

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 834-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 22 STYCZNIA 1931 R.

Nr. 4

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza.
(Kierownik: Prof. M. Semerau-Siemianowski).

O raku pierwotnym płuca.

Podał

Jerzy MUSZKATENBLIT (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 3)

Wyżej wymienione obserwacje w związku z odnośnem piśmiennictwem na temat nowotworów płucnych nasuwają cały szereg zagadnień związanych z powstawaniem, rozwojem, symptomatologią i terapią tego tak częstego w ostatnich latach schorzenia.

Pomijając teorie dziedziczności w sensie skłonności do nowotworów lub odporności względem nich, niektóre oparte nawet na pracach doświadczalnych, a nie wnoszących żadnej jasności do zagadnienia powstawania nowotworu wogóle, a w szczególności nowotworu w płucach, nie możemy się nie zastanowić nad zjawiskiem oczywiście, że w ostatnich dwóch dziesiątkach lat liczba nowotworów o umiejscowieniu płucnem absolutna i w stosunku do ogólnej liczby innych nowotworów nadzwyczajnie wzrosła. Najprawdopodobniejsze były teorie, bronione jeszcze dotychczas przez wielu autorów (Menetrier we Francji), że główną przyczyną powstania nowotworu w płucach jest warunek chronicznego drażnienia dróg oddechowych. Oczywiście, jeśli przyjmiemy pod uwagę bardzo rozległe ukrwienie tego organu, łatwy dostęp do niego wszelkich mikroorganizmów, lub też chroniczne, albo często powtarzające się schorzenia płucne, to zdawałoby się, że moment ten odgrywa poważną rolę w etiologii nowotworów.

A jednak jak często stwierdzamy, jak, na przykład, u naszych chorych, zupełny brak przyczyn wywołujących ze strony układu oddechowego. I jeśli nawet w historii chorego znajdujemy cho-

robę płucną, czy to w formie przebytej ostrej sprawy samego miąższu płucnego lub oskrzeli, a nawet często gruźlicę, to jakże rzadkie są nowotwory w porównaniu z tą całą masą niezliczonych schorzeń płucnych. Bezwzględnie poszukiwanie przyczyny powstawania nowotworu w płucach, a głównie zwiększająca się ich liczba musiała stać się tematem aktualnym dla badaczy w dziedzinie raka.

W podręcznikach dotychczas pouczają nas, że rak płucny jest jednostką chorobową rzadką; jeszcze stosunkowo do niedawna każdy przypadek podawany był w piśmiennictwie jako *curiosum* i często demonstrowano poszczególne przypadki w rozmaitych towarzystwach naukowych. Pod ręką mam pracę kol. A. Tuchendlera z r. 1898 z kliniki Senatora, drukowaną w „Medycynie”. Jest to 26-y przypadek pierwotnego raka płuca w piśmiennictwie europejskiem owego czasu. Obecnie choroba ta stała się banalna; statystyki w rozmaitych krajach sięgają wysokich cyfr. Największe dane statystyczne są pochodzenia amerykańskiego, a głównie niemieckiego. Znaczenie ich jest tem poważniejsze, że opierają się one jedynie na danych sekcyjnych. Rak płucny, jak wynika z tych cyfr statystycznych, wzrasta liczebnie z każdym rokiem i w sensie absolutnym i w stosunku do ogólnej liczby nowotworów o innem umiejscowieniu.

Jeżeli przyjrzymy się cyfrom Berblingera z Jeny, to widzimy, że wzrastająca krzywa staje się demonstracyjna: na 8,056 rozmaitych sekcji, wykonanych od 1910 roku do 1924, 5,773 dotyczyły osobników w wieku ponad 20 lat, a z nich umarło z powodu raka 987, czyli 17,1%; 41 było lokalizacji płucnej pierwotnej, to jest 4,2% wszystkich nowotworów. Cyfra ta istotnie bliska jest rzeczywistości, bo naogół stosunek nowotworu pierwotnego płuc do innych nowotworów waha się pomiędzy 4 a 5-oma procent. Krompecher podaje, że w r. 1924 rak płucny dochodził do 15,

wszystkich nowotworów, ale liczba ta obejmowała chorych pochodzenia saskiego, a głównie ze Schneeberg, gdzie rak płucny, o czym mowa będzie poniżej, jest zjawiskiem bardzo częstym. Niektóre statystyki, jak Wahla, Dory Hanf z Berlina, wykazują wahania od 7,5% do 15% w latach 1925—1927. Demonstracyjną naprawdę jest statystyka Ferenczy i Matolsky z Wiednia, którzy w okresie 30-letnim od 1896 do 1925 roku zebrali 62,802 przypadki sekcyjne, wśród których było 6,791 raków, a 282 o lokalizacji płucnej. Podział jest taki, że krzywa, rozbita na pięciolecia, gwałtownie podnosi się za ostatnie pięciolecie: 1896—1901 r.: 18; 1902—1907 r.: 40; 1908—1913 r.: 49; 1914—1919 r.: 67; 1920—1925 r.: 108! Głównie w Niemczech widzimy nadzwyczajny wzrost nowotworu płucnego w ciągu ostatnich lat. Seyfart z Lipska i Kikuth z Hamburga twierdzą, że w ostatnich latach liczba raka płucnego potroiła się.

Płeć i wiek odgrywają bezwzględnie pewną rolę w tej chorobie. Najczęściej ludzie w wieku od 50 do 60 lat są narażeni na to schorzenie. Oczywiście, że i wiek młodszy, nawet poniżej lat 20, nie jest przeszkodą do wybuchu tej choroby, zwykle jednak w drugiej połowie życia zjawia się ona najczęściej. Mężczyźni większy dają odsetek, aniżeli kobiety. Może tłumaczy się to właśnie momentem drażniącym, na który częściej bywa narażony mężczyzna. Askanaazy przypomina, iż wczesny rozwój płciowy ma pewne znaczenie w powstawaniu nowotworu.

Czarna rasa mniej jest narażona na nowotwór płucny, a częściej na gruźlicę, a wśród białej rasy podobno żydzi więcej są usposobieni do raka płucnego. Jeśli zastanowimy się jednak nad czynnikami uspasabiającymi, to w pierwszym rzędzie musimy do nich zaliczyć przyczyny natury fizycznej, chemicznej, a głównie infekcję. Uraz może być momentem wywołującym, jak, zresztą, wogóle w nowotworach. Ciekawą obserwację podaje Schoppler, gdzie kontuzja na wojnie wywołała u żołnierza, do owej pory zupełnie zdrowego, guz, który zajmował cały górny płat i część dolnego płata lewego płuca. Posiadamy obserwacje, że obce ciała, długo przebywające w oskrzelach, mogą doprowadzić do nowotworu. Promienie Roentgena też często wywołują to schorzenie; chciano też wytłumaczyć (Uhlig, Rosnowski) częstotliwość nowotworu płucnego u górników w Schneeberg, gdzie emanacje radioaktywne mają być tym momentem wywołującym.

Liczniesze są przyczyny natury chemicznej, w pierwszym rzędzie gazy trujące. Temby dało się wytłumaczyć zwiększenie liczby przypadków guza płucnego po wojnie, a jednocześnie na tę kolosalną liczbę zatrutych gazami odsetek chorych na nowotwór płucny jakż jest znikomy. Może i tytoń w pewnych przypadkach stwarza podłoże, sprzyjające rozwojowi schorzenia.

Gazy, wydzielane przez automobile, w dużych skupieniach również są przytaczane przez wielu autorów jako moment wywołujący. Bardzo dużo pisano o szkodliwym wpływie smoły, której używają przy asfaltowaniu ulic i dróg. Jeden z moich chorych, obserwowanych z d-r'em Landsbergiem, pracował właśnie przez długie lata przy

asfalcie; może rzeczywiście był to czynnik wywołujący w danym przypadku. Prace doświadczalne wykazały (Kimura), że wdmuchiwanie do dróg oddechowych smoły morską świnkom i królikom wywoływało nowotwory w płucach. Ciekawsze jest doświadczenie Fibigiera i Moellera, którzy smarowali smołą grzbiet szczurom i, zamiast otrzymać epitelomaty skóry, otrzymali nowotwór płucny u tych szczurów. Ciekawy również jest przypadek nowotworu płucnego u pewnego fryzjera, który przez dłuższy okres czasu fabrykował mydło smołowe. A jednak co do szkodliwości smoły opinia licznych autorów jest bardzo podzielona.

Oddawna znana jest choroba „Bergkrankheit”, w Schneeberg u górników, która doprowadza w średnim już wieku duży odsetek górników do śmierci z powodu guza złośliwego płuca. W ciągu 40 miesięcy, poczynając od 1922 roku, komisja saska do walki z rakiem w osobach Rostkockiego i Saupego badała na miejscu klinię i warunki powstawania tego schorzenia. Z ogólnej liczby 154 górników badanych 21 umarło w okresie przeprowadzonych badań, a sekcja stwierdziła w 13 przypadkach guz złośliwy płuca, czyli 62% ogólnej liczby śmierci dotyczyło raka płuc. Z przeprowadzonych badań wynika, że potrzebny jest dość długi okres czasu do ujawnienia się tej choroby. Umierają zwykle w wieku lat 50, częściej w starszym, a w młodszym rzadko niżej 38 lat.

Widocznie kurz, wydzielający się w kopalniach i wdychany stale przez robotników, spowodował schorzenie. Kurz ten w formie złogów stwierdza się na sekcji w płucach. Częsteczki tego kurzu są wyjątkowo szorstkie, i również niepoślednią rolę odgrywa jego skład chemiczny. Bizmut, kobalt, arsen i nikiel są głównymi produktami tamtejszej eksploatacji górniczej, a najszkodliwszym elementem dla płuc zdaje się być arsen z domieszkami kwarcu. Czynnikiem bardzo szkodliwym, jak już wyżej wspominałem, ma być radioaktywność kurzu kopalnianego. Pneumokonioza, powstająca w płucach, a stwierdzana klinicznie i rentgenologicznie, nie zawsze prowadzi jednak do nowotworu. Często nowotwór usadawia się w płucu, mało dotkniętym pneumokoniozą. Wchodzą tu w grę widocznie inne czynniki, jeszcze nie zbadane. Rozwój i sam charakter nowotworu w Schneeberg jest trochę odrębny. Długi okres, czasami piętnastoletni, związany z rozmaitymi dolegliwościami, charakteryzującymi już guz w okresie rozwoju, naogół nie przeszkadza choremu do kontynuowania pracy i względnie dobrego samopoczucia.

Rodzaj zajęcia często ma wywierać znaczny wpływ na powstawanie nowotworu. Robotnicy zatrudnieni w chemikaljach, farbiarniach, cieśle, kamieniarze, malarze, zajęci przy tytoniu skłonni są do tego schorzenia. Przypominam sobie człowieka, który przez długie lata pracował w zakładach tytoniowych w Brukseli, a zmarł w Paryżu z powodu raka płuca na sali szpitalnej, do której przydzielony był, jako student.

Przyczyny powstawania nowotworu płucnego w związku z infekcją były szczególnie podkreślane i bronione przez wielu autorów (Askanaazy, Laeschke, Moise, Mayer) po pandemii grypy 1918 roku. Istotnie, wzrost nowotworów płucnych w tym okresie był bardzo duży, ale oka-

zało się następnie, że w większości przypadków trudno było ustalić grypę w wywiadach u chorych. Są inne obserwacje, gdzie grypa bezwzględnie zajmuje miejsce czynnika wywołującego. Pneumonia, bronchopneumonia, bronchiektazja, a specjalnie gruźlica notowane są jako czynniki uspasabiające lub współistniejące z nowotworem płucnym.

Naogół widzimy, że wszystkie czynniki, rzekomo uspasabiające, nie mają tego decydującego znaczenia, jakiego wynikało z całego szeregu prac i klinicznych i teoretycznych. Żaden, na przykład, z naszych chorych nie miał w swej przeszłości choroby płucnej, u jednego z nich tylko można było ustalić czynnik wywołujący, czynnik o przypuszczalnym szkodliwym działaniu, a mianowicie, smołę. Zagadnienie szkodliwości rozmaitych wyżej wymienionych czynników jest dotąd otwarte wobec niezwalczonych przeszkód w kierunku ustalenia istoty powstawania nowotworu wogóle, a nowotworu płuc w szczególności.

Chcąc ująć wykład mój głównie ze strony symptomatologii klinicznej, nie będę zajmował uwagi czytelnika rozpatrzeniem sprawy anatomii patologicznej nowotworów płucnych, lecz ograniczę się do stwierdzenia, że nowotwór pierwotny najczęściej jest natury nabłonkowej — są to nabłoniaki rozmaitych typów, zależnie od miejsca powstania nowotworu. Odróżniamy postać cylindryczną, płasko-komórkową, drobno-komórkową i nietypową.

Przystępując do omówienia głównych zespołów objawów charakterystycznych dla nowotworu płucnego, muszę zaznaczyć, że ponieważ choroba stała się jednostką dość rozpowszechnioną, to o niej też zawsze musimy pamiętać, mając przed sobą chorego z zawiłym zespołem objawów płucnych. Rozpoznanie może być albo bardzo łatwe, albo też wymagające skrupulatnego i metodycznego badania. I w tej właśnie krańcowości tkwi charakter istoty schorzenia. Mamy do czynienia z nowotworem, który powstaje i rozwija się, uzewnętrzniając się albo w sposób gwałtowny lub też dyskretnie, nie dając przez długi okres czasu żadnych wyraźniejszych objawów. Choroba ta rozwija się bez określonego rytmu, często w sposób kapryśny. Główna trudność rozpoznawcza polega na tem, że guz usadowiony jest w narządzie, umieszczonym w głębi klatki piersiowej, gdzie ani wyczuć go, jak inne twory, ani też określić jego wielkości i miejsca usadowienia nie sposób. Rentgenoskopia, która bywa w tych przypadkach rozstrzygającą metodą badania, często też zawodzi, a to, niestety, z powodu rozmaitych dodatkowych procesów zapalnych, otaczających twór złośliwy, lub też z przyczyny znacznej ilości płynu, w którym guz kompletnie tonie i żadnego swego obrazu nie daje.

Niespełna dwa miesiące temu prześwietlaliśmy i fotografowaliśmy z d-r'em A d e l f a n g i e m chorą, o której wyżej wspominaliśmy, i nic oprócz dużej ilości płynu w prawej jamie opłucnowej stwierdzić się nie udało.

Objawy fizyczne są uzewnętrznieniem nacieczenia lub zmian jamowych, uzależnionych w pierwszym rzędzie od odmiany anatomicznej tworów i jego usadowienia. Każdej odmianie właściwy będzie inny zespół objawów. Objawy czynnościowe są bezwzględnie te same, co i w innych chorobach płucnych, ale, rzecz charakterystyczna, że występują one w danym schorzeniu często w sposób nagły, gwałtowny, a czasami bardzo złożony i prawie zawsze znajdują się w wielkiej dysproporcji do objawów fizycznych — ostatnie mogą być minimalne. Czasami jeden tylko objaw, jak, przypuśćmy, kaszel, duszność lub ból, nabierają takiego niepokojącego charakteru, że wobec braku widocznych zmian fizycznych powinna nasuwać się nam myśl o ewentualnym nowotworze. W innych przypadkach przy względnie małych objawach podmiotowych znajdujemy duży twór, zajmujący prawie pół pola płucnego. I w tym przypadku dysproporcja pomiędzy objawami fizycznymi a subiektywnymi staje się też momentem patognomicznym.

Wywiady dotyczące przebytych chorób płucnych, bytu oraz warunków pracy chorego, mogą dać nieraz cenne wskazówki rozpoznawcze, ale, niestety, jak wynika z naszych poprzednich rozumowań, nie zawsze mogą one służyć jako mocny fundament do budowania diagnozy.

Choroba zwykle postępuje wolno, objawia się kaszlem, dusznością, bólem większym lub mniejszym w okolicy klatki piersiowej, czasami krwawą plwociną. Dane badania fizycznego często przemawiają za przewlekłym zapaleniem oskrzeli, rzadką — i to nieraz sprowadza nas z drogi trafnego rozpoznania. Tylko metodyczne badania, oparte na rentgenodjagnostyce, w razie potrzeby na bronchoskopji i na bronchografji, a głównie myśl o ewentualnej możliwości nowotworu płucnego może nam pomóc w rozpoznaniu. Bo nie pojedyncze objawy, nie jakiś objaw patognomiczny, — cały kompleks dużych i małych objawów może być decydujący lub charakterystyczny dla nowotworu płucnego.

Zdarza się, że nagły początek choroby z wysoką ciepłotą ciała, bólem w boku, dusznością i krwawą plwociną daje nam obraz zawału płucnego, zapalenia opłucny lub pneumonii zserowaciałej gruźliczej, a później, długa rekonwalescencja, utrzymujący się nadal ból, narastająca duszność i postępujące wyniszczenie decydują o nowotworze.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Instytutu Anatomji Mózgu przy Uniwersytecie Zuryskim.
Nowe dane z anatomji patologicznej padaczki¹⁾.

Podał
Mieczysław MINKOWSKI (Zurich)

27 maja 1928 r. na zaproszenie Prezydium

¹⁾ Podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny Społecznej w Warszawie dn. 11. X. 1930.

Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego miałem zaszczyt wygłosić na 8-ym Zjeździe tegoż Towarzystwa w Warszawie referat na temat: „Anatomja patologiczna padaczki”.

Pierwsza część tego referatu, która dotyczyła anatomji patologicznej samych napadów padaczkowych — na pod-

stawie świeżych zmian, znajdowanych u osobników zmarłych w stanie padaczkowym, — lub wkrótce po takim została opublikowana *in extenso* w Roczniku Psychjatricznym. Reasumując literaturę i własne badania, przyszedłem do wniosku, że ze zmian tych żadna nie może być uważana za dostateczną i ogólną przyczynę napadu padaczkowego lub szeregu napadów. Albowiem niektóre z tych zmian, jak zwłaszcza pewne zjawiska naczyniowe — rozszerzenie przestrzeni okołonaczyniowych, miejscami ich infiltracja i zwłaszcza liczne świeże krwotoki — wprawdzie towarzyszą stale napadom padaczkowym i wskazują na to, że w mózgu istnieją przy nich rozlane zaburzenia naczyniowe, przypuszczalnie naczynioruchowe, które może poprzedzają bezpośrednio napad padaczkowy i może nawet bezpośrednio go wywołują, jednak czynnik ten nie wydaje się wystarczający, aby powstawanie napadów padaczkowych wytłómaczyć. Istotnie znane nam są i inne ciężkie zaburzenia centralne w ukrwieniu mózgu prawdopodobnie również genezy naczynio—ruchowej (które prowadzą też nieraz do podobnych zmian anatomo—patologicznych w postaci rozszerzenia przestrzeni okołonaczyniowych, krwotoków i t. d.), jak np. w urazach mózgowych, w intoksykacjach albo nawet w zwykłym omdleniu wskutek ciężkich wstrząsów psychicznych, ale zaburzenia te, wywołując wprawdzie również nagłą utratę świadomości, nie wywołują jednak najczęściej skurczów (tonicznych lub klonicznych), jak w padaczce. Nasuwa się więc przypuszczenie, że oprócz wymienionych zjawisk naczyniowych (względnie naczynioruchowych) istnieją prawdopodobnie pewne warunki szczególne w samej tkance nerwowej, które ze swej strony są istotne dla powstawania właściwych napadów padaczkowych. Dalej przyszedłem do wniosku, że i zmiany ostre w tkance nerwowej mózgu i w gleju u epileptyków, zmarłych w stanie padaczkowym, tłómaczą się tylko po części działaniem samych napadów padaczkowych, po części zaś wskazują na istnienie procesu ogólnego, bardzo rozlanego, który, czy to na skutek kumulacji, czy też czasowego zaostrzenia w przebiegu procesu chronicznego, wywołuje to tu, to tam namacalne i na razie ostre zmiany w tkance nerwowej, które z czasem mogą albo znowu zniknąć, albo przejść w stadium chroniczne.

W każdym razie anatomia patologiczna poucza nas, jak i klinika, że napad padaczkowy nie przedstawia sobą istoty choroby, lecz jest tylko jej objawem i reakcją biologiczną, ten objaw atoli ma sam poważne znaczenie i może potęgować już istniejące w mózgu warunki patologiczne lub nawet samodzielnie wytwarzać nowe, bądź ogólne, bądź w postaci bardziej zlokalizowanych uszkodzeń (np. krwotoków albo ognisk degeneracji komórek nerwowych), które stanowią odłąd *loci minoris resistentiae*. A to znów obciąża i komplikuje sytuację patologiczną i pod względem ogólnym i zapewne w postaci wzmożonej nieraz skłonności do nowych napadów i zmniejszonej w stosunku do nich odporności.

Części drugiej mego referatu, dotyczącej zmian chronicznych w padaczce, dotychczas nie opublikowałem. Należą do nich

zwłaszcza pewne zmiany w korze mózgowej, mianowicie: degeneracja i zanik części komórek kory oraz rozrost gleju w jej warstwie zewnętrznej (t. zw. molekularnej), znana skleroza rogu Ammona, zanik komórek Purkinjego w mózdku i niektóre inne, które wszystkie wskazują zgodnie z wynikiem badania zmian ostrych, że zwłaszcza w padaczce t. zw. samoistnej, ale zapewne i w innych jej postaciach, mamy do czynienia z procesem ogólnym, który wywołuje nie tylko same napady padaczkowe i ostre zaburzenia, z niemi związane, ale też i pewne zmiany chroniczne. Zmiany te nie są, zresztą, specyficzne dla padaczki, lecz przypominają, przynajmniej po części, te, jakie się znajdują np. w procesach starczych, albo też w chronicznych procesach intoksykacyjnych.

Nie mam jednak zamiaru ani możliwości mówić tutaj wogóle o anatomii patologicznej padaczki, lecz chciałbym tylko nakreślić niektóre nowsze dane z tej dziedziny, przyczem mam na myśli przede wszystkim takie, które zostały zdobyte w Instytucie Neurologicznym w Zurichu. Dane te są dwójakiego rodzaju.

Po pierwsze, szkoła zuryska, idąc śladem swego mistrza Monakowa, w badaniach nad fizjologią i patologią mózgu zwraca szczególną uwagę na spłoty naczyniaste, na wyściółkę i tkankę podwyściółkową oraz glej, wogóle na te twory, które w zespole swoim stanowią t. zw. barjerę hemo—encefaliczną lub ekto—mezodermiczną mózgu, t. j. skomplikowany aparat filtracyjny i obronny między układem tkanki łącznej, a więc zwłaszcza naczyń krwionośnych, a samą tkanką nerwową. Istnieje przypuszczenie, że w obrębie tej barjery różne substancje ze krwi zostają bądź zatrzymane, bądź zmodyfikowane lub zneutralizowane, tak, aby tkankę nerwową uchronić od działania czynników neurotoksycznych. Otóż badania nad stanem tej barjery w schizofrenji, w epilepsji i innych stanach chorobowych prowadzone były, oprócz samego Monakowa, głównie przez uczniów jego Kitabayashi i de Allende. Ten ostatni badał specjalnie stan spłotów naczyniastych, wyściółki i tkanki podwyściółkowej w padaczce i stwierdził, że przedstawiają one nieraz bardzo wyraźne zmiany w postaci atrofji i złuszczenia wyściółki na mniejszej lub większej przestrzeni oraz zmian atroficznych w spłotach naczyń naczyniastych, i to zarówno w nabłonku, jak w tkance łącznej, zwłaszcza w samych kosmkach, które są drobne i wobec zaniku tkanki łącznej bardzo gęsto ułożone podług typu, który Allende nazywa ptasim („type aviaire”), ponieważ istnieje on normalnie u ptaków. Osobiście również badałem stan spłotów naczyniastych, wyściółki i tkanki podwyściółkowej w padaczce. Należy tu przede wszystkim zaznaczyć, że wogóle ocena zmian w tych częściach mózgu jest rzeczą bardzo trudną i nieraz wątpliwą, ponieważ zwłaszcza same spłoty są organem bardzo wrażliwym, który i przy braku specjalnych schorzeń przedstawia nieraz mniej lub więcej wyraźne zmiany a nawet miejscami obrazy atrofji i sklerozy albo „type aviaire”. Jednak i przy uwzględnieniu tych trudności powiedzieć muszę, że podług tego, co dotąd stwierdzić mogłem, zmiany i osobliwości, jakie nieraz

przedstawiają spłoty naczyniaste w padaczce, zasługują jednak na uwzględnienie. Przytem zgodnie z poglądami Allendy chodzi, i mojem zdaniem, nie tyle o zmiany wtórne (będące skutkiem napadów lub procesu padaczkowego), choć i takie dają się obserwować, jak o zmiany pierwotne, o zmniejszenie ogólnej objętości i wadliwe zróżniczkowanie komórek, które nieraz są jakby zlepione między sobą, ale też ze ścianką komór, t. j. z wyściółką i tkanką podwyściółkową. Otrzymuje się istotnie wrażenie, że chodzi tu nieraz o pewien stopień hipoplazji konstytucjonalnej spłotów, a być może, wogóle aparatów sekrecyjnych mózgu w padaczce, która mogłaby stanowić podłoże anatomiczne dla ich hipofunkcji lub raczej dysfunkcji. Zresztą zmiany takie dałyby się zestawić z całym szeregiem drobniejszych lub nawet znaczniejszych zmian konstytucjonalnych, np. w korze mózgowej, w mózdzku, w komorach (Tyczka) i t. d., jakie się nieraz w mózgu osobników, chorych na padaczkę, znajdują. Wskazywałoby to na to, że mamy tu do czynienia z mózgiem konstytucjonalnie uszkodzonym lub co najmniej znacznym. Można by było też przypuszczać, że w spłotach naczyniastych i wogóle w anomaljach bariery mezo-ektodermicznej leży przynajmniej jedno ze źródeł, a może nawet bardzo istotne, chronicznego działania szkodliwego na tkankę nerwową, które się kumuluje i od czasu do czasu prowadzi do ostrych wyładowań w postaci napadów padaczkowych.

Do bariery mezo-ektodermicznej mózgu należą, zresztą, i opony mózgowe. W związku z tem wskażę tu na pogląd pewnych autorów amerykańskich (Temple Fay, Winkelmann), którzy w anomaljach tych opon (zwłaszcza takich, które utrudniają odpływ z nich płynu mózgowo-rdzeniowego) upatrują punkt wyjścia zaburzeń napadotwórczych. Wskażę też na bardzo interesujący referat prof. Orzechowskiego o klinice i patogenie padaczki, w którym wypowiada on przypuszczenie, że kardynalnym składnikiem bodźca napadotwórczego są prawdopodobnie najczęściej zaburzenia krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego, ogólne lub miejscowe, dotyczące powierzchniowych obszarów opon lub też ich przestrzeni okołonaczyniowych, ukrytych w mięszu.

O tem wszystkim mówię tu krótko i pobieżnie, ma to być jeszcze dokładniej przedstawione w drugiej części referatu ogólnego, o którym wspominałem. Natomiast przechodzę teraz do kwestii specjalnej, która stanowi najbardziej istotną część tych wywodów, ponieważ w niej mogę przedstawić pewne nowe dane z anatomii patologicznej padaczki, o ile mi wiadomo, dotąd zupełnie nieznanne.

Otóż, przeglądając ponownie mój materiał po referacie warszawskim, znalazłem w całym szeregu przypadków zmiany w pewnej części mózgu, w której ich dotąd w padaczce nie znajdowano, mianowicie w t. zw. oliwce dolnej lub opuszkowej. Zanim te zmiany przedstawię, muszę powiedzieć słów parę o tem, co nam dotąd o anatomii normalnej i patologicznej tej części mózgu wiadomo.

Oliwka opuszkowa jest charakterystyczną szarą masą w dolnej części rdzenia przedłużonego. Na przekrojach przedstawia się ona w postaci pofałdowanej, na wewnątrz otwartej podkowy, w której odróżnić można listek wentralny i listek dor-

salny lub grzbietowy, połączone z zewnątrz. Oprócz oliwki głównej istnieją t. zw. paroliwy, jedna przyśrodkowa, druga grzbietowo-boczna. Poniżej oliwek znajdują się piramidy, między oliwkami t. zw. pętlice środkowe (*lemnisci mediales*), t. j. centralne drogi czucia, zwłaszcza głębokiego. O połączeniach anatomicznych oliwek dla zorientowania nie—specjalistów słów kilka.

1) *Tractus thalamo — olivaris* Flechsig — Bechtierewa, albo *tractus centralis tegmenti* Bechtierewa łączy wzgórze wzrokowe z oliwką, prawdopodobnie rozpoczyna się we wzgórzu, zaś kończy i rozgałęzia w oliwce.

2) *Tractus olivo-spinalis* Helwega łączy oliwkę z rdzeniem do wysokości 3-go odcinka szyjnego, a czasem i niżej, przebiegając w postaci słabo i późno zmyelinizowanych włókien w przednio—bocznej okolicy tylnej części opuszki i rdzenia szyjnego.

3) *Fibrae olivo-cerebellares* (włókna oliwkowo—mózdkowe). Najważniejsze połączenie oliwki stanowią włókna, które powstają jako wyrostki osiowe z jej komórek i ciągną do mózdzku, przeważnie do przeciwległej jego połowy poprzez nakrycie (*tegmentum*) i ciało powrozkowate (*corpus restiforme*). Większość autorów jest zdania, że włókna te kończą się w korze mózdkowej, poczęści w półkulach, poczęści w robaku, niektórzy (np. Keller) sądzą, że część tych włókien kończy się prawdopodobnie w t. zw. *Nucleus dentatus cerebelli*, t. j. w jądrze zębatego mózdzku, oraz w *nucleus fastigii* lub jądrze szczytu. Obok włókien oliwkowo—mózdkowych istnieje prawdopodobnie też pewna liczba włókien w kierunku odwrotnym, t. j. rozpoczynających się w mózdzku i kończących w oliwce. Ważność specjalnie tego połączenia wynika z tego, że oliwka po zniszczeniu mózdzku podlega prawie całkowitej degeneracji wtórnej, po zniszczeniu połowy mózdzku przeważnie oliwka przeciwległa. Tak więc oliwka należy przede wszystkim do układu mózdkowego. Ona też podlega atrofii w zespole klinicznym i anatomicznym — patologicznym, znanym pod nazwą *atrophia olivo-ponto-cerebellaris*.

W nowszych czasach anatomją, fizjologją i patologją oliwki zajmowała się dokładnie Zandowa. Przypisuje ona jej ważne znaczenie w związku z czynnością stania w pozycji pionowej (jak to już dawniej czynili Obersteiner i Williams); przytem powołuje się między innymi na to, że oliwki u zwierząt dwunożnych, t. j. zwłaszcza u niektórych gatunków małp i u człowieka, są znacznie silniej rozwinięte, niż u czworonożnych, następnie na wyniki pewnych badań doświadczalnych nad królikami oraz na zmiany oliwek w niektórych procesach chorobowych do których właśnie przechodzimy.

Histopatologją oliwek zwłaszcza w ostatnich czasach więcej się zajmowano. Ze starszych autorów Obersteiner wskazał na to, że komórki nerwowe oliwek już w normalnych warunkach zawierają pewną ilość pigmentu tłuszczowego, która się z wiekiem powiększa. Następnie kilku autorów znalazło zmiany w oliwkach starczych. Wskażę tu na cenną monografię Simchowicza z pracowni Alzhemera o histopatologii mózgu w *senium* i w *dementia senilis*, w której autor nadmienia, że komórki nerwowe oliwek są zazwyczaj tłuszczowo zdegenerowane. Podobne zmiany

degeneracyjne w komórkach oliwek u starców opisywali również Dana, Dowse, ostatnio zaś bardziej dokładnie Braunmühl i Zandowa. Braunmühl wskazuje, że cała oliwka podlega u starców procesowi degeneracyjnemu o charakterze postępującej atrofii barwnikowej (Pigmentatrophie), a następnie i całkowitego zaniku komórek nerwowych oraz reakcji gleju, co ostatecznie prowadzi do sklerozy. Zandowa znalazła całkowitą degenerację komórek oliwki w dwóch przypadkach starczych na 5 badanych.

Dalej zmiany degeneracyjne w oliwce były opisywane kilkakrotnie w chorobie Parkinsona (Dana, Dowse, Lewy, Foerster, Zandowa).

Zandowa znalazła również bardzo znaczne zmiany w oliwkach w postaci chromatolizy, nabrzmienia komórek, przesunięcia jąder, reakcji gleju i t. d. w całym szeregu przypadków *encephalitis lethargica* oraz w trzech przypadkach tężca. Autorka ta wypowiada przypuszczenie, że ze zmianami temi związane są anomalje postawy ciała, t. j. zwłaszcza sztywność i posunięcie tułowia, a zwłaszcza głowy do przodu, jakie się tak często napotyka nie tylko w chorobie Parkinsona, ale też w stanach parkinsonowskich po zapaleniu nagminnym mózgu.

W nowotworach i w chorobach infekcyjnych Zandowa zmian w oliwkach nie znajduje. To ostatnie nie zgadza się z wynikami Braunmühla, który znalazł zmiany w oliwkach w różnych chorobach infekcyjnych, jak *sepsis*, tyfus brzuszny, *meningitis tuberculosa* i innych, następnie również w *encephalitis epidemica*, schizofrenii i *delirium tremens*. Wyciąga on stąd wniosek, że wogóle układ oliwkowy jest bardzo

wrażliwy, przyczem zmiany patologiczne jego należy uważać za skrajne odmiany zmian normalnych. Pod względem lokalizacji Braunmühl znajduje, że część grzbietowa oliwki zwykle w wyższym stopniu i wcześniej podlega degeneracji, niż część ventralna, i przypisuje to, przynajmniej częściowo, działaniu czynników naczyniowych (w myśl Spielmeiera, który kładzie nacisk na niepomysłne lokalne warunki ukrwienia, jako czynnik doniosły pod względem specjalnej lokalizacji procesów patologicznych).

Wspomnę jeszcze pracę Hoffa i Kaudersa, którzy znaleźli ostre zmiany w oliwkach u zwierząt, zatrutych *veronalem*. Zwierzęta te przedstawiały bezwład ruchów o typie mózdkowym, co autorzy ci, moim zdaniem słusznie, przypisują ściślejszej przynależności oliwek do aparatu mózdkowego.

Co do padaczki Braunmühl wspomina tylko, że w jednym przypadku znalazł w oliwce bujanie gleju u epileptyka, zmarłego w *status epilepticus*. W ostatniej pracy, która ukazała się kilka miesięcy temu, a poświęcona jest histologicznym zmianom komórek nerwowych i gleju w oliwkach w różnych schorzeniach, nadmieniam, że najczęstszą formą tych zmian jest degeneracja tłuszczowa i t. zw. „homogenisierende Zellerkrankung” Spielmeiera (t. j. homogenizacja i zanik komórek), i że rzadko tylko występują w nich zmiany ischemiczne. Najczęściej jeszcze spotyka się te ostatnie w arteriosklerozie mózgowej, w hipertoni, a w stadiach początkowych czasem i w *status epilepticus* i *paralyticus*. Innych wskazówek na zmiany w oliwkach w padaczce w literaturze nie znalazłem. (dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi.

Podał

Dr. M. PŁOŃSKIER,

prosektor Szpitala na Czystem (Warszawa).

Etiologia nowotworów złośliwych jest dziś tak samo niejasna, jak była przed laty. W olbrzymim piśmiennictwie z tej dziedziny dość trudno jest odnaleźć choćby linię wytyczną lub kierunek poszukiwań. Badań etiologicznych jest coraz mniej; przeważają prace nad warunkami ubocznymi, sprzyjającymi powstawaniu i rozwojowi nowotworów lub też hamującymi ich wzrost.

Jest w tem tragiczna konieczność: nie znając przyczyny zjawiska, dziesiątkującego ludzkość, nie możemy stanąć do otwartej walki; musimy ograniczać się do półśrodków, a najczęściej rezygnować. Historia się powtarza: to samo było z gruźlicą i kiłą, zanim poznano przyczyny, które je wywołują.

Badania nad rakami smołowymi nie przyczyniły się do wyjaśnienia etiologii nowotworów: wykazały tylko, że smoła, drażniąc tkanki przez czas dłuższy,

doprowadza często do powstania raka w sposób, zresztą, dla nas zupełnie niejasny. Poszukiwanie w smołach czynnika rakotwórczego nie dało żadnych rezultatów; nic też nie dały mgliste teorie i hipotezy, oparte na doświadczeniach ze zwierzętami smołowanymi. To też z uznaniem należy powitać te prace nad rakami smołowymi, które mogą mieć znaczenie praktyczno-profilaktyczne dla ludzi. Teutschlaender badał bardzo szczegółowo częstość oraz warunki powstawania raków u robotników, zatrudnionych w fabrykach smoły i jej przetworów. Niżej podana tablica, oparta, co prawda, na małych liczbach, ustala związek pomiędzy liczbą lat pracy przy przetworach smołowych i częstością występowania zmian przedrakowych i rakowych u robotników (brodawki, powstające pod wpływem smoły, należy bezwzględnie zaliczyć do zmian przedrakowych; sposoby leczenia brodawek, stosowane przez robotników, przyspieszają tylko powstanie raka.)

Teutschlaender streszcza swoje spostrzeżenia nad robotnikami, poparte doświadczeniami na zwierzętach, w całym szeregu tez, obalających różne niepewne teorie i hipotezy o działaniu smoły.

Przypuszczano, że smoła, drażniąc tkanki, przy-

Liczba lat pracy przy przetwor. smołowych.	Liczba zbada-nych ro-botników.	Liczba broda-wek i raków.
1 — 5 lat	40	17%
5 — 10 „	38	21 ⁰ / ₀
10 — 15 „	22	36 ⁰ / ₀
15 — 20 „	9	67 ⁰ / ₀
20 — 25 „	13	69 ⁰ / ₀
25 — 30 „	14	71 ⁰ / ₀
30 — 35 „	13	77 ⁰ / ₀
35 — 40 „	5	80 ⁰ / ₀
ponad 40 lat	4	100 ⁰ / ₀

gotowuje podłoże i ułatwia zakażenie „zarazkiem”, który jakoby w niej się znajduje. Badanie bakteriologiczne licznych próbek smoły wykazało, że są one przeważnie jałowe: jeżeli zaś w smole wykrywano bakterje, to rozrost ich był bardzo słaby. Niesłuszne, według T., jest przypisywanie bardzo dużej roli w powstawaniu raków smołowych czynnikowi fotodynamicznemu; myszy, smarowane smołą w różnych warunkach świetlnych, jednakowo chorowały na raka. Jeżeli idzie o substancje czynne, zawarte w smole, to T. twierdzi, że działanie jej nie zależy ani od przypadkowej domieszki arsenu, ani od nieprzedeistylowanego antracenu, ani akrydyny, którym przypisywano szczególnie własności rakotwórcze. Najważniejsze wnioski dotyczą warunków pracy przy przetworach smołowych. Bardzo groźny dla robotników jest pył smołowy: robotnicy, pracujący w oddziałach, w których unoszą się opary smoły, a nie suchy pył, o wiele rzadziej chorują na raka. Nawet po krótkotrwałym działaniu smoły na komórki, pozostają w nich ślady, które się przenoszą na komórki potomne: pozostaje usposobienie do rozrostu rakowego. Myszy pendzlowano kilkakrotnie w ciągu 2 tygodni z przerwami 1 lub 2-miesięcznymi; powstawał rak, przyczem suma wszystkich okresów pendzlowania była często mniejsza od przeciętnego czasu pendzlowania, po którym zwykle zjawiają się raki. Jeżeli jednak przerwy pomiędzy okresami pendzlowania były dłuższe, to sumowanie śladów nie następowało: po 4—7-miesięcznej przerwie myszy, przedtem pendzlowane, zachowywały się tak, jakgdyby smoła na nie wcale nie działała. Z doświadczeń powyższych wynika, że robotnicy nie powinni nieprzerwanie przez czas dłuższy pracować przy smole. Ponieważ rak powstaje przeciętnie po 7—10 latach pracy, to ze względów profilaktycznych nie należy zezwalać, aby robotnik pracował bez przerwy dłużej, niż 3—4 lata. Po tym okresie powinna nastąpić przerwa co najmniej 8-letnia, podczas której dopiero może zniknąć usposobienie do raka, nabyte pierwotnie. Jest to najtrudniejsza do rozwiązania praktyczna sprawa t.zw. ekspozycji, — ustalenie okresu czasu, wystarczającego, ażeby dany czynnik, drażniący tkanki, wywołał rozrost rakowy. Wobec częstotności raków smołowych sprawa ochrony pracy w fabrykach przetworów smołowych powinna być unormowana jaknajdokładniej.

Niemniej ważnem jest zagadnienie usposobienia wrodzonego do raków smołowych. Spostrzeżenia, dokonane na robotnikach, i doświadczenia na zwierzętach wykazały w tym względzie bardzo znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi osobnikami: zewnętrznym wyrazem większego usposobienia jest wczesne zjawia-

nie się brodawek, zmian barwnikowych na skórze i t.p. Przytem u wszystkich ludzi usposobienie wzrasta z wiekiem: po 40-tym roku życia usposobienie rakowe jest bezwarunkowo większe. Z tych wszystkich względów konieczne jest, według T., przestrzeganie w fabrykach przetworów smołowych całego szeregu przepisów o charakterze profilaktycznym. Należy przyjmować do fabryki młodych robotników, pouczać ich o higienie pracy (środki ochronne, czystość, pielęgnowanie skóry); trzeba często zmieniać warunki pracy (bardzo szkodliwy pył smołowy na mniej szkodliwą parę smoły); po 2—3 latach pracy przy smole dawać robotnikowi pracę innego rodzaju; wreszcie jaknajczęściej przeprowadzać oględziny lekarskie. Bardzo ciekawe są spostrzeżenia T. w jednej z fabryk smołowych (Zeche Engelsburg bei Bohum), gdzie od 16 lat robotnicy pracują w lepszych warunkach. Dzięki udoskonaleniom technicznym robotaręczna jest prawie zupełnie zniesiona, oraz możliwe jest nieprzebywanie robotników w pomieszczeniach, nasyconych pyłem smoły (F o h r — K l e i n s c h m i d t s c h e s P e c h z e r s t ä u b u n g s v e r f a h r e n). Okazuje się, że w tej fabryce u robotników nie występują raki, ani też zmiany przedrakowe. Ostatnio i inne fabryki niemieckie wprowadzają podobne udoskonalenia. Należy przypuszczać, że praca T e u t s c h l a e n d e r a zwróci uwagę na konieczność odpowiedniej organizacji w tej dziedzinie pracy również i w innych krajach. Będzie to dużym krokiem naprzód dla sprawy profilaktyki raka, i żadne nowe teorie raków smołowych nie zdołają go zastąpić.

Oprócz smoły istnieją liczne inne substancje chemiczne, które działając przez czas dłuższy na tkanki mogą wywołać rozrost rakowy. Ostatnio zwrócono uwagę na czerni drukarską. S t e i n b r ü c k pendzlował białe myszy czernią: z 16-tu 8 zginęło, a u 5-ju powstały raki skóry z przerzutami. Spostrzeżenie nader ważne: papier drukowany jest stanowczo zbyt często używany do najróżnorodniejszych potrzeb codziennych. Szczególnie niewłaściwe jest używanie gazet do opakowywania produktów spożywczych; szkodliwe może być również stosowanie ich zamiast papieru klozetowego.

L i c k i n t obszernie opracował zagadnienie wpływu tytoniu na powstawanie raka. Przy używaniu tytoniu działają na organizm bodźce chemiczne, mechaniczne i termiczne, i działanie to trwa zwykle w ciągu długich lat. Jest więc prawdopodobnem, że tytoń ma znaczenie dla powstawania raków, chociaż w stosunku do liczby palących liczba raków nikotynowych może się wydawać nieznaczna. Doświadczenia na zwierzętach nie dały jednolitych wyników. B r o s c h wcierał myszom do skóry sok tytoniowy i wywoływał nietypowy rozrost nabłonka. W a c k e r i S c h m i n k e, smarując uszy królikom osadem z fajki, otrzymywali rozległe nietypowe rozrosty nabłonkowe. H o f f m a n n, S c h r e u s s i Z u r h e l l e natomiast nie mogli u myszy wywołać zmian nietypowych w nabłonku za pomocą soku tytoniowego. Raki warg często występują u ludzi, palących fajki, i dlatego może są o wiele częstsze u mężczyzn, aniżeli u kobiet (na 49 raków wargu mężczyzn przypada w B r o d e r s a 1 rak u kobiet). Stosunek ten zupełnie się zmienia w krajach, gdzie kobiety również często palą fajki: w Ameryce Południowej wśród kobiet czerwono-skórych raki warg są bardzo częste. Według statystyki B r o d e r s a z 537 raków warg 80% przypadło na mężczyzn palących (z tych 78,5% paliło fajki),

liczby, bardzo przekonujące. Znane są dobrze fakty, kiedy raki warg powstawały dokładnie w tem miejscu, gdzie palący trzymał fajkę. Hanse mann opisuje ciekawy przypadek, kiedy u mężczyzny, który trzymał fajkę z prawej strony, powstał rak wargi na odpowiednim miejscu; po operacji chory trzymał fajkę po stronie lewej, — i wkrótce wystąpił rak znów na tej stronie. Raki języka również częściej powstają u mężczyzn, aniżeli u kobiet (4—10:1), i tu znów przeważnie u palących; wreszcie raki krtani i płuc są częstsze u mężczyzn. Jasne jest, że palenie tytoniu, a szczególnie fajek drażni stale śluzówki; jednakże wargi i jama ustna należą do narządów, stale narażonych na działanie najróżniejszych bodźców; to też powstawanie raka jest tu raczej zależne od sumowania się skutków tych wszystkich bodźców, wśród których tytoń może wysuwać się nieraz na plan pierwszy. W każdym razie działanie tytoniu na śluzówki nie jest tak wyraźne, jak działanie smoły na skórę. Potwierdzają to poniekąd wspomniane już doświadczenia na zwierzętach, które nie dały wyraźnych wyników.

Przytoczone tutaj badania wykazują, że zewnętrzne czynniki drażniące nie są istotną przyczyną raka: wytwarzając przewlekłe stany zapalne w tkankach, zmniejszają ich odporność i ułatwiają może w ten sposób zadziałanie istotnego czynnika, wywołującego rozrost złośliwy. Podobnie się dzieje i w innych jednostkach chorobowych: złe warunki higieniczne, wilgoć, nieprawidłowe odżywianie lub częste przeziębienia odgrywają bardzo ważną rolę w powstawaniu i rozwoju gruczolicy, ale nie są one przyczyną gruczolicy.

W związku z coraz większymi postępami biochemii rozpowszechnia się mniemanie, że rak jest chorobą przemiany materii. Czynniki drażniące mogą wszak wpływać na ogólną przemianę materii, powodować ciężkie zaburzenia w odżywianiu tkanek i wywoływać zjawienie się substancji szkodliwych dla normalnych procesów rozrostu lub odradzania komórek. Zaburzenia te mogłyby powstawać również na skutek wadliwego odżywiania, powodować zasadnicze zmiany w chemizmie całego ustroju i wywoływać usposobienie rakowe.

Prace nad witaminami znalazły swoje echo w badaniach nad nowotworami. Już dawniej stwierdzano, że u zwierząt, karmionych pożywieniem o nieprawidłowej zawartości witamin, występują dość często metaplasze w różnych tkankach. Mori, usuwając z pokarmu pewne rodzaje witamin, wywoływał u szczurów rogowacenie nabłonka tchawicy i krtani. Wolbach i Howe spostrzegali, że w podobnych warunkach nabłonek układu moczopłciowego i przewodów gruczołowych stawał się płaski i ulegał rogowaceniu. Sajiki i Fujimaki, usuwając z pożywienia witaminę A, wywoływali u szczurów rogowacenie nabłonka oraz brodawczaki w żołądku, miedniczce i w pęcherzu moczowym; w dwóch przypadkach powstały raki żołądka, jeden z przerzutami do płuc. Wyniki badań innych autorów były jednakże niezgodne z poprzednimi. Sweet, Corson-White i Saxon, przeszczepiając raki myszy, pozbawione witamin, otrzymywali tylko 19% wyników dodatnich, podczas gdy u myszy, normalnie odżywianych, przy-

nowało się 75% raków. Wzrost guzów w braku witamin był bardzo powolny i stawał się znacznie szybszy przy podawaniu pokarmów pełnowartościowych.

R. Erdmann sprawdzała wpływ witamin na powstawanie raków u szczurów. Doświadczenia były wykonane w dużym zakresie i dały wyniki dość ciekawe.

Witamina B, wykrystalizowana przez Funka z drożdży, jest dobrze znana: brak jej wywołuje u młodych szczurów zwolnienie wzrostu, wycieńczenie i porażenie tylnych kończyn. Z witaminą B jest zawsze połączona witamina D (według terminologii R. E.), która pobudza tkanki do rozrostu. Witamina D jest bardziej odporna na ciepło, aniżeli B: szczury, karmione drożdżami, ogrzanymi do 100°, dobrze rosły, ale wykazywały objawy awitaminozy B. R. Erdmann karmiła szczury przez czas dłuższy pożywieniem, zawierającym tylko witaminę B (a więc i D). Z 40 szczurów 3 zachorowały na raka sutki, a jeden na brodawczaka żołądka. Po zjawieniu się nowotworów szczury otrzymywały pełnowartościowe pożywienie, i raki zaczęły bardzo szybko rosnąć. W tej samej serii doświadczeń u innych 4 szczurów rozwinęły się guzki podskórne na brzuchu; jednakże po przeniesieniu tych szczurów na pełną dietę, guzki zginęły. Próby przeszczepiania otrzymanych nowotworów na inne szczury dały wyniki ujemne. Erdmann podkreśla, że guzy wystąpiły u samiczek i wyrastały z gruczołu piersiowego. Nie był to może przypadek: gruczoł piersiowy jest narządem, w którym łatwo powstają zaburzenia w wydzielaniu, zastój wydzieliny, a w związku z tem drobne ogniska zapalne; pod wpływem zaburzeń w odżywianiu z tych ognisk może się rozpocząć rozrost nietypowy. Erdmann przypuszcza, że te sprawy mogły działać tak, jak czynniki drażniące, wywołujące przewlekłe stany zapalne. Zaburzenia w przemianie materii może tylko wywołać ogólne usposobienie ustroju do wytwarzania raka; bodźce zewnętrzne lub samoistne sprawy chorobowe tkanek decydują o miejscu i czasie powstania raka.

We wnioskach R. Erdmann jeden punkt jest słabo uzasadniony: przypuszcza ona, mianowicie, że pod wpływem zachwiania równowagi witamin w pożywieniu następuje w tkankach rozluźnienie połączeń między komórkami; w tych miejscach rozpoczyna się jakoby bujanie nowotworowe. Przypuszczenie to potrzebne R. E. ze względów logicznych w tych przypadkach, kiedy rak powstaje bez widocznego wpływu czynników drażniących lub bez samoistnych ognisk zapalnych, — jest bardzo mało prawdopodobne. Busch, który badał histologicznie szczury z doświadczeń Erdmann, nie stwierdził żadnych zmian tego rodzaju.

Na zasadzie badań powyższych trudno jest przypuszczać, że powstawanie nowotworów może być zależne od nieprawidłowej zawartości witamin w pokarmach: brak lub nadmiar różnych witamin może tylko mniej lub więcej sprzyjać rozrostowi złośliwemu. Dokładniejsze badania w tym kierunku mogą być bardzo ważne dla zagadnienia dietetyki w przebiegu nowotworów.

(C. d. n.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

TÜHNER. Roztwory strofantyny w handlu i ich działanie. (D. m. W. Nr. 41 1930).

7 gatunków roztworów strofantyny, pochodzącej z różnych fabryk, poddano sprawdzeniu co do ich działania farmakologicznego. Badania dokonano z g-strofantyną i k-strofantyną na żabach przy podskórnym wstrzykiwaniu oraz na sercach izolowanych. Jedynie w 4 roztworach stwierdzono pełnowartościowe działanie.

Powyższe wyniki wymagają koniecznie sprawdzania każdego preparatu strofantyny zanim ukoże się w handlu.

St. Luxenburg.

HOLM. Przewlekłe zatrucie dwutlenkiem węgla jako choroba zawodowa u gospodyń i służących. (D.m.W. Nr. 46 1930).

Przewlekłe zatrucie gazem świetlnym lub dwutlenkiem węgla spotyka się dosyć często. Z objawów podkreślić należy: ból i zawroty głowy, błądź, brak apetytu, nudności, bezsenność, ogólne osłabienie. We krwi zmian nie stwierdza się. Rozpoznanie tego cierpienia jest dość łatwe, o ile się o niem pomyśli. Przyczyny tego zatrucia doszukiwać się należy w niedostatecznym zamknięciu kurków gazowych i przepuszczalności gazu przez węże gumowe oraz w niedostatecznym spalaniu się gazu świetlnego w palnikach oszczędnościowych. Zapobiegawczo należałoby usunąć zupełnie węże gumowe oraz przeprowadzić inspekcję palników gazowych.

Wanda Franzówna.

KLAUSNER-KRONHEIM. Uszkodzenie nerek po stosowaniu vigantolu. (D.m.W. Nr. 37 1930).

Przejęciowe uszkodzenie nerek u dzieci niegruźliczych przy stosowaniu vigantolu spostrzegala autorka w 3 przypadkach. Vigantol podawano niemowlętom w 5 — 7 miesiącu z wyraźnymi zmianami krzywiczymi. W jednym przypadku przy podawaniu 5 mg. ergosteryny dziennie (dawka duża) po 2 tygodniach podawania wystąpiła zmiana usposobienia, białkomocz, a w osadzie pojedyncze krwinki i wałeczki szkliste. W 2 pozostałych przypadkach przy stosowaniu 1 mg. ergosteryny dziennie podrażnienie nerek wystąpiło po 6 i 14 dniach. Po odstawieniu vigantolu już po 2 dniach była wyraźna poprawa. U dorosłych przy podawaniu preparatów ergosteryny podobnych zaburzeń nigdy nie spostrzegano.

Wanda Franzówna.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. V. KNORRE. Kliniczne badania nad pobudliwością (chronaxia). (Dtsch. Arch. Klin. Med. Nr. 168, z. 1—2).

W swej pracy porusza autor zagadnienie, czy środki nowoczesnej elektrodjagnostyki są w stanie pogłębić nasze wiadomości o pośredniej przemianie materji w tkankach i uzupełnić stosowane dotąd w tej dziedzinie chemiczno-fizyczne metody.

Ustalone przez Bourguignona normalne liczby chronaksji (najmniejsze napięcie, względnie siła prądu, nie zbędna do ledwie widocznego skurczu, nazywa się reobazą; czas, mierzony w sigmach = 0,001 sekundy, jakiego potrzebuje bodziec o podwójnym napięciu, względnie sile prądu

reobazy, aby wywołać ten sam skutek nazywa się chronaksją) dla poszczególnych mięśni zachowują swą pełną wartość i dla używanej przez autora aparatury.

Przy ocenie zmian w liczbach chronaksji, spowodowanych przez zaburzenia przemiany materji, okazało się celowym nieograniczanie się do tych spostrzeżeń na jednym mięśniu, lecz poddawanie analizie wartości chronaksji, pewnej liczby mięśni w ich wzajemnym stosunku.

Stosunki wzajemne wartości chronaksji określonych mięśni wykazują w graficznym obrazie charakterystyczną konfigurację, którą autor nazywa „reljefem chronaksji” (Chronaxiarelief).

W utajonej tężyczce przychodzi do znacznego zwiększenia się liczb chronaksji.

W doświadczeniach z hiperwentylacją liczby chronaksji się zwiększają, przyczem rozmaite mięśnie wykazują rozmaite strome wzniesienia i następny spadek swych liczb chronaksji.

W śpiączce cukrzycowej przychodzi do znacznego zwiększenia liczb chronaksji. Cięższe przypadki moczówki cukrowej wykazują „odwrócenie reljefu chronaksji”.

W niedomodze krążenia spotyka się również „odwrócenie reljefu chronaksji”.

Liczby chronaksji poszczególnych mięśni przesuwają się w miarę zmian położenia przemiany materji wzdłuż krzywej, której najniższy punkt odpowiada ledwie rozpoczynającemu się „zakwaszeniu” tkanki. Liczby chronaksji zwiększają się zarówno w kierunku zwiększonego zakwaszenia tkanek (przesunięcie w lewo — moczówka cukrowa, niedomoga krążenia), jak i w kierunku zwiększania się odczynu zasadowego tkanek (przesunięcie w prawo — utajona tężyczka, hiperwentylacja).

Objaw „odwrócenia reljefu chronaksji” objaśnia się położeniem poszczególnych liczb chronaksji na tej krzywej.

W postępującem uszkodzeniu mięśni wskutek zatrucia ołowiem daje się również obserwować przesunięcia liczb chronaksji wzdłuż opisanej krzywej (przesunięcie wlewo). Na zasadzie zmian w liczbach chronaksji można, zdaniem autora, podzielić uszkodzenia, spowodowane przez ołów, na trzy okresy.

Na podstawie liczb chronaksji można ściśle scharakteryzować każdorazowe położenie przemiany materji (niedomoga krążenia, moczówka cukrowa), śledzić dokładnie zmiany odczynu i poddać sprawę dawkowania (naparstnica, insulina) analizie, opartej na obiektywnym sprawdzianie.

Henryk Landau.

R. FISCHER. O zachowaniu się ciśnienia tętniczego przy wysiłku umysłowym. (Med. Kl. 17/1930).

Badania ciśnienia tętniczego u szachistów w czasie gry wykazały, że wysiłek umysłowy nie powoduje wzmocnienia ciśnienia tętniczego. Wogóle wyczerpująca praca umysłowa nie jest przyczyną wzmocnienia ciśnienia, o ile nie jest połączona z podnieceniem, zdenerwowaniem.

Naprzekąd, u badanych szachistów stwierdzono znaczne podniesienie ciśnienia przed rozpoczęciem gry.

M. Segal.

M. FRIEDMANN. Przyczynę doświadczenia do kiły nerek. (Wien. kl. Woch Nr. 29/1930).

Wobec rzadkości prawdziwych zmian kiłowych nerek w przeciwieństwie do częstości gruźlicy nerek wyłania się sprawa odporności narządowej nerek w stosunku do krętka błędogo. Aby rozstrzygnąć tę kwestję, zastrzykiwał autor do

mięszu obnażonych nerek królików po 1cm.³ zawiesziny z szankra jąder królika. Badanie moczu nie wykazywało nigdy obecności białka, ani w osadzie obecności krętków. Badanie anatomo-patologiczne nerek nie wykazywało nigdy zmian, specyficznych dla kiły, aczkolwiek krętki, wprowadzone tym sposobem zakażenia do ustroju, rozmażają się w nim i mogą wywołać „nieme“, w znaczeniu Koll ego, zakażenie, co udawadniano przeszczepianiem emulsji z gruczołów kolonowych innym królikom.

Henryk Landau.

M. L. KRYMHOLZ. W sprawie podwiązania żyły wrotnej (doniesienie tymczasowe). (Med. Biol. Żurn. Z. 1/1929).

Doświadczenia na blisko 20 psach wykazały, że po ostrym podwiązaniu, względnie zaciśnięciu żyły wrotnej ciśnienie krwi spada stopniowo, dotrzymując kroku spadkowi czynności serca. Jednocześnie stwierdzono niewątpliwie zwiększenie się krzepliwości krwi; czas krzepnięcia staje się coraz krótszy, a przez usunięcie ucisku żyły ulega z powrotem przedłużeniu.

Henryk Landau.

Choroby serca i naczyń

H. KOHN. Osłabienie mięśnia sercowego i dusznica bolesna. (D. m. W. 39 1930).

Sprawa wzajemnego stosunku dusznicy bolesnej i osłabienia mięśnia sercowego była poruszana już od bardzo dawna i dziś także niema w tej kwestji zdania zgodnego, co też upoważniło autora do poruszenia tego tematu.

Dla dokładnej oceny tej sprawy chorobowej, należy przede wszystkim rozpatrzyć objawy kliniczne i zastanowić się czy:

1. osłabienie mięśnia sercowego daje pewne usposobienie do napadów dusznicy czy też odwrotnie — wzmocnienie pracy serca wywołuje napad, 2. Czy w czasie napadu daje się stwierdzić osłabienie serca czy też objawy jego wzmocnienia i 3. czy może osłabienie serca jest skutkiem dusznicy bolesnej.

Wiemy, że chorzy z napadami dusznicy bolesnej tracą swe dolegliwości z chwilą wystąpienia niewydolności m. sercowego, które znów mogą powrócić w momencie poprawy, po zastosowaniu napastnicy. Na zasadzie powyższego można sądzić, iż osłabienie serca nie uspasabia do napadów dusznicy.

Również chorzy z przerostem serca na skutek wrodzonego zwężenia tętnicy głównej oraz wad zastawkowych nierzadko ulegają napadom dusznicy bolesnej.

Chcąc zdać sobie sprawę z zachowania się serca w czasie napadów, należy rozróżniać napady proste i powiklane. W czasie napadu prostego, który występuje przy chodzeniu, czasem i w spokoju, tętno nie zmienia się co do częstości i jakości, ciśnienie, zwłaszcza skurczowe, pozostaje również bez zmiany, czasem można obserwować lekkie podwyższenie. Dowodzi to dużej siły serca (pokonanie oporów obwodowych) i nie można mówić o jego osłabieniu. Do wyjątków notowanych należą napady dusznicy bolesnej, przebiegające z obniżeniem ciśnienia skurczowego i lekką dusznością — tutaj możnaby przypuścić przejściowe osłabienie m. serca szczególnie, gdy w płucach stwierdzamy czasem lekkie objawy zastojów; te przypadki są jednak przejściem do powikłanych napadów dusznicy. W tych ostatnich spotykamy silne bóle, niepokój, przyspieszony oddech, tętno małe i częste, wątroba bolesna i dość silne obniżenie ciśnienia skurczowego.

Jako przyczynę napadów można uważać osłabienie mięśnia sercowego.

Osłabienie mięśnia sercowego może wystąpić, jako skutek *anginae pectoris* dzięki zmianom patologicznym, zachodzącym w mięśniu. Dusznica bolesna jest to zwężenie naczyń wieńcowych serca pochodzenia organicznego. Dla wywołania napadu konieczne jest wystąpienie skurczu naczyń (spazm); w przypadkach napadów prostych spazm naczyniowy trwa krótko i nie dochodzi do osłabienia mięśnia sercowego. W napadach powikłanych dochodzi do zupełnego zamknięcia tętnic wieńcowych, wskutek tego do wywołania bólów, do zupełnej niedokrewności, martwicy odpowiednich części mięśnia i jego osłabienia, które zaczyna dominować nad całym obrazem klinicznym.

Na zasadzie powyższego racjonalne leczenie opierać się winno nie na stosowaniu napastnicy i strofantyny, które same przez się zwężają naczynia wieńcowe serca, (co się jeszcze często spotyka), a na stosowaniu związków nitrowych.

Pod pewnymi warunkami nadawać się może kofeina, gdyż działa rozszerzająco na naczynia sercowe, jednak jej wpływ na naczynia obwodowe nie jest pomyślny dla serca. Dobre usługi oddają także papaweryna, eufilina, atropina, troperina, paparydrina, jako szybko działające środki przeciwskurczowe.

W przypadkach z całkowitem zamknięciem naczyń, co zwykle następuje powoli, oprócz środków uśmierzających ból, jak morfina, pantopon, należy w pierwszej linii zwalczać osłabienie m. sercowego z pomocą kofeiny, kamfory, dalej strofantyny.

Po napadzie całkowitego zamknięcia naczyń sercowych konieczne jest pozostawienie chorego w łóżku, leczenie napastnicą, a zważywszy na jej wpływ zwężający naczynia serca, z dodatkiem przeciwskurczowego środka, jak kofeiny a lepiej jeszcze — chininy. Zawał mięśnia sercowego usuwa się częściej, niż nam się zdaje. Duży wpływ dodatni należy przypisać kąpielom kwasowęglowym.

St. Luxenburg.

LURIA R. i WILENSKY. Czy można uważać częstoskurcz napadowy za objaw stanów uczuleniowych ustroju. (D. m. W. N. 34 1930).

Częstoskurcz napadowy zajmuje specjalne stanowisko w chorobach serca, i stąd jego duże znaczenie praktyczne i teoretyczne.

Dzięki badaniom ostatniej doby udało się zrozumieć nieco lepiej ten stan chorobowy. Wiemy, iż przyspieszenie akcji serca przy niezmiennym rytmie i pobudliwości, należy odnieść, poza rzadkim punktem wyjścia sprawy w zatokach do przedsionków, komór i przedsionkowo-komorowego pochodzenia. Doszukiwanie się przyczyny tej sprawy chorobowej w organicznych wadach serca, w zależności od cierpienia narządów jamy brzusznej (wysokie ustawienie przepony), nie ostało się w świetle krytyki. Natomiast jest pewne, że napady występują z niewiadomej przyczyny, ustają nagle, zdarzają się najczęściej, w 75% według jednych autorów, u chorych z organicznymi zmianami serca, według drugich w 75% w zaburzeniach równowagi gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, zwłaszcza tarczycy.

W literaturze niema wzmianek o sztucznie wywołanych napadach. Jedynie w doświadczeniach na zwierzętach udało się, naskutek drażnienia nerwów przyspieszających, po uprzednim podawaniu b. małych dawek chlorku baru, wywołać napady częstoskurczu. Być może, że w ustroju ludzkim napady przychodzą do skutku dzięki uczuleniu ośrodków różnorodnych samoistnie, po osiągnięciu pewnego stopnia dyspacji lub wskutek przyczyn zewnętrznych. Obraz zewnętrzny i przebieg kliniczny choroby, nagle występowanie i nagły koniec

ciężki stan, dobre samopoczucie pomiędzy napadami, wykazuje dużo podobieństwa do napadów dychawicy oskrzelowej, pokrzywki, obrzęku Quinckego i t.p. chorób alergicznych.

Autorzy obserwowali kobietę, lat 45, ze zwężeniem ujścia żylnego lewego i niedostatecznością zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, z wzmocnieniem napięcia układu sympatycznego i hipotonją układu parasympatycznego, u której występowały napady częstoskurczu po pokarmach słodkich, mianowicie, po rodzynkach. Odczyny skórne wykazały istotnie wrażliwość chorej na wyciągi miodu i rodzynek przy znacznie słabszej reakcji skórnej na jabłka i krochmal. Z chwilą odstawienia wspomnianych pokarmów napady nie występowały, natomiast przez podanie, w celu doświadczenia, rodzynek udało się dwukrotnie wywołać u chorej w przeciągu 10 minut typowy napad częstoskurczu. Badanie krwi wykazało w danym przypadku eozynofilię, co łącznie z odczynami skórnymi i sztucznie wywoływanymi napadami upoważnia autorów do przypuszczenia, czy też w niektórych przypadkach *tachycardiae paroxysmalis* nie mamy do czynienia z stanami uczuleniowymi ustroju.

Sprawa ta wymaga dalszych obserwacji na większym materiale, co ze względu na rzadko występującą sprawę chorobową jest oczywiście rzeczą trudną.

St. Luxenburg.

Choroby dróg moczowych.

C. van CAULAERT i P. PERTREQUIN. Zmiany ilości chlorków we krwi i w tkankach w przebiegu ostrego zapalenia nerek bez obrzęków. (*Comptes rendues de la Soc. de Biol.* Nr. 32/1930).

Autorzy przeprowadzili badania nad zmianami składników mineralnych krwi i tkanek w przebiegu bezmoczności sekrecyjnej, spowodowanego ostrem schorzeniem nerek bez obrzęków.

Przez zastrzykiwanie soli rtęci wywoływali u psów ostre zapalenie nerek bez obrzęków. W ciągu pierwszych dni choroby obserwowali oligurię, potem anurię oraz gwałtowne wymioty.

Badania składników mineralnych krwi dały te same zmiany, co i w anurii ekskrecyjnej: powiększenie ilości mocznika (z $0,4\%$ do $8,6\%$), hipochloremję oraz zmniejszenie rezerwy alkalicznej. Badanie pośmiertne wykazało $0,41\%$ chlorków w mięśniach (norma $0,85\%$), co oznacza ogólną chloropenję z powodu utraty chlorków drogą wymiotów.

Takie same zmiany we krwi, jak w wyżej opisanych doświadczeniach, autorzy obserwowali u ludzi w przebiegu ostrego zapalenia nerek bez obrzęków z oligurią. W miarę tego, jak chorzy poprawiali się, stan krwi stopniowo wracał do normy. Wobec tego, że chorzy przez cały czas obserwacji byli na ściśle bezsolnej diecie, zwiększenie chlorków mogło nastąpić jedynie wskutek przyływu chlorków z tkanek, do kąd zostały przesunięte w okresie oligurii.

Autorzy wyprowadzają następujące wnioski:

Każdy bezmocz (ekskrecyjny lub sekrecyjny) wywołuje następujące zmiany we krwi: hiperazotemję, hipochloremję, nadmiar chlorków w tkankach (chloropeksję) oraz spadek rezerwy alkalicznej. Skoro do bezmoczności przyłączają się wymioty lub biegunki, zamiast chloropeksji tkanek występuje ogólna chloropenja.

Mechanizm opisanego zjawiska jest nieznan.

Jakób Penson.

C. van CAULAERT i P. PERTREQUIN. Zmiany w składzie chlorków krwi i tkanek w przebiegu bezmoczności. (*Comptes rendues de la Soc. de Biol.* Nr. 32/1930).

Autorzy zbadali zmiany w składzie mineralnym krwi

i tkanek w dwóch przypadkach anurii. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety, którą operowano z powodu olbrzymiego raka jamy brzusznej. Po zabiegu wystąpił bezmocz i po pięciu dniach chora zmarła; w ciągu tego czasu autorzy przeprowadzili dokładne badania krwi i stwierdzili następujące zmiany: 1. Zmniejszenie ilości chlorków surowicy z $3,6\%$ do 3% , 2. znaczne powiększenie poziomu mocznika we krwi (z $0,3$ do 5%), 3. zmniejszenie rezerwy alkalicznej.

Spadek poziomu chlorków we krwi w danym przypadku nie mógł pochodzić od utraty chlorków, gdyż chora nie miała wymiotów, ani biegunek.

Wobec tego, że badanie pośmiertne wykazało dwukrotne zwiększenie ilości chlorków w mięśniach sercowych i w mięśniach prążkowanych (norma $0,85\%$), autorzy przyjmują przesunięcie chlorków z krwi do tkanek.

Drugi przypadek dotyczył anurii, która powstała z powodu ucisku raka szyi macicy na oba moczowody. W ciągu czterech dni przed śmiercią chora miała uporczywe wymioty.

Badania dały te same wyniki, co w pierwszym przypadku z tą różnicą, że, obok chloropenji we krwi, nastąpiło zubożenie w chlorki mięśnia sercowego i mięśni prążkowanych.

Autorzy wyciągają następujące wnioski:

W przypadkach bezmoczności rozwija się hipochloremję, spowodowaną przesunięciem chlorków do tkanek (chloropeksja tkanek), i dołączenie się wymiotów do anurii daje obraz ogólnej chloropenji.

Jakób Penson.

Choroby kości i stawów.

A. DIETRICH. Znaczenie zatorów tłuszczowych. (*Der Chirurg* № 13/1930).

Zatory tłuszczowe z tkanki podskórnej lub szpiku kostnego mogą być przyczyną śmierci. Zaczopowanie licznych naczyń płucnych (2-3), wyłączając naraz dużą część powierzchni oddechowej płuc, może wśród objawów duszności spowodować zające śmiertelne. Embolie płucne poprzez działanie na nerw błędny wywołują odruchowy spadek ciśnienia, zaś następstwem zwiększenia oporu naczyniowego w małym krążeniu wywołują zastój w prawym sercu i chwilowy brak krwi w lewym, co powoduje mniejszy dopływ krwi do tętnic wieńcowych i wpływa na złe ukrwienie mięśnia sercowego. Śmierć następstwem zatorów tłuszcz. do płuc nie jest więc jedynie skutkiem mechanicznego zaczopowania naczyń, ale jest zjawiskiem złożonym, na które wpływają czynniki wymienione, które nawet w mniejszym nasileniu, sumując się z wstrząsem, krwawieniem urazowym (złamanie np. żebra), gruźlicą, miażdżycą naczyń wieńcowych dają obrazy, na zasadzie których ani anat. pat., ani klinicznie nie łatwo odpowiedzieć, co jest przyczyną śmierci: czy same zatory, czy stan narządu oddychania lub krążenia, co prócz znacznie teoretycznego może mieć i duże znaczenie lekarsko-sądowe (ubezpieczenia). Prócz tych bezpośrednich następstw mają zatory tłuszcz. także skutki pośrednie. Autor np. obserwował 2 przypadki złamań, w których następstwem zatorów tłuszcz. wystąpiły w częściach płuc o upośledzonym krążeniu rozległe, śmiertelne ogniska bronchopneumoniczne. Część zatorów tłuszcz. poprzez szerokie kapilary płucne, nawet przy zamkniętym otworze owalnym, dostaje się do ogólnego krwiotoku i daje zatory np. w kłębuszkach nerkowych, w mózgu zaś powoduje krwawienie (*purpura cerebri*), szczególnie w przypadkach jednoczesnej pneumonii, uzewnętrzniając się klinicznie przytępieniem lub śpiączką i objawami ogniskowymi.

B. Przeworski.

KORTZEHORN. Pomyślnie osteotomie w *arthropatia tabidorum* i *ostitis deformans* (Paget). (Der Chirurg 30) 12№9-ti

A. stwierdza, że przy dużych zmianach kostnych w omawianych schorzeniach stosowano dotychczas jedynie rezekcję stawu, operację usztywniającą schorzałą kończynę. Operacyjnej korekcji (osteotomii) zniekształconych kości nie robiono, nie wierzono bowiem w możliwość zrостu kostnego w schorzeniu, dającym tak często złamania patologiczne, samoistne. Otóż zdaniem A., w zniekształceniach, uniemożliwiających chodzenie, należy jednak zaryzykować osteotomię. A. przytacza przypadek *arthropatia tabidorum* z silnymi zmianami w stawach kolanowych i mocną kłębikowatością nóg oraz kobietę z uogólnionym procesem Pageta (*ostitis fibrosa deformans generalisata*), u której nastąpiło zupełne skrzyżowanie podudzi, absolutnie uniemożliwiające chodzenie. W obydwu przypadkach a. wykonał obustronną osteotomię i po odpowiednim leczeniu ustalającymi opatrunkami gipsowymi uzyskał wyprost kończyn w pierwszym przypadku swobodny chód, a w drugim chód o kijach.

B. Przeworski.

Choroby oczu.

ZACHERT. Statystyka jaglicy w Polsce. (Revue internationale du Trachome. Styczeń 1929).

Według obliczeń statystycznych z roku 1924, wynika, iż 7,2% wszystkich chorób ocznych stanowi jaglica. Podstawą statystyki powinna być dana, określająca stosunek liczby chorych na jaglicę do liczby mieszkańców danego kraju. Według ankiety Generalnej Dyrekcji Zdrowia liczba chorych na jaglicę w Polsce wynosi 27,459. Liczba ta jednak nie jest dokładna, gdyż pominięto wszystkich chorych, leczących się prywatnie, i wszystkich mieszkańców wsi, którzy przeważnie się nie leczą. Nawet w krajach, gdzie istnieje obowiązkowe zgłaszanie każdego przypadku jaglicy, liczba wiadoma jest mniejsza od rzeczywistej, ale wzrasta z roku na rok. Objaw ten należy tłumaczyć coraz większą liczbą przypadków zgłaszanych, i powiększeniem się liczby szpitali i ambulatorjów dla walki z jaglicą. Najbardziej dokładną statystykę można przeprowadzić w szkołach i u poborowych. W szkołach średnich liczba dzieci chorych na jaglicę wynosi 0,76%, w szkołach powszechnych, gdzie dzieci rekrutują się przeważnie z pośród ludności ubogiej, znajdującej się w złych warunkach higienicznych, liczba ta wzrasta do 30%. Dotyczy to tylko szkół miejskich, na wsi bowiem dozór lekarski nie jest jeszcze zorganizowany. Z pośród wszystkich chorób ocznych jaglica daje wśród dzieci 1,63%. U poborowych znaleziono 1,1% jagliczych. W Polsce na 1.737,050 osób poddanych obserwacji lekarskiej ocznej znajduje się 1,4% jagliczych. Te dane statystyczne są notowane u osób do lat 25. Według statystyk różnych autorów wynika, iż dzieci i młodzież są bardziej skłonni do nabycia jaglicy niż ludzie starsi.

E Bermanówna.

H. MAUKSCH. Propozycja nowej operacji przeciw-jaskrowej. (Zeits. für Augenheilk., kwiecień 1929).

Zdaniem autora, skuteczne leczenie jaskry prostej jest tylko operacyjne. Przyjmując, że wzmózone ciśnienie śródoczne w jaskrze jest następstwem albo nadmiernego tworzenia się cieczy w normalnych warunkach odpływowych albo ograniczenia odpływu normalnej ilości cieczy, mamy na celu z pomocą zabiegów dotychczasowych bądź zmniejszyć normalną ilość cieczy bądź przywrócić normalne warunki odpły-

wowe. W jaskrze prostej irydektomia nie daje żadnych wyników. Dlatego stosuje się zabiegi z t. z. bliznami sączącymi, t. z. tworzy się połączenie między komórkami a przestrzenią podspojówkową gałki. Blizny sączące, tak bezpośrednio po zabiegu jak i o wiele później, stanowią jednak niebezpieczeństwo infekcji przez drobnoustroje worka spojówkowego. Temu zaradzić ma stosowana ostatnio z wielkim powodzeniem operacja — cyklodjaliza. Przez ranę operacyjną w twarłowce wchodzi się do przedniej komórki i oddziela się ciało rzęskowe od twardówki na $\frac{1}{4}$ część obwodu. Tworcy cyklodjalizy przyświecała też myśl, że przez to tworzy się stała komunikacja między przednią komórką a przestrzenią nadnaczyniówkową. Zdaniem autora, nie ma to jednak miejsca. Ciało rzęskowe przyrasta z powrotem, a przez powstałą w miejscu oddzielenia bliznę warunki dla krążenia cieczy są nawet gorsze aniżeli przed zabiegiem. Autor twierdzi, że dobre wyniki cyklodjalizy należy przypisać raczej zanikowi ciała rzęskowego i, w związku z tem, zmniejszeniu się normalnie wytwarzającej się ilości cieczy. Autor proponuje modyfikację cyklodjalizy, która polega na tem, że do rany powstałej po oddzieleniu ciała rzęskowego od skłery wciąga tęczówkę. Kanał wyścielony nabłonkiem barwnikowym, nie zraża się więcej i w ten sposób cel tej operacji — stałe połączenie między przednią komórką a przestrzenią suprachoroidalną — jest osiągnięty. Badanie histologiczne miejsca oddzielenia ciała rzęskowego od twardówki wykazało, że blizna, w tem miejscu powstała, wyłącza stałe połączenie. Technika zabiegu nie różni się wiele od samej cyklodjalizy. Natomiast samo wciąganie tęczówki wymaga wielkiej wprawy, gdyż przez nadmierne pociągnięcie tęczówki można spowodować oderwanie tęczówki od podstawy i uwięźnięcie wiązała Zinn'a. Operację takich autor dokonał na 4 gałkach. Wyniki kliniczne były zadawalniające. Ciśnienie obniżyło się znacznie nawet w przypadkach, w których inne zabiegi były bezskuteczne. Jaki wpływ zabieg ten może mieć na ewentualną poprawę wzroku, autor nie może określić, gdyż zabiegi skutecznił na oczach prawie lub zupełnie niewidzących.

Autor sam przyznaje, że dotychczasowe jego doświadczenia nie wystarczają do wyciągania wniosków pewnych i dlatego uważa swoje opracowanie tylko za artykuł dyskusyjny.

S. Hamer.

SOMMER i SEGALLER. Przyczynek do nauki o oczopląsie rodzinnym. (Annales d'oculistique. Marzec 1929).

Autorzy opisują oczopląs, występujący u kilku członków tej samej rodziny.

Oczopląs rodzinny różni się od oczopląsu, towarzyszącego chorobom dziedzicznym układu nerwowego, jak myoklonja, choroba Friedreicha i t. d. Oczopląs, towarzyszący chorobom nerwowym, jest spowodowany przez schorzenie ośrodkowego błędnikowego. Spotykamy go w pozycjach krańcowych oczu, których siła wzroku jest normalna. Oczopląs, opisany przez autorów, ma następujące cechy charakterystyczne 1) jest rodzinny, 2) towarzyszy mu ambliopia, 3) jest stały 4) pojawia się nie tylko gdy chory patrzy w bok, lecz także gdy skierowuje wzrok wprost przed siebie. Autorzy opisują oczopląs u kilku rodzin, u których zawsze kilku członków było dotkniętych tem schorzeniem: I) przypadek dotyczy rodziny złożonej z ojca i 2 synów. U obu dzieci spotykamy dno oka słabo albinotyczne. II) przypadek dotyczy 2 braci, z których jeden dotknięty jest, prócz oczopląsu, i zezem rozbieżnym. Dno oka w tym przypadku jest także słabo albinotyczne. III) przypadek dotyczy rodziny, składającej się z siostry i brata. U obu członków tej rodziny, oprócz oczopląsu, autorzy stwierdzają także biegunową przednią. Oczopląs, występujący jako objaw rodzinny, połączony jest z innymi schorzeniami, powsta-

rzającymi się w tej samej rodzinie, jak zaćma, dno oka słabo albinotyczne i t. d. Wszyscy chorzy są ambliopami. Oczopląs rodzinny objawia się w 4 miesiące po urodzeniu, dopiero wówczas, gdy dziecko zaczyna ustalać wzrok na przedmiotach(?) Sposób dziedziczenia jest różny w różnych rodzinach.

E. Bermanówna.

A. GABRIÉLIDÉS. *Optotyp Galenowski*. (Archives d'ophtalmologie. Luty 1929 r.).

Autor wyświetla sprawę powstania pierwszej skali do badania ostrości wzroku. W swoim czasie Pergens badał

tę sprawę i uważa za autorów optotypu H. Kuehlera (1835 r.), Taubera (1816 r.) i Daça de Valdes (1623 r.). Zdaniem Gabriélidésa, pierwszym autorem optotypu był Galen (131—201). W książce Galena o higienie jest ustęp, z którego wynika, że normalną ostrość wzroku posiada człowiek, widzący literę „S” z odległości 4 łokci, czyli 1 m. 85 cm. Litera ta ma wysokość mniej więcej 2 mjm. Wiadzący tedy, że terazniejsze tablice do badania ostrości wzroku, gdzie emetrop powinien widzieć literę wysokości 7 mm, z odległości 5 m., mało się różnią od normy, wskazanej przez Galena.

Hindes.

Wskazówki praktyczne

Ruder radzi *leczyć zapalenie sutka (mastitis) naświetlaniem lampą Sollux*. Do naświetlań stosuje małą lampę z filtrem niebieskim z początku 2 razy dziennie, potem do 5 razy dziennie w odległości 20 do 12 ctm. w ciągu 10—20 minut. (Ztbl. f. Gyn. 1930 Nr. 43).

—o—

Octan glinu przy dłuższym staniu daje ciężki, gęsty osad, który wywołuje przykre działanie przyżegające i macerujące. Według Goedla pozbawiony jest tego ujemnego działania *Ormicet*, zawarty w ormicetach. Środek ten okazał się skuteczny w leczeniu *upławów pochwowych* zwyczajnych i porzeżączkowych, w *cierpieniach skóry i błony śluzowej nosa, jamy ustnej i gardła*. (Ther. d. Gegenw. 1930 Z. 12).

—o—

Rzeżączkę odbytnicy u kobiet leczy T e m e s v a r y w sposób następujący: zrana, po wypróżnieniu, wlewa się do od-

bytnicy 125 gr. 20% trypaflawiny, wieczorem wlewa się przy pomocy strzykawki maść, zawierającą 1,0 gr. azotanu srebra, 10,0 gr. balsamu peruwiańskiego i 89 gr. wazeliny żółtej. Kuracja trwa dni 30. (Ztbl. p. Gyn. 1930 Nr. 50).

—o—

A. Bier poleca w *ostrej niżdomodze krążenia Sympatol*, którego działanie jest dłuższe, a niebezpieczeństwo mniejsze, niż adrenaliny. Sympatol można stosować kilka razy dziennie dożylnie lub podskórnie. Pomimo zwężenia obwodowych naczyń włosowatych nie dochodzi do podniesienia ciśnienia w lewej komorze. (D. m. W. 1930 Nr. 49).

—o—

W przypadkach *poronień, połączonych z gorączką* wprowadzał Benthin do macicy *palczki węgla* w celach dezynfekcyjnych. W 300 tak leczonych przypadkach miał tylko 0,33% śmiertelności. (D. m. W. 1930 Nr. 49).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 11 listopada 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 46, wprowadzonych gości 64.

Początek o godz. 8-ej wiecz. punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 28. X. 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne po ś. p. D-rze Czesławie Otto (streszczenie własne).

Ś. p. Dr. Czesław Otto urodził się w r. 1872 we wsi Gołonce b. gubernji Kaliskiej. Gimnazjum ukończył w Kaliszu w r. 1891. Wydział Lekarski w Uniwersytecie Warszawskim w r. 1897. Następnie ś. p. Czesław Otto wstąpił do kliniki terapeutycznej, praktykując latem w Busku, poza-tem w tymże czasie pracował w Instytucie Anatomico-patologicznym pod kierunkiem prof. Przewoskiego. W r. 1913 otrzymał stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego w szpitalu św. Ducha. Od r. 1903 był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i brał w jego pracach czynny udział. Tu ogłaszał wyniki swych badań nad działaniem alkoholu i tytoniu, nad arteriosklerozą, nad zmianami w blaszkach i gruczołach krezkowych w przebiegu tyfusu brzuszkiego i inne. W pracach swych zarówno laboratoryjnych i klinicznych odznaczał się wielką sumiennością i dokładnością. Poza-tem zarówno przez młodych swych pomocników, jakoteż i przez starszych kolegów był wielce szanowany i lubiany za swą prawość, uczynność i koleżeństwo.

Cześć jego pamięci.

Spis prac ś. p. D-ra Otto.

1. Kryoskopja i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek. Kron. Lek. 1902.

2. O sanato-genie. Kron. Lek. 1904.

3. O komórkach plazmatycznych. Przegl. Chir. Sk. Wener. 1907

4. Gruźlica włóknista płuc, powikłana wylewem do mózgu u 13-letniej dziewczynki. Gaz. Lek. 1907.

5. Syfilityczne zapalenie naczyń z następną gangreną. Przegl. Chor. Skór. i Wener. 1907.

6. Pierwsze objawy porażenia układu nerwowego przez syfilis. Przegl. Chor. Skór. i Wener. 1908.

7. Zmiany anatomico--patologiczne w blaszkach i gruczołach krezkowych po tyfusie. Pam. T. L. W. r. 1907. str. 76. Tamże r. 1908 str. 163, 164, 532.

8. Przypadek gangreny kończyny górnej wskutek endoarteritis obliterans. luetica. Pam. T. L. W. 1907. str. 162.

9. Odruch świetlny źrenic przy syfilisie. Pam. T. L. W. 1907. str. 448.

10. Arterioskleroza u zwierząt i jej stosunek do arteriosklerozy u ludzi. Pam. T. L. W. 1908. str. 609. Tamże r. 1909.

11. Zmiany anatomiczne w sercu w ostrym i przewlekłym zatruciu alkoholem, Medyc. i Kron. Lek. 1913. Także Pam. T. L. W. 1912. str. 75.

12. O zabójczym działaniu alkoholu na narządy wewnętrzne. Pam. T. L. W. 1912 str. 232.

13. Wpływ alkoholu na rozwój miazdżycy naczyń. Pam. T. L. W. 1922. str. 50.

14. Zmiany anatomiczne w sercu pod wpływem nikotyny. Med. i Kron. Lek. 1910.

15. Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi. Med. i Kron. Lek. 1910. Też Pam. T. L. W. 1909 str. 386.

16. O ujemnym wpływie palenia tytoniu. Zdrowie 1916.

17. (Z Karwackim) O obecności ciał wiążących komplement w płwocinie gruźliczej. Gaz. Lek. 1911.

18. O aglutynacji ogniskowej w gruźlicy płuc. Pam. T. L. W. 1911. str. 350.

19. Pokaz preparatu aorty wstępującej. Pam. T. L. W. 1912 str. 344.

20. Pokazy chorych i preparatów. Pam. Klin. szpitala Dziec. Jezus, Przemienienia Pańskiego i św. Ducha. 1926.

3. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych od Towarzystwa oraz oznajmił o mającym się odbyć nabożeństwie za duszę ś. p. D-ra Jana Bącewicza.

4. Kol. Wiceprezes podał wynik konkursu firmy „Motor”. Na wniosek Komitetu Konkursowego nagrodę w sumie zł. 3.000 przyznał Zarząd Drowi Zdzisławowi Goreckiemu za pracę p. T. „Badania nad działaniem kofeiny, strychniny, kamfory, kardiazolu i koraminy na układ krążenia i oddychania sercowego”. Kol. Prezes składa Komitetowi Konkursowemu, na ręce przewodniczącego Komitetu, kol. Paszkiewicza serdeczne podziękowanie za pracę.

5. Koledzy Zdzisław Michalski i M. Piasecki wygłosili odczyt p. t. „W sprawie patogenyzy gruźlicy płucnej: propozycje nowych zabiegów operacyjnych w ciężkich postaciach suchot płucnych”. (Streszczenie własne).

W odczycie niniejszym pragnę poruszyć dwa fragmenty z rozwoju gruźlicy płucnej. Jeden — to rola dróg chłonnych, drugi — to już poruszana przeze mnie przed 3-ma laty*) — sprawa — wpływu koncentracji kwasu węglowego w powietrzu pęcherzykowem płuc na rozwój gruźlicy.

Do poruszenia tych obu spraw skłaniają mnie w pierwszej linii rozmyślenia nad działaniem leczniczym sztucznej odmy opłucnowej.

Streszczając rzecz krótko:

Dodatnie działanie odmy, wyrażające się w najpomyślniejszych przypadkach całkowitem ustąpieniem objawów toksycznych (gorączki, częstoskurczu serca, potów nocnych i t. d.) wypływa:

1) po pierwsze: z uciśnięcia naczyń chłonnych, odprowadzających z płuc toksyny gruźlicze (tuberkuliny) względnie i dopływ prątków gruźliczych przez drogi chłonne do krwiobieg (Huebschmann).

2) po drugie: z względnego uciśnięcia naczyń żylnych, bez uciśnięcia naczyń o bardziej opornych ścianach — tętniczych (przy ciśnieniu wewnętrznym = 0) wytwarza się pewne przekrwienie w płucach wraz z nieznacznym wzmocnieniem stężenia CO₂ pęcherzykowego; wpływa to gojąco na sprawę gruźliczą i wzmacnia miejscowe procesy bakteriohamujące w tkankach płucnych w stosunku do prątku gruźliczego.

Takie są moje zapatrywania na działanie lecznicze odmy sztucznej i są punktem wyjścia dla niniejszego odczytu.

W przytoczonym wyżej odczycie stosunek zakażenia gruźliczego do zakażonego ludzkiego ustroju porównywałem do pokojowej symbiozy — wyrażającej się obrazowo zwykłą wagą dwuramienną.

W życiu chorego gruźliczego każde ziarnko piasku, rzucone na jedną z szal wagowych może tę równowagę pomiędzy ustrojem i zakażeniem gruźliczym zakłócić. Temi ziarnkami piasku są zwykłe, codzienne, życiowe zaburzenia, czy to błahe zaziębienia, czy trochę braków materialnych, brak snu, wstrząsy nerwowe i t. d.

Odwrotnie, nasz arsenał leczniczy, poza odmą, w szczególnych warunkach, też podobnie tylko ziarnkami piasku rozporządza, niekiedy jednak dostatecznie, aby choremu ustrojowi przywrócić zakłóconą równowagę.

Lekarza, dostatecznie obznajomionego z gruźlicą doświadczałą u zwierząt laboratoryjnych, nie może nie uderzyć wyjątkowo łagodny odczyn ustroju człowieka zakażonego na tak wielkie ogniska martwicze w płucach, jakie stwierdzamy w przypadkach średnio ciężkiej gruźlicy płuc.

Niczem przecież innym nie są ogniska gruźlicze, jak tylko martwica, prawda, martwicą swego rodzaju, i dziwić się należy, jak wyjątkowo słaby jest odczyn ustroju zarówno miejscowy, jak i ogólny na te martwaki w przypadkach przeciętnych.

Ogniska gruźlicze, jak zresztą i wszystkie ogniska martwicze pozbawione są naczyń krwionośnych. Tymczasem w typowych przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc postępującej widoczny jest stały kontakt ognisk gruźliczych z krwiobiegiem chorego, wyrażający się zwykłym zespołem objawów toksycznych (hektyczna dzienna krzywa gorączkowa, takież typ tętna i na zakończenie dnia walki — poty)

*) Rozbiór krytyczny metod leczniczych w gruźlicy płuc. Pamiętnik T. L. W. r. 1927.

Otóż nie ulega dla mnie najmniejszej wątpliwości, że komunikacja martwaków gruźliczych z krążeniem ma miejsce poprzez szczeliny i naczynia chłonne.

Prelegent przedstawia schemat przebiegu naczyń chłonnych płuc wg. Rouviera oraz według Josifowa ujścia tych naczyń do żył.

Aby odpowiedzieć na drodze chirurgicznej wymaganiom, postawionym przeze mnie w punkcie 1-szym cech leczniczych odmy, należałoby w celu przecięcia dopływu jądów gruźliczych z płuc do krwiobiegu podwijać naczynia chłonne:

przy zajęciu lewego górnego płata płuca *ductus thoracicus*, przy zajęciu płuca prawego i dolnego płata płuca lewego *ductus lymphaticus dexter*.

Takby się teoretycznie przedstawiała sprawa. Pozostają następujące zagadnienia:

A) Technika zabiegów, którą przedstawi kol. Marjan Piasecki.

B) Czy zabiegi takie nie byłyby groźne dla życia chorego.

C) Czy mogą osiągnąć pożądany skutek t. j. przez odcięcie dopływu jądów gruźliczych do ustroju — czy mogą one — usunąć ciężkie objawy toksyczne u suchotnika.

Co do punktu B zabieg podwiązania przewodu chłonnego wspólnego (*ductus thoracicus*) był już przez chirurgów dokonywany w innych celach (dla leczenia puchliny brzusznej). Mój partner kol. M. Piasecki ma również trzy spostrzeżenia podwiązania tego przewodu w przypadkach gruźlicy płuc.

Podwiązanie prawego przewodu chłonnego (*ductus lymphaticus dexter*) miało niewątpliwie miejsce w przypadkach zabiegów, dotyczących gruczolów chłonnych po prawej stronie szyi.

I ten więc zabieg nie przedstawiałby niebezpieczeństwa.

Niestety, jednak z tychże względów odpowiedź na punkt C co do skuteczności zabiegu pozostać musi pod wielkim znakiem zapytania.

Jeśli bowiem nie występują wyraźniejsze zaburzenia w krążeniu chłonki nawet po przecięciu i dwustronnem podwiązaniu *ductus thoracicus* należy przypuszczać, że bardzo szybko powstaje krążenie uboczne zlewa naprawo, a więc prawdopodobnie i odwrotnie. Stąd więc ani podwiązanie *ductus lymphaticus dexter*, co w większości przypadków znalazłoby wskazanie, ani podwiązanie *ductus thoracicus* nie zapewni prawdopodobnie odcięcia całkowitego dopływu jądów gruźliczych do krwiobiegu.

Te zastrzeżenia teoretyczne nie powinny nas powstrzymać od wykonania proponowanego zabiegu przynajmniej w kilku przypadkach. Być może, większa liczba barier, jaką w ten sposób wytworzymy dla biegu chłonki do naczyń krwionośnych zdoła okazać pewien wpływ zbawienny.

Toż wielokrotnie odmy niezupełne osiągają wcale niezłe skutki. Być może więc, że zabieg ten odegra w niektórych przypadkach również rolę tego ziarnka piasku, przechylającego szalę wag gruźlika w dobrą stronę, zwłaszcza, że zabieg ten mógłby i znalazłby wskazania właśnie w przypadkach najcięższych.

II. Wytworzenie na drodze operacyjnej sztucznego zastępu krwi w płucach, a wraz z tem wzmocnienie stężenia CO₂ pęcherzykowego byłoby do osiągnięcia teoretycznie przez podwiązanie ujścia żył płucnych (odpowiedników *a. bronchiales*), a więc przez podwiązanie v. v. *azygos* i *hemiazygos*.

Niestety, proponowanemu zabiegowi kol. Piasecki poza trudnościami technicznymi zarzuca przypuszczalną bezskuteczność, a to wskutek prawdopodobnego wytworzenia się krążenia ubocznego poprzez żyły lędźwiowe wstępujące i żyłę piersiową dolną.

Mimo to podaję ten projekt, chcąc wskazać swe odmienne od dotychczasowych drogi oparcia w swych poszukiwaniach nad operacyjnym leczeniem suchot płucnych. Może spostrzeżenia przypadkowe nad podwiązaniem naczyń lub też dyskusja wyjaśnią nam co więcej.

Wbrew słusznym zwyczajom odczyt niniejszy nie mówi o tem, co zostało zrobione, lecz co było zamierzone. Skłania mnie ku temu całkowita dziewiczność zagadnienia. Pragnę, aby dyskusja i krytyka innych rzuciła mi pewne światło na takie ujęcie rzeczy. Być może przy tem, że postępy chirurgii płucnej pozwolą w przyszłości na bardziej skuteczne teoretycznie niższe podwiązanie dróg chłonnych, w miejscach, któreby więcej utrudniały wpływ zatrutej chłonki z płuc gruźliczych.

Może wreszcie rentgenoterapia gruźlicy płuc, której znaczenie obecnie jest znikome, pójdzie w kierunku odmiennym — naświetlania wnek płucnych w celach zbliźnowacenia wnekowych gruczolów chłonnych i prób przerwania krążenia chłonki w ten sposób.

M. Piasecki, Techniczne dotarcie do przewodu pier-

siewego (*ductus thoracicus*) nie przedstawia większych trudności. Dostęp uzyskujemy tą samą drogą, jak przy operacji wyrwania n. przeponowego (Rocznik IV Nr. 5 Grudźnica). Cięcie skórne w dole nadobojczykowym, nazewnątr od obojczykowej części mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego około 3 cm. długości w zupełności wystarcza. Po przecięciu mięśnia szerokiego szyi i blaszki powierzchownej powięzi szyi, dochodzimy do trójkąta dolnego okolicy nadobojczykowej. Obecnie w blaszce głębszej powięzi szyi wykonując niewielkie nacięcia, dostajemy się do zagłębienia, zawierającego zawsze pewną ilość tkanki tłuszczowej i pakiety gruczołów (*loge susclaviculaire*), od strony przysródkowej widzimy żyłę szyjną wewnętrzną, a w dole żyłę podobojczykową. Delikatnie manipulując na tępo, łatwo można wypreparować w kacie żylnym przewód piersiowy.

W zupełnie identyczny sposób możliwe jest dotarcie do przewodu limfatycznego prawej strony. Przy tem dotarciu udaje mi się wykonać zabieg bez podwiązania naczyń, a to daje przejrzystość stosunków anatomicznych, naodwrot nasłania kłnięta krwika łączna poprostu uniemożliwia dostrzeżenie przewodu limfatycznego.

Pewne trudności nastręczać może nietypowość przebiegu dróg chłonnych, których rozmaitość jest może jeszcze większa, niż naczyń żylnych. Znałe i opisane są przypadki, że przewód piersiowy przechodzi na stronę prawą, znane są podwójne przewody: prawy i lewy powstające zaraz powyżej *cisterna chyli*. Niemniej różnorodny jest typ połączeń naczyń chłonnych z żyłami. Spostrzegane są połączenia przewodu piersiowego z żyłą nieparzystą (*v. azygos*, *W u t z e r*), żyłą bezimienną, żyłą próżną górną (*Haller*), a nawet z żyłami międzyżebrowymi (*Wendel*).

Vernieuil podaje nawet przypadek, gdzie przewód piersiowy miał aż 6 połączeń: 2 do żyły podobojczykowej, 2 do żyły szyjnej wewn., 1 do żyły szyjnej zewn. i 1 do żyły kręgowej.

Różnorodność w przebiegu może nastręczać trudności, a nawet uniemożliwić odnalezienie przewodu, różnorodność połączeń z układem żylnym utrudnia obliczenia celowości i skuteczności podwiązania przewodu piersiowego. Tem też może tłumaczyć się spostrzegane przez wielu autorów, a w 3-ch przypadkach i przebieżnie obserwowane fakty, że po przecięciu i podwiązaniu przewodu piersiowego nie występuje wyniszczenie. W jednym przypadku tylko przez dobę utrzymywał się nieznaczny obrzęk lewej połowy twarzy. Cały szereg autorów przestrzega tylko przed niebezpieczeństwem pozostawienia przetoki, przez którą potrafi wylać się do 17-u litrów mleczu (*chylus, vasa lactea*) — *Dobbertin*, *Most*, *Righetti*, *Wendel*. Zamknięcie tych przetok nastręcza według tych autorów duże trudności, a w razie niepowodzenia prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Poza przypadkowymi, urazowymi i operacyjnymi uszkodzeniami, które najczęściej zdarzały się przy stosowanej dawniej na wielką skalę operacji wyluszczenia gruczołów limfatycznych, gruczołco zmienionych, albo przy zabieraniu gruczołów z dołu nadobojczykowego przy nowotworach złośliwych, stosowali roztępnie zabiegi operacyjne na przewodzie piersiowym: *Costain* i *Cooke* w rozlanych zapaleniach otrzewny.

Co się tyczy dotarcia do żyły nieparzystej, jest ono opracowane i dokładnie podane przez *Endersena* jako droga pozaopłucnowego dotarcia do przelyku z tą różnicą, że zabieg sam będzie o wiele łatwiejszy i mniejszy. Wystarczy uzyskanie płata na przestrzeni 4-ch żeber: 3, 4, 5 i 6 po stronie prawej, uszypułowanego przy kątach żebrowych. Ostrożnie oddzielając opłucną ścienną, dostajemy się do śródpiercia tylnego, gdzie dostęp do żyły nieparzystej nie nastręcza większych trudności.

Inna rzecz — to zagadnienie skuteczność podwiązania żyły nieparzystej, żyła ta przy operacjach na przelyku bywa bez żadnych złych następstw podwiązana.

Przez żyły leżdziwne wstępujące mają żyły nieparzysta i parzysta krótkie połączenie z żyłą próżną dolną i potrafią, być może, wyrównać krążenie, o ile zastawki nie będą temu przeciwdziałały tak, jak to robią w kierunku odwrotnym w marskości wątroby.

6. Dyskusja.

Kol. *Kryński* podaje w wątpliwość z punktu widzenia patogenezy skuteczną zabiegów, proponowanych przez Prelegentów.

Kol. *Szczepański* uważa, iż po podwiązaniu przewodu chłonnego, chłonka w dalszym ciągu będzie się przedostawała z miejsc, zajętych chorobą, do krwiobiegu.

W sprawie biernego zastój w płucach w przebiegu gruźlicy płuc, kol. *Szczepański* mniema, iż przeważnie spra-

wą pierwotną jest rozwój tkanki łącznej w płucach, co powoduje osłabienie serca i wtórne objawy zastoinowe w płucach. W tym okresie cierpienia gruźlica płuc zaczyna się poprawiać przy coraz słabszej sile serca.

Mówca wreszcie proponuje zamiast torakoplastyki i metod, proponowanych przez prelegentów, przecinanie wszystkich nerwów międzyżebrowych.

Kol. *Gorecki* (streszczenie własne). Co się tyczy odpływu chłonki z płuca, podkreślić należy, że oprócz odpływu drogami chłonnymi ku przewodowi piersiowemu, względnie ku przewodowi chłonnemu prawemu (o czem prelegent mówił) — istnieje też odpływ chłonki ku jamom opłucnym. W sztucznej odmie opłucnowej w przebiegu gruźlicy płuc spotykamy bardzo często płyn w jamie opłucnej, gdyż wówczas chłonka z płuca uchodzi do jamy opłucnej, którą zakaża. Częstość występowania płynu opłucnowego w odmie sztucznej różni autorowie podają w odsetkach różnych, lecz bodaj nie mniejszych, niż 50% niektórzy sądzą, że rentgenologicznie wykazać można niewielką ilość płynu prawie w 100% (*Deist*). Sprawę odpływu chłonki kol. *G.*, omawia szeroko w swej monografii p.t.: „Schorzenia opłucnej” (1926). Jest zatem rzeczą wątpliwą, czy podwiązanie wielkich przewodów chłonnych, jak to prelegent proponuje, uchroni ustrój przed chłonką jadowitą, płynącą z płuca.

Propozycje prelegentów, dotycząca podwiązania żyły nieparzystej, może wywołać zastój tylko w żyłach oskrzelowych, (odpowiadającym tętnicom oskrzelowym), natomiast nie dotknie to zupełnie krążenia małego. Porównanie zatem proponowanego zabiegu z zastojem w krążeniu małym, które spotykamy np. w zmianach w ujściu przedsionkowo-komorowym serca lewego (który to zastój wpływa korzystnie na proces gruźlicy w płucach) — nie odpowiada istocie rzeczy.

W sprawie powoływania się prelegenta na badania własne nad stężeniem CO₂ w powietrzu pęcherzykowem, kol. *G.* podkreśla, że obecne metody oznaczania CO₂ pęcherzykowego nie odpowiadają prawdziwym stosunkom u chorych ze znacznymi naciekami w płucach, z uciskiem płuca (np. odma sztuczna) oraz w cięższych sprawach sercowych, wywołujących zmiany daleko idącego zastój w płucach. W tych bowiem przypadkach istotne stężenie CO₂ pęcherzykowego jest różne w różnych odcinkach płuc, zależnie od przewietrzania danego odcinka płuca oraz szybkości przepływu krwi w tym odcinku. Zresztą, jakiegokolwiek większe zmiany w stężeniu CO₂ pęcherzykowego na dłuższy czas (1—2 minut) jest niemożliwe, gdyż CO₂ pęcherzykowe stoi w równowadze z jego ciśnieniem częściowym we krwi tętniczej, zależnie od wielkości zasobu zasad krwi i stoi w stosunku z aktualnym odczynem krwi. A wiemy, że nawet nieznaczne przesunięcia PH krwi są przyczyną zaburzeń poważnych całego ustroju.

Nie wiemy, w jaki sposób zastój krwi w płucach wpływa korzystnie na płuca proces gruźlicy: przedwczesne jest w każdym razie przypisywanie tej zbawczej roli stężeniu CO₂ we krwi żyłnej.

Kol. *Sawicki* wypowiada się przeciw proponowanej przez Prelegentów metodzie. Po zranieniu przewodów chłonnych i podwiązaniu ich szybko następuje wyrównanie w krążeniu chłonki. Podwiązanie żyły nieparzystej krótkiej uważa mówca za niemożliwe do wykonania bez uszkodzenia opłucnej, co nie jest obojętne dla stanu chorego podczas ciężkiej operacji; wynik zaś leczniczy tego zabiegu będzie nieznaczny.

Kol. *Butkiewicz* poddaje szczegółowej analizie warunki anatomiczne proponowanego zabiegu. Wobec wielkiej nieścisłości przebiegu naczyń chłonnych, zabieg, pozornie prosty, może się skomplikować, i kosztem dużego wysiłku operacyjnego otrzymamy wynik leczniczy nieznaczny i krótkotrwały, wobec licznych połączeń między drogami chłonnymi.

Kol. *Sawicki* w sprawie zabiegu, proponowanego przez kol. *Szczepańskiego* stwierdza, iż zabieg ten da tylko uproszczenie ruchów danej połowy klatki piersiowej, nie spowoduje natomiast zmniejszenia jej pojemności.

Kol. *Szczepański* podkreśla, że zarówno w zabiegu, przez niego proponowanym, jak też wielu innych, chodzi nie o zmniejszenie objętości klatki piersiowej, lecz o unieruchomienie i rozprężenie tkanki płuca.

Kol. *W. Orłowski*, Kol. *Michalski* wychodzi z założenia, że gruźlica prosówkowa powstaje na tle rozsiania się przez drogi chłonne. Jest to jedna z teorii, którą trzeba uzasadnić, raczej musimy przyjąć, że rozsianie się gruźlicy prosówkowej idzie za pośrednictwem dróg krwionośnych. Zabiegi, proponowane przez kol. *Michalskiego*, są przezroczone jednak nie dla gruźlicy prosówkowej lecz dla przewlekłej, a tu raczej nie drogi chłonne odgrywają rolę.

Drugi zabieg (podwiązanie żyły) ma zwiększać przekrwienie płuca i ma służyć do leczenia ciężkich przypadków. W tych

przypadkach jednak przekrwienie płuc już istnieje. Przez zabieg zaś nie osiągniemy celu, bo istnieją liczne drogi oboczne.

Pozatem nie można się pogodzić z następującymi wyrażeniami kol. Michalskiego: „gruźlica, a są to ogniska martwicze”. „w gruźlicy byle co pomaga”. Wreszcie mówca podkreśla, iż gorączka hektyczna jest objawem zakażenia nieznanego.

Kol. Michalski (streszczenie własne) uważa rozprzeźnienie się gruźlicy drogą naczyń chłonnych za pewnik. Przekrwieniu płuc towarzyszy stan bezgorączkowy, co się dotyczy końcowych okresów gruźlicy. Kol. Michalski ponownie utrzymuje, że w gruźlicy byle co pomaga, i wiąże fakt ten ze zdolnością sugerowania przez lekarza. Prelegent mniema, iż gorączkę hektyczną powoduje tuberkulina, nie zaś zakażenie nieznanne. Orientuje się, że płucę te zabiegi kozyści nie przyniosą, ale chce pozabawić ustrój objawów toksemicznych. Mniema, iż najpierw występuje niedomoga serca, a później dopiero bujanie tkanki łącznej. Sprawa przedostawania się jądów do opłucnej nie jest groźna; opłucna bowiem w tych ciężkich przypadkach jest zarośnięta. Kol. Piasecki stwierdza, iż ocena celowości zabiegu będzie możliwa dopiero po wykonaniu prób. W odpowiedzi kol. Sawickiemu utrzymuje, iż dostęp do żyły nieparzystej jest łatwiejszy, niż do przełyku.

7. Kol. J. W. Grott z „*Badan nad rozpoznawaniem cukrzycy*” wygłosił doniesienie III p. t. „*O wczesnym rozpoznawaniu cukrzycy*” (Streszczenie własne). U kilkudziesięciu chorych z podejrzanym cukromoczem autor badał przeszło 110 krwawych cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy. Badania były wykonywane u każdego pacjenta okresowo, co pewien czas. Niektórzy chorzy znajdowali się w obserwacji około trzech lat. Na mocy przedstawionego materiału autor uważa za konieczne podkreślić, co następuje:

1) Opóźnienie powrotu do normy krzywej cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 gr. glukozy po 1½ godz. jest pierwszym objawem niedomogi w zakresie przemiany węglowodanowej.

2) W przypadkach wątpliwych co do cukrzycy, w celu uniknięcia możliwości przeoczenia rozwoju choroby, należy badać krzywą po glukozie okresowo, co pewien czas, w celu rozstrzygnięcia, czy stwierdzane zmiany są stałe, czy cofają się, czy też zdradzają tendencję do postępowania naprzód.

3) Rozpoznanie zaburzeń w przemianie węglowodanowej, spostrzeżone wcześniej, pozwala b. często, dzięki leczeniu, wstrzymać dalszy rozwój cierpienia.

4) W praktyce dla kontroli przypadków, podejrzanych co do możliwości powstawania „cukrzycy, wrazie trudności w wykonaniu całkowitej krzywej, można ograniczyć się do zbadania cukru we krwi naczczu oraz w 1½ godz. po 50 gr. glukozy.

5) Liczby, podane w niniejszej pracy, dotyczą tylko poziomu cukru we krwi, pobranej z palca.

8. Dyskusja. Kol. Filiński. Przegląd krzywych, które nakreślił kol. Grott po podaniu cukru gronowego, wskazuje na to, że w lekkich przypadkach cukrzycy przebieg ich zależy od poziomu cukru we krwi naczczu. Krzywa wznosi się tem wyżej, im wyżej się zaczyna. Wniosek stąd prosty: przecukrzenie niekorzystnie wpływa na przyswojenie wprowadzonego cukru. Dodać też należy, że, choć cukier potrzebny jest przy spalaniu ciał ketonowych, to przecież nadmiar jego we krwi utrudniać będzie walkę z ketonemją i ketonurją.

Śród materiału kol. Grotta widzimy atoli przypadki lub okresy w przebiegu choroby, kiedy krzywa glikemiczna wznosi się wysoko, chociaż zaczęła się stosunkowo nisko. Świadczy to o tem, że prócz przecukrzenia na przebieg jej wpływają jeszcze i inne warunki. Niekorzystnych warunków należy dopatrywać się w zaburzeniach przemiany białkowej i tłuszczowej, które nieodłącznie prawie towarzyszą cukrzycy ciężkiej: jak znaczna glikemja utrudnia, dajmy na to, zwalczanie ketonurji, tak i odwrotnie — zaburzenia w przemianie białkowej i tłuszczowej mogą wpływać niekorzystnie na tolerancję cukru.

Kol. Kapłan podkreśla wartość obserwacji klinicznej. U osobników starszych wiekiem spotykamy krzywą cukru we krwi, podobną do tych, jakie stwierdza się w cukrzycy, a mimo to nie uważamy tych osobników za chorych na cukrzycę. Gruźlicy nie można porównywać z cukrzycą; gruźlicę można bowiem często zahamować zupełnie, gdy tymczasem chory na cukrzycę z chwilą zaniedbania diety zapada znów na swą chorobę, do której jest konstytucyjnie usposobiony.

Kol. Cieszyński wyraża zadowolenie z propagowania przez kol. Grotta idei zapobiegania.

Kol. W. Orłowski wyraża życzenie, aby praca kol. Grotta nie spowodowała lekceważenia innych metod badania klinicznego. Zwraca również uwagę na to, iż krzywe poziomu cukru we krwi mogą być u jednego i tego samego osobnika różne, co zależy często od czynników mało uchwytnych; nie należy zatem w badaniach naukowych ograniczać się tylko do zanotowania jednej krzywej, ale trzeba wykonać ich kilka. Należy podkreślić znaczenie ketonurji, gdyż ominięcie tego ważnego czynnika doprowadzić może do błędnych wniosków.

Kol. Grott (streszczenie własne).

P. Doc. Filińskiemu. Niewątpliwie uwagi pana Docenta są b. ciekawe, jednak nie dotyczą one zasadniczego tematu, t. j. sprawy rozpoznawania cukrzycy. Przykro mi, że ze względu na spóloną porę muszę je pozostawić bez szczegółowej odpowiedzi.

P. D-rowsi Kapłanowi. W pracy swej omawiałem stany cukrzycy najwcześniejszej, t. j. prawie *in statu nascendi*. Otóż tegoż rodzaju stany chorobowe, prawie że nie dają objawów klinicznych, które mogłyby służyć jako punkt oparcia dla rozpoznania. Gdybyśmy idąc za radą Szan. Kolegi poprzestali tylko na objawach klinicznych lub na stwierdzeniu cukromoczu, to mogłoby to stać się źródłem całego szeregu błędów, jak np. zbyt późne rozpoznanie początku choroby, lub niesłuszne rozpoznanie cukrzycy, w razie cukromoczu nerkowego. W tych razach może usunąć wątpliwości jedynie krzywa cukru we krwi po glukozie.

Jak należy oceniać krzywą, jakie warunki winny być zachowane podczas jej wykonywania, omówiłem szczegółowo w poprzednim odczycie, wobec czego nie uważałem za stosowne dziś znów je powtarzać.

Co się dotyczy porównania cukrzycy z gruźlicą, to wbrew opinii Kolegi uważam je za słuszne:

- a) cukrzyca, podobnie jak i gruźlica, jest klęską społeczną, aczkolwiek w znacznie mniejszym stopniu,
- b) skala zmian gruźliczych, stwierdzonych rentgenologicznie, jest tak samo wielka, jak i skala odchylen od normy w przemianie węglowodanowej, znajdujących swe odbicie w krzywej cukru.
- c) przeprowadzenie analogii pomiędzy cukrzycą a powszechnie znaną jednostką chorobową, jaką jest gruźlica płucna, może tylko przyczynić się do lepszego zrozumienia omawianego tu zagadnienia.

P. D-rowsi Cieszyńskiemu. Z wielką przyjemnością dziękuję panu Doktorowi, że był łaskaw podkreślić to, co stanowi rzeczywistą istotę mych odczytów, t. j. chęć jaknajdalej idącego zapobiegania rozwojowi cukrzycy jako klęski społecznej.

Dla ścisłości zaznaczyć muszę, że nawet środki, proponowane przeze mnie, jak próbne śniadanie węglowodanowe pod postacią miodu oraz krzywa cukru we krwi po glukozie, nie są wolne od pewnych usterek, jednak w porównaniu z tem, co mieliśmy do niedawna, stanowią rzetelny krok naprzód.

P. Prof. Orłowskiemu. Zastrzeżenia Pana Profesora rozumiem w zupełności. Uznając ich całkowitą słuszność, w poprzednim odczycie poświeciłem może nawet zbyt wiele miejsca omówieniu najistotniejszych warunków, które winny być zachowane podczas wykonywania krzywej po glukozie.

Sądzę, że, dając w ręce lekarzowi metodę, spodziewać się możemy, że zastosuje ją umiejętnie po uprzednim dokładnem zapoznaniu się z nią. Co do innych objawów w cukrzycy, to znów muszę powołać się na mój poprzedni odczyt, w którym bardzo kategorycznie podkreśliłem, że klinicysta nie może nigdy opierać rozpoznania na jednym tylko objawie; krzywa cukru we krwi, jako objaw, powinna być rozważana łącznie z innymi objawami klinicznymi.

Dziś bynajmniej nie twierdziłem, że opóźnienie krzywej cukru we krwi po 1½ godz. (po 50 gr. glukozy), oznacza już cukrzycę, pragnąłem tylko zwrócić uwagę, że tego rodzaju przypadki wymagają ścisłej obserwacji w celu uniknięcia przeoczenia rozwijającej się cukrzycy. Pozatem wskazałem, jak należy je kontrolować w sposób uproszczony.

Co się dotyczy ketonurji, jako objawu, to w cukrzycy najwcześniejszej nie wchodzi ona wcale w rachubę wobec czego nie ma to znaczenia rozpoznawczego.

Zgadza się z p. Profesorem, że częstsze badania mych chorych podejrzanych co do cukrzycy, z naukowego punktu byłoby pożądane. Ja również do tego dążyłem, jednak chorzy przedstawieni w niniejszej pracy, stanowią przeważnie materiałem ambulatoryjnym, trudny do kontroli. Niejednokrotnie musiałem pokonywać wielkie przeszkody, by uzyskać zgodę na powtórne badanie u mych pacjentów, uważających się skądinąd

za zupełnie zdrowych. Jest to główny powód, dlaczego w piśmiennictwie prawie że nie spotyka się przypadków wczesnej cukrzycy, dobrze przekontrolowanych, w okresie jej powstawania.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 50.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Posiedzenia lekarzy szkolnych.

Posiedzenie z dnia 20 listopada 1930 roku.

Przewodniczący: Kurator Okręgu Szkolnego Warszawskiego p. G. Zawadzki. — Obecnych lekarzy szkolnych i zaproszonych gości około 200 osób. Między innymi obecni: byli Ministrowie Zdrowia Publicznego Dr. W. Chodźko i prof. Uniwer. Dr. T. Janiszewski, sekretarz stały Warsz. Tow. Lekarskiego prof. Uniwer. Br. Sawicki, były prezes Izby naczelnej lekarskiej Dr. J. Bączkiewicz, wyżsi urzędnicy Ministerstwa WR. i OP. i wielu innych.

Otwierając zebranie Naczelnik Wydziału Wych. Fiz. i Higij. Szk. Min. WR. i OP. p. J. Błoński podkreślił jego wyjątkowy i niezwykle uroczysty charakter — ma ono bowiem być jednocześnie skromnym wyrazem uczczenia 30-lecia działalności D-ra St. Kopczyńskiego na polu higieny szkolnej. — Dowodem uznania zasług p. d-ra Kopczyńskiego przez najwyższe czynniki państwowe jest nadanie Mu Komandorii Odrodzenia Polski. Kończąc swe przemówienie, zwrócił się do Sz. Jubilat, by przyjął ze strony obecnych słowa uznania, podziękę i wdzięczności oraz życzenia długiej i owocnej pracy, poczem zaprosił Pana Kuratora G. Zawadzkiego na przewodniczącego zebrania.

Następnie przewodniczący Kurator O.S. Warszawskiego p. G. Zawadzki dziękował Jubilatowi, że chociaż praca Jego obejmuje całe Państwo, jednak najwięcej zyskała Warszawa i jej szkolnictwo, bo to był teren pierwotnej działalności Jubilata, i tutaj najpierw zorganizowana została opieka higieniczno-lekarska w szkołach. — P. Kurator dziękował również za inicjatywę i prowadzenie od 10 lat posiedzeń lekarzy szkolnych szkół warszawskich w Ministerstwie WR. i OP., na których poruszane były zawsze bardzo ciekawe tematy wobec licznego grona lekarzy, — wreszcie prosi Jubilat, by i nadal prowadził te posiedzenia, wyrażając nadzieję, że siły i zdrowie starczą Mu na długie lata.

Z kolei Wizytator higieny szkolnej w Kuratorjum O. S. Warszawskiego p. Dr. Karol Mitkiewicz, w imieniu ogółu lekarzy szkolnych podkreślił wielkie umiłowanie przez D-ra Kopczyńskiego idei pracy społecznej na polu higieny wogóle, a higieny szkolnej w szczególności, którą realizował w sposób konsekwentny i wytrwały w ciągu 30 lat, wykazując niespożyta energię i zawsze młodzieńcy zapał. — Bardzo piękne wyniki tej pracy utrwala Jego Imię w historii polskiego szkolnictwa i higieny.

Teraz zabrał głos Dyrektor Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przygotowania Wojskowego p. pułkownik dypl. Władysław Kiliński, który w imieniu tego Urzędu składał Jubilatowi wyrazy uznania za Jego pracę nad poprawą warunków zdrowotnych młodzieży, a co za tem idzie, nad poprawą rasy i wyrabianiem sił fizycznych przyszłych pokoleń. — Następnie p. pułk. Kiliński odczytał pismo Rady Naukowej Wychowania Fizycznego, która w osobie Vice-Przewodniczącego Generała D-ra Roupperta wyraziła Jubilatowi uznanie za Jego działalność na polu higieny szkolnej i za współpracę w Radzie.

Naczelnik Wydziału Opieki nad Dzieckiem i Matką w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej p. Br. Krakowski w imieniu tego Ministerstwa dziękował Jubilatowi za Jego stosunek do dzieci i młodzieży, podkreślał zasługi na polu opieki nad dzieckiem, i życzył Mu jeszcze długich lat równie owocnej pracy.

Naczelnik Wydziału Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy Dr. Czesław Wroczyński, przemawiając w imieniu sanitarjatu warszawskiego, jak również Polsk. Związku Przeciwegruźliczego, stwierdził, że Dr. Kopczyński stał do pracy z gotowym i wypróbowanym poprzednio programem, uzyskując świetne wyniki, które wszyscy znają i najzupełniej oceniają. — Dalej podkreślił docenianie zawsze społecznego znaczenia higieny szkolnej i wychowania fizycznego młodzieży.

Dr. Rabski w imieniu Sekcji Lekarzy Szkolnych o Wodę Warszawskiego Związku Lekarzy Państw. Polsk., składał hold Jubilatowi za Jego pracę, stwierdził świetne wyniki, wyrażające się w ogromnej liczbie szkół, posiadających opiekę higieniczno-lekarską, — podkreślił lojalny stosunek D-ra Kopczyńskiego do lekarzy szkolnych, którzy zawsze bardzo dużo korzystają z zeteknięcia się ze swym Szefem.

Dr. M. Kacprzak w imieniu Państwowej Szkoły Higieny, Warsz. Tow. Higienicznego i Redakcji „Zdrowia”, stwierdził duże zasługi Jubilata na polu higieny szkolnej i społecznej, położone w ciągu nieprzerwanej 30 letniej pracy w umiłowanej przezeń dziedzinie.

Dr. M. Roszkowski w imieniu Towarzystwa Pediatrycznego, Sekcji Higieny Szk. Magistratu m. st. Warszawy, i Ligi Szkolnej Przeciwegruźliczej, podkreślał zasługi D-ra Kopczyńskiego, utworzenie między innymi przy Warsz. Tow. Lekarskim fundacji im. Grzegorza Piramowicza, stypendjów w Płocku i w Płońsku. — Nadmieniał, że Zarząd Ligi Szk. Przeciwegruźliczej w uznaniu tych ogromnych zasług Jubilata, mianował Go członkiem honorowym Ligi oraz postanowił nazwać jedno z łóżeczek w Sanatorium dla młodzieży szkolnej w Otwocku łóżeczkiem im. D-ra Kopczyńskiego.

Przewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia Dyrektorów Polskich Szkół Średnich Państwowych — Dyrektor B. Wilkoszewski podnosił zasługi, jakie Jubilat położył przy organizowaniu opieki higienicznej w szkołach, i niezwykle cechy, ujawniające się podczas wizytacji — Jego zaraźliwy optymizm, chęć przyjęcia z pomocą, radą, przy rozwiązywaniu rozmaitych zagadnień higieny szkolnej.

Dr. Maciesza, lekarz szkolny gimnazjum w Płocku — na zasadzie wiadomości, zebranych częściowo w archiwum gimnazjum w Płocku, które Dr. Kopczyński ukończył przed 38 laty, — częściowo od kolegów Jubilata — odwarza sylwetkę gimnazjisty, już wówczas zdradzającego duże wiadomości higieniczne i propagującego hasła higij. wśród kolegów i otoczenia.

Dr. Brenneisen w imieniu Polsk. Tow. Dentystycznego składa wyrazy uznania Jubilatowi za Jego wielkie zasługi, które położył przez wprowadzenie i otaczanie specjalną opieką pomocy dentystycznej w szkołach. — Pielęgnowanie jamy ustnej w świetle obecnych poglądów, to nie tylko zabieg miejscowy, mający na celu ochronę uzębienia i wpływający dodatnio na sprawy trawienia — ale szeroko pojęta profilaktyka całego ustroju od zakażeń, szerzących się przez zaniedbane i popsute zęby.

Redaktor czasopisma „Trzeźwość” p. Szymański podkreślał zasługi Jubilata, nawołującego do zwalczania alkoholizmu od najmłodszych lat, uważającego za jedno z najważniejszych zadań lekarza szkolnego prowadzenie propagandy przeciwalkoholowej na terenie szkół wśród młodzieży szkolnej i ich rodziców — dorzucając do zasług D-ra Kopczyńskiego na polu wychowania fizycznego młodzieży, również i zasługi w dziedzinie wychowania moralnego, gdyż akcja przeciwalkoholowa dąży do wyrobienia woli.

Dr. Stypułkowski w imieniu Tow. do walki z alkoholizmem zaznaczył, że rzadko widzi się, żeby zasługa szła w parze z uznaniem, tak, jak to ma miejsce z powszechnym uznaniem zasług D-ra Kopczyńskiego — wyciągając wniosek, że zasługi te muszą być i są bardzo duże, jeżeli spotykają takie duże i powszechne uznanie.

P. Kołodziejczyk, referent turystyki w Ministerstwie WR. i OP., zaznaczając, że przemawia samowolnie, w imieniu „najmłodszych dziecka” Jubilata, podkreślił bardzo duże zasługi, które Dr. Kopczyński położył na polu turystyki w szkolnictwie: — zainicjowanie i zorganizowanie szkolnych schronisk noclegowych, umożliwiających rozwój ruchu krajoznawczo-turystycznego wśród młodzieży szkolnej. — Dziękował za to Jubilatowi w imieniu rozeźmianej, opalonej, szczęśliwej młodzieży, korzystającej z tej organizacji.

Następnie Przewodniczący wręcza Jubilatowi liczne depeche i pisma, nadeszłe za pośrednictwem organizatorów uroczystości pod adresem Jubilata od różnych osób z różnych okolic kraju.

W odpowiedzi Jubilat ze wzruszeniem dziękuje za tyle dowodów uznania i serdeczności, jakie go spotkały — zaznacza, że był on tylko soczewką, która w swym ognisku skupiła promienie wiedzy higieniczno-szkolnej, rozproszone w atmosferze higieny ogólnej.

Dalej Jubilat podnosi, kto zdaniem jego budował higienę szkolną w Polsce. — A więc w pierwszej linii wszyscy ci, co swemi przyczynkami wzbogacili polską literaturę higieniczną szkolną; po drugie — właściciele i kierownicy szkół, którzy wprowadzili owe „sumienie higieniczne”, jakim jest lekarz szkolny, do szkoły, pomimo, iż trzeba było na żądanie higienistów zmniejszyć liczbę uczniów w klasach, zaprowadzać różne — nieraz kosztowne — urządzenia higieniczne, jak wzorowe ławki i t. p.; — po trzecie — budowały higienę szkolną w Polsce samorządy miejskie i wiejskie, co to mimo braku nakazu lub ustawy, budowały wzorowe gmachy szkolne, wprowadzały do szkół opiekę higieniczno-lekarską; — po czwarte — utrzymywał higienę szkolną w Polsce Rząd, który nie szczędził kosztów na wprowadzenie instytucji lekarzy i dentystów szkolnych; — a przede wszystkim utrzymywał instytucję lekarzy szkolnych każdy lekarz szkolny swą sumienną i oddaną pracą.

Dalej Jubilat podkreślał, jakie zadania czekają nas w tej dziedzinie w przyszłości: rozbudowa opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach powszechnych wiejskich — skoordynowanie służby sanitarną ogólnego z pracą lekarzy i higienistów szkolnych — rozbudowa poliklinik szkolnych, szkół — sanatoriów — a gdy chodzi o lekarzy szkolnych — ułatwienie im dokształcania się w swej specjalności (dokształcenie kliniczne, pedagogiczno-psychologiczne, oraz w znajomości zasad wychowania fizycznego).

Jubilat wspominał o projektowanym nowym wydaniu zbiorowego podręcznika „Higieny Szkolnej” i zaznaczył, że dzisiejsze objawy uznania i nad wyraz pochlebnej oceny jego skromnych zasług, będą dla niego bodźcem do dalszej pracy. — Wszystkim przedmówcom, wszystkim gościom, oraz inicjatorom „tej uroczystości składa Jubilat z głębi serca płynące „Bóg zapłać”.

Po przerwie odbyła się druga część posiedzenia. — Przewodniczący Dr. Kopczyński, P. Pułkownik Dr. Stefan Rudzki wygłasza odczyt na temat „Walka z gruźlicą wśród młodzieży w Norwegji” (na podstawie ostatniego zjazdu przeciwgruźliczego w Oslo).

Prelegent dzieli się wrażeniami, odniesionymi z pobytu w Norwegji w lecie r. b. w czasie Międzynarodowego Zjazdu Przeciwwgruźliczego.

Norwegia jest krajem o wielkiej kulturze duchowej i fizycznej. Wychowanie fizyczne jest ułatwione warunkami klimatycznymi, wymagającymi stosowania wielu sportów w życiu codziennym, między innymi narciarstwo należy do zwykłych środków lokomocji i znane jest całej ludności od najmniejszych dzieci do starców.

Tężyźnie fizycznej towarzyszy prostota i jasność, wesołość, pogoda duchowa.

Opieka nad dziećmi i młodzieżą szkolną jest wysoko postawiona. Prelegent opisuje urządzenia, które zwiedzał, jak: żłobki, ochronki, prewentyj, szkoły na otwartym powietrzu — charakteryzuje pomoc lekarską udzielaną młodzieży szkolnej, — opisuje organizację walki z gruźlicą w ramach Związku Przeciwwgruźliczego Czerwonego Krzyża oraz Związku Higieny Kobiet Norweskich pod egidą Inspektora Generalnego do spraw gruźlicy.

Następnie prelegent opisuje wybitniejsze momenty z życia kulturalnego Norwegji, podkreślając wielkie przywiązanie do tradycji ojczyste.

Dłuższe ustępy poświęca historii Wikingów, ich roli w przeszłości i wpływie na teraźniejszą psychikę Norwęgów.

Zakończa porównaniem dzielności i kultury Norwęgów z pracą Polaków w okresie walk niepodległościowych.

Następnie P. Dr. Rudzki przyłącza się do hołdu, złożonego Jubilatowi Dr. Kopczyńskiemu za Jego pracę kulturalną w ciągu 30 lat.

Na tem posiedzenie zakończono o godzinie 11-ej wieczorem.

Posiedzenie Zarządu Związku Przeciwwenerycznego

z dn. 7 listopada 1930 r.

Obecni:

Prof. Franciszek Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Doc. Dr. Gustaw Szulc, Dr. Jerzy Reise, Dr. Henryk

Szczodrowski, Maj. Dr. Marjan Wowkonowicz, Dr. Wiktor Borkowski.

- 1) Przyjęto protokół z dn. 3 października 1930 r.
- 2) Sekretarz zdał sprawę z delegacji do województw: Wileńskiego i Nowogródzkiego.
- 3) Przyjęto do Związku w charakterze członka Magistrat m. Stryja ze składką członkowską w wysokości 50 zł. rocznie,
- 4) Uchwalono wydać Departamentowi Służby Zdrowia opinię przychylną w sprawie udzielania zapomóg rządowych na urządzenie poradni przeciwwenerycznych w ośrodkach zdrowia:
 - a) Magistratowi m. Stryja — 1.000 zł. (Nr. Z. H. 3890/90 i Z. H. 4121/30).
 - b) Wydziałowi Powiatowemu Sejmiku Dziśnieńskiego (na urządzenie poradni w Głębokiem) — 1.000 zł. (Nr. Z. H. 944/30).
 - c) Towarzystwu Przeciwwgruźliczemu w Olkuszu — 500 zł. (Nr. Z. H. 1884).

W sprawie wniosków o zapomogę dla Wydziału Powiatowego w Przeworsku (Nr. Z. H. 2453/30), dla Wydziału Powiatowego w Skolem (Nr. Z. H. 2036/30) oraz dla Magistratu m. Stanisławowa (Nr. Z. H. 3349/30) uchwalono wstrzymać się z wydaniem opinii.

Sekretarz:

(—) Dr. W. Borkowski.

Przewodniczący:

(—) Prof. Dr. Krzyształowicz

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Hirsch zdawał sprawę na grudniowym posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu ze swych badań nad *etjologią i leczeniem raka*, omawiając rolę, jaką w powstawaniu i rozwoju raka odgrywa oksydaza, przezwana przez Hopkinsa *glutathion*. Według Hirscha oksydaza ta wytwarza się w części korowej nadnerczy. U młodych zwierząt stwierdza się sporą ilość glutathionu w tkankach wzrastających, małą ilość we krwi. Wraz z zakończeniem wzrostu zwiększa się ilość glutathionu we krwi i zmniejsza się w tkankach. Środowisko kwaśne sprzyja zbieraniu się glutathionu. Podrażnienie przewlekłe tkanki prowadzi do zbierania się glutathionu w tem miejscu np. drażnienie smołą zwiększa w miejscu podrażnienia ilość glutathionu, poczem — skutkiem zatrucia przewlekłego opada zawartość glutathionu we krwi. W celu zahamowania wzrostu komórkowego należałoby tedy zmniejszyć różnicę koncentracji glutathionu w tkankach i we krwi. H. osiąga to 1, przez zakwaszanie krwi i 2. drogą wstrzykiwania do krwi wyciągu z substancji korowej nadnerczy, obfitującej w glutathion i w żelazo koloidalne. Próby na zwierzętach dały 40% całkowitego wyleczenia raka i 40% poprawy. Dalsze próby, lepiej przygotowane, dały jeszcze lepsze wyniki. Badania pośmiertne chorych, zmarłych z powodu raka, potwierdzają wyżej wypowiadane założenia. (Pr. méd. № 2)

Heden na tem samym posiedzeniu zakomunikował, że udało mu się otrzymać wyciąg z *pratków Kocha*, który, zemulgowany z lecytyną, daje, wprowadzony doskórnie, odczyn alergiczny analogiczny do tuberkulinowego.

Również na tem samym posiedzeniu Fodéré przytacza swe spostrzeżenie dotyczące dwu chorych z *zapaleniem nerek*, którzy pod wpływem *chlorku magnezu* dostali *objawów moczniczych*.

Wreszcie Armand-Delille, Lestocquoy i Vihbert komunikują, że nie tylko u dzieci, lecz i u *dorosłych*, zwłaszcza u kobiet i młodych panien, udaje się często przy pomocy *sondowania żołądka naczno* stwierdzić obecność *pratków gruźliczych* w zawartości żołądka, co pozwala na postawienie ostateczne *rozpoznania gruźlicy* w tych przypadkach, gdzie chorzy nie oddają płwociny, w którejby można było szukać *pratków gruźliczych*.

David na posiedz. grud. paryskiego tow. chirurg. (Pr. méd. № 2) zwraca uwagę na *niebezpieczeństwo*, jakim grozi posyłanie chorych z *zakożeniem moczowym na kuracje alkaliczne*. Pod wpływem wód alkalicznych rozwijają się objawy drobnoustroje, nabierając jadowitości i powodując powikłania ostre, niekiedy bardzo ciężkie. Skuteczne w tych przypadkach są: kuracja zakwaszająca mocz i środki, dezynfekujące mocz.

Z j a z d y

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego

w Dubnie dnia 10—11. X. 1930 r.

Na zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi, lekarz sejmikowy z Dubna, trzech lekarzy rejonowych, trzech lekarzy miejskich, dwóch lekarzy szpitalnych, Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego, trzech naczelników lekarzy Kas Chorych, oraz komisarz Kasy Chorych z Kizemienia.

W zastępstwie p. Wojewody zagał zjazd naczelnik wydziału zdrowia Dr. Habich, poczem inspektor państwowej służby zdrowia Dr. Hryszkiewicz, witając zjazd w imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia, zalecił ze względu na przeżywany obecnie kryzys gospodarczy, stosowanie jak najdalej idących oszczędności w budżetach komunalnych w dziale nowych inwestycji na cele zdrowotne, z tem jednak, żeby przy opracowaniu sanitarnych budżetów samorządowych lekarze powiatowi przewidzieli niezbędne kredyty na utrzymanie na należytych poziomie tych urządzeń i instytucji, które już na terenie województwa funkcjonują, oraz dopilnowali, żeby te kredyty zostały całkowicie zrealizowane.

Po przemówieniach powitalnych p. Starosty Kańskiego i burmistrza Rozena przystąpiono do wykonania porządku dziennego.

Jak z odczytanych kolejno sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, w roku ubiegłym Województwo Wołyńskie zrobiło duży krok naprzód w dziedzinie uporządkowania stosunków zdrowotnych. Na czoło wysunął się powiat Dubieński, w którym zorganizowano 12 rejonów lekarskich (przy stopniowym kasowaniu punktów felczerskich), uruchomiono przebudowany znacznym kosztem szpital w Radziwiłowie, narazie na 30 łóżek, który po uzyskaniu kredytów będzie powiększony do 70—80 łóżek, otwarto Ośrodek Zdrowia, uruchomiono przychodnię lekarską przy szpitalu żydowskim, zapewniono wszystkim szkołom nadzór lekarski i t. p.

W powiecie howelskim przybył nowy Ośrodek Zdrowia w Różynie. Walka z gruźlicą prowadzona jest w ośrodkach zdrowia w Łucku, Dubnie, Kowlu i Różynie, w poradniach przeciwgruźliczych w Radziwiłowie, Horochowie, Łanowcach, Lubomlu, Zdobunowie i Ostrogu, oraz w przychodni T-wa „Toz”.

Przypadków jaglicy i chorób wenerycznych w Województwie Wołyńskim jest naogół niewiele. Walka z niemi prowadzona jest w wymienionych ośrodkach zdrowia, oraz we wszystkich przechodniach rejonowych.

Szpitalnictwo w Województwie Wołyńskim jest w stadium stopniowego uporządkowania. Kasowane są małe, słabo funkcjonujące szpitaliki (Brzuchowice na 15 łóżek, Wołkowyja na 10 łóżek) i zwiększana jest pojemność lepiej zaopatrzonych szpitali większych. Ze względu na znaczne przestrzenie powiatów, złe drogi oraz brak dogodnej i prędkiej komunikacji wsi ze szpitalami, kasowanie małych szpitali musi jednak być dokonywane stopniowo, w miarę powstawania nowych dróg komunikacyjnych i zwiększenia pojemności szpitali w miastach powiatowych. Godnym zaznaczenia jest fakt, że szpitale w powiecie Łuckim, Dubieńskim, Rówieńskim i Horochowskim nie pobierają opłaty za leczenie chorych zakaźnych. W innych szpitalach powiatowych taryfa za leczenie chorych zakaźnych waha się od 2½ zł. (pow. Zdobunowski) do 6 zł. (pow. Włodzimierski).

Liczba lekarzy rejonowych i gminnych znacznie wzrosła. W roku sprawozdawczym jest ich 50, gdy było w roku ubiegłym 41, najwięcej w powiecie Dubieńskim (12), najmniej w powiecie Lubomelskim (2). Felczarów szpitalnych, rejonowych i gminnych jest 46; położnych szpitalnych, rejonowych i gminnych — 67.

W dziale sanitarno-porządkowym zaszły w roku sprawozdawczym znaczne zmiany na lepsze. Lokale użyteczności publicznej, kontrolowane często przez lepiej już funkcjonujące gminne komisje sanitarne, doznały znacznej poprawy. W miastach i miasteczkach ułożono dużo bruków i betonowych chodników, a między Dubnem i Radziwiłowem zbudowano na przestrzeni 50 kilometrów doskonałą szosę.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniami zabierali kolejno głos przedstawiciele Kas Chorych, dziękując za zaproszenie na zjazd i obiecując swoje jak najdalej idące współ-

działanie i współpracę w dziedzinie zapobiegania chorobom zakaźnym i społecznym, poczem zostały wygłoszone referaty. Naczelnik Wydziału Chorób Zakaźnych Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dr. Pałester przedstawił interesujące zestawienia z przebiegu epidemii w różnych krajach, oraz podał statystykę najważniejszych epidemii w Polsce za rok ubiegły. Z danych statystycznych wynika, że dur plamisty na terenie województwa Wołyńskiego nie przedstawiał się groźnie, przypadków ospy naturalnej nie było zupełnie, dur brzuszny większego nasilenia nie wykazał, natomiast płonica, błonica i odra zwiększyły się dosyć znacznie. Z tego względu wskazane jest jak najszerze stosowanie szczepień zapobiegawczych przeciwko płonicy i błonicy, najlepiej i najpewniej zapomocą szczepionki BP.

Następnie Dr. Ulatowski mówił o zadaniach samorządowego lekarza rejonowego, Dr. Szlązakiewicz o samorządowej służbie zdrowia na terenie Województwa Wołyńskiego, Dr. Pałowski przedstawił plan izolacji gruźlików prątkujących na wsi, wreszcie p. Zawidzki, inspektor farmaceutyczny, omawiał sprawę nadzoru nad obrotem narkotyków.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był zwiedzaniu w Dubnie ośrodka zdrowia, szpitala na Pantalji, szkoły zawodowej i zamku, oraz w Radziwiłowie szpitala, szkoły, ochronki i rzeźni miejskiej.

Dr. W. H.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Tarnopolskiego

w Czortkowie w dn. 24—25. X. 1930.

Na zjazd przybyło 16 lekarzy powiatowych, naczelnik wydziału zdrowia Stanisławowski Urzędu Wojewódzkiego i 10 komisarzy kas chorych.

Po zagajeniu zjazdu przez p. Wicewojewodę Gintowt-Dziewałtowskiego powitał zjazd w imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia inspektor Dr. Hryszkiewicz, podkreślając, że współdziałanie i współpraca Kas Chorych z lekarzami powiatowymi w dziedzinie medycyny zapobiegawczej jest bardzo pożądane, oraz zalecając lekarzom powiatowym przestrzeganie jak najdalej idących oszczędności przy opracowywaniu budżetów samorządowych. Z kolei witali zjazd p. Starosta Goliński, burmistrz m. Czortkowa Dobrowolski i naczelnik wydziału zdrowia Województwa Tarnopolskiego Dr. Danielski.

Przystąpiono do sprawozdań lekarzy powiatowych, z których wynika, że akcja walki z chorobami społecznymi postępuje naprzód. Walka z gruźlicą i jaglicą prowadzona jest w 22 ośrodkach zdrowia i 9 przychodniach. Zaufanie ludności do akcji zapobiegawczej wzrasta dzięki wywiadom domowym i wskazywaniu sposobów uchronienia się przed zakażeniem, przez co i frekwencja w ośrodkach zdrowia wzrosła w porównaniu z rokiem ubiegłym.

Kasy Chorych w dobrym zrozumieniu zarówno akcji społecznej, jak i we własnym interesie, zaczęły współdziałać z lekarzami powiatowymi, bądź wyznaczając stałe dotacje dla ośrodków zdrowia, bądź przyczyniając się do akcji przez udzielenie lokalu (Kamionka Strumiłowa), lub opłacając lekarzy (Tarnopol, Zaleszczyki).

Choroby weneryczne w Województwie Tarnopolskim nie przedstawiają się groźnie; walka z niemi prowadzona jest w ośrodkach zdrowia i zapomocą propagandy (odczyty, broszury, ulotki).

W dziale szpitalnictwa odczuwają się poważne braki. W 10 powiatach Województwa jest 9 szpitali publicznych, 2 fundacyjne i 4 utrzymywane przez żydowskie gminy wyznaniowe, natomiast 7 powiatów: Borszczów, Kamionka Strumiłowa, Kopyczyńce, Radziechów, Trembowla, Zbaraż i Zborów wcale nie posiadają szpitali.

W samorządowej służbie zdrowia pracują: 31 lekarzy miejskich, 14 lekarzy gmin wiejskich, 38 lekarzy okręgowych (wiele okręgów nie jest obsadzonych), 18 położnych miejskich, 14 położnych gmin wiejskich i 218 położnych okręgowych.

W 1288 szkołach powszechnych, lustracji budynków i dziatwy szkolnej dokonywuje 17 lekarzy powiatowych (przy sposobności wyjazdów służbowych), 38 lekarzy okręgowych

i 9 lekarzy szkolnych przy 3 higienistkach szkolnych. Liczba lekarzy jest niewystarczająca i w wielu szkołach periodyczna lustracja nie mogła być przeprowadzona.

W dziale sanitarno-porządkowym daje się naogół zauważyć pewien postęp, aczkolwiek przy obecnym złym stanie finansowym samorządów miejskich, złych drogach komunikacyjnych i braku kamienia polnego w przeważającej liczbie powiatów, miasta i miasteczka zabrukowane są zaledwie w 28%, częściowe wodociągi i kanalizację posiada tylko 7 miast, kąpielisk ogólnych w Województwie jest 7, mykw 48, studzien 46,429. Poprawa stosunków zaznacza się: w utrzymaniu hoteli, restauracji, fryzjerni, piekarni, sklepów spożywczych i t. p., które w znacznej mierze zostały uporządkowane, w doprowadzeniu do stanu używalności kąpielisk i mykw, w liczbie odremontowanych domów, urządzeniu ustępów publicznych, śmietników w miastach, ustępów i gnojowisk po wsiach oraz w zamianie, w znacznej liczbie studzien, cembrowiny drewnianej na betonową.

Epidemij w ubiegłym roku nie było. Dur plamisty, dur brzusznego, błonica i błonica zdarzały się sporadycznie, nie tworząc większych skupień. Walka z dudem brzuszny, błonicą i błonicą prowadzona była zapomocą szczepień ochronnych.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniami, w trakcie której wyjaśnień udzielał Dr. Hryszkiewicz, zabierali głos p. p. komisarze Kas Chorych, dziękując za zaproszenie ich na zjazd, na którym walka z chorobami ostryżakowymi i społecznymi, prowadzona przez władze administracji ogólnej i samorządy, doznała należytego oświetlenia i obiecując przystąpić niezwłocznie do szerokiej współpracy w tej dziedzinie.

Następnie Naczelnik Wydziału Chorób Zakaźnych w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Dr. Palester wygłosił referat o nowoczesnych sposobach walki z chorobami zakaźnymi, Dr. Danielski — o wystawie regionalnej, mającej się odbyć w roku przyszłym w Tarnopolu i Dr. Fejt — o sprawozdaniach rocznych lekarzy powiatowych.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był zwiedzaniu ośrodka zdrowia, nowego gmachu Kasy Chorych i zakładu opiekuńczego im. Sadowskich w Czortkowie, fabryki drożdży w Kołędzinach, fabryki tytoniu w Jagielnicy, oraz uzdrowiska Zaleszczyki.

Dr. W. H.

K r y t y k a l e k a r s k a

Medycyna a polityka

(Z powodu jednego ogłoszenia)

Zdarza się i to nierzadko, że przedstawiciele zawodu lekarskiego, podobnie jak i innych zawodów, biorą czynny udział w polityce. Bywają i posłowie do parlamentu, mogą również, jak to ma miejsce obecnie i w Polsce, zajmować wybitne stanowiska w administracji państwowej do ministra włącznie.

Pełnienie obowiązków poselskich jest zaszczytnym obowiązkiem obywatela i nie powinno zasadniczo przerywać jego pracy zawodowej — aczkolwiek musi zabierać mu dość dużo czasu, poświęcanego zwykle zajęciom normalnym. Że można być posłem do parlamentu, a jednocześnie nie zaniedbywać swych prac zawodowych i naukowych za przykład tego służyć może Rudolf Virchow, który, będąc w swoim czasie śmiałym rzecznikiem idei liberalnej w parlamencie niemieckim, nie przestał być Virchowem w medycynie.

Ale, odwrotnie, też zawód polityka, choćby wstąpił na tej arenie lekarza nie może mieć nic wspólnego z jego pracą zawodową w znaczeniu np. reklamy. Gdzie Rzym, gdzie Krym... Jeżeli etyka lekarska tak surowo często odnosi się do ogłaszającego się niestosownie przeciętnego lekarza, to tem bardziej, zdawałoby się, powinna być wymagająca w stosunku do przedstawiciela zawodu lekarskiego, który zdołał osiągnąć wybitne stanowisko w życiu parlamentarnem.

Ze zdumieniem przeto czytaliśmy niedawno w dziennikach, że taki a taki profesor, taki a taki specjalista rozpoczął swą praktykę lekarską, przy czem na wstępie ogłoszenia widniał pełny tytuł, który przysługiwał rzeczonemu lekarzowi podczas kadencji poselskiej.

Z niepolitycznego tego wystąpienia możnaby snadnie wyciągnąć wniosek, że polityka nie wchodzi właściwie w zakres uzdolnień wzmiankowanego przedstawiciela medycyny.

Stefan Kramsztyk (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Ze Szpitalnictwa Amerykańskiego.

Podał

Z. SREBRNY (Warszawa).

Jeden z zeszłorocznych numerów „Journal of the American Medical Association” podaje garść ciekawych szczegółów z życia szpitali amerykańskich.

W Stanach Zjedn. Am. Półn. istnieje Rada Szpitalna i Wyszkożenia Lekarskiego, czuwająca

nad całokształtem szpitalnictwa, a zwłaszcza nad działalnością pedagogiczną szpitali i ich wartością etyczną i naukową. Dokładny wykaz szpitali, t. z. v. Rejestr Szpitalny, obejmuje tylko te szpitale, których poziom etyczny i naukowy stoi na pewnej wysokości. Takich zarejestrowanych szpitali jest obecnie w Stanach Zjedn. 6665. Każdy z nich posiada wykwalifikowany i odpowiedzialny personel lekarski. Szpitale te mieszczą 907,133 łóżka. W ciągu roku 1929 w szpitalach zarejestrowanych otrzymywało pomoc przeciętnie 726,766 chorych dziennie. W tym

samym roku liczba dzieci, urodzonych w szpitalach, wynosiła 621,896.

Szpitalne amerykańskie korzystają szeroko z usług internów, t. j. medyków, którzy są na ukończeniu lub świeżo ukończyli studia. Rada Szpitalna czuwa nad umieszczaniem internów w szpitalach, najlepiej postawionych pod względem kształcenia lekarzy. O kwalifikacjach tych decydują wysyłani przez Radę inspektorowie: szpitalom, w których ujawnione zostały braki w systemie kształcenia lekarzy, odbierano prawo lokowania internów aż do czasu usunięcia tych braków. Szpitali zarejestrowanych dla internów było w 1929 roku 629, miały one ogółem 181,835 łóżek i zatrudniały 5310 internów.

Prócz szpitali, kształcących internów, Rada wyodrębniła pewną liczbę szpitali ogólnych, w których przyjmują zaawansowanych internów, pragnących doskonalić się w obranej specjalności. Obok tych szpitali do tegoż celu służą szpitale specjalne, wymagające jednak od kandydatów odbytej już praktyki w szpitalu ogólnym. W 321 szpitalach, zaaprobowanych przez radę do kształcenia specjalistów, znajduje się ogółem 195,205 łóżek. Szpitale te dostarczają kształcącym się 1921 miejsc rocznie.

Warto zauważyć, że na 3076 powiatów (county) w Stanach Zjedn. 1794 czyli 58,3% posiada jeden lub więcej szpitali, nie licząc szpitali przy instytucjach państwowych, szpitali psychiatrycznych i neurologicznych oraz przeznaczonych dla chorych. Personel szpitala stanowią najczęściej członkowie powiatowego (county) towarzystwa lekarskiego. Ogółem do personelu szpitalnego należy 98491 lekarzy. Z tej liczby 2442 jest dyrektorami lub zarządzającymi szpitalami, 6305 świeżo promowanych lekarzy służy w charakterze internów, a 5165 zajmuje stanowiska stałych asystentów, kształcących się w obranej specjalności. Z pośród 6305 internów 5310 pracuje w szpitalach, zaaprobowanych przez Radę.

Uznając doniosłe znaczenie naukowe sekcji, Rada zaproponowała szpitalom, kształcącym internów, aby w granicach możliwości wykonywano sekcji jaknajwięcej. Stosując się do tej wskazówki, szpitale w roku 1930 wykazały wzrost liczby dokonanych sekcji o 15%.

W każdym szpitalu, a przede wszystkim w szpitalach, kształcących internów, odbywają się posiedzenia lekarskie — w mniejszych szpitalach (200 do 300 łóżek) raz na tydzień, w większych codziennie. Na konferencjach tych omawia się przyczyny zgonów pacjentów szpitalnych oraz metody lecznicze.

Ważnym czynnikiem w rozwoju szpitalnictwa Stanów Zjedn. Am. Półn. jest zamykanie prywatnych zakładów leczniczych przy jednoczesnym wzroście liczby szpitali powiatowych i miejskich oraz szpitali, pozostających pod nadzorem niezależnych organizacji: otwarcie szpitala miejskiego lub powiatowego pociąga za sobą zwykle zamknięcie jednego lub więcej szpitali prywatnych.

W ogólnym rozwoju szpitalnictwa amerykańskiego daje się zauważyć wzrost liczby łóżek dla chorych nerwowo i psychicznie. Aczkolwiek liczba tych szpitali państwowych zmniejszyła się z 601 w roku 1923 do 578 w roku 1929, to jednak ich pojemność musiała być powiększona o 83498 łóżek. Przeciętna liczba chorych, przebywających w tych szpitalach czasowo i stale, wzrosła o 102202. Jeżeliby ten wzrost trwał nadal w tem samym tempie, to Stany Zjedn. Am. Półn. miałyby w roku 1934 pół miliona chorych nerwowo i psychicznie, stale przebywających w szpitalach. Fakt ten tłumaczy, dlaczego na konferencjach szpitalnych zwraca się uwagę na potrzebę ścisłych badań w dziedzinie chorób psychicznych i nerwowych w nadziei, że badania te przyczynią się do osłabienia tak niepokojącego wzrostu omawianych chorób.

Ciekawy fakt stanowi dążenie do zmniejszenia liczby szpitali położniczych, gdyż pacjentki, potrzebujące pomocy akuszerskiej, w znacznej mierze otrzymują tę pomoc w szpitalach ogólnych. To samo dotyczy szpitali dla chorych na gruźlicę.

Szkoda, że w sprawozdaniu, z którego wiadomości te czerpiemy, nie podano uzasadnienia tej tendencji przynajmniej w stosunku do gruźlicy: według naszych pojęć budowa i urządzenie szpitali dla gruźliczo chorych, przedstawiających widoki poprawy, powinny odpowiadać pewnym specjalnym wymaganiom, których szpital ogólny zazwyczaj zapewnić nie może, tembardziej teraz, kiedy system pawilonowy w amerykańskim budownictwie szpitalnym ustępuje miejsca systemowi jednego wielopiętrowego gmachu.

Na zakończenie uwaga znamienita: jedna z zasad, którym odpowiadać powinny szpitale, brzmi, jak następuje: „szpitale są instytucjami, które nie powinny być prowadzone w celach zysku”. Ponieważ zaś instytucjami, ciągnącymi zyski z leczenia chorych, są w tym razie prywatne zakłady lecznicze, przeznaczone dla ludności zamożniejszej, a więc wymagającej pewnego komfortu, łatwo więc wywnioskować można, jak urządzone być muszą szpitale amerykańskie.

Wiadomości bieżące.

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

Zmieniając zarządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 17 października 1923 r. L. Org. 43140-6557-23 w sprawie instrukcji dla Delegata Ministra Spraw Wewnętrznych do Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, zarządzam, ażeby składanie sprawozdań z lustracji

Kas Chorych przez lekarzy powiatowych z tytułu nadzoru nad lecnictwem w myśl § 6 instrukcji odbywało się zamiast, jak dotychczas, kwartalnie, tylko raz do roku, a to najpóźniej do 31 stycznia.

Pozatem ulega częściowej zmianie schemat sprawozdań, które powinny być ujęte według załączonego wzoru.

Uprasza się o zarządzenie i dopilnowanie, ażeby sprawozdania za rok bieżący niechybnie zostały przedłożone

Ministerstwu Spraw Wewnętrznych do ustalonego powyżej terminu.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński.

W Z Ó R

sprawozdań rocznych z lecznictwa Kas Chorych.

Czy w powiecie jest siedziba Zarządu Kasy Chorych, względnie czy istnieje filja i w tym wypadku gdzie jest siedziba Zarządu?

Ilu członków ubezpieczonych i ilu członków rodzin liczy Kasa chorych na dzień 31 grudnia (roku sprawozdawczego);

mężczyzn

ubezpieczonych —

kobiet.

mężczyzn

członków rodzin —

kobiet.

1. Liczba osób leczonych:

- a) w przychodniach (ambulatorjum), względnie w mieszkaniu lekarza,
- b) w mieszkaniu chorych z powodu obłożnej choroby,
- c) w szpitalu.

2. Liczba udzielonych porad;

3. Liczba przypadków (u członków Kasy);

- a) chorób zawodowych (wyszczególnić jakie),
- b) chorób ostrych zakaźnych (wyszczególnić jakie).

4. Choroby społeczne (u członków Kasy i ich rodzin).

A. Gruźlica:

- a) Kasa posiada przychodnię (liczba)..... gdzie (wymienić)
- b) Kasa posiada sanatorium (wymienić gdzie)
- c) Kasa posiada szpital przeciwgruźliczy (wymienić gdzie)..... i na ile łóżek.....
- d) Kasa posiada stacyę leczniczych dziennych.....
- e) W poradniach Kasy Chorych leczyło się chorych na gruźlicę..... przez sanatorium przeszło....., przez szpitale przeszło chorych na gruźlicę.....

B. Choroby weneryczne:

Kiły leczono..... przypadków.

Rzeżączki leczono..... przypadków.

C. Jaglicy zarejestrowano..... przypadków.

D. Reumatyzmu zarejestrowano..... przypadków.

E. Chorób odzwierzęcych zarejestrowano..... przypadków.

F. Zatrucia alkoholowego (chronicznego)..... przypadków.

W razie stwierdzenia łączności między jedną z powyżej wymienionych chorób a pracą zawodową należy to zaznaczyć i podać bliższe okoliczności,

G. Liczba osób, poddanych szczepieniu ochronnemu przeciw; a) ospie, b) błonicy, c) płonicy, d) duru w brzusznemu, c) innym chorobom zakaźnym.

Organizacja lecznictwa.

1. Przychodnie (ambulatorja) i stacje sanitarne. Czy Kasa posiada własne przychodnie i stacje sanitarne (wymienić gdzie), czy jest (są) należycie urządzona.

Ile razy w ciągu roku przychodnie i stacje sanitarne były lustrowane (podać odrębnie)..... jakie stwierdzono braki....., czy zostały usunięte.....

Kto jest kierownikiem.....

2. Apteka: Czy Kasa posiada własną aptekę i prowadzoną przez..... jaki jest ruch w aptece..... (roczna liczba recept).

3. Zakłady lecznicze, szpitale. Czy Kasa Chorych posiada własny szpital lub inny zakład leczniczy (wymienić jakie)..... i na ile łóżek....., dla jakich chorych..... ilu chorych leczono w szpitalu (zakładzie) w ciągu roku..... Kto jest kierownikiem..... Czy i ewentualnie które zakłady lecznicze (sanatoria) i w jakich miejscowościach (zdrojowiskach, uzdrowiskach letnich) udzielają ulgi dla leczących się w nich członków Kasy Chorych.

4. Czy i jakie instytucje lecznicze i zapobiegawcze (przychodnie, ośrodki zdrowia, szpitale, sanatoria i t. p.) samorządowe, społeczne lub państwowe współpracują z Kasą Chorych, lub są wspierane przez Kasę, ewentualnie na jakich warunkach.

5. Kolonie lecznicze, wypoczynkowe, półkolonie. Czy Kasa utrzymuje kolonję, ewentualnie w której miejscowości, należy podać liczbę uczestników kolonji i okres czasu, przez który kolonja była czynna.

6. Lekarze kasowi. Liczba lekarzy..... podać, w których miejscowościach są lekarze Kasy?

Liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych działach....., liczba akuserek....., liczba lekarzy dentyistów....., w jakich rozmiarach udziela się pomocy dentystycznej?

Uwagi ogólne.

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

Celem ustalenia imiennego wykazu osób, posiadających uprawnienia zawodowe aprobowanych aptekarzy, magistrów farmacji, promotorów farmacji i pomocników aptekarskich, Ministerstwu Spraw Wewnętrznych niezbędne jest posiadanie kart rejestracyjnych, wypełnionych przez osoby, wyżej wymienione.

W tym celu Ministerstwo przesyła formularze tych kart, prosząc o zwrócenie ich przed dniem 1 kwietnia 1931 r. po wypełnieniu ich przez personel fachowy, zatrudniony w aptekach i innych zakładach, podległych nadzorowi organów służby zdrowia.

Pożądaniem jest, aby karty rejestracyjne przed odesłaniem ich do Ministerstwa były sprawdzone przez inspektorów farmaceutycznych, czy zawarte w nich dane są zgodne z danymi, posiadanymi przez Województwo (Komisarjat Rządu).

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

KARTA REGESTRACYJNA FACHOWEGO PERSONELU APTEKARSKIEGO,

sporządzona dnia m-ca 19..... r. w pow. woj.

1. Nazwisko i imię według metryki	
2. Miejsce i data urodzenia	
3. Narodowość i wyznanie	
4. a) Tytuł naukowy b) udzielony przez c) kiedy? (rok, miesiąc, dzień, numer)	
5. a) Dowód uprawnień zawodowych b) wydany przez c) kiedy? (rok, miesiąc, dzień, numer)	
6. Rodzaj apteki, w której podpisany pracuje, jej adres (powiat, osiedle, ulica) i nazwisko właściciela.	
7. a) Rodzaj i adres posiadanej przez podpisanego apteki b) nazwiska i imiona współników, jeżeli podpisany nie jest wyłącznym właścicielem apteki c) w jakiej części podpisany i każdy ze współników są właścicielami apteki.	
*) W razie nieposiadania apteki lub współników odpowiednie teksty skreślić.	Własnoręczny podpis osoby rejestrującej się:

—Państwowy Zakład Higieny rozpoczyna dnia 15 lutego 1931 roku trzymiesięczny wyższy kurs bakterjologii, parazytologii i nauki o odporności.

Zajęcia praktyczne na kursie odbywać się będą codziennie z wyjątkiem świąt od godz. 9-ej rano do 1-ej pp., a wykłady od godz. 2-ej do 4-ej.

Poszczególne działy wyłożą: prof. Bassalik, dr. Brokman, dr. Celarek, dr. Eisenberg, dr. Fejginówna, prof. Hirsfeld, prof. Gąsiorowski, prof. Gieszczykiewicz, dr. Karłowski, doc. Karwacki, doc. Kapuściński, prof. Nitsch, prof. Padlewski, dr. Palester, doc. Przesmycki, doc. Raabe, dr. Saski, doc. Siemankowski, prof. Szenajch, doc. Sparrow, doc. Szulc, prof. Szymanowski, prof. Weigl, dr. Wierzbowska, dr. Zdanowicz.

Kierownikiem kursu jest doc. dr. H. Sparrow.

Uczęszczać na wykłady może każdy interesujący się bakterjologią i nauką o odporności.

Udział w zajęciach praktycznych i miejsce w pracowni otrzymać mogą tylko osoby, posiadające studia wyższe: lekarskie, farmaceutyczne, chemiczne i przyrodnicze, lub osoby, które mogą się wykazać większym doświadczeniem w dziedzinie bakterjologii.

Osobom, które odbędą w całości zajęcia praktyczne może być wydane odpowiednie zaświadczenie.

Oplata wynosi: 150 złotych za wykłady i 200 za udział w ćwiczeniach. Należność wpłacana być może w 2-ch ratach.

Zgłoszenia kierować należy najpóźniej do dnia 15 stycznia pod adresem: Państwowy Zakład Higieny, Chocimska 24, Warszawa, dr. H. Sparrow.

Kandydaci proszeni są o nadesłanie: 1) podania, 2) odpisu dyplomu, 3) świadectwa z odbytej praktyki.

Do dnia 1 lutego Państwowy Zakład Higieny prześle zawiadomienia, czy kandydat został przyjęty.

—Przy Warszawskim Tow. Higienicznym został utworzony Wydział Racjonalnego Żywienia, z następującym programem działalności:

1. Zadaniem Wydziału jest zjednoczenie wszystkich organizacji lekarskich i społecznych, zainteresowanych w racjonalizacji żywienia, celom przeprowadzenia badań naukowych dla rozwiązania tego problemu, a także propagandy racjonalnego żywienia przy różnych warunkach wewnętrznych organizmu. Wydział będzie współpracował ściśle z organami państwowymi (wojsko) i samorządowymi.

2. Dla planowego urzeczywistnienia zadania, Wydział dzielić się będzie na Sekcje, np.: naukowo badawczą, propagandową, finansową i t. p.

Przystępując do szerszej akcji w kierunku idei racjonalizacji żywienia, Wydział ma zaszczyt prosić o przybycie na inauguracyjne posiedzenie odbyć się mające w d. 31 stycznia o godz. 8 wieczorem w lokalu Tow. przy ul. Karowej 31, z następującym porządkiem obrad:

1. Zestawienie listy delegatów.
2. Zagajenie.
3. Przemówienie przedstawicieli organizacji.
4. Ukonstytuowanie się pełnego Zarządu Wydziału.
5. Odczyt Dr. med. Prof. Jana Rapczewskiego p.t. „Problem żywienia w świetle ekonomii i fizjologii”

—Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sumie 1000 zł., przeznaczone dla studenta medycyny lub młodego lekarza na wykończenie rozpoczętej pracy naukowej, przyznane zostało w roku bieżącym 1930/31 p. Marja-

nowi Ostrouchowi, słuchaczowi VI roku wydziału lekarskiego, na wykończenie pracy, wykonywanej w Instytucie Histologii i Embriologii Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem prof. M. Konopackiego.

Pracę naukową, wykonaną w roku 1930, p. Marjan Ostrouch złożył Towarzystwu w odbliscie ze Sprawozdań z Posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego XXIII. 1930 Wydział IV.

—D. 18 stycznia r. b. odbędzie się obchód XV-lecia Koła Medyków, Stowarzyszenia Samopomocowego studentów medycyny Un. Warsz. Program obchodu: Godz. 9.30. Msza w katedrze św. Jana, godz. 12. Akademia w Salonach Rady Miejskiej, godz. 16. Otwarcie Ogniska Medyczek na Zdobywcy Robotniczej.

—Uzupełniający kurs lekarski w Krakowie
Uzupełniający kurs lekarski, który miał się odbyć w Krakowie w czasie od 9 do 19 grudnia został odwołany i przeniesiony z tym samym programem i rozkładem godzin na czas od 18 marca do 28 marca 1931 r. W łączności z tym kursem odbędzie się nadto w czasie od 30/III do 2/IV 1931 włącznie kurs, urządzany z inicjatywy Okr. Związku Kas Chorych w Krakowie p. t. Organizm a praca.

Zgłoszenia na kurs najpóźniej do 15 marca włącznie przyjmuje i udziela wszelkich wyjaśnień Dr. Edward Mróz Klinika Pediatryczna U. J. Kraków. Strzelecka 2.

— Jednocześnie z innymi kursami międzynarodowymi w Berlinie w marcu r. 1931 zapowiadają profesorowie: Bruns, Nöller, Claus Schilling i Ziemann kurs p. t. „Patologia i Parazytologia egzotyczna (włącznie z najważniejszymi punktami z higieny), jakoteż Kosmopolityczne choroby skóry, płciowe i zakaźne”.

— Trzy międzynarodowe wycieczki lekarskie w r. 1931.

10 Międz. wyc. lek. Dnia 19 marca 1931 wybierają się lekarze z Wiednia do francuskiej Afryki północnej. Uczestnicy zobaczą Wenecję, Mediolan, Genuę, San-Remo, Bordighierę, Ventimiglię, Mentonę (odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. Voronoffa, znanego z operacji odmładzania), Monte-Carlo, Nicaę (spotkanie z Dr. Faure, prez. towarzystwa lek. na Riwiérze), Juan les Pins, Cannes Marsylję. Z Marsylii nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Algieru. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, do Biskry i Touggourt. Cena pauszalowa 700 austr. szyl. (około 870 zł.).

11. Międz. wyc. lek. Dnia 19 marca 1931 wybierają się lekarze z Wiednia do Hiszpańskiej Afryki, (Maroko). Uczestnicy zobaczą aż do Marsylii te same

miejsowości, jak uczestnicy 10. Międz. wyc. lek. Dalszy plan wycieczki: Barcelona (zwiedzenie szpitala San Pablo), Walencja, Grenada (Alhambra), Malaga, Algeciras. Stąd nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Ceuty i Tetuanu. Z powrotem zobaczą uczestnicy: Sewillę, Madryt (zwiedzą Biarritz), Paryż, Strasburg, Mnichów, Solnogród, Wiedeń. Cena pauszalowa 1050 austr. szyl. (wzgl. 1400).

12 Międz. wyc. lek. Dnia 30 kwietnia 1931 wybierają się lekarze z Bremen do Ameryki Północnej. Uczestnicy zobaczą życie, fabryki i zakłady lecznicze w New-Yorku, Filadelfji, Waszyngtonie, Chicago, Detroit i Spad Niagary. Cena pauszalowa 350 dolarów (wzgl. 375).

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na piśmie za pytania pod adresem: Aerztliche Auslandstudienreisen, Wiedeń (Wien) Austria I. Biberstrasse 11, I. St.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

20.I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. S. Cytronberg. Badania doświadczalne nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego. Doniesienie IV. Przebieg wchłaniania cukru gronowego i owocowego.

2. M. Czyżewski. Lepkość krwi w chirurgii ze szczególnem uwzględnieniem stanów pooperacyjnych.

21.I. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

1. Dyskusja nad referatami kol. kol. Liszki i Wilczkowskiego. 2. Sprawa drukowania sprawozdań z posiedzeń Tow. Psychiatrycznego w Roczniku Psychiatrycznym. 3. prof. J. Mazurkiewicz — Ogólny schemat przebiegów psycho-fizjologicznych (odeczyt).

21.I. Towarzystwo Okulistów Polskich Oddział Warszawski.

I. Pokazy Chorych:

a) Dr. L. Michniewiczówna: Dwa przypadki plamy Fuchsa. b) Dr. J. Oyrzanowska: Przypadek nowotworu nerwu wzrokowego.

II. Odczyty:

a) Dr. A. Zamenhof: Odklejenie siatkówki w świetle zogniskowaniem. III. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 17. XII. 1930 r. IV. Sprawozdanie Zarządu O.W.T.O.P. z działalności za rok 1930. V. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej za rok 1930 O.W.T.O.P. VI. Wybory Zarządu, Komisji Rewizyjnej oraz bibliotekarza O.W.T.O.P. na rok 1931.

24.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej Sekcja Kliniczna.

Pokazy.

1. H. Lewenfisz, M. Lubelski i Trojanowski. Przypadek zarośnięcia środkowej części przełyku wyleczony diatermo-koagulacją.

2. E. Herman. Przypadek lipodystrofji.

Odczyt.

Z. Srebrny. O powikłaniach ropówkowych po wyłuszczeniu migdałków.

TREŚĆ: J. MUSZKATENBLIT. O raku pierwotnym płuca (C. d.) — M. MINKOWSKI. Nowe dane z anatomji patologicznej padaczki. — M. PŁONSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — ST. KRAMSZTYK. Medycyna a polityka. — Z. SREBRNY. Ze szpitalnictwa amerykańskiego. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Tow. Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. MUSZKATENBLIT. Sur le cancer du poumon (suite). — M. MINKOWSKI. Nouvelles données de l'anatomie pathologique de l'épilepsie. — M. PŁONSKI. Recherches contemporaines sur les néoplasmes malins (Rev. gén.) ST. KRAMSZTYK. — La médecine et la politique. — Z. SREBRNY. A propos des hôpitaux américains.

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 „SŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 834-48

www.dlibra.wum.edu.pl