limfocytów, zwłaszcza dużych, częściowo niedojrzałych, nietypowych. Spotka się i komórki plazmatyczne rozmaitej wielkości, a pozatem i postacie młode, a nawet myelocyty. Komórki plazmatyczne udaje się często stwierdzić po upływie miesięcy od ostrego początku choroby. Do tego rodzaju choroby należy i angina monocytowa. Nie można tu mówić o istnieniu jakiejś konstytucji, gdyż osobniki te reagują na bodźce leukotaktyczne zwykłą leukocytozą, która nie pozwala sądzić o mniejszej wartości przyrządu szpikowego. Należy myśleć o specjalnym zarazku limfotropowym.

Holzknecht zwracał uwagę na posiedzeniu majowym tow. internistów wiedeńskich (W. m. W. Nr. 44) w dyskusji nad odczytem Assmanna o rentgenologii i medycynie wewnętrznej, na to, że rozpoznanie żadną miarą nie może być wynikiem badania tylko rentgenowskiego, że jest ono oceną prawdopodobną danych wywiadowych, klinicznych, pracownianych i rentgenowskich.

Z j a z d y

Wrażenia z III-go zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie.

(Dokończenie).

W wypełnionej do ostatniego miejsca sali teatru już przed godz. 10 zebrało się zgórą 1000 osób; wśród przybyłych widzimy prócz Kolegów polskich, czesko-słowackich i jugosłowiańskich, przedstawicieli prasy, władz, wydziału lekarskiego i elity umysłowej miasta. Przewodniczący Zjazdu Dr. M. Iwkowicz, zaprasza na honorowych przewodniczących Profesorów: Gluzińskiego, Weselyego, Krańskiego, Deveya, oraz Dr. Raciczka, a następnie do Prezydium honorowego Profesorów: Karwowskiego, Joannowicza, Błaszkwicza, Prezesa Jakimlaka, oraz Marszałka Szymańskiego. Otwiera Zjazd Minister Zdrowia i Opieki Społecznej p. Preka, życząc uczestnikom owocnych obrad ku pożytkowi ludzkości i nauki lekarskiej, poczem zabiera głos przewodniczący Dr. Iwkowicz. Po podkreśleniu uczuć radości i dumy jakich doznaje na widok przybyłych z wielu nawet bardzo odległych krajów braci słowiańskich, mówca wspomina z żalem o nieobecności tak bliskich sąsiadów bułgarskich. Po przemówieniach Dr. Ra-

ciczka i Prof. Joannowicza, zabiera głos Gluziński, powitany przez wszystkich obecnych burzą oklasków. Następuje odczytanie telegramów powitalnych nadesłanych przez Uniwersytety i Zakłady Naukowe, poczem zapada jednogłośnie uchwała wystosowania depesz hołdowniczych do Jego Królewskiej Mości Aleksandra I-go, Króla Jugosławii, do prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prof. Ignacego Mościckiego oraz do Prezydenta Rzeczypospolitej Czesko-Słowackiej Dr. Tomasza Masaryka. Dopiero następnego dnia rozpoczynają się odczyty programowe, tudzież posiedzenia Komisji. Wszystkie wykłady znamionuje wysoki poziom naukowy i staranne opracowanie. Dla Kolegów z Polski niektóre tematy były szczególnie interesujące: wystarczy rzec, że jeden tylko z Referentów jugosłowiańskich dysponował dwustu spostrzeżeniami białowca wątroby i płuc. Odczyty serologiczne, dokonywane przez mówcę na chorych, dotkniętych tym pasorzytem, dawały już po godzinie niezwykle intensywne i charakterystyczne zaczerwienienie wielkości dłoni (jako wynik dodatni). Z pośród lekarzy polskich zabierali niejednokrotnie głos Prof. Dr. Gluziński, Sawicki, Szymański, Karwowski, Elektrowicz, Kryński, Melanowski i inni. Część

odczytowa będzie uwzględniona dokładnie w osobnym sprawozdaniu.

W chwilach wolnych od wykładów rozpraszaliśmy się po mieście i z ciekawością, cechującą każdego zamilowanego turystę, wpatrywaliśmy się nieomal w każdą cegielkę rzeczywiste bezcenne zabytki miasta. Szczególnie rojno od zjazdowców było w starej dzielnicy. Wszystko to właściwie terytorjum byłego pałacu (cytadeli) cesarza rzymskiego Dioklecjana. Resztki starych murów i doskonale zachowane napisy przemawiają do nas dobitniej, niż niejeden foljał historyczny. Wspaniała architektura (perystylu) wywołuje w sercach naszych nieporaz pierwszy podziw dla potężnej ekspansji dawnego Rzymu. Nie było jednak czasu na dostateczne rozejście się w tych ruinach, albowiem tego dnia jeszcze udajemy się do Solinu, ażeby zwiedzić sławne wykopaliska z IV wieku. Pojechaliliśmy autobusem i przedewszystkiem, posłuszni wskazaniom przewodnika, udaliśmy się do położonego na wzgórzu Muzeum solińskiego, gdzie byliśmy wielce uprzejmie przyjęci przez kustosa. Błądzimy kilka godzin wśród smutnych sarkofagów, odpoczywamy na ruinach ongi potężnego amfiteatru, przenosimy się bezwiednie myślą w krwawą epokę okrutnych rządów Dioklecjana, rekonstruujemy w wyobraźni barbarzyńską gospodarkę Gotów i Awarów... Dla miłośników starożytności — ucztą wcale nie-powszednia. Wyrwa nas z zadumy głos przewodnika, że za pół godziny odchodzi do Splitu ostatni autobus. Jeszcze raz rzucamy spojrzeniem na załany łagodnymi promieniami zachodzącego słońca cmentarz staro-chrześcijański, dwa samotne, jakby stojące na straży cyprysy, dziękujemy kustoszowi za łaskawe objaśnienia i, potykając się ustawicznie wśród odłamków zamierzchłej przeszłości — schodzimy, kierując się ku szosie.

Nazajutrz po lekkim, zato obfitującym w owoce posiłku, udaliśmy się gromadnie do kąpieli morskiej, która po długiej i nużącej podróży, stanowiła prawdziwą atrakcję dla ducha i ciała. Tegoż dnia zwiedziliśmy po obiedzie park, Zoolog, i Stację Meteorologiczną na Marjanie oraz malownicze ruiny Trogiru. Bardzo często stykaliśmy się w architekturze Splitu i okolicy z motywami lwa, co wskazuje na minione wpływy republiki weneckiej. Popołudnie spędzamy na tarasie bardzo ożywionej kawiarni, chcąc odpowiednio wypocząć przed oczekującą nas podobno bardzo zacną ucztą, aranżowaną na cześć Zjazdu przez p. Bana.

Rzeźbiście oświetlona sala, sznur Steyerów, Packardów i Skod, rój wystrojonych pań — dźwięki muzyki wojskowej... w pośpiechu pozostawiamy w szatni kapelusz i laski, czego niebawem żałujemy, gdyż wyznaczono nam miejsca w wygodnej łoży parterowej (niechybnie przez wzgląd na będących w naszym towarzystwie państwa G. z poselstwa polskiego w Beogradzie).

Ustawione w podkowę stoły literalnie uginają się pod ciężarem przysmaków.

O godzinie 11-ej i pół prawie wszystko, co znajdowało się na stołach, znalazło wygodne i bezpieczne schronienie w naszych żołądkach.

Po bankiecie, z inicjatywy Prof. K a r w o w s k i e g o, liczna gromada Kolegów udaje się do „knapy Dioklecjana” tuż przy perystylu, i poświęcamy resztę nocy pieśniom polskim, owacyjnie przyjmowanym przez Kolegów jugosłowiańskich.

Dnia następnego o godzinie 2-1 po poł. spożyliśmy śniadanie, wydane przez władze municypalne Splitu, poczem znów rozprzeczaliśmy się po mieście w poszukiwaniu najbardziej malowniczych zaułków i najżywiej poprzez mgławicę dziejów przemawiających zabytków. Wieczorem w teatrze miejskim zgotowano nam niezwykle miłą niespodziankę, wystawieniem narodowej operetki „Mala Floramye” pióra F i j a r d o w i c a.

W dniu następnym porządek dzienny części naukowej Zjazdu, obejmującej zgórą 150 referatów, zostaje w całości wyczerpany, i o godz. 6-ej po południu w foyer Teatru Miejskiego następuje uroczyste zamknięcie Zjazdu w obecności blisko 1000 osób zaproszonych.

Wieczorem zbieramy się przy pięknym pomniku Marka Marulica (pierwszego chorwackiego poety z XV wieku) i ruszamy na raut do Belle-vue. Tańczymy powściągliwie i ledwie po północy wracamy do hotelu.

Skoro świt „żegnaj nam Splicie”: jesteśmy znów na drżącym kadłubie naszego „Zagrzebia”.

9.X, godz. 19... w drodze wśród hojnie przez Stwórcę rozrzuconych wysepek doznaliśmy tyłu niezapomnianych wrażeń, że, wpływając do płonącej tysiącem światła zatoki Dubrownika (Raguzy), musimy nieomal siłą rozwierać oczy dla

ogarnięcia nowego piękna. Zatoka mieni się i drga turkusową powierzchnią. W tyle w oddali ciemnieje coraz bardziej błękitna smuga Jadranu, gdzieś tak niedawno jeszcze spiali „prosek” Rabu, Chawru, Korculi. Teraz mijamy ostrożnie szereg torpedowców angielskich i śmiałym manewrem zbliżamy się do samego bulwaru. Muzyka, dziatwa, kwiaty, iluminacje; roześmiane oczy i usta, radość życia.

Na godzinę 22 wyznaczono raut w Domu Oficerskim. Przyjęcie na raucie przekracza ramy zwykłej w takich przypadkach kurtuazji. Oficerowie przesadzają się w uprzejmości. Wreszcie odwożą nas nieco zaproszonych i sfatygowanych motorówką wojenną do wyznaczonego nam hotelu Lapad.

Dubrownik (Raguza) cieszy się zasłużoną sławą jednego z najpiękniejszych w Europie ustroni nadmorskich, jednoczących czar przyrody, skarby roślinności nadjadrańskiej z zabytkami przeszłości wielkiej i dumnej Republiki Raguzy. Agawy, palmy, figi, migdały, pomarańcze, cytryny i oliwki—oto pachnący i barwny kobierzec, jaki ścięło się u naszych nóg. Tuż za starożytną basztą obronną rozpoczyna się główna niezmiernie ruchliwa ulica Raguzy, cała skąpana w słońcu. Po lewej ręce mamy jakiś stary kościół; wstępujemy tam na chybił trafił; jest to klasztor OO. Franciszkanów; pokazują nam bibliotekę oraz aptekę najstarszą w Europie, sięgającą bowiem XIV w. Kierownik apteki O. Cwietko ofiarowuje mi jeden z ostatnich egzemplarzy wyczerpanego wydania opisów dziejów apteki klasztornej i kreśli następującą dedykację:

„...na uspomene posjeta Jugoslavske Atene“...

Widok z parku na Jadran jest tak oszalamiająco piękny, że nie dziw, że Raguza oddawna już jest dla malarzy-marynistów tem, czem Mekka dla Mahometan. Błądzimy jeszcze kilka godzin bez celu... p r d wieczór udajemy się do biura Putnika celem zamówienia samochodu do Cetynji; umawiamy się z szoferem, właścicielem skromnej wprawdzie, lecz solidnie się prezentującej cztero-cylindrowki otwartej na godz. 5-tą rano i udajemy się na spoczynek. Poranek, zrazu nieco pochmurny, uśmiecha się wnet przyjaźnie i zarumienia. Jęknęły i zacharczały motory, i śmiałym kłusem mkniemy na szosę. Droga prowadzi nad Jadranem. Mniej więcej na 30-ym kilometrze pokazują nam wydłużony półwysep Epidaurus, gdzie znajduje się Mauzoleum Eskulapa, słusznie czy niesłusznie uważane za kolebkę medycyny starożytnej. Półwysep tonie w pinjach i cyprysach. Pędzimy dalej; nad nami i pod nami panorama godna istotnie pendzla; droga staje się coraz bardziej zykzakowata; oddalamy się nieco od morza, ażeby po chwili zupełnie stracić je z oczu; zbliżamy się do sławetnych 4-ch wiosek górskich zamieszkałych przez najdorodniejsze plemię, jakie posiada Południe Europy. Zatrzymujemy się po kilka razy, ażeby przyrzeć się zbliska przejeżdżającym konno góralom i góralkom. Istotnie są niezwykle urody, tak samo daje się zauważyć dbałość o strój, nawet zachowanie zdradza pewną nobliwość. Według miejscowej legendy, mają to być potomkowie arystokracji Raguzy, która po wydarciu jej wolności przez Marszałka Marmona (w epoce Napoleońskiej) ślubowała niewstępowanie w związki małżeńskie, aż do zupełnego wygaśnięcia ich rodu. Atoli z potajemnych konkubinatów z góralkami, pobłogosławionych owocem, zrodziło się oto plemię dorodne a wspaniałe, przedstawicielom którego przyglądamy się właśnie w tej chwili.

Popielate masywy Bałkan znów nikną z oczu, gdyż szosa pochyla się dość gwałtownie ku morzu, którego bliskość zdradzają chłodne i wilgotne powiewy. Z szybkością 70 km wpadamy na gładką szosę; przed nami Zatoka Kotarska (znana nam z komunikatów wojny światowej, jako Katarro), opasujemy ją w ciągu dobrej godziny, podziwiając po drodze rozrzucone prawie nad samą wodą stylowe zamczyska i ruiny pałaców patrycjuszowskich; w samym prawie środku zatoki błyszczy w słońcu wyseпка, a na niej widać klasztor. Podanie głosi, że na małym wystającym w tym miejscu złomie skalnym, ukazała się pewnej burzliwej nocy Matka Boska. Od owego czasu rozpoczęły się pielgrzymki ludności okolicznej, przyczem każdy przywoził z sobą i pozostawiał kamień; w ten sposób utworzyła się okazały rozmiarów skalista wyseпка, na której w połowie XV w. wybudowano kaplicę, a później klasztor. Nieco dalej widzimy bliźniaczo podobną wysepek, tonącą jednak w gajach cyprysów i zamieszkaną przez Dominikanów. Patrzymy z niedowierzaniem i strachem na zwiastujące nad nami szczyty górskie, i wprost nie może się nam w głowie pomieścić, że znajdziemy się tam, za parę godzin. Strona góra, na którą będziemy się wspinali serpentynami, mierzy bez mała 2 i pół tysiąca metrów, zużyto na ten cel 40 klm szosy, wąskiej wprawdzie, lecz doskonale utrzymanej

Do stolicy Czarnogóry Cetynji, położonej za temi górami w kotlinie, przybywamy o godz. 12-ej w południe. Podejmują nas smacznym śniadaniem i wygłaszają przy tej sposobności serdeczne przemówienie. W imieniu Polaków dziękuje gospodarzom w podniosłych słowach Prof. Karwowski. Miłą niespodziankę sprawia nam przy śniadaniu orkiestra, wykonująca szereg popularnych piosenek polskich.

Syci wrażeń i solidnie pomęczeni (w drodze powrotnej kichy nawalili coś 4 razy), wracamy do Raguzy. Dla skrócenia drogi nieokrażamy tym razem Zatoki Kotarskiej, lecz przeprawiamy się przez zatokę razem z samochodami na promach. Pakowanie rozpoczynamy już o godz. 5-ej zrana, a o godz. 7-ej żegnamy z okien pociągu znikające z oczu ogrody i pałace Raguzy. Pędzimy do Sarajewa via Mostar. Otrzymujemy w drodze żelazne porcje w pakietach. Rozdają figi, oliwki i winogrona. Pociąg dudni potwornie po kamienistym torze: co chwilę pogrążają nas w mrok tunele. Wreszcie—Mostar (dawniej Monastyrzem zwany).

Mostar to mała i dość nędzna miejscina; mieszkańcy nieomal w stu procentach Muzułmanie, na co wskazuje zresztą obfitość strzelistych minaretów, murowanych i (widocznie uboższych) drewnianych. Na rynku, tuż za stacją, jakiś obdartwy garbus w turbanie sprzedaje widokówki, rachatlakum (podłe) i drewniane grzebyki. Nie było czasu na sprawunki, gdyż nowoprzybyłe lokomotywy zębate do wspinania się pod górę, zajęły już swe miejsca, i przenikliwy gwizdek alarmuje podróżnych, a jednocześnie całą osadę. Otuleni chmurami zjadliwego dymu, pędzimy pod górę w kierunku Sarajewa, w którym niegdyś skromny student Princip rzucił żagiew wojny światowej.

Kiedy przybyliśmy do Ilidje było już tak ciemno, że z trudem odróżnialiśmy na stacji „nosacza“ od zwykłego śmietnika. Nosacz — to tragarz. Ilidje są to obfitujące w siarkę kąpiele państwowe; stąd tylko 20 minut drogi koleją do Sarajewa. Dowiadujemy się, że tutaj właściwie mamy się rozkwatować. Zapach siarki wszędzie daje się wyczuć zwłaszcza w wodzie do mycia i kąpieli. Podobno w Ilidje zażywał kąpiele arcyksiążę Franciszek Ferdynand ze swą małżonką Zofią v. Hohenberg w przeddzień śmierci, zadanej mu przez Principa w Sarajewie. W Sarajewie na bazarze wprost się roi od udekorowanych znaczkami Zjazdowiczów. Panie przypuszczają atak na wzorzyste tkaniny wschodnie, wyroby kute z brązu i srebra, rzeźby i inkrustacje w jaworze i hebanie, poduszki z wyhaftowanymi wersetami Koranu, serwisy do kawy i t. p.

Pstre i zgiekliwe życie w tak zw. „carsile“, to jest dzielnicy tureckiej tak nas absorbuje, że mało już czasu do zwiedzenia wybitniejszych meczetów i innych osobliwości miasta. W hotelu Bristol zbieramy się tego dnia, porządnie objućzeni paczkami i pudełkami. Podobno największym powodzeniem cieszyły się wśród naszych Pań hafty bośniackie, lecz szczegółowiej o tem nie waży się pisać. Wieczorem podejmujemy nas p. Ban Sarajewa w restauracji „Domu Zdrojowego w Ilidje.“ O godzinie 11-ej rozpoczęto tańce, przyczem z werwą i smakiem zaaranżowano „kolo“. Ognia i życia nadawał oczywiście ukochany Prezes Ivković, za co dostały Mu się

huczne brawa i wiwaty. W chwilę potem osiem par, prowadzonych przez Prof. K. z Poznania, jak błyskawica, przebiega salę w dziarskim mazurze, zatrzęsły się ściany i pułapy, tak, że profesorkówna S. (architekt) wyraża obawy o całość budynku, obliczonego wszak dla wątlých i słabowitych reumatyków. Mimo to tańce trwają do godziny 2-ej w nocy.

13. X. Niewiem czemu, ale droga z Sarajewa do Beogradu zmęczyła nas najsolidniej, to też nic dziwnego, że ktoś z oczekujących nas na stacji Członków Poselstwa Polskiego wyraża się, że wyglądamy, jak po wielkich manewrach. Witającemu nas serdecznymi słowy p. Ministrowi Pełnomocnemu Babińskiemu towarzyszą na stacji Jego Małżonka oraz pp. I-szy Sekretarz Poselstwa Malhomme, Szef Wydz. Prasowego Glinka oraz Mjr. Starzyński. Z dworca jedziemy do hotelu Palace i z programu dowiadujemy się o oczekującym nas bankiecie, wydawanym przez p. Min. Zdrowia, przyjęciu we Dworze Jego Królewskiej Mości Aleksandra I-go oraz w Poselstwie Polskim.

Nazajutrz z samego rana wyloniona ad hoc delegacja honorowa Zjazdu udaje się na położoną o 30 klm górę Awala, celem ziożenia hołdu prochom „Nieznanego Żołnierza“.

Beograd ma przeszło 300.000 mieszkańców, Uniwersytet i szereg gimnazjów. Na ulicach często daje się słyszeć mowa rosyjska, czemu nie należy się dziwić, gdyż osiadła tu na stałe znaczna część rozbitków bar. Wrangla. W sklepie kupuję pocztówki z widokami miasta, sprzedawczyni dość młoda i przystojna odgaduje we mnie cudzoziemca, a słysząc, że jestem Polakiem z Warszawy, spieszy zakomunikować, że jest ni mniej, ni więcej tylko wnuczką Skallona; siedzi tu od wielu lat i marzy oczywiście o Paryżu, tej Metropolii emigracji rosyjskiej.

Przyjęcie w Pałacu Królewskim. Piękne marmury i rzeźby, Madonna Tintoretta. Przeważają wśród płócien tematy batalistyczne. Jego Królewska Mość Aleksander I wygląda młodo, spojrzenie przyjemne i inteligentne. Imieniem Delegacji Polskiej wygłasza dłuższe przemówienie p. Prof. Sawicki. Król z wielkim zainteresowaniem rozmawia z Delegacją prawie godzinę. Królowej nie było, gdyż bawiła w rezydencji letniej. Na przyjęciu Panów obowiązywały zakąty.

Mieliśmy jeszcze kilka przyjęć oficjalnych, między innemi podejmował nas obiadem w hotelu Palace p. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. I tutaj serdecznym toastom nie było końca.

Zaproszeni na godzinę 5 po poł. do Poselstwa Polskiego, zebraliśmy się punktualnie i spędzili w miłym nastroju prawie 2 godziny. W skromnych salonach przy ul. Krunskiej 72 pp. Ministrówstwo Babińscy oraz Członkowie Poselstwa uczynili wszystko, ażebyśmy mogli odczuć, iż jesteśmy jakby na terenie Ojczyzny.

Wieczorem, O godz. 8 i pół wieczór wsiadamy do pociągu Beograd—Budapeszt—Wiedeń. Z szczerem żalem opuszczamy gościnną stolicę Wielkiego Państwa Słowiańskiego. Żegnaj nam i bywaj zdrow, Kraju kochany.

Dr. G. Raciążek (Warszawa).

Korespondencja

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W artykule p. Dr. Brokmana w № 37 „War. Cz. Lek.“ z dn. 11 września b. r. pod tytułem „Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych“ powiedziano, że polska nazwa „innocynność“ na oznaczenie alergji pochodzi odemnie. Muszę sprzeczować to twierdzenie kol. H. Brokmana, albowiem ta nazwa polska pochodzi od D-ra F. Eisenberga, który

w artykule swoim, ogłoszonym w „Krytyce Lekarskiej“ w r. 1908 p. t. „Próba mianownictwa polskiego w nauce o odporności i w układzie bakteryj“ podał około 480 polskich nazw, a w tej liczbie także alergję nazwał innocentnością.

Łącząc wyrazy szczerego poważania

Dr. R. Nitsch.

Warszawa 12. XI. 1930.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Uwagi ogólne o racjonalizacji leczenia Kasy Chorych.

Podał

Dr. E. BIRZOWSKI (Warszawa).

Zagadnienie racjonalizacji zarówno całokształ-

tu, jak i pojedynczych dziedzin pracy służby zdrowia publicznego ostatnio staje się aktualne tak w Europie, jak i w Ameryce. Racjonalizacja ta ma polegać na skoordynowaniu i uzgodnieniu pracy wszystkich czynnych na tem polu organów Państwa, samorządów, organów ubezpieczenia społecz-

nego, jak również i prywatnych organizacji zdrowotnych — a to w celu standaryzacji, osiągnięcia większej, niż dotychczas, wydajności, idącej w parze z najdalej posuniętą oszczędnością. W tym właśnie celu przez komitet Higieniczny Ligi Narodów utworzona została Komisja, która wspólnie z Międzynarodowym Biurem pracy ma za zadanie przestudjowanie stosunków, zachodzących w różnych krajach pomiędzy organami, czynnymi w dziedzinie zdrowia publicznego. I w Ameryce od kilku lat debatuje nad wprowadzeniem metody „Survey“ do organizacji służby zdrowia St. Zjedn. Metoda ta, oparta na wzorze t. zw. Appraisal — Form, ujmuje całokształt zagadnień służby zdrowia w liczby i stosownie do ściśle opracowanego materiału i planu pracy — ma wskazać liczbę niezbędnych urządzeń, chce nakreślić liczbowo wyniki, które mają być osiągnięte przez każdy miejscowy dział służby zdrowia. W ten sposób metoda „Survey“ dąży do rozbudowy, rozszerzenia sieci urządzeń zdrowotnych i podniesienia ewent. wydajności ich pracy. Aczkolwiek zarzucić tej metodzie można zachęcanie jedynie tylko do rekordów liczbowych, nieliczenie się ani z jakością, ani skutecznością pracy wspomnianych urządzeń — wszakże daje ona bodziec do budowy, tworzenia, szerzenia, co prawda, narazie tylko wszcz. A przy odpowiednim kierownictwie — sięgnie się i wgłąb, znajdzie się zrozumienie i dla całokształtu zagadnienia, przyczyniając się w ten sposób do dobra i rozwoju sprawy zdrowia publicznego (M. Olsen).

W Ameryce czynny jest również Committee on the Cost of Medical Care, który ma na celu studjowanie warunków niesienia pomocy lekarskiej ludności w St. Zj. i kosztów leczenia. Komitet ten pracuje pod przewodnictwem Min. Spr. Wewn. Dr. Willbura, ma na 5 lat studjów obliczony plan pracy, obejmujący następujące zagadnienia: 1) zebranie ścisłych danych co do liczby i częstości zachorowań w Ameryce, ażeby w ten sposób osiąść podstawę do osądzenia rzeczywistej potrzeby ludności w zasięgnięciu pomocy lekarskiej, 2) zebranie danych o obecnej liczbie lekarzy i instytucji lekarskich, jako to: szpitali, klinik, przychodni, poliklinik i lecznic prywatnych, ich rozmieszczeniu w kraju i o korzystaniu z nich ludności, 3) badania nad obecnymi kosztami pomocy i opieki lekarskiej dla różnych warstw ludności, jak również zebranie danych o dochodach lekarzy i 4) zbadanie już istniejących w kraju (St. Zj.) miejscowości, większych grup ludności, posiadających już zorganizowaną pomoc lekarską w porównaniu z miejscowościami i grupami ludności bez ubezpieczenia, bez stałej i zapewnionej pomocy lekarskiej. Zadaniem tego Committee on the Cost zatem będzie „udostępnić wszystkim warstwom ludności amerykańskiej niezależnie od ich stanu majątkowego dostateczną i przystępną pomoc lekarską“.

Obok tych na b. szeroką skalę obmyślanych planów — dążenia organów ubezpieczenia społecznego idą również w kierunku racjonalizacji swojej techniki i gospodarki. Ciągły wzrost wydatków — w związku z ogólnym przesileniem gospodarczym, stałym wzrostem kosztów na zasilki chorobowe, lekarstwa, wciąż podnosząca się liczba zasięgających porad lekarskich, które to liczby niezawsze

idą w parze z rzeczywistą potrzebą pomocy lekarskiej — zmusiły zarządy i zrzeszenia lekarzy K. Ch. w Niemczech do szukania sposobów i środków zaradczych. Jednym z wielu było wprowadzenie niedawno temu minimalnej opłaty za poradę i lekarstwo w K. Ch. Teoretycznie biorąc — zarządzenia racjonalizacyjne mogą pojsć dwiema drogami: racjonalizacja administracji i świadczeń, bezpośrednio związanych z czynnością lekarza. Jeśli chodzi o pierwsze zagadnienie, to wiele już w Niemczech osiągnięto — koszty administracyjne ubezp. społeczn. wynoszą tam 7 proc., cyfra, mniej więcej odpowiadająca wydatkom na administrację w dużych przedsiębiorstwach przemysłowych. Rzecz prosta, iż i tu powinno się dążyć do udoskonalenia, szukać dróg jeszcze tańszego administrowania i t. d. Ale z natury rzeczy, twierdzi Dr. Pryll (lek. naczelny AOK, Berlin), racjonalizacja pracy w K. Ch. będzie przede wszystkim zadaniem świata lekarskiego. Przed nauką i praktyką lekarską staje doniosłe, ale ogromnie trudne zagadnienie — leczyć i zapobiegać znacznie oszczędniej, niż przedtem, osiągając jednocześnie lepsze, niż do tej pory, wyniki dla zdrowia i zdolności do pracy szerokich mas ubezpieczonych. Dowiedziemy w ten sposób — mówi — iż nie jesteśmy tylko czynnikami biernymi i luźnymi w organizacji K. Ch. (w-g twierdzenia wrogów naszych), lecz jesteśmy czynni i twórczy w życiu ubezpieczeniowym, a zatem i w życiu gospodarczym swego narodu. Gdyż przede wszystkim od czynności lekarza, od orzeczenia jego zależy w znacznym stopniu gospodarka K. Ch. — to też ponieważ słusznie twierdzą, iż lekarze są prawdziwymi zarządzającymi majątkiem K. Ch. Wogóle należy sobie uprzytomnić, iż istota czynności lekarza K. Ch. jest dość swoista — żąda się od niego nie tylko leczenia chorego, lecz jednocześnie orzeczenia, pociągającego za sobą świadczenia pieniężne. K. Ch., jako instytucja ubezpieczeniowa, żąda od orzeczenia lekarskiego wielu takich danych, które — zdawałoby się — z leczeniem mało mają wspólnego — nie tylko obchodzi Kasę, jaką chorobę lekarz stwierdził u ubezpieczonego — interesują ją również momenty, stosunki gospodarcze — ubezpieczeniowe cierpiącego. Kasa miewa do czynienia z pojedynczymi i masowymi stratami, lekarz zaś widzi i orzeka przede wszystkim co do pojedynczego pacjenta, któremu świadczenia wypłaca wszak Kasa. Ależ właśnie te pojedyncze straty i wydatki składają się przecież na masowe, które, rzecz prosta, K. Ch. usiłuje zmniejszać i redukować. To też i każdy niemiecki lekarz kasowy staje przed zasadniczą koniecznością zapoznania się także i z pewnymi rozdziałami prawa, medycyny, higieny, opieki i gospodarki społecznej, gdyż jest on nie tylko lekarzem pojedynczego chorego, ale w dużym stopniu składową częścią, najwięcej przecież miarodajną ciała społeczno-leczniczego — gospodarczego, jakim jest w istocie swojej ubezpieczenie społeczne. Tyle Pryll. Przed, do prawdy, niezmiernie trudnym społeczno-leczniczym i higienicznym zadaniem staje tu nauka lekarska. Próby racjonalizacji wtedy tylko liczyć mogą na całkowite powodzenie, gdy z jednej strony sięgnąć potrafią w sedno rzeczy, starając się oddziaływać (współ z państwowym aparatem socjalnohigienicz-

nym) na czynniki, wywołujące ten znaczny odsetek chorób przewlekłych, z którymi zwykle do czynienia miewa lekarz kasowy, a które tak obciążają budżet Kasy. Z drugiej zaś strony, gdy lekarz będzie miał do swej dyspozycji środki szybkiego leczenia, trwałego wyleczenia albo przynajmniej szybkiego przywrócenia długotrwałej zdolności do pracy ubezpieczonemu. Nic zatem dziwnego, iż ogrom zadania tego, która stoi przed ubezpiecz. społecznem na wypadek choroby, budzi w wielu wątpliwości i obawy, czy się mu wogóle podoła (Liek, Martini i in.).

Jakże przedstawia się ta sprawa obecnie? Otóż, jak twierdzi Martini — z wyjątkiem chorób zakaźnych i zawodowych (*sensu strictiori*), narazie nic prawie jeszcze nie wiemy o związku, zachodzącym pomiędzy trybem życia, rodzajem pożywienia, czasem pobrania posiłku przez robotnika a temi właśnie chorobami o tak dużem znaczeniu narodowo gospodarczem, jakimi są choroby przewodu pokarmowego. Mamy wprost całe armje cierpiących na owróżdzenia żołądka i jelit (przeważnie w dużych miastach), a o powodach tego masowego powstawania wrzodów jeszcze tak mało posiadamy pewnych danych — powtarzamy jedynie ogólniki o spożywaniu zimnych posiłków, złych zębach, wpływie tytoniu i alkoholu i t. d. Nielepiej również stoi sprawa z naszymi wiadomościami co do istoty i powodów zachorowań reumatycznych. Jak powinniśmy się opiekować chorymi na cukrzycę? A jak postąpić z astmatykami, ażeby ich odpowiednio zatrudnić, nie niszcząc ich egzystencji, i zwolnić w ten sposób Kasy od ciągłych wydatków na ich leczenie? Jeszcze mniej jesteśmy w stanie zapobiec. Co i jak mamy czynić, ażeby ozdrowieniec, powiedzmy, po przywróconej — po długim pobycie w szpitalu kosztem, oczywiście, Kasy — kompensacji serca znów niebawem po powrocie do poprzedniej pracy — nie zapadł na swoje z trudem wyleczone cierpienie? A kto się tem zajmie i w jaki to oszczędny sposób urządzi, ażeby robotnicy mogli spożywać gorącą strawę i nie zapadali całemi masami na nieżyty żołądkowe i jelitowe? Niemało jeszcze podobnych pytań możemy sobie postawić. Stoimy tu przed kardynalnemi zagadnieniami, od których rozwiązania zależy, być może, los ubezpieczeń społecznych (w ich stanie obecnym). A są one narazie terenem niezbadanym, oczekującym oddanych sobie badaczy i pracowników z zakresu higieny społecznej i medycyny praktycznej. Przy ich wspólnych wysiłkach uda się zapewne podołać temu, bodaj czy nie jednemu z najważniejszych zadań ubezpiecz. społecz., a zatem i zdrowia ludowego.

Z całkiem innego założenia wychodzi i żądaniu lecznictwa ubezpieczeniowego — możliwie oszczędniej, szybciej i gospodarniej leczyć i wyleczyć — w ogromnym stopniu będzie w stanie zadość uczynić (gdy po wypróbowaniu kliniczem się sprawdzi) metoda leczenia ogólnoustrojowego, terapia konstytucjonalna, zaproponowana przez znanego lekarza wiedeńskiego, doc. Achnera. Dotyczy ona znacznego szeregu chorób przeważnie chronicznych (krążenia, przemiany materji, chorób przewodu pokarmowego i dróg żółciowych, kobiecych, spraw zapalnych i t. d.), uwzględnia przy swoim zastoso-

waniu indywidualność chorego, operuje niedrogiemi, przystępnymi metodami i środkami leczniczymi i, w porę zastosowana, zaoszczędza czas chorego, zapobiegając w wielu przypadkach dalszemu rozwojowi cierpienia i szybko — wg. Achnera — przywraca zdrowie albo przynajmniej skraca czas choroby. (Szczegóły w „Warsz. Czasop. Lek.” 1930 Nr. Nr. 39, 40).

Czynione dotychczas próby racjonalizacji w lecznictwie K. Ch. (w Niemczech) są przeważnie natury techniczno - kontrolnej (zaufani lekarze, kontrola orzeczeń, zleceń i recept lekarskich). Obok wielu ujemnych stron mają tę dobrą, iż przyzwyczajają lekarza do oszczędnej djaгностиyki i terapii, rzeczy koniecznej i niezbędnej w naszych czasach, taksamo, zresztą, i w praktyce prywatnej. Co się zaś tyczy dotychczasowych prób racjonalizacji sposobów leczenia — warto wspomnieć o krótkotrwałej, ale intensywnej kuracji ubezpieczonych djabetyków (w młodym wieku) w specjalnej klinice (Noordena), przeprowadzanej przez Grotego. Doświadczenie to przeprowadzone zostało narazie na 100 chorych. Po rocznej obserwacji (badanie na cukier i zdolności do pracy) — Gr. przychodzi do wniosku, iż kuracja taka przyspieszona, przeprowadzona w specjalnym zakładzie, szybciej i trwalej usuwa objawy cukrzycy, rychlej przywraca zdolność do pracy, niż pobyt w ogólnym szpitalu — w ten sposób dodatnio wpływa na gospodarke w lecznictwie K. Ch.

Dużo uwagi poświęca medycyna społeczna w Niemczech zagadnieniu leczenia i zapobiegania następstwom krzywicy. Krzywica jest tłem powstania (blisko 30%) charłactwa, które z powodu zmniejszonej zdolności do pracy i częstszej zachorowalności dotkniętych nią — ogromnie obciąża kasy. Dalej krzywica jest powodem blisko 70% zwięzonych miednic, przyczynia się w ten sposób w dużym stopniu do śmierci 6.000 matek i 90.000 noworodków, ginących rok rocznie przy ciężkich porodach w Niemczech. A pozatem blisko 50.000 porodów, operacyjnie zakończonych, kosztuje kasę co rok przynajmniej 5 — 6 milionów. Wiele przemawia za tem, iż walka ta uwieńczona zostanie zwycięstwem, albowiem już obecnie jesteśmy w posiadaniu udoskonalonych środków przeciwykrzywicznych — leczniczych i zapobiegawczych (Dekgwitz). Dużą rolę przy racjonalizacji lecznictwa kasowego bezwątpienia odegra zainicjowanie oszczędnej gospodarki przy skierowywaniu do zabiegów rentgenowskich, jak również wykonywanie tychże. Niedawno ukazała się ciekawa książka znanego rentgenologa Schönfelda p. n. „Oszczędna gospodarka w rentgenologii”, w której autor zachęca i uczy oszczędności w zakresie swojej specjalności. M. in. zaznacza on, iż lekarz doby obecnej mało ma jeszcze zrozumienia dla zaprowadzenia oszczędności w swoim zawodzie. Nie liczy zatem autor na uznanie za swoje dążenia i nawoływania do oszczędności, pociesza się jedynie tem, iż praca jego będzie wstępem do dużego przyszłego dzieła, które będzie nosiło nazwę: „Oszczędność w pracy uzdrowotnienia społeczeństwa ludzkiego”.

Toteż rozumiały jest apel, z którym wyżej wspomniany Dr. Pryll zwraca się do kierowników klinik uniwersyteckich i pracowni naukowych,

ażebym zechcieli: wpoić już z samego początku studentów lekarskich w każdego studenta myśl o oszczędności przy postępowaniu leczniczym, uczyć i nauczyć możliwie oszczędnej diagnostyki i terapii, tak, ażebym przyszłego lekarza K. Ch. zwolnić od przykrości być ewent. kontrolowanym na każdym kroku z powodu swego rzekomego nieoszczędzania majątku ubezpieczonych. Nie na dorywczych kursach, nie przez obcych, nieżyczliwych nieraz

stanowi lekarskiemu — winno to być lekarzowi przypominane — lecz wciąż i stale przez jego nauczycieli i kierowników. Albowiem nierozdzielnie już połączony jest stan lekarski z ubezpieczeniem społecznym (35.000 z ogólnej liczby 45.000 lekarzy niemieckich pracuje w Kasach Chorych) i tylko wspólnymi siłami da się wiele zdziałać i osiągnąć dla wspólnej sprawy — zdrowia ubezpieczonych, a zatem i zdrowia narodu.

Wiadomości bieżące.

— **Protokół** posiedzenia Sekcji do spraw walki z rakiem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, odbytego w dn. 17 września 1930 r.

O b e c n i:

Z Ministerstwa spraw Wewnętrznych:

Dr. Jan Adamski, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia;

Dr. Józef Kowalczewski, Naczelnik Wydziału w Departamencie Służby Zdrowia;

Dr. Jakób Sęczyc, Radca ministerjalny w Departamencie Służby Zdrowia;

Prof. Dr. Adam Czyżewicz, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia;

Prof. Dr. Ludwik Paszkiewicz;

Prof. Dr. Franciszek Krzysztalowicz;

Doc. Dr. Sterling-Okuniewski.

Przewodniczący Dr. Jan Adamski.

Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

Na porządku dziennym projekt ustawy o zwalczaniu nowotworów złośliwych.

Posiedzenie zagaja Dr. Jan Adamski, poczem Dr. Jakób Sęczyc przedstawia stan faktyczny sprawy.

Polski Komitet do zwalczania raka złożył w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych projekt ustawy o zwalczaniu raka.

Projekt ten jest wzorowany na rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy.

Departament Służby Zdrowia nie mógł temu projektowi nadać zwykłego biegu, gdyż postanowienia projektu są dostosowane do choroby zakaźnej, podczas gdy co do raka nie jest ustalone, czy komórka rakowa zawdzięcza swoje właściwości drobnoustrojowi zakaźnemu, czy drażnieniu lub dziedziczności.

Departament przeto opracował ze swej strony niektóre tezy dla projektu ustawy o zwalczaniu raka, które należałoby wziąć pod uwagę. Argumenty, wysunięte w dyskusji, będą również służyły do uzasadnienia poszczególnych postanowień.

W projekcie, opracowanym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, został uwzględniony obowiązek zgłaszania, chociaż co do tego obowiązku istnieją wątpliwości, gdyż rak nie jest chorobą niebezpieczną dla otoczenia. Raczej chodziłoby o pouczenie chorego o koniecznej potrzebie jak najszybszego rozpoczęcia leczenia. Kwestja odosobnienia budzi również wątpliwości. Co do obowiązków ponoszenie kosztów leczenia chorych, to projekt obowiązków te nakłada na związki komunalne.

Dr. Sterling-Okuniewski zaznacza, że zjazd przeciwrakowy, powziął uchwałę, wzywającą Zarząd Towarzystwa do zwrócenia się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o utworzenie sekcji przeciwrakowej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia. Mówca stwierdza, że wyłoniła się konieczność wydania ustawy przeciwrakowej.

Dr. Krzysztalowicz zaznacza, iż projekt ustawy może

mieć jeden tylko cel, a to otrzymanie statystyki zachorowań na raka.

Dr. Sęczyc znajduje, iż dane statystyczne można byłoby otrzymać ze szpitali.

Dr. Sterling uważa, że art. 6 projektu ustawy nakłada poniekąd pewne obowiązki co do zwalczania raka na związki komunalne, chociaż artykuł ten przedewszystkiem ma ideowe znaczenie.

Prof. Dr. Czyżewicz zwraca uwagę, że mogą powstać trudności, dotyczące otrzymania dokładnej statystyki, a to z powodu kolizji z obowiązkiem tajemnicy lekarskiej.

Mówca jest zdania, że bardziej celowe byłoby wprowadzenie wykazów cyfrowych; wykazy byłyby przedkładane przez właściwe Izby lekarskie. Pewien procent chorych leczący się w szpitalu, w związku z czem szpitale mogłyby dostarczać również odnośne dane.

Postanowienia art. 5 trudne są do przeprowadzenia; obowiązek związków komunalnych uprzystępnienia chorym niezamownym leczenia może być wprowadzony na podstawie rozporządzenia o zakładach leczniczych.

Dr. Sterling-Okuniewski znajduje, że szpitale nie obejmują całego materiału chorych, gdyż chorzy pozatem mogą leczyć się prywatnie lub ambulatoryjnie.

Prof. Dr. Czyżewicz znajduje, że przeważająca większość chorych przechodzi przez szpitale i ambulatorja.

Prof. Dr. Krzysztalowicz porusza kwestję, czy nie należałoby oprzeć projektowanych postanowień na rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

Prof. Dr. Paszkiewicz jest zdania, że przymusowe zgłaszanie nie może istnieć, bo nie ma naukowego uzasadnienia. Dane statystyczne co do zachorowań na raka są ważne dla administracji państwowej, a zwłaszcza celem ustalenia miejsca urządzenia ośrodków dla leczenia raka.

Dr. Adamski, reasumując wyniki dyskusji, proponuje wyłonić Komisję w składzie 3-ch osób, któraaby miała na celu zebranie materiału i na jego podstawie opracowanie wniosków sekcji co do dalszej działalności w kierunku rozwinięcia akcji walki z rakiem.

Do składu komisji uchwalono prosić:

Prof. Dr. Adama Czyżewicza,

Doc. Dr. Sterling-Okuniewskiego, z Komitetu zwalczania raka, oraz

Dr. Jakóba Sęcycza, Radcę ministerjalnego.

— Z Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Na posiedzeniu d. 11 listopada r. 1930 ukonstytuował się nanowo Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Na prezesa po śmierci nieodżałowanego Dra Kazimierza Dłuskiego, wybrano jednogłośnie Zygmunta Srebrnego, redaktora Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, członka honorowego i wiceprezesa Towarzystwa; na wiceprezesów: D-ra Jana Adamskiego i Prof. Zygmunta Szymanowskiego.

gó; inni członkowie Zarządu pozostali na dotychczasowych swych stanowiskach, a mianowicie: sekretarz Dr. Wilhelm Knappe, skarbnik: Dr. Adolf Szwarz, bibliotekarz: Dr. Henryk Trenkner, członkowie: Justyna Budzińska-Tylińska i Zofja Garlicka. Wakujące miejsce dziesiątego członka może być obsadzone dopiero na dorocznym walnym zebraniu po nowym roku.

Udział w posiedzeniach Zarządu biorą również dawniejsi jego członkowie a mianowicie: Dr. Władysław Szenajch, Dr. Adolf Koral, Dr. Maurycy Bornstejn, Dr. Mieczysław Gantz, Dr. Ludwik Markiewicz.

— Z Towarzystwa Higienicznego.

W d. 6/XI b. r. odbyło się pierwsze posiedzenie komisji do spraw wystawy, wyłonionej przez Wydział Mieszkaniowy W.T.H. pod przewodnictwem prezesa Wydziału inż. Rudolfa. Uchwalono poczynić starania w celu zorganizowania wystawy tanich małych domów z materiałów zastępczych na wystawie ogólnokrajowej w Warszawie. W tym celu Komisja zwróciła się do p. Prezydenta miasta z prośbą o udzielenie placu na terenie wystawowym, oraz do wszystkich firm w kraju z propozycją wystawienia pokazowych domków, co da możliwość szerokim warstwom ludności porównania cen i wartości budowy z materiałów zastępczych.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

18. XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Poświęcone pamięci zmarłych członków czynnych Towarzystwa ś. p. Edwarda Żebrowskiego i ś. p. Kazimierza Noiszewskiego.

1. E. Bratkowski. Sylwetka ś. p. profesora Edwarda Żebrowskiego. 2. Wł. Melanowski. Wspomnienie o ś. p. profesorze Kazimierzu Noiszewskim. 3. Wł. Filiński i W. Moczański. W sprawie patogenetycznego zaniku tętna. 4. Wł. Mikułowski. Przyczynki do kliniki kiły wrodzonej.

19. XI. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

(Zakł. fizjol. Un. Warsz.).

I. Pokazy. a). Z. Radliński i Siedlecka. Glioma periphericum ventriculi. b). Róbin i Reichert. Pseudocarcinoma ventriculi. (2 przyp.). II. Dyskusja nad pokazem hernia diaphragmatica (odłożona z przeszłego posiedzenia). III. J. Czarkowski. Kilka uwag w sprawie powikłań w przebiegu kamicy żółciowej. IV. Schlager. Sprawozdanie ze zjazdu Gastrologicznego w Budapeszcie. V. Orzech. Sprawozdanie ze zjazdu w Karlsbadzie.

19. XI. Towarzystwo Okulistów Polskich.

I. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 29-go X. 1930 r. II. Pokazy chorych: III. Odczyty: a) Dr. M. Zachert: Sprawozdanie z konferencji Międzynarodowej Organizacji Przeciwnogłowej (Genewa), oraz Międzynarodowej Rady zapobiegania ślepotcie (Bruksela). b) Dr. A. Zamenhof: O pofałdowaniach na dnie oka widzianych przy badaniu w świetle zogniskowaniem. c) Doc. Dr. W. Melanowski: W sprawie eksperytyzy okulistycznej.

19. XI. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

(w ośrodku zdrowia przy ul. Grochowskiej 36).

1) Prof. M. Michałowicz: Sprawozdanie z Międzynarodowego Zjazdu Przeciwnogłowego w Oslo w r. 1930. 2) Dr. J. Lubczyński: Omówienie organizacji i działalności Ośrodków Zdrowia — połączone z pokazem Ośrodka przy ul. Grochowskiej.

20. XI. Posiedzenie Lekarzy Szkolnych.

1) 30 lecie pracy na polu higieny szkolnej p. wizytatora dr. St. Kopczyńskiego — uczczenie zasług. 2) Prof. pułk. dr. Stefan Rudzki: „Z zagadnień opieki nad dziećmi i młodzieżą gruźliczą w Norwegji” (zjazd przeciwnogłowy w Oslo)

TRĘŚĆ: M. BORNSZTAJN. O psychozach wieku dziecięcego (dok.). — J. FLASZEN i H. WACHTEL. Z badań nad zmianami chemicznymi w tkance rakowej po naświetleniu radem i ich znaczeniu w leczeniu raka. — W. CZARNOCKI. Serce sportowe (str. poglądowe-dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Korespondencja. — E. BIRZOWSKI. Uwagi ogólne o racjonalizacji lecznictwa Kasy Chorych. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BORNSZTAJN. Psychoses chez les enfants (fin). — J. FLASZEN et H. WACHTEL Recherches sur les phénomènes chimiques dans le tissu cancéreux après l'application du radium et leur valeur dans le traitement du cancer. — W. CZARNOCKI. Le coeur sportif (Rev. gén. fin). — E. BIRZOWSKI. Remarques générales sur la rationalisation du traitement médical de la Caisse des Malades.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

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

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

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

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

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

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

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