

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, 1 PAŹDZIERNIKA 1931 R.

Nr. 40

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Ze Szpitala Żydowskiego w Białymstoku
(Kierownik: Dr. M. Fejgin)

Zawał mięśnia sercowego czy zapalenie włóknikowe osierdzia?

Jednocześnie przyczynek do krytycznej oceny niektórych prostych prób czynnościowych wydolności mięśnia sercowego.

Podał

Mieczysław FEJGIN (Białystok).

Dn. 30/VI zgłosił się do mnie pan J. L. lat 53 z następującymi charakterystycznymi wywiadami: od 3-ich lat miewał bóle za mostkiem, promieniujące do lewego barku i l. kończyny górnej. Bóle te zjawiały się kilka razy w ciągu dnia, zawsze podczas ruchu, zmuszając go do zatrzymywania się na chwilę na ulicy. W ciągu ostatniego roku bóle były częstsze, zawsze jednak związane z wysiłkiem fizycznym. Zimą i jesienią dolegliwości te były wyraźniejsze, aniżeli latem, stale znajdował się pod obserwacją lekarską, i jak większość pacjentów obecnie, dokładnie znał poziom swego ciśnienia tętniczego, które wynosiło jakoby około 145 mm. Hg. Przed dwoma tygodniami, podczas pobytu kuracyjnego w Druskienikach dostał nagle niezwykle silnego napadu bólów w okolicy serca, które trwały bez przerwy około 48 godzin. Nazajutrz po ustąpieniu napadu pacjent poczuł po raz 1-y w życiu, jak twierdzi, wybitną duszność, która zaznaczała się nawet w spoczynku, nasilała się podczas wysiłku fizycznego, ale szczególnie dokuczała mu w nocy, kiedy zjawiał się kaszel ze skąpą śluzową płwociną, nie pozwalając mu zupełnie leżeć, tak, że musiał całe noce spędzać bezsenne na fotelu. Jednocześnie zjawiały się obrzęki stóp, które łącznie z dusznością wysiłkową zmusiły go do znacznego ograniczenia wszelkich wysiłków i ruchów, chociaż do łóżka właściwie się nie położył. Żadnych bólów w okolicy serca natomiast od ostatniego napadu nie odczuwał, moczu oddaje w zwykłej ilości, podczas nocy tylko raz jeden. Przed kilkunastu laty przechodził jakieś schorzenie nerek, miał wówczas obrzmiałe nogi, białko w moczu, leżał w łóżku 7 miesięcy. W 1914 roku spadł z drabiny, przyczem uszkodził sobie jakoby kręgosłup. [Pozatem nie chorował, żona i troje dzieci zdrowe.

Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje: wysoki, szczupły osobnik o twarzy bladawej, zlekka sinawych wargach, z tętnem 100 na min. miarowem, nieźle wypełnionem, oddechem wyraźnie przyśpieszonym 30 min. nawet w stanie zupełnego spoczynku. W płucach wyraźne zaostrenie oddechu na całej przestrzeni obydwu płuc, z nielicznymi rżeniami w dole po lewej stronie; uderzenie koniuszkowe serca słabo macalne w 5-ej przestrzeni m. — ż. nieco nazewnątrz od lewej l. środkowo-obojęczykowej, prawa granica na pr. brzegu mostka, wymiar poprzeczny stłumienia względnego $Ld = 13,5$ cm., $Dd = 2,0$ cm. Osluchowo, na koniuszku l-y ton składa się z wyraźnie oddzielonych od siebie dwóch części: nieco głuchawego dźwięku, występującego tuż przed właściwym l-ym tonem; po tym ostatnim następuje szmer skurczowy, promieniujący w kierunku pachy; drugi ton jest tu mocniejszy od pierwszego. Na lewym brzegu mostka w trzeciej przestrzeni m. ż. wysłuchuje się jeszcze ślad rozdwojenia 1-ego tonu, ale pozatem zjawia się tu szorstki, krótki szmerek o odrębnym charakterze akustycznym, przypominającym tarcie; szmerek ten towarzyszy pierwszemu tonowi i różni się zarówno od dźwięku przedskurczowego jak i od szmeru skurczowego, słyszalnego na koniuszku. Nad tętnicą płucną ten sam chropawy szmerek tarcia towarzyszy l-emu tonowi; ll-gi wyraźnie akcentowany. Nad tętnicą główną tony niezbyt głośne, ll-gi, być może, nieco zaakcentowany, to samo nad tętnicą szyjną. W jamie brzusznej zmian nie stwierdza się, poza powiększeniem wątroby na jeden palec, śledziona nie wyczuwa się; źrenice równe, okrągłe, oddziaływają na światło i przystosowanie, odruchy koladowe i Achillesa obecne; ciśnienie tętnicze 135/90 mm. Hg.

Reasumując więc, osobnik z trwającymi od trzech lat wyraźnymi dolegliwościami stenokardjalnymi, występującymi wyłącznie w związku z wysiłkiem fizycznym — typowa „angine de poitrine d'effort”, — dostaje nagle silniejszego, niż zwykle napadu, trwającego 48 godzin bez przerwy, po którym bezpośrednio zjawiają się wyraźne objawy niedomogi mięśnia sercowego w postaci obrzmienia nóg, wybitnej duszności wysiłkowej, szybkiego tętna, a co najważniejsza — codzienne napady nocnej duszności spoczynkowej (*asthma cardiale*), dowodzącej przeważającego uszkodzenia wzgl. osłabienia mięśnia komory lewej. Towarzyszy temu znaczne powiększenie poprzecznego wymiaru serca, też głównie w zakresie lewej komory, oraz charakterystyczne zjawiska wysłuchowe, które można określić

jako rytm cwałowy przedskurczowy na koniuszku, oraz wyraźny szmer tarcia sercowego na lewym brzegu mostka i nad tętnicą płucną. Nieznaczny szmer skurczowy nad koniuszkiem niewątpliwie zależał od niewielkiego stopnia niedomykalności zastawki dwudzielnej, najprawdopodobniej natury czynnościowej wskutek nadmiernego rozszerzenia lewej komory.

Analiza kliniczna powyższego przypadku nie pozbawiona jest momentów, nasuwających pewne wątpliwości, zwłaszcza, jeżeli chodzi o rozważania natury różniczkowo-rozpoznawczej.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że mamy tu do czynienia z typowym przypadkiem dusznicy bolesnej, wywołanej zapewne schorzeniem naczyń wieńcowych. Charakter bólów, ich promieniowanie, występowanie stale przy ruchu, nasilanie się zimą, brak jakichkolwiek danych, przemawiających za schorzeniem jakiegoś innego narządu, które, jak np. nietypowa kolka żółciowa; uniesienie przepony wskutek bębny lub t. zw. aerofagji, schorzenie tętnicy głównej lub brzusznej i t. d., mogłoby symulować dusznicę bolesną — wszystko przemawiało za przyjęciem natury mięśniowo-naczyniowej dolegliwości sercowych naszego pacjenta, spowodowanych przez chwilowo niedostateczne ukrwienie mięśnia sercowego w chwilach wzmożonego zapotrzebowania przy ruchu, a to z powodu organicznego zwężenia łóżyska naczyń, zaopatrujących mięsień serca. Że nie mieliśmy tu do czynienia ani z t. zw. „aortalgją“, ani z t. zw. „angina angiospastica“, wzgl. „vasomotorica“, wynikało z charakteru ostatniego napadu przed dwoma tygodniami, który spowodował tak wybitne objawy nagłego załamania się wydolności mięśnia sercowego, szczeg. w zakresie lewej komory. Objawy te, a szczególnie tak nagłe ich wystąpienie, stały się zrozumiałe jedynie, jeśli przypuścić, że ten ostatni napad spowodowany musiał być przez znaczniejsze uszkodzenie mięśnia sercowego, a mianowicie, zawał wskutek zamknięcia światła jakiejś znaczniejszej gałązki tętnicy wieńcowej — i to według wszelkiego prawdopodobieństwa — lewej. Rozważmyż teraz, czy w świetle podobnego przypuszczenia dadzą się dostatecznie jasno zrozumieć wszystkie objawy, stwierdzone u naszego chorego.

W ostatnich latach został dokładnie opracowany obraz kliniczny zawału mięśnia sercowego. Składają się nań, jak wiadomo, gwałtowny i dłużej trwający napad dusznicy bolesnej, nagły spadek ciśnienia tętniczego, przemijające wzniesienie ciepłoty, leukocytoza obojętnochłonna oraz dające się zwykle stwierdzić objawy suchego zapalenia osierdzia, a mianowicie, szmer tarcia przy osłuchiwaniu, który jednak dość trudno jest najczęściej uchwycić, gdyż bywa on zwykle b. słabo zaznaczony i ginie b. szybko — nieraz już w ciągu kilkunastu lub kilkudziesięciu godzin. Około 50% tych chorých, p—g statystyki autorów amerykańskich, którzy pierwsi uchwycili i sprecyzowali ten obraz chorobowy, ginie podczas lub bezpośrednio w następstwie napadu. U pozostałych rozwijają się objawy uszkodzenia mięśnia sercowego, do których, obok obrzęków, duszności, powiększenia wątroby i t. d., należą też rytm cwałowy, nieraz zjawiający się w tych przypadkach, a także charakterystyczne zmiany krzywej elektrokardiograficznej. Te ostatnie polegają na tem, że załamek T staje się dwufazo-

wy, często ujemny, szczególnie w trzecim odprawieniu, że linja, łącząca kompleks komorowy (QRS) z załamkiem T, zaczyna się nie na poziomie izoelektrycznym, jak w normie, lecz wyżej, lub niżej, oraz przebiega łukowato (t. zw. krzywa Pardeego).

Zmiany te, jak podkreślają zresztą autorzy amerykańscy, nie we wszystkich przypadkach się zjawiają i nie od razu, lecz rozwijać się mogą stopniowo w ciągu kilkunastu dni lub kilkunastu tygodni, a dłuższe spostrzeganie i badania elektrokardiograficzne przypadków o przebiegu pomysłnym wykazały, że z czasem mogą nawet zmiany te powrócić do normy, tak, że po kilku latach można otrzymać znów zupełnie prawidłowy wygląd krzywej. Oczywiście, że przebieg i rokowanie w tych przypadkach, pomimo tak znacznej śmiertelności bezpośredniej, zależne jest od umiejscowienia i rozległości zawału. Widujemy na autopsji pozostałości po zawałach serca, które za życia nie zaznaczyły się w żaden wyraźniejszy sposób i nie spowodowały żadnych cięższych zaburzeń czynnościowych. Istnieją bowiem w sercu, jak i w mózgu, t. zw. „zones muettes“, których uszkodzenie nie daje żadnych wyraźnych objawów. Z drugiej zaś strony uszkodzenie okolicy, w której znajdują się jakieś ważniejsze ośrodki automatyczne serca, wzgl. układ przewodnictwa, prowadzi do poważniejszych objawów. Widywano też późne zgony po zawałach serca, przebyłym na razie szczęśliwie, a to na skutek pęknięcia tętniaka, wytworzonego w bliznie pozawałowej. Jednym słowem, rokowanie w tych przypadkach przedstawia się naogół b. poważnie, nieomal groźnie. Nieraz b. nieznaczne dolegliwości stenokardjalne, bez żadnych absolutnie objawów przedmiotowych, przypisywane często nerwicy, dyspepsji i t. d., stanowią w rzeczywistości wstęp do ciężkiego, śmiertelnego napadu zawału mięśnia sercowego.

Sam przeżyłem podobny przypadek, kiedy, wezwany wieczorem do 48-letniego, dotychczas zawsze zdrowego osobnika z powodu lekkich bólów za mostkiem, zastałem pacjenta w doskonałym humorze, biegającego po pokoju i wesoło rozmawiającego z przyjacielem — bóle ustąpiły po tabletkach nitrogliceryny. Pomimo braku uchwytanych zmian ze strony narządu krążenia przy badaniu, pacjent zmarł nagle tejże nocy; *nota bene*, po mojej wizycie wyszedł on na spacer, pomimo, iż zaleciłem mu bezwzględny spokój.

Wracając teraz do naszego chorego, trzeba powiedzieć, iż wiele danych przemawiało za rozpoznaniem tutaj zawału mięśnia sercowego, aczkolwiek niektóre szczegóły nasunąć musiały pewne wątpliwości różniczkowo-rozpoznawcze. Zastanawiała przede wszystkim okoliczność, iż, pomimo tak znacznych objawów niedomogi, nie stwierdzało się obniżenia ciśnienia tętniczego, przynajmniej, jeżeli opierać się można było na danych, przytaczanych przez samego pacjenta. Można było jednak sądzić, iż w ciągu dwóch z górą tygodni od powstania zawału ciśnienie zdołało już wrócić do poprzedniej wysokości — początkowego zaś obniżenia zaraz po napadzie nie uchwyciono. Wiadomo jest bowiem, że wszystkie wspomniane wyżej objawy zawału, prócz zmian elektrokardiograficznych, których nie mogliśmy, niestety, tutaj stwierdzić, oraz zmian w czynności serca, cofają

się naogół szybko, a więc podniesienie ciepłoty leukocytoza, szmer tarcia, — już w ciągu najbliższych kilkunastu godzin często. Tymczasem jednak w naszym przypadku szmer tarcia osierdziowego występował bardzo wyraźnie, i tak długie utrzymywanie się tego, zwykle tak przelotnego objawu nasuwało myśl, czy nie mamy tu do czynienia np. nie z zawałem mięśnia sercowego, lecz z zapaleniem włóknikowym osierdza. Takie zapalenie bowiem może spowodować, jak wiemy, bóle, czasem łudząco przypominające bóle stenokardjalne, szmer tarcia może nieraz przypominać rytm cwałowy, a objawy niedomogi serca, szczególnie duszność, stanowią częste objawy, towarzyszące sprawom zapalnym osierdza.

Jednakże zapalenie włóknikowe osierdza nie spotyka się, jako schorzenie samoistne; stanowi ono powikłanie jakiejś sprawy zakaźnej ogólnej — najczęściej ostrego gościa, gruźlicy, zakażenia paciorkowcowego lub pneumokokowego, zdarza się w posuniętych stanach mocznicy, jako objaw końcowy, wreszcie towarzyszy zawałom mięśnia sercowego, jak to już było wspomniane powyżej. Z wszystkich wymienionych tu momentów etiologicznych jedynie ostatnia możliwość wchodziła w rachubę w naszym przypadku. Z drugiej zaś strony szmer tarcia wysłuchiwał się jedynie u podstawy serca; rozdwojenie I-go tonu na koniuszku (cwał przedskurczowy) akustycznie w niczem nie przypominało tego rytmu „à trois temps“, który opisują francuscy autorzy w zapaleniu suchym osierdza, i który bywa raczej mezodiastoliczny. Dalej rytm cwałowy naszego chorego wyraźnie nasilał się przy ułożeniu go na lewym boku, co również stanowi p—g M. A. Clerca, podobnie, jak i wyraźniejsze wysłuchiwanie na koniuszku, niż u podstawy, objaw, różniący rytm cwałowy od rytmu „à trois temps“ wskutek tarcia osierdza, wreszcie brak gorączki wyraźniejszej, a także tak wczesne i wybitne objawy niedomogi sercowej przy niezbyt zaznaczonych objawach zajęcia osierdza — bez wysięku (wyczuwalne uderzenie koniuszkowe i dość mocne tony) również kazały przypuszczać, iż zapalenie osierdza odgrywa tu zgoła podrzędną rolę, a na pierwszy plan wysuwa się sprawa znacznie poważniejsza i groźniejsza — znaczne uszkodzenie mięśnia sercowego. Wszystkie więc wyżej przytoczone względy przemawiały za rozpoznaniem zawału m. sercowego z wtórnymi objawami ze strony osierdza, które tylko ze względu na swą długotrwałość i uporczywość odbiegały od zwykle spotykanego w tych przypadkach obrazu.

Nasuwała się teraz kwestja postępowania leczniczego. Otóż amerykańscy autorzy podają w przypadkach zawału m. sercowego chinidynę w ciągu długich tygodni i miesięcy, uważając ją za wybiórczy niemal lek w tych stanach. Wenckebach natomiast i jego szkoła przestrzegają przed chinidyną ze względu na jej porażające jakoby działanie na mięsień sercowy. W danym przypadku jednak dominowały objawy niedomogi serca, a przeważnie lewej komory tak wybitnie, iż uważałem za *indicatio vitalis* zastosowanie natchmiastowe ouabainy, szczególnie ze względu na wybitną dychawicę sercową, w której lek ten, jak wiadomo, jest niezastąpiony. Zaproponowałem

tedy pacjentowi zapisanie się do szpitala celem dokładniejszego spostrzegania i systematycznego leczenia, co też pacjent wykonał.

Epikryza: w szpitalu chory przebył 14 dni. Poza opisanymi wyżej objawami stwierdzono brak zmian w moczu (c. gat. 1,024, brak białka i uro-genu, pojedyncze leukocyty w osadzie), ciepłotę nie podwyższoną, odczyn Wassermann'a w surowicy ujemny, liczba i wzór leukocytów najzupełniej normalne, natomiast znaczne przyspieszenie opadania krwink (OB=84 min. p—g Linzenmayera) — jedyny znak zapalnego procesu, toczącego się w osierdziu wskutek zawału.

Pacjent otrzymał w czasie pobytu w szpitalu 6 wstrzyknięć dożylnych ouabainy z glukozą, codzienne wstrzykiwania podskórne strychniny, doustnie zaś chinidynę z luminalem. Już po pierwszym wstrzyknięciu ouabainy duszność przeszła, tętno ze 100—min. zwolniło się do 80, liczba oddechów z 30—min. spadła do 24, chory spał doskonale w nocy, samopoczucie było świetne, dolegliwości żadnych ze strony serca nie odczuwał, diureza przekraczała 1 litr na dobę, wątroba przestała wystawać z pod łuku żebrowego, obręzków ani śladu nie było. Rytm cwałowy jednakże i szmer tarcia u podstawy, słabszy może nieco, ale utrzymywał się stale. I oto, po dwutygodniowym pobycie pacjent wypisał się w zupełnie dobrym stanie z poleceniem dalszej kuracji na wsi w warunkach zupełnego spokoju fizycznego i psychicznego (leżenie na leżaku w ciągu kilku jeszcze tygodni), stosując nadal wstrzykiwania strychniny podskórnie, a doustnie — chinidynę z małą dawką naparstnicy i luminalem. I oto, po tygodniu zaledwie, pomimo iż nie miał żadnych dolegliwości podmiotowych i dlatego lekcewał sobie, być może, otrzymane przy wyjściu ze szpitala zalecenie zachowania jaknajwiększej ostrożności i spokoju, pacjent zupełnie nagle upadł, z ust jakoby dostał krwotoku (choć krwawienie to zależeć mogło od uderzenia, bo upadł jakoby na twarz — szczegół ten trudno było ustalić na podstawie relacji otoczenia) i w ciągu kilku chwil życie zakończył.

Przypadek ten jest niezwykle ciekawy nie tylko ze względu na swój b. typowy przebieg, na charakterystyczną chronologję rozwijających się objawów, które już z wywiadów pozwoliły odtworzyć niemal dokładnie cały zachodzący tu zespół i ustalić ich związek przyczynowy, — zastanawia tu uporczywość szmeru tarcia, która łącznie z tak znacznym przyspieszeniem OB przemawiała, być może, za ewolucyjnym charakterem procesu zaczopowywania tętnicy wieńcowej i nakazywała ogromną rezerwę w rokowaniu pomimo pozornie pomyślnego przebiegu leczenia. Podobnie i wybitnie zaznaczony rytm cwałowy uzyskał tu całkowite potwierdzenie swego znaczenia w sensie wskaźnika ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego. Co się zaś specjalnie tyczy objawu Bieraackiego, to, być może należy w tych przypadkach zwrócić nań baczniejszą uwagę. Pozwoli to, być może, uzyskać cenne wskazówki rokownicze i rozpoznawcze tam, gdzie samo badanie kliniczne, a nawet krzywa elektrokardiograficzna nie daje nam podstaw do odróżnienia np. duszniczy bolesnej pochodzenia mięśniowego od różnych stanów czynnościowych wskutek odczynów naczynioruchowych.

A jak ważna jest sprawa należytego rokowania i rozpoznawania tych stanów, wynika z codziennej praktyki życiowej, kiedy ciągle jesteśmy interpelowani podczas przyjęć przez osobników, przychodzących ze skargami na bóle w okolicy serca

i przeważnie z gotowem rozpoznaniem, znanem już dzisiaj niemal każdemu inteligentniejszemu człowiekowi—*„angina pectoris”*. I tutaj następuje nadzwyczaj trudny i odpowiedzialny moment dla lekarza, kiedy od jego orzeczenia zależy nieraz życie pacjenta, a często i opinia jego samego. Albowiem każdemu chyba lekarzowi zdarzyło się rozpoznać „nerwicę, neurastenję, meteoryzm i t.d.” u pacjenta, który w jakiś czas po tem uspakajającym orzeczeniu niespodzianie umiera, albo też, przeciwnie, orzec, iż zachodzi ciężkie schorzenie serca w przypadku, który potem poprawia się po kuracji w Karlsbadzie lub po pobraniu środków uspakajających. Dlatego też każdy najdrobniejszy szczegół, każda wskazówka, mogąca nam w tych przypadkach dopomóc, powinna być skwapliwie zbierana i opracowana.

Wyłania się tu niezmiernie ważna i aktualna sprawa wskazania możliwie prostych i dostępnych każdemu lekarzowi nawet w warunkach praktyki prywatnej sposobów, umożliwiających chociażby przybliżoną ocenę czynnościowej wartości mięśnia sercowego. Ma to szczególnie znaczenie dla tych przypadków schorzeń układu krążenia, w których, poza skargami podmiotowymi, brak jakichś uchwytanych danych klinicznych, pozwalających na skonstruowanie ściślejszego rozpoznania, a tem bardziej—rokowania. Mam tu na myśli wspomniane powyżej przypadki dolegliwości stenokardjalnych bez odpowiednich objawów obiektywnych, dalej przypadki, w których należy powziąć decyzję co do wykonalności zabiegu operacyjnego, co do przerwania, czy utrzymania ciąży, co do możności ubezpieczenia na życie i t. d.

W ostatnich latach podawano cały szereg rozmaitych prób czynnościowych serca. Nie będę tu jednakże mówił o takich próbach, które, jak np. oznaczenie rzutu minutowego serca, wymagają specjalnych przyrządów i skomplikowanych zabiegów laboratoryjnych. Chodzi mi o próby, które nadawałyby się do powszechnego i codziennego użytku nie tylko w warunkach klinicznych, ale i w praktyce prywatnej. Pozostawiając dokładniejszą omówienie tej sprawy, do której oddawna już gromadzę materiał, na przyszłość, tu chcę tylko zaznaczyć, że istnieje szereg takich prostych i łatwo wykonalnych prób, które w wielu przypadkach mogą lekarzowi znacznie ułatwić orientację co do stanu wydolności mięśnia sercowego. Abstrahując już od wspomnianego powyżej objawu Bieckiego, który powoli, być może, czasem odróżnia sprawy natury odruchowej, wzgl. naczynioruchowej, od stanów, spowodowanych rzeczywiście przez anatomiczne zmiany w naczyniach wieńcowych i mięśniu sercowym, nieraz można wyciągnąć ważne wnioski rozpoznawcze już na podstawie zachowania się tętna w pozycji leżącej, stojącej i po wykonaniu kilku ruchów. Jeżeli bowiem w przypadkach wzmózonej pobudliwości mięśnia sercowego na tle nerwicy wegetatywnej np. (*„irritable heart”* autorów angielskich), przebiegających z przyspieszeniem tętna, z sensacjami sercowymi, łatwem męczeniem się i t. d. (podobne objawy może dawać również taka sprawa, jak wyodrębniana w ostatnich czasach *„hypotonia essentialis”*), tętno nader łatwo ulega nadmiernemu przyspieszeniu pod wpływem najmniejszego bodźca, jak zmiana poz

cji np. lub minimalny wysiłek fizyczny, czy psychiczne wzruszenie, to równie łatwo powraca ono do wartości wyjściowych po przerwaniu bodźca—już w kilkanaście lub kilkadziesiąt sekund.

W przypadkach istotnych zmian patologicznych mięśnia sercowego powrót tętna w warunkach analogicznych do pierwotnych wartości odbywa się znacznie wolniej. Otóż w naszym przypadku np. tętno z 72—min. w leżącej pozycji przyspieszyło się zaledwie do 80-u w stojącej, a do 84-ch na min. po pięciokrotnem przespacerowaniu się po sali. Lecz to nieznaczne przyspieszenie utrzymywało się jeszcze po 5-u minutach od zaprzestania ruchu.

Drugą próbę, którą od szeregu już lat wykonywałem u swoich pacjentów ambulatoryjnych, a na którą niezależnie zwrócono ostatnio uwagę w piśmiennictwie, stanowi zachowanie się u tych chorych skurczowego i rozkurczowego ciśnienia po wysiłku fizycznym. Rezerwując sobie bliższą analizę tej próby, jak to już zaznaczyłem, na później, tu wspomnę, że oddawna zwróciłem uwagę na niejednakowy odczyn ze strony ciśnienia u różnych osobników pod wpływem pewnego, nieznacznego zresztą wysiłku fizycznego, polegającego np. na piętnastokrotnem wstawaniu i siadaniu na krzeselku.

Otóż osobnicy młodzi, o prawidłowem krążeniu i niezmienionym układzie wegetatywnym oddziałują na ten bodziec przez wyraźny wzrost ciśnienia tętna, otrzymywany dzięki wzmożeniu ciśn. skurczowego przy jednoczesnem obniżeniu, wzgl. nie zmienionem ciśnieniu rozkurczowem. U osób starszych z miażdżycą naczyń i zmianami mięśnia sercowego odczyn ten wypada o tyle inaczej, że ciśn. skurczowe wznosi się b. nieznacznie lub nawet pozostaje bez zmiany, rozkurczowe zaś również nie zmienia się, tak, że i ciśnienie tętna prawie nie ulega zmianie. Za jeszcze bardziej niepomyślny wynik, wskazujący na uszkodzenie mięśnia sercowego i wyraźne ograniczenie jego sprawności, uważam taki, kiedy po wysiłku ciśnienie skurczowe obniża się, a rozkurczowe — wzrasta, powodując wyraźne zmniejszenie ciśn. tętna. U naszego chorego próba ta wypadła, jak następuje: w spoczynku ciśnienie 140/80 mm. Hg., ciśn. tętna = 60 mm. Hg. Po kilku ruchach ciśn. 130/85 mm. Hg., ciśn. tętna—45 mm. Hg., czyli o 25% mniejsze. Jeżeli uwzględnimy, że próbę tę wykonano w okresie, kiedy następstwa wstrzykiwań ouabainy wszelkie widome objawy niedomogi serca przeminęły, i, prócz rytmu cwałowego i szmeru tarcia, nie było żadnego znaku uszkodzenia czynności serca, wynik ten tem bardziej zwraca uwagę. Naogół muszę powiedzieć, że wielokrotnie miałem możność przekonania się o istotnej wartości rokowniczej tej próby, do której też zawsze uciekam się, kiedy chodzi o orzeczenie przedoperacyjne np. u osób, których stan serca nasuwa jakieś wątpliwości.

Jako trzecią próbę czynnościową serca wykonywałem zmodyfikowaną próbę wodną Kaufmanna, którą autor ten stosuje dla wykrywania utajonej gotowości obrzękowej. Podaję, mianowicie, badanemu naczeczko trzy szklanki (750 ccm.) wody do wypicia, poczem musi on trzykrotnie w przerwach godzinnych oddać mocz do osobnego naczynia, pozostając przez cały czas naczeczko i w

pozycji leżącej. Następnego dnia powtarzam tę samą procedurę z tą zmianą, że badany w ciągu trzech godzin po wypiciu swej wody spaceruje po sali. Porównując ilość i c. gat. poszczególnych porcji obydwu dni między sobą, można sądzić o wpływie ruchu na rytm wydzielania. Jeżeli uwzględnimy, że próbę tę wykonywam u osobników z niewyraźnymi objawami ze strony układu krążenia, ale bez najlżejszych objawów niedomogi, bez obrzęków, bez zmian ze strony nerek, to można, zdaje mi się, przyjąć, iż czynnik sercowy musi wpływać na zdolność wydalania wody podczas wysiłku fizycznego, jakim jest spacer po sali. A mianowicie, mniej wartościowy miesiąc serca, zmuszony do większej w porównaniu z dniem poprzednim pracy wskutek znacznego wzmożenia krążenia w czynnych przy chodzeniu mięśniach, nie potrafi jednocześnie odpowiednio zwiększyć rzutu minutowego krwi, ażeby podtrzymywać krążenie w nerkach na takiej samej wysokości, jak w zupełnym spo-

czynku fizycznym — skąd pewne upośledzenie, wzgl. opóźnienie wydalania spożytej wody.

I w rzeczy samej, w wielu doświadczeniach przekonałem się, że u osób zdrowych nie stwierdza się wyraźniejszych różnic w ilości wydalonej wody, ani nawet pomiędzy poszczególnymi porcjami jej w dniu pierwszym (spoczynku) i drugim (ruchu). Nasz chory natomiast wydzielił pierwszego dnia w ciągu trzech godzin 780 ccm. z wypitych 750 ccm., a drugiego — zaledwie 350 ccm., jak widzimy więc, różnica rażąca. Jednym słowem, wszystkie trzy, a raczej cztery próby (objaw Biernackiego, próba tężna, ciśnienia i wodna) wypadły w naszym przypadku zgodnie — wysoce niepomyślnie, nakazując wielką ostrożność w rokowaniu pomimo pomyślnego pozornie przebiegu klinicznego. Dalsze losy pacjenta, niestety, w zupełności potwierdziły to, dając jednocześnie dowód, iż proste te próby mogą mieć czasami niemałą wartość praktyczną.

Z praktyki prywatnej

Przyczynę do studjów nad rzekomą kolką wątrobową.

Podał

G. KREMER (Warszawa-Otwock).

Nie chodzi nam w danej pracy o ujęcie całokształtu zagadnienia rzekomej kolki wątrobowej, ani też o różniczkowe rozpoznanie między kolką wątrobową na tle kamicy żółciowej a innemi stanami chorobowymi, które nieraz, czy to na początku, czy w innym okresie swego przebiegu dają moment rzekomej kolki wątrobowej, jak naprz.: zapalenie dolnego płata płuca, zapalenie opłucny od strony przepony brzusznej, ropień płuca, samoistna odma, zawał płucny — wszystko po stronie prawej, dalej zapalenie wyrostka robaczkowego, kamica prawej nerki, wrzód żołądka i dwunastnicy, rak trzustki, wątroby i pęcherzyka żółciowego i t. p.

We wszystkich klasycznych podręcznikach chorób wewnętrznych, djaagnostyki różniczkowej i w piśmiennictwie można z łatwością znaleźć dużo materiału, dotyczącego się wspomnianego różniczkowania.

Chcemy w obecnej pracy poruszyć sprawę, dotychczas mało opisaną w piśmiennictwie, a mianowicie kolki wątrobowej, spowodowanej nie przez kamice żółciową, lecz przez nagły obrzęk wątroby na tle sercowo-naczyniowym.

Sigismund Bloch i André Bonnet ogłosili w r. 1928 w „Monde Medical” pracę, zatytułowaną: „La pseudocolique hepaticque des hypertendus”, w której zwracają uwagę na objawy kolki wątrobowej, które czasami stwierdza się u niektórych hipertoniców. Kolka ta ma w ogólnych zarysach charakter kolki wątrobowej, powstającej na tle kamicy żółciowej, i powtarza się u tych chorych od czasu do czasu (de temps à autre). Jednakże przyczyna tych ataków bólowych jest inna, aniżeli w prawdziwej kolce wątrobowej, i przeto autorzy dali jej miano rzekomej kolki wątrobowej.

Przytaczając wypowiedzenie się Castaigne'a i Heitz'a: „nie można nie zwrócić uwagi na stosunkowo dużą liczbę przypadków ze znacznym powiększeniem wątroby u całego szeregu hipertoniców”, Bloch i Bonnet odróżniają jednakże hepatomegalję cichą (hepatomegalie silencieuse), która zazwyczaj w schorzeniach wątroby na tle sercowo-naczyniowym zdarza się najczęściej (*cirrhosis cardiaca*, *hepar moschatum*), od postaci hepatomegalji o objawach burzliwych, która zdarza się rzadko, a ma przebieg, przypominający atak wątrobowy na tle kamicy żółciowej (congestions aiguës, bruyantes, parfois dramatiques).

Takie dwa przypadki rzekomej kolki wątrobowej są opisane przez wyżej wymienionych autorów.

Przypadek I: M. A., lat 44, wojażer, wstępuje do szpitala na oddział prof. Acharda w listopadzie 1922 r. z powodu bólu w prawym podżebrzu i lekkiej żółtaczki. Odrazu ma się wrażenie, że chory cierpi na wątrobę: spojówka oczna wyraźnie żółta, mocz o zabarwieniu ciemnego piwa. Nie sposób wydostać od chorego szczegółowej odpowiedzi z powodu jego gwałtownych bólów, nudności i wymiotów, zawierających śluz i żółć. Okolica prawego podżebrza bolesna, przyczem największe napięcie bólu ześrodkowuje się w okolicy pęcherzyka żółciowego. Nadwrażliwość powierzchowna i głęboka jest tak znaczna, że nie sposób wymacać wątroby i pęcherzyka. Ból nie promieniuje ani w kierunku łopatk, ani dołka podsercowego. Ciężota ciała normalna.

Postawiliśmy narazie, nie mogąc badać dokładniej, djaagnozę kolki wątrobowej i zastosowaliśmy leczenie klasyczne: gorące okłady, pigułki etero-walerjanowe, przy powrotnym obchodzie — z powodu gwałtownych bólów — także zastrzyknięcie morfiny.

Chory spędził noc bezsenność, siedząc w łóżku, dusząc się literalnie, w strachu i podnieceniu. Ta duszność w nocy, ze strachem, nie należąca do typowego obrazu kolki wątrobowej, skłoniła nas do przeprowadzenia szczegółowego badania.

Stwierdziliśmy, że mamy do czynienia z hipertonią ciśnienia 220—150 mm. według Pachona. Serce było duże. Uderzenie koniuszczkowe w 6 międzyżebrow. Przy wysłuchiowaniu bruit de galop. Mocz zawierał, oprócz białka, barwniki i sole żółciowe. Dokładne badanie prawego podżebrza, ułatwione dzięki spokojowi, który nastąpił wskutek morfiny, wykazało,

że dolny brzeg wątroby, który się znajduje o 4 palce niżej niż rzekomych, jest bardzo bolesny na ucisk, nie w jakimś miejscu zlokalizowanym, lecz wzdłuż całej dolnej granicy, jest miękki i wyczuwalny od dołka podsercowego aż do okolicy bliskiej wgłębienia lędźwiowego. Górna granica wątroby znajdowała się w 4-em międzyżebżu, mieliśmy więc do czynienia z prawdziwą hepatomegalią, a nie ptozą. Trzeba dodać, że można było podejrzewać u chorego alkoholizm zawodowy (wojazer firmy win) i syfilis. Zresztą, reakcja B o r d e t - W a s s e r m a n n a było częściowo dodatnia.

Zastosowaliśmy leczenie n a s e r c o w e. Po silnem przeczyszczeniu kiszek i ciętych bańkach na okolicę wątroby, wstrzykiwaliśmy choremu w ciągu 5 dni po 0,25 miligrama ouabainy dziennie, następnie w ciągu 5 dni dawaliśmy po 2 gramy teobrominy dziennie.

Stan chorego szybko się poprawił. Ból wątroby zupełnie znikł, i chory wypisał się ze szpitala po upływie 10 dni. Kontynuował swoje zajęcia dzięki terapii nasercowej, którą powtarzał co miesiąc. Po czterech miesiącach chory czuł się dobrze, miał jednakże duże ciśnienie, szerokie uderzenie galopujące serca i stały białkomocz.

Przypadek II: Przez dłuższy czas mieliśmy w obserwacji 60-letniego pacjenta hipertonia, który od czasu do czasu miewał nieznaczne zaostrzenia niedomogi sercowej. Chory wtedy dusił się, nogi miał obrzęknięte. Codzienna ilość moczu wskazywała na załamanie się diurezy. Leczenie nasercowe, stosowane niejednokrotnie, szybko likwidowało takie stany.

Pewnego dnia wezwano nas do chorego. Zamierzał zagrać w karty, gdy wtem n a g l e schwycił go s z a l o n y ból w okolicy prawego podżebrza i nudności. Chory uważał, że zapadł na zapalenie ślepej кишки.

Stwierdziliśmy, że przyczyna bólu tkwi w wątrobie, która nagle obrzękła, ponieważ mieliśmy okazję zbadania chorego dzień przedtem, i tego powiększenia wątroby wówczas nie było. Ból był na tyle gwałtowny, że uważaliśmy za wskazane natychmiastowe zastrzyknięcie morfiny z atropiną. Chory kontynuował w ciągu następnych dni swoją kurację nasercową, i wszystko powróciło do porządku. Chory zmarł po 6-u miesiącach z powodu asystolji sercowej.

Mój przypadek I: W dniu 1 maja 1930 r. zgłosił się do mnie 60-letni mężczyzna L. W y w i a d a c h odnotowano: dur brzuszny w 21-ym roku życia podczas służby wojskowej, zapalenie płuc, czerwotka w r. 1903, dur osutkowy w r. 1919; przepuklina pachwinowa prawostronna od 1915 r., lewostronna od r. 1924. Chory cierpi na zaparcie: co 2—3 dni wypróżnienia przy pomocy ławatywy lub *pulvis liquir. comp.* W nocy oddaje mocz często kroplami i z wysiłkiem. Chory narzeka, że gdy trochę zje, to już ma uczucie sytości, czasami, odwrotnie, odczuwa b. silny głód. W święta wielkanocne poczuł w nocy silne bóle w dołku podsercowym i w prawem podżebrzu oraz nudności, wymiotów jednak nie miał. Ostatnio co noc bóle się powtarzają, zawsze o tej samej porze między 1—3. Trzy lata temu miał identyczny atak bólu w nocy o 1-ej, musiano zawezwać do niego w nocy lekarza. Chory ówczesny atak przypisuje spożyciu niedobrze ugotowanego makaronu.

Dopiero pod koniec opowiadania chory skarży się na ogólną słabość, która daje mu się we znaki od kilku lat: nie jest w możności przejść 1/2 kilometra drogi bez wielkiej fatygi, w drodze kilkakrotnie odpoczywa, narzeka, że chodzić mu trudno od 10 lat.

S t a n o b e c n y. Chory budowy średniej, o twarzy nieco zsiniałej, szczególnie na końcu nosa, wargach i policzkach; o podściółce tłuszczowej średniej, o mięśniach słabych. Język obłożony. Serce powiększone, tony serca głucho, tętno niemiernowe, naczynia nieelastyczne, twarde, ciśnienie 110—80, wątroba nieco powiększona, brzuch wzdęty, mocz ciemny.

Aczkolwiek opis napadu bólowego nie odpowiadał w szczegółach typowemu napadowi kamicy żółciowej, jednakże myślałem o kolce wątrobowej na tle kamicy żółciowej, przy czem jednocześnie przypuszczałem, niezależnie od niej, miażdżycę naczyń i niedomogę mięśnia sercowego.

Zastosowałem wodę karlsbadzką, węgiel i djete 8 maja widziałem chorego ponownie. Napadów bólu przez te 8 dni nie było, chory skarży się tylko, że „czuje żołądek”. Stolec, jałowy. zatrzymany. Sen dobry, ale w nocy oddaje mocz; apetyt jest, ale żołądek szybko przy jedzeniu się napęśnia.

8 października r. 1930, t. j. po 5 1/2 miesiącach zostałem zawezwany do chorego telefonicznie o godz. 5 1/2 nad ranem, albowiem chory czuł się bardzo źle

Zastałem chorego siedzącego w łóżku, w pozycji skulonej, kurczącego się i krzyczącego z bólu, który chory lokalizował w prawem podżebrzu. Ból trwał całą noc. Twarz zsiniała. Chory narzeka, oprócz bólu, na silne nudności, wreszcie przy mnie wymiotuje. Wymioty zawierają płyn łyse śluzem i żółcią. Bóle nie ustają pod wpływem gorących okładów. Zastrzyknąłem pantoponu 0,02 z kamforą, którą miałem pod ręką. Efekt, który zwykle u chorych na kamicy żółciową długo nie daje na siebie czekać, tym razem zawiódł. Chory nadal cierpiał i krzyczał. Nad wątrobą wyraźne stłumienie na 3—4 palce pod łukiem żebrowym, i była ona tak wrażliwa na dotyk, że o dokładnem zbadaniu narazie nie było mowy. Po godzinie, kiedy drugi kolega, po mojem odejściu, zastosował powtórne zastrzyknięcie pantoponu, chory się nieco uspokoił.

Zaleciłem silne przeczyszczenie kiszek, pijawki na okolicę wątroby, leczenie n a s e r c o w e i skutek nie dał na siebie długo czekać, poprawa szybko nastąpiła, i chory po kilku dniach rozpoczął swój dawny tryb życia: codziennie małe spacerki i t. d.

Mój przypadek II: R. S., lat 55. W y w i a d: zapalenie płuc w dzieciństwie. Od trzech lat cierpi bardzo z powodu astmy. Częste napady duszności. Twierdzi, że cierpi na wątrobę; dostaje bólów w okolicy żołądka i wątroby, ból przychodzi n a g l e i utrzymuje się przez parę godzin. Stolec prawidłowy, na co zwracam szczególną uwagę. Przybyła do mnie na drugi dzień po napadzie.

S t a n o b e c n y: Wątroba znacznie powiększona, trudno macalna z powodu bólu.

Tętno 96.

S e r c e. Tony zaakcentowane i niemiernowe.

R o z p o z n a n i e: *Asthma bronchiale. Hypertrophia hepatis. Myocarditis. Cholelithiasis?*

Widziałem chorą jeszcze raz po upływie 4 miesięcy w ataku bólowym. Ból w okolicy wątroby nie miał cech promieniowania, ani w kierunku łopatk, ani na przestrzał. Wątroba znacznie powiększona.

Leczenie n a s e r c o w e wywarło skutek szybki.

Z tych 4 przypadków: dwóch B l o c h a i B o n n e t a i dwóch moich własnych — widać, jak łatwo można się omylić — szczególnie u osobników ze stanem podżółtaczkowym, o ciemnym moczu, którzy mają nudności i wymioty, stawiając rozpoznanie ataku kamicy żółciowej, gdy w rzeczywistości mamy w tych przypadkach do czynienia nie z kamicą, lecz z nagłym obrzękiem wątroby na tle sercowo-naczyniowym. Przypadki te odnotowuje się tak rzadko prawdopodobnie nie dlatego, że są w rzeczywistości rzadkie, lecz raczej dlatego, że uchodzą niesłusznie za przypadki kamicy żółciowej.

B l o c h i B o n n e t cytują powiedzenie V a q u e z a: „czasem obrzęki wątroby następują nagle wskutek ostrej niedomogi prawych jam sercowych, i wtedy takie stany dają się porównać z obrzękiem płuc, który następuje wskutek nagłego rozsze-

zenia lewej komory, i który obserwujemy u osobników z wadami zastawki dwudzielnej po wysiłku fizycznym, zmęczeniu lub porodzie".

Ostry nagły ból w okolicy wątroby na tyle dominuje nad całym obrazem chorobowym, że odsuwa na dalszy plan wszelką myśl o innym rozpoznaniu, niż kamica żółciowa.

Dla uniknięcia pomyłki rozpoznawczej, która może być fatalna dla chorego i lekarza, Bloch i Bonnet radzą przeprowadzić dokładne badanie zbolętej okolicy i układu naczyniowo-sercowego.

Otóż w odróżnieniu od bólu na tle kamicy, ból wątroby, spowodowany przez nagły obrzęk tego organu, posiada pewne cechy subtelne, na które trzeba zwrócić uwagę, o ile chcemy postawić prawdziwe rozpoznanie. Istota bólu różni się według nas w tych 2-ch przypadkach pod względem umiejscowienia i przyczyny powstawania bólu.

Ból na tle kamicy jest to ból, spowodowany próbą przedostania się kamienia żółciowego zwykle z pęcherzyka żółciowego przez przewód pęcherzykowy lub wspólny do dwunastnicy. Jego umiejscowienie jest zatem zazwyczaj przy ujściu pęcherzyka i w drogach żółciowych — w okolicach przewodów pęcherzykowego, wspólnego i główki trzustki. Natomiast ból na tle obrzęku wątroby jest bólem, par excellence należącym do tego organu, ściślej mówiąc, do jego otoczki, powstaje prawdopodobnie z powodu nagłego napinania się torebki Glissona, i łatwo daje się odczuć przez chorego, gdy palcami prowadzimy wzdłuż dolnego brzegu wątroby, od dołka podsercowego aż do tylnych części żeber, poza tem opukiwanie przestrzeni między żebrowych nad wątrobą jest również bolesne, czego zazwyczaj nie ma w bólu kamicy.

Na zakończenie zaznaczę: sytuację wyjaśni również dokładne badanie układu naczyniowo-sercowego. Otóż wzmożone ciśnienie, szczególnie minimalne (maksymalne ulega obniżeniu z powodu osłabienia mięśnia sercowego), powiększenie rozmiarów serca, głucho tony, przyspieszenie uderzeń, bruit de galop, któremu towarzyszy nieraz szmer niedomykalności zastawki dwudzielnej o charakterze funkcjonalnym — wszystko to przemawia za przyczyną naczyniowo-sercową ataku bólowego i ostrzega przed mylnem rozpoznaniem kamicy żółciowej.

Przy tej okazji zaznaczam, iż nazwa ogólnie przyjęta „kolka wątrobową”, po francusku „colique hepatique”, która oznacza atak kamicy żółciowej, nie jest ścisła i niejednego może wprowadzić w błąd, albowiem stwarza przypuszczenie, że ból, powstający podczas ataku kamicy żółciowej, jest zlokalizowany w wątrobie, w rzeczywistości zaś ból ten nie ma nic wspólnego z bólem wątroby. Jak już zaznaczyliśmy, ból ten ma miejsce nie w wątrobie (ataki kamicy żółciowej, spowodowane przez kamienie w samej wątrobie, są tak rzadkie, że nie wchodzi w rachubę), lecz w drogach żółciowych — od pęcherzyka do dwunastnicy. Nazwa niemiecka „Gallensteinkolik” raczej odpowiada rzeczywistości, oznaczając przynajmniej przyczynę kolki, t. j. kamień żółciowy, nie wskazując jednakże na lokalizację bólu. Byłoby lepiej, gdybyśmy te przypadki, którym Bloch i Bonnet dali nazwę pseudokolki wątrobowej, nazwali kolką wątrobową, bo faktycznie mamy tu do czynienia z prawdziwą kolką wątrobową, a nazwę kolki wątrobowej dla ataków kamicy żółciowej trzeba zarzucić, jako nieodpowiednią i zastąpić ją albo używaną, czasami nazwą „kolka żółciowa” lub po prostu przez „atak kamicy żółciowej”.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z 1-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)

(Dok. patrz Nr. 39)

Wśród schorzeń stawowych, powstałych na tle skazy dnawej, Teissier i Roque wyliczają następujące cierpienia:

1. *Rheumatismus chronicus simplex* (Besnier) Köhler postać tę nazywa „hypertrophische Form des primären chronischen Rheumatismus” i umieszcza ją w grupie goścca zniekształcającego. Schorzenie to najczęściej atakuje staw kolanowy w wieku między 30–40 rokiem przeważnie u kobiet, z czasem przechodzi na inne stawy duże i małe oraz powoduje trzeszczenia, niekiedy daje napady bólu o charakterze dny.

2. *Rheumatismus chr. ostealgicus* (ostealgique) — (Durand—Fardel i Besnier) spotyka się u osobników, dotkniętych dną o charakterze dziedzicznym. Bóle kostne występują po przeziębieniach, wysiłkach fizycznych, nadużyciach płciowych.

3. *Nodoses digitorum Heberdena*, które można uważać za objaw starości, występują głównie u kobiet w okresie przekwitania przy równocześnie istniejących objawach migreny, neuralgii, rwy kulszowej, goścca mięśniowego. Charcot guzki te, widoczne na nasadach stawowych ostatniego stawu paliczkowego, zalicza do zwykłego goścca zniekształcającego.

Guziczki często występują także na palcach rąk osobników młodszych, których praca zawodowa wymaga wysiłków palcowych, bądź trzymania narzędzi w palcach.

Munk opisuje przypadek guzków Héberdena u osobnika 50-letniego z 10-letnią hemiplegią. Guzki Héberdena były dobrze rozwinięte na palcach ręki zdrowej połowy ciała i słabo rozwinięte na palcach chorej strony (porażonej).

Zjawisko to tłumaczone jest czynnikami neurotroficznymi, mającymi mieć wpływ na tworzenie się wspomnianych guzków.

Nodoses Boucharda (arthritis phalango-phalangienne), podobne do guzków Héberdena, umiejscawiają się na I-szym stawie międzypaliczkowym rąk, występują wyłącznie przy rozstrzeniach żołądka. Cofanie się sprawy chorobowej żołądka zmniejsza guzowatość. Między guzkami Héberdena i Boucharda niektórzy autorzy (A. Leri) dopatrują się łączności patogenetycznej, gdyż w 30% guzków Héberdena istnieją równocześnie guzki Boucharda.

Powstawanie guzków inni znów badacze łączą ze złą funkcją kiszki, szczególnie z zaparciami. Pogląd ten Arbuthnot Lane tak dalece rozszerza, że twierdzi, że przyczyną gośćca deformującego jest zastój kiszkowy.

5. *Nodoses carpi et polluces* (P. Marie i A. Leri), spotykane prawie u większości starców między 70—75 rokiem życia.

Przy omawianiu istoty dny poruszyliśmy sprawę soli wapniowych, które odgrywają również rolę w schorzeniach stawowych. Dunin stąd opisuje dnę wapniową, której cechą charakterystyczną jest tworzenie się w tkankach okołostawowych oraz w tkance podskórnej złogów w formie guziczków (na brzuścach palców rąk), składających się z fosforanu i węglanu wapnia, bolesnych na dotyk.

Do grupy schorzeń stawowych, powstających na tle endogenetycznym, zaliczyć należy zmiany stawowe powstałe:

a) w marskości zanikowej nerek sprawa chorobowa ma skłonność do umiejscawiania się w kończynach dolnych, spotyka się u osobników z miażdżycą naczyń, przebiegając z hipertensją;

b) w żółtaczce przewlekłej (Gilbert i Fournier) w płynie stawowym stwierdzono barwniki żółci, przyczem cierpienia stawowe przebiegają niekiedy pod postacią t. zw. palców Hipokratesa ze zmianami lub bez zmian kostno-stawowych (osteo - arthropaties — Parmentier et Castaigne, Chatin i Cade) lub w postaci guzków Boucharda;

c) w niedomodze tarczycy zarówno w kierunku hiperfunkcji (*morbus Basedowi*), jak i w kierunku hipofunkcji (*myxoedema*), przyczem sprawa stawowa poprawia się w zależności od polepszenia się stanu czynności tych gruczołów;

d) w niedomodze jajnikowej w okresie menopauzy w stawach od 2 do 5 go palca;

e) w nadczynności przysadkowej, zmiany w stawach i kościach, spotykane w akromegalii;

f) w ropieniach płucnych, sprawach opłucnowych (ropnie płuc, ropne zapal. oskrzeli, rozstrzeń oskrzeli, zrosty płucnoopłucnowe), występujące zmiany w opuszkach palców niektórzy autorzy odnoszą również do tej grupy cierpień, chociaż właściwie nie są to zmiany stawowe (rhumatisme pulmonaire — osteo-arthropatie hypertrophique pneumique);

g) przy zmianach sercowo naczyniowych (Rhumatisme cardiovasculaire) zmiany jak w punkcie f;

h) w łuszczycy (Rhumatisme psoriasique), zmiany w stawach śródręczno-palcowych;

i) w rakach.

W zakończeniu omawiania grupy dyskrazyjnej, „skażającej krew” wyliczyć należy zmiany stawowe, występujące w przewlekłych zatruciach ustroju alkoholem i ołowiem.

Obecnie przejdziemy do III-go działu przewlekłych schorzeń stawowych, działu t. zw. deformującego schorzenia stawów (*arthritis chr. deformans*), znanego pod różnymi nazwami, a więc:

1. *arthritis rheumatoid* Garrod (1838),
2. *rheumatismus progressivus*,
3. *rheumatismus nodosus* (Trousseau, Charcot 1896),
4. *polyarthritis nodosa* (Waldmann),
5. *polyarthritis deformans* (*arthritis deformans* Virchow 1896),
6. *arthritis sicca* (Senator),
7. *arthritis chr. fibrosa* (Schmidt),
8. *rheumatismus artic. progrediens chr. primarius* (Pribram) i t. d.

Pribram dla pierwotnie zniekształcającego schorzenia stawów naliczył aż 22 nazwy zupełnie różne, prawie każdy autor tworzył swoje mianownictwo, tem niemniej cierpienia te dają się ująć w pewne jednostki chorobowe na podstawie momentów etiologiczno-klinicznych, które mają i pewien wspólny obraz anatomiczno-radiologiczny.

Na tem miejscu pozwalam sobie zaznaczyć, że czas już najwyższy, by istniejący chaos w mianownictwie cierpień stawowych nareszcie został zlikwidowany, i by wreszcie świat lekarski mógł mieć wspólny język w ujmowaniu cierpień stawowych.

Wśród jednostek klinicznych cierpień deformujących stawowych wyliczyć należy:

1) *polyarthritis deformans primitiva progrediens* (pierwotny wielostawowy gościec postępująco-zniekształcający), atakujący symetrycznie drobne stawy dłoni lub stóp od obwodu do ośrodka, przebiegający w parze ze zmianami troficznymi mięśni i skóry;

2) *monoarthritis s. osteoarthritis deformans* (odosobniony „gościec” zniekształcający) zajmujący zwykle pojedyncze stawy (1 lub 2).

a) *Malum senile articulatorum, morbus coxae senilis* (Adams 1857),

b) *Monoarthritis deformans juvenilis* występuje między 5—12 rokiem życia,

3) *spondyloarthritis deformans s. osteophytica* (gościec kręgowy zniekształcający).

Do wyliczonych tutaj cierpień stawowych niektórzy autorzy dodają jeszcze pewne określenia, które uzależnione są od tła etiologicznego (*infectiosa, thyreotoxica, ovarioopriva, psoriatica*), zmian anatomicznych (*sicca, serosa*), typu zniekształceń (np. zniekształt. typu Charcot) i t. d.

W sprawach chorobowych, powyżej opisanych, na plan pierwszy wysuwają się zmiany jak:

- a) zaniki mięśniowe i przykurczenia,
- b) zaniki kostne (odwapnienia i ubytki),
- c) zaniki chrząstek nasadowych,
- d) zmiany twardzinowe i słońowacinowe skóry,
- e) zmiany w budowie paznokci i włosów.

wzmożenie odruchów, oraz zaburzenia czucia dotykowego i ciepłotnego.

Zmiany te Bouchardowi nasunęły przypuszczenie, że gościec deformujący rozpoczyna się na skutek wpływu czynników troficzych, powstałych na tle uszkodzenia nerwów.

Charcot, Skoda, Teissier i Roque na zasadzie podobieństwa niektórych objawów klinicznych, spotykanych w schorzeniach ośrodków nerwowych oraz rdzenia i występujących również w „gościcu” deformującym, przyczynę tego cierpienia łączą ze schorzeniami tych ośrodków, a przede wszystkim rdzenia.

Charcot n.p. upatruje analogję między *paralysis agitans* i „gościcem” deformującym na zasadzie szponowatości ręki, objawu wspólnego obu tym cierpieniom.

Uczucie bólu, mrowienia, pokłuwania, przy braku uszkodzeń stawowych, występujące nadzwyczaj symetrycznie w obu kończynach w I-ym okresie schorzenia, jak gdyby potwierdzało te przypuszczenia, a szczególnie, gdy weźmiemy pod uwagę badania autopsyjne Teissier i Roquea, którzy w pewnej liczbie swych obserwacji anatomopatologicznych stwierdzili w rdzeniu kręgowym obecność plam różnej objętości od ziarenka soczewicy do wielkości fasoli—rozsianych w rdzeniu i uciskających pewną liczbę korzonków rdzeniowych.

W związku ze swemi spostrzeżeniami ciż autorzy podają przypadek Touchea, który w schorzeniu deformującym stawów stwierdził ogniskową plamę *pachymeningitis cervicalis*.

Szereg innych autorów opisuje zmiany w sznurach i korzonkach tylnych, zmiany w komórkach rogów przednich, uszkodzenia nerwów obwodowych.

Na podstawie tych wszystkich danych należałoby przypuszczać, że istota schorzenia już jest wykryta, niestety, podobne zmiany anatomopatologiczne były znajduwane u starców przede wszystkim i u osobników, którzy nigdy nie przechodzili schorzeń stawowych (A. Leri).

Nie będziemy omawiali szeregu prac, stwierdzających zmiany w *corpus striatum*, *nucleus caudatus*, *globus pallidus*, *putamen* i t. d., gdyż i te badania nie rozwiązały zagadnienia.

Wszystkie stwierdzone zmiany anatomicopatologiczne, czy to w rdzeniu kręgowym, czy śródmózdzia, czy oponach mózgowych lub nerwach obwodowych, dające niekiedy pewne objawy, uważać należy jako zmiany współistniejące, przypadkowe lub wtórne, zależne od tegoż samego czynnika chorobotwórczego, co i schorzenia stawów (Marinesco).

Nie ulega jednak wątpliwości, że zaburzenia odżywcze odgrywają pewną rolę, i badanie wymiany tlenowej w komórkach czyli przemiany spoczynkowej oraz badania chemii biologicznej przyniosą nowe fakty, wyjaśniające przyczyny cierpienia.

Dotychczasowe badania z zakresu przemiany azotowej, fosforanowej, wapniowej nie dały żadnych wskazówek, które doprowadziłyby nas do upragnionego celu.

Z dotychczasowych prac jedynie zgodne są badania, wykazujące łączność deformującego scho-

żenia stawów z czynnikami atmosferycznymi, a mianowicie z wilgotnym chłodem.

U 75% niewiast, dotkniętych tem cierpieniem, stwierdzono, że przebywały one w mieszkaniach wilgotnych. Ciemne sutereny, w których woda spływa po ścianach, mało słoneczne i mało mieszkania, praca w wilgotnej ziemi, praca na rzekach i morzach,—oto miejsce narodzin deformacji stawowych, schorzenie to—to cierpienie biedaków.

O ile ten ostatni czynnik przyczynowy został ogólnie przyjęty, to mechanizm jego działania jest wciąż jeszcze mało znany.

Jedni badacze przypuszczają, że stan komórek zostaje w ten sposób zmieniony przez wilgotny chłód, że mają one zmniejszoną żywotność i wydzielają toksyny, które, przechodząc do krwiobiegu, usadawiają się w oponach rdzenia kręgowego i wytwarzają *pachymeningitis toxica*, doprowadzając do zmian odżywczych w stawach. Hipoteza autointoksykacyjna jest jednak mało realna, jak to uprzednio zaznaczyliśmy.

Inni badacze dopatrują się w pleśniach, pokrywających ściany, czynnika chorobotwórczego, który, powodując infekcyjne zajęcie stawów, doprowadza do zmian zanikowych i zniekształceń stawowych.

Trzecia grupa badaczy doszukuje się w wilgoci i chłodzie czynników, zmniejszających odporność ustroju; Kessler np. znalazł zmniejszenie się ilości opsonin u zwierząt przebywających wśród wilgotnego zimna. Ustrój o zmniejszonej odporności łatwo ulega, w okresie chłodu szczególnie, wszelkim infekcjom, mogącym przenikać poprzez tkanki.

Również wpływ na powstawanie tego cierpienia, oprócz wyłuszczonych powodów, ma wiek i przeżywane emocje, co podkreślone jest w pracy Campello, który podaje, że wśród kobiet, które najczęściej ulegają schorzeniu deformującemu stawów, są młode niewiasty po przebytych silnych wstrząsach emocyjnych.

Garod opisuje powstanie tego cierpienia u matki 42-letniej, która w ciągu dłuższego czasu w okresie głodu karmiła swoje dziecko, to znów u kobiety 47-letniej, która 16 razy rodziła i miała wiele poronień, ciężko pracując od 20 lat, a której rodzice przechodzili cierpienia stawowe. Często więc po sobie następujące porody, zbyt długi okres laktacji, menoragie i krwawienia wogóle, osłabienie, kłopoty i zmartwienia i t. p.—oto nowe źródło domniemanych przyczyn zniekształcającego schorzenia stawów.

Pewien odsetek osobników chorych stanowią alkoholicy z upośledzonym odżywianiem, lub których stawy ulegają częstym urazom.

Axhausen, chcąc wykazać wpływ traumatyzacji na stawy, do stawów zwierząt eksperymentalnych wstrzykiwał substancje żrące lub używał metody elektrolitycznej, po kilkumiesięcznej obserwacji uzyskiwał deformacje stawowe.

Pomimo tylu czynników, mających powodować opisywane cierpienie, zniekształcające stawy, wielu badaczy dopatruje się i w tem cierpieniu, jak to zaznaczyliśmy przy omawianiu pleśni, zakażenia.

Teissier i Mayet w ostatnim czasie wprost twierdzą, że współistniejące warunki wil-

gotnego chłodu to tylko maskowanie właściwego cierpienia, ukrytego w organizmie, jakim jest zakażenie gruźlicze o specjalnym charakterze paragruźliczym (paratuberculose).

Billings, Coleman i Hibbs za czynnik chorobotwórczy uważają paciorkowca niehemolizującego, gonokoka lub inne bakterje o osłabionej zjadliwości.

Verhoo gen przyjmuje całkowicie czynnik infekcyjny.

Hastings, pragnąc pogłębić teorię infekcyjną, ustalił odczyn wiązania dopełniacza, w którym rolę antygeny odgrywa streptokok zieleniejący. Niekiedy odczyn dodatni otrzymywał on z antygenem gonokokowym lub antygenem dwoistym paciorkowcowo-gonokokowym.

Ustalenie czynnika etiologicznego w schorzeniach, deformujących stawy nie jest rzeczą łatwą, więc jednak przypuszczać należy, że wilgotny chłód, złe odżywianie, dyshormonoza, to tylko czynnik, uspasabiający ustrój do atakowania go przez drobnoustroje chorobotwórcze, o ile organizm sam posiada predyspozycję konstytucyjną.

Po rozejrzeniu szeregu momentów etiologicz-

nych przychodzimy do wniosku, że na powstawanie schorzeń stawowych, poza czynnikami infekcyjnymi, toksycznymi, autointoksykacyjnymi, mieszanymi, wywierają swój wpływ usposobienie, dziedziczność, odporność lub wrażliwość, płeć, wiek, klimat, rasa, położenie socjalne, czynniki statyczne i dynamiczne.

Dla celów czysto praktycznych, czy to leczniczych, czy to zapobiegawczych lub prognostycznych, dociekanie właściwych przyczyn tych tak różnorodnych schorzeń ma wielkie znaczenie, dlatego znajomość czynników etiologicznych i patogenetycznych odgrywać zawsze będzie dużą rolę w leczeniu chorób stawów.

PISMIENNICTWO

- 1) Dr. Bauer J. Der sogenannte Rheumatismus 1929.
- 2) Prof. Dr. Gudzent F. Die Gicht. 3) Prof. Dr. Gudzent F. Gicht und Rheumatismus 1928. 4) Dr. Lesné E. i Langlé J. Pseudo - rhumatismes infectieux et toxiques. N. Tr. de Méd. 1924. 5) Marinesco M. G. Rhumatisme chronique, j. w. p. 4.
- 6) Weissenbach R. J. i Françon F. Causes et traitements des Rhumatismes chroniques. 7) Schwalbe J. — Erkrankungen der Bewegungsorgane und Zoonosen 1922.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fizjologia normalna i patologiczna.

A. WUYTS. Czy megakarjocyty pełnią rolę fagocytarną? (Le Sang № 4 1931).

Doświadczenia autora wykazują, że megakarjocyty nie pochłaniają nigdy cząsteczek tuszu chińskiego, podczas gdy sąsiednie komórki siateczki są niemi obładowane; ten brak fagocytozy cząsteczek tuszu chińskiego ze strony megakarjocytów był już przedtem stwierdzony przez B e d s o n a. Doświadczenia autora z tuszem chińskim pozwoliły mu ujawnić pewną ciekawą właściwość megakarjocytów, dotąd nieznaną. Większość zwierząt doświadczalnych autora wykazywała w chwili zastrzyknięcia wyraźny odczyn megakarjocytarny, cechujący się między innymi obecnością megakarjocytów wewnątrz naczyń w rozmaitych narządach, a mianowicie: w wątrobie, płucach i nerkach. Badanie preparatów histologicznych wykazało, że te megakarjocyty zatrzymują na całej swej wolnej powierzchni liczne ziarnka tuszu chińskiego, bez tego jednak aby przenikały one do wewnątrz cytoplazmy. Spostrzeganie tego zjawiska jest trudniejsze w mięszu śledzionowym, wskutek ścisłego związku anatomicznego między komórkami siateczki, fagocytycznymi tusz chiński, a megakarjocytami. Ta własność powierzchni megakarjocytów wykazuje, że jest ona obdarzona szczególną lepkością, dopuszczaną już przez T e r r i o l i e g o na zasadzie spostrzeżeń przyżyciowych, ale doświadczalnie wykazaną przez badanie autora. Ciekawe jest porównanie tej właściwości megakarjocytów utrwalania w zetknięciu się tuszu chińskiego z właściwością płytek tworzenia z cząstkami tuszu mieszanymi konglomeratów.

Henryk J. L a n d a u.

DEUTSCH i HERMANN. Czynność wątroby przy długotrwałych wysiłkach sportowych. (Med. Klinik N. 35, 1931 r.).

Każdy długotrwały wysiłek wpływa nie tylko na komórki mięsne i przemianę materii ustroju, ale także na pozostałe narządy. Wydolność krążenia zależy, między innymi, od odpowiedniego normowania prądu krwi. Pod tym względem rozstrzygające znaczenie posiada wątroba, której ilość krwi może

wynosić 1/3 ilości ogólnego krążenia. Z tego też względu należy wątrobie poświęcić sporą część uwagi o badaniach nad pracą fizjologiczną. Jednym z głównych zadań wątroby jest strzeżenie serca przed nadmiernym przeciążeniem, wskutek zmienionych warunków oddychania i krążenia krwi, w czasie długiego wysiłku fizycznego. Muszą istnieć mechanizmy regulujące oddawanie i zatrzymywanie krwi w wątrobie, a nawet w pewnych wypadkach — tendencja do jej zastojów. Zastoje zaś wątroby idą zawsze w parze z wzmożonym wydalaniem urobilinogenu w moczu. Obecność jego w moczu może być spowodowana przez bardzo wiele czynników, jak jednak wykazały badania u zawodników, biorących udział w biegach na 10, 25 i 30 klm., ani przed biegiem, ani potem nie stwierdzono wzmożonego wydalania urobilinogenu, co zdaniem autora, należy zawdzięczać specjalnym mechanizmom, które strzegą ustroju przed nadmiernym uszkodzeniem. Pomimo tych wyników istnieć może przejściowe uszkodzenie komórek wątroby w czasie długotrwałego wysiłku, jak np. bieg 30 klm. Korzystając z przyzwyczajenia żywienia przez biegaczy przed biegiem cukru, przeprowadzono badanie czynności wątroby za pomocą galaktozy, którą podano w 200 cm.³ herbaty, po uprzednim oddaniu moczu. Ze względów technicznych, bieg trwał powyżej 2 godzin, musiano zadowolnić się zbieraniem moczu co 3 godziny, co jednak nie zmniejsza wartości przeprowadzonej próby, gdyż, o ile galaktozy niema w moczu po upływie 3 godzin, nie zjawia się ona i później. W 7 przypadkach galaktoza była b. dobrze znoszona, bez żadnych objawów ubocznych, wszyscy zawodnicy wykazali poprawę formy. W 2 przypadkach stwierdzono w moczu 0,4 i 0,7 gr., a więc ilość będąca w granicach normy. Należy wobec tego stwierdzić, iż próba galaktozowa nie wykryła uszkodzenia wątroby. Bardzo liczne spostrzeżenia wskazują na to, że zmiana gospodarki cukru idzie łącznie z przesunięciami w zawartości wody, gdyż odpowiednie zużytkowanie cukru nie może się odbywać bez wody. Spadek poziomu cukru we krwi uzależniony jest od zmniejszonej zawartości wody w wątrobie. Wpływ wątroby na zawartość wody jest podwójny: mechaniczny i hormonalny. Przemiana wodna wpływa w wybitny sposób na sprawność w czasie ćwiczeń cielesnych. Zaburzenia w tej dziedzinie objawiają

się niepokojem, drżeniem, niepewnością w nogach, a nawet utratą przytomności. Zadanie treningu polega na dostosowaniu zapotrzebowania tkanek i krwi na wodę w stosunku do czynności wątroby. Sprawnie działające mechanizmy regulujące chronią ustrój przed nadmierną utratą wody, do czego w pierwszym rzędzie konieczna jest nienaruszona czynność wątroby.

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

Gruźlica.

■ M. MICHAŁOWICZ. Gruźlica wieku dziecięcego i młodzieńczego w świetle teorii energetycznej. — Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pedjatrii. Warszawa 1931 str. 122.

Odrębna pozycja, jaką zajmuje prątek gruźlicy wśród innych drobnoustrojów, niezwykła wielopostaciowość gruźlicy pod względem klinicznym i najrozmaitsze zachowanie się ustroju ludzkiego w stosunku do zarazka gruźliczego — oto cały szereg zagadnień, które nie dają spójnego myślącemu lekarzowi. Życie codzienne lekarza, stykającego się z gruźlicą, zwłaszcza z gruźlicą dziecięcą, dostarcza tak wiele na pierwszy rzut oka dziwnych, niemal wprost niezrozumiałych przypadków pod względem rozwoju, przebiegu i zejścia, że doświadczony i myślący lekarz nie może zadowolnić się zwykłym ich rejestrowaniem lecz stara się wszelkimi sposobami zbliżyć się do rozwiązania owego równania z wieloma niewiadomymi, jakim jest według nazwy autora, „choroba gruźlicza”. Analiza dokładna prątka gruźliczego z jednej strony, zaś ustroju dziecięcego z drugiej służą autorowi do wykazania możliwości najrozmaitszego wzajemnego oddziaływania tych obu czynników z chwilą, gdy los zetknie je razem, skłaniając na czasową czy dłuższą symbiozę. Znaczenie przestrojenia ustroju, systemu chłonnego i krwionośnego znajduje obszerne oświetlenie w wywodach autora, by tą drogą, o ile to się udaje, wyjaśnić ten lub inny przebieg zakażenia gruźliczego. Pokróćcie, rzecz jasna, odtworzone są najrozmaitsze postacie kliniczne gruźlicy u dzieci w jej przebiegu ostrym i przewlekłym, groźnym i łagodnym. Ogólny rzut oka na leczenie gruźlicy dziecięcej i na walkę z gruźlicą z punktu społecznego uzupełnia monografię.

M. G.

■ Drs. OSTENFELD, HEITMANN et NEANDER. La Tuberculose au Danemark, en Norvege et en Suede. (Société des Nations. Organisation d'Hygiène).

Jest to sprawozdanie, oparte na najbardziej zasługującej na zaufanie statystyce trzech krajów Skandynawskich. Mimo woli ogarnia czytelnika pewna zazdrość, gdy widzi tę stale zmniejszającą się śmiertelność z gruźlicy, i porównywa z rzeczywistością naszego kraju, o ile wogóle można porównywać dane dość solidne skandynawskie z bardzo dowolnymi naszymi. Sprawozdanie składa się z niezwykle interesujących tabel, ułożonych według płci, wieku, prowincji, trybu życia. Nie ulega wątpliwości, że są to, jak zaznacza sekcja informacyjna, cenne dokumenty, które mogą wyjaśnić niejedno z epidemiologii gruźlicy.

M. G.

OPITZ. Zatrważająca częstość prątków Kocha u dzieci. (Münch. med. Woch. Nr. 23-1931).

Wobec złego odpluwania płwociny przez dzieci wydobywano zawartość ich żołądka naczeczno lub po przepłukaniu i w tej treści poszukiwano prątków Kocha metodą antyforminową. W razie ujemnego wyniku szczepiono wydobytą z żołądka płwociną świnkom morskimi. W najczęściej u dzieci spotykanej postaci gruźlicy płuc, którą autor określa jako *epituberculosis*, stwierdzano prawie zawsze obecność prątków. Znaczy to, że tę postać gruźlicy należy uważać za otwartą. Na 36 przypadków tylko 3 razy badanie na prątki wypadło ujemnie. Podobnie wypadły badania u dzieci z dużym powiększeniem gruczołów śródpiersia i oskrzelowych, w *meningitis tbc*. Szczególnie ciekawie wypadły poszukiwania w *erythema nodosum*,

w którym częste są zmiany okołownękowe. Na 3 przypadki *e. n.* dwa razy stwierdzono w płwocinie prątki Kocha. Prątki K. znaleziono w *pleuritis serosa*, gruźlicy kości, stawów, gruczołów szyjnych z nieznacznie czasami wzmocnionym rysunkiem wnęk. Prątki K. znajdujące się w płwocinie dzieci starszych ze zmianami, które uchodzą za sprawy zamknięte, marskie. Obecność prątków nie jest przypadkowa i można je wykazać w szeregu badań, wykonywanych co kilka miesięcy w ciągu 1—2 lat. Negatywny wynik badania klinicznego i rentgenowskiego nie dowodzi wyzdrowienia; prątki znajduje się tam, gdzie nacieł ustąpił zupełnie. Proces gruźliczy można, zdaniem O., uważać za wygaśnięty, o ile trzy kolejne z przerwami 3-miesięcznymi szczepienia płwociny dadzą wynik ujemny. Przy stosowaniu odmy sztucznej należy uwzględnić obok stanu ogólnego, kaszlu, ciepłoty, biologiczną próbę na obecność prątków K. Poulsen i Friedländer uważają, że każde dziecko alergiczne w okresie pierwszych lat życia wydała prątki Kocha; jest to tem pewniejsze, im dziecko jest młodsze. Wywody powyższe wskazują na częstość dzieci prątkujących i na wynikające stąd niebezpieczeństwo zakażenia w zbiorowiskach większych (szkoły, ogródki, schroniska).

T u r y n.

S. A. PETROFF. W sprawie ochronnego szczepienia przeciwko gruźlicy. (Beitr. z. Klin. der Tub. — Kwiecień 1931 r.).

W artykule swym omawia autor sprawę uodpornienia ustroju przeciwko gruźlicy za pośrednictwem 3-ch nast. metod: 1. żywych jadowitych laseczników, 2. martwych prątków gruźliczych (zabitych przez ogrzewanie w temp. 65 st. przez 30 min.), 3. niejadliwych żywych bakterii w postaci szczepionki BCG. Szczepionki z żywych jadowitych bakterii według wszelkiego prawdopodobieństwa uodporniają ustrój — są jednak dlań niebezpieczne. Niema bowiem dotąd rękojmi, że pod wpływem odpowiednich warunków nie zostaną zainfekowane tkanki i w następstwie nie wystąpi kliniczny obraz gruźlicy. Szczepionka z ogrzanych martwych bakterii powoduje wprawdzie nadwrażliwość ustroju — nie wytwarza jednak całkowitej odporności. Nieco szerzej traktuje autor kwestję uodporniania za pośrednictwem szczepionki BCG (*bacillus Calmette - Guérin*). Geneza tej szczepionki jest nast.: przed 20 laty rozpoczął Calmette hodowlę lasecznika *typus bovinus* na podłożu, składającym się z gliceryny, kartofla i żółci. W owym czasie był ten lasecznik zjadliwy dla bydła, świnki morskiej i królika. Po 20 latach hodowli otrzymał Calmette szczep zupełnie niejadliwy dla zwierząt laboratoryjnych. Autor osobiście aprobejuje pogląd, iż szczepionka BCG przypuszczalnie nie przyczynia się do rozszerzenia procesu gruźliczego; ze względu jednak na to, iż nie wierzy w stałość własności biologicznych żywej materii obawia się, że szczep ten, hodowany przez czas dłuższy na innym podłożu, odzyska zjadliwość. Reakcja jest odwracalna. Z tego li tylko powodu staje autor w szeregach tych, którzy zwalczają szczepienia ochronne żywymi lasecznikami gruźliczymi.

R. L e w ó w n a.

Sandor PUDER. Podciśnienie u gruźlików. (Beitr. zur Klin. der Tub. Kwiecień 1931).

Reakcję psychiczną Baratha i próbę adrenalinową zużytkował autor do określenia ciśnienia oraz jego wahań u gruźlików. Reakcja psychiczna Baratha polega na tem, że choremu, któremu się określa ciśnienie, oznajmia się o mającym się dokonać bolesnym zastrzyknięciu. Tuż po tem wstrzykuje mu się dożylnie 0,5 cm.³ soli fizjologicznej i określa ciśnienie co 1/2 min. w ciągu 3-ch minut. U ludzi normalnych lub obarczonych lekkim schorzeniem gruźliczym, po 1/2 min. występuje wzmoczenie ciśnienia, które po 1—3 min. wraca do stanu poprzedniego. W przypadkach średnio lub daleko posuniętej gruźlicy powrót do pierwotnego poziomu bywa opóźnio-

ny, co autor kładzie na karb braku czynników, regulujących ciśnienie. Te same zjawiska zaobserwowano przy zakładaniu sztucznej odmy. Początkowe stadia gruźlicy dają pewną zwiększoną ciśnienia i szybki powrót do pierwotnego poziomu. W ciężkich przypadkach podskok ciśnienia nieznaczny i spóźniony, powrót do normy po 6—24 g.; niejednokrotnie zdarza się brak zmiany ciśnienia, lub jego obniżenie. Zgadza się to ze spostrzeżeniem F l e m m i n g a, który stwierdza u gruźlików po pracy fizycznej obniżenie ciśnienia tętniczego. Doświadczenia z adrenaliną wykazały również obniżenie wrażliwości u osób z posuniętym procesem gruźliczym. Podciśnienie występuje już wówczas u gruźlików, gdy stan serca i ogólny są zadawalające. W tych razach należy winić narządy jamy brzusznej, które ulegają nadmiernemu przekrwieniu i upośledzają w ten sposób ogólny krwioobieg.

R. L e w ó w n a.

H. KUTSCHERA - AICHBERGEN. O leczeniu gruźlicy żywymi prątkami gruźliczymi. (Beitr. zur Klin. der Tub. Kwiecień r. 1931).

Odporność osobnicza jest niewątpliwie najpoważniejszym czynnikiem, decydującym o losie chorego na gruźlicę. Z tego też względu podniesienie odporności przez odpowiednie leczenie jest rzeczą pierwszorzędną wagi. Baczna tedy należy zwrócić uwagę na żywe laseczniki gruźlicy, które wprowadzone w należyty sposób do ustroju mają, według twierdzenia autora, odporność jego powiększyć. Wszystkie badania (w 49 przypadkach) były dokonywane ze szczepionką z saskich zakładów surowiczych, która zawiera nieosłabione żywe laseczniki gruźlicze zjadliwe dla świnki młodszej. Szczepionką, dostarczoną przez zakłady „Lympha“, a oznaczoną dla skrótu przez autora literą „L“, okazała się również czynną, jak i szczepionki z saskich zakładów surowiczych. L — szczepionka zawiera w 1 cm.³ 0,01 prątków gruźliczych. Na podstawie swoich doświadczeń uznał autor za najwłaściwsze szczepić 0,001 mg. doskórnie w odstępach 3 tygodniowych w ciągu od 2 do kilku lat przyczem do uodporniania używać należy świeżej szczepionki, gdyż w ten sposób unika się zbyt rozległej reakcji tuberkulinowej. Do leczenia gruźlicy żywymi lasecznikami gruźliczymi nadają się: 1. postaci gruźlicy marskiej, 2. niezbyt daleko posunięte procesy rozpadowe oraz te rozpadowe, w których na drodze mechanicznej (*pneumothorax*, *phrenicoexhaeresis*) zostaje zatamowane dalsze wysiewanie laseczników do ustroju, 3. te przypadki, w których alergja skóry jest jeszcze zachowana. Dzieci można poddawać kuracji wówczas, gdy najmniej o 4 mies. wcześniej stwierdza się dodatni wynik reakcji tuberkulinowej. Leczenie winno być tylko stosowane u dzieci, dziedzicznie obciążonych gruźlicą i przed okresem dojrzałości płciowej. Przeciwwskazaniem do stosowania kuracji żywymi lasecznikami są świeże nacieki z tendencją do zserowacenia i wytworzenia jam, oraz ostre procesy wysiękowe. W powyższych przypadkach zachodzi obawa pogorszenia sprawy wskutek tuberkulinizacji ustroju. W sprawie szkodliwości stosowania żywych bakterij gruźliczych w sensie nasilenia procesu dochodzi autor, na zasadzie swoich obserwacji, do wniosku, że w przypadkach podpadających pod wyżej wymienione grupy, można bez obawy stosować leczenie żywymi lasecznikami gruźlicy. Reakcja tuberkulinowa wypada słabiej, niż przy leczeniu czystą tuberkuliną. Według poglądów autora prawdziwe uodpornienie ustroju gruźlika może nastąpić li tylko na drodze długotrwałego stosowania żywych laseczników gruźliczych.

R. L e w ó w n a.

Miliwoj SARVAN. Znaczenie śledziony w gruźlicy doświadczalnej. (Beitr. zur Klin. der Tub. — Kwiecień 1931 r.).

Zestawienie poglądów różnych badaczy na wpływ śledziony na przebieg gruźlicy ujawnia, że usunięcie śledziony hamuje rozwój gruźlicy w narządach jamy brzusznej i wzmacnia odporność pozostałych narządów ustroju. Pogląd powyższy

został potwierdzony przez autora w doświadczeniach na małpach — *macacus rhesus*. Okazało się, że w tych przypadkach, w których przed zaszczepieniem gruźlicy usuwano śledzionę, narządy jamy brzusznej były albo wcale, albo też minimalnie dotknięte procesem. Pozostałe narządy ustroju wykazały mniej posunięte zmiany, niż te, w których śledziona została zachowana.

R. L e w ó w n a.

A. KENNER. Dwa przypadki bacillemy gruźliczej w dychawicy oskrzelowej. (Wien. kl. Woch. № 23-1931).

Autor podaje opis dwóch typowych przypadków dychawicy oskrzelowej, których jedyną osobliwością było znalezienie w krążącej krwi (według L ö w e n s t e i n a) prątków gruźliczych. Wydaje się możliwym, że prątki wraz z toksynami działają jako allergen. Jest rzeczą znaną, że gruźlicy towarzyszą także inne objawy (*urticaria*, *oedema fugax* i t. d.), które należy uważać za oznakę nadwrażliwości w stosunku do prątka gruźliczego.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

Choroby kobiet i położnictwo.

R. H. PARAMORE. Teorie mechaniczne powstawania eklampsji. (Gyn. et Obst. № 2 T. XXIII 1931).

Eklampsja bywa w 70% u pierwiastek, które są zwykle mocne i zdrowe. Czem kobieta czuje się zdrowsza, tem więcej pracuje, tem więcej je i tem więcej dostarcza wszystkim swym organom wzmoczoną funkcję. Macica, powiększając się, wywiera mechaniczny ucisk na wszystkie organy, w pierwszym rzędzie na arterje, które, będąc przyciśnięte, nie pozwalają rozwijać się tym organom, które unaczyniają. Wobec tego, że tłocznia brzuszna u pierwiastek jest mocniejsza, ucisk na organy jest większy. Dlatego też eklampsja u pierwiastek spotyka się częściej. Czem więcej kobieta pracuje, tem gorzej się odżywia, gdyż organy, jak wątroba i nerki muszą silniej pracować. Eklampsja nie bywa u kobiet, które nadmiernie tyją lub mają w brzuchu guz czasami i większy niż 9-io miesięczna ciąża, dlatego, że guz i tycie powiększają ciśnienie wśrodbrzusne bardzo powoli, organy wewnętrzne przystosowują się do tego ciśnienia, nie degenerują się jak to bywa podczas ciąży, która trwa zaledwie kilka miesięcy. Kobiety z guzem jedzą mało, podczas gdy kobieta ciężarna je dużo, dziecko w ostatnich dwóch miesiącach powiększa się w dwójnasób i powiększa zapotrzebowanie dla siebie, powiększając pracę wątroby i nerek matki. Najczęściej eklampsja bywa przy nadmiernem powiększeniu się macicy z powodu dwojaczków, *hydramnion*, zaślada groniastego, ukrytego krwotoku wewnątrzmacicznego i t. p. Wszystkie te wypadki wywierają mechaniczny ucisk na organy wewnętrzne kobiety.

L. E b i n.

A. MELCHIOR. Podskórne iniekcje tlenu i świąd sromu. (Gyn. et Obst. № 3 T. XXIII 1931).

Zdawałoby się, że jest absurdem stosowanie zastrzykiwań tlenu podskórnie przy świądzie sromu. Jednakże dwa argumenty, teoretyczny i praktyczny przemawiają za stosowaniem tego środka. De M o o r i jego uczniowie dowiedli w swoich rachach, że tlen przyspiesza rozrost oddzielnych komórek, czyli warunki bytowania tkanki zostają ulepszone. Dlatego też byłoby logiczne pomyśleć o tem, że tlen może podzielać na świąd sromu, ale tylko w wypadku samorodnym, kiedy nieraz przypadek jest niemożliwy do wyleczenia. Autor zastosował tę metodę u 9-ciu chorych, z których miał możność sprawdzić 7, i u wszystkich znalazł znaczną poprawę. Czasami musiał powtarzać kilka razy ten zabieg i po każdej iniekcji chora czuła się lepiej. Iniekcje innych gazów, jak wodór lub kwas węglowy nie działały zupełnie. Autor zaleca kolegom stosowanie tej metody i ma nadzieję, że tylko masowe leczenie tlenem może wskazać drogę do leczenia tak uporczywej choroby jak samorodny świąd sromu.

L. E b i n.

Francesco SPIRITO. Jak zapobiec powstawaniu raka na szyjce macicznej. (Gyn. et Obst. Nr. 3 T. XXII 1930).

Dziwnem wydaje się zapobieganie powstawaniu raka, etiologia którego dotychczas nie jest znana. Chociaż nie możemy działać na przyczynę choroby możemy jednakże podzielać na teren, czyli na przyczyny, które sprzyjają powstawaniu tej choroby. Trzeba jednakże stanowczo ustalić, że przyczyną powstawania raka szyjki macicznej jest nadżerka. Wszyscy ginekolodzy wiedzą, jak trudno jest wyleczyć nadżerkę na szyjce macicznej. Często obserwuje się nawroty, gdyż nie jest to choroba miejscowa, a chroniczne zapalenie organów rodnych. Statystyka raków szyjki macicznej wykazuje, że powstają one rzadko u dziewicy. Na podstawie długoletnich obserwacji autor skonstatował, że każdy rak szyjki macicznej powstaje tam, gdzie była poprzednio nadżerka. Wobec tego, że autor nigdy nie zauważył raka szyjki macicznej po amputacji, przychodzi on do wniosku, że nadżerkę szyjki powinno się leczyć amputacją szyjki. Operacja ta jest bardzo lekka i może przyczynić się do zapobiegania raka szyjki macicznej. Operację tę powinno się wykonywać przy każdej dużej i nie dającej się wyleczyć nadżerce. Niektórzy autorzy znajdują, że często budowa histologiczna nadżerki przedstawia duże trudności rozpoznawcze. Istnieje cała gama budowy tych nadżerek: od chronicznego zapalenia do raka. Między temi krańcowymi rozpoznaniem bywa nadżerka jako dobrośliwy nowotwór, pochodzenia zapalnego, zaś rak jest konsekwencją chronicznego zapalenia szyjki macicznej.

L. E b i n.

FELDWEG. Znaczenie *menarche*. (Münch. med. Woch. № 31 — 1931).

Zależność pomiędzy klimatem rasą, sytuacją społeczną i odżywianiem z jednej strony a początkiem miesiączkowania nie jest wyraźna. Fałszywe jest mniemanie, że dojrzewanie występuje wcześniej w okolicach gorących, niż zimnych. Istnieje jednak związek między zbyt wczesnym lub zbyt późnym dojrzewaniem a dalszym życiem płciowym; wyraźne stosunki uwydatniają się tylko w przypadkach skrajnych (przed 9-ym i po 20-ym roku życia). Dane statystyczne z 3000 przypadków stwierdzają, że najczęstszą, więc normalną dla dziewcząt porą dojrzewania są 14, 15 i 16 rok życia. Czas trwania okresu miesiączkowego daje uchylenia od normy zarówno u zbyt wczesnie, jak u zapóźno dojrzewających. To samo dotyczy obfitości i czasu krwawienia, jakkolwiek skłonniejsze do krótkotrwałego krwawienia są dojrzewające później. Osoby z dziećciami narządami rodnych spotykają się najrzadziej w grupie miesiączkujących normalnie. Niepłodność i skłonność do poronień idą z tem równolegle. O ile 80% normalnie dojrzewających rodzi samoistnie, to pomiędzy dojrzewającymi wczesnie jest ich tylko 64%, a dojrzewające późno dają 76% rodzących samoistnie.

F. T u r y n.

J. SCHNITZLER. Nowotwory kobiecych gruczołów piersiowych. (Wien. kl. Woch. № 30-1931).

W odniesieniu do tak zwanych mastopatyj (sutki torbielcowate, *fibroadenomatosis cystica* i t. d.) niewiadomo, czy chodzi tutaj o zmiany zapalne, czy też nowotworowe. W każdym razie bywają w sutkach rzeczywiście łagodne włókniakogruzielaki, które, jako takie, należy operować ze względów kosmetycznych. Tak zwane sutki krwawiące nie muszą bezwzględnie zależeć od raka, ale muszą budzić silne jego podejrzenie. W razie rozpoznania raka należy operować radykalnie, celowe jest następnie naświetlanie promieniami Roentgen a, a z powodu związku między cyklem jajnikowym i równoległą przebudową w sutkach zaleca się w związku z operacją kastrację zapomocą naświetlań promieniami Roentgen a.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

E. PREISSECKER. O porodach po całkowitem pęknięciu jelit. (Wien. kl. Woch. № 29-1931).

Dobrze potraktowane pęknięcie jelit, nawet jeśli było ono całkowite, nie daje zupełnie powodu do oczekiwania trudności przy następnych porodach. Również plastyki krocza nie utrudniają późniejszych porodów. Jednakże dla matki i dziecka jest korzystnem, aby we właściwym czasie i właściwym miejscu odprężono krocze i pochwę przez wykonanie często tylko drobnego nacięcia krocza (*episiotomia*).

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

H KATZ. W sprawie znajomości trudno wytłomaczalnych przypadków nagłej naturalnej śmierci podczas porodu. (Wien. kl. Woch. Nr. 32. 1931).

W opisywanym przypadku kobieta po pęknięciu pęcherza płodowego nagle zaczęła upadać na siłach i w ciągu 20 minut zmarła pomimo udzielonej pomocy na klinice. Przed porodem wykazano lekki białkomocz i ciśnienie krwi = 150 mm. Hg. Podczas wykonanego dla uratowania dziecka na chorej cięcia cesarskiego, stwierdzono przedwczesne odklejenie się łożyska na umiarkowanej przestrzeni. Ta wskazówka toksycznego pochodzenia nie znalazła prawie zupełnie potwierdzenia na sekcji, podczas której stwierdzono jedynie słabo uchwytne zmiany w nerkach. Tego rodzaju na szczęście rzadkie przypadki mogą lekarza-praktyka, pomimo największej sumienności, narazić czasem na zarzut jakiegoś zaniedbania.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

P. WERNER. Co daje skrobanka i próbne wycięcie dla wczesnego rozpoznania raka macicy. (Wien. kl. Woch. Nr. 34. 1931).

Bez wątpienia skrobanka i próbne wycięcie przedstawiają dzisiaj najpewniejsze metody pomocnicze w rozpoznawaniu rozpoczynającego się lub leżącego w ukryciu raka, nie są jednak zupełnie niewinnymi i nieszkodliwymi metodami (ciężkie następstwa krwotoki, niebezpieczeństwo szybkiego szerzenia się wzrostu i częstego zakażenia raka, groźba przebiecia macicy). Dlatego nie należy uważać tych zabiegów za drobne i należy do nich, o ile możliwe, przystępować tylko wtedy, gdy następnie w związku z tem można wykonać operację. Jeśli podejrzenie raka jest bardzo duże, lepiej jest wykonać natychmiast radykalną operację.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

■ Martin GUMPERT. Die gesamte Kosmetik — ein Grundriss für Ärzte und Studierende. (Lipsk, 1931. nakł. Georg. Thieme).

W książce, zawierającej 228 stron druku i 45 rysunków w tekście podaje autor w wyczerpujący i przystępny sposób zarys kosmetyki lekarskiej na podstawie własnego doświadczenia i danych z piśmiennictwa.

Po ogólnych uwagach wstępnych, dotyczących estetyki, historii kosmetyki, anatomii i fizjologii skóry, następuje kilka wyczerpujących przedstawionych działów szczegółowych, jak: technika pielęgnowania skóry, włosów, paznokci i jamy ustnej (środki chemiczne, sposoby fizyczne, leczenie klimatyczne, kąpiele, masaż, sport, odżywianie, sposoby chirurgiczne i t. p.). W drugim dziale omawia autor najważniejsze schorzenia skóry, posiadające znaczenie ze względów kosmetycznych i podaje sposoby ich leczenia (zmiany przerostowe naskórka, blizny nowotwory skóry, zmiany barwikowe, znamiona, zmiany w krążeniu skóry, schorzenia gruczołów skórnych włosów i paznokci). Trzeci dział, dotyczący kosmetyki operacyjnej, zawiera dokładny opis zabiegów chirurgicznych, przy których pomocy można poprawić wzgl. usunąć pewne wady kosmetyczne (operacyjne usuwanie

fałdów skórnych, kosmetyczne operacje sutków u kobiet i t. p.).

W końcowych rozdziałach porusza autor ważne zagadnienia ogólne, dotyczące znaczenia kosmetyki w życiu codziennym i wpływu wad kosmetycznych na psychikę chorych.

Całość jest wydana na dobrym papierze, a załączone rysunki i zdjęcia fotograficzne na papierze kredowym. Książka jest godną polecenia, gdyż zawiera treściwy opis najważniejszych metod usuwania i poprawiania wad kosmetycznych, odpowiadających potrzebom lekarza praktyka.

Adam S t r a s z y ń s k i.

G. NOBL. **Ogólne postępowanie w chorobie wypryskowej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 34. 1931).

Należy tutaj podawanie tyreoidyny w przypadkach, w których leczenie miejscowe pozostało bez wyniku, a istnieją oznaki niewydolności tarczycy. Mniej skutecznymi, aniżeli to leczenie, okazują się preparaty jajnikowe w wyrzutach miesięcznych i ciążowych. W wypryskach alergicznych, przebiegających z silnym swędzeniem, udaje się osiągnąć dobre wyniki zapomocą naświetlań śledziony, stosując dawki podrażniające, lub zapomocą zastrzykiwań wolnego od białka soku śledzionowego (Nodunon). Ważniejszym jest stwierdzenie ciąż, które były punktem wyjścia stanu uczulenia i swoiste zwalczanie nadwrażliwości.

W pewnych warunkach wkracza w swe prawa nieswoiste odczulanie zapomocą parenteralnego podawania białka (mleko, aolan, cascetan), wśródmięśniowe stosowanie terpentyny (olobinthin, terpichin), siarki (sufrogel), wśródżylnie zastrzykiwania surowicy krwi, rozczyńców soli kuchennej i cukru gronowego. Obok tego podaje się wapno, dalej stosuje się naświetlania promieniami Roentgena zarówno ognisk wypryskowych, jak i też odcinków ciała, nie wykazujących zmian. W cukrzycowych zaburzeniach przemiany materii, nawet w razie samego tylko podniesienia się poziomu cukru we krwi bez wydalania cukru z moczem, należy stosować odpowiednią dietę. Mniej widoków powodzenia posiada leczenie konstytucyjnej artretycznej zapomocą właściwej diety i zastrzyknięć atofanyli. Badania i doświadczenie poucza, że chorzy z wypryskiem bardzo dobrze odpowiadają na wyłącznie roślinną, a więc alkalizującą dietę. Również bezsolna lub małosolna dieta może dobrze wpływać. Przez dodawanie dwuwęglanów można jeszcze wzmocnić pokarmowe przestrojenie ustroju. Przeciwnie swędzeniu wskazane jest dożylnie podawanie bromu (10% rozczyńcu bromku sodu, bromek strontu w 20% rozczyźnie i t. d.).

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

E. KLENE i E. HAMMERSCHMIDT. **Zachowanie się szybkości opadania krwinek w rzeźączce.** (Wien. kl. Woch. Nr. 32. 1931).

W przypadku istnienia rzeźączki z wyłączeniem innych schorzeń przyspieszenie opadania czerwonych ciałek krwi przemawia, zależnie od swego stopnia, za ciężkością schorzenia. W razie braku objawów zapalnych (poronne lub przewlekłe postaci), brak również przyspieszenia opadania czerwonych krążków krwi. W razie wyleczenia lub przejścia w okres przewlekły, występują nanowo normalne liczby. Przyspieszenie opadania czerwonych ciałek krwi poprzedza zwykle wystąpienie objawów zapalnych.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

W. BAUER. **O zmianach w zawiązkach zębowych i kościach szczękowych w kile wrodzonej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 27. 1931).

W kile wrodzonej stwierdza się zmiany w miazdze, w zwapniałej i niezwapniałej zębiny, w woreczku zębowym, szczególnie zaś obficie w załączku zębowym. Przychodzi do zmian odontoblastów, ameloblastów oraz woreczka zębowego. Niedorozwoje resorbcyjne zależą, najpewniej od uszkodzenia

emeloblastów przez cbrzki i krwawienia. Jako zmiany kości szczękowych w kile wrodzonej stwierdza się rozrzedzające i włókniste zapalenie szpiku kostnego, jak również kostniejące zapalenie okostny.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn). (H. I.).

Choroby nerwowe i psychiczne.

Leonhard SEIF. **Z zagadnień psycho- i somatoterapii nerwic.** (Internat. Ztschr. f. Individ.-Psychol. 1931, 2).

Autor stwierdza, że niepewność, czy w leczeniu nerwicy należy oddziaływać na ciało, czy duszę, czy też na jedno i drugie, wypływa z niepewności, tkwiącej w zagadnieniu ciała — dusza. Zadawalające rozwiązanie powyższej kwestii daje zdaniem autora, psychologja indywidualna. A d l e r a, traktująca indywiduum jako niepodzielną, ku celowi zmierzającą jedność: ciało — duszę. Psychologja indywidualna kładzie w leczeniu nerwicy nacisk na stosowanie wszystkich środków leczniczych w odniesieniu do jednostki, ujętej jako całość; zaleca ona indywidualną, do linii życiowej pacjenta przystosowaną terapię. U jednostki nerwowej stosunek do życia i współżycia jest zamącony, człowiek nerwowy dla uratowania pocucia własnej wartości unika zetknięcia z życiem realnym, wobec tego centralne zagadnienie w leczeniu nerwicy stanowi pozyskanie nerwowego człowieka dla spełnienia zadań życiowych w ramach społeczności. Przystosowanie się jego do realnych warunków życia. Do tego celu zostaje somatoterapia zastosowana jako dopełniający środek leczniczy. Wielkie znaczenie psychologji indywidualnej polega na jej wpływie wychowawczym, na możności odmienienia celu człowieka, a co za tem idzie, całego jego stosunku do życia. Z. K a b a k ó w n a.

Kurt WEINMANN. **W sprawie psychogenezy i psychoterapii zaburzeń gruczołów dokrewnych.** (Intern. Zeitschr. für Individual-Psychologie 1931, 2).

Psychogeneza zaburzeń gruczołów dokrewnych, t. zn. uwarunkowanie zaburzeń gruczołów wewnętrznego wydzielania przez wstrząsy psychiczne, została wykazana przez różnorodne obserwacje kliniczne. (Cukrzyca, choroBa B a s e d o w a często jako skutek wstrząsów psychicznych). Jaką wartość posiada psychoterapia neurozy w leczeniu zaburzeń gruczołów dokrewnych, wykazuje następująca historia choroby: 44-letnia pacjentka, pozostająca od siedmiu lat pod obserwacją lekarską, najmłodsza spośród trójga rodzeństwa, spieczona przez matkę, gnębiona przez bardzo neurotycznego starszego brata. Po śmierci matki, podlegała pacjentka, między 12-m a 17-m rokiem życia surowemu wychowaniu w schronisku dla dzieci. Czuliła się zawsze niedoroślą do życia. Niskiego wzrostu, mało pociągająca, wrogo odczuwała świat zewnętrzny. Usiłowała przez pilność i ambicję wyrównać braki fizyczne, osiągała dobre wyniki w pracy zawodowej, ale miała też wiele trudności z przełożonymi i kolegami. Przy słabej kompleksji, zwłaszcza gruczołu tarczycowego, jajników i hipofizy, w wysokim stopniu zmienność usposobienia oraz nadmierna wrażliwość wobec podnieć psychicznych; skłonność do burzliwych wtórnych zjawisk wewnątrzno-wydzielniczych, niereagowanie na preparaty organiczne, uderzająca wrażliwość wobec leczniczych środków uspakajających, wielka wrażliwość wobec psychoterapeutycznego leczenia. Złagodzenie całego stanu wraz z odmienieniem całej osobowości w sensie pojednania ze sobą i z otoczeniem. Z. K a b a k ó w n a.

R. MARKUSZEWICZ. **Rola popędu samozachowawczego w walce z alkoholizmem.** (Rocznik Psychiatryczny XVI. 1931).

Opierając się na analizie fizjologicznego działania alkoholu, autor przychodzi do wniosku, że ze stanu upojenia alkoholowego wynika korzyść dla popędu samozachowawczego

osobnika. Specjalnie pierwszy okres — podniecający — działania alkoholu ma dodatni wpływ na osobnika, co przejawia się nie tylko w pracy fizycznej i umysłowej, lecz i we wzmożonym samopoczuciu. Jak przekonują nas w tem doświadczenia fizjologiczne, okres drugi — narkotyczny — działania alkoholu wpływa wybitnie ujemnie na wyniki pracy, lecz ten ostateczny bilans wpływu alkoholu na wydajność pracy nie bywa już rejestrowany przez zamrozoną świadomość alkoholika, który nadal wierzy w swe wzmożone siły. Subiektywne więc przeżycie osobnika, znajdującego się pod wpływem alkoholu, pozostaje w sprzeczności z rzeczywistością; ponieważ zaś z subiektywnie odczuwanego dodatniego bilansu wpływu alkoholu na osobnika płyną korzyści dla popędu samozachowawczego, to zrozumiałem jest, że właśnie popęd samozachowawczy zainteresowany jest w tej ucieczce od świata realnego do stanu chorobowego, jakim jest stan upojenia alkoholowego. U człowieka upojonego stwierdzamy szereg charakterystycznych cech — jak poczucie własnej potęgi, zwiększoną psychoruchowość, nieliczenie się z niebezpieczeństwem, — które ze względu na daleko sięgające analogie z właściwościami wieku dziecięcego wślazuja na infantylizm popędu samozachowawczego. Ten infantylizm autor ujmuje jako konstytucjonalną własność popędu samozachowawczego osobnika, predysponowanego do alkoholizmu. Przez użycie alkoholu infantylizm popędu samozachowawczego zostaje wyzwolony i wzmożony. Jako drugą cechę konstytucji nałogowego alkoholika autor podaje specyficzną własność działania alkoholu na tkankę nerwową, co się przejawia w większej, niż zazwyczaj, intensywności podniecającego działania alkoholu (czynnik biochemiczny). Dwa te czynniki konstytucyjne — czynnik biochemiczny i infantylizm popędu samozachowawczego, — które auto wyodrębnia, uzupełniają się i wspomagają wzajemnie; są to czynniki zmienne, które w sumie jednak stanowią o nałogu. Propaganda antyalkoholowa napotyka w zmienionym popędzie samozachowawczym alkoholika nie swego sprzymierzeńca, lecz przeciwnika, — i na tem właśnie polega trudność walki z alkoholizmem. Wobec tego zwalczanie alkoholizmu powinno: 1) mieć na celu przeprowadzenie psychoterapii, która uświadomi alkoholikowi korzyści, wynikające z upojenia alkoholowego dla popędu samozachowawczego; to uświadomienie spowoduje uczuciową przeniesienie chorego na osobę lekarza i dzięki temu osłabi opór chorego przeciwko leczeniu; 2) dążyć do sublimacji infantylnego popędu samozachowawczego alkoholika; ażeby liga antyalkoholowa dała realne możliwości oparcia się popędu samozachowawczego abstynenta o społeczeństwo, aby przeciwstawiła nierealnej i przemijającej korzyści, płynącej z alkoholizmu korzyść realną i trwałą, dając premję za zrezygnowanie z ucieczki do choroby, — autor proponuje ubezpieczenie społeczne wszystkich abstynentów przez ligę antyalkoholową. H i g i e r.

A. v. SARBÓ. O leczeniu szczepionkami stwardnienia wieloogniskowego. (Wien. kl. Woch. Nr. 29-1931).

Leczenie stwardnienia wieloogniskowego metodą P u r s a - S t e w a r t a było badane przez autora, aczkolwiek okazało się, że podstawy teoretyczne dla niej w rzeczywistości nie istnieją (opisane przez C h e v a s s u t *spherulae* nie przedstawiają żyjącego zaradka). Dla wykonania wpuszcza się płyn do mieszaniny surowicy i buljonu H a r t l e y a i wstawia się do cieplarki na 48 godzin, następnie wyjaławia się, a płyn ten zastrzykuje się wśródzylnie. Na 50 przypadków 11 (22%) uległo znacznej poprawie, poszczególne objawy uległy poprawie w 14 przypadkach (28%), znaczną poprawę z na-

stępem pogorszeniem wykazały 3 przypadki (6%), bez zmiany pozostało 17 (34%), pogorszyło się 5 (10%). A więc ta metoda lecznicza jest słusznie stosowana w rozpoczynających się przypadkach. A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

M. WEINSTEIN. W sprawie etiologii stwardnienia wieloogniskowego. (Wien. kl. Woch. Nr. 30-1931).

Autor sprawdzał doświadczenia C h e v a s s u t i dochodzi do wniosku, że kuliste twory i ziarenka, znajdujące na podłożach, na których posiano płyn mózgowordzeniowy chorych ze stwardnieniem wieloogniskowym, występują w tej samej ilości również w rurek kontrolnych. Autor nie może również potwierdzić spostrzeżeń C h e v a s s u t co do przesunięcia stężenia jonów wodorowych w tych hodowlach.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

J. WILDER. O szczepionkowej metodzie angielskiej leczenia stwardnienia wieloogniskowego (Purves - Stewart). (Wien. kl. Woch. Nr. 30-1931).

Zarówno mieszanina płynu mózgowo-rdzeniowego + obca surowica + pożywka, jak również sam buljon H a r t l e y a dają w stwardnieniu wieloogniskowym wyniki, które nie są gorsze od osiągniętych zapomocą innych metod leczenia. Autor kontynuuje swe próby leczenia stwardnienia wieloogniskowego tą metodą. Należy unikać częstego i w dużych ilościach pobierania płynu mózgowordzeniowego. Zastrzykiwania są bezodczynowe i bywają dobrze znoszone. Wytlómaczenie wyników, osiągniętych za pomoca samego tylko buljonu H a r t l e y a (mięsień sercowy, strawiony przez wydzielinę trzustkową), nie daje się uskutecznić ani w znaczeniu alergicznym, ani też organoterapeutycznym. A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

J. WILDER. Przyczynki do dajagnostyki płynu mózgowordzeniowego. (Der Nervenarzt. 1931. Z. 6. str. 333—335).

Nieściśle brzmi tytuł drobnego artykułu, gdyż chodzi autorowi dobru obserwatorowi, nie tyle o dajagnostykę płynu, ile dajagnostykę nakłucia lędźwiowego. 1) Jeśli przy nakłuciu w części lędźwiowej igła daje uczucie swoiste, natrafia na miękką o małej rezystencji masę, o opór, który doświadczony punktator łatwo odróżni od opony twardej, kości i korzonków, to prawdopodobieństwo guza jest duże, a prawdopodobieństwo naczyniaka jeszcze większe, gdy igła zawiera krew. 2) Niewypływanie płynu lub zaledwie kilku kropel zdarza się czasem tuż pod guzem wewnątrzkręgowym, najlepiej potwierdza się to przez zatrzymanie w temże miejscu wprowadzonego przez nakłucie lipjodułu. 3) Jeśli nakłucie w linii ściśle środkowej w klasycznym miejscu daje silny ból w jednej nodze, np. w lewej, to jest prawdopodobnem, że guz ogona końskiego, rosnący po stronie lewej, popchnął i przesunął ogon na stronę przeciwległą, a żyła natrafiła nie na środek ogona, lecz na jego lewostronne włókna. 4) W guzach nierzadkich ogona, gdy się chce badać t. zw. płyn kompresyjny, poniżej guza znajdujący się na zawartość komórek lub na hemolizę, punkcję należy wykonać znacznie niżej klasycznego miejsca, czyli nie między 1 a 2-m, lecz między 4 a 5-m kręgiem lędźwiowym lub nawet jeszcze niżej. 5) Obfitość białka w płynie bywa nie tylko pod guzem lub w syfilisie, ale też w zachorzeniu nerek. Za tem ostatniem przemawiać ma dysocjacja czyli rozszczepienie między znanymi odczynami P a n d y e g o i N o n n e - A p p e l t a. Dla nerczycy i nefrosklerozy ma być charakterystyczne współistnienie mocnego P a n d y e g o ze słabym N o n n e - A p p e l t e m. H i g i e r.

Wskazówki praktyczne.

M. Polhara uważa leczenie śledzioną za bardzo skuteczny środek w *charłactwie zimniczym*; leczenie to pobudza działalność narządów krwiotwórczych, wzmacnia ruchy robaczkowe kiszek i może nawet przywrócić prawidłowy stan śledziony. Zwykle wystarcza stosowanie doustne, jeżeli zaś takie stosowanie jest złe znoszone, to na jego miejsce daje się zastrzykiwania domięśniowe. (Medic. Herald. T. 50, N. 5).

Marinescu leczy z powodzeniem *pląsawicę zastrzykiwaniem Luminalu* 2 razy dziennie w ciągu 20 dni. Wyniki były pomyślne zarówno w ostrych, jak i przewlekłych przypadkach. (Ann. de Med. 1930. Nr. 3).

W ciężkich toksycznych przypadkach błonicy radzi

Wolff zastrzykiwać surowicę *dooponowo* w ilościach zwykłych. (M. m. W. 1930. Nr. 16),

W przypadkach *krótkotrwałych operacji* ginekologicznych stosuje Heim, jako wstęp do znieczulenia miejscowego, *dożylnie wstrzykiwanie avertiny* w ilości 60 — 100 ctm.³ 3% roztworu. (Ztbl. Gin. 1930. Nr. 9).

Metteneim podaje dobre wyniki *leczenia kły wrodzonej spirocidem*. Z początku daje się jedną pastylkę (001) dziennie, następnie powiększa się dawkę stopniowo do maksymalnej 5 pastylek dziennie. Leczenie trwa 2—5 miesięcy (Med. Klin. 1931. Str. 422).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Przypadek *hemoglobinurji nocnej* demonstrował Hitzenger na posiedzeniu majow. tow. intern. w Wiedniu. Chorą widziano po raz pierwszy w r. 1928 z objawami ciężkiej niedokrewności, lekką żółtaczką i umiarkowanym powiększeniem śledziony. Badanie krwi dało wówczas 2700 b. c., 1,1 mil. c. kr., 12% limfoc., 4% pałeczek, 50% segment. eoz. 1%, monoc. 1%. W moczu hemoglobina. Hemoglobinurja silniejsza w nocy niż w dzień. Z czasem hemoglobina tylko w moczu z nocy. Po raz drugi chora przybyła do kliniki (wedł. W. kl. W. Nr. 36) w r. 1929 z podobnymi objawami, po raz trzeci w r. 1930 i wreszcie w lutym r. 1931. Tym razem po ciężkim napadzie hemoglobinurji objawy ciężkiej niedokrewności (950 tys. kr. czerw.). Podczas następnego napadu w marcu przekonano się, że hemoglobinurja zjawia się cyklicznie wraz z periodem. Naświetlanie kastracyjne usunęło perjody i hemoglobinurję na 1/2 roku. Z biegiem czasu zaczęły się powtarzać już tylko napady hemoglobinurji w odstępach miesięcznych. Spróbowano wówczas zostawiać chorą na noc w pokoju, oświetlanem sztucznem słońcem. Wprawdzie próbę tę zastosowano już wówczas, gdy napad się rozpoczął, jednak

wpływ był zupełnie widoczny, gdyż wydzielała się mniej hemoglobiny i szybko się sprawa zakończyła.

Na posiedzeniu marcowem Sekcji studjów nad gruźlicą w Paryżu (Revue de la Tub. t. 12 r. b.) Hinault występuje w obronie t. zw. *oleothorax*. Na 34 przypadki, w których wprowadzał olej w celu zapobiegnięcia wytwarzaniu się zrostów opłucnowych miał tylko w dwu przypadkach przedziurawienie, co wynosiłoby około 6%. Dwa razy częściej widywał przedziurawienie, gdy stosował olej w celu uciśnięcia płuca. W każdym razie liczby w rodzaju 50% muszą, zdaniem jego, zależeć od wadliwej techniki i nieodpowiedniego wyboru przypadków. Przedziurawień nie należy kłaść na karb działania oleju, lecz uzależniać od zmian w tkance płucnej. Bardzo być może, że tylko dzięki obecności oleju w opłucnie i wydzielaniu się przez oskrzela udaje się stwierdzić pęknięcie w płucu. W obu przypadkach cytowanych olej wydzielał się przez drogi oddechowe w ilości niewielkiej, i cała sprawa po pewnym, krótkim zresztą czasie uległa zagojeniu. Były to więc zapewne niewielkie pęknięcia płuc. Niema też potrzeby w każdym tego rodzaju przypadku natychmiast skie-owywać chorego do zabiegu chirurgicznego.

Z j a z d y

Sprawozdanie z V. Międzynarodowego Zjazdu Fizjoterapii w Leodjum (Liège).

Podał

Bronisław SABAT (Warszawa).

W roku 1930 bohaterska Belgja święciła uroczyste stulecie swojej niepodległości. Z okazji tej, urządził ten kraj mały, ale o wysokim poziomie kultury i cywilizacji obu zamieszkujących go szczepów, wystawę międzynarodową w walońskim Liège (Leodjum) i we flamandzkiej Antwerpii i zorganizował szereg kongresów naukowych, wśród których nie brakło i lekarskich. Jednym z tych i bezsprzecznie przodującym pod względem obfitości programu i liczności uczestników, był V. Międzynarodowy Zjazd Fizjoterapii, który odbył się w Liège w dniach od 14 do 18 września 1930 r. W tem samem mieście przed 25 laty obradował I. Międzynarodowy Zjazd Fizjoterapii. Następne Kongresy odbyły się: w r. 1907 w Rzymie, w r. 1910 w Paryżu i w r. 1913 w Berlinie. Jest to

zasługą głównie trzech wybitnych fizjoterapeutów belgijskich: profesora Gunzburg'a, profesora de Muntre'a i Dra Bienfai't, że nawiązując do tradycji przerwanej przez twardy okres wielkiej wojny, podjęto w tej tak szybko i tak wspinalnie w ostatnich dziesiątkach lat rozwijającej się dziedzinie wiedzy i sztuki lekarskiej wznowienie prac międzynarodowych, których organizację zapoczątkowali ci sami protagoniści nowoczesnej fizjoterapii przed 25 laty.

V. Międzynarodowy Zjazd Fizjoterapii zgromadził około 700 uczestników z 34 państw Europy i Ameryki. Udział Polski liczbowo był nikły; zaledwie kilkunastu lekarzy polskich przybyło do Liège. Polską delegację reprezentowali oficjalnie: minister Ber-toni, jako przedstawiciel Rządu Polskiego, dr. B. Sabat (Warszawa), jako przewodniczący Delegacji Polskiej wyznaczony przez Komitet Narodowy Polski i dr. Fr. Raszeja (Poznań), jako sekretarz Komitetu Narodowego Polskiego. Francja, Niemcy, Włochy, Anglja i Ameryka były reprezentowane bardzo licznie. Wśród uczestników Kongresu widzieliśmy wiele wybitnych osobistości zagranicznego świata

lekarskiego, nie tylko fizjoterapeutów „właściwych”, lecz także klinicystów. Na uroczystym posiedzeniu otwarcia Zjazdu w sali uniwersytetu przewodniczący Zjazdu G u n z b u r g, profesor fizjoterapii uniwersytetu w Brukseli, przedstawił nadzwyczaj pomyślny rozwój terapii fizykajnej od czasu I. Międzynarodowego Zjazdu Fizjoterapii w r. 1905, oraz podziękował w serdecznych słowach komitetem zagranicznym za ich gorliwą współpracę i przyczynienie się do uświetnienia Kongresu. Następnie odbyło się uroczyste rozdanie dyplomów pamiątkowych tym członkom Zjazdu, którzy uczestniczyli w obradach I. Kongresu przed 25 laty. W imieniu tych „weteranów międzynarodowych zjazdów fizjoterapii” wygłosił piękne przemówienie van B r e e m e n z Amsterdamu, w którym podkreślił znaczenie zjazdów międzynarodowych dla rozwoju fizjoterapii, jak również wielkie zasługi organizatorów I. Kongresu z przed 25 laty, którego księgę pamiątkową zawierającą liczne cenne referaty nazwał biblią fizjoterapeutów. Po oficjalnych przemówieniach członków prezydium na wezwanie przewodniczącego nastąpiła jednogminutowa, uroczysta cisza, w czasie której 3 delegatów złożyło przed pomnikiem pamiątkowym gmachu uniwersytetu wieńiec młodym bohaterom, poległym w obronie niezawisłości Belgii w złopomnym dla niej roku najazdu, 1914. Po sprawozdaniu sekretarza Zjazdu i odczytaniu nadesłanych licznych gratulacji nastąpiły przemówienia powitalne delegatów zagranicznych. W imieniu Polski przemawiał dr. Bronisław S a b a t, który w mowie swej podniósł momenty historyczne, łączące Belgię z Polską, zwłaszcza z r. 1830, w którym oba narody podjęły walkę orężną o swoją niepodległość, a także podkreślił zasługi lekarzy belgijskich około organizacji współpracy międzynarodowej w dziedzinie fizjoterapii. Tutaj nadmienię, że dziwnym zbiegiem faktów historycznych Polska i Belgia kilkakrotnie w doniosłych momentach dziejowych spotykają się na wspólnej drodze ku niepodległości; daty zbiegają się w r. 1794, 1830, i znów w okresie ostatniej wielkiej wojny. Po przemówieniach delegatów zagranicznych p. V a u t h i e r, belgijski minister oświaty, któremu należy się zasługa wprowadzenia fizjoterapii do programu studiów lekarskich na uniwersytetach belgijskich jako przedmiotu obowiązkowej nauki i egzaminów, w mowie swej, pełnej poletu poetyckiego, wskazał na rolę, jaką ta gałąź lecznictwa jest powołana odgrywać i podkreślił obowiązek czynników miarodajnych popierania jej rozwoju. Podziękowaniem C a r n o t'a, profesora uniwersytetu paryskiego, wyrażonem ministrowi belgijskiemu imieniem członków Kongresu, zakończyło się to podniosłe posiedzenie inauguracyjne.

Przechodząc do części naukowej Kongresu, zaznaczę, że referaty i komunikaty stały naogół na wysokim poziomie naukowym. Odbyły się one na 3 zebraniach ogólnych i na 19 posiedzeniach sekcyjnych. Na jednym z posiedzeń ogólnych przewodniczył prezes Delegacji Polskiej, na jednym z posiedzeń sekcyjnych sekretarz Delegacji Polskiej. Liczne wykłady, wygłoszone na Zjeździe, wskazują na wielką różnorodność tematów, jakimi zajmuje się nowoczesna fizjoterapia i na rozległość jej zakresu. Obrady sekcyjne były ujęte w 5 samodzielnych grup, a mianowicie: 1) sekcję kinezyterapii i wychowania fizycznego, 2) sekcję radiologii i kuryterapii, 3) sekcję hydrologii i klimatologii, 4) sekcję elektrolgii, 5) sekcję aktywności. Z Polaków wygłosili odczyty: 1) E. Z b o r o m i r s k i (Warszawa): Energia promienna, a czynniki podstawowe zjawisk życiowych (polimeryzacja i izomeryzacja), 2) E. B r u n e r (Warszawa): a) O niektórych modyfikacjach technicznych przyrządu F i n s e n a, b) O wskazaniach do finsenoterapii poza gruźlicą skóry, 4) Fr. R a s z e j a (Poznań): O jontoforezie (technika i wskazania). Dr. G r y n k r a u t (Warszawa) zabierał kilkakrotnie głos w dyskusji w sekcji aktywności. W niniejszym krótkim sprawozdaniu nie będę podawał streszczeń licznych, wygłoszonych

wykładów, ograniczę się tylko do krótkiego omówienia referatów głównych.

Na pierwszym ogólnym posiedzeniu D e l h e r m i M o r e l (K a h n (Paryż) wygłosili referat: O w s k a z a n i a c h i w y n i k a c h t e r a p i i f i z y k a l n e j w s c h o r z e n i a c h u k ł a d u n e r w o w e g o”. W chorobach nerwowych terapia fizykajna wysuwa się na plan pierwszy wobec naogół nieznacznej tylko skuteczności leczenia farmakologicznego i wobec stosunkowo małej liczby przypadków nadających się do zabiegów chirurgicznych. Leczenie czynnikami fizycznymi schorzeń układu nerwowego może być przyczynowe lub objawowe. Do sposobów leczenia przyczynowego referenci zaliczają: galwanizację, jontoforezę, rentgenoterapię i kuryterapię. Prąd galwaniczny ma działanie katalityczne, może wpływać dodatnio na zaburzenia odżywiania rdzenia, hamować rozwój jego procesów zapalnych i zwyródnienia przewlekłego, wpływa też nieraz na krążenie krwi przez działanie naczynioruchowe. Jontoforeza ma działanie naczynioruchowe, ożywia ruchy ameboidalne ciałek białych i pobudza je do fagocytozy, może też wywierać działanie lecznicze przez wprowadzenia do ustroju jonów, szczególnie zaś wapnia i jodu. Działanie promieni R o e n t g e n a i promieni radu zależy od stopnia pochłaniania promieni przez tkankę, od jej wrażliwości na te promienie. Wrażliwość ta według prawa B e r g o n i é - T r i b o n d e a u jest tem większą im: 1) większa jest czynność rozrodcza komórek, 2) im dłuższy jest ich okres karyokinezy, 3) im mniej zróżniczkowane są komórki pod względem morfologicznym i funkcjonalnym. Wynika stąd, że tkanki młode, tkanki rozrastające się i tkanki nowotworowe są szczególnie wrażliwe na promienie R o e n t g e n a i promienie radu, podczas gdy tkanki w końcowym stadium rozwoju odznaczają się bardzo małą wrażliwością. To też tkanki nerwowe, zarówno ośrodkowe jak i obwodowe, wykazują bardzo małą wrażliwość na promienie R o e n t g e n a i promienie radu. Uszkodzenia w układzie nerwowym spowodowane naświetlaniem temi promieniami, są prawie zawsze wyrazem zmian wtórnych wskutek uszkodzenia naczyń, które odznaczają się znaczną wrażliwością na te promienie. Jakkolwiek naświetlanie tkanki nerwowej może niekiedy wstrzymać rozwój procesu chorobowego, jednak znaczny stopień wrażliwości naczyń nakazuje zachowanie wielkiej ostrożności przy naświetlaniach.

Do metod fizykajnych leczenia objawowego referenci zaliczają: 1) kinezyterapię w jej najrozmaitszych modyfikacjach, jak gimnastyka, masaż, mechanoterapia, ćwiczenia intencyjne (la rééducation), 2) wodolecznictwo, 3) krenoterapię t. j. leczenie za pomocą wód mineralnych, 4) elektroterapię w jej najrozmaitszych modyfikacjach, 5) aktywnoterapię. Dla uśmierzania bólów prelegenci zalecają: hidrotterapię, krenoterapię, diatermię, jontoforezę akonityną lub salicylatem sodu i rentgenoterapię. Przy zaburzeniach naczynioruchowych i troficznym wskazane są: diatermia, arsonwalizacja, szczególnie z użyciem elektrod O u d i n'a, rozmaite modyfikacje termoterapii i naświetlania promieniami nadfioletkowymi. Zeszytnienie i kurczenie mięśniowe można zwalczać wodolecznictwem, krenoterapią, kinezyterapią i termoterapią. W stanach porażeniowych wskazana jest elektroterapia, zwłaszcza prądem galwanicznym i faradycznym. Na stan ogólny i na psychikę chorego można pomyślnie działać przez zastosowanie hidrotterapii, krenoterapii, aktywnoterapii i arsonwalizacji ogólnej. W dalszym ciągu swego referatu prelegenci zajmują się fizjoterapią szczegółową w rozmaitych schorzeniach mózgu i rdzenia.

Rewelacyjnym poniekąd był wykład S t r a s s b u r g e r'a, D e s s a u e r'a i H a p p e l'a (Frankfurt): „O je d n o i m i e n n i e j o n i z o w a n e m p o w i e t r z u i j e g o d z i a ł a n i u n a u s t r ó j c z ł o w i e k a”.

Profesor D e s s a u e r, dyrektor Instytutu dla Badań Podstaw Fizykalnych Medycyny w Franfurcie i jego współpracownicy skonstruowali aparaty, za pomocą których można jednocześnie jonizować powietrze, t. j. ładować je wyłącznie dodatnimi lub ujemnymi jonami w stopniu dowolnym do 100.000 krotnie większej ilości jonów, niż ich zwykle można utrzymać w powietrzu atmosferycznym. Opracowano również metody do określania własności tych jonów, ich ruchliwości, ich stopnia jednobiegowości zatrzymywania ich w ustroju gdy zostaną wdychane, ich ładunku elektrycznego, ich zależności od dyfuzji, starzenia się jonów i t. d. Badania kliniczne na ludziach wykazały, że wdychanie powietrza zjonizowanego ujemnie w większości przypadków sprowadza znaczne obniżenie patologicznie wzmożonego ciśnienia krwi. Dotyczy to przede wszystkim nadciśnienia krwi w okresie przekwitania oraz nadciśnienia krwi samoistnego. Najmniej można było osiągnąć w nadciśnieniu krwi pochodzenia nerkowego. Objawy podmiotowe towarzyszące nadciśnieniu, jak bóle i zawroty głowy, szum w uszach i inne objawy zmniejszały się lub ustępowały pod wpływem wdechiwania powietrza zjonizowanego ujemnie. Na odwrót zaś, powietrze zjonizowane dodatnio podnosi ciśnienie krwi i działa nieraz wprost szkodliwie. Również u ludzi z ciśnieniem prawidłowym bóle głowy, migrena i ogólne osłabienie nieraz ustępują pod wpływem wdechiwania powietrza zjonizowanego ujemnie, które działa poniekąd jako czynnik klimatyczny. W przewlekłych i podostrych ciążeniach gośćcowych rozmaitego pochodzenia występowała w większości przypadków reakcja objawiająca się bólami, obrzękami i podwyższeniem ciepłoty. Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń autorowie sądzą, że reakcja ta w znacznym odsetku przypadków jest związana z wyleczeniem. Jakkolwiek bądź z badań kliniczno-doświadczalnych autorów wynika, że elektryczność powietrza wywiera wybitne swoiste działanie na ustrój, i że jony dodatnie i ujemne wpływają poniekąd w sposób antagonistyczny na przebieg normalnych i patologicznych zjawisk życiowych.

Drugie posiedzenie ogólne było poświęcone całkowicie sprawie nauczania fizjoterapii. Referentami byli prof. G u n z b u r g (Bruksela) i prof. G r o e b e r (Jena). Referenci przedstawili obraz rozwoju historycznego tej sprawy. Postulaty w sprawie obowiązkowego nauczania terapii fizykalnej były już wysunięte na I. Międzynarodowym Kongresie w r. 1905 i były ponawiane i uzasadniane na wszystkich następnych międzynarodowych zjazdach fizjoterapii. Znaczenie terapii fizykalnej w czasie wojny wzrosło jeszcze więcej, tak że dzisiaj leczenie czynnikami fizycznymi jest obok leczenia farmakologicznego i chirurgicznego niezbędnym i powszechnym. Jednak nauczanie terapii fizykalnej jest jeszcze naogół niedostateczne. Prof. G r o e b e r przedstawił wyniki ankiety międzynarodowej, przeprowadzonej w sprawie nauczania fizjoterapii na uniwersytetach. Rozesłano 315 kwestionariuszy do uniwersytetów 56 państw. Odpowiedzi nadeszły z 92 uniwersytetów z 30 państw. Referent przyjmuje, że na uniwersytetach, z których odpowiedzi nie nadeszły, niema zorganizowanego nauczania fizjoterapii. Na 92 uniwersytetach, z których nadeszły odpowiedzi, sprawa przedstawia się w sposób rozmaity. Kilka z tych uniwersytetów niema również zorganizowanego nauczania terapii fizykalnej. Na niektórych uniwersytetach są wykładane tylko poszczególne działy fizjoterapii, jak balneoterapia, hydroterapia, mechanoterapia i masaż przez specjalnych docentów. Na uniwersytetach posiadających docentów radiologii, nauczanie rentgenoterapii wchodzi w ich zakres. Nieliczne uniwersytety posiadają docentów dla całokształtu fizjoterapii, lecz i tu bywa rozmaita organizacja nauczania. Na jednych z nich nauka fizjoterapii odbywa się bez bezpośredniego związku z materiałem klinicznym lub poliklinicznym, na innych zaś docenci fizjoterapii rozporządzają już własnym materiałem klinicznym. Aka-

demickie stanowisko wykładowców fizjoterapii waha się od stopnia docenta prywatnego do stopnia profesora zwyczajnego. Na jednych uniwersytetach odbywają się tylko wykłady teoretyczne, na innych obok wykładów są także ćwiczenia praktyczne. Również pod względem stosunku fizjoterapii do programu nauki lekarskiej zachodzą różnice; na jednych uniwersytetach wykłady fizjoterapii są tylko polecane, na niewielu innych są już uznane za obowiązkowe, na niektórych zaś, jak w Belgii, Litwie, Bułgarii i na kilku uniwersytetach włoskich, fizjoterapia jest obowiązkowym przedmiotem nauczania i egzaminów. Na uniwersytetach belgijskich istnieją katedry fizjoterapii z fizjoterapeutyczno-klinicznymi instytutami.

Na podstawie wywodów referentów V. Międzynarodowy Zjazd Fizjoterapii uchwalił następujące rezolucje, które postanowił rozesłać do rządów wszystkich państw cywilizowanych, do uniwersytetów i do korporacji lekarskich poszczególnych narodów, wyrażając nadzieję, że postulaty te będą uwzględnione:

- 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 powinna być obowiązkowym przedmiotem nauki przynajmniej przez 2 semestry kliniczne, jak również przedmiotem obowiązkowego egzaminu samostistnego.
- 3) Nauka fizjoterapii powinna być podawana przez osobnych profesorów, którzy powinni mieć osobiste i materialne warunki umożliwiające należyte nauczanie i mieć możność samodzielnego rozporządzania potrzebnym materiałem chorych.
- 4) Cele powyższe najpewniej dadzą się osiągnąć przez stworzenia 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.

Trzecie (ostatnie) posiedzenie ogólne Kongresu odbyło się wspólnie z Ligą Międzynarodową dla Walki z Reumatyzmem, i było całkowicie poświęcone terapii fizykalnej schorzeń gośćcowych. Głównymi referentami byli: v a n B r e e m e n z Amsterdamu, sekretarz generalny Ligi Międzynarodowej dla Walki z Reumatyzmem i G u n z b u r g, profesor fizjoterapii uniwersytetu w Brukseli. Pierwszy w referacie swoim podkreślił znaczenie następujących czynników w powstawaniu schorzeń gośćcowych: zakażenia ogniskowego, skazy gośćcowej i konstytucji anormalnej, zaburzeń w krążeniu skór-nym, na koniec czynników zewnętrznych jak meteorologicznych, społecznych i t. d. Słutecznie, a zatem i wskazanie tego lub owego sposobu leczenia w poszczególnym przypadku zależy w wysokiej mierze od tego, który z czynników wymienionych odgrywa w danym przypadku rolę dominującą. Doświadczenie, oparte na tysiącach przypadków poucza, że rzadko tylko jeden z powyższych czynników może być uważany za wyłączną przyczynę schorzenia, i że należy w każdym przypadku z punktu widzenia rozpoznawczego i leczniczego starać się poddać analizie udział każdego z tych czynników w powstawaniu choroby. W przypadkach, w których patogeniezie dominującą rolę odgrywa zakażenie ogniskowe, zabieg operacyjny lub wakuoterapia wysuwają się na plan pierwszy, leczeniem zaś wspomagającym jest naświetlanie lampą kwarcową. W przypadkach wybitnej skazy gośćcowej nie należy stosować energicznych zabiegów leczenia fizykalnego. Chorzy ci, z zaburzeniami czynności-

wemi układu nerwowego wegetatywnego, naogół źle znoszą diatermję, masaż i kąpiele parowe, natomiast pomyślne działanie wywierają na nich umiarkowane zabiegi termoterapeutyczne, naświetlania lampą kwarcową i łagodne nagrzewania ciepłem promienistym. Dla tych postaci gościca, które angielscy autorowie nazywają „rheumatoid arthritis”, znamionem jest stan kurczowy naczyń włoskowatych skóry, który w okresie początkowym schorzenia przypomina chorobę Raynauda. W przypadkach tych gościca spotyka się często zaburzenia funkcji w zakresie układu nerwowego wegetatywnego i wydzielania wewnętrznego. Częste zaburzenia krążenia krwi w skórze objawiają się obniżeniem ciepłoty skóry części ciała, dotkniętych cierpieniem gościcowym. W przypadkach tych najlepiej działa fototerapia w jej rozmaitych modyfikacjach w połączeniu z termoterapią; przedewszystkiem zaś zaleca v a n B r e e m e n miejscowe kąpiele świetlne w połączeniu z naświetlaniem lampą kwarcową, wywołującym rumień skóry, ponadto uważa za wskazane metodyczne ćwiczenia ruchowe. Naogół umiarkowana praca mięśniowa działa nadzwyczaj korzystnie w schorzeniach gościcowych, a ćwiczeniom mięśniowym należy przypisać ważną rolę jako czynnikowi zapobiegającemu gościcowi. W etiologii gościca pierwszorzędne znaczenie ma przeziębienie, chłód, wilgoć, przeciągi, zwłaszcza jeśli działają przewlekłe jako szkodliwości zawodowe. Podobną rolę odgrywają nadmierne wysiłki fizyczne i w ogólności uraz. W cierpieniach gościcowych spowodowanych czynnikami temi przedewszystkiem wskazana jest fototerapia w połączeniu z mechanoterapią. Zabiegi fizyczne w schorzeniach gościcowych sprowadzają poprawę nie tyle pod względem patologiczno-anatomicznym, jak pod względem funkcjonalnym, co jest dla chorego najważniejszem. Często osiąga się niemi złagodzenie bólów, usprawnienie schorzałych stawów i powrót zdolności do pracy mimo, że obrazy radiologiczne nie wykazują wcale cofnięcia się zmian anatomicznych. Sztuka terapii fizycznej polega głównie na odpowiednim dawkowaniu, to też wielkie znaczenie ma doświadczenie lekarza jak również inteligencja i dobre wyszkolenie personelu.

Prof. G u n z b u r g, podkreślając, że w obecnym stanie prawie jedynym skutecznym leczeniem schorzeń gościcowych jest fizjoterapia, daje przegląd sposobów tego leczenia. Jako sposób leczenia funkcjonalnego uważa rozmaite rodzaje mięsienia i uruchomienia czynnego i biernego, ręcznego i maszynowego, przestrzega przed ich stosowaniem nadmiernem lub gwałtownem, podkreśla znaczenie metodyki mechanoterapeutycznej, jak również należytego dawkowania i odpowiedniego wyboru miejsc działania czynników mechanicznych. Termoterapia gościca jest również funkcjonalnym sposobem jego leczenia; można ją stosować zapomocą wód gorących (term), kąpeli piaskowych i błotnych, łaźni suchej i parowej i kąpeli świetlnych żarówkowych. Specjalną modyfikacją tych ostatnich są przez G u n z b u r g a wprowadzone kąpiele podczerwone, po których bezpośrednio stosuje się ogólne naświetlania promieniami nadfioletowymi i mięsienie podwodne. Natryski gorące, łączące korzyści masażu i termoterapii uważa G u n z b u r g za szczególnie skuteczne w cierpieniach gościcowych. Zabiegami elektroterapeutycznymi, szczególnie prądem faradycznym, zwalcza się przedewszystkiem zaniki mięśniowe. Stosowanie prądu galwanicznego i diatermji dają również dobre skutki, lecz należy je stosować ostrożnie i unikać silnych natężeń prądu. Szczególnie skuteczną jest metoda Drozdowa, polegająca na faradyzacji bolesnego stawu przez 10 minut, co sprowadza jego znieczulenie i umożliwia bezbolesne mięsienie i kinizjoterapię. G u n z b u r g spostrzegał również dobre skutki po ogólnych mokrych zawiązaniach, sprowadzających poty z następowem stosowaniem ogólnego mięsienia i ćwiczeń gimnastycznych.

Z innych metod fizycznych w niektórych przypadkach skuteczne są arsonwalizacja, kąpiele elektryczne - czterokomo-

rowe, naświetlania ogólne promieniami pozafioletkowymi, rentgenoterapia i wstrzykiwania substancji radjoczynnych. Przy leczeniu schorzenia tak uporczywego, jakim jest gościc, celem jest łączenie ze sobą kilku czynników fizycznych, z których jeden łagodzi te, drugi inne objawy chorobowe: jak ból, sztywność mięśniową i stawową, zanik mięśniowy, zaburzenia krążenia i ogólnej przemiany materji. Przy końcu swego referatu zwraca G u n z b u r g uwagę na zaburzenia krążenia w naczyniach włoskowatych skóry, mięśni i stawów u reumatyków, powodujące niedostateczne utlenianie tkanek części ciała dotkniętych cierpieniem. Zwalcza się je najlepiej termoterapią, hidroterapią i aktynoterapią. Zaburzenia układu nerwowego autonomicznego u reumatyków, na które oprócz wzmożenia odruchów wskazuje fakt, że zajęcie stawów małych i zaburzenia troficzne występują często symetrycznie, zwalcza się metodami elektroterapeutycznymi i ogólnymi naświetlaniami promieniami nadfioletkowymi.

Na zebraniu delegatów poszczególnych państw nastąpiło przekształcenie Stałego Komitetu Międzynarodowego dla Kongresów Fizjoterapii na Towarzystwo Międzynarodowe Fizjoterapii (l'Association Internationale de Physiothérapie) z siedzibą w Belgji. Najważniejsze cele Towarzystwa ujęto w następujące punkty: 1) organizacja propagandy fizycznych metod leczenia, 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 szalbierstwem, 7) nawiązanie łączności międzynarodowej między rozmaitemi zrzeszeniami i organizacjami lekarskimi. Wysokość składki członkowskiej Towarzystwa ustalono prowizorycznie na 50 franków belgijskich rocznie. Poinstalowano, by Międzynarodowe Kongresy Fizjoterapii odbywały się co 3 lata. Następny Kongres odbędzie się w r. 1933 w jednym z miast Szwajcarii lub St. Zjedn. Amer. Północnej.

Do Zarządu Towarzystwa zostali wybrani: jako prezes: prof. dr. G u n z b u r g (Belgia), jako wiceprezesi: prof. dr. C a r n o t (Francja), dr. M a c F e e (St. Zjedn. Ameryki Półn.), prof. dr. G r o e b e r (Niemcy), dr. C a r l o s H e y s e r (Argentyna) i dr. B. S a b a t (Polska), jako sekretarz dr. D u b o i s - T r e p a g n e (Belgia) i jako skarbnik dr. D e K e y s e r (Belgia).

W ostatnim dniu Kongresu uczestnicy jego odbyli wycieczkę do Spa, zdrojowiska sławy światowej, posiadającego tradycję historyczną, sięgającą początku XVI wieku. Zdrojowisko to szczyty się tem, że przyjeżdżali do niego i leczyli się w niem wielcy światła tego, monarchowie, mężowie stanu, sławni uczeni, poeci i artyści. W 18 wieku Spa nazywano „Café aristocratique de l'Europe” i „Maison de Campagne du beau monde”. Miasteczko Spa, liczące zaledwie 8.000 mieszkańców, jest połączone w malowniczej okolicy, w dolinie otoczonej lasami górami Ardeńskiemi i chronionej niemi przed wiatrami północnemi. Wysokość położenia zdrojowiska wynosi około 250 m. ponad poziom morza, okoliczne zaś wzgórza sięgają do wysokości 400 m. Spa jest połączone boczną linią kolejową długości niespełna pół godziny jazdy koleją ze stacją Pepinster znajdującą się na głównej linii kolejowej, prowadzącej z Kolonii de Liège, od którego oddalone jest około jednej godziny jazdy koleją. Klimat ma łagodny, pod względem zdrowotnym zachwalany i powietrze czyste, gdyż mimo, że prowincja Liège jest gęsto usiana ogniskami fabrycznymi, w okolicy Spa fabryk nie ma. Większość wód zdrojowych w Spa należy do grupy szczawów prostych i szczawów żelazistych; zdrojowisko to zatem, pod względem rodzaju wód, zbliżone jest do naszego Żegiestowa, Krynicy i Nałęczowa. Woda źródła Królowej (Source de la Reine) jest radioaktywna, o nieznacznej zawartości składników mine-

ralnych, zbliżona do wody destylowanej. Tu nadmienię, że wody Spa pod względem fizykochemicznym zostały w ostatnich latach dokładnie zbadane przez profesora H e n r i j e a n a i Polaka dra K o p a c z e w s k i e g o. Badacze ci stwierdzili, że żelazo w szczawach Spa znajduje się w stanie koloidalnym, co im nadaje cenne własności pod względem leczniczym. Prawdopodobnie jednak i w innych szczawach żelazistych żelazo znajduje się w stanie rozdrobnienia koloidalnego. Koncepcja ta ułatwia zrozumienie skutecznego działania tych wód we wielu schorzeniach, zwłaszcza w niedokrwistości. Wszystkie źródła Spa są chłodne. Woda do kąpieli jest doprowadzana do wanien miedzianych, o dnach podwójnych, — miedź ma być szczególnie odporna na działanie chemiczne wód mineralnych, — i ogrzewana za pomocą pary, przepuszczanej przez przestrzeń między oboma dnami. Oprócz kąpieli wodnych w Spa są stosowane kąpiele żelazisto-borowinowe. Zakład zdrojowiska, wyposażony w najrozmaitsze przyrządy do fizykalnych sposobów leczenia i w gabinet rentgenologiczny, jest pod każdym względem pierwszorzędny i komfortowy. Na szczególniejszą uwagę zasługują wiewialnia i urządzenie do emanoterapii. Wiewialnia posiada oprócz komfortowo urządzonej sali do wzięciań wspólnych, urządzenia do rozpylania wód i substancji balsamicznych, przyrządy do wzięciań osobniczych suchych i balsamicznych, do wdychań powietrza zgęszczonego i t. d. Z urządzeń do emanoterapii imponuje, ustawiony w holu centralnym zakładu, wielki przyrząd wynalazku profesora M u n d'a z Louvain, służący do szybkiej i automatycznej radioaktywizacji wody z bardzo dokładnym i dowolnym dawkowaniem emanacji. Dawkowanie emanacji przyrządem tym jest tak dokładne i pewne, że posługują się nim badacze w swoich pracach naukowych. Rad użyty w aparacie tym jest wydobyty z rud kruszcowych Konga belgijskiego. Jako wskazanie do leczenia w zdrojowisku w Spa są podawane: niedokrwistość, schorzenia układu krwionośnego z wyjątkiem znacznego osłabienia mięśnia sercowego, rozmaite postaci gośćca, schorzenia górnych dróg oddechowych, przewlekłe schorzenia nerek, choroby ginekologiczne, wyczerpanie nerwowe i okres wyzdrowiania.

Uczestnicy zjazdu po wysłuchaniu w sali teatralnej wykładu o zdrojowisku Spa, wygłoszonego przez prof. H e n r i j e a n'a i po szczegółowym zwiedzeniu zdrojowiska, byli gościnnie podejmowani wykwiutnym śniadaniem, poczem zwiedziwszy jeszcze nadzwyczaj sprawnie funkcjonujący zakład butelkowania (l'usine d'embouteillage) wód mineralnych, odjechali autami i autokarami do Liège, gdzie wkrótce po przyjeździe odbyło się uroczyste zamknięcie Kongresu.

Na tem samem posiedzeniu odbyło się otwarcie II. Zjazdu Ligi Międzynarodowej dla Walki z Reumatyzmem.

Przez wszystkie dni trwania Kongresu Fizjoterapii

i bezpośrednio następującego po nim Zjazdu Ligi Międzynarodowej dla Walki z Reumatyzmem otwartą była w gmachu uniwersytetu wystawa przyrządów dla fizykalnych sposobów leczenia. Wystawcami były przeważnie firmy belgijskie i niemieckie.

Czas wolny od prac naukowych Kongresu wypełniały liczne atrakcje artystyczne i przyjemności towarzyskie, o które pesterali się nadzwyczaj gościnni i uprzejmi gospodarze belgijscy. Wzniesłe wrażenia odnieśliśmy z koncertu urządzonego specjalnie dla uczestników Zjazdu. Na koncercie tym występował słynny chór leodyjski „uczniów Gretry'ego”. Korzystając z fachowych objaśnień profesora archeologii uniwersytetu leodyjskiego, zwiedzaliśmy na wystawie pawilon starej sztuki wallońskiej. Oprowadzeni przez światłego opata H e n d r i c k'a zachwycaliśmy się kościołem Św. Jakóba, arcydziełem starej sztuki gotyckiej, w którym w przedziwnej harmonii z dominującym gotykiem pozostają częściowo jeszcze zachowana konstrukcja romańska z 12 wieku i przepiękny portal renesansowy, dobudowany w wieku 16. Odbył się także szereg wspólnych bankietów i przyjęć: więc wieczorem w przeddzień otwarcia Zjazdu serdeczne przyjęcie przez komitet miejscowy i raut w Kursal'u miejskim na terytorjum wystawy, w następnym dniu przyjęcie przez gubernatora prowincji Liège, dalej przyjęcie przez burmistrza miasta, połączone ze zwiedzeniem starożytnego ratusza, poczem gościnne przyjęcie, urządzone w luksusowych salonach Hotelu de Suède przez prezesostwo Zjazdu państw G u n z b u r g'ów, w następny wieczór wspólny bankiet w Hotelu Continental, gdzie wygłoszono szereg mów iskrzących francuskim „esprit”. Na bankiecie tym przemawiał także delegat Rządu Polskiego minister B e r t o n i, który wymownymi słowami dziękował za wybór Polaka wiceprezesem Międzynarodowego Towarzystwa Fizjoterapii i wyraził nadzieję, że w niedalekiej przyszłości Polska powita u siebie fizjoterapeutów wszystkich państw na Międzynarodowym Zjeździe Fizjoterapii.

Na końcu mego sprawozdania nasuwa się uwaga, że ze względu na ważną rolę, jaką czynniki fizyczne odgrywają w nowoczesnym leczeniu, że ze względu na wspierający rozwój fizjoterapii i żywy ruch naukowy w licznych towarzystwach fizjoterapeutycznych zagranicznych, dalej ze względu na okoliczność, że na V. Międzynarodowym Zjeździe Fizjoterapii Polak został wybrany do zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Fizjoterapeutycznego, wynika dla nas potrzeba i powinność założenia Polskiego Towarzystwa Fizjoterapeutycznego, jak również polskiego czasopisma fizjoterapeutycznego. Jedno i drugie niewątpliwie przyczyni się wale do rozwoju, postępu i należytego uznania u nas, tej tak ważnej dziedziny wiedzy i sztuki lekarskiej, jak również do skutecznego zwalczania podziwającego się pod przyrodolecznictwo" naukowe szalbierstwa i partactwa.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

W sprawie ośrodków zdrowia.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dok. patrz Nr. 39).

Dotychczasowa działalność ośrodków zdrowia nie pozostała bez śladu, odwrotnie, pokaźny ich dorobek godzien jest zaznaczenia. W większych środowiskach, gdzie powstały ośrodki zdrowia nastąpiła ko-

masacja istniejących organizacji i instytucji i to jest wielki plus, na którym społeczeństwo niewątpliwie zyskuje pod względem oszczędności i wydajności pracy. Wszędzie w ośrodkach wprowadzone zostały pielęgniarki—wywiadowczynie, (to jest *conditio sine qua non* nawet mianowania się ośrodkiem, jako że pracę zapobiegawczą stawia na realnym gruncie, bo wiąże chorobę z warunkami, w jakich ona powstała) i to jest druga wielka korzyść. Wreszcie koncepcja medycyny zapobiegawczej i metody wprowadzenia jej w życie, propagowane przez ośrodki zdrowia, mają niewątpli-

wie duży wpływ na przepojenie zwykłego lecznictwa ideą zapobiegania. To powinno być zawsze naszym głównym, choć odległym jeszcze celem; może wówczas podział na medycynę leczniczą i zapobiegawczą będzie zbyt techniczny. To są jednak sprawy, które na Zjeździe nie zajmowano się wcale. Tam wchodziło w grę jedyne zdaje się pytanie, czy w ośrodkach zdrowia może i powinno odbywać się leczenie.

Aby odpowiedzieć na to pytanie, oddzielmy najpierw choroby społeczne od zwykłych schorzeń terapeutycznych i chirurgicznych. Tu, zdaje się, niema wielkiej różnicy zdań i przeważająca większość lekarzy i praktyków i teoretyków jest zgodna pod tym względem, że do ośrodków zdrowia należą wyłącznie klęski społeczne. Wiem, że w niektórych naszych ośrodkach zdrowia, szczególnie na prowincji, jest praktykowane szeroko zwykłe lecznictwo, niekiedy nawet płatne, (ośrodki stają się zwykłymi ambulatoriami, co znajduje duże uznanie ze strony szerokich warstw ludowych, popierających wówczas tworzenie nowych ośrodków), wiem, że ten kierunek ma swoich zwolenników przede wszystkim na wschodzie, gdzie istnieją tradycje lecznictwa ziemskiego rosyjskiego, ale nie wydaje mi się, żeby ten kierunek groził możliwością stania się ogólnym. Być może, iż sytuacja wyglądałaby nieco inaczej, gdybyśmy stanęli całkowicie na punkcie widzenia, reprezentowanym przez D-ra T u b i a s z a, a przede wszystkim D-ra S a l a k a, według których w każdym powiecie należy zorganizować sieć ośrodków zdrowia i każdy z nich ma obejmować całokształt zagadnień zdrowotnych na określonym terenie. Dr. S a l a k chce ośrodki połączyć z lekarzami okręgowymi, na kresach wschodnich możnaby oprzeć się na lekarzach rejonowych. Wówczas w okolicach, gdzie niema dostatecznie rozwiniętej pomocy lekarskiej, ośrodki zdrowia musiałyby leczyć przede wszystkim ludność niezamożną, korzystającą z opieki gminy, a następnie i pozostałą, która do tej udostępnionej pomocy będzie się uciekała. Każdy więc, kto propaguje tworzenie ośrodków zdrowia w okręgach wiejskich i dzielnicach zaniedbanych, propaguje w nich tem samem lecznictwo; tak mówi i doświadczenie kilkuletnie, co przebiega ze wszystkich rozmów z działaczami na terenie.

Dla uniknięcia nieporozumień zaznaczam, że zupełnie na uboczu znajdują się „stacje sanitarne”, tworzone przez Kasy Chorych w województwach zachodnich, dlatego też nie poruszam ich wcale i w dyskusji swej nie mam na względzie. Ażeby te stacje można było nazywać ośrodkami zdrowia, trzeba byłoby je radykalnie przekształcić, zmieniając urządzenie, personel, stawiając przed nimi inne zadania, niż te, jakie mają obecnie.

W ostatecznym obrachunku nie przypuszczam, żeby nawet przy tej najszerzej ujętej koncepcji ośrodków zdrowia świat lekarski praktykujący stracił, ale nie jestem propagatorem tej idei, bo uważam ją za bardzo trudną do urzeczywistnienia, bo według mego zdania należy ośrodkom zdrowia pozostawić akcję zapobiegawczą tylko w chorobach społecznych z wyeliminowaniem nawet policji sanitarnej, której radbym widzieć nawet w rękach lekarzy powiatowych jak najmniej, a z ośrodków zdrowia usunąłbym zupełnie, — jednak pod tym względem jestem dość odosobniony. Do usunięcia lecznictwa z ośrodków zmierza też akcja Departamentu Służby Zdrowia, co najlepiej jest widoczne z cytowanego już wyżej artykułu D-ra T u b i a s z a, którego można traktować, jako porte-pa-

role władz sanitarnych państwowych w tej sprawie. „A teraz powstaje pytanie, jak należy ustosunkować tę działalność do lecznictwa. Istnieją niestety tendencje do nadania tym instytucjom charakteru ambulatorjów dla chorych przychodzących, t. j. powtórzenie tego, co w Rosji przedwojennej było znane jako „medycyna ziemska”. Zasadniczo należy tę koncepcję odrzucić i dążyć do utrzymania w ramach działalności zapobiegawczej. Nie da się uniknąć stosowania metod leczniczych w chorobach społecznych, zwłaszcza wśród ludności niezamożnej, ponieważ lecznictwo na tym terenie ma charakter metody zapobiegawczej. Poza tem lecznictwo niejednokrotnie znajdzie zastosowanie tam, gdzie ludność jest zupełnie pozbawiona pomocy lekarskiej, ale wtedy działalność leczniczą należy w miarę możliwości odseparować od zapobiegawczej (inne dni, względnie godziny). W każdym razie zasadą powinno być, że lecznictwo pozostawia się w rękach lekarzy wolnopracujących, Kas Chorych i specjalnych zakładów leczniczych”.

Dr. D a n i e l s k i, obecnie wojewódzki naczelnik Urzędu Zdrowia w Tarnopolu, pisze podobnie: „Co do stosowania lecznictwa w ośrodkach zdrowia, kwestja ta jest zależna od miejscowej organizacji pomocy lekarskiej, pomimo, iż głównem zadaniem ośrodków zdrowia jest akcja higieniczno-zapobiegawcza, jednak lecznictwo może być stosowane w wypadkach, gdy jest cnc równocześnie zapobieganiem (np. w chorobach wenerycznych, jaglicy, usuwaniu wad rozwojowych niemowląt i dzieci itd.), następnie w wypadkach pomocy lekarskiej ubogim i w miejscowościach, pozbawionych innej opieki lekarskiej, wreszcie na podstawie specjalnych umów z instytucjami ubezpieczeniowymi (Kasy Chorych) i z zakładami opiekuńczymi”. Ten ostatni punkt mówi już wyraźnie o lecznictwie, ale prowadzonym w specjalnych warunkach. Jest to już lecznictwo kasowe. O ile wiem, w pow. warszawskim była nawet specjalna umowa w tej materji z Kasą Chorych.

Dr. O r z e c h o w s k i *) mówi już wyraźnie o lecznictwie: „Mając na celu przede wszystkim akcję zapobiegawczą, ośrodki zdrowia zmuszone są jednak zajmować się i lecznictwem. W ten sposób przyciągają ku sobie ludność i zdobywają jej zaufanie. Stosunkowo niski poziom kulturalny naszych wsi i miasteczek zmusza do tego, aby, korzystając z chwili udzielania porad lekarskich i ew. wydawania najprostszych leków, uświadamiać ludność w sprawach zdrowotnych. Praca ośrodków zdrowia i opieki społecznej przyczyni się w ten sposób do rozwiązania zagadnienia pomocy lekarskiej na prowincji”.

Pogląd D-ra O r z e c h o w s k i e g o wśród teoretyków i administratorów nie ma zwolenników; że jest w praktyce stosowany, winien jest temu brak lekarzy, bieda, nieuświadomienie ludności, a jeżeli kto chce, otwieranie ośrodków tam, gdzie powinni być najpierw lekarze, lecznice, ambulatorja, naturalnie wszystko to dostępne dla mas, a dopiero później ośrodki

*) Przytaczam w tym artykule tak dużo cytat nie tylko dla uzasadnienia swego stanowiska w sprawie, nad którą ze względu na jej nowość warto dyskutować, ale i dlatego, aby pokazać, że wbrew narzekaniom mówców na Zjeździe, trochę prac lekarskich polskich w tej dziedzinie już istnieje. Oprócz prac, na które się powołuję w dyskusji niniejszej, można znaleźć szereg artykułów w prasie bieżącej. Literatura ogólna znajduje się w pracy „Ośrodki zdrowia w Polsce” pod redakcją M. K a c p r z a k a i w pracy D a n i e l e w s k i e g o: „Charakter i zadania Ośrodków Zdrowia”.

zdrowia. Zresztą w praktyce i ten system może nie wywoływać konfliktów ze światem leczącym, trzeba jednak pracę lekarzy zatrudnionych uczciwie opłacać.

Sam kiedyś, pisząc na temat lecznictwa w ośrodkach, wypowiedziałem się niedwuznacznie przeciw: „Samo lecznictwo, aczkolwiek niekiedy jest nieuniknione, jak w chorobach wenerycznych, jaglicy, lub nawet w opiece nad dzieckiem, szczególnie tam, gdzie brak pomocy lekarskiej, winno być traktowane tylko jako konieczność, bez której nie można prowadzić pracy. Niepożądane jest, jak to podkreślają wszyscy zajmujący się tem zagadnieniem, naśladownictwo ambulatorjów typu przedwojennego w ziemstwach rosyjskich, choć ośrodki nasze z tą akcją mają wiele wspólnego. Nie wydaje się też racjonalne dążenie do stworzenia dość głośnych poliklinik jugosłowiańskich, ponieważ w swem założeniu ośrodki nie są wyrazem dążeń do socjalizacji medycyny”. Dodać należy, że w Jugosławii konflikt ze światem lekarskim leczącym jest znacznie ostrzejszy niż u nas. Reasumujemy: w jaglicy, chorobach wenerycznych leczenie jest nieuniknione, gdyż jest ono jednocześnie radykalnym środkiem zapobiegawczym (tu leczenie stosowane jest prawie wszędzie), w opiece nad matką i dzieckiem wszystko może być w przeważającej liczbie przypadków sprowadzone do porad higieniczno-dietetycznych, a w wyjątkowych tylko okolicznościach może być stosowane lecznictwo, w gruźlicy wreszcie w grę wchodzi prawie wyłącznie wypoczynek i wskazówki higieniczne. Trudno tu jednak będzie obyć się i bez niektórych zabiegów (odma sztuczna), a w rzadkich wypadkach i jakichś banalnych środków lekarskich. Tak pojmowane ośrodki zdrowia, sądzę, nie godzą w interesy lekarzy praktyków.

Naturalnie dotychczasowa działalność ośrodków zdrowia jest bardzo różnorodna i mniej może z obawy wyrządzenia krzywdy lekarzom praktykom, a przede wszystkim ze względu na rozwój tak pożytecznej instytucji należałoby zająć się tą sprawą. Za jeden z najważniejszych braków ośrodków zdrowia uważam brak odpowiedniego personelu, a przede wszystkim brak wyszkolenia u lekarzy pracujących w tych ośrodkach. Braki tu są dwojakiego rodzaju: zupełna lub niedostateczna znajomość zadań medycyny zapobiegawczej i brak fachowego wyszkolenia lekarskiego, często bowiem ośrodki zdrowia traktowane są jako warsztat do wyrobienia się. Naturalnie, że tak kierowany ośrodek swego celu spełnić nie może, w najlepszym razie będzie kiepską lecznicą.

Nie jestem też przeciwnikiem ujęcia działalności ośrodków w pewien regulamin ze strony władz administracyjnych, ale myślę, że jest to jeszcze zbyt wczesne. Zobaczmy najpierw, co powie doświadczenie, kierując się tymczasem tylko głównymi wytycznymi, które naturalnie winny być opracowane przez Departament w porozumieniu ze światem lekarskim. Pewne próby, zresztą lokalne, utworzenia regulaminu dla tych instytucji już istnieją.

Ostatni punkt dotyczy ogólnego ustosunkowania się lekarzy praktyków do ośrodków zdrowia, jako instytucji medycyny zapobiegawczej. Lekarz Polski w Nr. 9 z r. 1931 wita z entuzjazmem rezolucję Zjazdu, uważa je za pierwszy objaw masowego zainteresowania się lekarzy praktyków medycyną zapobiegawczą, nikłe jednak, sądzę, są tej radości podstawy. Dla mnie jest oczywiste, że, poza pierwszym punktem rezolucji, gdzie rzeczywiście mówi się z uznaniem

o ideach i celach ośrodków zdrowia, w całym tonie przemówień bynajmniej tego uznania nie widać, a raczej odwrotnie.

Niektórzy prelegenci mówią o tem zupełnie wyraźnie i tak np. jeden proponuje, żeby władze zwiazkowe „wyjaśniły tę kwestję czynnikom miarodajnym i przestrzegły przed lekkomyślnym zakładaniem instytucji, które w obecnych czasach nie mogą spełnić swego zadania”, inny powiada, że „nie pora na luksusowe ośrodki, na których tworzenie organizacje zawodowe lekarskie, a nawet Izby lekarskie, nie mają wpływu” (a na szpitale mają?). I gdzież tu aprobata?

[W] całym opisie przebiegu Zjazdu powtarza się jako lejt-motyw jedno — ruina wolnego stanu lekarskiego. Tu leży sedno sprawy i tu chcę dać parę wyjaśnień. Nie będę powoływał się na Marcinkowskich, Matlakowskich, Biegańskich. Sądzę, że lepiej przestać chodzić odświętnie na wysokich koturnach posłannictwa, a na codzień zadawałniać się mniej lub więcej popłatnem rzemiosłem, stać też na gruncie zupełnie realnym. Świat lekarski ma prawo i obowiązek bronić, nawet przedewszystkiem, swych interesów materialnych i moralnych, ale ma też prawo i obowiązek chronić nie tylko zdrowie jednostek, które się o pomoc zwracają, lecz i całego społeczeństwa; tu nie należy wytwarzać sprzeciwów, bo ich niema. Jest to tak oczywiste, że wyjaśnień nie wymaga. Zawód lekarski dziś już nie jest posłannictwem, ale nie należy z niego robić wyłącznie rzemiosła, trzeba jeszcze trochę ducha społecznego, trochę idei, wykraczających poza interesy osobiste czy nawet zawodowe. Oczywiście jest również, że interesy społeczeństwa stoja wyżej, niż interesy materialne lekarzy, czy jakiegokolwiek innej grupy zawodowej — tych dwu rzeczy nie można sobie przeciwstawiać. Nie wiem, czy na zniesieniu ubezpieczeń społecznych zyskaliby lekarze praktykujący (dziś mam duże wątpliwości, czy tak, śmieiej bym powiedział — nie), ale jestem przekonany, że utraciliby wiele szerokiej masy ogółu, i to jest dla mnie przekonywujące. Zwalczanie społecznej akcji zapobiegawczej dziś to walka z wiatrakami, bowiem akcja ta odpowiada potrzebom mas nie tylko ludowych, prowadzi do ekonomji materiału ludzkiego i jest wyrazem dążeń, przenikających całe nasze życie, jak mówimy pospolicie, wyrazem ducha czasu.

Jeżeli Kasy Chorych, czy ośrodki zdrowia są instytucjami dla dobra społecznego pożytecznymi, w co niewielu wątpi, będą trwały i będą się rozwijały nawet gdyby z powodu ich istnienia cierpiał materialnie świat lekarski, — niema więc celu tracenia sił na ich zwalczanie. Cała mądrość życiowa polega na tem, aby w nowych okolicznościach, w nowym ustosunkowaniu się sił społecznych, przy nowych instytucjach lekarze zdobyli dla siebie godne i odpowiednio opłacane stanowiska. Obrona zaś dawnych utraconych pozycji jest bezowocna. Wiele błędów, za które trzeba obecnie i trzeba będzie w przyszłości pokutować z tego powodu, popełniono w stosunku do Kas Chorych; być może to samo będzie z ośrodkami zdrowia.

O ustosunkowaniu się lekarzy do higieny społecznej i medycyny społecznej Dr. W. Chodźko (6), którego trudno posadzić o ujemny stosunek do świata lekarskiego praktykującego, mówi dość wyraźnie: „Przeglądając piśmiennictwo lekarskie współczesne, można stwierdzić, zarówno w Anglii, jak we Francji, jak w Niemczech,

że lekarze starają się za pomocą rozmaitych formułek, uchwał zjazdowych, dyskusyj na posiedzeniach, zawarować sobie jedynie prawo leczenia chorych, pozostawiając instytucjom higieny społecznej całą medycynę zapobiegawczą, całą opiekę lekarską nad zdrowym. — Zapominają, że jak ubezpieczenie społeczne stworzyli politycy i ideolodzy ruchu społecznego bez udziału lekarzy, tak obecnie higienę społeczną zaczęli tworzyć socjolodzy i działacze praktyczni, filantropi i teoretycy opieki społecznej, spychając lekarzy do roli wykonawców technicznych i pracowników (nie najważniejszych) w nowych instytucjach, gdzie pielęgniarstwo społeczne zaczyna uzyskiwać wpływ przemożny, często decydujący.

Ja jednak idę jeszcze dalej i twierdzę, że tak Kasy Chorych, jak i ośrodki zdrowia na dłużej są dla świata lekarskiego praktykującego bardzo pożyteczne i że obecna niechęć do nich jest nieco podobna do protestów, rozlegających się zawsze ze strony grup zawodowych, kiedy jakieś udoskonalenie techniczne wchodzi w grę i narusza ich dotychczasowe stosunki, spokój, interesy. Jestem również głęboko przekonany, że wszelka akcja uświadamiająca, propagandowa, wszelkie instytucje medycyny zapobiegawczej, na które tak często lekarze patrzą niechętnie, u nas długo jeszcze będą służyły dla zwiększenia praktyki lekarskiej. Jesteśmy krajem, posiadającym prawie że najmniej lekarzy w całej Europie i dopóki nie będziemy mieli mniej więcej jednego lekarza na

2.000 mieszkańców (obecnie 1:3.000), jak jest w większości krajów sąsiednich ani bogatszych, ani kulturalniejszych od nas, nie będzie można mówić o nasyceniu pomocą lekarską. Być może lekarze cierpią biedę, ale temu bynajmniej nie są winne nawspowstałe instytucje, ani lecznicze ani zapobiegawcze. Ciemnota, ogólne warunki bytu, tradycja szerokich mas obywatelskich tłómaczą ten niepożądany stan rzeczy. Chodzi o to, by ludność chciała, umiała korzystać z pomocy lekarskiej i miała ją udostępnioną, a te idee przede wszystkim popierają wszelkie instytucje medycyny zapobiegawczej, między innymi dobrze prowadzone ośrodki zdrowia.

SPIS PRAC, Z KTÓRYCH WZIĘTO CYTATY.

1. M. K a c p r z a k. Ośrodki Zdrowia w Polsce (pod redakcją D-ra Kacprzaka), od str. 81—99. 2. N. S a d o w s k a, Praca Ośrodka Zdrowia na wsi, Zdrowie, Nr. 21, 1931 r.
3. Dr. T u b i a s z. Ośrodki Zdrowia w Polsce (pod red. D-ra Kacprzaka) — str. 5—13. 4. Dr. B. S a l a k: Poradnie społeczno-lekarskie w Tarnopolszczyźnie, jako funkcja samorządów i publicznej służby zdrowia. Zdrowie, Nr. 3. Rok 1929.
5. Dr. J. D a n i e l s k i. Charakter i zadania „Ośrodków Zdrowia”. Zdrowie Nr. 11. Rok 1930. 6. Dr. K. O r z e c h o w s k i: Działalność ośrodków zdrowia i opieki społecznej w powiecie warszawskim, rok 1929. Zdrowie (odbitka), Nr 7—8, 1930 r. 7. Dr. W. C h o d z k o: Lekarz współczesny a medycyna zapobiegawcza. Odbitka z Nowin Społeczno-Lekarskich, Nr. 16, 1928 r.

Wiadomości bieżące

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesłało do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy okólnik następujący:

Kilkoletnia akcja nad podniesieniem zdrowotności kraju dała niewątpliwie dodatnie rezultaty.

Wyniki te jednak mogą w znacznej mierze być stracone wskutek obecnej sytuacji gospodarczej, jeżeli władze państwowe i samorządowe nie dołożą wszelkich starań, by utrzymać osiągnięty postęp chociażby na jego dotychczasowym poziomie.

Wobec tego przypominam P.P. Wojewodom (P. Komisarzowi Rządu) postanowienia okólnika Nr. 148 z dn. 4 sierpnia 1928 r. Nr. Z. H. 3806/28 (Zbiór zarządzeń Min. Spraw Wewn. str. 353) i zalecam wznowienie działalności lotnych inspekcji porządkowo-sanitarnych.

Zaznaczam, że celem sprawowania nadzoru nad stanem sanitarnym będą zarządzały również inspekcje ministerjalne.

(—) Minister P i e r a c k i.

— Na zapytanie jednego z Panów Wojewodów, jakich lekarzy należy uważać w zastosowaniu do § 55 rozporządzenia Ministra Spraw Wojskowych z dnia 16 marca 1930 r. (Dz. U. R. P. Nr. 31 poz. 270) z a l e k a r z y w o l n o p r a k t y k u j a c y c h, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości następujące:

Za lekarzy rządowych w przeciwstawieniu do lekarzy cywilnych wolnopraktykujących, wymienionych w ustępie przedostatnim art. 17 ustawy o powszechnym obowiązku służby wojskowej, zgodnie z interpretacją, przyjętą w § 33 powołanego wyżej rozporządzenia, należy uważać podległych Panu Wojewodzie lekarzy cywilnej administracji państwowej, t. j. lekarzy administracji ogólnej. Wszystkich innych lekarzy cywilnych,

powoływanych przez Pana Wojewodę do komisji poborowych do pełnienia funkcji lekarzy administracji ogólnej, należy uważać za lekarzy wolnopraktykujących i wypłacać im koszty podróży i diety w wysokości, jak podano w § 55 tegoż rozporządzenia.

— Według wiadomości, zebranych przez biuro higieny przy Lidze Narodów cholera szerzy się wszędzie mniej od r. 1930, prócz Indji Angielskich, gdzie liczba ofiar jest większa niż w latach ubiegłych. W Australji i w Iraku niema cholery od r. 1927. Poza to na uwagę w sprawozdaniu zasługuje fakt, że stwierdzono znaczny spadek zachorowań na ospę w Anglii w r. 1931.

— Według danych amerykańskich trwa w Stanach Zjednoczonych silna epidemia porażenia dziecięcego. Punktem wyjścia jest stan New - York z okolicami. Od stycznia r.b. do końca sierpnia odnotowano 2250 przypadków w mieście New - Jorku, wszystkie z wyjątkiem 34 wystąpiły od 1 lipca r. b.

— Na pierwszym posiedzeniu Rady Ligi Narodów przedstawiciel Rządu brazylijskiego wystąpił z projektem urządzenia w Rio de Janeiro własnym kosztem międzynarodowego Instytutu do badań nad trądami do oddania go Lidze Narodów do zarządzania. Liga Narodów przyjęła propozycję z podziękowaniem.

— Sir William Morris ofiarował Królewsko - brytyjskiemu Zakładowi dla badań nad rakiem 25 tysięcy funtów angielskich na urządzenia radiologiczne.

— Klinika prof. Volharda we Frankfurcie urządza wspólnie z kliniką chirurgiczną prof. Schmiedena kurs uzupełniający dla lekarzy z dziedziny chorób nerek i serca od 5 do 10 października.

— 42 kurs międzynarodowy dla lekarzy urządza Wydział Lekarski Uniwersytetu we Wiedniu od 28 września do 10 października. Kurs ma poruszać „najważniejsze współczesne zagadnienia lekarskie z szczególnym uwzględnieniem leczenia” (kurs dla lekarzy prowincjonalnych). Informacyj udziela dr. Kronfeld, Wiedeń IX, Porzellangasse 22.

— Drugi kongres międzynarodowy, poświęcony dżumie i szczurom, odbędzie się w Paryżu od 7 do 12 października pod przewodnictwem prof. Petit.

— Nowy parlament hiszpański liczy 47 lekarzy-posłów, którzy opracowują szereg zarządzeń sanitarno-społecznych dla przedstawienia Izbie do zatwierdzenia.

— Na posiedzeniu 99-go walnego zebrania British Medical Association w lipcu r. b. omawiano sprawę samobójstw, których liczba sięga w Anglii 5000 rocznie. Liczba ta nie uległa naogół zwiększeniu poza rokiem 1930, kiedy zaznaczył się wyraźny wzrost. Tylko 50 samobójstw dokonano w stanie rozstroju nerwowego. W Anglii zamach samobójczy podlega karze więzienia, co, rzecz jasna, winno być zmienione na umieszczenie takiego osobnika w zakładzie dla nerwowo chorych.

— Zarządzeniem policji berlińskiej z dnia 10. 7. 1931. zabrania się używać w zakładach fryzjerskich do mycia i suszenia włosów eter, aceton, eter octowy, benzynę, tymol i t. p.

ZMARLI:

Prof. Alfred Grotjahn, profesor zwyczajny i znany znawca higieny społecznej w r. 61-ym życia.

Walter Ernst Dixon, znany farmakolog londyński, w r. 60-ym życia.

TREŚĆ: M. FEJGIN. Zawał mięśnia sercowego czy zapalenie włóknikowe osierdza? — G. KREMER. Przyczynek do studiów nad rzekomą kolką wątrobową. — A. RYTEL. Współczesny stan poglądów na etiologię i patogenęzę cierpień stawowych. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — M. KACPRZAK. W sprawie ośrodków zdrowia. — Wiadomości bieżące. — Zmarli.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. FEJGIN. L'infarcte du myocarde ou la pericardite fibrineuse. — G. KREMER. Aux études sur la pseudo-colique hepatique. — A. RYTEL. L'état contemporain d'étiologie et de pathogenése 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.