

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. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 5 LUTEGO 1931 R.

Nr. 6

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Patologia i klinika reumatyzmu zakaźnego w świetle nowszych poglądów *).

Podał

Lucjan JELENKIEWICZ (Warszawa).

W zakresie tego, co nazywamy reumatyzmem, ostry reumatyzm stawowy jest cierpieniem zupełnie swoistem. Wiąże się ono jednak z całokształtem t. zw. zagadnienia reumatyzmu, i dlatego omawianie ostrego reumatyzmu poprzedzić musimy wstępem o tem, co to jest wogóle reumatyzm.

W medycynie współczesnej mało jest słów tak niejasnych i tak bez uporządkowanej treści klinicznej, jak słowo reumatyzm. Właściwie obecnie już tylko względy historyczne mogą usprawiedliwiać, że słowo to, utarte wśród ludu, utrzymuje się też i nadal w patologii.

Za czasów Hippokratesa słowo *rheuma* było synonimem *catarrhus* — nieżyty i oznaczało poprostu wyciek. Słowem tem ówczesna medycyna określała różne cierpienia, związane z powstawaniem substancyj chorobowych, niezależnie od tego, czy wypływały one nazewnątrz, czy też nagromadzały się wewnątrz ustroju. Rozróżniano zatem reumę oka, nosa, żołądka, kiszek, stawów i t. d. Stąd też pochodzi francuskie słowo *rhume* o znaczeniu podobnem. To pierwotne znaczenie pierwiastka „*rheuma*” stopniowo zacierało się i w wieku XVI-m ustaliło się słowo *rheumatismus*, oznaczające nieżyt stawowy — *catarrhus articularis*. Ziab i wilgoć były w pojęciu ówczesnem głównymi czynnikami, wywołującymi cierpienia stawowe, i dlatego też znaczenie słowa „*rheumatismus*” rozszerzyło się. Zaczęło ono wogóle obejmować cierpienia powstające z przeziębienia i umiejscawiające się w stawach, ścięgnach, mięśniach i nerwach, dając charakterystyczne przejawy bólowe.

Mniej więcej w takiej też postaci słowo reumatyzm i pojęcie szkodliwości reumatycznych utrwały się do dnia dzisiejszego wśród ludu. Medycyna zaś naukowa w miarę swego postępu ma ze słowem reumatyzm coraz większe trudności.

Z kłębka patologii, objętego tem słowem, klinika zaczęła stopniowo wyciągać odrębne sprawy chorobowe. Dzięki bakterjologii, chemji fizjologicznej, nauce o wydzielaniu wewnętrznem, o alergji i anafilaksji, o układzie wegetatywnym i konstytucji, z wąskiego pierwotnie zakresu pojęć o szkodliwościach reumatycznych zaczęła wyrastać rozległa i zawiła dziedzina etjologii i patogenezy cierpień reumatycznych. Niektóre sprawy chorobowe, wyosobnione z reumatyzmu, jako cierpienia *sui generis*, otrzymują szczęśliwie odrębną nazwę, jak stało się to z podagrą, z pierwszym cierpieniem reumatycznym, wyodrębnionem klinicznie przez Sydenheima w XVII-em stuleciu. Z nazwą jednak większości cierpień reumatycznych tak nie jest, i już w nazwie następnego cierpienia reumatycznego, wyosobnionego w 150 lat później przez Bouillaud, słowo reumatyzm pozostało w zespole słów: „ostry reumatyzm stawowy”. Odtąd słowo to błąka się, jeżeli można się tak wyrazić, po całej dziedzinie cierpień stawowych bądź to w czystem swem brzmieniu, bądź też, jako *pseudo-rheumatismus* lub *rheumatoid*, oznaczając poszczególne cierpienia, całokształt cierpień i nie mając wogóle żadnego ścisłego znaczenia. W języku polskim znalazło ono swój odpowiednik w słowie gościec, pochodzącem od słowa gość, co stoi w związku z przemijającym charakterem bólów reumatycznych.

Nie jest naszym zadaniem wnikać w chaos mianownictwa i klasyfikacji cierpień gośćcowych (u nas temat ten opracował ostatnio A. Landau), odpowiedzieć tylko chęć na pytanie, czy istnieje reumatyzm, jako ogólne pojęcie kliniczne, wiążące ze sobą poszczególne cierpienia reumatyczne, i jak też wyjść z tego zamieszania, jakie powstało na-

*) Odczyt wygłoszony w Sekcji Klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej dn. 20.XI 1930 r.

około tego słowa. Postawienie takiego pytania nie wydaje nam się zbędne, gdyż, przeglądając piśmiennictwo, często napotykamy próby klinicystów, a nawet i morfologów nadania reumatyzmowi definicji, jako pojęciu klinicznemu. W świetle współczesnych naszych wiadomości uznać trzeba, że słowo reumatyzm nie odpowiada żadna jednolita treść kliniczna. Obecnie słowo to oznaczać może tylko rozdział medycyny, którego treść i granice określone zostały historycznie. Rozdział ten mieści różnorodne sprawy chorobowe; z nich szereg wyodrębniono już jako samoistne jednostki chorobowe,—inne zaś nadal jeszcze pozostają tylko przejawami chorobowymi. Pod względem narządów rozdział o reumatyzmie obejmuje nie tylko dziedzinę stawów, z której on powstał, lecz i inne naizydy; co wypłynąć musiało z istoty niektórych cierpień gośćcowych, jak na przykład, mamy to w ostrym reumatyzmie stawowym. Podkreślić więc należy, że reumatyzm, jako ogólne pojęcie kliniczne, istnieć nie może.

* * *

W dziedzinie wiadomości naszych o ostrym reumatyzmie stawowym zaznaczył się ostatnio znaczny postęp, który zawdzięczamy badaniom anatomo-patologicznym. Badania te umożliwiły wnikięcie w istotę cierpienia znacznie dalej, niż pozwalał na to materiał dotychczasowych spostrzeżeń klinicznych. Dzięki anatomii patologicznej ostry gościec stawowy, pomimo nieznaney dotąd etiologii, otrzymał swoiste piętno morfologiczne, podobnie, jak ma je dur brzuszny, gruźlica, kifa i t. p. cierpienia.

W roku 1904 Aschoff pierwszy opisał swoje drobnowidzowe guzki, występujące w mięśni sercowym naokoło naczyń i pod wsierdziem u chorych, zmarłych na ostry gościec stawowy. Guzki te usadowione są w luźnej tkance łącznej i składają się z dużych komórek, promienisto i wachlarzowato ułożonych, pochodzących z bujania komórek tkanki łącznej i błony zewnętrznej drobnych naczyń. Między temi komórkami wewnątrz guzka znaleźć można pojedyncze syncycjalne komórki olbrzymie, przypominające komórki olbrzymie Sternberga, występujące w ziarnicy złośliwej. Klejrodne włókna tkanki łącznej ulegają pęcznieniu i rozpadowi z jednoczesnem odkładaniem się włókienka. Leukocyty, limfocyty i komórki plazmatyczne zajmują w guzku miejsce podrzędne i w większej liczbie ukazują się dopiero w okresie występowania w guzku martwicy ośrodkowej i stwardnienia szklistego. W sąsiedztwie nacieczenia komórkowego włókna mięsne ulegają częściowo uszkodzeniu i zanikowi. Jako zejście, guzki Aschoffa zostawiają po sobie bliznę, według Talalajewa, tak typową, iż stanowi ona niejako „anamnezę anatomiczną” przebytego reumatyzmu serca.

Prace licznych anatomo-patologów potwierdziły w zupełności swoistość ziarniniaków Aschoffa, znamionujących reumatyczne zapalenie mięśnia sercowego. Rozbieżność tylko zaznacza się w poglądach na ich morfogenezę. Aschoff i Gräff uważają, że jad reumatyczny pobudza do bujania komórki tkanki łącznej i błony zewnętrznej naczyń bez wywoływania w tkance łącznej martwicy pierwotnej; zjawianie się martwicy

i odkładanie się włókienka ma być według nich rzeczą wtórną. Inni autorzy, jak Frank, Thorel, de Vecchi, Geipel, Talalajew i Fahr sądzą, że w powstawaniu guzków reumatycznych przejawiają się już pierwotnie nie tylko sprawy proliferacyjne, lecz i wysiękowo-martwicze. Oba procesy nakładają się jeden na drugi, i przy przewadze tego lub innego powstają różne obrazy morfologiczne guzków reumatycznych; dotyczy to zwłaszcza guzków, występujących w ustroju poza sercem.

Po wykryciu przez Aschoffa guzków reumatycznych w mięśni sercowym udało się różnym autorom wykryć je również w nasierdziu, we wsierdziu i w tkance zastawkowej (Orth, E. Fränkel, Gegenbach i inni). Badania ustaliły, że swoiste nacieczenie reumatyczne może atakować cały zrab łącznotkankowo-naczyniowy serca, pozostawiając po sobie bądź zniekształcenie zastawek, bądź blizny w mięśni, bądź też zrosty osierdzia do całkowitego jego zarośnięcia. Umiejscawiając się pod wsierdziem, nacieczenie uszkadza nierzadko autonomiczny układ His — Tawara z odpowiedniami następstwami w działalności serca.

Według Talalajewa, w schorzeniu reumatycznym serca, sprawa objęta naszą *endocarditis verrucosa*, na którą dotąd zwracano główną uwagę, odgrywa rolę mało znaczącą, prowadząc tylko do lekkiego brodawkowatego stwardnienia zastawek bez ich większego zniekształcenia. Główne uszkodzenia są następstwem swoistego nacieczenia reumatycznego.

Występowanie zmian reumatycznych w sercu co do czasu przedstawia się, według Talalajewa, tak: pierwsze zmiany ziarniczne spotykane są na początku 3-go tygodnia, i w pełnym rozwoju zjawiają się one w końcu 1-go i w przebiegu 2-go miesiąca i trwają do 5 miesięcy, nieraz jednak i w 6-m miesiącu można jeszcze spotkać resztki typowych ziarniniaków.

Zbliżnowacenie zaczyna rozwijać się od końca 2-go miesiąca i kończy się przeciętnie w końcu 6-go miesiąca, w którym to czasie klinicznie można już stwierdzić wadę serca.

Pojęcie swoistej ziarnicy reumatycznej rozszerzyło się z chwilą, gdy badania wykazały, że analogiczne zmiany morfologiczne rozsiane bywają po całym ustroju. Liczni autorzy (Geipel, Wäbjen, Glab-Pappenheimer, Kugel-Epstein i Chiari) wykryli nacieczenia reumatyczne w tętnicy głównej i płucnej. Występować one mają we wszystkich błonach tętniczych. Zjawiając się w błonie wewnętrznej, pociągają za sobą, jak we wsierdziu, odkładanie się płytek i nawet wytwarzanie się zakrzepów ściennych. Gräff spostrzegł jeden przypadek całkowitego zaciopowania tętnicy brzusznej. Laubry, Huguenin, Casterau i Albor opisali przypadek *aortitis chronica pseudo-gummosa* na tle najprawdopodobniej reumatycznym.

Nacieczenia reumatyczne wykryto i w innych tętnicach aż do najmniejszych. Dało to anatomo-patologiczne potwierdzenie spostrzeżeniom szeregu klinicystów francuskich, którzy pierwsi opisywali rzadko występujące zapalenie tętnicy głównej i tętnic obwodowych w przebiegu ostrego reuma-

tyzmu. Niektórzy klinicyści francuscy przyjmują możliwość powstawania aneuryzmatów w następstwie ostrego reumatyzmu. Ostatnio Bezançon i Weil zebrali odnośny materiał kazuistyczny z piśmiennictwa, obejmujący kilkanaście przypadków, i przytaczają też jeden przypadek własny. Już w swoim czasie Hanot wypowiedział pogląd, że miażdżyca rozwinąć się może czasem w następstwie reumatycznego zapalenia tętnicy.

Poza układem sercowo-naczyniowym swoiste nacieczenia reumatyczne stwierdzono też w guzkach reumatycznych tkanki podskórnej, zjawiających się w przebiegu „*rheumatismus nodosus*” (Gräff, Fahr), w tkance łącznej okołomigdałkowej (*peritonsillitis rheumatica* według Gräffa), u podstawy języka, w podniebieniu miękkim, w mięśniach gardzieli, w przeponie, w mięśniach uda i ogłowiu.

Według większości autorów miejscem występowania ziarnicy reumatycznej jest we wszystkich narządach tkanka łączna.

Charakterystyczną jest rzeczą, że największe trudności mieli morfododzy w odnalezieniu nacieczeń reumatycznych w stawach. Okazało się, iż bardzo rzadko występują one w samym stawie, stale zaś zjawiają się w tkance okołostawowej, umiejscawiając się w ścięgnach, powięziach i przechodząc na okoliczne mięśnie. Rzadko występujące nacieczenia reumatyczne wewnątrzstawowe czasem mogą dochodzić do samej maziówki stawu, doprowadzając tam do owrzodzeń, zjawiających się wśród martwicy i wysiękania włókniaka. Tę rzadszą postać ostrego reumatyzmu Gräff nazywa *arthritis ulcerosa*. Rozróżnianie przez niego nacieczenia okołostawowego i rzadkiej postaci nacieczenia wewnątrzstawowego znajduje swój odpowiednik w różnicach, zaznaczających się czasem w przebiegu klinicznym ostrego gościa stawowego. Kończąc się bowiem zwykle całkowitem wyleczeniem stawów, czasem ostry gościec przechodzi w przewlekły z nieodwracalnymi zmianami w stawach.

Godnem zaznaczenia jest, że już wiele lat wstecz Laségue podał spostrzeżenie kliniczne, dowodzące, iż ból stawowy w ostrym reumatyzmie zależny jest tylko od zmian chorobowych, występujących w tkankach okołostawowych i zjawia się wskutek szarpnięcia schorzałych części przy łada skurczu mięśniowym. Przez oddziaływanie psychiczne na chorych udawało mu się osiągnąć to, że chorzy zupełnie przestawali napinać mięśnie i wówczas mógł on całkiem swobodnie poruszać kończyny w chorych stawach.

W obrazie morfologicznym przedstawionych nacieczeń reumatycznych zaznaczają się różnice w zależności od miejsca ich występowania. W guzkach sercowych na pierwszy plan występuje bujanie komórkowe, w ziarniniakach zaś pozasercowych wyraźniej zaznaczone są zmiany martwiczne i wysiękowo-włóknikowe. Talalajew, Fahr, Klinge uważają, że nacieczenia reumatyczne, występujące w tkance łącznej różnych części ustroju, stanowią jeden i ten sam ziarniniak, w którym bądź to przeważają momenty proliferacyjne, bądź

też wysiękowo-martwiczne. Gräff natomiast różni guzki Aschoffa luźnej tkanki łącznej serca i guzki reumatyczne zbitej tkanki łącznej ścięgien okołostawowych. Poza tem wysuwa on postać nacieczenia rozlanego, powstającego częściowo od zlania się nacieczeń guzkowych. W tej postaci nacieczenia zaznaczone są bardzo zmiany martwiczne i rozpad kollikwacyjny. Nacieczenia rozlane występują w maziówce stawów, w osierdziu, w ogłowiu, w powięziach. Przebijając się do jamy stawowej lub jamy osierdza, prowadzą one do wysiękania włókniaka z odpowiednimi następstwami.

Dotąd nie udało się wykryć swoistego podłoża morfologicznego dla reumatycznego zapalenia płuc, opłucny, opon mózgowych, jakoteż dla różnych postaci schorzeń reumatycznych oka. Również i związek pomiędzy płasawicą a ostrym gościcem stawowym nie znalazł dotąd morfologicznego potwierdzenia bezpośredniego. Badania jednak nad swoistością reumatyczną wspomnianych cierpień są jeszcze w zaraniu.

Przedstawione powyżej badania anatomopatologiczne stanowią niewątpliwie największą zdobycz w zakresie ostatnich prac nad ostrym reumatyzmem stawowym. Aczkolwiek klinika szczegółowo cierpienie to opracowała, jednak dopiero anatomia patologiczna daje podstawy do szerszego jego ujęcia. Dotąd klinika ujmowała ostry reumatyzm głównie w ramach schorzenia stawów, rozpatrując schorzenie reumatyczne innych narządów poniekąd jako powikłania choroby. Badania anatomopatologiczne uwypuklają, że zakażenie reumatyczne daje swoiste zmiany chorobowe rozsiane współrzędnie w całym ustroju. W świetle badań tych nieznany zarazek ostrego reumatyzmu ma szczególne powinowactwo do określonego układu tkankowego, atakując, mianowicie, tkankę łączną narządów mięsnych. Zostają przytem głównie dotknięte układy sercowo-naczyniowy, ścięgna i powięzie okołostawowe, tkanka łączna podskórna i mięśni, błony surowicze, maziówka stawów. Schorzenie stawów, które dotąd było niejako głównym stygmatem klinicznym cierpienia, staje się teraz jednym i nie najważniejszym z przejawów chorobowych w całokształcie zakażenia ogólnego. Zaznaczają wyraźnie to nowe nazwy, które zaproponowali nadąć cierpieniu anatomicznemu, rugując z nich słowo staw, jako nie najważniejsze dla odtworzenia istoty cierpienia. Gräff wprowadza nazwę — *rheumatismus infectiosus*, Fahr — *granulomatosis rheumatica*, Talalajew — *rheumatismus acutus*. Z klinicystów Bezançon i Weil w monografii o ostrym gościcu stawowym z r. 1926 cierpienie nazywają: „la maladie rhumatismale”.

Podkreślić jeszcze należy, że swoistość zmian anatomicznych, jakie wywołuje reumatyzm zakaźny usuwa wątpliwości co do swoistości cierpienia tego, wysuwane czasem przez zjawiające się nowe hipotezy w stosunku do nieznanego etiologii i patogeny.

Odkładając na koniec omówienie etiologii i patogeny cierpienia, przechodzimy do zagadnień klinicznych.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Ze szpitala Starozakonnych fund. małż. Poznańskich w Łodzi

(Lekarz Naczelny — Dr. A. A. Goldman)

Cukrzyca a zabiegi chirurgiczne*)

Podali

Dr. A. GOLDMAN i Dr. L. SZYFMAN (Łódź)

W okresie przedinsulinowym wszelkie schorzenia chirurgiczne u diabetyków uważane były za groźne ze względu na następujące niepomyślnie okoliczności: po pierwsze — skłonność tkanki diabetyków do zgorzeli; po drugie — ujemny wpływ powikłań chirurgicznych na przemianę materji, ujawniający się w postaci wzrostu hiperglikemji i występowaniu kwasicy; po trzecie — niebezpieczeństwo śpiączki wskutek wstrząsu operacyjnego, narkozy, zwłaszcza chloroformowej; wreszcie złe gojenie się rany operacyjnej wobec częstych zakażeń wtórnych — tkanki diabetyków stanowią bowiem podatne podłoże dla rozwoju bakterji. Dzięki wprowadzeniu do praktyki lekarskiej insuliny zdobyliśmy potężną broń do zwalczania kwasicy i hiperglikemji — to też doniosłe odkrycie Bantinga i Besta zapoczątkowało nową erę w leczeniu cukrzycy wogóle, a w leczeniu powikłań chirurgicznych u diabetyków w szczególności.

Od roku 1923, t. j. od czasu ukazania się insuliny u nas w kraju, spostrzegaliśmy 70 diabetyków z najróżnorodniejszymi schorzeniami chirurgicznymi, poczynając od ropni, a kończąc na ciężkich zapaleniach wyrostka sutkowego, wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego i t. d.

W znacznej części tych przypadków zaszła konieczność wykonania zabiegu operacyjnego (Dr. Goldman, Dr. Rabinowicz). Na materiały naszym poczyniliśmy następujące spostrzeżenia:

1. W przypadkach, wymagających natychmiastowego zabiegu, najskuteczniej zapobiega kwasicy dożylnie stosowanie przed operacją i po niej 20—40% glukozy (40—50 cm³. ew. więcej) przy jednoczesnym podskórnym zastrzykiwaniu insuliny. Głodzenie chorego przed operacją uważamy, zgodnie z poglądem Van den Bergha za niewskazane ze względu na znikanie pod wpływem głodu zasobów glikogenu, niezbędnego do zwalczania kwasicy. W okresie przedoperacyjnym i w ciągu pierwszych kilku dni po operacji najodpowiedniejsza jest dieta, obfitująca w wodany węgiel, a uboga w białko i tłuszcze.

2. W sprawach ropnych, mających tendencję do szybkiego rozszerzania się u diabetyków, nie należy zwlekać z interwencją z powodu utrzymującego się cukromoczu, hiperglikemji, albowiem doświadczenie wykazuje, że po usunięciu, chociażby częściowym, ropnego ogniska znacznie łatwiej udaje się przywrócić normalną gospodarkę wodanów węgla w ustroju: istnieje przypuszczenie, że zawarta w ropie trypsyna niweczy działanie insuliny — stąd też skuteczniejsze działanie insuliny po otwarciu ropnia.

3. Dla możliwie równomiernego zwalczania hiperglikemji i unikania wstrząsów hiperglikemicznych okazało się w praktyce naszej najstosowniejsze zastrzykiwanie insuliny 3 razy na dobę (z przerw. 6—8—10 godzin), przyczem chory otrzymywał największą dawkę insuliny zrana, a najmniejszą na noc (dla ścisłego określenia każdorazowej dawki insuliny zachodziła częstokroć potrzeba badania moczu w trzech porcjach, wydzielonych między jednym a drugim zastrzyknięciem insuliny). Zalecaną przed kilkoma laty, a w ciągu pewnego czasu stosowaną i przez nas hiperinsulinizację zarzuciliśmy ze względu na ujemny wpływ wstrząsów hipoglikemicznych na układ sercowo-naczyniowy. Szczególną wrażliwość na obniżenie poziomu cukru we krwi wykazują hipertonicy, dlatego też u hipertoniców konieczna jest specjalna ostrożność w dawkowaniu insuliny.

4. Operowani diabetycy, w wieku lat ponad 40, wykazywali skłonność do zapaści sercowo-naczyniowej; występowanie tak zw. *coma vasculosum* stanowi najgroźniejsze powikłanie u operowanych diabetyków. Prócz zwykłego arsenału środków nasercowych stosowaliśmy w takich razach dożylnie glukozę nawet w przypadkach ze znaczną hiperglikemją, jak to zaleca Noorden.

5. Gojenie się rany operacyjnej po przywróceniu normalnej gospodarki wodanów węgla drogą dietetyczno-insulinową nie różniło się naogół od analogicznych przypadków u nie-diabetyków z tą tylko różnicą, że czas gojenia się był nieco przedłużony.

6. Specjalnego omówienia wymaga często spotykana u diabetyków zgorzel kończyn. W statystyce naszej zwraca na się uwagę znacznie częstsze występowanie tego powikłania u diabetyków żydów, niż u chrześcijan: u żydów na 75 przypadków cukrzycy spostrzegaliśmy zgorzel 7 razy, a u chrześcijan na 28 tylko jeden raz. Tłómaczy się to najprawdopodobniej predyspozycją żydów do spraw miażdżycowych

Leczenie zgorzeli u diabetyków i obecnie po odkryciu insuliny stanowi zadanie trudne i niewdzięczne. Stosowanie insuliny w tych przypadkach wymaga szczególnej ostrożności z dwóch względów: insulina jak wiadomo, powoduje zatrzymywanie się wody w ustroju, co przyczynić się może do rozszerzenia sprawy zgorzeli, wtórnego zakażenia, wreszcie do przejścia zgorzeli suchej w postać wilgotną.

Sklerotycy, jak już zaznaczyliśmy powyżej, są wrażliwi na obniżenie poziomu cukru we krwi. Z tych względów pożądane jest odcukwienie drogą dietetyczną, ew. w połączeniu z małymi dawkami insuliny. Ze środków, rozszerzających naczynia, najlepiej działały papaweryna, diuretyna i zastrzykiwanie 1%—2% r. *Natr. nitrosi*. Na podstawie naszego doświadczenia, zgodnego ze spostrzeżeniami H. Schlesingera, ostrzec musimy przed stosowaniem ciepła u sklerotyków ze względu na paradoksalną reakcję naczyń sklerotycznych na ciepło (spazm pod wpływem ciepła), co pociąga za sobą wzmożone bóle i pogorszenie sprawy zgorzeli. Jedynie diatermia daje czasami niezłe wyniki. (Ostatnio zalecają stosowanie lokalnych kąpeli kwaso-węglowych; osobistego doświadczenia w tym względzie nie posiadamy).

*) Referat wygł. szony na XIII zjeździe lekarzy i przyrodników Polskich w Wilnie we wrześniu 1929 r.

Na zapytanie, kiedy wskazany jest zabieg operacyjny w zgorzeli — ogólnikowo odpowiedzieć trudno. Każdy przypadek wymaga indywidualizacji: w jednym przy leczeniu konserwatywnym sprawa może się ograniczyć do zgorzeli jednego palca — w drugim przypadku — tylko wcześniej wykonana wysoka amputacja może uratować życie pacjenta.

Reasumując powyższe spostrzeżenia, stwierdzić możemy, co następuje:

1. W okresie stosowania insuliny niebezpieczeństwo zabiegu operacyjnego jest znacznie mniejsze,

niż dawniej; przy odpowiednim postępowaniu dietetyczno-insulinowym mamy możliwość skutecznego przeciwdziałania szkodliwym skutkom wstrząsu operacyjnego i uśpienia (hiperglikemji i kwasicy) i przywrócenia tkankom normalnych warunków dla gojenia się rany.

2. Rokowanie w sprawach chirurgicznych u diabetyków stało się znacznie pomyślniejsze dzięki odkryciu insuliny (tylko w sprawach zgorzeli nowotworowych nadal pozostaje naogół niepomyślne).

3. W dziedzinie tej konieczna jest ścisła współpraca chirurga i specjalisty-internisty.

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).

(Dokończenie — patrz № 4)

Jednym z najstarszych zwolenników teorii zakaźnej nowotworów jest O. Schmidt: jeszcze w 1903 roku ogłosił on swe pierwsze spostrzeżenia w tej sprawie. O. Schmidt twierdzi, że guzy złośliwe są wywoływane przez zarazek, zbliżony do pierwotniaków, który pasorzytuje w grzybku „*Mucor racemosus*”. Człowiek zakaża się grzybkiem; pierwotniak, w nim zawarty, rozmnaża się, zostaje na drodze krwi lub limfy rozsiany w całym ustroju i, stykając się z mało zróżniczkowanymi (?) zespołami komórek, wywołuje rozrost nietypowy. O. Schmidt wyhodował grzybek wraz z zarazkiem z guzów ludzkich i ze krwi chorych na raka. Przez wstrzykiwanie hodowli zakażonego grzybka autor wywoływał u zwierząt nowotwory złośliwe: czysta hodowla grzybka bez zarazka nie powodowała powstawania guzów. Zarazki były odnajdywane w świeżych, niezabarwionych rozmazach krwi chorych na raka lub też w rozmazach nowotworów: są to małe, ruchome, żółtozielone, kuliste twory. U innych chorych tych tworów nie znajdowano.

Wyniki badań O. Schmidta nie zdobyły sobie uznania: odnoszono się do nich z dziwną nieufnością, pomimo iż niektórzy (Baisch, Hosemann) potwierdzili je częściowo. Ostatnio znów W. Schmidt potwierdza całkowicie spostrzeżenia O. Schmidta. Udało mu się nawet oddzielić zarazek od grzybka i otrzymać go w czystej hodowli; u myszy, zakażonych czystą hodowlą zarazka, w 46% przypadków występowały nowotwory złośliwe. Wyciąg z czystej hodowli dawał reakcję odchylenia dopełniacza z krwią chorych na raka, reakcje kontrolne z krwią innych chorych wypadły ujemnie.

Rehorn wielokrotnie wyhodowywał z guzów różne rodzaje grzybków, a między innymi i „*Mucor racemosus*”: z 70 szczurów, zakażonych hodowlą tego grzybka, u 2-ch wystąpiły nowotwory złośliwe. Rehorn nie mógł odnaleźć w grzybkach zarazka: kiedy jednak hodowlę grzybka, rosnącego zwykle w temperaturze pokojowej, wstawiono do ciepłarki, to kilka razy wystąpiło zmętnienie buljonu, i wyrósł drobnoustrój, który O. Schmidt wyhodował z guzów

ludzkich. Królikom wstrzykiwano krew chorych na raka lub szczepiono podskórnie rak ludzki, i w kilku przypadkach wyhodowano ze krwi królików ten sam drobnoustrój; wreszcie kilka razy udało się go wyhodować ze krwi chorych na raka. Otrzymane drobnoustroje były gramododatnie, w niebarwionym preparacie kuliste, bardzo ruchome, leżące po dwa w łańcuszkach lub też w większych skupieniach. Myszy, zakażone niemi, nie wykazywały żadnych zmian: a więc badania Rehorna częściowo tylko potwierdzają wyniki O. Schmidta. Według Schmidta wyhodowany zarazek jest zbliżony do pierwotniaków, podczas gdy Rehorn mówi o podobieństwie do „*Micrococcus tetragenes*”. Należy wspomnieć, że jeszcze w 1904 roku Doyen wyhodował ze krwi chorych na raka bakterje zupełnie podobne do bakterij Rehorna: specjalna komisja pod przewodnictwem Miecznikowa sprawdzała wtedy badania Doyena i potwierdziła je całkowicie.

Sanfelice wywołuje u szczurów nowotwory za pomocą grzybków „*Sacharomyces neoformantes*”. Po wstrzyknięciu zawiesiny grzybków powstawały u szczurów guzy, które się składały przeważnie z tychże grzybków: w miarę dalszego przeszczepiania na inne szczury w guzach zjawiały się coraz liczniejsze elementy komórkowe, i wreszcie powstawały mięsaki okrągłokomórkowe, dające liczne przerzuty. Płyn, w którym hodowano grzybki, również wywoływał nowotwory. Mięsaki, które powstały u szczurów, dawały się dalej przeszczepiać bez materiału komórkowego, a tylko za pomocą przysącza. Sanfelice przypisywał główną rolę rakotwórczą jadom o charakterze enzymów, wydzielanych przez grzybki.

W roku zeszłym ukazała się praca Niewiadomskiego z Moskwy o zarazku raka. Autor twierdzi, że w nowotworach złośliwych ludzkich i zwierzęcych znajdują się pierwotniaki „*Gregarinae*”, które są gospodarzami przejściowymi dla właściwego zarazka raka, ten zaś należy do rzędu „*Sarcosporidiae*”. Niewiadomski rozpoczął swą pracę od badań cytologicznych rozmazów płynu z jamy brzusznej myszy rakowych: w olbrzymiej liczbie preparatów udało mu się prześledzić hardzo skomplikowany cykl rozwojowy „*Gregarinae*”. Właściwy zarazek raka znajdował się w „*Gregarinae*” lub też w komórkach nowotworowych. Preparaty były badane niezabarwione lub też po zabarwieniu według Giemsy. Z raków mysich udało się otrzymać hodowle pasorzytów: po zastrzyknięciu dootrzewnowemu hodowli powstawa-

ły u myszy raki. W styczniu roku bieżącego otrzymała hodowle zarazka z raka ludzkiego. Na tem urywa się pierwsza część pracy Niewiadomskiego

W dziwny sposób zbiegają się prace Niewiadomskiego z cytologicznymi badaniami Lipschütza, który twierdzi, że komórki nowotworowe posiadają zupełnie swoiste cechy morfologiczne, różniące je zasadniczo od komórek innego rodzaju. W cytoplazmie komórek nowotworowych, barwionych według Giemsy, występuje substancja bazofilowa o kształcie czapeczki lub półksiężyca, często przylegająca do jądra; substancja ta w różnych komórkach zmienia swój kształt i nieraz ma wygląd niebarwiących się, okrągłych ciałek, leżących gęsto obok siebie*) Lipschütz opisuje szczegółowo cały szereg faz powstania, kształtowania się i rozpadu wewnątrzkomórkowej substancji bazofilowej. Spostrzeżone twory określa autor nazwą reakcji plastynowej (Plastinreaktion); stwierdzono ją przedewszystkiem w komórkach mięsaka kurzego, a następnie i w całym szeregu nowotworów zwierzęcych i ludzkich. Już dawniej badał Lipschütz reakcje tkankowe, występujące w chorobach, wywoływanych przez jady, względnie przez niewidzialne przesączalne formy zarazków (*Molluscum contagiosum*, *Verruca vulgaris*, *Herpes febrilis* i in.) W tych wszystkich schorzeniach znalazł stałe i swoiste zmiany w komórkach. (Te badania Lipschütza były potwierdzone przez autorów amerykańskich Simona, Riversa i in.).

Mięsak kurzy jest jedynym nowotworem, który zawsze daje się przeszczepiać za pomocą przesączów, a więc bez komórek nowotworowych; dawno już więc przypuszcza się, że należy on do rzędu chorób, które są wywoływane przez jady lub przez zarazki przesączalne. Dlatego też Lipschütz rozpoczął swe badania od mięsaka kurzego. Ostatnio udawało się kilku autorom przeszczepiać za pomocą przesączów lub krwi również i nowotwory myszy i szczurów: odpada przeto pozornie zasadnicza różnica biologiczna pomiędzy mięsakiem kurzym i innymi nowotworami zwierzęcymi. Coraz bardziej rozpowszechnia się mniemanie, że wszystkie nowotwory są wywoływane przez jakiś „virus”. Niezmiernie ciekawe więc są badania Lipschütza, który uważa, że spostrzegana przez niego reakcja plastynowa jest wyrazem działania owego swoistego jadu, — objawem swoistej choroby komórek w nowotworach. Tymczasem Niewiadomski, o którym przedtem była mowa, twierdzi, że opisane przez Lipschütza twory wewnątrzkomórkowe oraz niebarwiące się ciała są identyczne z wykrytymi przez niego pasorzytami (*Gregarinae* i *Sarcosporidiae*). Różne obrazy reakcji plastynowej mają odpowiadać różnym fazom cyklu rozwojowego pierwotniaków. Jest to tem więcej prawdopodobne, że Lipschütz i Niewiadomski badali przeważnie preparaty, barwione według Giemsy.

Badania, tu omawiane, leżą w zakresie protozoologii, a więc dziedziny, stosunkowo mało opracowa-

nej. Trudności hodowania zarazków z grupy pierwotniaków stanowią narazie dużą przeszkodę w dalszej pracy. Trudna jest ocena działania chorobotwórczego tych zarazków przez wzgląd na zmienność ich form: w każdej fazie swego rozwoju mają one najprawdopodobniej odmienne własności. To też będzie trzeba dużego nakładu pracy dla wyjaśnienia istotnej roli drobnoustrojów, tu omówionych.

Poszukiwania zarazka raka w rzędzie bakterij dały w rezultacie wyniki niejasne i bardzo sprzeczne. Podkreślić jednak należy, że nie były one przeprowadzane na większą skalę, dość systematycznie i cierpliwie. Współczesna bakteriologia idzie naprzód pod znakiem zmienności form bakteryjnych i ich własności. Coraz więcej mówi się o związkach pomiędzy pozornie zupełnie odmiennymi postaciami bakterij, ustala się fakt istnienia form niewidzialnych, przesączalnych, a tem niemniej czynnych, zjadliwych. Nowe zupełnie drogi stają otworem dzięki wykryciu przez d'Herelle'a zjawiska bakterjofagji: zmienność form bakterij i ich własności okazuje się często zależna od działania jakiegoś czynnika litycznego, — bakterjofaga.

D'Herelle i Peyre przypuszczają, że banalne bakterje pod wpływem bakterjofagów przyjmują postać niewidzialną, przesączalną, „protobakteryjną”, — zmieniają zasadniczo swe własności i mogą nieraz wywoływać nowotwory. W całym szeregu guzów roślinnych, ludzkich i zwierzęcych wykazali oni obecność symbiozy stafilokoków z odpowiednimi bakterjofagami. Są to pierwsze badania w tym kierunku...

Virus — jad rakowy mógłby być przesączalną formą bakteryjną. Wiele faktów już teraz za tem przemawia. Jednakże liczni autorzy uważają, że jad rakowy jest substancją wewnątrzpochođną, produktem chemicznym komórek, fermentem o bliżej nieznanym składzie. Pierwsze przypuszczenie wydaje się bardziej logiczne i ściślej związane ze znanymi już trochę faktami. Koncepcja „virus'a”, jadu, wywołującego nowotwory, zdaje się być początkiem kapitulacji przeciwników teorii infekcyjnej raka.

PIŚMIENICTWO:

1. Baisch. Deutsch. med. Woch. 1908, Nr. 7.
2. Blumenthal i Auler. Med. Klinik, 1928, str. 1675.
3. Brosch. V. A. 162.
4. Broders. J. amer. med. assoc. 74, 1920.
5. Busch. Z. f. Krebsforsch. 26.
6. Ehrlich i Apolant. cyt. w. Heidenhaina.
7. Erdmann. Z. f. Krebsforsch. 26.
8. Freund i Kaminer. Wien. klin. Wochenschr, 1930, Nr. 32.
9. Heidenhain L. Ueber das Problem d. bösartigen Geschwülste. 1928, Jul. Springer.
10. Herelle, d' i Peyre. Cpt. rend. hebdomad. des seances de l'ac. d. sciences. T. 185, Nr. 3.
11. Hansemann. Z. f. Krebsforsch. 17.
12. Hoffman, Schreuss i Zurhelle. Deutsch. med. Woch. 1923.
13. Hosemann. Med. Klinik. 1905, Nr. 32.
14. Keysser. Arch. f. klin. Chir. T. 117 i 144.
15. Kooser. Bruns'Beiträge, 145.
16. Kriczewski. Z. f. Krebsforsch. 28.
17. Langen. cyt. w. Raadta.
18. Lecene i Lacassagne. Annal. d'anat. path. T. 3, Nr. 2, 1926.
19. Lickint. Z. f. Krebsforsch. 30.
20. Lipschütz. Z. f. Krebsforsch. 28, 29 i 31.
21. Meisel. Dyskusja nad pracą Heidenhaina na 52-im zjeździe Niem. Tow. Chir. w 1928. Referat w Arch. f. klin. Chir. 152.
22. Mori. J. amer. med. assoc. 79. 1922.
23. Niewiadomski. Wien. klin. Woch. 1930, Nr. 24.
24. Raadt, de. Z. f. Krebsforsch. 30.
25. Rehorn. Z. f. Krebsforsch. 26.
26. Rivers. cyt. w. Lipschütza.
27. Sanfelice. Z. f.

Znaczenie tych niebarwiących się ciałek zupełnie inaczej ujmują W. Schiller; na zasadzie preparatów barwionych specjalną metodą, twierdzi on, iż są to wodniczki, występujące również w komórkach nienowotworowych.

Krebsforsch. 30. 28. Sajiki. Deutsch. med. Woch. 1927, Nr. 13. 29. Simon. cyt. w. Lipschütza. 30. Slye M. J. of cancer research. T. 11, Nr. 2. 31. Schmidt O. Zbl. f. Bakt. T. 47 i 52; Münch. med. Woch. 1904, Nr. 14 i 16; 1906 Nr. 4. 32. Schmidt W. Z. f. Krebsforsch. 28. 33. Sweet, Corson-White i Saxon.

cyt. w. Erdmann. 34. Schiller W. V. A. 278. 35. Steinbrück Berlin. tierärztl. Woch. 1929. 36. Teutschlaender. Z. f. Krebsforsch. 28 i 29. 37. Wacker i Schminke. Münch. med. Woch. 1911. 38. Wolbach i Howe. J. of exp. med. 42. 39. Virchow V. A. 3., 18.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

SCHWANKE. Warstwy społeczne i wyniki chirurgicznego leczenia raka. (D. m. W. № 46. 1930)

W ostatnich latach liczba chorych na raka i śmiertelność z tego powodu znacznie wzrosły. Wybór środków leczniczych, pomimo wielu nowych prób w tym kierunku, ograniczył się praktycznie do rozstrzygnięcia, czy dany przypadek należy operować czy też naświetlać.

W 80 proc. u mężczyzn i w 50 proc. u kobiet śmiertelne przypadki raka dotyczą przewodu pokarmowego. Leczenie naświetlaniami praktycznie nie wchodzi w rachubę w 58 proc. u mężczyzn i 38 proc. u kobiet, i ci chorzy obciążają znacznie statystykę zabiegów operacyjnych, gdyż w większej części przypadków są w stanie, nie nadającym się do zabiegu względnie w daleko posuniętym stopniu wyniszczenia.

Walka z rakiem opiera się i upada wspólnie z wczesnym rozpoznaniem i wczesnym leczeniem. Jednak warunki społeczne i ekonomiczne, sposób przyjmowania ubezpieczonych w kasie chorych nie przyczynia się do tego najważniejszego postulatu zwalczania spraw nowotworowych.

W 1929 r. na 10.000 mieszkańców w Hamburgu zmarło z powodu gruźlicy 9,4, z powodu raka — 14,5, a jednak nie ma żadnych poradni dla tych chorych. tak, jak są ośrodki dla gruźlicy, poradnie dla chorych na serce i t. p. Praktycznie w tym kierunku nic nie zrobiono. Zdaniem autora, są dwie drogi: poradnie dla chorych na raka oraz utworzenie specjalnych oddziałów w większych szpitalach, gdzie możnaby dokonywać wszelkich badań pomocniczych oraz spostrzegać przez dłuższy przeciąg czasu.

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

Anatomia normalna i patologiczna

■ J. E. CHEESMAN. Synthetische Anatomie. Deutscher Text von Priv.-Doz. Dr. R. Mair. Teil 1—7, 9 und 9a. Fischers med. Buchhandlung. H. Kornfeld, Leipzig 1931. Cena każdej części M. 3,50, okładki patent. M. 4,50.

Anatomia syntetyczna Cheesmana składa się z rysunków, wykonanych na przezroczystych kartach, nakładanych jedna na drugą i przedstawiających odpowiednie warstwy danej okolicy ciała. W ten sposób można łatwo zorientować się w stosunkach przestrzennych pomiędzy poszczególnymi tworami naszego ciała. Pomysł nadzwyczaj oryginalny i zasługujący na uznanie, cenny tem, że może stanowić dobre uzupełnienie do nauki anatomji, przedmiotu bardzo trudnego, za pomocą środków dotychczas stosowanych.

Dzieło Cheesmana poza ojczyzną jego autora — Anglią, zostało rozpowszechnione już w odpowiednich tłumaczeniach we Francji, Italji i Hiszpanji, ostatnio zjawilo się w tłumaczeniu niemieckim. Brakujące jeszcze w tem tłumaczeniu części 8, 10, 11 i 12-a mają się wkrótce ukazać.

J. R.

E. F. PEARSON. Wtręty w zarodki komórek z zadziałania zaradka gruczołu podszczękowego. (The Amer. Jour. of Path. T. 6 z. 3. str. 261-274 1930)

Powstawanie wtrętów zarodki w przewodach gruczołu podszczękowego u świnek morskich zależy od zadziałania zaradka, przyczem wtręty te zjawiają się wcześniej w jądrach komórek. Występują one zarówno w części surowiczej, jak i śluzowej gruczołu podszczękowego, niekiedy w przyusznicy. Można je znaleźć w jądrach śródbłonków, komórek mięśni gładkich i tkanki łącznej (fibroblastach) oraz jednojądrzastych leukocytach. Wtręty te są okrągłe lub owalne, a średnica ich wynosi niekiedy do 6—8 mikronów. Składają się one z drobnymiutkich pojedynczych cząsteczek, ściśle ułożonych obok siebie. Nie rozpuszczają się w zwykłych płynach utrwalających, są zasadochłonne i nie zawierają tłuszczów i ciał tłuszczowatych w ilości, którą można byłoby wykazać. Są one zupełnie podobne do wtrętów zarodki, spotykanych w ludzkim gruczole podszczękowym.

K. Chodkowski

A. JAKUBOWICZ. O tworach pierwotniakowatych w komórkach różnych narządów ludzkich i ich związku z kiłą. (Virchows Archiw f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. T. 276. 1930)

W opisanym przypadku (dziecko płci żeńskiej, niedonożone z rozpoznaniem *purpura haemorrhagica*) komórki pierwotniakowe występowały nie tylko w komórkach nabłonka lecz również i w komórkach mezenchymalnych. Autor znalazł je w nerkach, trzustce, płucach (w świetle żył i pęcherzyków, w podśluzówce oskrzeli), wątrobie (przewody żółciowe) i pępku. Odróżnia on 6 rodzajów tych komórek. Wątpliwe jest, by kiła była przyczyną zjawiania się tego rodzaju komórek, gdyż, zdaniem autora, w żadnym przypadku nie stwierdzono jej na pewno. Wtręty w zarodki i jądrach tych komórek są bardzo podobne do zmian występujących w schorzeniach, wywołanych przez *Chlamydozoa* (np. w t. zw. *verruca paruviana*). Autor przypuszcza, że chodzi tu prawdopodobnie o schorzenie podobne do kiły wrodzonej, i że tworzy pierwotniakowate są czynnikiem wywołującym.

K. Chodkowski

Lecznictwo

■ E. FRANK und A. WAGNER. Insulintherapie. (Lipsk, 1931, G. Thieme.)

W zwięzłym, treściwym a dostępnym dla ogółu lekarzy dziełku poruszają zasługi w sprawach djabetologii autorzy zagadnienie leczenia za pomocą insuliny. Po omówieniu teoretycznej strony tego zagadnienia przechodzą autorzy do praktyki insulinoterapii. Rozróżniają oni, jak to zresztą ogólnie jest przyjęte, wskazania absolutne i względne. Do pierwszych należy ciężka cukrzyca z wychudzeniem i ketonurją, cukrzy-

ca; powikłana przez czynniki zakaźne i urazy, wreszcie śpiączka cukrzycza. Do kategorii drugiej należą lżejsze postaci cukrzycy, w których insulina nie jest bezwzględnie konieczna, lecz tylko pożyteczna.

Oddzielnie poruszony został dział insulinoterapii cukrzycy dziecięcej oraz cukrzycy opornej względem insuliny.

Autorzy są, oczywiście, zwolennikami stosowania (w odpowiednich przypadkach) wynalezionej przez nich insulino-podobnego leku — syntaliny i pod tym względem zajmują dosyć odosobnione stanowisko, albowiem środek ten, jak twierdzi większość djabetologów, nie może znaleźć większego zastosowania w lecznictwie cukrzycy.

W rozdziale, poświęconym szkodliwemu ubocznemu działaniu insuliny, omawiają autorzy sprawę wstrząsu hipoglikemicznego oraz obrzęków insulinowych.

Dosyć szczegółowo omówione jest leczenie za pomocą insuliny stanów wycieńczenia i braku łaknienia, mięsnych chorób wątroby, wymiotów nawykowych, nadmiernego wysychania (*exsiccosis*) ustroju, wreszcie zaburzeń troficznych na tle niedostatecznego unaczynienia, (niegojące się rany, *endarteritis*).

W dziełku powyższem w sposób wyczerpujący a treściwy zdołali autorzy dać nam całokształt współczesnego stanu insulinoterapii.

M. Landsberg.

SAKEL. Nowe leczenie morfinizmu. (D m. W. Nr. 42 1930).

Dla uniknięcia przykrych objawów, występujących przy próbach odwyuczania się od nalogowego używania morfiny, podawał autor w pierwszych 6—8 dniach do 80 jednostek insuliny dziennie bez cukru gronowego. Wymioty, biegunki, niechęć do przyjmowania pokarmów, podniecenie ruchowe i psychiczne nie występowały. Oczywiście, nalóg, jako taki, należało poddawać następnie specjalnemu leczeniu psychicznemu.

Wanda Franzówna

BIER. O stosowaniu sympatolu. (D. m. W. 1930 № 49.)

Wprowadzenie dożylnie 50 mmgr. sympatolu powoduje podniesienie ciśnienia maksymalnego przy małej różnicy w zachowaniu się ciśnienia minimalnego oraz miernie zaznaczonej bledkości powłok skórnych i niezbyt znacznem przyspieszeniu tętna.

W przeciwieństwie do adrenaliny sympatol jest 50 — 100 razy mniej toksyczny, co ułatwia dawkowanie bardziej schematyczne, daje stosunkowo nikłe objawy ogólne. Serce o wiele lepiej radzi sobie ze wzrostem oporów obwodowych oraz nie dochodzi do wzrostu ciśnienia w lewym przedsionku. Sympatol może być stosowany do 4 razy dziennie po 50 mmgr., a nawet częściej przyczem nie stwierdza się bicia serca, drżenia, potów. Autor stosował w 3 przypadkach z b. dobrym wynikiem; sympatol nadaje się specjalnie dobrze do stosowania w czasie lub po operacji w przypadkach spadku ciśnienia i zaburzeń w krążeniu krwi.

Na zasadzie badań farmakologicznych wynika, iż sympatol może przyczynić się do zniesienia skurczu oskrzeli; doświadczenia autora w dusznicy oskrzelowej są pomyślne; sympatol może być również użyty przy jednoczesnem znieczuleniu miejscowem np. przy operacjach na gruczole tarczowym.

St. Luxenburg.

WEDEKIND, BECKER, WIENERT. Czerwień Kongo jako haemostypticum. (Münch. med. Woch. Nr. 48-1930).

Hamujący wpływ czerwieni Kongo na krwotoki spostrzeżony został przypadkowo podczas badań nad gruźlicą płuc. Wstrzykiwano 5—10 ccm. 1 proc. roztworu wodnego sterylizowanej czerwieni Kongo (dożylnie). Autorzy kładą nacisk na pochodzenie barwnika. Skuteczny jest tylko barwnik z firmy Grubler. Wstrzykiwania są zawsze dobrze znoszone, bez żadnych dolegliwości ubocznych. Próby przeprowadzone zostały w 50 przypadkach krwawień i krwotoków w przebiegu suchot płucnych, rozstrzeni oskrzeli, krwawień macicznych, po usunięciu zęba, w przebiegu raka, wrzodu żołądka, wysięków do opłucny. Krwawienie ustępowało po pół do 6 godzinach bez względu na jego typ: *per rhexin*, *diabrosin*, *diapedesin*.

Działanie hamujące krwawienie czerwieni Kongo, która należy do ciał elektroujemnych, a pod względem chemicznym do kolloidów o zawiesinie grubocząsteczkowej — polega na zbieraniu się jej w układzie siateczkowo-śródbłonkowym. Głównym tego efektem jest wzmoczenie czynności układu s-ś., większe tworzenie przeciwciał i ciał ochronnych. Pozatem wstrzyknięcie ciał kolloidalnych wpływa na zmniejszenie albumin, powiększenie ilości globulin i fibrynogenu, wywołuje mono — i trombocytozę, szybszą krzepliwość krwi.

F. Turyn

Choroby serca i naczyń.

GRAFE. Zaburzenia w krążeniu w chorobach przemiany materji. (Münch. med. Woch. Nr. 44-1930).

W otyłości niestosunek między wzrostem serca a ogólnym przyrostem masy ciała nadmiernie obarcza ten narząd. Tłuszcz jest dla serca balastem żywym, gdyż zwiększa łożysko krążenia, a drobne naczynia tkanki tłuszczowej wzmagają opór. Narastająca tkanka ogranicza mechanicznie pracę serca, przerasta jego mięsień, zamurowuje go. Wszystko to zmniejsza siłę rezerwową mięśnia sercowego. Komora rozszerza się i przerasta, podnosi się ciśnienie krwi. Może wystąpić wczesna miażdżycza naczyń wieńcowych.

Śród objawów obserwuje się wszystkie, od nieznacznej bicia serca do najcięższych dolegliwości niedomogi mięśnia sercowego. Rozpoznanie jest utrudnione przez niedostępność granic serca przy jego opukiwaniu, a czasami nawet przy pomocy Roentgena. Serce jest przemieszczone dzięki wysokiemu ustawieniu przepony, wydaje się przez to szersze. Nawet normalny obraz serca nie dowodzi braku uszkodzenia. Obserwować można skurcze dodatkowe i zwolnienie tętna. Badanie funkcjonalne wykrywa zawsze niedomogę. Objawy ze strony serca mogą imitować *angina pectoris*, aortalgię. Uniesienie serca i aorty powoduje występowanie szmeru skurczowego przy podstawie serca bez spółistnienia jego wady. Jednoczesne zmiany w naczyniach pogarszają rokowanie. Częsta miażdżycza u młodocianych otyłych przemawia za zależnością tych zmian od otyłości.

W przypadkach skompensowanych zaleca się umiarkowaną gimnastykę lub lekki sport. W braku wyrównania konieczny jest spokój, łóżko. Dieta mało kaloryczna, obniżona o tyle, ile wynosi 0/0-owy nadmiar wagi, nie niżej 1/3 wymaganej. Dni mleczne, jarzynowe, owocowe. Płynów 800 do 1000. Pożyteczne są kąpiele. Ciężej chorym wstrzykuje się dożylnie: 0,3 strofantyny, 1-2 gr. salirganu, 0,5 tyroksyny, cardiazol, 20 ccm. glukozy.

U djabetyków choroby serca występują częściej w wieku starszym. Naogół, ani choroby serca nie wywołują cukrzycy, ani nie stwierdza się ujemnego wpływu cukrzycy na serce. W ostatnim okresie cukrzycy, podczas śpiączki, osłabienie serca wynika z kwasicy. Nagła śmierć bez okresu kwasicy za-

leży od osłabienia serca, którego przyczyny są jeszcze mało wyjaśnione (niedomoga układu naczyniowego, wyczerpanie nadnerczy). Elektrokardjogram wykazuje w tych przypadkach ujemne wychylenie uchyłka T. Przedawkowanie insuliny działa szkodliwie na mięsień sercowy przez hipoglikemję, zatrzymanie płynów. Wyraźniej szkodzi insulina chorym z wadą serca. Insulina nie jest dotychczas pozbawiona wszystkich domieszek, które u osób wrażliwych mogą dać objawy toksyczne.

Częstem w przebiegu cukrzycy zjawiskiem jest miażdżyc naczyń. Zdaniem Maranona są to zmiany predjabetyczne. Wzmoczone ciśnienie krwi obniża się wraz z poprawą w przebiegu cukrzycy. Hiperglikemja bez cukromoczu może towarzyszyć hipertoni (diabetes latens). Zmiany w naczyniach spotyka się u diabetyków w wieku powyżej lat 50-ciu. Miażdżyc może być skutkiem cukrzycy. Cukrzyca sprzyja zjawianiu się zgorzeli kończyn na tle uszkodzonych naczyń. Zmiany naczyniowe mają poboczny wpływ na powstanie cukrzycy (miażdżyc naczyń trzustki).

Leczenie uwzględnia przede wszystkim zmienioną gospodarkę węglowodanową. Przy niedomodze serca wskazana jest ostrożność w dawkowaniu insuliny. Wpływ jej na ciśnienie nie jest pewny. Dobre wyniki daje w leczeniu zgorzeli.

Dnie towarzyszą objawy ze strony serca, jak ucisk w klatce piersiowej, zawroty głowy, uczucie lęku. Zmienione są głównie naczynia. Dość częste niedociśnienie wynika z przekarmienia, kiły, nikotyny, alkoholu. Napady dny są bardzo rzadkie w przebiegu ciężkiej niedomogi serca. Lokalne uszkodzenia w naczyniach są wtórne, a od nich dopiero wychodzą dolegliwości sercowe. Spotyka się przerost mięśnia sercowego, czasami złogi kwasu moczowego w mięśniu lub na zastawkach. Częściej uszkodzone są naczynia nerek. To od mówi o nerce dnawej. Jest to wtórna marskość nerki. Klinicznie zmiany te nie dają się wykazać. Przebieg dny zależy od układu naczyniowego. Leczenie polega na jednoczesnem uwzględnianiu stanu dny i narządów krążenia.

F. Turyn.

PLENGE. Nadużycie nikotyny a miażdżyc naczyń wieńcowych serca. (D. m. W. Nr. 46. 1930).

Miażdżyc naczyń wieńcowych serca, pomimo licznych badań, nie jest dostatecznie wyświetlona co do swego powstania i przebiegu. Jedną z przyczyn o b. ważnem znaczeniu jest nikotyna.

W 2 przypadkach, badanych następnie sekcyjnie, stwierdzono znaczne zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych serca, przy braku zmian tego rodzaju w tętnicy głównej i naczyniach krwionośnych mózgu i nerek. Ponad wszelką wątpliwość ustalono, jako przyczynę, znaczne nadużycie nikotyny.

Najszkodliwiej działającym składnikiem tytoniu jest bezwątpienia nikotyna, która działa za pośrednictwem nerwu błędnego, wywołując stany skurczowe naczyń, początkowo czynnościowe, które mogą jednak doprowadzić do poważniejszych zmian anatomicznych zarówno naczyń, jak i mięśnia sercowego. Przyczyną nagłych zająć śmiertelnych w tych razach są korki zakrzepowe i zatorowe, jednak wynik ostateczny uzależniony jest od wielkości tętnicy uszkodzonej i jej zespołów.

Przypadki te nie należą do rzadkości i, wykonywując częściej badania sekcyjne w razie nagłych zejść, udało się z pewnością rzucić wiele światła na tę sprawę. Nikotyna jest ciężkim jadem naczyniowym, jednak nie stosuje się to do wszystkich palaczy; dużą rolę odgrywają tu czynniki konstytucjonalne.

St. Luxenburg.

LANGE. Obniżanie ciśnienia ciałami, pochodzącemi z organizmu. (Münch. med. Woch. Nr. 49-1930).

Wzrost ciśnienia może być spowodowany przez nadmierne dzielenie ciał zwężających naczynia lub przez brak rozszerzających. Chorobom nerek towarzyszy podniesienie ciśnienia. W nerce należy m. i. szukać istoty, obniżającej parcie krwi. W tym celu L. przygotował wyciąg z nerek świni, który, wstrzyknięty dożylnie, obniża ciśnienie. Wyciąg ten dializuje, temperatura 120 st. nie niszczy go. Działanie obniżające ciśnienie jest szybko przemijające, lecz stałe we wszystkich próbach. Spadek ciśnienia wynosi 25—75% pierwotnego poziomu. Tętno zwalnia się czasami, częściej ulega przyspieszeniu. Wpływu na częstość oddechów nie zauważono. Działanie ustępuje w ciągu kilku sekund. Wstrzykiwania można powtarzać bardzo często, zaraz po powrocie ciśnienia do normy; nie obserwuje się żadnego działania szkodliwego. Spadek ciśnienia po wstrzyknięciu soku nerkowego odbywa się wskutek rozszerzenia wszystkich naczyń, szczególnie w zakresie układu trzewnego. Miejscowe wstrzyknięcie soku nerkowego powoduje dłużej trwające silne zaczerwienienie skóry, nie wpływa na ciśnienie, które opada dopiero po wprowadzeniu soku do krwi.

Ciało czynne nie jest wrażliwe na wahania Ph. Można je uzyskać ze wszystkich narządów w mniejszem jednak stężeniu. Kolejność narządów odnośnie do ilościowej zawartości omawianej substancji jest następująca: śledziona, płuca, nerki, żołądek, jelito, wątroba, jądra, jajniki, trzustka, mózg, serce, mięśnie szkieletu. Zwraca uwagę, że stopień unaczynienia poszczególnych narządów ma tę samą kolejność. Najwięcej istoty czynnej znaleziono w najbardziej unaczynionych narządach, jak krezka jelit, sieć, łożysko, śledziona i t. d. Narządy te posiadają obfitą siatkę drobnych tętnic. Aktywność soku tętnic dużych zależy od obfitości naczyń odżywczych. Tak samo bardziej czynne są wyciągi z nasad kostnych, niż z ich trzonów. Wobec tego, że wyciąg z tętnic dużych pozbawionych śródbłonna okazał się nieczynny, autor konkluduje, że źródłem ciała, obniżającego ciśnienie, jest śródbłonek, a właściwie najdrobniejsze naczynka obwodowe. W surowicy krwi nie znaleziono ciała o podobnem działaniu, można je natomiast otrzymać z moczu po zagęszczeniu większych ilości. Odżywianie kotów nerkami obniża ciśnienie b. znacznie. To samo obserwuje się u ludzi po kilkudniowem podawaniu 300 gr. nerek.

Badania dotychczasowe nad naturą chemiczną ciała czynnego pozwalają na stwierdzenie, że nie są to puryny, ani cholina. Z omawianego wyciągu nerkowego można wyosobnić ciało krystaliczne, które, wstrzyknięte kotowi w ilości 1/20 mgr. dożylnie, obniża znacznie ciśnienie krwi.

F. Turyn.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

J. KUTZ. Klinika ostrej ziarnicy złośliwej. (Folia haematologica Heft 4/1930).

Autor opisuje trzy własne przypadki ostrej ziarnicy złośliwej oraz cytuje podobne przypadki innych autorów.

Ostra ziarnica złośliwa trwa zwykle 4 — 6 tygodni, zawsze prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Tak samo jak w przebiegu ziarnicy przewlekłej odróżniamy różne typy ostrej ziarnicy, zależne od terenu zajętych gruczołów. Gruczoły, dostępne badaniu, różnią się od gruczołów ziarnicy przewlekłej tem, że są miękkie i przy ucisku niebolesne, co upodabnia je do gruczołów gruczołczo zmienionych. Powiększenie gruczołów jest zwykle bardziej zgeneralizowane, niż przy przebiegu przewlekłym, są jednak mniejsze.

Chorobę trudno rozpoznać na początku, kiedy są wyłącznie zajęte gruczoły wewnętrzne i jako wskazówki diagnostyczne służą zwykle objawy uciskowe, np: stały kaszel, lub ciągle wznawiający się przesięk do opłucny wskazują na zajęcie gruczołów śródpiersia.

Sprawa postępuje szybko; powiększenie gruczołów uogólnia się; nawet gruczoły, pozornie niezmienione, wykazują histologicznie komórki i nacieki typowe dla ziarnicy złośliwej.

Wobec bardzo złośliwego charakteru ziarnicy ostrej, schorzeniu ulegają narządy, które w przebiegu przewlekłym są oszczędzone.

W jednym przypadku autor znalazł na autopsji typowe nacieki w mięśniu sercowym; drugi przypadek dawał za życia ciężki zespół oponowy — na autopsji znaleziono nacieki opon mózgowych.

Chroniczna ziarnica złośliwa zwykle daje okresy podwyższonej ciepłoty ciała, ostra daje obraz ciężkiej infekcji z wysoką gorączką. W ostrym przebiegu na skórze często występują objawy skazy krwotocznej. Reakcja dwuazowa w moczu zwykle ujemna, przeciwnie, niż w ziarnicy przewlekłej. Zmiany we krwi podług Dimmela są następujące: mierna leukocytoza, często z eozynofilią. Liczba limfocytów w przebiegu choroby ulega znacznym wahaniom, przyczem bardzo często występują nietypowe limfocyty — formy Riedera. Obraz Arnetha silnie przesunięty w lewo przy braku postaci młodocianych.

Jakób Pen son.

WILDEGANS. Przypadki śmiertelne po przetaczaniu krwi. (D.m.W. 1930 № 48).

Przypadki śmiertelne po przetaczaniu krwi zdarzają się obecnie coraz częściej.

Z opisanych w literaturze, z powodu braku danych sekcyjnych, często nie udaje się ustalić, czy śmierć nastąpiła właśnie z powodu powyższego zabiegu.

Ocena krytyczna niepomyślnych przypadków wykazuje istnienie takich błędów, którym można zapobiec i takich, których nie można przewidzieć.

Do pierwszej grupy należą: zamiana osoby dawcy w kilku następujących po sobie zabiegach, błędne określenie grupy krwi. Ostatni błąd da się wyliczyć, o ile transfuzor osobiście sprawdzi bezpośrednio przed zabiegiem grupy krwi.

Znacznie gorzej przedstawia się sprawa, jeżeli surowica aglutynująca nie odpowiada stawianym jej wymaganiom. Zараdzić temu można przez zmieszanie surowicy odbiorcy z krwinkami dawcy.

Niejednokrotnie mogą też występować odczyny zlepane nieoczekiwane, odbiegające od utartego schematu. Również nieprzyjemne skutki powstają, o ile krew dawcy nie znajduje odpowiedniego rozcieńczenia u odbiorcy, a co może się zdarzyć u ludzi b. wykrwawionych. W tym celu konieczne jest obliczenie ilości krwi krążącej u odbiorcy i zastosowanie odpowiedniego postępowania leczniczego przed zabiegiem (sól kuchenna, cukier gronowy). Dla uzyskania zupełnej pewności należałoby określić miano surowicy krwi dawcy.

Doświadczenie wykazało również, iż t. zw. krew dawcy uniwersalnego może powodować hemolizę, gdyż w niej b. często znajdują się izolizyny, dające odczyny zlepane przeciw grupie A.

O wiele trudniejsze są do wytłomaczenia zaburzenia mogące powstać przy stosowaniu jednakowych grup krwi. Autoaglutynacja zdarzyć się może w żółtacze hemolitycznej, płą- towem zapaleniu płuc, wyniszczeniu, niedokrewności, kile. Jeżeli istnieje podejrzenie w tym kierunku, zlepianie się c. czer-

wonych krwi w kamerze Thoma-Zeissa, należy sprawdzić, przez zmieszanie, stosunek wzajemny surowicy krwi do świeżej krwi. Przypadki śmiertelne w tej grupie zależą najprawdopodobniej od hemolizy i odczynów zlepanych, przyczem objawy groźne powstają natychmiast po zabiegu. Hemolizy późne naogół są wątpliwe (1—4 godzin) i mogą również zależeć od działania toksycznego białka.

Przyczyny śmierci winno się szukać w objawach niewydolności takich organów, jak wątroba, nerki, serce i naczynia wskutek rozpadu ciała obcych. Niezmiernie częstym objawem jest zmniejszona ilość moczu, a nawet bezmocz, który doprowadza do objawów uremicznych. Często daje się stwierdzić mniej lub więcej rozlane krwawienia w błonach surowiczych i śluzówkach.

Zatury i zakrzepy, przy odpowiedniej technice, nie wchodzi w rachubę. Nagłe przeciężenie układu krążenia powodować może ostre rozszerzenie serca.

Zejsćia śmiertelne po przetaczaniu krwi zdarzają się częściej o ile zabieg ten został dokonany w chorobach krwi lub ogólnem zakażeniu, niż po ostrych krwotokach.

St. Luxenburg.

K. G. STERN. Składnik wątroby czynny w niedokrewności złośliwej. (Klinische Wochenschrift 1931, № 4).

Autor daje przegląd znanych teorii i faktów, dotyczących powstawania niedokrewności złośliwej, w związku z doniosłym odkryciem Whipple'a, Minota i Murphye'go. Wszystkie badania ostatnich kilku lat idą w kierunku odnalezienia substancji czynnej wątroby, działającej leczniczo w niedokrewności złośliwej. Poważne wyniki osiągnął ostatnio E. S. Cohn. Autorowi temu udało się otrzymać z wątroby frakcję, która w ilości 2 gr. wywoływała maksymalny odczyn retikulocytarny (zwiększenie się odsetka krwinek z substancją siateczkową, jako najważniejszy wskaźnik przedmiotowy regeneracji krwi). Substancji jednak czynnej Cohn nie wyosobnił. Dokonali tego chemicy uniwersytetu Columbia w New-Jorku Dakin, West i Howe. Badacze ci złącznie połączyli metodę frakcjonowania Cohna z wykrytym już dawno przez Dakina sposobem wyosobniania hidrolizatów białkowych za pomocą alkoholu butylowego. W ten też sposób wspomniani chemicy wyosobnili w ostatniej czynnej frakcji wątrobowej 2 oksyaminokwasy, a mianowicie: kwas B-oksylutaminowy i l-8-oksylproliny.

Pierwszy kwas wykrył w r. 1918 Dakin, w kareinie. Później wykrył on go też w produktach hidrolizy i innych białek. Oksylprolinę wykrył Fischer w r. 1902. Występuje ona szczególnie obficie (14 proc.) w glutynie i stanowi, podobnie jak kwas glutaminowy, nieodzowny składnik w rusztowaniu pyrrolowem hematyny.

Sposób połączenia obu wykrytych w czynnej frakcji wątroby aminokwasów nie został jeszcze wyjaśniony. Krystaliczne połączenie obu związków, wstrzyknięte do żyły chorym na niedokrewność złośliwą w ilości 310 mg., wywoływało zwiększenie się liczby retikulocytów z 3 do 30 proc., z 1 do 16 proc. i z 0,9 do 10,7 proc. Na podstawie tych ważnych badań sądzić można, że niedokrewność złośliwa powstaje w następstwie braku w ustroju składników niezbędnych do syntezy hemoglobiny, których nie jest on w stanie pobrać przy trawieniu białka. Syntetyczne zaś wytwarzanie w ustroju brakujących aminokwasów (jak zresztą i innych z wyjątkiem gliokolu) jest niemożliwe.

Choroby dzieci.

■ Dr. med. Leon ADOLF. „Metody odżywiania oseska” Biblioteka Przeglądu Lekarskiego Tom 1. Nakładem Mag. Farm. Fr. Heroda, Warszawa 1930.

Za tak fatalną polszczyznę należałoby tę pracę zdyskwalifikować, nawet gdyby posiadała dużą wartość naukową.

Oto kilka przykładów: „stan rzeczy nie dopisuje lekarzowi praktycznemu” i „osesek przybiera po około 600 gr.” „papka cwibakowa”, „herbatka rumiankowa”, „diarroiczne zaburzenie” i t. p.

W wysokim stopniu rażą określenia lub wyrażenia niemieckie, jak: „Fett und Kalkseifenstühle”; „Garungs — und Fäulnisdyspepsie”, których polski czytelnik niema obowiązku rozumieć.

Niestety, treść jest na poziomie stylu: jest to źle zbudowana kompilacja urywków z wybitnych prac niemieckich, ale tak przeinaczonych, że żaden autor siebie by nie poznał. Pełno ogólników, niedomówień i błędów. Trudno wyliczyć nawet drobną ich część: podawanie zupy Czerny — Kleinschmidt w ilości 150 — 180 na kilo wagi; odżywianie mlekiem białkowym przez kilka miesięcy! Podawanie starszym oseskom maślanek z mlekiem białkowym; osesek 5-miesięczny z wagą 6 kg. dostaje 1000 gr. płynu, z tego 500 mleka i 500 kleiku dziennie i t. d. i t. d.

Zasługuje na uwagę, że autor ignoruje polskich znawców metod odżywiania niemowląt, na których mógłby przebiec wzorować się pod względem treści i mianownictwa. Ale, najprzykrejsze wrażenie robi na czytelniku zalecanie szeregu preparatów niemieckich z pominięciem polskich, które są przecież oddawna kontrolowane i zalecane przez nasze kliniki Uniwersyteckie.

Marta Erlichówna.

SCHIFF. O ropnem jałowem, łagodnie przebiegającym zapaleniu opon mózgowych u dzieci. (D. m. W. Nr. 1930).

Postać tego zapalenia opon mózgowych występuje u dzieci rzadko, trwa 10 — 14 dni, kończy się całkowitem wyleczeniem, nie pozostawiając zaburzeń ze strony układu nerwowego. W płynie mózgowo-rdzeniowym, poza zwiększeniem liczby ciałek białych wielojądrzastych, nie stwierdza się drobnoustrojów chorobotwórczych. W chwili nasilenia objawów chorobowych liczba ciałek białych wielojądrzastych spada, ustępując miejsca limfocytozie. Punktu wyjścia zakażenia, nie daje się określić. W nosie, uszach i jamach dodatkowych czaszki zmian patologicznych nie stwierdza się. We krwi mierna leukocytoza z przesunięciem w lewo. Przenoszenia się bezpośrednio z dziecka chorego na inne dzieci zdrowe nie zauważono. Rokowanie dobre.

Wanda Franzówna.

K. SULZER. Przyczynek do t. zw. poodrowego zapalenia mózgu. (Jahrb. für Kinderh. 78 tom 5-6 zeszyt)

Autor opisuje trzy przypadki poodrowych powikłań ze strony centralnego układu nerwowego oraz 2 przypadki poinfekcyjnej ataksji, z których jeden najprawdopodobniej w związku z przebytą odrą. Kliniczny obraz powyższych postaci chorobowych odpowiada postaciom, znanym z literatury.

Badanie histopatologiczne mózgu i rdzenia jednego przypadku śmiertelnego przemawia raczej przeciw zapalnemu podłożu cierpienia, znanego ogólnie pod nazwą „poodrowego zapalenia mózgu”. W powyższym przypadku stwierdzono jedynie zwyrodnieniowe zmiany otoczek rdzeniowych i rozpad cylindrów osiowych wraz z bujaniem komórek glejowych,

przyczem zmiany aparatu łącznotkankowo-naczyniowego były tak nikłe, że można je uważać za wtórne.

Zdaniem autora, powyższemu obrazowi morfologicznemu odpowiada lepiej nazwa *encephalo — myelosis*.

Dzisiejszy stan wiedzy nie pozwala na wyjaśnienie patogenezy i etiologii *encephalosis* poodrowej. Zasługuje na uwagę fakt, że wszystkie przypadki autora dotyczyły dzieci o mniej wartościowym układzie nerwowym, co odgrywa niewątpliwie rolę w powstawaniu powikłań nerwowych po odrze.

M. Stopnicka.

P. BODE. Rumień guzowaty a gruźlica u małych dzieci. (Jahrb. f. Kinderh. 78 tom 5-6 zeszyt)

Autor spostrzegł 10 przypadków rumienia guzowatego u dzieci w wieku od 13 miesięcy do 5-ciu lat. We wszystkich tych przypadkach istniał niezaprzeczony związek pomiędzy rumieniem guzowatym a gruźlicą. 5-cioro z tych dzieci zmarło w najbliższych miesiącach na gruźlicę opon mózgowych, bądź na gruźlicę prosówkową. W pozostałych przypadkach odczyn tuberkulinowy był dodatni, zaś Roentgen wykazywał zmiany w płucach w postaci procesów wnękowych i przywęskowych, bądź gruźlicy rozsianej. Powyższe zmiany spostrzegane były już w czasie trwania rumienia guzowatego. W jednym przypadku współrzędnie były wykwitły rumienia guzowatego i tuberkulidy. W innym przypadku autor spostrzegł nasilenie się ustępujących już wykwitów rumienia guzowatego po wśródskórnym odczynie tuberkulinowym 1:1000, co wyraźnie świadczy o gruźliczej etiologii powyższego cierpienia.

Obserwowany materiał zmusza autora do oględnego rokowania w przypadkach rumienia guzowatego u małych dzieci.

Zdaniem autora, rumień guzowaty jest niewątpliwie cierpieniem pochodzenia gruźliczego. Podziela pogląd Erberuge, że rumień guzowaty jest anafilaktycznym zespołem objawów, wywołanym przez gruźlicę, jest niejako autotuberkulinową reakcją ustroju.

Związek pomiędzy rumieniem guzowatym a gruźlicą musi być szczególnie brany pod uwagę w praktyce dziecięcej.

Autor zaleca w każdym przypadku rumienia guzowatego:

- 1) dokonanie wśródskórnego odczynu tuberkulinowego w rozcieńczeniu początkowo 1:10000, przy ujemnym wyniku w rozcieńczeniu 1:1000 i 1:100;
- 2) przedświecienie klatki piersiowej promieniami Roentgen a;
- 3) w razie stwierdzenia gruźlicy ustalenie źródła zakażenia.

M. Stopnicka

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ Arthur KRONFELD. Perspektiven der Seelenheilkunde. (Georg Thieme Leipzig 1930 p. 384)

Obszerne to dzieło stanowi drugą — po „istocie poznania psychiatrycznego” — podstawową pracę znanego berlińskiego psychiatry, w której porusza on zasadnicze zagadnienia i perspektywy psychiatrii współczesnej, chcąc. W ten sposób stworzyć podwaliny przedewszystkiem dla nauki o schizofrenii. Autor należy do tej generacji badaczy, która zdobyła najnowszą psychologię usiłującą wykorzystać dla kliniki i psychopatologii, sam zaś rozporządzając głębokiem wykształceniem ilozoficznym, do zadania tego przystępuje z całym aparatem krytyki metodologicznej i teoryjopoznawczej. W ten sposób dzieło rozбивa się zupełnie naturalnie na trzy części, z któ-

rych pierwsza „rozważa” zasadnicze kierunki w psychologii ogólnej oraz zagadnienia, związane z pojęciem osoby, które staje się w pojęciu autora pojęciem podstawowym. W wyborze kierunku badania osobowości dochodzi autor, na podstawie swoich rozważań krytycznych, do rozumnego eklektyzmu, słusznie uważając, iż wybór ten zależy od punktu widzenia i celu samego badania. W ten sposób wchodzi w swoje prawa zarówno kierunki genetyczno-dynamiczne, w pierwszym rzędzie psychoanaliza (której, mówiąc nawiasem, poświęca autor wiele miejsca, i której zasadnicze poglądy przyjmuje, mino iż nie we wszystkim się zgadza), jak i kierunki statyczno-opisowe (fenomenologia) albo teleologiczne (psychologia indywidualna). Druga część książki, niewątpliwie najważniejsza, rozważa zagadnienia psychopatologiczne ogólne i szczegółowe. Na pierwszy plan wysuwa się tutaj psychopatologia tzw. intencjonalności (termin, zapożyczony przez fenomenologię Husserla od psychologa wiedeńskiego Brentano). Sprawie tej, którą autor uważa za ośrodkową, poświęcone jest aż pięć rozdziałów, które z jednolitego punktu widzenia omawiają takie zagadnienia kliniczne i psychopatologiczne, jak zaburzenia aktów ruchowych, mowy, woli i popędów, aktów postrzeżeń i wrażeń, i wreszcie urojeń. Jak widać, poruszone są tutaj zasadnicze sprawy nauki psychiatrycznej (a części i neurologicznej). Wszystko to stanowi podstawę, na której autor buduje swoją koncepcję schizofrenji. Modyfikacje osoby, jako zasadniczej formy istoty psychicznej człowieka, uznaje Kronfeld w dwóch stanach i dwóch kierunkach. Jeden z nich to sen, drugi to lęk. Są to „dwaj wielcy niszczyciele świadomości personalnej”. W miarę zbliżania się do snu cofa się „osoba” coraz bardziej do stanu „indywiduum”. Lęk uważa autor za afekt, związany nieodwołalnie i zasadniczo z samym istnieniem „indywiduum”, i przypisuje mu ogromne znaczenie dla powstania zasadniczych poczyną i reakcji „osoby”, które wszystkie zmierzają do przezwyciężenia tego pierwotnego lęku. Nie daje się on zrozumieć biologicznie (w przeciwieństwie do obawy — autor rozróżnia tutaj zupełnie wyraźnie „Angst” i „Furcht”), stanowi fenomen pierwotny, podobnie jak indywidualność, popędy, jeźń.

W zasadniczych przejawach psychologii schizofrenicznej upatruje autor modyfikacje personalnej „samości” (Selbstheit) czyli całej osobowej egzystencji, która opada do stanu „indywiduum”. Zmiany te prowadzą do pełnej obiektywizacji świadomości w kierunku do snu albo do lęku, lub też do złożonych stanów pomiędzy obu temi wymiarami. To też nie napróżno wybitny badacz psychologii schizofrenicznej Carl Schneider upatruje w przeżyciach, w stanach zmęczenia i zasypiania modele dla opisanja i zrozumienia momentów formalnych w przeżyciu schizofreników.

Poglądy autora oparte są, zdaniem referenta, w nadmiernym stopniu na przesłankach apriorystycznych. Do nich zdaje mi się należeć przede wszystkim pogląd na lęk, jako na prafenomen psychiczny.

Ale nie tutaj miejsce na szczegółowe omówienie poglądów tego bogatego w treść dzieła. Stwierdzić należy, iż bez względu na ich słuszność i trwałość, stanowią one owoc wielkiej i poważnej pracy myślowej, przeprowadzonej z dużym krytycyzmem i dbałością o metodę. Książka zasługuje na dokładne przestudjowanie.

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

■ F. H. LEVY. Functionelle Nervendiagnostik. (Odbitka z Klinische Laboratoriumstechnik, Str. 125, Wyd. pod redakcją Brugsch-Schittenhelma. 1929. Wyd. Urban und Schwarzenberg Wiedeń i Berlin.)

W zwięzłej formie omawia autor ddiagnozykę czynnościową w obrębie układu nerwowego. Na pierwszym miejscu

znajduje się obficie ilustrowany dział badań układu ruchowego (porażenia czołowe, ciemieniowe, torebkowe, pozapiramidowe, dotykowe czyli Tastlaehmung, tylnopęczkowe i mózdzkowe) Szczegółowo opracowane są adynamje i astenje mózdzkowe z bezładem, adiadochokinezą, dysmetrią, asynergiją, ateleokinezą, drżeniem, objawem B a r a n y e g o i techniką badania tychże.

Rozdział o technice badania odruchów zaczyna się od odruchów dolnej szczęki i nosa. Ostatni polega na tem, że w sprawach mózgowych uderzenie młoteczkiem w czubek nosa wywołuje nieraz ustawienie ust w postaci ryjka karpia lub świni. O odruchu R o s s o l i m o wspomina się nie tylko przy dolnej, ale i górnej kończynie. Autor poglądowo ilustruje na rysunkach optymalne ustawienie kolana, stopy i palców przy wywoływaniu poszczególnych odruchów. Odruchami M a g n u s - d e K l e y n a i ich modyfikacjami kończy L e v y ten rozdział, przechodząc do graficznej demonstracji czynności ruchowych, posługującej się nader skomplikowaną aparaturą laboratoryjną (L s s e r l i n a, E u l e n b u r g - S c h i f f a, L e v y e g o, W e i l e r a, S c h ä f f e r a, S o m m e r a), uwydatniającą minimalne ruchy, wahania objętości mięśni, prądy akcyjne masy mięśniowej, odruch, drżenie, napięcie, modulację elastyczności, rozciągalności i chronaksji mięśnia. Dużo miejsca poświęca autor odruchowi psychogalwanicznemu V e r a g u t h a. Badanie mięśni gałek ocznych, wewnętrznych i zewnętrznych, wzorowane jest głównie na O p p e n h e i m i e j i B i n g u, o wiele obszerniej i według ścisłych, nie zawsze klinice dostępnych metod opracowane są pola widzenia i zmysł barw.

Bardzo skąpo wypadła technika laboratoryjna badań nad płynem mózgowordzeniowym a już zupełnie niedostatecznie myelo- i encefalografia, oczywiście, nie z winy bardzo doświadczonego autora, klinicysty i fizjologa w jednej osobie. Jestto, niestety, los wszystkich zbiorowych podręczników, gdzie czas między wręczeniem przez autora rękopisu do redakcji a korektą i wydrukowaniem jego zajmuje nieraz kilka lat, a w tym właśnie okresie świeciła wielki tryumf i rozdiła się poniekąd subtelna i precyzyjna metodyka ohemji i fizyki płynu mózgowordzeniowego oraz racjonalnej radjografji czaszki i kręgosłupa.

H i g i e r.

F. BOENHEIM. Z ddiagnozyki choroby Laurence-Biedla (Endokrinologie T. IV. 1929).

Cierpienie to, przez niektórych utożsamiane bywa z dawno opisaną w podręczniku oftalmologa wiedeńskiego F u c h s a *Retinitis pigmentosa familiaris hemeralopica*, przez innych z nietypową postacią choroby F r ö h l i c h a czyli *Dystrophia adiposogenitalis*. W istocie łączy ona obie te jednostki chorobowe, dając obraz „zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego ze zwyrodnieniem siatkówki barwnikowej i hemeralopją, obraz, który zazwyczaj poprzedzają i lub któremu towarzyszą: głuchota częściowa, niedorozwój umysłowy, *polydactylia*, pigmentacja skóry i wszelakie potworności.

Według B o e n h e i m a, który opisuje 4 przypadki, notowane przezeń w ostatnim trzechleciu, uchylenia od powyższego obrazu polegały na tem, że stwierdził u jednego częściową akromegalię, typ kobiecy sutek i objaw B a b i Ń s k i e g o, u drugiego typ kobiecy owłosienia obok braku otyłości, otyłości i wielopalcowości, u pozostałych dwu powiększenie wydzielania urobilinogenu przy przerosłej wątrobie.

Rodzinnność choroby jest częsta, pokrewieństwo rodziców rzadkie, obecność kiły wyjątkowa.

Prawdopodobna jest koncepcja patogenetyczna B i e d l a R a b a o pierwszym zakłóceniu rozwojowym międzymózgo

wia wskutek potworności kośćca podstawy czaszki z wtórnym wodogłowiem.

W leczeniu radzi B. postępować za przykładem angielskich autorów, stosując obok wstępnej terapii przeciwkılowej wewnętrznie hipofizynę, a zewnętrznie diatermię przysadki. Z wskázówek djagnostycznych zasługuje na wzmiankę rada dokładnego zbadania neurologicznego każdego przypadku nawet pozornie nieskomplikowanej ślepoty kurzej i *retinitis pigmentosa*. Mniej zrozumiałe, przynajmniej jak na nasze stosunki — jest wręczenie takiego pacjenta endokrynologowi, gdyż na szczęście uważamy jeszcze, że każdy lekarz praktyk musi nim być.

H i g i e r.

KESTERMAN. Ogniskowe objawy mózgowe w śpiączce cukrzyczej. (D. m. W. N. 48. 1930).

Liczne objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego, jakie mogą występować w przebiegu cukrzycy, nie są

w dostateczny sposób uzależnione od choroby zasadniczej, za czem przemawia brak zmian anatomo-patologicznych. Specjalnie ciekawe są przypadki z objawami ogniskowymi również bez uzasadnienia w badaniu pośmiertnym.

Autor spostrzegał podobny przypadek u kobiety 1a-80-ciu, u której naskutek zaburzeń żółdkowo-jelitowych nastąpiło znaczne pogorszenie choroby zasadniczej, t.j. cukrzycy. Pacjentka została przewieziona do kliniki w stanie śpiączki, przyczem zauważono apoplektyczne objawy ogniskowe mózgowe — lewostronne porażenie połowicze, toniczno-kloniczne drgawki mięśniowe.

Badanie sekcyjne, makro- i mikroskopowe, nie wykazało zmian w układzie nerwowym, któreby mogły tłumaczyć te objawy, i dla ich zrozumienia musimy przyjąć, zgodnie z zadaniem wielu innych autorów, wpływ czynników toksycznych.

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

Wskázówki praktyczne

Firma Dr. O e h r e n w Berlinie sporządziła środek przeciwrumatyczny *Oerelin*, w którego skład wchodzi: kamfora, tymol, terpentyna i amoniak, rozpuszczone, wzgl. zawieszone w alkoholu i olejkach éteryicznych. S c h ö t t l e r stosował z powodzeniem ten środek w schorzeniach gośćcowych — gośćcu stawowym i mięśniowym, rwie kulszowej i łędzwiowej, nerwobólach i zapaleniu nerwów. Wciera się z początku 3 razy dziennie, później rzadziej około 50 kropel w miejsce bolące. Już po 10 minutach ból ustępuje, a po upływie 8—10 dni, w przypadkach ciężkich po 2—3 tygodniach następuje zupełne wyleczenie. (Med. Kl. 1931 Nr. 4).

—o—

S z e n t i k i r a l y i leczy z doskonałym wynikiem wrzód miękki za pomocą zastrzykiwania pod wrzód lub naokoło niego *myosalwarsanu* w ilości 0,075 do 0,15 rozpuszczonego w 1 ctm. sz. wody. W razie istniejącej równocześnie stulejki, wstrzykuje taki sam roztwór pomiędzy listki napletka. Odczynu ogólnego niema. Zagojenie wrzodu następuje szybko, łasczniczki D u c r e y a znikają po 1-em zastrzyknięciu. (Derm. Wschr. 1030 Nr. 47).

—o—

W e i l stwierdził dodatnie działanie *pyridium* na *powikłania zapalne rzeżączki* — zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. Na gonokoki pyridium nie działa. Stosuje się lek doustnie bezjakiegokolwiek niebezpieczeństwa. (Ther. Gegenew. 1930 Nr. 10):

—o—

Insulina, wpływając dodatnio na cukrzycę, sprowadza *wzmoczenia pożądania (libido)* i *potencji płciowej*, syntalina zaś, zdaniem R o s e n b e r g a, tam, gdzie wywiera działanie toksyczne — depresyjne, wpływa ujemnie, choć tylko przejściowo, na czynność płciową.

—o—

F r y s z m a n zaleca do *znieczulania cewki moczowej pałeczki* długości 6 ctm. grubości 4 mm. z masła kakaowego z 0,3 nowokainy z dodatkiem cyanku rtęci. Pałeczkę zanurza się w gorącej wodzie i wprowadza się natychmiast do cewki. (Z. Urol. 1930 Nr. 9).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 18 listopada 1930 r.

Początek o godz. 8-mej.

Obecnych członków Towarzystwa 54, wprowadzonych gości 71.

Część I-sza.

Posiedzenie, poświęcone pamięci zmarłych członków czynnych Towarzystwa ś. p. Edwarda Żebrowskiego i ś. p. Kazimierza Noiszewskiego,

1. Kol. Prezes, wspominając w krótkości zasługi obu zmarłych członków Towarzystwa, wita obecnych członków rodzin zmarłych i wzywa obecnych do uczczenia pamięci zmarłych przez powstanie z miejsc.

2. Kol. E. Bratkowski: „Sylwetka ś. p. Edwarda Żebrowskiego” (streszczenie własne).

Dnia 26 czerwca 1930 r. przedwcześnie zgasł profesor E. Ż e b r o w s k i.

Urodzony w 1873 r. w ziemi Wileńskiej wśród pięknych łąk, wśród barwnych pól, wśród szumiących borów i lasów.

Piękna natura Litwy wpłynęła na kształtowanie się duszy Zmarłego: był marzycielem i poetą, był skryty, jak puszcze litewskie, a spostrzegawczy, jak sokół.

Kochał słońce i piękno natury, lecz nadewszystko umi-

tował naukę. Do końca życia miłość ta rosła, potężniała i wydawała obfite plony.

Już od wczesnej młodości zarysowały się cechy charakteru—stanowczość i wytrwałość w pracy.

Niepospolite zdolności zrodziły wygórowaną ambicję, która nakazywała Profesorowi być zawsze pierwszym uczniem i najlepszym nauczycielem.

Nauki w gimnazjum Wileńskim ukończył chlubnie, a w 1896 r. otrzymał odznaczenie i pochwałę za ukończone studia w Akademii Wojskowo-medycznej w Petersburgu.

Obrał drogę naukową, planowo i konsekwentnie sposobił się do pracy twórczej, naukowej.

Pracuje w klinikach wybitnych uczonych w Petersburgu: u Marcellego Nenckiego, Botkina, Manaseina, K. Wagnera, początkowo studjuje klinikę, bakterjologię i anatomję.

Po otrzymaniu doktoratu za pracę „O leczeniu gruźlicy doświadczalnej” w 1902 r. wyjeżdża na studia do Berlina do klinik najslawniejszych uczonych—Krausa, Walda, Fraenkla, studjuje hematologję u Engla, a anatomję patologiczną u Picka.

Surowy klimat petersburski ujemnie wpłynął na zdrowie żony, dlatego profesor przenosi się na południe do Kijowa.

Na uniwersytecie kijowskim św. Włodzimierza pracuje w klinice prof. Konrada Wagnera, a jednocześnie studjuje anatomję patologiczną u prof. W. Wysokowicza, patologję ogólną u prof. W. Lindemana, farmakologję u prof. L. Landenbacha i fizjologję u prof. Czirjewa i Czagowca.

Z Kijowa wyjeżdża na studia do Lwowa do utalentowanego fizjologa i farmakologa prof. Popielskiego.

W 1914 r. jako profesor uniwersytetu charkowskiego—pracuje w Instytucie biochemicznym prof. Wohlgemutta w Berlinie.

W 1907 r. zostaje docentem chorób wewnętrznych uniwersytetu Kijowskiego, w 1913 r. profesorem szczegółowej patologii i terapii uniwersytetu Charkowskiego, a w 1914 r. profesorem i dyrektorem wydziałowej terapeutycznej kliniki tegoż uniwersytetu, gdzie pozostaje do 1919 r.

Po powrocie do Polski od lutego 1920 r. pracuje w wojsku polskim jako ordynator, potem jako kierownik oddziałów wewnętrznych.

Od jesieni 1927 r. jest obrany profesorem uniwersytetu Warszawskiego i dyrektorem i Kliniką Wewnętrzną i na tem stanowisku pozostaje do końca życia.

Gruntownie wykształcony w naukach biologicznych i klinicznych według szkoły niemieckiej, jest nadzwyczaj ścisłym i sumiennym uczniem, lecz ma temperament polski, miłość i zapał do pracy naukowej, zawsze młodzieńczy.

Powołaniem i ideą profesora było tworzenie, szukanie nowych dróg biochemicznych w klinice, wykrywanie i podpatrywanie nowych objawów chorobowych.

Jego umysł bogaty w wiedzę i doświadczenie, wielka erudycja i wielki zapał do pracy działy dużo.

Umiał doskonale analizować objawy kliniczne ze ścisłością mikroskopową, potem ujmować syntetycznie po miśtrzewsku każdy problemat.

Posiadał wielki talent wypowiedzenia swych myśli w dostępnej, prostej formie, często używał prostych, a trafnych porównań, dbał o czystość języka polskiego i o piękny styl.

Na wykładach rozwijał myśl swą logicznie i prowadził uwagę słuchaczy, jak zdolny wódz żołnierzy, nie zbaczal na manowce, lecz dawał jasny, zwięzły i pełny obraz stanów chorobowych.

Był doskonałym mówcą i świetnym pedagogiem.

Zjawiska chorobowe ujmował ze stanowiska biologa klinicysty.

Prawa biologiczne przenosił na zjawiska kliniczne.

Wykładając choroby nerek, profesor porównywał życie komórek w ustroju ludzkim z życiem komórki pierwotniaka w morzu.

W wykładzie „sylwetka czynnościowa człowieka” profe-

sor porównywał człowieka do maszyny i widzi analogję w narządach przemiany i aparacie ruchu, lecz człowiek posiada jeszcze jaźń, zapewniającą nieśmiertelność gatunku, w ten sposób człowieka rozpatruje, jako trójistotę.

Analizując krążenie, profesor dzieli cały układ krążenia na 5 układów: wieńcowy, duży, mały, bramny i tkankowy, ściśle określa objawy niedomogi każdego działu krążenia i daje ściśle wskazania lecznicze.

Wprowadza pojęcie o niedomodze układu krążenia ukrytej, która zjawia się tylko przy nadmiernych wysiłkach lub wyczynach sportowych, pięknie określa niedomogę serca, niedomogę 1-go stopnia wysiłkową, 2-go stopnia względną i 3-go bezwzględną.

Wyświetla znaczenie przyrodolecznictwa w leczeniu niedomogi krążenia, jako to: kąpiele powietrznych, kwasowogłowych, masaży, gimnastyki, sportów. Uczy słuchaczy, że niedomoga ukryta i względna leczy się tylko środkami fizykalnemi, ruchem dawkowanym i dietą, a tylko w niedomodze jawnej i absolutnej należy stosować spokój, dietę i środki nasercowe.

Jako znawca melodji serca ma nadzwyczaj wrażliwe ucho i czasami słyzy takie zjawiska w sercu, które może wychwycić tylko elektrokardiograf, jak skurcze przedsionka w bloku sercowym.

Przy wysłuchiowaniu serca zachwyca się jego melodją: słyzy strzały armatnie przy rytmie węzłowym lub złowrogą ciszę przy głębokich zaburzeniach w przewodnictwie, lub melodję śmierci przy monotonnym cwałe mezodiastolicznym.

Rozpoznanie różniczkowe profesor opiera na doskonałej znajomości anatomji, embriologii i patologji, a wskazania lecznicze na znajomości fizjologii i farmakologii.

Wykłady wszystkie, bez wyjątku, są świetnie opracowane i dają wyczerpujące oświecenie każdego tematu.

Wizytację na salach profesor prowadzi z wielkiem zainteresowaniem się chorymi, podkreśla znaczenia pierwszego wejżenia, bada sam szczegółowo bardzo chorego, analizuje wszystkie dane kliniki i laboratoryjne i syntetycznie ujmuje chorego, zawsze ciekawie i indywidualnie.

Profesor podczas bardzo pracowitego życia przeorał i opracował zagadnienia medycyny wewnętrznej, pozostawił prace o chorobach dróg oddechowych, o chorobach narządów trawienia, o chorobach układu krążenia, o chorobach nerek, o chorobach narządów krwiotwórczych, o chorobach gruczołów dokrewnych, o chorobach zakaźnych, o chorobach przemiany materji i o chorobach wątroby.

Prace naukowe były napisane pięknym językiem, w każdej pracy znajdujemy myśli, pogłębiające dany temat, trafne porównania, szerokie biologiczne ujęcie zagadnienia.

Swą ścisłą pracą profesor dowiódł, że dobrze napisane historie chorób pacjentów w prywatnym gabinecie lekarskim są materiałem do pracy naukowej. Ze swego prywatnego materiału ma następujące prace:

1. W sprawie rozpoznawania sprawności serca.
2. O działaniu kumysu w chorobach wewnętrznych.
3. O podskórnych gruczołach limfatycznych klatki piersiowej w gruźlicy płuc.
4. Znaczenie rozpoznawcze wstrząsania wątroby.
5. *Typhlostosis hepatica*.

Organizacji pracy przypisywał największe znaczenie. Organizację zaczynał zwykle od siebie: każdy chory prywatny był ściśle opisany według wzoru przez siebie opracowanego. Klinika Charkowska i i Klinika Wewnętrzna Uniwersytetu Warszawskiego otrzymały wzorową oryginalnie opracowaną kartę historii choroby.

Praca dnia była ściśle rozplanowana: ranne godziny zajmowała praca naukowa w domu lub klinice, wykłady, komisje, posiedzenia. Wieczory — opracowanie wykładów, studjowanie piśmiennictwa, sprawy redakcyjne i literatura piękna.

Talent organizacyjny wykazał profesor na każdej placówce swej pracy. Pierwsza moja praca wspólna z profe-

sorem była w 1909 r. w uzdrowisku „Pohulance” z. Witebskiej.

Było to sanatorium na kilkaset osób, wybudowane w olbrzymich lasach hr. Plateków. Dzięki energii profesora uzdrowisko posiadało wzorowo urządzone zakłady przyrodolecnicze, kąpiele słoneczno-powietrzne, na miejscu był wyrabiany kumys, a doskonała kuchnia dietetyczna dopełniała arsenał środków przyrodolecniczych.

W 1911 r. profesor zostaje konsultantem uzdrowiska „Druskieniki”, tam według planu profesora są urządzone kąpiele powietrzne, słoneczne, bieżnie i tereny sportu i pracy fizycznej, a pracownia kliniczna jest tak dobrze zorganizowana, że w r. 1912 z pracowni tej wychodzi doświadczalna wspólna nasza praca, wykonana na psie z izolowanym żołądkiem według Pawłowa „O wpływie Druskienickiej wody „Nasza” na wydzielanie soku żołądkowego”.

W Uniwersytecie Charkowskim, gdzie profesor był od 1914 do 1919 r. pozostawia świetnie zorganizowaną klinikę z wzorowo opracowaną kartą chorobową i laboratorium kliniczne, przysposobione do badań nad przemianą materii, zaczynami ustroju, hematologią i eksperymentami na zwierzętach.

Najenergiczniej i najszerzej pracuje profesor w odrodzonej Ojczyźnie.

W wojsku polskim jest najpierw ordynatorem oddziału we wnętrznego w szpitalu Mokotowskim, pisze prace, jest członkiem Wojskowej Rady Sanitarnej, bierze udział w rozmaitych komisjach — przeciwgazowej, jest prezesem Towarzystwa Wiedzy Wojskowej Lekarskiej.

Dla rozwoju ukochanej nauki organizuje wykłady dla lekarzy wojskowych i dla studentów podchorążych, urządza posiedzenia naukowe dla lekarzy.

Komasuje wszystkie oddziały wewnętrzne Szpitala Ujazdowskiego (obecnie szpitala Szkolnego Podchorążych Sanitarnych) w potężny oddział wewnętrzny, wyposażony w świetnie urządzonej pracowni klinicznej, a każdy stół, każdy stoł i szafa i każdy nowy przyrząd tej pracowni mają swą kartę, gdyż trzeba było wielkiego wysiłku pracy, wielkiej wytrwałości i energii, aby to zdobyć.

Oddział wewnętrzny szpitala Szkolnego Szkoły Podchorążych Sanitarnych jest postawiony na wysokości pierwszorzędnej kliniki Uniwersyteckiej.

W 1927 r. 27.IX Edward Żebrowski zostaje obrany profesorem diagnostyki i terapii ogólnej chorób wewnętrznych oraz dyrektorem i Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Marzenia najdawniejsze ziściły się profesor wyklada ukochany przedmiot w największym uniwersytecie polskim.

Działalność jego na tej placówce jest bardzo dobrze znana wszystkim, lecz muszę tu nakreślić plan szerokiej pracy profesora.

1. Pracuje nad sobą, w ostatnich latach studjuje język angielski, aby korzystać ze skarbnicy wiedzy narodów anglosaskich i jaknajwięcej nauczyć studentów, jaknajlepiej przygotować lekarzy młodych i przyszłych uczonych.

2. Wysyła zagranicę asystentów, aby przygotować kadry specjalistów.

3. Kosztem tytanicznych wysiłków nadbudowuje całe piętro dla i Kliniki w Szpitalu św. Ducha i daje dla Uniwersytetu obszerną salę wykładową i 7 gabinetów dla pracowni klinicznych.

4. Skupia w swej klinice wszystkich młodych lekarzy, którzy pragną doskonalić się w chorobach wewnętrznych lub pracować naukowo.

5. Zamierza organizować oddział chorób zawodowych przy klinice.

6. Zorganizować zakład przyrodolecniczy.

7. Wprowadzić wzorową kuchnię dietetyczną.

I pośród tej tak owocnej i rozległej pracy w końcu roku szkolnego 25.V.1930 r. przychodzi ciężka choroba.

Tytan ducha, jakim był ś. p. profesor E. Żebrowski nie umie być chorym, nie umie leżeć beczynnie w łóżku.

Pomimo zakazów kolegów przy każdej poprawie zdrowia powraca do pracy nad ukochaną nauką, studjuje, robi plany na przyszłość; tylko czasem, zmęczony chorobą, powie, że obawia się, czy wystarczy mu sił, aby dalej prowadzić rozbudowany warsztat pracy i dalej budować. Do końca dni swoich wierzy, że jego duch zwycięży nawet niemoc fizyczną, a wakacje dadzą mu możliwość wypocząć i poprawić swe zdrowie, gdyż dotąd profesor nie wyjeżdżał na wypoczynek letni, a latem zawsze pracował w uzdrowisku. W tym roku zamierzał wypocząć w Krynicy.

Nieubłagana śmierć przecięła wszystkie plany.

Zmarł w sile wieku, w pełni rozwoju talentu twórczego, pozostawił po sobie bogaty dorobek naukowy 46 prac, pozostawił rozbudowany warsztat pracy, pozostawił wielu uczniów, którym zaszczylił miłość do pracy naukowej.

Odszedł wśród pracowitego życia wielki uczony, niezrównany pedagog i utalentowany organizator.

Cześć Jego świetlanej pamięci.

3. Kol. Wł. Melanowski: „Wspomnienie o ś. p. profesorze Kazimierzu Noisze wskim” (Streszczenie własne).

Dnia 5 lipca 1930 roku niespodzianie rozstał się z tym światem pierwszy profesor okulistyki we wskrzeszonym Uniwersytecie Warszawskim Dr. med. Kazimierz Noisze wski.

Urodzony w Wilnie 11 września 1859 roku, w roku 1863 wraz z rodzicami iść musiał na wygnanie w głąb Rosji i skończył średnie kończył w Tule i Orle, a uniwersytet w Moskwie w 1883 roku. Pobyt w Rosji nie wynarodowił go, i, po ukończeniu studiów, jako młody lekarz jedzie N. do Krakowa i pod kierunkiem prof. Lucjana Rydla zaczyna się specjalizować w okulistyce. W Krakowie w r. 1887 powstaje pierwsza jego praca: „O barwikowem zwyrodnieniu siatkówki”. Już tę pracę cechuje wydatna szerokość światopoglądu — interesuje się w niej Noisze wski nie tylko okiem, ale i całym ustrojem chorego, a nawet i psychiką. Potem czas pewien pracuje w Wiedniu pod kierunkiem prof. Michała Borysiakiewicza i w Paryżu, pod kierunkiem profesora Photinosa Panasa.

Po powrocie do kraju rozpoczyna pracę na Inflantach, pod Dynaburgiem, w miejscowości kuracyjnej Pohulance. Zakłada tu klinikę na 30 chorych i z całym zamiłowaniem zaczyna praktykę okulistyczną, zyskuje wielką wziętość, dni całe pracuje dla chorych, a wieczory, do późnej nierzaz nocy, spędza nad książką i zaczyna tu, na prowincji, pracę twórczą, której wyniki ogłasza w pismach polskich i obcych oraz na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego w Dynaburgu, którego to Towarzystwa był długoletnim prezesem, pomimo że był jednym z niewielu Polaków, należących do tego Towarzystwa.

W pracy lekarza i działacza na Inflantach odpoczynkiem było mu urządzenie i upiększanie ogrodu. Nawet ogród ten, urządzony na umocnionych, a dawniej lotnych płaskach nad Dźwiną, był wyrazem niezmordowanych wysiłków i niespożytej wartości Zmarłego.

Wśród tych, zda się, nieusposabiających do pracy naukowej warunków, zdala od laboratoriów powstały wybitne, o pomnikowej wartości pomysły i badania. Mianowicie, w roku 1889, datuje się opracowanie elektroftalmu — przyrządu, który za pomocą płytki selenowej przerabia wrażenie świetlne na dotykowe i dźwiękowe. Przyrząd ten zwrócił uwagę uczonych tej miary, co Charcot, jako niezwykle śmiała próba przyswojenia wrażeń świetlnych tym, co wzrok bezpowrotnie utracili. Pracuje też Noisze wski w tym okresie nad czuciem wzrokiem i dotykowym, i publikacje jego w tej sprawie zwracają na Niego uwagę, jako na uczonego, i w roku 1900 za te prace uzyskuje w Petersburskiej Akademii Wojskowo-Lekarskiej stopień doktora medycyny, a w 1908 r. na zasadzie pracy: „O jaskrze prostej i jej zależności od różnicy ciśnienia między gałką a czaszką” zostaje w Petersburskiej Akademii Wojskowo-Lekarskiej habilitowany, jako docent okulistyki.

I do czynnego życia w Pohulance corocznie w ciągu paru miesięcy przybywa mu praca wykładowa w Petersburgu — i tu, zresztą, zyskuje znaczny rozgłos, i liczne rzesze pacjentów od tego czasu po dzień dzisiejszy wspominają go wdzięcznie.

W Petersburgu uczestniczy w pracach Towarzystwa Okulistycznego, Towarzystwa Neurologów i Psychiatryków, jest też członkiem i to, bodaj jednym z najczynniejszych, Polskiego Towarzystwa Przyrodników i Lekarzy. Pracując na obczyźnie

nie traci łączności z krajem i i licznymi swymi pracami zasilą przedewszystkiem pisma polskie, a więc poznańskie „Nowiny Lekarskie”, warszawską „Gazetę Lekarską”, „Kronikę Lekarską”, krakowski „Postępek Okulistyczny”; pisze prócz tego w tym czasie w „Przeglądzie Filozoficznym”, „Przeglądzie Tygodniowym”, a wszędzie, przedewszystkiem po polsku, przedstawia wyniki swych badań i swego doświadczenia. Widzą go też na posiedzeniach polskich Towarzystw lekarskich i na polskich Zjazdach lekarskich jeszcze wtedy, kiedy praca dla Polski mogła raczej szkodzić karierze.

Pisze prócz tego N. do licznych pism obcych: rosyjskich, niemieckich i francuskich i uczestniczy w zjazdach okulistycznych i lekarskich rosyjskich i międzynarodowych.

Prace naukowe Noiszewskiego mają charakter wybitnie oryginalny. Obok elektroftalmu (1889), opracowuje N. metody badania czucia ciepłego (1889), włosowego i gruczołowego (1897, 1900), przeprowadza badania nad etjologią jaglicy, obmyśla sposób ożywienia zbliźnowałego wskutek jaglicy worka spojówki przeszczepieniem słuzówki z ust (1896), obmyśla hydroelektrodę do elektryzacji oka (1894), leczenie operacyjne stożka rogówki (1902), leczenie operacyjne skrzydlika (1904). W pracach Jego i badaniach przebiega nie tylko zainteresowanie się narządem wzroku, ale także i całym ustrojem, a w szczególności chorobami układu nerwowego i psychicznego. Szczególnie wartościowe są tu prace: „O atakach wzrokowej” (1898), „O wybuchowym powstawaniu śladów pamięci wzrokowej” (1891), „O chorobach pamięci i mowy” (1891), „O powidokach” (1900), „O ślepotcie duchowej i halucynacjach wzrokowych” (1895), „O badaniu dyferencjalnego i integralnego widzenia” (1894), „O korowem widzeniu połowiczem” (1903). Wreszcie wybitnie oryginalne są prace o jaskrze (od 1908). Prace o jaskrze w 1911 roku były wyróżnione nagrodą imienia prof. Moczułkowskiego.

Do roku 1919 liczba prac Noiszewskiego dochodziła do 148.

W Polsce odrodzonej na początku pracuje prof. Noiszewski w Ministerstwie Zdrowia, wkrótce jednak Jego zapal i głęboka wiedza znajdują ujście w pracy nad organizowaniem odrodzonej Wszechnicy Białostockiej w Wilnie. W tej Wszechnicy w 1919 roku powołany zostaje na katedrę okulistyki, a wkrótce na tę katedrę powołuje Go Uniwersytet Warszawski. Noiszewski obejmuje katedrę stołeczną i od początku r. 1921 w nader ciężkich warunkach organizuje klinikę. Otrzymuje nieodpowiednie ciasne pomieszczenie w pawilonie IV szpitala św. Ducha, które dzielić musi z kliniką Oto-Laryngologiczną. I zaczęła się odrazu intensywna praca pomimo wielkich trudności i dla pracy naukowej i dla szpitalnej. Klinika pracowała bez podręcznej pracowni, bez biblioteki, bez czytelnicy, bez odpowiednich ciemni, z niewielką liczbą przyrządów. Malutki gabinet profesora jest jednocześnie salą dla badań biomikroskopowych, pokojem asystenckim do śniadań, szatnią, salą konsultacyjną, miejscem egzaminu studentów i t. d. Sala wykładowa, mająca pomieścić 200 słuchaczy ma 35 m. kwadr., jest zarazem badalnią, salą opatrunkową i operacyjną.

Dodajemy tu, że liczba roczna chorych klinicznych z 367 w pierwszym roku po 9-ciu latach pracy kliniki, w tych samych warunkach, ulega podwojeniu, liczba operacji z 300 rocznie dochodzi do przeszło 800, liczba zaś chorych przychodzących, przyjmowanych i badanych przez asystentów w malej salce o około 15 m. kwadr. dochodzi do 150 osób dziennie.

I w tych warunkach z całą pogodą ducha profesor Noiszewski pracuje, obok nauki studentów kierując pracą 20 lekarzy, którzy specjalizują się pod jego światłym kierunkiem.

Bez pracowni klinicznej zadziwia umiejętnością wykorzystania materiału klinicznego dla opracowania zagadnień naukowych. Jako przykład niech posłuży choćby fakt ujęcia sprawy akomodacji i udziału w tej sprawie mięśnia Brückego i Müllera oraz wiadzą soczewkowego. Wychodząc z założenia Beauvieux, że wiadzą soczewkowe składa się z błonek, tworząc zamknięte przestrzenie okołosoczewkowe, wygłasza N. w r. 1923 uzasadnienie swej hydraulicznej teorii akomodacji, przedstawionej jeszcze w r. 1921 na Zjeździe Okulistycznym Polskich. Dalej wskazuje na dwa rodzaje mięśni nastawczych oka, różne ich unerwienie oraz przewagę mięśnia Brückego u osób krótkowzrocznych, od 1924 roku uzasadnia N. znaczenie m. Brückego w nastawności dla dali. Ten pogląd N. w dość przekonujący sposób objaśnia

powstawanie odwarstwienia siatkówki w krótkowzroczności. I hydrauliczna teoria akomodacji i sprawa udziału mięśnia Brückego w akomodacji dla dali (mięsień ten to *tensor chorioideae*) wywołały zagranicą wielkie zainteresowanie, czego dowód pośredni mamy w pracach Lindsay-Johnsona (1924), który wypowiada też pogląd zgodny na znaczenie ciśnienia hydraulicznego w akomodacji, i w pracy Loddona (1929). Loddon, opierając się na pracach Noiszewskiego porusza sprawę udziału mięśnia Brückego w akomodacji.

Przyjmując pod uwagę teorię Noiszewskiego na znaczenie mięśnia Brückego w krótkowzroczności, łatwo zrozumieć, dlaczego w okolicy rąbka zębatego siatkówka ma torbielowatość i dlaczego tu łatwo ulega pęknięciom, które w myśl prac Gonina są zapewne przyczyną odwarstwienia siatkówki.

Widzimy więc, że ś. p. prof. Noiszewski do ostatnich chwil pracował wybitnie twórczo, że umiał przeniknąć w głąb tajemnic przyrody i dojść rozumowaniem i intuicją tam, gdzie inni dochodzili drogą żmudnej pracy laboratoryjnej.

Zostawił w rękopisie „zarys psychologii dotyku i wzroku” — jako wyraz swego zainteresowania się tą nauką, którą obok okulistyki lubił najbardziej.

Jako profesor, stara się wpoić Noiszewski w słuchaczy zamiłowanie do okulistyki, podkreślając stale w swych wykładach wybitne znaczenie okulistyki dla cierpiącego ogółu i dla innych działów medycyny.

Jako kierownik, stara się ocenić indywidualne zdolności asystentów, pozwalając im rozwijać się samodzielnie, zachęca do pracy teoretycznej, organizuje co tydzień posiedzenia referatowe, nie ustaje w staraniach nad zaopatrzeniem biblioteki klinicznej, zachęca do pokazów chorych na posiedzeniach szpitalnych i posiedzeniach klinicznych Towarzystwa Okulistycznego i T-wa Lekarskiego i jest nie tylko kierownikiem, ale i głównym ogniwem, zespajającym w całość życie kliniki.

Toteż niespożyte są jego zasługi dla organizacji Okulistyki Polskiej. Już w 1920 roku jest jednym z organizatorów I Zjazdu Okulistycznego Wszechpolskiego i potem dalszym zjazdom tym patronuje, jako przewodniczący honorowy, i tu obok jego wartości naukowych uwytłumiają się w całej pełni jego wysokie wartości człowieka i obywatela. Wielki takt osobisty i niezwykle wysokie poczucie honoru i odpowiedzialności osobistej sprawiły, że za jego przewodniczenia nie dochodziło nigdy do żadnych zderzeń osobistych. Nawet w przypadkach ostrego zaatakowania publicznie Jego poglądów umiał zawsze z wielkim taktem i umiarem bronić ich, w niczem nie uchybiając przeciwnikowi. W ciągu dziewięciolecia pracy Jego klinika wywojowała sobie na gruncie Warszawy prawo obywatelstwa i jako oddział, nie odmawiający pomocy w najcięższych nawet przypadkach, i jako placówkę naukową, której kierownik wraz z asystentami wypełniał swymi wykładami i pokazami niejedno z posiedzeń naukowych.

W 1923 roku zakłada profesor kwartalnik „Klinika Oczna”, nie bacząc na to, że na pierwszym Zjeździe Wszechpolskich Okulistów sprawa ta została uznana za nieaktualną. I znów zaczął się tu dla niego okres nowych wysiłków, gdyż nie tylko wiele sam pisać musiał w nowo założonym piśmie, ale, otrzymując do druku niezawsze udolnie napisane prace, długo nieraz musiał je poprawiać, by właściwy sens wydobyć, nie zmieniając w niczem zasadniczej myśli autora. A prócz tego kwartalnik popierać musiał z funduszy własnych, gdyż, jak to zwykle bywa, wpływy z prenumeraty były stale niedostateczne. Coprawda, od II Zjazdu we Lwowie kwartalnik uznany został za organ Towarzystwa Okulistów Polskich i popierany przez większe grono okulistów, a w pierwszym rzędzie przez profesorów Okulistyki Uniwersytetów Polskich, jednak ta pomoc moralna i materialna często nie wystarczała.

W każdym bądź razie pod Jego światłym kierunkiem kwartalnik ten powstał, rozwinął się i jest znany i referowany na całym świecie. Pismo to tak samo jest wynikiem osobistych zabiegów profesora Noiszewskiego, jak „Postępek Okulistyczny” wynikiem wysiłków i starań prof. B. Wicherkiewicza.

Zasługi naukowe i społeczne prof. Noiszewskiego sprawiły, że był wybrany członkiem honorowym wielu towarzystw lekarskich, a w tem Wileńskiego i Częstochowskiego, że był honorowym prezesem i założycielem Wszechpolskiego Towarzystwa Okulistycznego i długoletnim prezesem Warszawskiego Oddziału tego Towarzystwa. Prócz tego szczytło się nim Francuskie Towarzystwo Okulistyczne, i na wieść o jego

śmierci jeden z wybitnych Jego członków prof. Terrnin w prasie okulistycznej francuskiej poświęcił mu serdeczne wspomnienie.

Jako lekarz, prof. Noiszewski odznacza się wielką życzliwością dla chorych, zawsze ma czas, by wysłuchać wszystkich skarg chorego. Nikt, jak on, nie umiał tak subtelnie zebrać wywiadów w najdrażliwszych nawet sprawach, nikt, jak on, nie umiał lepiej pocieszyć w najcięższych nawet przypadkach.

W stosunku do lekarzy był zawsze starszym, doświadczonym kolegą, nie umiał wprost dotknąć nikogo — owszem, często stawał w obronie i starał się łagodzić waśni.

Jako człowiek i obywatel, miał obok intuicji wielką miłość kraju, entuzjazm i optymizm typowy dla uczonego i zanego człowieka. Nie zapomnę nigdy, jak w ciężkie dni, kiedy wróg sięgał po stolicę, profesor Noiszewski ani chwili nie wątpił i z całą mocą wierzył w bliskość odparcia wroga i stanowczego nad nim zwycięstwa.

Toteż w pamięci nas wszystkich którzyśmy go znali i w pamięci swych kolegów i uczniów, w historii wreszcie naszej nauki prof. Noiszewski pozostanie nazawsze jako Wielka świetlana postać wybitnego uczonego, lekarza i obywatela.

Cześć jego pamięci!

Cześć II-ga.

Posiedzenie naukowe.

1. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa:

2. Protokół z dnia 11 listopada 1930 r. przyjęto.

3. Kol. Wł. Filiński i W. Moczarski wygłosili odczyt p. t.: „W sprawie patogeny zniknięcia tętna w naczyniach obwodowych”. (Streszczenie wł.). Autorzy wskazują na czynnik, niebrany dotychczas pod uwagę, w patogeny zniknięcia tętna. Myśl o tem nasunęła się ze spostrzeżeń klinicznych nad przypadkiem tętniaka tętnicy głównej. Tętno znikło tu we wszystkich tętnach obwodowych, i stan ten obserwowany był w przeciągu lat siedmiu. Zmiany, prowadzące do zamknięcia tętnic, można było wykluczyć z powodu, dobrego ukrwienia i doskonałej czynności kończyn. Zboczenia w przebiegu nie mogą obejmować tak wielkiej liczby tętnic, a i wtedy dałoby się odnaleźć tętno na tętnicach dużych. Nie stwierdzali go tam jednak autorzy ani obmacywaniem, ani osłuchiwaniem przy ucisku zapomocą opaski Reklinghausena.

Zanik tętna tłumaczą sobie autorzy tem, że krążenie odbywa się tu pod stałym ciśnieniem. Wahania w ciśnieniu, powodowane skurczami lewej komory, są tu zniwelowane przez wpływ sprężystego balonu — tętniaka, umieszczonego na drodze prądu krwi. W podobny sposób np. rozpylacz z podwójnym balonem daje jednostajny strumień cieczy.

Wywody swoje popierają autorzy doświadczeniem na modelu, przedstawiającym skurcze komory i wpływ tętniaka.

4. Kol. Wł. Mikułowski wygłosił odczyt p. t.: „Przyczynki do kliniki kily wrodzonej” (Streszczenie własne).

Jakkolwiek w każdym wieku chorego wykrycie kily wrodzonej przedstawia wartość rozpoznawczą dla lekarza — to jednak wykrycie kily w wieku dziecięcym jest szczególnie wartościowe, ponieważ wczesne zrozumienie faktów klinicznych pod względem etiologicznym — zmusza lekarza do wczesnego stosowania właściwego przyczynowego leczenia chorego, jakoteż do leczenia zapobiegawczego, pozornie zdrowego, rodzeństwa. Lekarz pediatra znajduje się w lepszych warunkach dla wykrywania kily wrodzonej, niż inny lekarz — ponieważ może zetknąć się z żyjącymi jeszcze przeważnie rodzicami dziecka, których wywiady i badania są potrzebne dla rozpoznania kily dziecka. Jedną z trudności rozpoznania konstytucji kilowej stanowi jej często bliska analogia z konstytucją neuro-artrytyczną. W każdym więc przypadku nasuwającego się podejrzenia konstytucji neuro — artrytycznej rodzi się obowiązek dla pediatry — koniecznego różnicowania rozpoznawczego tej skazy ze „skazą” kilową. Różnicowania nie ogranicza się do szukania kily na drodze tylko serologicznej albo próbną — leczniczą, ale sięga w głąb ku szczegółowym

wywiadom, oraz wymagają poszukiwania drobnych, ważnych faktów klinicznych świadczących o charakterze dystrofii w poszczególnych układach lub narządach chorego.

W dyskusji kol. Trzeciński podkreśla, iż kol. prelegent kładzie zbyt duży nacisk na konstytucję kilową w kile wrodzonej; równie często spotykamy kilę wrodzoną u dzieci bez żadnych znamion tego cierpienia. Skierowuje nas w kierunku tego rozpoznania fakt przebiecia kily przez rodziców a także bardzo cenny środek rozpoznawczy, jakim jest zapalenie okostny kości długich, które wykryć się daje przy pomocy rentgenogramu.

Wiele znamion kily wrodzonej (zęby Hutchinsona, niedorozwój ogólny) zdarzają się u niemowląt niekilowych, natomiast dzieci, bardzo dobrze rozwinięte, mogą być obciążone niejednokrotnie kilą wrodzoną.

Wreszcie mówca podkreśla kategorycznie, że ujemny wynik odczynu Wassermanna nie daje żadnych podstaw do zaniechania leczenia swoistego. Wskazań leczniczych nie wolno opierać na odczynie Wassermanna.

Kol. Mikułowski w odpowiedzi kol. Trzecińskiego stwierdza, że pod nieżytem jelita grubego u dzieci kilowych nie rozumiał jednostki chorobowej z naciekami lub owrzodzeniami kilowymi, ale że tem mianem ogólnem objaśniał postacie *colitis*, wywołane przeważnie dysfunkcją gruczołów dokrewnych i układu naczyniowo — roślinnego. — Mimo rozpowszechnienia nieżyty jelita grubego dzieci kilowych bywają mylnie rozpoznawane, jako t. zw. *colitis neuroarthritica*. Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 55.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Lignières prowadzi bez przerwy swój atak przeciwko BCG i na posiedz. stycz. Akademii Lek. w Paryżu (Pr. méd. Nr. 7) przytacza nowe fakty, mające dowodzić *zwiększenia jadowitości szczepu BCG*. Dreyev i Vollum mieli otrzymać szczep złośliwy, hodując go w głębi buljonu. L. sam otrzymał szczep słabo jadowity dla świnek, przeszczepiając go na środowisku jajcznem. Wreszcie Hormaeche z Montevideo zauważył jakoby, że BCG stało się złośliwe u świnek, uprzednio zakażanych szczególnym typem paciorkowca.

Pauchet zwykł leczyć *owrzodzenia żółdka oparacyni*, dokonując gastroenterostomii, którą niekiedy trzeba powtórzyć (Akad. lek. paryska — Pr. méd. Nr. 7). Poza tem jednak często ucieka się P. do usuwania całkowitego części chorych żółdka. Śmiertelność ma naogół niewielką, gdyż wynoszącą 1—2%. Nigdy nie stosuje znieczulenia ogólnego, zawsze posilkuje się nożem elektrycznym.

Besredka dowodzi (pos. tow. biolog. parysk. — Pr. méd. Nr. 7), że li tylko ogolenie skóry królika lub wtarcie kremu lanolinowawaselinowego w skórę warunkuje powstanie miejscowej odporności nieswoistej; zastosowanie miejscowego jadu błoniczego prowadzi do powstania najpierw miejscowej odporności, która szybko przekształca się w odporność przeciwbłoniczą ogólną.

Cordier, Croizat, Collomb i Plachu spostrzegali (tow. lek. szpit. luguńskich. — Pr. méd. Nr. 5) przypadek, dotyczący młodego osobnika lat 23 z *objawami ostrego zapalenia opon mózgowych*. Nakłucie łądźwiowe wykazało 90 limfocytów w milimetrze i brak hiperalbuminozy. Szczepienie dało wynik ujemny. Po upływie 15 dni wszystko wróciło do normy. U chorego — wobec podejrzanym zmian szczytowych — myślano o gruźlicy opon.

Podobny przypadek spostrzegali Gradier. Wzór płynu mózgoworodzeniowego był prawie wyłącznie limfocytowy. Po upływie dni dziesięciu choroba ustąpiła.

Wreszcie na tem samem posiedzeniu Barbler cytował też ostry przypadek zapalenia opon mózgowych z hiperalbuminozą w płynie i elementami jednojądrowymi, uznanymi za plazmocyty. Na 4-ty dzień wyprysk na wargach. Po upływie dni 15-stu objawy pleuropneumonii u podstawy. Wszystko jednak rychło ustąpiło, i chory wyzdrowiał.

Z j a z d y

X Zjazd Towarzystwa dla badania chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji.

Od 6 — 8 października 1930 r. odbywał się w Budapeszcie X Zjazd Tow. dla badania chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji.

Jakkolwiek Towarzystwo to zostało założone przez Niemców, nabrało ono jednak z czasem charakteru prawie międzynarodowego. W zjazdach tych obok Niemców czynny udział biorą Szwajcarzy, Holendrzy, Duńczycy, Szwedzi, Amerykanie, a na ostatnim X Zjeździe w Budapeszcie, który odbył się pod kierownictwem prof. Baranyego, szereg uczonych węglerskich przyczynił się do ożywienia i urozmaicenia dyskusji zjazdu.

Przedmiotem ostatniego Zjazdu były 3 główne tematy:

I-szy. Zmiany położenia i kształtów narządów przewodu pokarmowego ze szczególnem uwzględnieniem opuszczenia i uchyłków.

Anatom prof. Vogt (Monachjum) przeprowadził ogólny przegląd warunków konstrukcyjnych i mechaniki przewodu pokarmowego, podając 4 czynniki zasadnicze, które panują nad statyką i mechaniką przewodu pokarmowego:

- 1) hermetyczne zamknięcie jamy brzusznej,
- 2) napięcie ścian brzusznych,
- 3) ujemne ciśnienie, wywołane ruchem ssącym płuc i równocześnie przeciwnie działające ciśnienie kołunny jelit.
- 4) stałe miejsca przymocowania jelit.

Powłoki brzuszne nie wywołują wzmożonego ciśnienia. W górnej części jamy brzusznej istnieje ciśnienie ujemne, spowodowane ssącym działaniem płuc. Z tych to powodów płuca stanowią ważny czynnik do utrzymywania narządów w górnej jamie brzusznej w ich położeniu stałym.

Nierówna wysokość obu części przepony również przemawia za ssącym działaniem płuc.

Wysokie ciśnienie prawej przepony nie jest spowodowane uciskiem wątroby, lecz jest skutkiem większej powierzchni ssącej płuc.

Zmiany te powstają dopiero w pierwszych latach rozwoju dziecka, równocześnie z rozwojem elastyczności płuc. Tłumaczy to nam również opadnięcie trzew u ludzi o wąskim otworze klatki piersiowej, u których powierzchnia ssania jest mniejsza.

W sprawie wiązań referent jest zdania, że głównie miejsca umocowania wiązań, zawierające w dużej ilości tkankę elastyczną, ulegają przesunięciu, a nie same wiązadła.

W dyskusji nad przemówieniem Vogta, twierdzi prof. B'ürger z Osnabrück, że głównie, dzięki ssącemu działaniu przepony, wątroba utrzymuje się w swoim łożysku. Z powierzchni przepony działa na wątrobę ciśnienie o sile 4 kg., o ile pod przeponą znajduje się ciśnienie ujemne. B'ürger przytacza ciekawe doświadczenie: jeśli do wolnej jamy brzusznej zastrzykniemy nieco tlenu, powstają natychmiast zmiany w ułożeniu narządów. Wątroba wypada ze swego łożyska, lekkie pętle jelit wchodzą między powierzchnię wątroby a przeponę. Również i w klinice znamy takie przypadki. Zespół objawów tych opisany jest przez Chila i ditiego.

Przemieszczenie prawego płata wątroby występuje w połączeniu z gwałtownymi bólami, przeważnie przy leżeniu na boku, z napadem kaszlu i wymiotami. Autor obserwował 6 takich przypadków w organicznym zwężeniu odźwiernika.

Referent tłumaczy sobie powyższy zespół objawów w sposób następujący: z powodu zwężenia odźwiernika do-

chodzi czasami do daleko posuniętego wyniszczenia (wygłodzenia) organizmu i zmniejszenia się wątroby. Obciążony i wydłużony żołądek ciągnie za sobą też wątrobowo-dwunastniczy, zmniejszona powierzchnia wątroby stanowi dla ciśnienia przeponowego małą przeszkodę, pętle jelit wślizgują się pod przeponę, i w ten sposób powstaje przemieszczenie prawego płata wątroby.

Uniesiona prawa przepona ma także pewne znaczenie regulacyjne w krążeniu krwi. Przekonał się o tem Veil (Jena), spostrzegając pewnego 7-letniego chłopca, który po zapaleniu mózgu miał drganie nie tylko głowy i kończyn, ale również i przepony.

Badając napadowe skurcze przepony pod ekranem, mówca mógł zauważyć wyraźne zmniejszanie się wątroby, która, kurcząc się, przelewała krew do serca, powiększając się w tym momencie 3 — 4 krotnie w swojej objętości. Powiększone serce spychało lewą przeponę ku dołowi. Przypadek ten był ogłoszony. Ciekawe jest właśnie ustawienie się wątroby i serca po przeciwnych brzegach przepony w formie wagi. Naturalnie, objawy te u dorosłego nie mogą tak wyraźnie wystąpić.

O zmianie położenia i kształtu przewodu pokarmowego, a zwłaszcza o opadnięciu żołądka i trzew ze stanowiska internisty przemawiał Bergmann (Berlin).

Wybitny ten klinicysta, a zarazem pierwszorzędny mówca na zjazdach tych wyrobił już sobie stanowisko jakby arbitra. Jego przemówienia przed wypełnionem audytorjum wysłuchiwane są z wielkiem zainteresowaniem.

Taktyka jego polega na tem, że poddaje dokładnej rewizji to, co ogólnie uważa się za przyjęte. Zasada jego — to „abbauen” — pozbyć się niepotrzebnego balastu. Podobnie, jak przed 2-ma laty w Amsterdamie, mówiąc o „Cavete-Diagnosen”, ostrzegał przed rozpoznawaniem całego szeregu nieistniejących chorób, tak i dzisiaj w Budapeszcie, w mieście, gdzie przed 30-tu laty Stiller wystąpił ze swoją budową asteniczną, postanowił Bergmann rozprawić się ze stillerowską gastroenteroptozą. Mówił więc, że opuszczenie narządów trawienia nie jest jeszcze ich chorobą, że w pierwszym rzędzie należy myśleć o czynności danego organu. Lekarz powinien się zastanowić, czy zachodzi *functio laesa*. Jeśli czynność organu jest zachowana, wówczas mamy do czynienia tylko z odmianą anatomiczną, a nie z chorobą. Opuszczony żołądek, jakoteż i trzewia nie wywołują jeszcze żadnych dolegliwości i w swojej czynności nie ulegają zahamowaniu.

Kształt żołądka, względnie kształt całego przewodu pokarmowego zależny jest częściowo od środowiska, od przestrzeni, jaką ma do swojej dyspozycji, częściowo zaś od aparatu nerwowo-mięśniowego. A cechą charakterystyczną gładkich mięśni jest to, że mogą swoje napięcie zmienić, wydłużać lub kurczyć swoje włókna. Nie należy jeszcze z tego wysnuwać wniosków o hipo-, względnie hipertonię przewodu pokarmowego. Przypadki prawdziwej atonii żołądka należą do rzadkości. Rozpoznanie: opuszczenie żołądka — wprowadza w błąd i lekarza i chorego; pierwszego, bo często w cieniu takiego rozpoznania znajduje się niewykryte cierpienie, a mówiąc choremu, że ma opuszczenie trzew lub rozszerzenie żołądka, wywołujemy depresję i ciężką nerwicę u człowieka, który uważa się za nieuleczalnie chorego.

Rozpoznanie, jak: żołądek dwudzielny, przewlekłe zwężenie dwunastnicy, *coecum mobile*, *typhloaetonia* — należy jaknajostrożniej stawiać, nawet pospolite zaparcie rzadko bywa powodowane opuszczeniem trzew.

Zmiany kształtu i położenia narządów trawienia, które wywołały tyle rozważań i problemów, klinicznie i praktycznie są bez znaczenia. Powinniśmy leczyć zmiany anatomiczne.

Widzimy więc, jak to jeden z oponentów się wyraził, w mieście, w którym powstała budowa stillerowska, Bergmann po 30-tu latach życia uroczyście złożył ją do grobu.

W obronie dawnej tezy stanął węglerski chirurg Verelbey, który podał nawet wskazania do zabiegu chirurgicznego w opuszczeniach, a mianowicie: 1) tam, gdzie są wybitne zmiany anatomiczne, powstałe pierwotnie albo wtórnie

i 2) tam, gdzie istnieje niedomoga, często powracająca, a nie dająca się usunąć mimo dłuższego leczenia wewnętrznego.

Do obrońców Stillera należał również Straus (Berlin) i J. Bauer z Wiednia. Pierwszy mówił o postaci wrodzonej i nabytej opadnięcia trzew. Następnie utrzymywał, że zmiany anatomiczne często wywołują objawy chorobowe, niedomogę ruchową żołądka, skłonność do nieżytu żołądka, a nawet owróżdzenie żołądka i dwunastnicy. Opadnięcie trzew wrodzone leczć należy już w okresie dojrzewania płciowego przez tonizację całego ustroju. Następnie mówił o uchyłkach esicy i ich następstwach zapalnych, sprawach, znanych z jego książki — Ueber die Erkrankungen des Rectum und Sigmoidum, Bauer mówił o dyspozycji pewnych ras i o wrodzonej skłonności organizmu do głębokiego ułożenia się trzew. Naturalnie, nie podlegają one leczeniu. Mówił o formie, którą nazwał Genotypische Korrelation, gdzie pewna budowa anatomiczna daje odpowiednią dyspozycję do jej usposobienia psychicznego. Musi to być coś podobnego do tego, co Kretschmer mógł stwierdzić jako łączność między budową ciała a charakterem osobnika.

Większość przychyliła się jednak do wywodów Bergmanna, a Schönndube (Frankfurt), na podstawie badań 1000 przypadków żołądkowych, wysnuł wnioski następujące: że opuszczony żołądek nie przyczynia się do powstania cierpienia organicznego, i, naodwrot, cierpienie organiczne nie wywołuje opuszczenia. Referent pomija, naturalnie, te przypadki atonii i opuszczenia żołądka, które powstają na tle zwężenia odźwiernika, a które spotykamy coraz rzadziej.

Weil twierdził, że układ trzew zależny jest od ustawienia się miednicy w okresie dojrzewania płciowego. U tych osobników, u których miednica ustawia się w kierunku poziomym, wywołując lordozę kręgosłupa, powstaje *Enteroptosis*. Ustawienie się pionowe nie dopuszcza do takiego układu trzew. W zakresie terapii radzi o atonii stosować naparstnicę jako *tonicum*.

Lichtwitz (z Altony) dzieli ludzi na posiadających wielki albo mały brzuch. Do pierwszych należą ludzie o budowie piknicznej, u których po 40-ym roku życia zaczynają się dolegliwości. Są to ludzie, żyjący w miastach, niewykonywający pracy mięśniowej. Przepona unosi się ku górze, pępek opada ku dołowi; powstaje diastaza mięśni prostych. Stan taki wywołuje pewne dolegliwości i skłonność do dusznicy bolesnej. Radzi wykonywać gimnastykę brzucha: przy wciągniętym brzuchu głęboko oddychać.

Berg (Berlin) omawiał temat powyższy pod kątem widzenia rentgenologa, mówił o przepuklinach przeponowych i uchyłkach przewodu pokarmowego. Zwracał szczególnie uwagę na małe przepukliny przeponowe, które znaleźć można jedynie przy badaniu w pozycji leżącej. Przepukliny te występują w II-iej połowie życia. Ich obraz kliniczny jest bardzo urozmaicony: od zwykłej epigastralgi do objawów dusznicy bolesnej. Większość przepuklin powstaje w okolicy *hiatus oesophagealis*. Uchyłki w przewodzie pokarmowym nie wywołują czasami żadnych objawów, dopiero, gdy dochodzi do zastojów i rozkładu pokarmów, wówczas następuje zapalenie ściany uchyłka — a więc bóle brzucha i gorączka. Niejeden ciężki i niejasny przypadek brzuszny został wyjaśniony jako zapalenie uchyłka, dzięki promieniom Roentgena.

Leczenie uchyłków, o ile nie są zropiałe, powinno być wewnętrzne. Dieta — mleczno-roslinna, parafina.

Następnie Berg, Haudek, Friedrich, Schlesinger i inni pokazywali szereg bardzo ciekawych diapozytywów przepuklin, skrętów żołądka, które następnego dnia wracały do normy, uchyłków, zniekształceń jelita grubego. Chory powinien być nie raz, lecz kilkakrotnie i kilka dni z rzędu badany, a wówczas niejedna zagadka da się z łatwością rozwiązać.

II-gi dzień zjazdu poświęcony był tematowi z zakresu przemiany materji p. t. Schorzenia kości i ich stosunek do przemiany wapnia w ustroju, do wewn. wydzielania i do witamin.

Referaty Furtha, Wielanda i Picka odznaczały się jasnością i wzajemnie się uzupełniały.

Wielu narządom o wewnętrznym wydzielaniu przypisuje się wpływ na przemianę wapnia w ustroju. Istnieje jednak

jeden gruczoł, którego działanie jest bezsprzeczne. Jest nim gruczoł przytarczyczny. Usunięcie tego gruczołu wywołuje tetanie (tężyczkę). Zaburzenie to możemy usunąć przez stosowanie *Parathormonu* — wyciągu z gruczołu przytarczycznego. Poziom wapnia wraca wówczas do normy. Często stosowanie tego środka wywołuje *hiperkalcemję* i jej szkodliwe objawy. Podobne objawy występują w przypadkach guza gruczołu przytarczycznego pod postacią *ostitis fibrosa generalisata* Recklinghausena. Usunięcie guza usuwa również i samą chorobę.

Zmiany w tarczycy, przysadce i gruczołach płciowych wywołują również pewne zmiany we wzroście organizmu. Stosowanie tych gruczołów jednak nie wywołuje wybitniejszych zmian w układzie kostnym.

Przez usunięcie jajników wpływamy korzystnie na osteomalację — jednak nie w każdym przypadku da się to stwierdzić. Istnieje wyraźna tendencja do zaliczania osteomalacji do awitaminoz. Znamy szereg wittamin, które wywołują zmiany we wzroście ustroju. Pośród nich znamy jednak jedną witaminę, która w sposób wybitny i bezsprzeczny działa na przemianę mineralną ustroju. Jest nią przeciwrachityczna witamina D, a którą w dużej ilości znajdujemy w tranie. Otrzymujemy ją z cholesterynowej substancji ergosteryny, wystawionej na działanie chemicznie czynnych promieni ultrafioletowych. — Badania te, przeprowadzone przez Windausa, wzbogaciły lecnicstwo antyrachityczne substancją Vigantol i preparatami jemu podobnymi. Około 80% osesków (jak twierdzi Wieland), choruje w naszej szerokości geograficznej w I-szym roku życia na krzywicę. Po I-szym roku świeża krzywica rzadko się zdarza, lecz bardzo często w następnych latach powstają nawroty dawnej choroby. Leczenie spełnia dzisiaj w zupełności swoje zadanie, jest specyficzne. Naświetlanie lampą kwarcową i podawanie choremu dziecku naświetlanej ergosteryny pod postacią Vigantolu, Radjostolu, Viosterolu i podobnych preparatów — usuwa chorobę w ciągu 4—8 tygodni.

Leczenie takie nie daje jednak żadnych wyników w osteomalacji, anemji, a stosowanie tych środków u dzieci wątłych nierachitycznych może być wprost szkodliwe, wywołując hiperwitaminozę.

Wieland radzi również, aby w schorzeniach na tle gruźliczym Vigantolu nie stosowano, ze względu na jego działanie toksyczne. Na podstawie ostatnich badań Windausa można się jednak spodziewać, że trujące składniki ergosteryny dadzą się z czasem wyeliminować. Tymczasem zaleca ostrożność w nadużywaniu tych preparatów, których standaryzowanie jest bardzo utrudnione. Celem ujednostajnienia jednolitej ergosteryny sprawę oddano komisji higienicznej przy Lidze Narodów.

Wspomniałem przedtem o *ostitis fibrosa generalisata* Recklinghausena — schorzeniu, powstającym z powodu nadczynności gruczołu przytarczycznego. We krwi stwierdza się hiperkalcemję i hipofosfatemję. Schorzenie jest ciężkie i obejmuje cały układ kostny. Występują zmiękczenia, złamania, pęknięcia kości. Jest to włóknista *osteodystrofia*. Rentgenogram kości daje obraz charakterystyczny. Po usunięciu guza gruczołu przytarczycznego chorzy wracają do zdrowia. Choroba ta podobna jest do choroby Pageta, różni się tylko tem, że w ostatniej półm wapnia w surowicy jest normalny. Schorzenie jest miejscowe, jakkolwiek może wystąpić w kilku odcinkach układu kostnego, a operacja gruczołu przytarczycznego nie wpływa na proces chorobowy.

III-ci temat — Patogeneza stanów zapalnych przewodu pokarmowego.

Referentami tego przedmiotu byli: Löwenberg, Kaufmann, Westphal, Löhr, Porges i inni. Większość z nich trzymała się podłoża bakteriologicznego. W górnej części przewodu pokarmowego niema wcale drobnoustrojów, względnie są one nieliczne, a dzięki działaniu kwasu solnego, który jest głównym czynnikiem ochronnym, działanie drobnoustrojów nie może dojść do skutku. Dopiero w jelicie grubym znajdujemy drobnoustroje chorobotwórcze, które Löhr dzieli na: 1) parciorkowce ropne, laseczki, 2) anaeroby, 3) zarazki, wywołujące przewlekłe cierpienia zakaźne — gruźlica — promienica i pleśniawki.

Z tych właśnie powodów, jak twierdzi Löwenberg, jelito grube jest stałem i głównem ogniskiem dla całego szeregu spraw zapalnych w przewodzie pokarmowym. Referent dlatego kładł na to nacisk, albowiem w ostatnich cza-

sach badacze amerykańscy, może z pewną przesadą, jak twierdzi, zwracali uwagę na migdałki, zęby i jamę nosową jako na główne ognisko stanów zapalnych. Działanie i przenoszenie się drobnoustrojów odbywa się drogą krwionośną, a miejsce, gdzie wytwarza się zastój w odpływie, jest predysponowane do stanów zapalnych. I tak Porges tłumaczy naprz. powstanie stanu zapalnego równocześnie woreczka żółciowego i wyrostka robaczkowego. Wątroba ma za zadanie oczyszczanie krwi, napływającej prawie z całego przewodu pokarmowego. Na skutek zaparcia wytwarza się *typhlitis*, które jest niczem innym, jak przewlekłym zapaleniem wyrostka robaczkowego. Krew, napływająca z tych odcinków przewodu pokarmowego do żyły wrotnej, unosi z sobą drobnoustroje, umieszczając je w drogach żółciowych wątroby. O ile odpływ żółci z pewnych powodów jest utrudniony, wówczas związek między zapaleniem kąticy, względnie wyrostka a drogami żółciowymi staje się jasny. W ten sam sposób od dawna znana jest droga zakażenia dróg żółciowych w durze, brzuszonym.

Fakt, iż zastoina jest momentem, uspasabiającym do stanów zapalnych, wykazały badania Rössle'go i oddzielnie

Westphala nad wyrostkiem robaczkowym. Obserwując wyrostek pod Roentgenem i drażniąc równocześnie nerw błędny atropiną i pilokarpiną, Westphal stwierdził, że wyrostek kurczy się albo wydłuża. Szczególnie ulega silnym skurczom jego górna (proksymalna) 3-cia część. Zamykając się w formie zwieracza, wciśka jego zawartość do części dystalnej wyrostka. W ten sposób powstaje jama zamknięta. Naskutek ucisku ścian wzmacnia się ciśnienie wewnątrz wyrostka, które przyczynia się do wchłaniania bakterii i toksyn przez ścianę śluzówki. Mamy więc tu obraz analogiczny do zastoiny w woreczku żółciowym.

Einhorn (Nowy-Jork) ostatniego dnia demonstrował zgłębnik dwunastniczy, zakończony gumowym woreczkiem, który zastosował w 2-ch przypadkach zwięzienia odźwiernika na tle owrzodzenia. Autor najpierw odżywił chorych, a następnie rozszerzał z dobrym wynikiem odźwiernik. Metoda ta może znaleźć zastosowanie w tych przypadkach, gdzie z powodu wady serca, schorzenia wątroby albo nerek są przeciwwskazania operacyjne.

L. Schlager (Warszawa)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

(Uwagi w sprawie statystyki umieralności matek *)

Podala

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 5)

Powstaje z kolei pytanie, jaką rolę w ogólnej umieralności kobiet odgrywiają zgoni z ciąży i porodu. Jak podaje raport Sekcji Higjeny Ligi Narodów (R. E. 140), niektórzy autorzy amerykańscy twierdzą, iż po wyłączeniu gruźlicy zgoni matek tworzą w Stanach Zjednoczonych najważniejszą przyczynę zgonu kobiet w grupie wieku lat 15—44. Statystyka niemiecka wykazuje, iż wydanie na świat dziecka powoduje, zależnie od wieku matki, od 4,6% do 15,8% (1926 r.) ogólnej umieralności kobiet w najbardziej wartościowym okresie życia od 15 do 50 lat. Odsetek zgonów z gorączki połogowej wynosił 2,8% w grupie wieku 15 — 20, wznosząc się do 9,1 w latach 25 — 30.

Przytoczone powyżej dane statystyczne, pochodzące ze źródeł oficjalnych, oraz prace poszczególnych badaczy wykazują, iż umieralność matek uległa w okresie ostatnich lat kilkudziesięciu bardzo niewielkim zmianom, nawet w krajach o znacznym rozwoju medycyny zapobiegawczej i udostępnionej pomocy lekarskiej. Co więcej, w pewnej liczbie państw umieralność kobiet z ciąży i porodu wzrasta (Anglja, Australja). Wydanie potomstwa na świat nie przestaje być w społeczeństwie cywilizowanym czynnością, związaną nie tylko z ciężkim cierpieniem, ale pociąga za sobą zgon matki znacznie częściej, niżby to się mogło здаwać. Przyczyn tego zjawiska szukać należy w całym splocie zagadnień ekonomicznych, społecznych i lekarskich. Dziś chciałabym zatrzymać się na jednym z nich, wysuniętem w ostatnich latach w

krajach anglo-saskich na obu półkulach, a mianowicie, jaki system opieki nad rodzącą daje najlepsze wyniki: opieka położnej, lekarza, czy też poród w zakładzie leczniczym?

Szereg bardzo ciekawych danych w tej sprawie zawiera wyżej już wspomniana praca Kinnlocha. Szczegółowe badania wszystkich przypadków zgonów matek w Aberdeen (Szkocja), w mieście, liczącem powyżej 160.000 ludności prowadzone były w ciągu 10 lat od 1917 do 1928 r. przez krajowy Urząd Zdrowia (Scottish Board of Health). Ogólna liczba porodów w mieście wynosiła w okrągłych liczbach 38.000. z czego 3.765 (około 10%) miało miejsce w zakładach. Na tę liczbę 3.765 porodów składały się: 1) 2.220 normalnych porodów, które odbyły się całkowicie w zakładach, oraz 2) 1.545, które zostały skierowane do instytucji leczniczych albo wskutek trudności, napotykanych w okresie ciąży, lub też były to przypadki, przywiezione do szpitala po rozpoczęciu porodu z powodu komplikacji.

Umieralność matek w pierwszej grupie 2.220 porodów całkowicie odbytych w szpitalu, wynosiła 14,9 na 1000, podczas gdy wśród rodzących pozostających pod opieką lekarzy praktykujących—6,9, a u kobiet, korzystających tylko z opieki położnej — 2,8. Przeciętna umieralność matek z posocznicy połogowej wynosiła 1,5 na tysiąc urodzeń — w zakładach leczniczych miasta Aberdeen — 4,5.

W sprawozdaniach Angielskiego Ministerstwa Zdrowia Dame Janet Campbell wykazuje, iż w całym szeregu miejscowości w praktyce położnych liczba zgonów kobiet podczas porodu jest znacznie niższa od przeciętnej umieralności matek w danym okręgu.

Można by tu jeszcze wspomnieć o liczbach, zebranych przez East End Maternity Hospital w Londynie. W szpitalu tym na 47.000 porodów był jeden tylko zgon z zakażenia połogowego. Praca w szpitalu prowadzona jest wyłącznie przez po-

*) Oparte na danych Sekcji Higjeny Ligi Narodów.

łożne, lekarz wzywany jest tylko wtedy, gdy jego obecność jest konieczna.

W Stanach Zjednoczonych, gdzie wykwalifikowanych położnych jest bardzo mało, a opieka lekarska obejmuje znaczny odsetek porodów, współczynnik zgonów matek wynosił w Nowym Yorku w 1929 roku 5,05 na 1.000 urodzeń.

Dane kanadyjskie, przytoczone przez Montgomery i Goodalla, stwierdzają, iż w mieście Manitobie pomiędzy rokiem 1921—1927 zgony kobiet z porodu wynosiły w zakładach leczniczych 8,6 na 1.000, poza szpitalami 2,6.

W Australji, gdzie, jak wspomnieliśmy, umieralność matek nietylko utrzymuje się na wysokim poziomie, ale ma tendencję zwyżkową, na każde 10 porodów przy dziewięciu jest obecny lekarz. Nie od rzeczy będzie również wspomnieć, że w krajach skandynawskich i Holandji, gdzie położnice korzystają zwykle wyłącznie z pomocy położnych umieralność matek jest bardzo niska, a zgony z gorączki połogowej wahają się od 0,6 do 0,9 na 1.000 urodzeń. Dodać należy, że w Holandji wyszkolenie położnych trwa 3 lata.

Jakże należy zapatrywać się na przytoczone powyżej liczby? Czy posiadają one pewien ciężar gatunkowy, a jeżeli tak, to jaki? Nasuwa się tu szereg uwag i wątpliwości. Przedewszystkiem co do samego *meritum* sprawy powiedzieć należy, że lekarze i zakłady mają do czynienia z przypadkami ciężkimi i powikłaniami, że często mogą interwenjować dopiero wtedy, gdy zło zostało już dokonane. Ponadto nie wszystkie przeprowadzone badania mogą się poszczycić tak dokładną analizą statystyczną, jak studia w Aberdeen.

Następną kwestją jest sprawa nosicieli (pa-

ciorkowiec hemolizujący) wśród personelu zakładu i lekarzy. Raport szkocki zwraca uwagę na tę okoliczność, mówiąc, że lekarze, zajmujący się ogólną praktyką, stykając się z przypadkami płonicy, lub róży, łatwo stać się mogą nosicielami. Niebezpieczeństwo to znacznie mniej grozi ze strony położnych. Znajdujemy w tym raporcie propozycję nowej organizacji pomocy kobietom rodzącym: przy porodzie normalnym winna być obecna tylko położna, do lekarza należy opieka w okresie ciąży oraz interwencja w razie powikłań. Takie postawienie sprawy skoncentrowałoby całą sprawę w rękach specjalistów.

Liczba przeprowadzonych badań jest jeszcze niedostateczna i dlatego nie upoważnia do wyciągania wniosków. Zagadnienie zostało jednak postawione, a niektóre z dokonanych już prac są tak poważne (Aberdeen), że nie pozwalają przejść nad tem pytaniem do porządku dziennego. Liczby i wyjaśnienia naprawdę przerażają, ale naturalnie trzeba je brać z daleko idącą rezerwą. Praca badawcza powinna być prowadzona nadal, aby umożliwić dokładne zorientowanie się w istniejącym stanie rzeczy. Powinna być ona przeprowadzona we wszystkich krajach, a szczególnie w państwach o wysokiej umieralności matek.

Rozwiązanie praktyczne tego ważnego zagadnienia musi być, oczywiście, różne w poszczególnych państwach, w zależności od istniejących warunków — międzynarodowe jest tylko samo zagadnienie, niewątpliwie jeden z najważniejszych problemów społecznych doby obecnej. Jedno można dziś już powiedzieć z całą pewnością: we wszystkich państwach liczba zgonów matek, którym możnaby zapobiec, jest ogromna.

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów.

Staraniem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Państwowej Szkoły Higjeny) została wydana broszura D-ra M. Zacherta p. t. „Jaglica”. W broszurze tej w przystępny i poglądowy sposób, ilustrowany licznymi rycinami, podane są najważniejsze wiadomości o istocie schorzenia jagliczego oczu i jego skutkach oraz o sposobach zapobiegania tej chorobie, uzupełnione przepisami prawnymi, obowiązującymi chorych, w celu zabezpieczenia ich przed utratą wzroku i uchronienia ich otoczenia przed zakażeniem.

Broszura ta w zupełności nadaje się jako podstawa do popularnych odczytów i pogadanek o zwalczaniu i zapobieganiu jaglicy i higjenie oraz do bezpośredniego rozpowszechnienia wśród ludności w celu podniesienia przez uświadomienie ogólnej zdrowotności i higjeny w kraju.

Dlatego też Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zaleca wszystkim Instytucjom sanitarnym, leczniczym i zapobiegawczym oraz kulturalno-oświatowym i innym, mającym za zadanie krzewienie kultury i higjeny w kraju:

a) wyposażenie wszelkich bibliotek popularnych (gminnych, szkolnych, przy towarzystwach oświatowych i t.p.) w odpowiednią liczbę egzemplarzy tej broszury i

b) rozpowszechnianie tej broszury wśród szerokich warstw ludności.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) udzieliło znacznego zasilku na koszty wydania tej broszury, wskutek czego cena księgarska pojedynczego egzemplarza (16 stron druku z 14 rycinami w tekście) wynosi za ledwie 20 groszy.

Instytucje rządowe, samorządowe i społeczne (przychodnie, szkoły i t.p.), podejmujące się rozpowszechnienia tej broszury darmo wśród ludności, nabywać ją mogą przy zamówieniach ponad 100 egz. z opustem 35% w Państwowej Szkole Higjeny (Warszawa, ul. Chocimska 24).

Podając powyższe do wiadomości, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) jednocześnie przesyła 500 sztuk broszury p. t. „Jaglica” z prośbą o zarządzenie rozesłania wszystkim odpowiednim instytucjom na terenie województwa po egzemplarzu okazowym, w pierwszym zaś rzędzie należy uwzględnić wszystkie przychodnie przeciwjaglicze, które w myśl zarządzenia Nr. Z. Z. 4115/30 winny włączyć tę broszurę do biblioteki podręcznej.

(—) Dr. Piestrzyński
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	21/XII-27/XII	28/XII-31/XII	1/1-3/1 1931	4/1-10/1
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	2 (1)
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	69 (8)*	83 (16)	43 (4)	98 (7)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy	5 (0)	23 (0)	5 (0)	11 (0)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	0	2 (2)	1 (0)	3 (0)
Płonica	322 (19)	272 (13)	141 (3)	410 (20)
Błonica	222 (18)	232 (11)	100 (8)	349 (30)
Zapal. op. mózg. . . .	4 (5)	4 (1)	1 (1)	7 (4)
Odra	782 (10)	584 (10)	2 91 (3)	649 (17)
Róża	55 (6)	67 (3)	20 (0)	74 (8)
Krztusiec	90 (13)	56 (6)	30 (3)	61 (14)
Malarja	0	0	0	0
Posoczn. polog. . . .	16 (6)	19 (6)	2 (1)	36 (6)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	361 (0)	124 (0)	62 (0)	171 (0)
Wąglik	0	1 (0)	0	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	0
Wścieklizna	0	0	0	0 (1)
Zatr. jad. kielb. . . .	0	0	0	0
Chor. Heine-Medina . .	0	0	0	0
Twardziel	1 (0)	1 (0)	0	0
Inne choroby zakaźne	600 (12)	610 (15)	384 (14)	700 (23)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

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

Zarządzeniem Nr. Z. Z. 7838/26 z dnia 20.IX.1926 Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) poleciło tworzenie specjalnych przychodni przeciwjagliczych, których organizacja i zakres działalności zostały określone w dołączonym do powyższego zarządzenia regulaminie.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy z dnia 22.III.1928 (Dz. U. R. P. № 36 poz. 333 1928) stworzyło podstawy prawne dla istnienia i funkcjonowania tych instytucji, a wydatna pomoc materialna, udzielana związkom komunalnym na organizację i prowadzenie, przyczyniła się do rozpowszechnienia się przychodni po całym kraju.

Jednakowoż przychodnie przeciwjaglicze, organizowane w różnych warunkach, niezawsze odpowiadają tak pod względem urządzenia, organizacji, jakoteż działalności koniecznym wymaganiom, potrzebnym dla należytego spełnienia zadań, i pod tym względem zachodzi potrzeba podjęcia pracy nad systematyzacją tych instytucji.

W tym celu Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) uprasza Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o polecenie odpowiednim organom zebrania dokładnych danych o faktycznym stanie organizacji, urządzenia i potrzeb wszystkich funkcjonujących na terenie Województwa przychodni przeciwjagliczych, oraz zestawienie tych danych na załączonych formularzach.

Materiały, uzyskane na tej drodze, posłużą za podstawę do wymiaru zapomóg rządowych w roku budżetowym 1931/32 dla przychodni przeciwjagliczych.

Jednocześnie zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz) zarządzić, aby związki komunalne, które, wypełniając rozporządzenie

Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy, projektują zorganizować w 1931/32 roku nowe przychodnie przeciwjaglicze i zamierzają ubiegać się o zapomogi ze Skarbu Państwa na ten cel na zasadzie art. 6 powyżej cytowanego rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej, wystąpiły z umotywowanymi wnioskami w myśl zarządzenia L. Z. Z. 687/26 z dnia 1.III.1929 r.

Należyte wypełnione formularze ankiety co do przychodni funkcjonujących oraz wnioski co do zamierzonego zorganizowania nowych przychodni przez poszczególne samorządy zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz) przesłać do Ministerstwa najpóźniej do dnia 10 lutego 1931 roku.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

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

W celu zabezpieczenia osób, korzystających z zakładów fryzjerskich i golarskich, przed możliwością zakażenia jaglicą (trachomą), które łatwo może zdarzyć się przy czynnościach golarskich i zabiegach, im towarzyszących, na podstawie rozporządzenia o przepisach sanitarnych dla zakładów fryzjerskich i golarskich (Dz. U. R. P. Nr. 40/22 poz. 337) z dnia 6.III.1922, przedłużonego rozporządzeniem z dnia 29.IV.26 (Dz. U. R. P. Nr. 42 poz. 261), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) poleca organom sanitarnym przy sprawowaniu nadzoru nad zakładami fryzjerskimi i golarskimi przestrzegać:

- aby osoby, cierpiące na jaglicę czynną, jako chorobę zakaźną, w myśl § 8 powyższego rozporządzenia nie były dopuszczane do pracy w zakładach fryzjerskich i golarskich, i
- aby każdy klient dla obmycia twarzy, a w szczególności powiek, otrzymywał czystą, nieużywaną serwetkę lub ręcznik (§ 5 powyższego rozporządzenia),

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

— Magistrat m. st. Warszawy na podstawie przepisów zamieszczonych w Dz. Zarządu m. st. Warszawy z dn. 17 kwietnia 1924 r. N. 25-26 ogłasza konkurs na 2 stanowiska ordynatorów szpitala Św. Łazarza, mianowicie:

- oddziału skórno-wenerycznego dla dzieci
- " " " kobiet przymusowo-leczonych.

Ubiegający się o te stanowiska winni:

- wykazać dokumentami, iż są obywatelami Państwa Polskiego i posiadają prawo praktyki lekarskiej.
- w terminie określonym przez Magistrat m. st. Warszawy stanąć do konkursu publicznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami (Dz. Z. M. st. Warszawy N. 25-26 z dnia 17 kwietnia 1924 r.);
- o stanowisko ordynatora oddziału dla dzieci mogą się również ubiegać pedjatrzy dokładnie obznajmieni z chorobami skórno-wenerycznymi.

Podanie udokumentowane i życiorys z wykazem prac należy wnieść do Magistratu m. st. Warszawy (Wydział opieki społecznej i szpitalnictwa, Krak.-Przedm. 60, II piętro).

Termin składania podań upływa dn. 21 lutego 1931 r.

O terminie i miejscu odbycia konkursu powiadomi kan dydatów wydział opieki społecznej i szpitalnictwa.

— Program IV. Zjazdu Pedjatrów Polskich oraz I. Walnego Zebrania Polsk. Tow. Pedjatr. we Lwowie od 23.V.—27.V. 1931.

Sobota 23/V. 1931. g. 17. Posiedzenie dotychczasowego Centralnego Zarządu Polsk. Tow. Pediatr. z następującym porządkiem dziennym: Sprawy organizacyjne Zjazdu. (Ref. Prof. Gröer). Zmiana statutu P. T. P. i wnioski personalne. (Ref. Prof. Gröer). Przygotowanie sprawozdania kasowego i wybór Komisji skontrolującej. (Ref. Skarbnik).

Wolne wnioski.

Miejsce posiedzenia: Sala wykładowa Kliniki pediatrycznej U. J. K. Głowińskiego 5. G. 21. Wieczór zapoznawczy w Hotelu Krakowskim. Strój zwykły.

Niedziela 24/V. 1931 g. 10. Otwarcie Zjazdu przez Jego Magnificencję Pana Rektora w auli Uniwersytetu. Przemówienie Sekretarza stałego Polsk. Tow. Pediatr. Przemówienie Prezesa Komitetu Organizacyjnego. Wykład inauguracyjny Prof. Lewkowicza (Kraków). „Odporność w zakażeniach, a soki ustroju”.

G. 15-18 Referat programowy:

„O zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych drogą szczepień ochronnych”, Dr. H. Brokman (Warszawa). Koreferat: Prof. W. Szenajch (Warszawa). Dyskusja. G. 20 m. 15. Przedstawienie w Teatrze Wielkim.

Poniedziałek 25/V. g. 9. II Referat programowy:

„Skaza adenoidalna i przrost migdałków”, Prof. Dr. K. Jonscher (Poznań). Koreferat: Doc. Dr. A. Dobrzański (Lwów). Dyskusja. Komunikaty zgłoszone. Dyskusja. G. 15-18 Komunikaty zgłoszone, Dyskusja. G. 21 Raut w Uniwersytecie.

Wtorek 26/V. g. 9. III. Referat programowy.

„Współczesny stan nauki pediatrycznej w Polsce i śród. ki szybkiej naprawy obecnych stosunków”. Prof. Dr. M. Michałowicz (Warszawa).

Koreferat:

„Dalsze stadja walki o szpitale dziecięce” Dr. M. Mogilnicki (Łódź). Dyskusja. Komunikaty zgłoszone. Dyskusja. G. 15-17. Komunikaty zgłoszone. Dyskusja. G. 17-18. Walne Zebranie Polsk. Tow. Pediatr. z następującym porządkiem dziennym:

I. Zmiana Statutu. II. Wybór Prezesa. III. Wybór organów Towarzystwa. IV. Redakcja rezolucji Zjazdu. G. 21. Bankiet składkowy w Hotelu George'a.

Środa 27.V. g. 9. Zamknięcie Zjazdu i wykład Prof. Dr. Fr. Gröera: Wrażenia z Ameryki. G. 11. Wycieczki (W pro. jekcie).

Do Zagłębia Naftowego i Truskawca. Do Jaremca i Worochty. Do Kałusza i Stebnika.

Dla Pań towarzyszących uczestnikom Zjazdu urządza Komitet Pań szereg imprez, między innymi zwiedzanie miasta, jego zabytków oraz okolic miasta.

W okresie przygotowawczym Biuro Organizacyjne Zjazdu czynne jest w klinice dziecięcej (ul. Głowińskiego 5). Tam należy adresować wszelką korespondencję. W czasie Zjazdu zaś, który odbywać się będzie w nowym gmachu Uniwersytetu (ul. Marszałkowska 1), Biuro organizacyjne czynne będzie w gmachu Uniwersytetu, a sekcja kwaterunkowa na Głównym Dworcu.

Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe należy nadsyłać wraz z ulszczeniem wkładki zjazdowej czekiem P. K. O. konto 154-655 do dnia 15 kwietnia 1931. Wysokość wkładki zjazdowej wynosi zł. 25. —, dla towarzyszących zł. 10. —. Słuchacze. medycyny płacą zł. 5.

Zgłoszenia komunikatów z krótkim ich streszczeniem należy nadsyłać pod adresem biura do dnia 15 kwietnia 1931. Zwraca się przytem uwagę, że komunikat zgłoszony powinien zawierać choćby najmniejszy, nowy przyczynek do nauki pediatrycznej, nie może zaś mieć charakteru referatu zbiorowego lub sprawozdawczego. ponadto uprasza się wedle możliwości o unikanie cytowania piśmiennictwa. Czas trwania referatów programowych ustala się na minut 40, koreferatów na minut 30, komunikatów zgłoszonych na minut 15.

Rozmiary artykułów do Pamiętnika Zjazdowego ogranicza się dla referatów i koreferatów programowych do stronic 6-ciu, dla komunikatów zgłoszonych do stronic 4-ch, dla przemówień i dyskusji do pół stronicy. Termin nadsyłania rękopisów zamyka się z dniem 1-go września 1931. Rękopisy, które wpłyną po oznaczonym terminie, będą drukowane tylko w miarę możliwości.

Za komitet organizacyjny

Sekretarz Komitetu
Doc. Dr. St. Progulski m. p.

— Na dorocznym zebraniu Wileńskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich do Zarządu zostali wybrani: Prezes — Prof. Dr. A. Januszkiewicz, Wice-prezes Dr. H. Rudziński, sekretarz — Dr. M. Świdz, skarbnik Dr. J. Klukowski.

Do komisji rewizyjnej weszli: Dr. W. Rączyński, Dr. M. Gojdz i Dr. A. Kaplań.

— Stowarzyszenie Lekarzy Spiskich organizuje na czas od 24 do 28 maja r. b. w miejscowościach kuracyjnych Wysokich Tatrz kurs uzupełniający dla lekarzy w języku wykładowym niemieckim ze współudziałem profesorów niemieckich, polskich, austriackich, węgierskich i czeskich. Szczegółowy program i inne informacje podane zostaną do wiadomości publicznej w ciągu miesiąca lutego. Tymczasowych informacji udziela Stowarzyszenie Lekarzy Spiskich (Zipser Aerzteverein in Kosmark).

— Klinika oto-laryngologiczna prof. Portmanna w Bordeaux zawiadamia, że znowu raz lat poprzednich odbędzie się również w roku 1931 szereg kursów uzupełniających dla lekarzy-laryngologów:

- 1) O wyrostku sutkowym od 16 lutego do 7 marca
- 2) Kurs broncho i oesophagoskopji od 16 marca do 26 marca.
- 3) Kurs anatomji patologicznej od 4 marca do 23 maja
- 4) Kurs uzupełniający w języku francuskim od 6 lipca do 19 lipca
- 5) Kurs uzupełniający w języku angielskim od 27 lipca do 29 sierpnia.

— Numer 2-gi dwutygodnika „Dziecko i Matka” (pisma niezbędnego w każdym domu, gdzie są małe dzieci) przynosi następujące prace: M. Czerkawska „Chore dziecko”, M. Beniśławska „Czem w domu powinna być niania i wychowawczyni”, L. Sierpiński „Spacery z ojcem”, W. Borudzka „Kiedy mamusia była mała”, Dr. M. Kłosińska „Co nam dają stacje opieki nad dzieckiem i matką”, M. Dobrowolska „Wyprawka niemowlęcia”, Dr. K. Falkowska „Racjonalne karmienie”, Dr. F. Łuniewska „O ślepej kiszce i wyrostku robaczkowym”. Buciki szydełkowe, mody dziecięce. Korespondencja rodziców między sobą, bezpłatne porady Redakcji, dział „Ważne drobniaczki” oraz liczne ilustracje uzupełniają numer.

NADIESŁANO DO REDAKCJI:

Dr. Maurycy Bornsztat. Psychoanaliza. Biblioteka Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie. Kraków 1930

Prof. Dr. M. Eiger i Doc. Dr. E. Czarnecki. Badania nad nowotworami doświadczalnymi. Odb. z Czas. „Nowotw. i Biuletyn Polsk. Komit. do zwalczania raka”. № 4 (24 T. IV. 1930.

M. Eiger. O zwojach i komórkach nerwowych podwierzdiowych oraz o ich roli fizjologicznej. Odb. z „Medycyny Doświadczal. i Społecznej”. T. XI. 1930.

E. Gley et Edw. Czarnecki. Modifications des activités du nerf splanchnique après la thyroparathyroidectomie. Odb. z „Journ. de Physiol. et de Pathol. générale”. T. XXVIII. № 2. — 1930.

E. Gley et Edw. Czarnecki. Contribution à l'étude des interrelations humérales III. Nouvelles recherches sur les prétendues relations entre la Thyroïde et les Surrénales. Odb. z „Journ. de Physiol. et de Pathol. gén.” T. XXVIII. № 2. — 1930.

Prof. Dr. Adolf Suligowski. Józef Szeliga Bieliński. Jego działalność i jego prace. Warszawa. — 1931.

H. Mierzecki. Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus und Pemphigus vegetans. Odb. z „Arch. f. Dermat. u. Syphil.” T. 162. Z. 1. — 1930.

Joseph Isidor Merenlender. Melanoblastoma parakeratodes. Nicht neavogenes; scheinbar mild verlaufendes, parakeratotisch verhornendes Hautmelanom. Odb. z „Arch. f. Derm. u. Syph.” T. 162. Z. 2. — 1930.

Tenże. Ueber die akute schmerzhaft Form der disseminierten Tuberculosis indurativa subcutanea. Odb. z „Arch. f. Derm. u. Syph.” T. 162. Z. 2. — 1930.

Dr. H. Mierzecki i Dr. H. Schurterówna. Rzadka postać (opryszczkowa) przerzutów rakowych w skórze. Odb. z „Wiadomości Lekarsk.” № 8—9. — 1930.

Marthe Erlich. Etude des globules blancs du sang infantik. Odb. z „Rev. franç. de Pédiatrie. T. VI. № 4. — 1930

Dr. med. Marjan Zachert. Jaglica. Popularne wiadomości o przyczynach, skutkach i zapobieganiu tej chorobie. Warszawa 1930. Wydawn. Dep. Służby Zdrowia M. S. Wewn.

TREŚĆ: L. JELENKIEWICZ. Patologia i klinika reumatyzmu zakaźnego w świetle nowszych poglądów. — A. GOLDMAN i L. SZYFMAN. Cukrzyca a zabiegi chirurgiczne. — M. PŁOŃSKIER. O współczesnych badaniach nad nowotworami złośliwymi. — (Str. pogl. Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — S. ADAMOWICZOWA. Uwagi w sprawie statystyki umieralności matek (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. JELENKIEWICZ. Nouvelles opinions sur la pathologie et la clinique du rhumatisme infectieux. — A. GOLDMAN et L. SZYFMAN. Le diabète et les procédés opératoires. — M. PŁOŃSKIER. Recherches contemporaines sur les néoplasmes malins (Rev. gén. fin.) — S. ADAMOWICZOWA. Remarques sur la mortalité des mères (fin)

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

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

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

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

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

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

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

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 834-48

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

31.I Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich

1. Kapłan, Konopnicki i Piechowska: Z kliniki guzów klatki piersiowej.

2. J. Eisenfarb i S. Luksemburg: Przypadek niedokrwistości złośliwej z trzykrotnym nawrotem i zaburzeniami psychicznymi, leczony skutecznie wątroba.

3. W. Dobrowolski: Z kazuistyki ropni płuc.

4. N. Pryluccki: Przypadek ropnego zapalenia opłucnej z punktem wyjścia z jamy brzusznej (epikryza).

5. S. Wiesbaum: Przypadek małopłytkowości o niezwyczajnym przebiegu.

6. A. Kiciński: Przypadek wrodzonej kl. piersiowej lejkowatej niezwyklego stopnia z zaburzeniami krążeniami.

7. J. Eisenfarb i P. Lipsztadt: Przypadek zapalenia wsierdza powikłanego zatorem tętnicy bezmiennej.

8. K. Dąbrowski, N. Berdo, I. Wolframówna: Wpływ przebytych cierpień płucnych na powstawanie gruźlicy płuc (3 przypadki).

4.II. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1) Pokazy.

2) St. Kramsztyki i C. Kaliński.

Icterus neonatorum gravis familiaris.

7.II. 1931. Polskie Tow. Med. Społ.

Sekcja kliniczna.

1. Jerzy Glass: O chorobie Basedowa (Zagadnienia z dziedziny fizjopatologii i kliniki).

2. J. Fliderbaum. Badania nad rolą zaburzeń w równowadze kwasowo-zasadowej w powstawaniu obrzęków

