

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, 24 WRZEŚNIA 1931 R.

Nr. 39

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Znaczenie lecznicze nakłuć przestrzeni podpa- jęczynówkowej.

Podąła

N. ZANDOWA (Warszawa).

Wprowadzenie nakłucia lędźwiowego do kliniki chorób nerwowych stanowi epokę pierwszorzędnej wagi w leczeniu chorób układu nerwowego. Pomijając doniosłość badania płynu mózgowo-rdzeniowego dla celów rozpoznawczych, sam zabieg wypuszczenia płynu z przestrzeni podpajęczynówkowej ma często wielki wpływ terapeutyczny na przebieg cierpienia.

Do cierpień, odnoszących korzyść z nakłuć lędźwiowych, należy przedewszystkiem zapalenie opon.

Wpływ nakłucia lędźwiowego może być bądź przemijający, doraźnie tylko odczuwany przez chorego, jako ulga w cierpieniu, bez trwalszego znaczenia dla przebiegu choroby, bądź też zasadniczy, niekiedy nawet decydujący o szybkości wyzdrowienia.

Zapalenie opon nagminne.

Wypuszczenie nadmiaru płynu, nagromadzonego w komorach i w worku oponowym, przynosi niezmierną ulgę choremu. Pamiętam pacjenta, starszego człowieka z prowincji, który przybył do Warszawy w drugim tygodniu cierpienia. Zaraz po pierwszym nakłuciu lędźwiowym poprosił, by lekarza zawrócić ze schodów dla dokonania powtórnego nakłucia: ulga, jakiej doznał natychmiast po wypuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego, dawała mu nadzieję, iż drugi zabieg uwolni go całkowicie od cierpienia.

Jednakże wiemy, że ulga taka jest przeważnie przemijająca, i że leczenie drętwicy karku musi być swoiste, prowadzone przy pomocy surowicy swoistej.

Wobec skłonności do zrostów w drętwicy karku trzeba niejednokrotnie uciekać się do nakłuć

t. zw. wysokich. Wśród nich odróżniamy nakłucia grzbietowe i podpotyliczne. Nakłucia grzbietowe bywają dokonywane pomiędzy 7-ym kręgiem szyjnym, a 1-szym grzbietowym lub pomiędzy 1-szym i 2-im grzbietowym.

Ogólne zasady postępowania są tu takie same, jak przy nakłuciu lędźwiowym, jedynie igłę wkłada się nieco wyżej nad wyrostkiem ościstym dolnego kręgu (na połowie przestrzeni, dzielącej oba wyrostki ościste), przyczem winna ona być krótko ścięta, by uniknąć zranienia rdzenia oraz po przekłuciu skóry i więzadeł należy wyjąć przetyczkę, aby płyn natychmiast mógł sygnalizować moment nakłucia opon. Głębokość wkłucia nie przekracza $2\frac{1}{2}$ —3 cm.

Obecnie znacznie częściej posługujemy się nakłuciem podpotylicznym. Wprowadzone wr. 1919 przez Wegefarcha, Ayera i Essicka, oddaje ono w klinice znaczne usługi.

Pierwotnie dokonywano nakłucia tego pomiędzy kością potyliczną a 1-szym kr. szyjnym. Lepiej jest jednak wkładać igłę pomiędzy 1-szym a 2-im kręgiem szyjnym. Palec wyczuwa wyrostek ościsty kręgu obrotowego, głowę chorego pochyla mi mocno do przodu, igłę wkłada się na 1 mm. ponad wyrostkiem i zagłębia się na jakie 4 cm. I tu również wyjmujemy przetyczkę z igły zaraz po przekłuciu skóry i mięśni.

Nakłucie dokomorowe bywa wskazane w przypadkach przerwania drożności pomiędzy komorami i kanałem kręgowym.

U osób dorosłych jest to zabieg, wymagający warunków chirurgicznych; u oseska natomiast zabieg jest niezmiernie łatwy, nieraz łatwiejszy od nakłucia lędźwiowego. Igłę wkłada się w kąt zewnętrzny ciemniaczka na $2\frac{1}{2}$ —3 cm. od linii środkowej, kierując ją zlekka na zewnątrz i do tyłu. Jeśli ciemniaczko jest już zbyt małe i zajmuje prawie wyłącznie linię środkową, należy igłę włożyć w szew wieńcowy o 2 cm. z boku od linii środkowej; na głębokości 2—4 cm. natrafia się na komorę boczną.

Gruźlicze zapalenie opon.

Trudno mówić o znaczeniu leczenia w cierpieniu nieuleczalnym, jednakże nakłucia lędźwiowe w gruźlicy opon dają ulgę subiektywną choremu.

Zapalenie opon rzekomo-gruźlicze.

Rozpowszechnione ostatnimi czasy cierpienie (niedosyć jeszcze zbadane) polega na zespole oponowym, przebiegającym pod postacią zapalenia gruźliczego opon, a mimo to kończącym się pomyślnie.

Wypuszczenie płynu daje zazwyczaj dużą poprawę: z sennego osobnik staje się znów normalnie ożywiony, zmniejszają się bóle głowy, poprawia się stan ogólny, i chory zdrowieje.

Zarówno obraz kliniczny, jak i charakter pleocytozy (typ limfocytowy) w płynie mózgowo-rdzeniowym przypominają zapalenie gruźlicze.

Badanie mikroskopowe nie wykrywa nigdy prątków. Również i próba biologiczna (szczepienie morskim świnkom) wypada ujemnie. Samo cierpienie niektórzy łączą z zarazkiem poliomyelitycznym, inni znowu sprawę tę łączą z postacią odmiany wielkiej grupy zapalenia mózgu nagminnego.

Krwawienie podpajęczynówkowe.

(*Leptomeningitis haemorrhagica*).

Nakłucie lędźwiowe jest tu niezbędne zarówno ze względów diagnostycznych jak i leczniczych. Dzięki nakłuciu rozpoznanie zyskuje niezbitą pewność, obok tego nakłucie wpływa niezmiernie dodatnio na przebieg cierpienia: bóle głowy bardzo dokuczliwe, dominujące nad całym obrazem chorobowym, znakomicie się zmniejszają po każdym nakłuciu.

Zjawia się pytanie, jak działa nakłucie i czemu zawdzięcza swój wpływ dodatni? Proces chorobowy polega tu na przedostawaniu się do przestrzeni podpajęczynówkowej krwi wskutek pęknięcia naczynia. Ilość wylanej krwi, niekiedy bardzo znaczna, zależy od kalibru pękniętego naczynia oraz czasu trwania krwawienia. Nagromadzona krew zwiększa ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Oprócz tego, działając drażniaco na spłot naczyniasty, powoduje wzmożone wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Wszystko razem składa się na to, iż wpływ krwotoku tego na mózg jest wielki.

Podczas nakłucia lędźwiowego wypuszczamy najwyżej od 10 do 20 ccm. płynu. Mimo tak nieznacznego upustu płynu w stosunku do całej ilości, zawartej w jamie czaszkowo-kregowej, efekt bywa zdumiewający i już po kilku lub kilkunastu minutach stan chorego poprawia się, przytomność się wyjaśnia, wkrótce powracają odruchy ścięgnowe.

Zjawia się przypuszczenie, że działanie nakłucia lędźwiowego jest analogiczne do tego, jakie zachodzi przy upuszczeniu krwi u apoplektyków; nieznaczna ilość, pobrana z żyły, wywołać może powrót do przytomności w przypadku jej utraty na skutek udaru.

Ile razy należy dokonywać nakłucia lędźwiowego w *leptomeningitis haemorrhagica* — niepodobna określić.

W każdym przypadku decyduje przebieg

cierpienia: objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego dyktują nam sposób postępowania.

Pozwolę sobie przytoczyć wyjątkowo ciekawy przypadek tej kategorii: 56-letnia kobieta dotknięta gruźlicą płuc z krwotokami, zapadła na jeden ze swych krwotoków, po którym wystąpiły bardzo dokuczliwe bóle głowy. Wezwana w drugim tygodniu choroby, znalazłam chorą w stanie dosyć ciężkim, skarżącą się na nieznośne bóle głowy. Sztywność karku, objaw Kerniga mówiły o zespole oponowym. Zważywszy starą gruźlicę u chorej, można było przypuszczać, iż ma się do czynienia z rozpoczynającą się gruźlicą opon. Jednak wywiady szczegółowe naprowadziły na rozpoznanie właściwe. Dowiedziałam się mianowicie, iż w krytycznym dniu chora upadła na podłogę wskutek gwałtownego zawrotu głowy i, leżąc na podłodze, krwawić poczęła z gardła. Nagły ból głowy po upadku przemawiał za tem, iż było to krwawienie do opony. Na nakłucie lędźwiowe chora zgodzić się nie chciała, znalazłam bowiem ten zabieg ze smutnego doświadczenia, jakie miała z czasu choroby syna, zmarłego na cierpienie układu nerwowego. W uporze swym chora trwała jeszcze dni kilkanaście. Wreszcie bóle głowy zmęczyły ją tak dalece, iż zgodziła się na nakłucie lędźwiowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy okazał się żółty, ksantochromiczny, wypływał pod znacznym ciśnieniem. Wypuszczono za ledwie 8 ccm., mając na względzie wiek pacjentki i łamliwość naczyń. Mimo to poprawa po nakłuciu była tak znaczna, iż można było wyrzec się dalszych nakłuć.

Zazwyczaj jednak cierpienie wymaga kilkakrotnego powtórzenia zabiegu.

Padaczka.

Niektórzy klinicyści radzą wypuszczać płyn mózgowo-rdzeniowy w padaczce. Zabieg ma usuwać napady drgawkowe. Inni przeczą temu. Doświadczenie osobiste poucza, iż w niektórych przypadkach padaczki nakłucie lędźwiowe daje krótkotrwałą poprawę.

Obecnie w Ameryce zaczynają stosować bezwodne leczenie padaczki: metoda polega na ustaleniu normy zapotrzebowania płynów dla danego organizmu, następnie na wypuszczeniu całego jakoby płynu mózgowo-rdzeniowego, oraz na dacie suchej. Nie wchodzę w rozpatrywanie słuszności tej metody, poddaję jedynie w wątpliwość wypuszczenia całego płynu bez poważnej szkody dla organizmu. Przyszłość zdecyduje, czy metoda ta będzie prawem obywatelstwa*).

Wodogłowie.

Istota choroby, polegająca na nagromadzeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w komorach, nasuwa koncepcję, iż leczyć cierpienie należy usuwaniem nadmiaru płynu. Toteż zdawna dokonywano rozmaitego rodzaju nakłuć, a więc: lędźwiowego, dokomorowego i t. d.

Niezawsze wodogłowie może być leczone nakłuciem lędźwiowym: w przypadku wodogłowia zamkniętego zabieg ten może być równie niebezpieczny, jak i w nowotworze mózgu, czego objaśnienie podam poniżej.

W tych przypadkach należy sięgnąć do nakłucia dokomorowego.

*) Pedjatra warszawski Anders opowiadał, iż był świadkiem, jak chirurg po dokonaniu nakłucia lędźwiowego u dziecka czekał, aż płyn przestanie wypływać z igły, i doczekał się ciężkiego napadu drgawek.

Systematyczne nakłuwanie komór dało mi w przypadku wodogłowia z utratą wzroku poprawę wzroku.

Nowotwory mózgu.

Podkreślając znaczenie lecznicze punkcji, nie należy zapominać o jej niebezpieczeństwie lub stronach ujemnych. Przedewszystkiem nowotwory mózgu, a zwłaszcza tylnej jamy czaszkowej, muszą być traktowane niezmiernie oględnie, jeśli idzie o nakłucie lędźwiowe.

Niejednokrotnie notowano przypadki nagłej śmierci w następstwie tego zabiegu. Na oględzinach pośmiertnych stwierdzano obecność nowotworu już to w płatach potylicznych, już w mózdku. Że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypuszczeniem płynu a śmiercią, dowodzą przypadki takie, jak ogłaszane przez Sahlgręna (D. Z. f. N. 1925), w których na sekcji stwierdzono, iż mózdek oraz opuszka wcisnęły się w otwór potyliczny kanału kręgowego i zahamowały odpływ płynu z komór mózgowych do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Zjawisko takie może powstać wskutek nagłego zmniejszenia ciśnienia rdzeniowego przy nakłuciu lędźwiowym i przewagi ciśnienia mózgowego: to ostatnie, dążąc do wyrównania różnic wtłoczyć może tkankę mózgową do otworu potylicznego.

Inną ewentualnością, o której przy nakłuciu lędźwiowym pamiętać należy, jest przesączenie się płynu przez otwór, zrobiony przez igłę, zwłaszcza nazbyt grubą. Wyciekający płyn w nadmiarze może obniżyć ciśnienie i wywołać bóle głowy.

W stwardnieniu rozsianem nakłucie lędźwiowe powoduje bóle głowy. Sądzić należy, że wywołuje je nagłe zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, albowiem podanie roztworu hipotonicznego pod skórę (jak to czynią na oddz. d-ra Flatau'a) bóle te usuwa, a jak wiemy skądinąd, zabieg taki wzmacnia ciśnienie płynu mózgowordzeniowego.

Pachymeningitis haemorrhagica.

(krwotok podtwardówkowy).

Nakłucie lędźwiowe zazwyczaj nie wykazuje

żadnych cech patologicznych, niekiedy daje płyn zlekka podbarwiony na kolor żółty lub zawierający oddzielne krwinki wyługowane; ciśnienie jest nieco wzmożone.

Krwawa wybroczyna podtwardówkowa, będąc oddzieloną od przestrzeni podpajęczynówkowej oponą miękką (pajęczynówką), nie przenika do płynu mózgowordzeniowego. Słabe jej ślady przedostają się przez szpary w oponach miękkich.

Znaczenia leczniczego nakłucie w krwotokach twardówkowych nie posiada.

Nakłucie w rozmaitych innych cierpieniach.

Z innych cierpień proponowane jest nakłucie lędźwiowe w oksycefalii, zapobiegać ma ono zanikowi nerwów wzrokowych.

W rwie kulszowej stosuje je Alexander i widzi dobre wyniki. Jeśli przypomnieć, że pewne postacie rwy kulszowej zależą od zajęcia korzonków rdzeniowych, wskutek zapalenia opon miękkich, to zrozumiałem się stanie, że przypadki takie podpadają pod te same wskazówki, jakie obowiązują w każdym zapaleniu opon.

Półpasiec winien być, zdaniem Abadiego oraz Alexandra, leczony nakłuciami lędźwiowymi. Własnego w tym względzie doświadczenia nie posiadam. Jest możliwe, iż nakłucie w cierpieniu tem wpływa dodatnio na czynnik oponowy, jaki zazwyczaj dołącza się do całokształtu zjawisk, a jaki przejawia się pleocytozą płynu mózgowordzeniowego, występującą na początku cierpienia.

* * *

Ile należy wypuszczać płynu? Przy nakłuciu diagnostycznym trzeba postępować bardzo ostrożnie i nie przekraczać ilości dwóch do dziesięciu centymetrów płynu.

Przy nakłuciu leczniczym (np. w zapaleniach opon) można wypuścić znacznie więcej płynu (do 40 i więcej), pamiętając zawsze, że ilość wypuszczonego płynu winna przewyższać ilość wpuszczonej surowicy.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ordynator Wł. Starkiewicz).

Znaczenie czynnika rasowego w powstawaniu nadciśnienia tętniczego.

Podał

Jakób EISENFARB (Warszawa).

Znaczenie kliniczne nadciśnienia tętniczego, przeznaczone już przez Brięht'a, a ustalone prawie w całej rozciągłości przez Traubego, nabrało szczególnej wagi od chwili wprowadzenia, w połowie zeszłego stulecia, łatwych metod klinicznych jego mierzenia. Jeżeli wziąć pod uwagę, że najczęstszą przyczyną nieznomości serca jest według dzisiejszych pojęć właśnie nadciśnienie tętnicze, że dusznica bolesna i udary mózgowe najczęściej są następstwem nad-

ciśnienia, a więc, że wielki odsetek patologii ludzkiej (a według Fahrena 1/4 część zgonów w starszym wieku) są związane z nadciśnieniem tętniczym (l. c.), to zrozumiałe staje się zainteresowanie, jakie kwestja ta budzi. Zainteresowanie to szczególnie wzrosło z chwilą ustalenia w nowszych czasach postaci „nadciśnienia samoistnego”, w której najskrupulatniejsze badania nie pozwalają wykryć zmian w naczyniach, ani w nerkach (Pal, Volhardt, Herxheimer, Vaquez, Widali Boidin, Fahr, Monakow i inni), a więc powstającej wyłącznie na tle czynnościowym, a mimo to doprowadzającej do tych samych powikłań.

Pomimo niezliczonej liczby prac, poświęconych sprawie nadciśnienia tętniczego, dotychczas nie posiadamy ustalonego pojęcia o przyczynach, ani o mechanizmie jego powstawania.

Początkowo w tłumaczeniu tego mechanizmu wysuwano na plan pierwszy motor centralny — serce

(Bright, Cohnheim, Senatoriinni). W chorobach nerek — jady, zatrzymane w ustroju, miały pobudzać serce do wzmożonej pracy, przerostu i wtórnego nadciśnienia. W przypadkach zaś nierekowych nadciśnienie tętnicze miało powstawać z powodu t. z. samoistnego przerostu mięśnia sercowego.

Pojęcia te były, jak przytacza Wenckebach, prawie ogólnie przyjęte jeszcze w okresie jego młodości. Poglądy te ostatnio zupełnie straciły na wartości.

Dzięki pracom całego szeregu wybitnych autorów, jak von Bergmann, Fahr, Herxheimer, Munzer, Fr. Müller, Munk, Kauffmann, Lian, Laubry, Pal, Vaquez, Volhard, i innych, ustaliło się powszechnie przekonanie, że na pierwszym miejscu w mechanizmie powstawania nadciśnienia należy stawiać zmiany w naczyniach obwodowych — arterjolah. Rozpowszechniona ongiś teoria Traube-Cohnheima o powstawaniu nadciśnienia wskutek przeszkody mechanicznej w nerkach została obalona jeszcze w pracach doświadczalnych Senatora, Kazensteina i in. i porzucona przez samego Traubego. Jednakże i dotąd istnieją zwolennicy różnych odmian tej teorii (Romberg, Harpuder, Rathery, Benno Levy, Gallavardin i in.). Ci dwaj ostatni, naprzykład, uważają, że nadciśnienie pochodzenia nerkowego powstaje wskutek celowego i odruchowego przystosowania się nadciśnienia tętniczego do zwężonego koryta krążenia nerkowego.

W każdym razie należy ustalić, że tak samo jak upatrywanie przyczyny wszelkiego nadciśnienia wyłącznie w nerkach, tak i odwrotnie przypisywanie powstawania nadciśnienia wyłącznie obwodowi nie ma w dobie obecnej racji bytu.

Wielu autorów, którzy się przyczynili do ustalenia znaczenia obwodu w powstawaniu nadciśnienia, obecnie coraz częściej, wykazują znaczenie przeszkody nerkowej dla powstawania wielu postaci nadciśnienia, nie wchodząc narazie w to, w jaki sposób do tego dochodzi (Herxheimer, Fahr, W. Koch, Merki i in.).

Pozatem daje się zauważyć obecnie reakcja przeciwko zaniedbaniu znaczenia serca w powstawaniu niektórych nadciśnień. Gantter, a za nim i v. Bergmann, utrzymują od niedawna, że w wielu przypadkach, naprzykład: w chorobie Basedowa, w niedomodze zastawek tętnicy głównej, w niemiarowościach i t. d. nadciśnienie może zależeć wyłącznie od wzmożonej akcji serca. Mniemanie to spotkało się z krytyką szeregu innych autorów (Januszkie-wicz, Fr. Müller), Kauffmann zaś zajmuje stanowisko pośrednie, uważając, że tylko niektóre nadciśnienia niewysokiego stopnia mogłyby mieć takie pochodzenie, powstawanie natomiast wysokiego nadciśnienia wymaga współdziałania i serca i obwodu.

Mniemanie niektórych autorów, z Kylene na czele, o wielkim znaczeniu kapilarów w powstawaniu nadciśnienia zostało dziś przez większość autorów odrzucone (Durig, v. Bergmann, Goldscheider, Volhard i in.). Uważają oni, mianowicie, że łożysko kapilarów jest zbyt wielkie i szybkość przepływu krwi w nich zbyt mała, by zmiany w nich mogły wpłynąć w większym stopniu na ciśnienie. Natomiast, drobne tętniczki (arteriole), posiadające silnie rozwiniętą mięśniówkę i bardzo rozległe unerwienie naczynioruchowe, a realizujące na gły spadek ciśnienia (z 90 do 10 mm Hg) przy przeje-

ściu do kapilarów są, według tych autorów, głównym regulatorem krążenia i ciśnienia i przeto powstawanie nadciśnienia winno się uzależniać w dużym stopniu od zmian w arterjolah.

Biorąc pod uwagę prawo Poisseuilla, według którego opór w układzie rurek pewnego przekroju zmienia się w stosunku odwrotnym do 4-ej potęgi promienia, zrozumieć łatwo, że wystarczy minimalne zwężenie tętniczek ustroju, by ciśnienie podniosło się dość wysoko. Według wyliczeń Benno Levyego światło tętniczek w dużych nadciśnieniach przedstawia 0,89 pierwotnej wielkości.

Zarzuty niektórych autorów, jak Rothmanna, Du Présa, Raynolda, von Kriesa i in., przeciwko stosowaniu prawa Poisseuilla w krążeniu krwi zostały obalone ostatnio przez dane doświadczalne Hürtlego, a szczególnie Hessa i Fleischa.

Kwestja, czy zmiany tętniczek, prowadzące do nadciśnienia tętniczego są natury organicznej, jak to dawniej głosili swą teorią „arterio-capillar-fibrosis” Gull i Sutton, a z nowszych autorów głoszą w nieco odmiennej formie Frey, Munzer, Munk, Klein i in., czy też natury czynnościowej, została rozstrzygnięta na mocy spostrzegania klinicznego przełomów naczyniowych i dużych wahań ciśnienia w przebiegu nadciśnienia samoistnego w pierwszym rzędzie, oraz przez prace kliniczne i anatomiczne całego szeregu autorów jak Pal, Volhard, Fr. Müller, Fahrenkamp, Kauffmann, Vaquez, Laubry i wielu innych, w drugim rzędzie, na korzyść zmian czynnościowych.

Częstość współistnienia sklerozy naczyń i nadciśnienia skłaniała do niedawna wielu autorów jak Huchard, Potain, Martinet, a u nas Janowski, Rzętkowski i in. do mniemania, że przyczyną nadciśnienia jest skleroza naczyń centralnych i obwodowych. Prace wielokrotnie już wspomnianych wyżej autorów obaliły i tę tezę. Ustalono, bowiem, że niema bezwzględnej równoległości między arteriosklerozą naczyń dużych, średnich i drobnych a nadciśnieniem, że nawet duża skleroza tych naczyń często przebiega bez nadciśnienia, a odwrotnie wysokie nadciśnienie może istnieć bez śladów sklerozy naczyń krwionośnych. Nawet w przypadkach nadciśnienia ze współistniejącą daleko posuniętą sklerozą drobnych tętniczek należy przypuścić duży dodatek czynnościowy (Monakow l. c.), gdyż i tu ciśnienie może ulec obniżeniu mimo zupełnie dobrze zachowane siły mięśnia sercowego.

Badania fizjologiczne ustaliły, że zwężenie naczyń brzusnych, (najważniejszego regulatora krążenia), podnosi ciśnienie tylko o 38%; zaś badania kliniczne (Moldenhauera, Bechera, Berlanda, Petera i Jansena) nad zachowaniem się ciśnienia w stanach spastycznych naczyń obwodowych (w zimnej kąpieli, atakach dreszczów malarycznych i t. p.) stwierdziły tylko nieznaczne wzniesienie ciśnienia tętniczego. Przeto pytanie, jaki obszar krążenia muszą objąć zmiany patologiczne, by spowodować nadciśnienie tętnicze, większość autorów rozstrzygnęło w ten sposób, że nadciśnienie tętnicze większego stopnia powstaje wskutek skurczu większości tętniczek ustroju.

Ustalenie danych tych jest zaledwie małą, aczkolwiek bardzo ważną częścią interesującego nas zagadnienia. O wiele trudniejsza do wnikięcia i zawil-

sza jest kwestja, na jakiej drodze i z jakiego powodu powstaje skurcz tętniczek ustroju. Na temat ten istnieją conajwyżej przypuszczenia, i konkretnej odpowiedzi na te pytania, w obecnym stanie nauki, dać niepodobna.

Teoretycznie skurcz ten, powodujący nadciśnienie tętnicze, może być wyzwolony albo z ośrodka naczynioruchowego, albo przez nerwy naczynioruchowe, albo powstaje na skutek zmian w ścianach naczyń.

Podczas gdy jedni uważają, że wyzwolenie nadciśnienia zależne jest wyłącznie od przewrażliwienia ośrodków naczynioruchowych (Fischer - Walsels i Jaffé, v. Bergman, Laubry i Doumer, Oury i inni), to inni przypisują największe znaczenie nerwom roślinnym. Tak więc według Kyla, mamy tu do czynienia z nerwicą nerwów roślinnych, powstałą na tle zaburzeń w układzie roślinnym. Według Pellissiera, Liana i Finot i innych — z dystonią nerwów roślinnych; według Maurice Villaret, Justin Besançon i Barriety — z odruchem nerwu błędnego wskutek podrażnienia jego zakończenia w klatce piersiowej lub jamie brzusznej. Według Pala, v. Bergmanna i innych — z hipertonicznym ustawieniem mięśniówki naczyń.

Natus, Mares, a szczególnie Hasbroeck, jako zwolennicy teorii aktywnego skurczu tętnic, na podstawie rozważań filogenetycznych oraz spostrzeżeń, że w patologicznym nadciśnieniu *maximum* podnosi się bardzo wysoko, a *minimum* daje stosunkowo nieznaczne wahania, dowodzą, że nadciśnienie tętnicze powstaje z powodu wzmożonego skurczu tętnic wskutek nadmiernej ich pobudliwości. Badania kinematograficzne Hessa nad kurczliwością tętnic oraz badania Fleischa i Hürtlego nad jednoczesnym zachowaniem się ciśnienia i przekroju tętnic obalają jednak ten pogląd.

Kahler uważa za możliwe wyzwolenie nadciśnienia za pomocą różnego rodzaju mechanizmów, jak ośrodkowo - psychiczny, ośrodkowo - mechaniczny, obwodowo-toksyczny, obwodowo-odruchowy i t. d.

Dla całokształtu przytoczę jeszcze pogląd Barda, który odrzuca wszystkie przytoczone teorie i uważa nadciśnienie za zjawisko wyrównawcze, mające na celu regulację zaburzeń djetetycznych (pojęcie t. zw. milieu tensionnel).

Spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia fizjologiczne przemawiają jednak za możliwością ośrodkowego wyzwolenia nadciśnienia. Należy przyjąć pozatem możliwość wyzwolenia nadciśnienia przez łączne działanie kilku lub nawet wszystkich mechanizmów. Przed 2 laty w przypadku przełomów naczyniowych na tle kolki wątrobowej udało mi się wykazać, że nadciśnienie było w nim wyzwalane zarówno na drodze centralnej, jak wskutek wahań w napięciu nerwów roślinnych.

Według Kauffmanna w żadnym tłumaczeniu nadciśnienia nie można pominąć momentu współdziałania ośrodka naczynioruchowego.

Przyjęcie jednego lub drugiego sposobu wyzwolenia nadciśnienia nie wyjaśnia nam jeszcze najważniejszej kwestji: jakie są podstawowe przyczyny nadciśnienia?

I tu również istnieją dotychczas tylko teorie.

A więc według dość rozpowszechnionej teorii Kyla, nerwica wegetatywna, mająca wywołać nadciśnienie, powstaje z powodu zaburzeń w całym układzie roślinnym, prawdopodobnie na tle zaburzeń

wydzielania wewnętrznego. Za tem przypuszczeniem przemawiałyby stwierdzone przez niego w przypadkach nadciśnienia samoistnego: odwrócona krzywa adrenalinowa, zmniejszenie jonu wapniowego, zwiększenie jonu potasowego i cholesteroliny we krwi.

Dzięki przeprowadzonym przezemnie w wyżej wspomnianym przypadku badaniom porównawczym układu roślinnego w okresie ciśnienia normalnego i w okresie nadciśnienia, teoria Kyla wydaje się mocno zachwiana.

Okazało się bowiem, że wspomniane zmiany układu roślinnego występowały dopiero w okresie nadciśnienia pod wpływem zmian w napięciu nerwów roślinnych, w okresie zaś ciśnienia prawidłowego znajdowano stosunki normalne. Wnioski z mego spostrzeżenia przemawiałyby również przeciwko teorii M. Villareta, Justin Besançon i Barriety, że nadciśnienie powstaje wskutek drażnienia zakończeń nerwu błędnego.

Tłumaczenie wszelkich odmian nadciśnienia hiperadrenalinemją (Josué, Vaquez, Aubertin, Volhard i inni) zostało ostatnio zachwiane w pracach Hülsego, który za pomocą bardzo czułego preparatu Loeven-Trendelenburga wykazał brak hiperadrenalinemji w nadciśnieniu.

Sprawa znaczenia adrenaliny w powstawaniu nadciśnienia nie straciła mimo to na wartości. Hülse i Strauss modyfikują mianowicie pojęcie dotychczasowe o tyle, że według nich niektóre ciała peptynowe, (według Bchera — fenolowe), o tyle uczulają ściany naczyń, że nawet normalna zawartość we krwi adrenaliny może wywołać nadciśnienie. Jednakże, jeżeli w przypadkach nadciśnienia nerkowego można sobie jeszcze wytłumaczyć pochodzenie tych ciał toksycznych, to w przypadkach nadciśnienia samoistnego, gdzie czynność nerek jest normalna, tłumaczenie takie z trudnością możnaby przyjąć.

Westphal znów usiłuje tłumaczyć uczulenie ścian naczyń na adrenalinę lub inne ciała, zwracające naczynia zwiększeniem we krwi hipertonicznych cholesteroliny, która ma działać na ściany naczyń uszczelniająco. Twierdzenie swoje popiera szeregiem doświadczeń na zwierzętach i skrawkach tętnic.

Sam jednak fakt zwiększenia się cholesteroliny we krwi hipertonicznych (jakoby w 86% przypadków) tłumaczy sobie Westphal dość ogólnikowo konstytucyjną anomalią przemiany materji.

Inne światło na wytwarzanie się hipercholesterolemji rzucają doświadczenia Murata i Kataoka, którzy u zwierząt kastrowanych otrzymywali stale hipercholesterolemję. Przemawiałoby to w każdym razie za udziałem gruczołów dokrewnych w powstawaniu hipercholesterolemji, a wtórnie i nadciśnienia.

Moment ten zresztą ze względu na częstość nadciśnienia w wieku przekwitania, wysuwano na plan pierwszy już dawniej (v. Bergmann, Kyla, Kauffmann, Faber, Hopkins, Liana i Finot, Perrin, Maranôn, Janowski, Pawiński i wielu innych). Tu należy zaznaczyć, że brak nadciśnienia w większości przypadków kastracji oraz nieskuteczność leczenia preparatami jajnikowymi skłonił innych autorów jak Laubry i Doumer, Pellissier, Kahler, Romberg, do zaprzeczenia głębszego wpływu czynników hormonalnych na powstawanie nadciśnienia.

Nie będę tu wchodził w dokładniejszy rozbiór i krytykę przytoczonych pokrótce poglądów. Podkreś-

lę tylko, iż mimo znacznych skądinąd rozbieżności zdań, wszyscy niemal autorzy uznają bez zastrzeżeń wielkie znaczenie momentu konstytucyjnego w powstawaniu nadciśnienia, które w pewnym stopniu uważać można za schorzenie dziedziczno-rodzinne.

Ilustruje to dosadnie tablica V o l h a r d t a, przytoczona przez K a u f f m a n a, gdzie młody hipertonic wykazuje pradziada zmarłego w wieku lat 40 z udaru mózgowego, dziadka, z nadciśnieniem 250 i z dusznicą bolesną, 2 ciotki i wuja i 29-o letnią kuzynkę ze znacznym nadciśnieniem.

Znane są prace W e i t z a nad ludnością Tubingji, gdzie autor w rodzinach hipertoniców stwierdza znacznie większy odsetek nadciśnienia i większą śmiertelność w młodym wieku z powikłań nadciśnienia, niż u innych pacjentów. O. Müller mówi nawet o dziedziczności zmian naczyń włoskowatych w nadciśnieniu samoistnym, co jest rzeczą zupełnie możliwą, bo załazek dziedziczny jest przecież podstawą dla całej somatycznej i psychicznej osobowości.

Ze względu na wielki wpływ, jaki stany psychiczne wywierają nie tylko na napięcie nerwów roślinnych (blednięcie, czerwienienie się pod wpływem afektów), ale i na narządy wewnętrznego wydzielania oraz jony (S i e b e c k, K y l i n), należy przypuścić, że stany psychiczne odgrywają dużą rolę w powstawaniu nadciśnienia. Rzeczywiście zaobserwowane przykłady i doświadczenia to potwierdzają. K a u f f m a n n cytuje przypadek O. M ü l l e r a nadciśnienia max. do 280 przez kilkomiesięczny czas trwania silnego zmartwienia i spadku tego nadciśnienia do normy po ustąpieniu zmartwienia. Pośród uciekinierów z Rosji. K l e m p e r e r stwierdził bardzo duży odsetek hipertoniców. W cytowanej wyżej mojej pracy wspomniano również o podniesieniu ciśnienia (od 25—50 mm Hg) u pacjentek, którym zapowiedziano zastrzyk. K l e m p e r e r przytacza przypadek hipnozy, gdzie myśl o ciężkiej pracy podnosi ciśnienie do 200. V o l h a r d t, K y l i n, S i e b e c k i inni podają, że ludzie, żyjący życiem nieregularnym, pełnem niepokojów, silnych wzruszeń, naprężeń i zmartwień, są skłonni do nadciśnienia. Skłonność tę wykazują przytem nie tylko osobnicy konstytucyjnie silnie pobudliwi naczynioruchowo i skłonni do afektów, ale nawet i tacy, którzy tych skłonności naczynioruchowych nie okazują lecz są wystawieni na ciężkie i długotrwałe urazy psychiczne (L i c h t w i t z).

Uznając wielkie znaczenie momentów: konstytucyjnego, dziedziczno-rodzinnego i psychicznego w powstawaniu nadciśnienia, dojść musimy do przekonania, że wielkie znaczenie w tym względzie posiadać powinien również czynnik rasowy. Według K a u f f m a n n a murzyni wykazują w porównaniu z białymi skłonność do hipotonji. Powstaje pytanie, czy istnieją rasy, posiadające większą skłonność do nadciśnienia w porównaniu z innymi.

Do takich ras, można z góry przypuścić, należałoby przedewszystkiem Żydzi, szczególnie Żydzi wschodni, chociażby z tego już względu, że w przeważnej swej części żyją od wieków, szczególnie zaś od wojny światowej, w stałym napięciu nerwowym z powodu ciężkiej walki o byt, a ponadto przez wiele setek lat wystawieni byli na ciężkie urazy psychiczne.

Żyjąc w tych samych warunkach klimatycznych i telurycznych, Żydzi przedstawiają w porównaniu z ludnością słowiańską cały szereg odrębności pod względem psychicznym, a ponieważ i patologicznym. Na tę odrębność patologiczną już niejednokrotnie

zwracali uwagę różni autorzy, dla gruźlicy, na przykład: K l a r n e r, S t a r k i e w i c z, S o k o ł o w s k i, G a n t z, dla chorób zakaźnych S. M i n c, dla chorób nerwowych i psychicznych Z o l s c h a n, E n g l ä n d e r, K r a e p e l i n, H i g i e r, P i l c z, S i c h e l i n. Lecz podczas gdy dla gruźlicy i chorób zakaźnych autorzy podnoszą większą odporność, a mniejszą śmiertelność Żydów w porównaniu z otaczającą ich ludnością, to w stosunku do chorób nerwowych i psychicznych Żydzi mają posiadać skłonność zwiększoną.

Byłoby interesujące, jak zachowują się Żydzi w stosunku do nadciśnienia w porównaniu z ludnością słowiańską.

Celem zbadania tej sprawy zestawilem ciśnienie tętnicze w 800 przypadkach, po 400 — z każdej rasy, pół na pół kobiet i mężczyzn. Porównywałem zachowanie się ciśnienia w wieku od 20 do 75 lat, podzieliwszy materiał na 5 grup wiekowych: od 20—30, od 30—40, od 40 — 50, od 50 — 60 i od 60 — 75 lat. Wyłączyłem ze swej statystyki osoby wynędzniałe, gorączkujące, z posuniętą niedomogą sercową i jawną chorobą nerek. Materiał chrześcijański żeński wzięty był z Oddziału III B. Szpitala Dzieciątka Jezus, materiał chrześcijański męski za łaskawem zezwoleniem pana Dra J. S k ł o d o w s k i e g o z Oddziału III A. tegoż Szpitala, za co w tem miejscu pozwalam sobie najuprzejmiej Mu podziękować. Materiał żydowski wzięty był z mojej praktyki prywatnej.

Nie wchodząc w to, jakie ciśnienie skurczowe należy uważać za normalne, a jakie za patologiczne, obliczyłem w odsetkach zachowanie się każdej grupy wiekowej w stosunku do pięciu rubryk ciśnieniowych, mianowicie: I — niżej ciśnienia skurczowego (Mx) 125 mm Hg, II — między 125 — 150, III — między 150 — 200, IV — między 200 — 250 i V — ponad 250 mm Hg.

Otrzymane wyniki zestawilem w 4-ch tablicach:

W tablicy I-ej zestawilem zachowanie się każdej grupy wiekowej, każdego wyznania i płci oddzielnie w stosunku do pięciu rubryk ciśnieniowych.

W tablicy II-ej — zachowanie się przeciętnego ciśnienia dla każdego wyznania i płci ale bez uwzględnienia rubryk wiekowych.

W tablicy III-ej przeciętne zachowanie się ciśnienia każdego wyznania podług grup wiekowych, ale bez podziału na płcie.

W tablicy IV-ej zestawilem przeciętne zachowanie się ciśnienia każdego wyznania.

Pierwsze, co zwraca uwagę przy porównaniu wyżej podanych tablic, jest niepiętnie wysoki procent ciśnienia Mx ponad 125 u kobiet żydowskich szczególnie poczynając od wieku lat 40. Wykazują one liczby większe nie tylko w porównaniu z chrześciankami, ale nawet z mężczyznami obu narodowości. Tak więc ograniczając się tylko do najważniejszych momentów, stwierdzamy: w wieku od 40 — 50 lat Żydówki wykazują o 45% więcej przypadków ciśnienia ponad Mx 125 od chrześcianek, o 20% więcej od chrześcian i o 25% więcej od Żydów. W granicach ciśnienia Mx 150—200 przedstawiają one o 35% więcej przypadków od chrześcianek, o 30% więcej przypadków od chrześcian i 17,5% więcej od Żydów. Na wysokości ciśnienia między 200 — 250 dały one o 7,5% więcej od chrześcianek, o 10% więcej od chrześcian. Żydzi natomiast w tym wieku na tej wysokości nie wykazali ani jednego przypadku.

W wieku od lat 50 — 60 wykazują Żydówki

T A B L I C A I.

Wiek	od 20 — 30				od 30 — 40				od 40 — 50				od 50 — 60				od 60 — 75			
Rasa	Żydzi		Chrześcjanie		Żydzi		Chrześcjanie		Żydzi		Chrześcjanie		Żydzi		Chrześcjanie		Żydzi		Chrześcjanie	
Płeć	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.
Ciśnienie do 125.	67,5%	67,5%	57,5%	77,5%	45%	47,5%	45%	65%	37,5%	12,5%	32,5%	57,5%	7,5%	2,5%	37,5%	37,5	5%	0	15%	10,0%
od 125 — 150	22,5	22,5	40.	20	37,5	40	42,5	35	35	27,5	47,5	22,5	35	15	30	37,5	12,5	0	20	37,5
od 150 — 200	10%	10,0	2,5	2,5	17,5	12,5	12,5	0	27,5	45	15	10	45	62,5	15	22,5	57,5	57,5	35	42,5
od 200 — 250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	5	7,5	12,5	20	10	2,5	20	37,5	20	10,0
Ponad 250	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,5	0	0	7,5	0	5	5	10	0

T A B L I C A II.

Rasa	Ż y d z i		Chrześcjanie	
Płeć	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Ciśnienie do 125	32,5%	26%	37,5%	49,5%
od 125 — 150	28,5	21	36	30,5
od 150 — 200	31,5	37,5	16	15,5
od 200 — 250	6,5	14,5	7	4
Ponad 250	1	1	3,5	0,5

T a b l i c a IV.

R a s a	Żydzi	Chrześcjanie
Ciśnienie do 125	29,25%	43,75%
od 125—150	24,75	33,75
od 150—200	34,5	15,25
od 200—250	10,5	5,25
Ponad 250	1.	2.

T A B L I C A III.

W i e k	od 20 — 30		od 30 — 40		od 40 — 50		od 50 — 60		od 60 — 75	
R a s a	Żyd.	Chrześć	Żyd.	Chrześć	Żyd.	Chrześć	Żyd.	Chrześć	Żyd.	Chrześć
Ciśnienie do 125.	67,5 %	67,5%	46,25%	55%	25%	45%	5%	37,5 %	2,5 %	12,5 %
od 125—150	22,5	30	38,75	38,75	31,25	35	25	33,75	6,25	28,75
od 150—200	10%	2,5	15	6,25	36,25	12,5	53,75	18,75	57,5	38,75
od 200—250	0	0	0	0	7,5	6,25	16,25	6,25	28,75	15
Ponad 250	0	0	0	0	0	1,25	0	3,75	5	5

o 35% więcej przypadków ciśnienia ponad Mx 125 w porównaniu z chrześciankami i chrześcianami i o 5% więcej od Żydów. Na wysokości ciśnienia między 150 — 200 o 40% więcej od chrześcianek, o 47,5% więcej od chrześcian i o 17,5% więcej od Żydów.

Najbardziej imponująco wypadła jednak statystyka w wieku od lat 60 — 75. Tu kobiety żydowskie nie wykazują ani jednego przypadku ciśnienia poniżej 150 mm Hg. wtedy, gdy chrześcianki wykazują 48%, chrześcianie 35%, a Żydzi 17,5%.

Porównując następnie w tablicy II-ej zachowanie się przeciętnych liczb ciśnienia u kobiet żydowskich w wieku od 20 — 75 lat, widzimy, że Żydówki dają największy odsetek przypadków ciśnienia ponad Mx 125, mianowicie o 23,5% więcej od chrześcianek, o 11,5% więcej od chrześcian i o 6,5% więcej od Żydów.

W granicach ciśnienia między 150 — 200 dają one o 22% przypadków więcej od chrześcianek i o 11,5% więcej od chrześcian i o 6% więcej od Żydów. A w granicach ciśnienia od 200 — 250 — o 10,5% więcej od chrześcianek, o 7,5% więcej od chrześcian i o 8% więcej od Żydów.

Ta znaczna przewaga przypadków wysokich ciśnień u kobiet żydowskich stoi w jaskrawej sprzeczności z twierdzeniem wielu autorów, jakoby kobiety były mniej skłonne do nadciśnień od mężczyzn (J a n e w a y, L i c h t w i t z i in.).

Kobiety chrześciańskie rzeczywiście przedstawiają, jak to wynika z tablic I-ej i II-ej, mniejszą skłonność do wysokich ciśnień od mężczyzn.

Porównując zachowanie się ciśnienia mężczyzn Żydów i chrześcian widzimy w tablicy I-ej, że w wieku od lat 20 — 50 niema wybitnych różnic prócz tego, że chrześcianie na wysokości ciśnienia Mx między 125 — 150, przedstawiają od 5 — 22% więcej przypadków od Żydów, natomiast na wysokości ciśnienia 150 — 200 Żydzi znów przedstawiają od 5 — 12% przypadków więcej od chrześcian. Tę nieznaczną przewagę chrześcian nad Żydami na wysokości ciśnienia między 125 — 150 w wieku od 20 — 50 lat dałoby się może wytłumaczyć przewagą alkoholizmu i kłoty u chrześcian.

Ale już poczynając od wieku lat 50 do 75 Żydzi przedstawiają znaczną przewagę przypadków ciśnienia ponad 125 w porównaniu z chrześcianami, mianowicie: w wieku od 50 — 60 lat więcej od chrześcian o 30%, a w wieku od 60 — 75 lat — o 10%, przyczem na wysokości ciśnienia między 150 — 200 Żydzi przedstawiają odpowiednio więcej przypadków od chrześcian o 30% i 22,5%. Natomiast powyżej 250 chrześcianie znów wykazują lekką nadwyżkę, mianowicie: w wieku od 50—60 lat 7,5%, gdy Żydzi nic, a w wieku od 60 — 75 lat o 5% więcej od Żydów.

Porównując w tablicy II-ej przeciętne Żydów i nieżydów, widzimy, że Żydzi przedstawiają jednak przypadków z ciśnieniem powyżej 125 więcej o 5% niż chrześcianie.

Z tablicy zaś III-ej widzimy, że Żydzi, poczynając już od wieku lat 30, wykazują w porównaniu z chrześcianami znacznie więcej przypadków ciśnienia ponad 125, a w wieku od 50 do 75 szczególnie na wysokości ciśnienia między 150 — 250.

Tablica IV-a zaś wykazuje, że porównawcze badanie ciśnienia tętniczego w 400 przyp. Żydów i 400 przypadkach nieżydów dało przewagę Żydów nad

chrześcianami na wysokości ciśnienia ponad 125 o 14½%.

Wynika stąd, że zgodnie z powyżej zestawionymi rozważaniami patogenetycznymi oraz z przypuszczeniami wielu klinicystów, Żydzi polscy istotnie okazują większą skłonność do nadciśnienia, szczególnie w wieku od 50—75 lat, przyczem dotyczy to szczególnie kobiet żydowskich.

Sprawę tedy znaczenia rasy w powstawaniu nadciśnienia należy na podstawie danych przedstawionych rozstrzygnąć w sensie dodatnim.

Wnioski przytoczone oparte zostały na badaniu przeważnie sfery kupieckiej i rzemieślniczej ludności. Byłoby interesujące zestawienie wyników badań analogicznych w majątkowo i społecznie różnych klasach ludności słowiańskiej i żydowskiej, przy ściślejszym odgraniczeniu klas.

PIŚMIENNICTWO.

1. G. v. Bergmann. Neue Deut. Klin. T. II Urb. und Schwar. Wien 1928 r. 2. S. Bloch et J. Lappas. Le Monde med. N. 696. 1926 r. 3. J. Eisenfarb. Pol. Gaz. lek. NN. 37—38 1929 r. 4. J. Eisenfarb. Klin. Woch. N. 12. 1930. 5. Fahr. Klin. W. N. 26. 1931. 6. B. Fischer-Wasel und R. Jaffe. Hdb. der Norm. und Path. Phys. T. 7, II poł., II cz. Springer Berlin 1927 r. 7. A. Fleisch ibidem. 8. M. Gantz. Gruzlica w Warszawie 1922 r. 9. J. Goldfeil. Pol. Arch. med. wew. T. IV zesz. 3. 1928. 10. Hasebroek. Über den Extracardialen Kreislauf des Blutes. Fischer 1914 r. 11. Hasebroek. Klin. Woch. N. 13. 1925 r. 12. W. R. Hess. Hdb. der Norm. med. Path. Physiol. T. VII, II-a poł. 12. Heymans. Klin. Woch. N. 15. 1930 r. 14. H. Higier. Rodzinny bezład mózdkowy wieku dziecięcego, czyli Choroba Tay-Sachsa. 15. Wł. Janowski. Gaz. Lek. N. 8—10. 1907 r. 16. A. Januszkiewicz. Pol. Arch. Med. Wew. T. VII zesz. 3. 1929 r. 17. Kahler. Wien. Kl. Woch. N. 15, 1923 r. 18. A. Kaplan. Warsz. Czas. lek. NN. 29—40 1929. 19. Fr. Kauffman. Hdb. Norm. und Path. Physiol. T. VII, II poł. 20. Br. Kisch. Ibidem. 21. Kraepelin. Zentrbl. für Nerven- und Psych. T. 194 1908 r. 22. Kraepelin. Ibidem. 23. Kylin. Die Hypertoniekrankheiten. Berlin. Springer 1926. 24. Kylin. Klin. Woch. N. 17 1925 r. 25. Ch. Laubry et E. Doumer. Pr. Med. N. 52 1926 r. 26. Lian, Stoiesko et Vidresco. Pr. Med. N. 81 1929 r. 27. Lichtwitz. Die Praxis der Nierenkrankheiten. Berlin Springer 1925 r. 28. M. Labbe. Tinel et E. Doumer. Soc. Hop. Paris. N. 22. 1922. 29. Benno Levy. Z. f. Kl. Med. 113 T. 3. 30. Fr. Müller Münch. Med. Woch. N. 1. 1923. 31. P. Oury. Pres. Med. N. 76 1926. 32. Pal. Klin. Woch. N. 5. 1925. 33. Pilcz. Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Wien. 1906. 34. Pilcz. Wiener Klin. Rundsch. NN. 47—48 1901. 35. Pellissier. L'Hypertension arterielle solitaire. Paris, Masson. 1927 r. 36. Rothberger. Hdb. der Path., Diag. und Ther. der Herz und Gefäss. T. II cz. I. 1913. 37. Rathery. Les maladies des reins Baillier 1930 r. Paris. 38. Siebeck. Klin. Woch. N. 25. 1923 r. 39. M. Sichel. Arch. der Psych. T. 52 1913 r. 40. M. Sichel. Neurol. Zentr. 41. Sofer. Zeit. für Demogr. und Stat. der Juden T. II 1906 r. 42. H. Strauss. Die Nephritidem. Urban und Schw. Wien 1920 r. 43. Wł. Starkiewicz. Gaz. lek 1904 r. 44. A. Sokołowski. Choroby dróg oddechowych. Warszawa 1902. 45. Tournaud et M. Chabrol. Compt. r. Soc. Biol. N. 6 1925 r. 46. H. Vaquez. Maladie du coeur. Bailliere, Paris 1921 r. 47. M. Villaret, M. Bariety et Justin — Bezançon. Bul. Soc. Med. Hop. Paris N. 28. 1926 r. 48. M. Villaret et L. Justin-Bezançon. Ibidem N. 11. 1926. 49. M. Villaret, S. Bloch, M. Bariety et Lappas. Ibidem. N. 25. 1926. 50. M. Villaret, M. Bariety et L. Justin-Bezançon. Le Jour. Med. Fran. N. 2. 1927 r. 51. Zolschan. Rassenproblem. 52: Wenckebach. Medizinische Praxis T. XII. 1931 r. 53. Westphal. Z. f. Kl. Med. T. 113.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z I-ej Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego
(Dyrektor Kliniki: † Profesor Dr. Med. E. Żebrowski).

Współczesny stan poglądów na etiologię
i patogenezę cierpień stawowych.

Podał

Dr. med. Aleksander RYTEL, st. asystent Kliniki (Warszawa)

(Ciąg dalszy patrz — Nr. 38)

Płonicze zapalenie stawów surowicze i ropne jest wywołane bądź przez toksyny, bądź, jak utrzymuje wielu autorów, przez paciorkowce, szczególnie w przypadkach ropnego zapal. Badanie bakterjolog. wysięków surowiczych wykazało obecność paciorkowców, często jednak nie wyhodowano żadnych drobnoustrojów. (Tribaulet, Chibret.)

Częstość schorzenia uzależniona jest od ostrości epidemii i częściej występuje u osób dorosłych.

W ostatnich czasach w związku z leczeniem płonicy iniekcjami surowicy należy być ostrożnym z łączeniem dolegliwości stawowych, powstałych po zastrzykiwaniach surowicy, ze schorzeniami stawów o charakterze czysto płoniczym.

Zapal. staw. występuje mniej więcej w 2-3 tyg., najpóźniej w 30 dn. choroby.

Komplikacje stawowe często poprzedzają anginy i obrzęki gruczołów szyi, co świadczyłoby o nawrocie płonicy (Ramond i Schultz).

W różnym badaniu wysięków stawowych najczęściej wykrywało paciorkowce, rzadziej gronkowce — w zapaleniach ropnych, niekiedy zaś zarazków nie stwierdzano.

Posiewy wykonywane przez Widala z wysięków stawowych w infekcjach poporodowych wykazywały paciorkowce.

Najczęściej w tych infekcjach bywa zajęty staw mostkowo-obończykowy.

Zapalenia stawów, obserwowane w zapaleniach płuc i bronchopneumonjach, najczęściej bywają wywołane przez pneumokoki, chociaż w sprawach ropnych wyhodowywano paciorkowce.

Ustalenie rozpoznania w schorzeniu stawowym czerwinkowym ma szczególnie doniosłe znaczenie, gdyż ten rodzaj zapal. stawów dobrze się leczy surowicą przeciwczernkową, jest więc to zapalenie swoiste.

Zapalenie stawów występuje zarówno w czerwonce pałeczkowatej, jak i pałczakowatej.

Zapalenie stawu kolanowego w przyusznicy bywa wywołane przez *virus* tego cierpienia.

W grypie ropne zapal. stawów bywa wywołane przez paciorkowce.

Dur brzuszny i paradury również dają schorzenia stawowe (gł. staw biodrowy — Widal). Z ropy stawowej lub wysięków wyhodowywano laseczniki Ebertha lub paradurowe. Przez

wstrzykiwania dożylnie laseczników Ebertha Colziem udawało się wywoływać zapalenie stawu, w którym były wykonywane ruchy. Traumatyzacja, zarówno w tym przypadku, jak i w szeregu innych, umiejscawia infekcję.

Schorzenia stawów w *meningitis cerebro-spinalis* występujące stosunkowo późno w tej chorobie dobrze się leczą surowicami przeciwmeningokokowymi, a więc i tu należy uważać za przyczynę schorzenia tło swoiste.

Bernardbeig opisuje komplikacje stawowe podczas błonicy.

Schorzenia surowicze mogą być wywołane przez toksyny błonice, ropne zaś przez wtórne infekcje, obostrzające proces chorobowy.

Schorzenia stawów w *sporotrichosis*, *spirochetosis* — żółtaczkowo krwotocznej, rumieniu guzowatym, wielopostaciowym i innych schorzeniach infekcyjnych mogą być wywołane zarówno przez czynnik toksyczny, jak i zakaźny.

Po wyczerpaniu omawiania grupy infekcyjnej zapoznamy się z czynnikami toksycznymi, również wywołującymi cierpienia stawowe.

Do tej kategorii zaliczamy sprawy wywołane przez zatrucie mięsne, gdzie trudno oddzielić wpływ na stawy czynnika toksycznego samego jadu mięsnego do wpływu na to schorzenie zarazka i jego toksyn (*botulismus*, *paratyphus B*).

Z czynników, wprowadzanych z zewnątrz bądź to drogą iniekcji, bądź to drogą przewodu pokarmowego (pokarmy), bądź to drogą aparatu oddechowego (inhalacje), a mających skłonność do łączenia się z komórkami tkanek, wysiękających powierzchnie stawowe, wyliczyć należy:

a) intoksykacje pokarmowe po spożyciu:

1. małży jadalnych (moules),
2. poziomek,
3. mięsa bażanciego,
4. „ wędzonego,
5. kapusty,
6. zepsutych kremów w ciastkach,
7. świeżych jaj,
8. mleka,
9. czekolady i t. p.

Pokarmy przytem mogą być zupełnie zdrowe i nawet jałowe.

b) intoksykacje lekowe po:

1. choralu,
2. chinie,
3. antipirynie,
4. copahu,
5. jodoformie,
6. ezerynie,
7. kolchicynie,
8. ipekakuanie,
9. jodku potasu,
10. kw. mlekowym,
11. solach miedzi,
12. tlenku węgla,
13. ołowiu,

14. arsenie,

15. arsenobenzolu.

(od 9 do 15-przebieg schorzenia bywa z obrzęk. staw. i temperaturą).

c) intoksykacje posurowicze.

Podług Jousseta i Delglovea okres inkubacji artralgi posurowiczej i jej przejawienia się występuje w 12-14 dni, w chwili, kiedy znika surowica z organizmu. Do warunków etiologicznych, które wywołują cierpienie stawowe zalicza się wiek, (dorośli częściej zapadają), wpływ zimna. W mo-
czu w czasie artralgi posurow. stwierdzano zwiększenie się kw. moczowego i fosforanów purynowych (purines phosphore).

Te dolegliwości stawowe nie mogą być zaliczane do odczynu anafilaktycznego, który występuje zwykle po powtórnym zastrzyknięciu surowicy. Salicyl działa skutecznie na bóle w tych przypadkach.

Do czynników, powodujących schorzenia stawów na tle autointoksykacyjnym, czyli powstających na tle jadów, wyprodukowanych przez sam ustrój, a których istota dotychczas nie jest dostatecznie wyjaśniona, zaliczyć należy:

1. *arthritis i arthralgia urica ac.* (zazwyczaj występ. pod postacią jednostawową umiejscawiając się w paluchu),

2. *arthralgia diabetica*,

3. *arthritis i arthralgia uraemica*,

4. *arthralgia e causa cirrhosis biliaris* („rhumatisme biliaire”),

5. *arthralgia gravidarum*,

6. *arthralgia menstruationis*.

Marskość żółciową różniczkować należy z cierpieniami stawów, powstałymi w spirochetozach żółtaczekowokrwotocznych: w marskości żółciowej schorzenia stawów powstają na tle retencji soli żółcianów we krwi.

Obecnie przechodząc do omawiania etiologii schorzeń o przebiegu przewlekłym, zaznaczyć musimy, że większość tych cierpień jest wywołana przez bodziec chorobotwórczy, którego istota, mechanizm działania są jeszcze mało znane (czynniki infekcyjne i toksyczne są trudniej uchwytne, niż w ostrych schorzeniach stawów), i że w tych schorzeniach przedewszystkiem rolę odgrywają, poza omówionymi już czynnikami:

a) zaburzenia hormonalne (pochodzenia tarczycznego i jajnikowego),

b) zaburzenia statyczne (szybki wzrost wagi ciała, *coxa vara*, *genu valgum*, *pes planus*),

c) fizjologiczny proces starzenia się i zanikania chrząstek stawowych.

W etiologicznym ujmowaniu tych spraw chorobowych duże zasługi położyli na XVII międzynarodowym Kongresie lekarskim w Londynie w 1913 roku Lewelles F. Barker i Friedrich v. Müller; do wyjaśnienia tego zagadnienia przyczynili się wielce J. Teissier, Pierre Marie, Poncet, Verhoogen, Courmont, W. Hastings, Hale White, którzy zgodnie przyszli do wniosku, iż czynnik infekcyjny jest jednak dominujący w powstawaniu większości cierpień stawowych o charakterze przewlekłym.

Müller np. wprost twierdzi, że w tych

schorzeniach myśleć należy o mało zjadliwych bakterjach „*arthrotope Bakterien*”.

Jednak Poynton przestrzega przed przeczuciem się krańcowem od poglądów bakteriologicznych do poglądów czysto dnawych „artretycznych”, chociaż to ostatnie pojęcie od czasów najdawniejszych wciąż jeszcze błędzi w medycynie i wśród laików.

Na pierwszym miejscu postawimy więc przewlekłe schorzenia stawowe o podkładzie bezsprzecznie bakteryjnym, powstałe czy to bezpośrednio po goścu stawowym ostrym lub podostym, czy to mające od samego swego powstania charakter przewlekły przy ustalonym tle bakteryjnym lub powstające po innych sprawach infekcyjnych, omówionych obszernie w I-szej części referatu.

Czynniki, sprzyjające powstawaniu i wywołujące te cierpienia, będą te same, które już wyliczyliśmy przy analizowaniu powstawania ostrego gościa, gonokokowego schorzenia stawów i t. p.

Na drugim miejscu grupowem podobnie, jak to uczyniliśmy w części I-szej, omawiać będziemy schorzenia stawów, o charakterze przewlekłym, a powstałe również na tle autointoksykacyjnym, dyskrazyjnym czyli na tle skażenia krwi. Już powyżej zaznaczyliśmy drogi przedostawiania się czynników szkodliwych do organizmu, ich powstawanie wewnątrz organizmu, sposoby i przyczyny wywoływania odczynów stawów (wrażliwość surowicówki stawów na trucizny organiczne lub nieorganiczne, krążące we krwi, których pierwiastki chemiczne łatwo się łączą z pewnymi grupami komórek, a więc i synowją).

Na tem miejscu podniesiemy jeszcze fakt, że toksyny mogą wprost nasycać ośrodki nerwowe i dawać różne dolegliwości stawowe przy dominowaniu objawów psychicznych. Ten rodzaj cierpienia Bertrand kwalifikuje jako schorzenie neuroartretyczne stawów, powstające u typów tak zwanych „neuroartretycznych”, u których stwierdza się równoczesne wydatne wahanie się równowagi humoralnej i zaburzenia w układzie współczulnym. Najczęściej, najbardziej charakterystycznym cierpieniem, powstającym na tle endogenetycznym, jest tak zwany „gościec” dnawy—*arthritis urica chronica*.

Cierpienie to powstaje wśród najlepszych warunków bytu i higieny, łączy się z pokrewnymi przejawami skazy dnawej, jak astma, kamica żółciowa, nerkowa, cukrzyca, powstaje przy objawach hipertensji, spadku ciepłoty do 36,2, która nie przekracza 37,0 nawet w okresach trawienia. Samopoczucie chorych jest naogół dobre, chociaż niekiedy chorzy uskarżają się na zawroty i lekkie uderzenia krwi do głowy, bradykardję i palpitację. (Pon-
tain u chorych tej kategorii opisuje pseudolipomaty w okolicy podobojczykowej, powstałe wskutek prawdopodobnych zaburzeń troficznych odpowiednio do zmian w naczyniach doprowadzających krew do tej okolicy).

Co do istoty tej sprawy chorobowej istnieje szereg poglądów. Brugsch i Schittenhelm twierdzą, że cierpienie to powstaje na tle zaburzeń odziedziczonych w przemianie nukleinowej, i to zarówno nukleoproteidów, dostarczonych w pokarmach organizmowi, jak i ciał nukleinowych substancji jądrowej komórek ustrojowych oraz nuklein, zawartych w sokach trawiennych. W przewodzie

pokarmowym nukleoproteidy ulegają szeregowi przeistoczeń na substancje białkowe i polinukleotidy. Polinukleotidy rozpadają się na mononukleotidy, które, zawdzięczając działaniu nukleazy, dezamidazy i ksantooksydazy, znajdujących się w tkankach i narządach, po szeregu przeobrażeń utleniają się, przechodząc w kw. moczowy.

Kw. moczowy tylko w stosunkowo niewielkich ilościach opuszcza ustroj, większa zaś część zostaje zamieniona działaniem zaczynu urikolitycznego na mocznik i amonjak.

Kw. moczowy, otrzymany z ciał purynowych, zawartych w pożywieniu, nosi nazwę egzogenicznego, kw. moczowy, powstający z ciał nukleinowych, wyzwalających się podczas rozkładu jąder komórek ustrojowych, nazywa się endogenicznym. W ustroju chorych na dnę wszystkie powyższe procesy fermentacyjne ulegają zakłóceniu. W patologicznych stanach wydzielanie kw. moczowego jest zmniejszone, w tkankach i narządach występuje jego powolny rozkład. Ustrój ulega przeładowaniu go kw. moczowym, szczególnie wskutek wzmoczonej chwytności (*affinitas*) niektórych tkanek pochodzenia mezodermalnego, przeważnie w stawach, a głównie w chrząstkach (badania d'Almagia). Możliwe, że ta niewielka liczba naczyń, która doprowadza krew do chrząstki przy współistnieniu bogactwa jonów wodorowych i mucyny (Wolf) oraz skąpej zawartości fermentu, głównie urikazy (Loeper i Legros) sprzyja powstawaniu złogów w chrząstce i doprowadza do jej uszkodzeń (Ebstetn, Letulle, M. P. Weil.) Kw. moczowy, strącając się w tkankach, powoduje stany zapalne, przejawiające się niekiedy napadami dnawymi, powodując wreszcie zniekształcenie stawów oraz zaburzenia ich czynności.

Nieco odmienny jest pogląd, który utrzymuje, że złogi moczanowe powstają w tkankach okołostnowych, strącanie zaś kw. moczowego powstaje, podobnie jak i przy wytwarzaniu się kamieni moczowych i żółciowych, naskutek zaburzeń równowagi kolloidowej płynu tkankowego lub stawowego, zawierającego w nadmiarze kw. moczowy.

Skoła Hisa twierdzi na podstawie swych licznych badań, że kw. moczowy jest końcowym produktem przemiany nukleinowej i w ustroju nie ulega dalszym przeistaczaniom. Tkanki mezodermalne posiadają zdolność przyciągania i zatrzymywania kw. moczowego. U dnawych tkanki te chłoną kw. moczowy w nadmiernych ilościach, różne zaś alergeny, czy to z zewnątrz ustroju wpływające, czy z wewnątrz działające, od czasu do czasu powodują ostre napady dny, jako objawu anafilaktycznego u osobników, u których kw. moczowego nagromadziły się duże złogi. Według Hisa i jego uczniów dna powstaje wskutek wadliwego funkcjonowania tkanek mezodermalnych przy równoczesnym istnieniu zaburzeń w gospodarce kw. moczowego.

Przez Bertranda napady dny (*crises liberatrices*) są tłumaczone dążnością organizmu do wyswabadzania się od nagromadzonych jadów. Nagłość tych napadów upadabnia się do napadów anafilaktycznych.

Paillard dawną skazę artretyczną rozczłonkował na trzy zespoły objawowe:

I. *Plethora*, spotykana u osobników pro-

wadzących życie siedzące, dobrze się odżywiających, o podniesionem ciśnieniu tętniczym (160—180), żywym zabarwieniu skóry, powiększeniu wątroby, ze zmianami we krwi i moczu (zwiększenie cholesteroliny, kw. moczowego, mocznika we krwi, w moczu o wysokim ciężarze gatunkowym dużo mocznika, chlorków, ciał purynowych, niekiedy urobiliny).

Plethora jest to I-szy okres z którego wypływa dna, kamica, reprezentuje okres zmian czynnościowych.

II. *Lithopexia* czyli okres wypadania lub strącania się w postaci złogów, złożonych z kryształów związków (kw. moczowego i jego soli, cholesteroliny, szczawianów, soli wapnia), które uprzednio były w stanie rozpuszczenia w płynach ustrojowych. Loeper sądzi, że to wypadanie jest wywołane przez zmniejszoną zdolność płynów ustrojowych do utrzymania w roztworze wymienionych ciał. W ten sposób mają powstawać *tophi*. Organizm usiłuje rozcieńczaniem ciała, nazwane powyżej zwalczać przez wydalenie bądź to drogą nerek, bądź to przez przewód pokarmowy.

Lithopexia to okres, rozpoczynający zmiany anatomiczne.

III okres — *Haematholia* obejmuje zespół zaburzeń z dziedziny anafilaksji i koloïdoklazji, dotyczący chorób przemiany materji. Do grupy tej włączane są: migrena, dychawica oskrzelowa, napadowy nieżyt nosa, pokrzywka, niektóre schorzenia skóry, cukrzyca, otłuszczenia. Schorzenia, powyżej wyliczone, spotykają się u dnawych. W powstawaniu tych cierpień dużą rolę odgrywa wątroba. Cierpienia okresu II-go i III-go mogą występować samoistnie, bez poprzedzania ich przez *plethora* (I-szy okres), wówczas, gdy dna występuje u osobników cierpiących na *plethora* między 35 a 40 rokiem życia. Dna odziedziczona występuje wcześniej, nie jest poprzedzana przez *plethora* i występuje u osobników szczupłych i niedokrewnych. Cechą charakterystyczną dny jest tworzenie się guzów dnawych — *tophi*, co zezwala na zaliczenie tego schorzenia do grupy II-ej. Guzy dnawe najczęściej powstają w *helix*, w okolicy łokcia i górnej powierzchni dłoni. Rzadziej umiejscawiają się w stawach (*arthritis urica chronica*) lub nasadach kości, czasem w ścięgnach Achillesa. Guz dnawy składa się z cholesterolinowego jądra, naokoło którego znajdują się kryształki kw. moczowego. W sąsiedztwie ich widuje się komórki olbrzymie.

Wszystkie przytoczone poglądy nie uzyskały prawa obywatelstwa, nie będziemy więc na tem miejscu omawiali słuszności poszczególnych teorii, a więc czy nadmiar doprowadzających produktów, czy nadprodukcja kw. moczowego, czy zbyt małe jego wydalenie lub przeistaczanie w produkty końcowe, czy oddziaływanie kwasno-zasadowe płynów tkankowych jest przyczyną cierpienia.

Stygmat chemiczny dny — to *uratohistechia*: *hyperuricaemia* i *uratoza*. Badania radiologiczne wykazały, że dna nie poraża odrazu całej chrząstki. Dexterne w kościach śródstopia w dnie stwierdził plamki zaokrąglone, jasne, dostatecznie odgraniczone, których badanie wykazało, że są to twory moczanowe. Podobne plamy stwierdzono w guzowatym schorzeniu stawów, co stanowi moment

różnicujący to cierpienie od schorzeń stawowych t. zw. deformujących.

W celu odtworzenia całokształtu czynników, współistniejących przy powstawaniu dny, zaznaczymy, że nieodstępnym satelitą nagromadzenia się kw. moczowego jest zwiększanie się kw. szczawowego. Podług Teissiera oksalurja i fosfaturja — to cechy, charakteryzujące dnę młodzieńczą. Również i cholesteryna, chociaż nie stale, to jednak jest wykrywana w zwiększonych ilościach w dnie (Chauffard, Brodin i Grigaut, Weil i Guillaumin). Cholesteryna bierze udział w tworzeniu guzów dnawych „tophi”.

Badania Fincka (1914 — 1921) wykazały istnienie dwu rodzajów cierpień stawowych: jeden przebiegający ze zwiększoną ilością soli wapniowych, drugi ze zmniejszeniem, pierwszy przy istnieniu nadczynności gruczołu tarczowego, drugi przy zmniejszonej czynności tarczycy lub przy współdziałaniu hipoparatyreoidyzmu. Na przemianę wapniową posiadają więc wpływ tarczycza, gruczoły przytarczyczne oraz grasicca, jajniki, nadnercza. O wpływie na przemianę wapniową jajników świadczą

bóle kostne, występujące w związku z dekalcyfikacją kości po usunięciu naturalnem lub sztucznem czynności jajników.

Zwiększoną ilość wapnia stwierdzono głównie w *spondylitis rhizomyelica* i różnych odcieniach goścca przewlekłego. Podług Llewellyn ilość wapnia ma być latem większa, niż zimą. Wapń ma szczególną predylekcję odkładania się w tkankach, sąsiadujących z zapaleniami kostno-stawowymi, i wytwarzania hiperostos, osteofitów. Loeper i Bechamp stwierdzili hiperkalcemję, nie stała — co prawda, w dnie i oksalurji. Fosforany i węglany wapnia mogą współdziałać w powstawaniu guzów dnawych (tophi).

W całej przemianie tych wszystkich składników niepoślednią rolę odgrywa wątroba, chociaż i czynność nerek nie pozostaje bez znaczenia.

Po zapoznaniu się z tym szeregiem czynników, posiadających wpływ na etiologję goścca dnawego, widzimy, że i ta dziedzina nie jest dostatecznie wyjaśniona i że pozostaje w związku ze schorzeniami narządów wewnętrznych i naczyń.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Farmakologia

P. SCHWOERER i M. THORNER. W sprawie znajomości ostrych zatruc aniliną. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 171, z. 2).

W opisywanym przez autorów przypadku chodziło o pewne wytwarzanie methemoglobiny w ostrem doustnem zatruciu aniliną. Leczenie ogromnemi przetaczaniami krwi i rozległemi jej upustami w połączeniu z kombinowaniem oddychaniem tlenem z dodatkiem 3% kwasu węglowego pozwoliło na uratowanie chorego. Na szczególne pokreślenie zasługuje fakt, że doprowadzenie 2.750 gr. krwi tej samej grupy od 5 rozmaitych dawców, a więc ilości, odpowiadającej prawie połowie całej krwi człowieka, zostało zniesione bez zarzutu.

Henryk J. Landau.

M. VILLARET i R. WALLICH. W sprawie przypadku kolki ołowiowej z obustronnem zapaleniem gruczołów przyusznych bez tętniczego nadciśnienia obwodowego. (Paris Méd. Nr. 24. 1931).

W przypadku silnego zatrucia ołowiem, o stopniu którego świadczy poziom wydzielanego ołowiu, stwierdzony w ślinie podczas zapalenia gruczołów przyusznych, należy podkreślić napad powtarzającej się kolki brzusznej, która wystąpiła przy braku objawów nadciśnienia ogólnego. Wydaje się usprawiedliwionem przypuszczenie, że zależała ona od objawów napadowego nadciśnienia miejscowego w zakresie tętnicy głównej brzusznej, skurczów naczyń, które się wyraźnie poprawiły pod wpływem zastrzyknięć dużych dawek acetylocholiny (2—4 zastrzyknięć domięśniowych 0,2 acetylocholiny dziennie).

Henryk J. Landau.

F. GAISBÖCK. Sposób działania gazów i pary trującej. (Wien. kl. Woch. Nr. 29. 1931).

Autor odróżnia gazy trujące według sposobu ich działania (duszące, wywołujące pęcherze, pobudzające do kichania, jady krwi i t. d.), według miejsca zadziałania i szybkości występowania objawów, według jadowitości. Kwas węglowy staje

się trujący przy 1—3%, z powodu swego wysokiego ciężaru gątkowego jest on szczególnie niebezpieczny w nisko położonych pomieszczeniach, jak: w piwnicach, kopalniach i t. d. Tlenek węgla jest niebezpieczny wskutek swego powinowactwa do hemoglobiny, wskutek czego zostaje wypchnięty tlen ze swego połączenia z hemoglobiną (gaz świetlny, gazy wybuchowe, zwłaszcza w garażach). Kwas cjanowodorowy w dawce 0,2—0,3 mgr. na litr działa śmiertelnie. Znajduje się okolicznościowo przy tępieniu robactwa, w przemyśle złotniczym i t. d.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

SCHWAB. Spostrzeżenia w sprawie nowego preparatu naparstnicy „Pandigal”. (Med. Klinik Nr. 30-1931).

„Pandigal” jest preparatem firmy P. Beiersdorf et Co Hamburg, który zawiera wykryty w *digitalis lanato* glikozyd *lanadigin*. Dla celów praktycznych niezmiernie ważne jest spostrzeżenie, że pandigal nie kumuluje. Najbardziej widocznym okazał się wpływ tego preparatu na diurezę i tętno. W sprzedaży znajduje się w postaci kropeł, pastylek, czopków i ampułek do wstrzykiwań dożylnych, jednak te ostatnie szybko powodowały zakrzepy żył i były zaniechane z tego powodu. Doświadczenia autora, jakkolwiek nieliczne, zachęcają do dalszego próbowaniu tego preparatu.

St. Luxenburg.

MUSCULUS. Spostrzeżenie co do stosowania aspiryny. (Med. Klinik N. 24. 1931).

Autor spostrzegł, iż 2—3 tabletki aspiryny odniosły bardzo dobry skutek w przypadku „obumierania” palców u jednego z pacjentów oraz w przypadku starczej zgorzeli, gdzie prawie nastąpiło wyleczenie. Stan ten można sobie wytłómaczyć ustąpieniem skurczów na skutek porażenia nerwu sympatycznego lub pobudzenia *n. vasodilatores*, w każdym bądź razie nastąpiło polepszenie krążenia. Poprawą krążenia krwi oraz działaniem resorbującym można wytłómaczyć dodatnie działanie tego środka w przypadkach różnorodnych neuralgij, bólów głowy oraz mięśni.

St. Luxenburg.

Lecznictwo

M. STERNBERG. Zapobieganie i leczenie chorób zawodowych. (Wien. kl. Woch. Nr. 29. 1931).

W zatruciu ołowiem zapobiegawczo podaje się mleko, ewentualnie słońcę, oliwę. Leczenie kolki ołowiowej polega na stosowaniu makowca, lewatyw, środków przeczyszczających i procedur potnych. Celem przyspieszenia wydalania ołowiu z ostroju stosuje się siarczan sodu, siarczan magnezu, jod. Podaje się też kwas solny, kwas fosforowy i chlorek amonowy; również cenne usługi oddaje uboga w wapń dieta (mięso, wątroba, kartofle, ryż, pomidory, obrane jabłka, banany; nie dawać zupełnie mleka); w ten sposób zwiększa się trzykrotnie wydalanie. W pozostałościach po przewlekłym zatruciu ołowiem stosuje się wody i kąpiele siarczane. Dla zapobiegania zatruciu ręką ma ważne znaczenie wczesne rozpoznawanie zapalenia błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis*). Leczenie polega na obfitym odżywianiu, stosowaniu procedur potnych i kąpieli siarczanych. Dowewnątrz podaje się 1—2 gr. *Strontium thioaceticum* dziennie lub też zastrzykuje się go powoli dożylnie w 1% roztworze. Zapobieganie zatruciu benzolem polega na używaniu wysokich pomieszczeń do pracy i możliwościach wentylacyjnych bez zarzutu. „Energiczne” środki lecznicze nie potwierdziły pokładanych w nich nadziei. Na miejscu jest spokój, bogata w witaminy dieta i preparaty żelaza.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

E. PHILIPPI. Obrona gazowa. (Wien. kl. Woch. Nr. 29. 1931).

Obrona przed gazami jest możliwa i niezbędna. Lekarze powinni wpłynąć na władze, aby w każdej centrali pogotowia ratunkowego było przynajmniej kilka masek z rozmaitemi specjalnymi wstawkami, oraz aby policja i personel pogotowia ratunkowego były odpowiednio pouczone. Zakłady, które w jakikolwiek sposób są niebezpieczne, powinny utrzymywać środki ochronne w pogotowiu bez zarzutu.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

SCHLESINGER. Rozszerzenie wskazań do leczenia chorób wewnętrznych siarką. (Münch. med. Woch. Nr. 31—1931).

Gorączka, leukocytoza, pogorszenie samopoczucia, występujące po wstrzyknięciu preparatów siarkowych, wywołane są przez płyny, użyte do zawiesiny siarkowej. Działanie siarki porównać można z leczeniem proteinowym, odczyn ogólny i ogólny jest po siarce znacznie łagodniejszy. Wydaje się zatem, że siarka przygotowuje podłoże do innych sposobów leczniczych, które stają się przez to skuteczniejsze. Szczególnie działanie siarki uwidacznia się podczas leczenia *mesoarteritis luetica* i *arthrolues tarda* (Schlesinger). Luetycy stają się często oporni na leczenie swoiste; wtedy kilkotygodniowe iniekcje preparatów siarkowych sprawiają, że chorzy ci nanowyo reagują na J, Hg, Bi, salwarsan. Siarka ma więc tutaj działanie podobne do katalizatorów. Autor stosuje również naprzemienne wstrzykiwanie preparatów przeciwkłówych i siarkowych. Po przeprowadzeniu kuracji w przypadkach kiłowych zmian stawowych Sch. uzyskuje dalszą poprawę przez stosowanie preparatów siarkowych. Podobnie dobre wyniki obserwuje się u chorych ze zmianami stawowymi o etiologii różnej. Siarka jest często pomocna w leczeniu uporczywych neuralgii.

F. Turyn.

B. PERIĆ. O przebiegu chorobowym i postępowaniu w przedziurawionej torbieli bąblowcowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 24. 1931).

W 57 przypadkach przedziurawionych torbieli bąblowcowych dało leczenie wewnętrzne pozornie lepsze wyniki, gdyż

zabiegowi operacyjnemu poddano tylko cięższe przypadki. W bąblowcach płuc, które się przebiły do oskrzeli, operacja jest niezbędna tylko w powikłaniach (*pyothorax* i t. p.). Bąblowce wątroby, które się przebiły do oskrzeli, jak również te, które przebiły się do dróg żółciowych i jamy otrzewnowej, należy możliwie wcześnie operować. Przy przebiściu się do przewodu pokarmowego i do dróg moczowych sprawdza zazwyczaj leczenie wewnętrzne wyzdrowienie, pomijając przypadki powikłane.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

UNVERRICHT. Poinfekcyjne podniesienia temperatury ciała i działanie pyramidonu. (D.m.W. Nr. 34. 1931).

Coraz częściej ostatnio spotykano podniesienia temperatury po spadku gorączki i ustąpieniu objawów klinicznych przebytej ostrej choroby infekcyjnej. Obserwowano 2 typy: 1) hipotermia, która 1-go lub 2-go dnia zamieniała się w krótkotrwałą gorączkę, i 2) długotrwałe stany podgorączkowe po spadku właściwej gorączki wskutek zakażenia. Te poinfekcyjne podniesienia temperatury, o nieznanym etiologii, specjalnie dobrze, według Weilmanna, oddziałują na pyramidon. Spostrzeżenia autora odnoszą się do przypadków podniesionej temperatury po przebytej: grypie, zapaleniu płuc i ostrym gościcu stawowym. Pyramidon podawano w ilości 1 gr., jednak z powodu raz spostrzeganej zapaści, nie w jednej dawce, lecz 4 razy po 0,25 gr. w ciągu jednej godziny, większa część przypadków oddziaływała spadkiem temperatury do normy po „uderzeniu” pyramidonom, tak, że stany podgorączkowe należało uważać za pozbawione znaczenia. W części przypadków następowało po tej dawce pyramidonu ponowne podniesienie temperatury, które ustępowało dopiero po upływie tygodnia. Jedynie niewielka część przypadków nie oddziaływała na „uderzenia” pyramidonom. Jako przyczynę w tych przypadkach stwierdzono stany tyreo toksyczne.

St. Luxemburg.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych

G. ROESLER. Atropina a limfocytoza. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 5-6).

Przez zastrzyknięcie podskórne 1 mgr. (1 cm.³) *atropini sulf.* istniejąca względna limfocytoza zmniejsza się, jeśli istnieje jednocześnie zwiększona pobudliwość roślinno-wewnątrzwydzielnicza, pozostaje bez zmiany lub prawie bez zmiany, jeśli jest ona spowodowana tylko przez zakażenie lub podległe klinicznej poprawie zaburzenie wewnątrzwydzielnicze. W ten sposób dają się odróżnić stałe i zmienne na działanie atropiny limfocytozy. Początkowe lub przejściowe lekkie zwiększenie się liczby limfocytów może być uważane za oznakę dość stałej limfocytozy. Normany obraz krwi jest naogół bardziej stały na działanie atropiny niż limfocytoza, reaguje jednak zresztą na nią w ten sam sposób. Względny spadek liczby limfocytów nie towarzyszą oznaki wyrzucania do krwi obojętnochołnych. Tłumaczy się on przez zmiany w rozmieszczeniu limfocytów między ich magazynami a krążącą krwią. Limfocytozę ujmuje autor jako objaw przeważającego napięcia nerwu błędnego we krwi. Próba atropinowa wykazuje stałość lub chwiejność tej wagi tonii. Zmiany w liczbie limfocytów pod wpływem atropiny są w wysokim stopniu niezależne od zmian w liczbie tętna. W ten sposób raz jeszcze wykazano, że działanie bodźca roślinnego jest istotnie uwarunkowane przez właściwości narządu wykonawczego. Praktyczne zastosowanie próby atropinowej do celów różniczkowo-rozpoznawczych (wykazywanie przewlekłego zakażenia) jest w silnym stopniu upośledzone przez to, że istnieją chwiejne limfocytozy w zakażeniach z towarzyszącą roślinną nadpobudliwością, stałe limfocytozy w uległych klinicznej poprawie zaburzeniach roślinno-wewnątrzwydzielniczych. Pozostaje kwestia do zbadania, jak dalece nadaje się próba atropinowa do stwierdzenia okresu rozwojowego lub wyników leczniczych w chorobach z limfocytozą.

Henryk J. Landau.

H. BRUGSCH. Utrzymująca się eozynofilia z powiększeniem śledziony. (Dtsch.Arch.klin.Med. t. 170, z. 5/6).

U młodego silnego mężczyzny stwierdzono przypadkowo krańcowe zwiększenie się liczby leukocytów kwasochłonnych (79%). Poza dawno przebytem lekkim zakażeniem tęgoryjcem dwunastnicy (*ankylostoma duodenale*) i skłonnością do nieżytych oskrzeli, nie udało się nic znaleźć, co by mogło tłumaczyć eozynofilię tego rodzaju. Poza to wątroba i śledziona były ledwie macałe. Przy badaniu uzupełniającem stwierdzono, że brat pacjenta wykazywał również wyraźne, choć nie tak silnego stopnia zwiększenie się liczby kwasochłonnych. Autor zastanawia się nad stanami, prowadzącymi od tak znacznej eozynofilii, do których poza czerwiciwością (*trichinosis*, *ankylostoma duodenale*) zalicza niejasne stany eozynofilii rodzinnej, eozynofilii na tle gruźlicy, eozynofilii z dużą śledzioną i eozynofilii na tle nowotworów złośliwych (zwłaszcza z przerzutami do kości). Opisany przypadek należy niewątpliwie do tej grupy niejasnych i wieloznacznych obrazów chorobowych z nienormalnie silnym odczynem tkanki eozynofilowej. Jest prawdopodobnem, że wrodzona skłonność do silnego odczynu już dzięki słabemu zakażeniu tęgoryjcem doprowadziła do znacznej eozynofilii. Nie można jeszcze obecnie rozstrzygnąć, czy chodzi tutaj o przypadek „białaczki eozynofilowej”, czy też, jak to nazywają autorzy amerykańscy, o „utrzymującą się eozynofilię z powiększeniem śledziony”.
Henryk J. Landau.

EMILE-WEIL. O zabiegach chirurgicznych u hemofilików. (Presse Méd. 8.VII.1931).

Istnieje hemofilia rodzinna, przekazywana potomkom płci męskiej przez matki zdrowe; hemofilia sporadyczna, niekiedy przypisywana kile wrodzonej; wreszcie hemofilia, jako objaw niedomogi wątroby. Autor wykazał, że drobna ilość świeżej surowicy ludzkiej lub zwierzęcej wzmacnia całkowicie lub częściowo *in vitro* krzepliwość krwi; to samo osiąga się w organizmie chorego przez zastrzyknięcie 20 do 40 cm.³ surowicy; wreszcie opatrunków z surowicy, nałożony na krwawiącą ranę, natychmiast tamuje krwawienie. Dalszym postępowaniem było zastosowanie w r. 1922 przez F e i s s l y e g o z Lozanny transfuzji krwi; te 2 metody skombinowane zmieniły rokowanie i leczenie hemofilii. Zastrzyknięcie dożylnie lub podskórne 20—40 cm.³ surowicy w przeddzień operacji i transfuzja 200—300 cm.³ na godzinę przed operacją zabezpieczają radykalnie przed krwotokami, jeśli dokonano starannego zatamowania krwawienia. Autor przytacza szereg przykładów bądź zapobiegawczego, bądź znów leczniczego działania transfuzji oraz seroterapii u hemofilików. Lecznicze działanie tych metod jest również skuteczne, jak zapobiegawcze. Tak np. zapomocą transfuzji zatamowano b. obfite krwotoki po wycięciu wyrostka robaczkowego. W przypadkach krwawia u hemofilików należy operować wtedy tylko, gdy wylew krwi się powiększa, zwłaszcza zaś, gdy nastąpi jego zakażenie. Wskazany jest wówczas opatrunek z surowicy: przemywa się ranę 1 lub dwoma litrami roztworu fizjologicznego albo dwuwęglanu sodu dla usunięcia skrzepów, poczem stosuje się opatrunek uciskający z surowicy. Jeżeli niemożliwe jest zetknięcie bezpośrednie surowicy z krwawiącą tkanką, to pozostaje transfuzja i zastrzyknięcie dożylnie. W przypadkach wylewów krwawych do stawów u hemofilików, zastrzykiwanie 20 cm.³ surowicy raz na miesiąc daje doskonałe wyniki. W konkluzji autor stwierdza, że obecnie, mimo niezaprzeczonej uciążliwości, a nawet niebezpieczeństwa operacji u hemofilików, nie należy zwlekać z operacją, jeżeli stan chorego tego wymaga.

Adam S z t e j n.

STIEGER. W sprawie leczenia niedokrewności żółciowej. (D.m.W. Nr. 31. 1931).

Autor zwraca uwagę na trudności przy leczeniu niedo-

krewności żółciowej wobec braku jednowartościowych preparatów z wyciągów wątroby. Dla leczenia anemii żółciowej wystarczają małe dawki wyciągów z wątroby, o ile preparaty te są możliwie pozbawione zanieczyszczeń. Doustne podawanie wyciągów wątrobowych daje dobre wyniki nawet w b. ciężkich przypadkach. Podawanie bez przerwy przez dłuższy okres czasu nie jest wskazane, raczej należy podawać przez 7—8 dni, następnie robić przerwę do kilku tygodni, dokąd obraz krwi nie zacznie się pogarszać. Autor przytacza 2 przypadki, w których okres pobudzającego działania wątroby, pomimo odstawienia, trwał w jednym przypadku do 2-tych tygodni, w drugim przypadku do 8 tygodni. Wyciągi z błony śluzowej żołądka świńskiego okazały się skuteczne w leczeniu niedokrewności żółciowej. Czynniki działające w wątrobie nie przekracza 75 mg. %.

Wanda F r a n z ó w n a.

SCHERK. W sprawie rozpoznania żółtaczki hemolitycznej. (D.m.W. Nr. 27. 1931).

Oprócz żółtaczki i powiększonej śledziony, najpoważniejszym objawem, na którym opieramy rozpoznanie, jest zmniejszona oporność krwinek czerwonych oraz stale istniejące wzmocnienie ilości bilirubiny, którą wykazuje pośredni odczyn H y m a n s v. d e r B e r g h a, dalej zaś rodzinne występowanie tej postaci chorobowej. Oprócz przełomów naczyniowych, jako charakterystyczną komplikację dla żółtaczki hemolitycznej, należy wymienić ciężko gojące się symetryczne owrzodzenia na kończynach dolnych. Autor podaje historię choroby podobnego przypadku, gdzie rodzinnie występująca żółtaczka hemolityczna szła w parze z owrzodzeniami na nogach *Ulcera cruris* w wieku młodym należą do rzadkości i winny zwracać specjalną uwagę w kierunku istnienia wyżej wspomnianej sprawy chorobowej. Wskazania do usunięcia śledziony zależą od oporności owrzodzeń w leczeniu. W każdym bądź razie ten zabieg operacyjny daje tutaj dobre wyniki. St. L u x e n b u r g.

R. CARBALLO. O miejscowej pleokarjocytozie w ziarnicy żółciowej. (Le Sang Nr. 3/1931).

Pleokarjocytem, opisanym przez Pittalugę w 1916 r., jest postać patologiczna granulocytu obojętnochłonnego o bardzo dużej liczbie jąder, która znajduje się w pewnych ciężkich zakażeniach, w okresach przedcharłacznych, w procesach nowotworowych, w niedokrewności żółciowej, po wycięciu śledziony u zwierząt doświadczalnych. Obok formułek leukocytarnej krwi należy troskliwie badać formułek leukocytarną tkankową, która może czasem wytłumaczyć pewne jakościowe odchylenia w hemogramie. W ziarnicy żółciowej autor znajdował miejscową pleokarjocytozę, aczkolwiek nie znajdował pleokarjocytów we krwi. Ta pleokarjocytoza ulega zmianom od przypadku do przypadku. W ziarnicy spostrzega się ogólną tendencję do pleomorfizmu struktury jądrowej, odszczepienia chromatyny są bardzo częste, a *carjochisis* obojętnochłonnych pozostaje w zgodzie z tą atypowością uogólnioną mechanizmów produkcji komórkowej. Pleokarjocyty są, zdaniem autora, wyrazem morfologicznym silnie wyrażonej niedomogi, często niemożliwej do cofnięcia się mechanizmu leukokateretycznego, który zapewne zależy od układu siateczkowo-śródbłonkowego. Pleokarjocyty Pittalugi mają ważne znaczenie, i badaniu ich należy poświęcać dużo uwagi, zwłaszcza w nowotworach oraz metodą doświadczalną, aby wykazać w sposób definitywny, czy dzięki obecności pleokarjocytów możliwe jest postawienie rozpoznania histologicznego niedomogi układu siateczkowo-śródbłonkowego. Z drugiej strony w klinice mają one wielką wartość dla rozpoznania niedokrewności żółciowej i wogóle dla oceny ustroju w zakażeniach.

Henryk J. Landau.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych

B. KOMMERELL. Doświadczenia z leczeniem djetycznym choroby Basedowa. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 171, z. 2).

Na zasadzie obserwacji 24 przypadków choroby Basedowa zdaje autor sprawę z wyników stosowania prawie bezbiałkowej, ubogiej w tłuszcze diety. Pomyślnie wyniki ocenia autor na zasadzie zachowania się przemiany podstawowej przed i podczas leczenia dietetycznego. Przemianę podstawową określano metodą Douglasa-Haldane'a. W 62,5% przypadków osiągnięto wyraźną poprawę, w 12,5% poprawa była bardzo nieznaczna, 25% przypadków pozostało bez zmiany. W jednym przypadku otrzymano trwałą poprawę. Inny przypadek, który zrazu był nieoperacyjny wskutek swego stanu tyreotoksycznego, silnego stopnia i ciężkiej niedomogi krążenia, doprowadzono leczeniem dietetycznym do takiej poprawy, że mógł być operowany. Na zasadzie prac doświadczalnych przyjmuje autor, że dodatnie działanie diety bezbiałkowej polega na zmianie wrażliwości tkanek na działanie hormonu gruczołu tarczowego.

Henryk J. Landau.

L. BÉRARD. W sprawie leczenia chirurgicznego choroby Basedowa. (Monde Méd. N. 794/1931).

Autor polemizuje z M. Labbé, który wykazuje 25% śmiertelności wśród swych przypadków choroby Basedowa, operowanych przez pierwszorzędných chirurgów, zaś wyleczenie tylko w 16%. Autor, opierając się na swym bardzo bogatym materiale (2500 przypadków w ciągu 30 lat), wykazuje zaledwie 2—4% śmiertelności przy 70—85% znakomitych wyników. Autor podkreśla pewne szczegóły postępowania leczniczego. Nadzwyczaj ważne jest przygotowanie do zabiegu i postępowanie pooperacyjne (w ciągu 6—8 miesięcy, a nawet do roku): spokój, pobyt na powietrzu, a możliwie w górach, jod, chinikardyna, salicylan sodu, a u kiłowych leczenie swoiste w ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy. Jeśli chodzi o znieczulenie, najlepsze jest znieczulenie miejscowe lub kombinacja znieczulenia powierzchniowego z uspianiem ogólnem dla zabiegów głębokich. U osobników pobudliwych i podnieconych bardziej wskazane jest roztopne uspienie po uprzednim zastrzyknięciu morfiny. U osób chęlnych i osłabionych z tachyarytmją należy ograniczyć się w pierwszym czasie do nałożenia 3—4 podwiązek, a po 2 lub 3 miesiącach, gdy stan chorego na to pozwoli, wykonać dodatkowe wycięcia tarczycy.

Henryk J. Landau.

H. GASTFINGER. O rzadkiej zmianie ocznej w zaburzeniach tarczycy. (Wien. kl. Woch. Nr. 27/1931).

Olbrzymi obrzęk skóry twarzy, a zwłaszcza powiek, przekrwienie i wytrzeszcz, które rozwinęły się po operacji wola z objawami choroby Basedowa, ustąpiły całkowicie pod wpływem podawania preparatów tarczycy, jak również daleko idące zobojętnienie, które wystąpiło po zabiegu; zmiany te należy zapewne ująć jako objawy obrzęku śluzakowatego, aczkolwiek pozostawiono dostateczną ilość tkanki tarczyczej.

A. Neuman (Vöslau-Gainfarn) (H. L.).

L. POPPER, S. HIRSCHHORN. Wpływ tarczycy na przemianę materji węglowodanów. (Klin. Woch. N. 23-1931)

Autorzy badali przemianę materji węglowodanów w przypadkach nadczynności tarczycy i w zwykłym wolu. Posługiwali się do badania krzywej cukru metodą Stauta i Traugotta, polegającą na podwójnym obciążeniu glukozą (2×50 gr. glukozy) naczeczko oraz po 1½ godzinie. Autorzy zbadali 55 przypadków i otrzymali następujące wyniki: 1) Każdy guz tarczycy daje zaburzenia w gospodarce węglowodanów; struma toxica daje częściej zmiany. 2) Zwykle wole daje zmiany krzywej cukru w sensie hiperglikemji tylko w pierwszej części krzy-

wej; hipertyreozą natomiast powoduje hiperglikemję także w drugiej części krzywej, t. zn. po powtórnym obciążeniu glukozą. 3) Wielkość guza jest proporcjonalną do głębokości zaburzeń przemiany węglowodanów. 4) Druga część krzywej cukru w hipertyreoidyzmus różni się od hiperglikemji w przebiegu cukrzycy tem, że po nagłym podniesieniu się krzywej następuje szybki spadek do wartości normalnych cukru we krwi.

Jakób Penso.

BEROVIĆ. Przyczynę do znaczenia wątroby w patogenezie cukrzycy. (Münch. med. Woch. Nr. 33-1931).

Po wstrzyknięciu decholinu obniża się poziom cukru we krwi osób zdrowych i diabetyków. Spadek cukru jest proporcjonalny do jego poziomu. Systematyczne wstrzykiwania decholinu wpływają na obniżenie się glikemji naczeczko. Wpływ soli żółciowych uwidacznia się również na cukromoczu i utrzymuje się przez kilka dni. Acetonuria ustępuje już po pierwszej dawce. Autor nie przypisuje decholinie zdolności pobudzania czynności wysepek Langerhansa, uważa, że jest to raczej wpływ na wątrobę, której przypisuje pewną rolę w regulacji wydzielania, wzgl. działania insuliny.

F. Turyn.

H. CHABANIER, C. LOBO - ONELL. Wpływ głodu na krzywą cukru we krwi. (La Pr. Méd. Nr. 60—1931).

Krzywa cukru we krwi u diabetyków po obciążeniu glukozą zależy nie tylko od ciężkości cukrzycy, ale, jak tego dowiedli autorzy, także od diety, która poprzedzała badanie. Okazało się, że usunięcie z diety cukrotwórczych składników pożywienia (białko i węglowodany) powoduje znaczny wzrost krzywej cukru we krwi, dieta zaś mieszana łagodzi krzywą glikemji. Pod wpływem zupełnego głodu przed próbą (3 dni) hiperglikemja trwa dłużej, niż po mieszanej diecie i dochodzi do bardzo wysokich cyfr. Z tych doświadczeń wynika, że krzywa cukru po glukozie należy wykonywać w tych samych warunkach dietetycznych, aby móc porównywać poszczególne przypadki. Wzrost reakcji hiperglikemicznej pod wpływem głodu autorzy tłumaczą zmniejszeniem insulinemji. Pogląd ten potwierdza wynik następującego doświadczenia. Przy mieszanej diecie autorzy badali krzywą glikemji, podając jednocześnie z glukozą insulinę podskórną; krzywa nieznacznie wzrosła w ciągu ½ godziny, po czem stopniowo spadała, dając wyraźną hipoglikemję (do 17 mg. %). To samo doświadczenie u tego samego chorego po 3-ch dniach głodu dało krzywą hiperglikemiczną. Powyższe dane mają znaczenie w leczeniu cukrzycy, stanowią bowiem dowód, że zupełne lub znaczne długotrwałe ograniczanie węglowodanów działa niekorzystnie na insulinemję. Zupełny zaś głód, zdaniem autorów, pogarsza stan chorego na cukrzycę, nie radzą przeto stosować głodówek, jak to zalecali Guep i Allen.

Jakób Penso.

Choroby narządu trawienia

N. KEWDIN, J. SYLWESTRON. O badaniu żołądka cienką sondą i o mechanizmie sekrecji żołądka. (Tierap. Arch. T. 9/1931).

Badanie treści żołądkowej cienką sondą Einhorna posiada następujące zalety. Chorzy dobrze tę sondę znoszą; nie ma przytem ruchów wymiotnych; ślina może być odpływana, a nie tykana, jak przy grubej sondzie, co wpływa na stopień kwasoty treści żołądkowej; można tej metody użyć w wypadkach, gdzie stosowanie grubej sondy jest przeciwwskazane (np. niewyrównane wady serca, tętniaki aorty i t. d.); wreszcie zwykła sonda żołądkowa utrwała tylko jeden moment sekrecji żołądkowej, cienka zaś, pozostawiona w żołądku na dłuższy okres czasu, daje pojęcie o przebiegu sekrecji, o jej sile i o czasie trwania. Autorzy stosowali naczeczko śniadanie Katscha (0,2 coff. + 300 cm sześć. wody); po 30 minutach wydobywali treść żołądkową, a potem strzykawką wyciągali treść co 10 — 15 mi-

nut. Autorzy dla porównania stopnia kwasoty stosowali u tych samych chorych jednego dnia śniadanie E w a l d - B o a s a i badanie grubą sondą, drugiego dnia śniadanie K a t s c h a i badanie cienką sondą. Przekonali się, że ostatnia metoda daje cyfry ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego o 10—30 wyższe, niż pierwsza. Badanie cienką sondą wykazuje wyższe wartości kwasoty dla następujących względów: 1) grubą sondą otrzymujemy tylko moment sekrecji żołądka, niezawsze odpowiadający *maximum* kwasoty. Cienką zaś sonda daje obraz krzywej sekrecji żołądka, przez co zawsze wykryć możemy *maximum* kwasoty. 2) Cienką sondą daje sok czysty, bez domieszki śniadania, które zubożają sok żołądkowy. 3) Wreszcie śniadanie K a t s c h a (kofeina) ma silniej drażniące właściwości, niż metoda E w a l d - B o a s a. Autorzy wykonali 100 krzywych sekrecji żołądka przy pomocy cienkiej sondy i przekonali się, że szczyt kwasoty w 30% przypadków przypada po 35 minutach od podania śniadania K a t s c h a; stąd wniosek, że badając grubą sondą treść żołądka, po 45—60 minutach w 30% nie można uchwycić *maximum* kwasoty soku.

Jakób P e n s o n.

PLASCHKES. Objawy żołądkowo-jelitowe, jako skutki grypy. (Med. Klinik N. 31. 1931).

W przebiegu tegorocznej grypy przeważały objawy ze strony dróg oddechowych, komplikacje ze strony płuc, uszu i jam dodatkowych. Objawy żołądkowo-jelitowe nie występowały z taką siłą, jak w poprzednich epidemjach. Jednak w okresie zdrowienia spostrzegano ciekawy zespół objawów: *bradycardia*, *gastritis* i *meteorismus*. Tętno najczęściej wahało się pomiędzy 50 a 60 uderzeniami na minutę, chorzy skarżyli się na ucisk w żołądku oraz bóle, obiektywnie zaś stwierdzało się dużą ilość śluzu w treści żołądkowej i zmniejszone liczby kwasoty. Podobny stan chorobowy widywano w czasie wojny, można też go wywołać przez podanie pilokarpiny. Zdaniem autora, należy przyjąć tutaj wago-toniczne działanie toksyn grypy oraz produktów rozpadu komórek ustroju. Zrozumienie przyczyn tych stanów organizmu wpływa w odpowiedni sposób na leczenie. Autor stosuje zioła, pobudzające wydalanie kału, moczu i potu, oraz preparaty belladonny i atropiny. Od czasów epidemii grypy zauważono również wzrost częstości *colitis haemorrhagica*, która oprócz trucizn (rtęć) bywa wywołwana także przez toksyny. Na zasadzie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że działają tu dwie przyczyny: specjalna wrażliwość jelit na wszelkiego rodzaju urazy oraz skłonność do krwawień, analogicznie, jak przy gnilecu, co daje wrażenie awitaminozy. Leczenie w tym kierunku: łagodne środki czyszczące, parafina, podawanie witamin, zwłaszcza witaminy C, wapna, a w ciężkich przypadkach vigantolu, dawało bardzo dobre wyniki.

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

KACZANDER. W sprawie rozpoznania cierpień trzustki za pomocą próby Wohlgemutha na diastazę w moczu. (D. m. W. N. 26. 1931).

W rozpoznaniu ciężkich ostrych spraw chorobowych w obrębie jamy brzusznej niepoślednią rolę przypisać należy właściwej ocenie cierpień trzustki. Należy możliwie szybko rozstrzygnąć, czy konieczne jest operacyjne wkroczenie, czy też nie. Dotychczas jednak rozpoznanie martwicy trzustki udawało się przed operacją zaledwie w 25% przypadków, obecnie, z postępem naszych wiadomości w tym kierunku, sprawy te przedstawiają się nieco lepiej. Pomimo to zdania jesteśmy nadal na ustalenie rozpoznania za pomocą badania chemiczno-fizycznego. Dla określenia cierpienia części wewnątrzwydzielniczych trzustki mamy dobry wskaźnik w zachowaniu się poziomu cukru we krwi, zwłaszcza przy obciążeniu ustroju przez podanie cukru. Dla określenia sprawności pracy zewnątrzwydzielniczej trzustki nie posiadamy natomiast żadnego wskaźnika pewnego i dlatego tem większą uwagę należy po-

święcić próbie W o h l g e m u t h a w moczu. Dla celów klinicznych wystarcza, zdaniem autora, określenie diastazy w moczu i wobec tego zarzucono określanie jej w surowicy krwi. Badanie sposobem W o h l g e m u t h a wykonano w 300 przypadkach różnorodnych cierpień narządów jamy brzusznej oraz innych chorobach ogólnych. Zastosowano nową modyfikację tej próby, za której pomocą można otrzymać odpowiedź w ciągu 18—20 minut; mocz do badania pobierano początkowo naczcho, później jednak, wobec braku jakichkolwiek różnic, zaniechano tej ostrożności. Żadnego wpływu wieku i płci na zawartość diastazy w moczu nie zauważono. W wyniku doświadczeń autor stwierdza, że próba W o h l g e m u t h a nadaje się dla rozpoznania różniczkowego cierpień trzustki. W wypadku dużej zawartości diastazy w moczu można już przy jednorazowym badaniu wydać opinię co do konieczności zabiegu operacyjnego, biorąc pod uwagę całość obrazu klinicznego. Patognomoniczne znaczenie próby W o h l g e m u t h a dla cierpień trzustki zdaje się nie ulegać kwestji. Jednak brak zwiększenia diastazy nie wyłącza cierpienia trzustki. Pomimo tego, próba ta jest dużą zdobyczą dla kliniki wewnętrznej.

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

ASCHOFF. Napad appendicitis. (Münch. med. Woch. Nr. 34—1931).

Przed 30-tu laty sądzono, że ustry napad zapalenia wyrostka robaczkowego przygotowywał się stopniowo przez powoli rozwijający się stan zapalny wyrostka. Dlatego też dążono do operacji w każdym okresie. Badania nad usunięciem narządami dowiodły, że zapalenie przewlekłe zaczyna się od ostrego napadu. W 32% usuwanych wyrostków robaczkowych wykazać można zmiany zapalne, czasami świeże, mimo braku wszelkich danych anamnestycznych i klinicznych. *Appendicitis* może więc nie dawać żadnych objawów. Znałe są również przypadki usunięcia niezmiennych nawet mikroskopowo wyrostków, które klinicznie uznano za nadające się do usunięcia. Te przypadki A. określa jako *append. fugax* i zalicza do nich również przebiegające bez objawów klinicznych ze zmianami w wyrostku. Jest to przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, zapoczątkowane napadem ostrym. Podobnie jak migdałki, tak i wyrostek robaczkowy bywa u każdego człowieka kilkakrotnie podrażniony. Profilaktyka *append.* przedstawia się autorowi podobnie, jak profilaktyka zapalenia migdałków. Gdyby *appendectomy* była zabiegiem tak dostępnym jak *tonsillectomia* — jest za nią. Dlatego należy wyzyskać każdą okazję, by go usunąć. Ognisko zapalne pierwotne znajdować się może w jamie ustnej i w jeli-tach. Należy zawsze oceniać niebezpieczeństwo operacji i ko-rzystać, jaką ona przynosi. Zarówno *argina*, jak i *app.* mają prze-bieg lekki, niezbyt szkodliwy dla organizmu. Nie usuwa się lekko podrażnionych migdałków, pozostawia się również wyrostek, dający napady o przebiegu łagodnym. Wobec tego, że kierunek rozwoju ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego uwiadcza się po pierwszych 24 godz., należy chorego obserwować w 2-im dniu choroby. O ile objawy nasilają się, co oznacza, że zmiany ropowicze przechodzą w nekrotycznowrzodzące, które znowu w ciągu 2-go dnia dać mogą znane powikłania, nasuwa się de-cyzja operacji. Gojenie się wyrostków po 1-dniowym napadzie jest szybkie, przejście w stan przewlekły jest rzadkie, nawroty, jakie bywają po ustąpieniu samodzielnym 2—3 dniowych napadów, również rzadkie. Wyсіki, tworzące się w 1-ej dobie napadu, wolne są od bakterij, mają charakter surowiczy, toksyczny, ustępują bez śladu po usunięciu wyrostka. Nawroty, zwłaszcza w wyrostkach, zawierających kamienie kałowe, przebiegają bar-dziej burzliwie. Lekarz, rozpoznający powtarzające się *appendi-citis*, decyduje się na operację już w pierwszym dniu napadu, gdyż uważa, że i tak zabieg jest spóźniony. Wyrostek po kilku ostrych napadach, które nie zostawiły nawet zmian anatomicz-nych, przy następnych napadach wykazuje skłonność do proce-sów wrzodzących i nekrotycznych. *Appendicitis* zaczyna się

jak *tonsillitis* od zmian ograniczonych na powierzchni wyrostka, z gromadzeniem się leukocytów w zagłębieniach błony śluzowej. Czynnik szkodliwy pochodzi ze światła wyrostka, skąd przez nabłonek działa na naczynia warstwy śluzowej. Brak bakterij w zmienionej już ścianie wyrostka nie dowodzi, że nie biorą one w tym procesie udziału. W czopie ropnym znajdują się sfagocytywane *distreptokokki*, uznane jako enterokoki, które normalnie pasorzytują w jelitach. *Streptokokki* te stają się chorobotwórcze przez wzmoczenie zjadliwości. Enterokoki zamieszkują również zdrowe wyrostki, a w końcowym ich odcinku stwierdzić można większe ilości bakterij. Na ich gromadzenie się w tym odcinku wyrostka wpływać może mały udział w miarowych ruchach kiszki grubej (co również przemawia przeciw każdorazowemu wypełnianiu się wyrostka barytem i uwidocznianiu go na zdjęciach rentgenologicznych). Tłómaczy to, dlaczego uwidoczniony i wypełniony na kliszy wyrostek pozostaje takim przez czas dłuższy (tygodnie). Drugim czynnikiem względnego nasilenia złośliwości bakterij jest pewna dyspozycja dystalnego odcinka. Zależać to może od zgięć wyrostka. Poza streptoko-

kami w procesie zapalnym biorą udział, ale już wtórny, *b. coli* i beztlenowce. Czasami w czopie ropnym spotyka się pierwotnie sfagocytywane pneumokoki, które ponoszą winę zapalenia. Zakażenie przychodzi z przewodu pokarmowego. Niewiadomo dotąd, czy bakterje wędrują od strony ust, czy odbytnicy, czy *enterococcus* jest zmienionym *str. viridans*, wzgl. *haemolyticus*, czy też jest to zmieniony podczas przejścia przez przewód pokarmowy paciorkowiec z jamy ustnej. Nie wyjaśnione jest, czy paciorkowce są złośliwe już w jamie ustnej, a w tym wypadku *append.* byłaby zapaleniem przerzutowym. Z dotychczasowych badań autora wynika, że zarazki anginy i *append.* nie są identyczne. Miejscowy względny wzrost złośliwości bakterij tłumaczyć można złem opróżnianiem się dystalnego odcinka wyrostka robaczkowego. Na osłabienie jego błony śluzowej wpływać też mogą zmiany w odżywianiu, trawieniu, czynności wątroby, trzustki. Winić tu można również zmianę sposobu odżywiania. *Append.* jest chorobą powszechną u ludów cywilizowanych, nie ma nic wspólnego z zarazkami zewnątrzpocho-dnymi. Występuje endemicznie, nigdy epidemicznie. F. Turyn.

Wskazówki praktyczne

Przeciwko upadkowi krążenia w zapaleniu otrzewny z prze-dziurawienia poleca A. Faber zastrzykiwanie podskórne *suprareniny*. W zależności od ciężkości przypadku i wieku chorego należy co ½ do 2 godzin zastrzykiwać 0,1 — 0,3 ctm³ *suprareniny* aż do chwili, kiedy niebezpieczeństwo grożące życiu, można będzie uważać za usunięte. (D. m. W. 1930 Nr. 51).

Friedländer zauważył, że stosowany, jako środek wzmacniający *Tonophosphan fortius*, działa uruchamiająco na kamienie nerkowe (a prawdopodobnie i żółciowe) i może przeto służyć za dobry środek rozpoznawczy w przypadkach wątpliwych. (Med. Welt 1930. Nr. 50).

T i e t z e radzi w każdym przypadku *uporczywego świądu* stosować zastrzykiwania, *Omnadiny*, które wypróbował z powodzeniem w całym szeregu przypadków rozmaitego pochodzenia. (Der prakt. Arz. 1931. Nr. 28).

A. Axem poleca w *rwie kulszowej* zastrzykiwanie *epiduralne* 50 — 60 ctm³ następującego „roztworu: *Eucaïn* 0,1 *Natr. chlorat.* 0,8; *Antipyrin.* 5,0; *Aq. dest.* od 100,0. (Med. Klin. 1931. Str. 647).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dn. 9 czerwca 1931 roku.

(Dokończenie p. Nr. 38).

Kol. Filiński Wł. zdał „*Sprawozdanie z podróży do uzdrowisk i zdrojowisk zagranicznych*. Część III. Austria i Słowacja (dokończenie) (streszczenie własne).

Prelegent zdaje sprawozdanie z ośrodków leczniczych w Baden pod Wiedniem i w Trenozynie.

Kol. Sabał B. zdał „*Sprawozdanie z V Zjazdu Międzynarodowego fizjoterapii w Leodjum*”. (Streszczenie własne).

V. Międzynarodowy Zjazd Fizjoterapii, który odbył się w Liege w dniach od 14 do 18 września 1930 r., zgromadził około 700 uczestników z 34 państw Europy i Ameryki. Polską delegację reprezentowali oficjalnie: Minister Bertoni, jako przedstawiciel Rządu Polskiego, dr. B. Sabał (Warszawa) jako przewodniczący delegacji polskiej i dr. Raszeja (Poznań) jako sekretarz Komitetu Polskiego. Na uroczystym posiedzeniu otwarcia Zjazdu wśród mów powitałych delegatów zagranicznych w imieniu Polski przemawiał dr. Bronisław Sabał, który w mowie swej podniósł momenty historyczne, łączące Belgię z Polską, zwłaszcza w r. 1830, w którym oba narody podjęły walkę orężną o swoją niepodległość, a także podkreślił usługi lekarzy belgijskich około organizacji międzynarodowej w dziedzinie fizjoterapii. Liczne referaty i komunikaty, wygłoszone na Zjeździe, wskazują na wielką różnorodność tematów, jakimi zajmuje się nowoczesna fizjoterapia, i na roz-

ległość jej zakresu. Wykłady te odbyły się na 3-ch zebraniach ogólnych i na 19-stu posiedzeniach sekcyjnych. Na jednym z posiedzeń ogólnych przewodniczył prezes delegacji polskiej, na jednym z posiedzeń sekcyjnych sekretarz delegacji polskiej. Obrady sekcyjne były ujęte w 5 samodzielnych grup, a mianowicie: 1) sekcję kinizjoterapii i wychowania fizycznego, 2) sekcję hydrologii i klimatologii, 4) sekcję elektrologii, 5) sekcję aktynologii. Z Polaków wygłosili odczyty: 1) Zboromirski (Warszawa) „*Energja promienna a czynnik podstawowy zjawisk życiowych (polimeryzacja i izomeryzacja)*”, 2) Bruner (Warszawa): „*O niektórych modyfikacjach technicznych przyrządu Finsena*”, 3) Brumer (Warszawa): „*O wskazaniach do finsenoterapii poza gruźlicą skóry*”, 4) Raszeja (Poznań): „*O jontoforezie (technika i wsłazania)*”.

Na posiedzeniach ogólnych wygłoszono referaty główne na następujące tematy: 1) „*O wskazaniach i wynikach terapii fizycznej w schorzeniach układu nerwowego*” (ref. Delherm i Morel Kahn z Paryża), 2) „*O jednoimiennie jonizowanym powietrzu*” (ref. Strassburger, Dessauer i Happeł z Frankfurtu), 3) „*O terapii fizycznej schorzeń reumatycznych*” (ref. Van Breemen z Amsterdamu i Gunzburg z Brukseli). Jedno z posiedzeń ogólnych było poświęcone całkowicie sprawie nauczania fizjoterapii. Referenci główni. Gunzburg, prof. fizjoterapii uniwersyteckiej w Brukseli, i prof. Groeber z Jeny przedstawili wyniki ankiety międzynarodowej, przeprowadzonej w sprawie nauczania fizjoterapii w uniwersytetach, stwierdzając, że nauczanie to naogół jest niedosta-

teczne. Na podstawie wywodów referentów Zjazd uchwalił następujące rezolucje, które postanowił rozesłać do rządów wszystkich państw cywilizowanych, do uniwersytetów i do korporacji lekarskich poszczególnych narodów. 1) Fizjoterapia zajmuje w całokształcie nauk lekarskich miejsce równorzędne obok farmakologii i chirurgii; nauczanie jej, jako takiej, ma odbywać się teoretycznie i praktycznie drogą wykładów i ćwiczeń praktycznych. 2) Fizjoterapia jest obowiązkowym przedmiotem nauki przynajmniej przez 2 semestry kliniczne, jak również przedmiotem obowiązującego egzaminu samodzielnego. 3) Nauka fizjoterapii powinna być podawana przez osobnych profesorów, którzy powinni mieć osobiste i materialne warunki, umożliwiające należyte nauczanie, i mogą samodzielnie rozporządzać potrzebnym materiałem chorych. 4) Cele powyższe najpewniej dadzą się osiągnąć przez stworzenie osobnych, uniwersyteckich instytutów fizjoterapeutycznych, które mogą być zorganizowane, jako kliniki lub polikliniki. W każdym razie instytuty te powinny być dostępne dla chorych innych klinik, jak również dla chorych skierowanych przez lekarzy praktykujących. 5) Instytuty powyższe powinny być zaopatrzone we wszystkie urządzenia potrzebne do badań naukowych w dziedzinie fizjoterapii. Na zebraniu delegatów poszczególnych państw nastąpiło przekształcenie Stałego Komitetu dla Kongresów Fizjoterapii na Towarzystwo Między narodowe Fizjoterapii z siedzibą w Belgii. Najważniejsze cele Towarzystwa ujęto w następujące punkty: 1) propagandę metod fizjoterapeutycznych, 2) popieranie badań naukowych w zakresie fizjoterapii, 3) przeprowadzanie ankiet międzynarodowych, 4) propaganda nauczania fizjoterapii w uniwersytetach i poza uniwersytetami, 5) organizacja kongresów regularnych fizjoterapii, 6) walka z partactwem i znachorstwem, 7) nawiązanie łączności międzynarodowej między rozmaitymi zrzeszeniami i organizacjami lekarskimi. Postanowiono, by kongresy międzynarodowe fizjoterapii odbywały się co 3 lata. Do Zarządu Towarzystwa zostali wybrani: jako prezes: prof. dr Gunz burg (Belgia), jako wiceprezesi: prof. dr Carnot (Francja), dr Mac Fec (St. Zjedn. Ameryki Półn.), prof. dr Groeber (Niemcy) jako sekretarz, dr Carlos Heuser (Argentyna) i dr Saba t (Polska), dr Dubois - Trepagne (Belgia) i jako skarbnik dr De Keyser. W ostatnim dniu Zjazdu uczestnicy jego odbyli wycieczkę do Spa.

Prelegent dzieli się wrażeniami i spostrzeżeniami z tego zdrojowiska. Wreszcie prelegent omawia stronę towarzyską Zjazdu, która dzięki wszechstronnym staraniom i gościnności uprzejmych gospodarzy belgijskich była zorganizowana bardzo dobrze.

Dyskusja: kol. Orłowski podkreśla znaczenie dla polskiego świata lekarskiego wyboru Polaka na vice-prezesa T-wa Międzynarodowego Fizjoterapii. Uważa za

konieczną organizację Polskiego T-wa fizjoterapii i ofiaruje pomoc T-wa Lekarskiego Warszawskiego w tej pracy.

Posiedzenie zamknięte o godzinie 10 min. 08.

Prezes: Witold Orłowski

Zastępca Sekretarza Dorocznego:

Karol Chodkowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu majcowem tow. med. Wewn. we Wiedniu (W. m. W. N. 36) Steiner demonstrował z oddziału prof. Schlesingera pacjenta z niedokrewnością żółtliwą, leczonego zastrzykami wyciągu z wątroby. Chory 65-letni miał początkowo 980 tysięcy krwinek czerwonych z anisocytą, poikilocytami i pojedynczymi normoblastami. Choremu podawano codziennie 250.0 wątroby. Po upływie 7 tygodni chory wypisał się z 3 milionami krążków czerwonych. W następstwie liczba ta miała wzrosnąć do 4-ch milionów, lecz po pewnym czasie spadła do 2 160,000 i wystąpiły objawy ogólnego niedomagania. Wówczas rozpoczęto wstrzykiwanie campolonu — wyciągu z wątroby. Chory otrzymywał codziennie domięśniowo z początku 2 cm. sz., co odpowiadało 5 gr. wątroby. Ponieważ dawka ta okazała się niewystarczającą, więc zastosowano 2 razy dziennie po 2 cm. sz. Chory ogółem otrzymał 46 zastrzyknięć i szybko się poprawił. Liczba krążków czerwonych wzrosła znów do 4 milionów.

Na tem samem posiedzeniu Maller omawiał przypadek posocznicy pochodzenia z jamy ust, wyleczoną przez wywołanie ropnia terpentynowego. Pacjentowi 26-letniemu usunięto przed dwoma dniami ząb mądrości. W 6 godzin później wstrząsający dreszcz i gorączka przeszła 40 st. Od tej chwili objawy posocznicy z wstrząsającymi dreszczami, z leukocytozą do 17 tysięcy białych krążków, z obrzmieniem znacznym śledziony. Na miejscu usunięcia zęba nie było widać nic szczególnego. W okolicy prawego kąta wewnętrznego oka stwierdzono smugi czerwoną ze znacznym obrzękiem dolnej powieki, co mogło przemawiać za zakrzepem w *vena facialis anterior dextra*. Natychmiastowe wlewanie dożylnie błękitu metylowego z przetworami złota i urotropiny wraz z miejscowym naświetlaniem promieniami Roentgena było bez wyniku, śledziona powiększyła się, liczba leukocytów wzrosła, napady gorączki trwały bez zmian.

Po dwu dniach założono ropień terpentynowy (wstrzyknięto pod skórę klatki piersiowej 10 kropel *ol. therebent. rectif.*). Po 24 godzinach utworzył się ropień wielkości pięści, który później powiększył się jeszcze bardziej. Wraz z tem gorączka zaczęła opadać, stan ogólny uległ poprawie i na czwarty dzień po wytworzeniu się ropnia chory był bez gorączki, śledziona znikła, liczba ciałek białych spadła do normy, objawy zakrzepu ustąpiły. Wówczas otwarto ropień, i rana szybko się zagoiła.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

W sprawie ośrodków zdrowia.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

W N. 15—16 czasopisma „Nowiny społeczno-lekarskie” ogłoszono sprawozdanie z wiecu lekarskiego, odbytego 21 czerwca r. b. w Truskawcu w sprawie ośrodków zdrowia. Zjazd odbył się staraniem Związku Lekarzy P. P. i Związku Lekarzy Kas Chorych w Drohobycz. Jak wypływa ze sprawozdania, świat miejscowych lekarzy praktykujących był licznie reprezentowany. W rezolucjach zjazdu czytamy:

„1) Hołdując ideom i celom ośrodków zdrowia, uznając ich wzniosłe i zbawienne zadanie społeczne, sprzeciwiamy się kategorycznie wszelkiemu ich spaczaniu.

2) Sprzeciwiamy się jak najenergiczniej stosowaniu lecznictwa w ośrodkach zdrowia i poradniach.

3) Stwierdzamy, że stosowanie lecznictwa w

ośrodkach zdrowia nietylko mija się z ich zadaniem, ale w krótkim czasie doprowadzi wolny stan lekarski do zupełnej ruiny gospodarczej.

4) Zwracamy się do władz rządowych z prośbą o wydanie rozporządzenia wykonawczego i regulaminu dla poradni i ośrodków zdrowia, oraz instrukcji dla ich personelu, ustalających zakres działania ośrodków zdrowia i ich personelu w myśl powyższej wspomnianych zasad. Instrukcje te i regulaminy winny być przed ich wydaniem zaopiniowane przez Naczelną Izbę Lekarską i Izby Lekarskie terytorjalne.

5) Zwracamy się z apelem do wyższych kierowników ośrodków zdrowia, ażeby w myśl powyższych postulatów zaniechali uprawiania leczenia w tych instytucjach”.

Dwie myśli przewodnie tych wniosków bliżej nas obchodzą w danej chwili: jedna, że lekarze praktycy potwierdzają w zupełności celowość urządzania ośrodków zdrowia, druga — że ciż sami lekarze sprzeciwiają się jak najenergiczniej leczeniu w ośro-

kach, ponieważ jest to spaczenie ich idei i godzi w interesy świata lekarskiego. Gdyby tylko te uchwały były ogłoszone drukiem, można byłoby być za lub przeciw, możnaby wreszcie przejść nad nimi do porządku dziennego, gdyby nie było tekstu sprawozdawczego, który służy jednocześnie jako podstawa dla wniosków. Otóż w tekście, zawierającym streszczenie przemówień, przebiega tak daleko idąca, tak zupełna nieznajomość rzeczy (o ile streszczenie słusznie oddaje treść przemówień), że potrzeba dyskusji w tej sprawie jest aż nazbyt widoczna. Zaczniemy najpierw od krytyki faktów i bezpośrednio z nich wypływających wniosków.

Jeden z referentów, który „omówił szczegółowo z naukowego punktu widzenia zakres działania pojedynczych poradni ośrodków zdrowia”, występował przeciw uprawianiu lecznictwa w ośrodku zdrowia, które to lecznictwo stało się „jedynym zadaniem naszych poradni”. Najpierw nasze ośrodki zdrowia bynajmniej w organizacji swej od samego początku istnienia nie wzorowały się ani na Wiedniu, ani na Paryżu. Odrębne poradnie i przychodnie, uwzględniające akcję społeczno - zapobiegawczą powstały wprawdzie już przedtem, np. w Małopolsce organizowane przez prof. T. Janiszewskiego i być może w założeniu swem miały dużo wspólnego z poradniami francuskimi Calmetta we Francji, czy Philipsa w Edynburgu, a więc i ze współczesnymi, ale ta akcja przed wojną była istotnie tylko w zaczątku, szczególnie u nas. Dopiero po wojnie, idąc śladem amerykańskich wzorowych okręgów sanitarnych z jednej strony, ośrodków zdrowia również z Ameryki zapożyczonych — z drugiej, powstały u nas instytucje zupełnie odrębne od zachodnio - europejskich, a nawet od swych pierwowzorów amerykańskich, skąd zapożyczono tylko ideę (1). Te, co są u nas, bardzo niewiele przypominają, nieliczne zresztą, amerykańskie ośrodki zdrowia, utrzymywane głównie przez grupy instytucyj dobroczynnych, różnią się też pod wielu względami od francuskich, angielskich, niemieckich i innych poradni, już nie ośrodków zdrowia; ośrodki zdrowia naszego typu tam nie istnieją, natomiast powstają i cieszą się powodzeniem mniej lub więcej liczne poradnie odosobnione.

Niesłuszne jest również twierdzenie, że nasze ośrodki zdrowia zajmują się tylko leczeniem. Jako przykład można wziąć dobrze prowadzone ośrodki warszawskie, w których lecznictwo, w postaci przepisywania środków aptekarskich, jest stosunkowo rzadko stosowane, odwrotnie, na szeroką skalę rozwija się w nich działalność zapobiegawcza, dożywianie dzieci, przygotowywanie mleka i mieszanek, szeroka propaganda i t. d. Poradnie zachodnio-europejskie naogół nie leczą, ale i tu są wyjątki, np. w chorobach wenerycznych, gdzie lecznictwo musi być w poradni stosowane, albo chory oddawany jest z poradni niejako automatycznie pod opiekę odpowiedniej polikliniki; w jaglicy, w zaburzeniach żółdkowo-jelitowych u dzieci, będących pod opieką poradni, w zwalczaniu krzywicy, leczenie dietetyczno-higieniczne także jest nieuniknione; trudno również w gruźlicy, nie wymagającej naogół środków aptekarskich, — w niektórych okolicznościach przynajmniej, wyrzec się zupełnie tego, co nazywamy leczeniem w ścisłym znaczeniu wyrazu.

Błędne jest najzupełniej i godzi w interesy właśnie świata lekarskiego twierdzenie innego pre-

legenta, że ośrodki zdrowia należy otwierać na wsi, gdzie „szerokie warstwy włościanstwa, żyjące w nędzy i ciemnocie, wydane są na łup chorób i zwyrodnienia”. Właśnie na wsi, gdzie jest ciemnota i brak opieki lekarskiej, każda instytucja, mająca coś do czynienia ze zdrowiem, niezależnie od tego, jak ją nazwiemy, musi siłą rzeczy zająć się najpierw lecznictwem. Jeżeli tam niema lekarza, będzie leczył felczer, pielęgniarka, akuszerka, sanitariusz wreszcie. Każdy człowiek, nawet będący na najniższym poziomie kultury, wie co to jest ból i szuka wszelkich środków, aby go usunąć, natomiast do zrozumienia akcji zapobiegawczej niejeden często nie dorósł, trzeba go dopiero dla tej idei zdobywać. Jest nie do pomyślenia, aby można było rozwinać akcję zapobiegawczą tam, gdzie lecznictwo jeszcze nie istnieje, gdzie chory nie ma żadnej pomocy lekarskiej w chorobie, od czego należy wszędzie zaczynać. Jest to tak oczywiste, że nawet w powiecie warszawskim, posiadającym naogół dość lekarzy, przy tworzeniu ośrodków zdrowia, wychodzono z założenia, że trzeba tworzyć ośrodki między innymi tam, gdzie dotąd niema lekarza i gdzie lekarz nie może się utrzymać, ażeby go przyciągnąć i osiedlić na stałe. W danym przypadku ośrodek ma służyć za punkt oparcia nawet materialny. Również na kursach dla lekarzy ośrodków zdrowia wszyscy niemal obecni zawsze wypowiadali się za tem, że tam, gdzie niema dostatecznej pomocy lekarskiej, ośrodki zdrowia leczą i muszą leczyć.

Dr. N. Sadowska, pracująca w małym miasteczkowym ośrodku, będąc przed rokiem na kursie w Państwowej Szkole Higieny, wygłosiła dla kolegów referat o działalności ośrodków zdrowia na wsi, tak wyrażając swe zapatrywania, przyjęte przez wszystkich prawie obecnych. „O ile na wsi chory zgłosi się do ośrodka zdrowia i nie zostanie przyjęty ze względu na to, iż choroba jego nie kwalifikuje się do kategorii chorób społecznych, to zgóry można być pewnym, że nie tylko nikt z rodziny danego chorego nigdy do ośrodka zdrowia się nie zwróci, ale że i on sam i jego rodzina szeroko będą agitowali przeciwko nowopowstałej instytucji. Dlatego uważam, że narazie na prowincji każdy ośrodek zdrowia powinien prowadzić obok specjalnych poradni, jeszcze i przychodnię ogólną, która na początku działalności ośrodka zdrowia będzie tym czynnikiem, który wytworzy atmosferę zaufania, jaka zawsze powstaje pomiędzy chorym i lekarzem leczącym”.

Sam kiedyś pisząc na ten temat (1), tak ująłem zagadnienie: „Dlatego też w miejscowościach, gdzie ludność jest mało kulturalna i nie ma zapewnionej pomocy lekarskiej, trudno liczyć na prawidłowy rozwój ośrodków zdrowia, bo będzie to gmach bez fundamentów. W tych warunkach zniekształcenie pierwotnej myśli zapobiegawczej jest niemal nieuniknione, gdyż dążenie do lecznictwa jest z natury rzeczy pierwsze i zawsze silniejsze, niż dążenie do zapobiegania”.

O szczegółach z przemówień innych mówców, jak o upaństwowieniu lekarzy na wzór Anglii, gdzie *de facto* niema żadnego upaństwowienia i gdzie lekarze praktycy z akcji społeczno-zapobiegawczej też nie są zadowoleni, o tem, że działalność pożądana i pożyteczna u nas zastępuje się „świsłkiem papieru, na którym z jednej strony pisze się statystykę, a z drugiej receptę”, (zupełnie fantastyczne, jak na

receptie „pisze się statystykę!”) i innych, mówić nie będą, gdyż nie mają one istotnego znaczenia, choć mówią o nieznanym rzeczy. Przechodzę do samego zagadnienia: czym są ośrodki zdrowia, jaka winna być ich działalność.

Określenie pojęcia „ośrodek zdrowia” jest bardzo trudne ze względu na niezwykłą różnorodność instytucyj określanych tem mianem. Dr. Dr. C. B o l d u a n i E. L e w i Ń s k i - C o r w i n w roku 1923 piszą o tem: „Żadnym terminem, używanym w planach, zmierzających do ulepszenia organizacji zdrowia, nie posługiwano się tak często i tak swobodnie, jak określeniem „ośrodek zdrowia”. Brak ścisłości tego pojęcia doprowadził do połączenia w ośrodku zdrowia najróżnorodniejszych czynności, lub grup czynności. Co więcej, dyskusja w tej sprawie stała się trudną, gdyż niema 2 osób, któreby termin „ośrodek zdrowia” jednakowo rozumiały”.

To samo, z większą bodaj słusnością, można powiedzieć dziś o całej Europie, a w wyższym jeszcze stopniu o nas. W chwili obecnej, głównie dzięki Sekcji Higieny Ligi Narodów, nazwa ta stała się modna i podciąga się pod nią różne instytucje medycyny zapobiegawczej, szczególnie wychodząc na forum międzynarodowe. Wewnątrz jednak krajów zachodnio-europejskich nazwa ta jest bardzo mało używana. Na zachodzie można mówić *de facto* tylko o poradniach, przeznaczonych do walki z chorobami społecznymi, noszących różne nazwy, różniących się zresztą znacznie w poszczególnych krajach i co do charakteru swojej działalności. Tak więc niemieckie „Fürsorgestellen”, czy „Beratungstellen”, francuskie „dispensaires”, angielskie „dispensaries” mają dużo cech wspólnych i między sobą i z naszymi poradniami, ale różnią się też pod wielu względami. Nie można też naszych ośrodków zdrowia utożsamiać z bardzo szeroko reklamowanymi instytucjami jugosłowiańskimi.

W myśl pierwowzoru ośrodek zdrowia miał być (grupą poradni, zespolonych terenowo, administracyjnie, ideowo, a przeznaczonych do walki z klęskami społecznymi (gruźlica, duża umieralność matek i niemowląt, alkoholizm, choroby weneryczne, jaglica). Takie połączenie instytucyj pracujących na tem samym polu i mających te same dążenia, było wywołane koniecznością, dążeniem do zaoszczędzenia sił i środków drogą zlania instytucyj jednakowych, skoordynowania pokrewnych, a jednocześnie obiecywało lepszą ochronę zdrowia danej grupie ludności. U nas jednak miały to być początkowo ośrodki wzorowych okręgów sanitarnych (2), którą to ideę popierali przedstawiciele Fundacji Rockefellera i na to dali pewne środki materialne. Tak więc nasze ośrodki zdrowia miały odrazu zająć się higieną otoczenia, produktów spożywczych (mleko), walką z ostrymi chorobami zakaźnymi.

W tym duchu wypowiadają się przedstawiciele państwowej służby zdrowia: Dr. St. T u b i a s z (1) tak pisze w tej sprawie: „Przedewszystkiem, co się dotyczy zakresu działalności ośrodka zdrowia, to jest rzeczą nader pożądaną, aby obejmował on całokształt zagadnień zdrowia publicznego, to znaczy, że w tej instytucji powinna się koncentrować zarówno akcja społeczno-zapobiegawcza, jak i sanitarno-policyjna. W ośrodku zdrowia powinna być prowadzona walka

z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, opieka nad matką i dzieckiem, walka z alkoholizmem i chorobami umysłowymi, może on zawierać laboratorium podręczne, poradnię sportową i inne pokrewne działy, ale tam również winien być sprawowany nadzór nad zaopatrywaniem ludności w wodę, nad usuwaniem nieczystości, nadzór nad ogólną czystością, nad środkami spożywczymi, walka z chorobami zakaźnymi i t. d.”

Dr. B. S a l a k (3), organizując ośrodki zdrowia, jako naczelnik Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Tarnopolszczyźnie i opierając się na własnym już doświadczeniu, stoi na podobnym stanowisku, a całość zagadnienia ujmuje jeszcze szerzej. W jego pracy na ten temat czytamy: „Warsztatem i najniższym ogniwem pracy lekarza, pozostającego w publicznej służbie zdrowia, winien być okręgowy ośrodek zdrowia, koncentrujący wszystkie zagadnienia zdrowotne swojego okręgu i pozostający w ścisłym kontakcie z dopełniającym go, lepiej urządzonym i wyposażonym powiatowym ośrodkiem. Lekarz powiatowy, jako lekarz naczelny Rady Powiatowej, mając do rozporządzenia środki państwowe przez poradnię społeczne i samorządowe, ma możność dokładnie nadzorować stan zdrowotny i ujmować niemal z matematyczną ścisłością wszelkie odchylenia od normy, oraz wkraczać z zarządzeniami doradcami i nawet przymusowymi wszędzie tam, gdzie przymus ze względu na interes publiczny jest potrzebny. Szpitale, sanatoria, różne zakłady lecznicze, oraz inne poświęcone higienie i zdrowotności publicznej, są jednak fachowem i przeważnie chwilowem dopełnianiem systematycznej pracy poradni społecznych, które tylko na czas pewien, np. na okres pobytu w sanatorium, tracą z oczu niektórych mieszkańców swojego okręgu, by po powrocie znowu nimi dalej się interesować”. Tak samo, tylko z większymi jeszcze szczegółami, a może i głębiej traktuje sprawę Dr. J. D a n i e l s k i (4).

Osobiście widzę duże trudności w wykonaniu do końca tak szeroko pomyślanego planu, wydaje mi się bowiem, że urządzenie przynajmniej 4—5 ośrodków na powiat wcale nie jest tak łatwe, widzę także szereg innych trudności natury organizacyjnej. W praktyce podobne objęcie przez ośrodki zdrowia całokształtu zagadnień higieny społecznej wraz z akcją policyjno-sanitarną znalazło dotąd zastosowanie dość szerokie tak w Warszawie, jak i poza Warszawą. Na 180 ośrodków pracujących w kraju w dniu 1 stycznia 1931 r., w 56 była prowadzona akcja sanitarna, którą pod kierunkiem lekarzy prowadziło 81 kontrolerów sanitarnych. Wobec tego jednak, że pełnej sieci takich ekspozytur lekarza powiatowego z jego centralą nie ma w całości żaden powiat, nawet z pośród tak zwanych wzorowych, a w większości wypadków ośrodki zdrowia są urządzone jakby przypadkowo to tu, to owdzie, wypowiedzieć się ostatecznie na ten temat trudno. Jednak akcja sanitarno-porządkowa nie jest ani w założeniu, ani praktycznie najważniejszą w działalności ośrodków, które przedewszystkiem, jeśli nie jedynie, mają zwalczać klęski społeczne, idąc drogą najmniejszych kosztów, a zmierzając do największych wyników. Pod tym względem ośrodki stoją znacznie wyżej nietylko od przychodni leczniczych, ale i od pojedynczych poradni.

(Dok. nast.).

O d c i e n k

Wiedza medyczna w Japonii.

Podał

M. MIYAJIMA, profesor Uniwersytetu Keiō w Tokio.

„Rzym nie w ciągu roku został zbudowany”, głosi powszechnie znane przysłowie. To samo rzecz można o obecnym stanie medycyny japońskiej, będącej rezultatem powolnego lecz ciągłego rozwoju, zapoczątkowanego przy pierwszym zetknięciu ze światem zewnętrznym przed przeszło 2000 lat. Wkrótce po zawojowaniu Korei przez cesarzową Jingō (200 lat po Nar. Chr.) rozwinęły się stosunki bezpośrednie z tym krajem, naskutek czego zarówno wiedza chińska, jak i Buddyzm utorowały sobie drogę do Japonii.

W pierwszej połowie V stulecia (około r. 414 po N. Chr.) został powołany do Japonii słynny lekarz koreański w celu leczenia panującego podówczas Cesarza. Leczenie jego okazało się tak skuteczne, że po nim sprowadzono cały szereg lekarzy i farmaceutów z Korei, gdzie medycyna, będąca pod wpływem Chińczyków, znajdowała się w pełni rozwoju. W ten sposób udało się utrwalić medycynę wschodnią w Japonii.

Na początku VII-go stulecia (w r. 608 po N. Chr.) na rozkaz cesarski została wysłana do Chin pewna liczba studentów na studia medyczne, jak również sprowadzono do Japonii szereg wartościowych dzieł medycznych. Jako skutek dalszy nowej wiedzy oraz jej wpływu na życie ludności japońskiej, ukazała się w drugim roku panowania cesarza Monmu (r. 702 po N. Chr.) ustawa, znana pod nazwą „Taihō-rei”, mająca na celu wprowadzenie w praktykę kierunku odrodzeniowego wykształcenia medycznego. Odtąd studenci byli kształceni na koszt państwa i zobowiązani byli uzdolnienie swe dla zawodu lekarskiego wykazywać przez egzamin państwowy.

Podczas okresu Nara (710 — 784) Buddyści przyswoili poza medycyną i inne gałęzie wiedzy. Okoliczność ta oddziaływała niekorzystnie na rozwój medycyny, mimo, że wśród nich znajdowała się znaczna liczba duchownych, którzy, jako lekarze, zdobyli wielką sławę. Pod wpływem Buddystów został nawet zbudowany większy szpital, ażeby i ludność uboga mogła korzystać z dobrodziejstw pomocy lekarskiej.

Ożywione stosunki z Chinami zostały nawiązane w okresie Heian (784 — 1186). Pokażna liczba studentów i uczonych wzbogaciła tam swą wiedzę i przyniosła wiele dzieł medycznych; dzieła klasyków medycyny dynastji Sui i T'ang przetłumaczone zostały na język japoński. Stopniowo coraz bardziej zaznacza się w medycynie japońskiej charakter narodowy, wydane zostały olbrzymie dzieła „Taidō-rujicho” (100 tomów), „Kinranhō” (50 tomów), oraz „Ōschin-hō” (30 tomów), których autorowie byli wybitnymi uczonymi swego czasu. Z dzieł tych zachowało się do dnia dzisiejszego tylko to ostatnie.

Do owych czasów kult wiedzy spoczywał tylko w rękach arystokracji. Zmieniło się to z początkiem panowania Kamakury (1190—1333), kiedy to możność wyższego wykształcenia została udzielona i innym stanom. Medycyna praktyczna i wiedza literacka zosta-

ły zmonopolizowane przez Buddystów, którzy popierali studia zagranicą.

Po upadku rządów Kamakury nastąpił dla kraju okres bezustannych wojen; szkoły zostały pozamykane, nauka upadła z wyjątkiem medycyny, która podówczas udoskonaliła się w kierunku praktycznym oraz rozwinęła się drogą studjów eksperymentalnych.

W r. 1549 przybył do Japonii Francisz Xaverius, w celu głoszenia Ewangelji. Przez niego to oraz innych chrześcijańskich misjonarzy została wprowadzona medycyna zachodnia, a przedewszystkiem sztuka leczenia ran. Dla misjonarzy tych sztuka leczenia nie była niczem innym, jak pożytecznym środkiem pomocniczym do propagowania dzieła nawracania. Nowe metody leczenia zjednały im gorliwych uczniów i doprowadziły do ufundowania nowej szkoły, t. zw. „Namban”. Jednocześnie wybudowany został szereg instytucji dobroczynnych, które obok niesienia pomocy lekarskiej prowadziły skutecznie dzieło nawracania. Gdy jednak misjonarze chrześcijańscy pod czas rządów potężnego regenta, Taikō Hideyoshi zmuszeni byli kraj opuścić, zniknęła również z nimi i medycyna zachodnia, która do końca okresu Tokugawa, przynajmniej oficjalnie utrwalić się nie zdołała.

Długoletni okres pokoju wewnętrznego podczas regimé'u Tokugawy (1615 — 1867) sprzyjał w wielkim stopniu rozwojowi medycyny oraz innych nauk. Zakorzeniona oddawna w kraju medycyna chińska, oparta na popularności klasyków chińskich (Jugaku) rozwijała się szybko, zajmując pierwsze miejsce i utrzymując je przez cały okres Tokugawa, jakkolwiek istniała wówczas i medycyna japońska, reprezentowana przez szereg poważnych sił lekarskich. Od czasu tego datują się pierwsze wpływy medycyny Europejskiej wprowadzonej do Japonii przez Holendrów. Jako pierwszy przybył do Japonii Dr. Caspar Schambertgen w roli urzędnika Holenderskiego towarzystwa wschodnio-indyjskiego w r. 1649 i nauczał medycyny studentów japońskich. Za nim przybył cały szereg innych lekarzy europejskich, którzy udzielali swą sztukę oraz wiedzę medykom japońskim. W ten sposób rozpowszechniała się bezustannie medycyna zachodnia, przyczem wprowadzono wiele dzieł holenderskich, francuskich oraz niemieckich.

W roku 1822 przybył do Deshima, pod Nagasaki, Filip Franciszek von Siebold, również jako urzędnik Holenderskiego Towarzystwa Wschodnio-Indyjskiego. Pozostał on w kraju przez lat 7, kształcąc lekarzy japońskich.

W wyniku pracy tej ukazał się w końcu okresu Tokugawy cały szereg wybitnych uczonych, jak Maeno, Sugita, Totsuka, Itō, Mitsukuri oraz inni, którzy byli zwiastunami dalszego postępu oraz oświecenia nauk medycznych ery Meji. Mężom tym przyswiecała już wówczas konieczność zastosowania metod naukowych, to też zaniechali oni starych metod chińskich. Zarówno postępy, jak i powodzenie szkoły holenderskiej wzbudziły zazdrość lekarzy miejscowych, którzy, będąc przedstawicielami szkoły chińskiej, nowych metod uznać nie mogli i pozostali wierni dawnej wiedzy wraz z jej przesadami. Czynili oni wszystko, by nakłonić rząd Tokugawy do

zakazu rozpowszechniania nowej wiedzy. Wysiłki ich nie były nadaremne, gdyż w r. 1849 zakaz taki istotnie został wydany, lecz pomimo to nowa wiedza nie mogła ulec represjom wadliwego, oraz pełnego przesądów systemu rządowego. Rzecz szczególna, iż tegoż roku metoda szczepienia *Jennera* została najpierw wprowadzona w Japonii przez lekarza holenderskiego, *Dra Mohnika*; młodzi adepci medycyny zachodniej zaczęli stosować środek zapobiegawczy przeciwko ospie, wykazując jego skuteczność. Równocześnie, kontynuowali oni potajemnie studia nad językiem holenderskim, albowiem i czytanie książek obcych było surowo wzbronione. Wkrótce wspomniany powyżej zakaz został zniesiony. Pod koniec rządu Tokugawy doszło nawet do wybudowania całego szeregu zakładów szczepienia, a studia wiedzy holenderskiej z medycyną włącznie były prowadzone przez energiczne jednostki.

Zakłady szczepienia zostały przekształcone stopniowo w szkoły medyczne, z których najstarsza i najwybitniejsza była *Jgakukan* (Instytut medyczny) w *Edo* (Tokio). Powstała w r. 1857, jako instytucja prywatna, później (r. 1860) przejęta zostaje przez rząd, będąc poprzedniczką dzisiejszego wydziału lekarskiego Uniwersytetu cesarskiego w Tokio. Inne szkoły medyczne zostały zbudowane w *Nagasaki*, *Kyoto* oraz innych miastach, wpływając na ciągły rozwój studiów medycznych. Jednocześnie zostały przetłumaczone wartościowe europejskie dzieła medyczne przez entuzjastycznych i niestrudzonych uczonych japońskich, jak *Sugita*, *Maeno*, *Katakura* oraz innych z języków holenderskiego, niemieckiego oraz angielskiego.

Wkrótce po odrodzeniu *Meiji* została zreorganizowana szkoła medyczna w *Edo* przez pewnego angielskiego lekarza *Dra Williama Willisa*. Pod wpływem kierowników szkoły medycznej postanowił rząd *Meiji* wprowadzić w Japonii w dziedzinie medycyny niemiecką metodę naukową i w r. 1871 powołał dwóch lekarzy niemieckich, *Müllera* i *Hoffmanna* jako następców *Dra Williisa*. Po nich przybyło wielu innych nauczycieli niemieckich, wśród których *Dr. van Bälz* i *Dr. Scriba* pozostali najdłużej na swych stanowiskach, ciesząc się wysokim uznaniem i sławą. Wprowadzona przez *Dra Williisa* angielska metoda naukowa nie została jednakowoż usunięta całkowicie, utrzymując swój wpływ w marynarce, gdy lekarze angielscy, *Dr. Wheeler* (1871 — 74) oraz *Dr. Anderson* (1876 — 79) zostali powołani do szpitala marynarki japońskiej w celu nauczania młodych medyków. W ten sposób utrzymał się do dzisiaj wpływ angielski w naszej wiedzy medycznej. Oprócz wspomnianych lekarzy przybył do Japonii jeszcze cały szereg lekarzy

europejskich i amerykańskich, nauczali oni swej wiedzy w różnych miejscach kraju, stosując ją również i w praktyce.

W r. 1874 przez wydane rozporządzenie rządu „*Isei*” zostało nakazane wprowadzenie europejskiej wiedzy medycznej, głównie dzięki staraniom wybitnego lekarza, jakim był zmarły *Senai Nagayo*, pierwszy Dyrektor lekarski nowego rządu. Na skutek tego rozporządzenia został wybudowany w głównych miastach kraju cały szereg szpitali oraz powstały kursy lekarskie, które krzewiły dobrodziejstwa nowoczesnej medycyny.

W dwóch wielkich wojnach, jednej z Chinami, drugiej z Rosją, medycyna japońska przeszła przez próbę ogniową. Egzamin ów wypadł pod każdym względem celująco. Odtąd wprowadzono udoskonalenia jedno za drugim. Posiadamy dziś w Japonii włącznie z Koreą, Formozą oraz południową Mandżurją, 18 szkół lekarskich „klasy A” i dziewięć „klasy B”, uczęszczanych przez przeszło 10.000 studentów. Do szkół tych przyłączone są wyższe kursy, dające możność studiów oraz specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny.

Już w r. 1879, gdy wydział lekarski uniwersytetu cesarskiego w Tokio wydał pierwszy zastęp lekarzy, setki japońskich lekarzy i lekarek udaje się do Europy i Ameryki, by się poświęcić studjom specjalnym.

W końcu r. 1927 było w Japonii 47.108 lekarzy praktykujących, z tych

7.851 absolwentów uniwersytetu
23.483 absolwentów szkół lekarskich
13.355 kt. złożyli tylko egzamin państwowy
2.228 praktykujących już przed wprowadzeniem
obecnie istniejących przepisów
191 będących przedstawicielami wschodnich szkół
medycznych.

Obok wydziału lekarskiego oraz szkół medycznych istnieje dziesięć doskonale urządzonych zakładów doświadczalnych dla poszczególnych dziedzin medycyny, z tych jest siedem państwowych, zaś trzy prywatne.

W Japonii istniało w r. 1928 45 towarzystw lekarskich, wszystkie one wydawały własne czasopisma, z pośród nich niektóre i w językach europejskich.

Liczba tych wydawnictw dosięga 60-ciu. Wydawnictwa urzędowe Akademii Cesarskiej oraz National Research Council, jakoteż czasopisma, wydawane przez wydziały medyczne i zakłady doświadczalne, redagowane są w języku angielskim, niemieckim, albo francuskim. Wszystkie owe czasopisma dają dowody postępów naukowych w Japonii i zawierają wartościowy dorobek dla wiedzy lekarskiej.

Wiadomości bieżące

We czwartek, dnia 17 września jako w pierwszy czwartek po 15-ym, o godzinie 8-iej wieczorem odbędzie się miesięczne posiedzenie lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, — Aleja Szucha 23, I p.

Porządek dzienny:

1) Sprawy bieżące.

2) Wizytator *Dr. K. Mitkiewicz*: „Najważniejsze zadania lekarza szkolnego w dobie obecnej”.

— Sanatorium dla chorych piersiowych w Rudce (st. Mrozy, woj. Warszawskie) obniżyło od sierpnia r. b. opłaty od chorych przeciętnie o 1 zł., powiększając jednocześnie liczbę miejsc tańszych.

Taka obniżka opłat stała się możliwą m. in. dzięki znacznie większej frekwencji chorych, niż przewidywał budżet i spowodowanej tem niżki kosztów generalnych. Chorzy Sanatorium korzystają nadal z mader troskliwej opieki lekarskiej (5 lekarzy

specjalistów na miejscu), i obfitego, indywidualnego odżywiania, nieograniczonego porcjami (5 razy dziennie).

— VII Zjazd Pedjatrów Francuskich odbędzie się 5—7 października r. b. w Strasburgu. Biuro zjazdu składa się z prof. Rohmora—prezesa, d-ra Worringera—sekretarza generalnego i d-ra Foresta—skarbnika.

Program naukowy Zjazdu: 5 października Les Fièvres alimentaires. Sprawozdawcy: prof. Schaeffer — Les bases physiologiques de la fièvre alimentaire. Dr. Dr. Corcan i Vallette—Études expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique. Dr. Dr. Mathieu et Chabrun — La fièvre alimentaire en clinique. — 6 października Diagnostic et traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant. Sprawozdawcy:—dr. Henyer i Vogt, dr. Cloyis-Vincent. 7 października: Formes frustes et atypiques des avitaminoses dans la première enfance. Sprawozdawca dr Bertoye.

Informacyj udziela dr. P. Wosinger. Strasbourg rue de Veaux 18.

— Komitet Organizacyjny IV-go Zjazdu Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich podaje do wiadomości program tymczasowy Zjazdu, mającego się odbyć w dn. 1-go i 2-go listopada r. b. w Warszawie w gmachu Państwowego Zakładu Higieny (Chocimska Nr. 24).

Dn. 31 października godz. 8-ma herbata koleżeńska (w gmachu Państwowego Zakładu Higieny).

Dn. 1-go listopada od godz. 9-ej rano do 1-szej po południu, referaty programowe ma temat „Dur brzuszny”: 1) Bakterjologia i serologia — prof. L. Padlewski (Poznań), 2) Epidemiologia i profilaktyka — Dr. M. Kacprzak (Warszawa) oraz inne komunikaty, dotyczące duru brzuszego. Dyskusja.

4-ta po południu — komunikaty.

9-ta wieczorem — składkowa kolacja koleżeńska (z opłatą 10 zł.).

Dn. 2-go listopada od 9-ej rano do 1-szej po południu referaty programowe na temat „Bakterjologia i patogeniza zakażeń dróg oddechowych”. 1) Patogeneza i odporność w sprawach zakaźnych dróg oddechowych—Prof. K. Lewkowicz (Kraków), 2) Bakterjologia i epidemiologia grypy — Prof. Dr. M. Gieszczykiewicz (Kraków), 3) Bakterjologia zapaleń płuc — Doc. Dr. F. Przemycki (Warszawa) oraz inne komunikaty, dotyczące tematu programowego. Dyskusja.

4-ta po południu — komunikaty.

W dn. 3-go listopada projektowane jest dodatkowe posiedzenie (o ile zajdzie potrzeba) oraz zwiedzanie zakładów bakteriologicznych, jako też instytucji sanitarno-higienicznych m. Warszawy (autobusami za opłatą 1-go złotego).

Składka członkowska stanowi 10 złotych — uprasza się o wpłacanie na konto P. K. O. — 1175 — skarbnika Zjazdu Doc. Dr. F. Przemyckiego.

Zgłoszenia referatów na Zjazd przyjmowane są do dnia 1-go października pod adresem Komitetu Organizacyjnego Zjazdu — Warszawa, ul. Nowogrodzka 82 — Miejski Instytut Higieny — Dr. Ławrynowicz.

Komitet Organizacyjny będzie dysponował pewną liczbą miejsc w kwaterach wspólnych (szpitale, bursa) bezpłatnie lub za minimalną opłatą; członków Zjazdu, reflektujących na takie mieszkani, uprasza się o wczesne zgłaszanie — zawiadomienie o przydziale wysłane zostanie pocztą.

Podczas Zjazdu w gmachu Państwowego Zakładu Higieny można będzie otrzymywać obiady w cenie 2 zł.

Członkom Zjazdu będą przysługiwały zniżki kolejowe w drodze powrotnej.

Za Komitet Organizacyjny Zjazdu.

Przewodniczący (—) R. Nitsch.

Sekretarz (—) A. Ławrynowicz.

— Dnia 15-go i 16-go maja 1932 r. (Zielone Świąta) odbędzie się w Krynicy czwarty zjazd lekarski.

Tematem głównym obrad zjazdu w części odnoszącej się do medycyny wewnętrznej, mają być: Choroby przewodu pokarmowego.

Tematem głównym obrad w części, odnoszącej się do ginekologii, ma być: Życie kobiece a wydzielanie wewnętrzne, ze specjalnem uwzględnieniem przekwitania i spraw niedorozwojowych.

Część trzecią zjazdu wypełnią odczyty z dziedziny lecznictwa zdrowego.

Podczas zjazdu będzie zorganizowana wystawa środków lekarskich.

Komitet organizacyjny zjazdu na tej drodze prosi wszystkich Kolegów o wzięcie udziału w zjeździe, zgłoszenia odczytów w granicach przez program powyżej podany określonych.

Termin zgłoszeń dla odczytów zostanie zamknięty 15-go lutego 1932 roku.

Szczegółowy program zjazdu ustalony będzie i rozesłany w marcu 1932 roku.

Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny zjazdu: Dr. Witold Skórczewski — Krynica

— Opieka Higieniczno-lekarska w szkołach polskich na Kongresie paryskim.

Jednym z trzech głównych tematów na Kongresie pedagogów szkół średnich w Paryżu (od 16—24 lipca r. b.) była „Rola lekarza szkolnego w szkole średniej”. Dyskusja poprzedzona była ankietą, na którą kilkanaście państw nadesłało odpowiedzi. W kilkunastu punktach ankiety żądano sprawozdań z tego, co na tem polu poszczególne państwa zrobiły, jaką rolę należy przyznać lekarzowi szkolnemu w dynamice szkolnictwa średniego, na czem ma polegać istota jego czynności, jego stosunek do młodzieży, w jaki sposób dokonywać wyboru lekarzy szkolnych, jak ich kształcić i t. p.

Referentem tej sprawy był p. Jose Juljo de B. Rodrigues, profesor nauk biologicznych, portugalczyk.

Otóż na podstawie licznych odpowiedzi na ankietę, które zostały wydrukowane w kilku numerach kwartalnika „Bulletin international des federations nationales du personnel de l'enseignement secondaire public”, z Polski odpowiedź, wydrukowaną w numerze 32 z czerwca, stron 77—84, nadał naczelny wizytor higieny szkolnej w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Referent na jednym z plenarnych posiedzeń, poświęconych tej sprawie, publicznie oświadczył, że zdaniem jego, organizacja pracy lekarza szkolnego w szkole, jego współpraca z ciałem nauczycielskiem, ze wszystkich krajów nie tylko Europy, ale i innych części świata najlepiej jest przedstawiona w Polsce.

Wśród polskiej delegacji, złożonej z 17 uczestników, oświadczenie to, rzecz prosta, wywołało żywe zadowolenie.

— Zasłużony, wypróbowany przyjaciel Polski, jeden z najbardziej sławnych higienistów szkolnych dr. L. Dufestel z Paryża, redaktor miesięcznika „La Medecine Scolaire”, został odznaczony Krzyżem Komandorskim „Polonia Restituta”. Dr. Dufestel na zaproszenie Rządu Polskiego bawił w Polsce w r. 1929 przez 2 tygodnie, zwiedził Wystawę Poznańską, organizację higieniczno-szkolną w kilku miastach w Polsce, napisał w prasie francuskiej szereg artykułów, wygłosił w różnych sto-

warzyszeniach w Paryżu wiele odczytów o treści niezwykle dla nas pochlebnej.

Jeszcze przed wojną, bo w r. 1910, na kongresie międzynarodowym higieny szkolnej w Paryżu, dr. Dufestel przyczynił się do utworzenia sekcji polskiej lekarzy szkolnych ze wszystkich trzech dzielnic, pomimo sprzeciwu przedstawicieli państw zaborczych i zawsze podnosił usiłowania nasze na polu higieny szkolnej.

— Kurs dla kierowników i lekarzy Ośrodków Zdrowia rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny (Warszawa, Chocimska 24), dnia 1-go października r. b. i będzie trwał 3 tygodnie.

Kurs jest bezpłatny. Wpisowe 10 zł.

— W Państwowej Szkole Higieny wydany został plakat z zakresu higieny dziecka, zakwalifikowany dla szkół przez Komisję Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. i dla instytucji sanitarnych leczniczych, społecznych i kulturalnych przez Dep. Służby Zdrowia Min. Spraw Wewn.

NADESŁANE DO REDAKCJI:

Stefan Wilczyński, Ogródki działkowe, jako zagadnienie społeczne. Kraków

1931. Nakładem Okręg. Związku Kas Chorych w Krakowie.

Dr. Henryk Kłuszyński. Reumatyzm (goście) w świetle najnowszych badań. Kraków 1931. Nakł. Okr. Zw. Kas Chorych w Krakowie.

Podstawy opieki nad matką i dzieckiem a Kasy Chorych. Praca zbiorowa Kraków 1931. Nakładem Okr. Zw. Kas Chorych w Krakowie.

Zagadnienie zwalczania gruźlicy. Praca zbiorowa Kraków 1931. Nakł. Okr. Zw. Kas Chorych w Krakowie.

Słowansky Sbornik Ortopedický 1931 r. VI r. 4.

SPROSTOWANIE.

W artykule d-ra Świdra w Nr. 37-ym na str. 847 wydrukowano: „ze względu na specjalnie łagodny charakter tych warunków”, winno być tych nacieków; w punkcie 2-gim streszczenia na str. 847 w szpalcie prawej zamiast „Tłumaczy sobie autor głównie odrębnościami lokalnymi w obrębie klinicznym”, winno być w przebiegu klinicznym.

TREŚĆ: N. ZANDOWA. Znaczenie lecznicze nakłuć przestrzeni podpajęczynówkowej. — J. EISENFARB. Znaczenie czynnika rasowego w powstawaniu nadciśnienia tętniczego. — A. RYTEL. Współczesny stan poglądów na etiologię i patogenęzę cierpień stawowych. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. W sprawie ośrodków zdrowia. — Odcinek. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Nathalie ZAND. La valeur thérapeutique des ponctions d'espace sousarachnoïdien. — J. EISENFARB. La race et l'hypertension. — A. RYTEL. L'état contemporain d'étiologie et de pathogénèse des maladies des articulations (Rev. gén.). — M. KACPRZAK. A propos des centres de la santé.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się w drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 834-48

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 r.