

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: *Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.*

Rok VIII

WARSZAWA, 8 PAŹDZIERNIKA 1931 R.

Nr. 41

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O postaci rodzinnej stwardnienia rozsianego.

Podał

Leon PRUSSAK (Warszawa).

Mimo bardzo licznych prac, poświęconych badaniom nad stwardnieniem rozsianem, sprawę etiologii tego cierpienia musimy narazie uważać za niewyjaśnioną. Wprawdzie badania kliniczne i anatomo-patologiczne zdają się przemawiać za naturą zakaźną tego cierpienia, a jednak oddawna toczący się spór między zwolennikami teorii zwewnątrz - pochodnego (Strümpell, Müller, Ziegler, Hassin, Bauer, Bing i Reese) i zewnątrz pochodnego (począwszy od P. Marie, większość autorów) powstawania stwardnienia rozsianego nie został bynajmniej ukończony. Nieliczni już dzisiaj przedstawiciele pierwszej z tych teorii widzą potwierdzenie swej koncepcji w fakcie rodzinnego oraz dziedzicznego występowania S. M. Okoliczność ta nie przemawia — zdaniem zwolenników tej drugiej teorii — przeciw naturze zakaźnej cierpienia, albowiem to ostatnie, tak bardzo rozpowszechnione, może również dotknąć kilku członków rodziny. Dopóki jednak czynnik chorobotwórczy nie zostanie ostatecznie wykryty, dopóty obracać się będziemy w sferze hipotez mniej lub więcej prawdopodobnych. Natura zakaźna jest najbardziej prawdopodobna, sądzymy jednak, iż dużą rolę w powstawaniu S. M. odgrywa pewna wrodzona, zmniejszona odporność układu nerwowego, a być może, i nabyta (Röper, Curschmann, Haber, Pette). [Gdyby bowiem tylko zakażenie wśród rodziny odgrywało tu rolę, to nie moglibyśmy sobie wytłumaczyć, dlaczego w całym piśmiennictwie istnieją tylko 3 przypadki koniugalne S. M. (Gironés, Goldflam, Handelsman J.), liczba tak mała, że nie wyłącza możliwości przypadkowego spotkania się dwóch osobników, dotkniętych tem cierpieniem, biorąc pod uwagę, iż S. M. należy do najczęstszych cierpień układu nerwowego]. Tylko w ten sposób możemy zrozumieć rodzinne i dziedziczne występowanie S. M., które

nie tak rzadko się zdarza, jak wielu autorów przypuszcza, a byłoby niewątpliwie jeszcze częstsze, gdyby systematycznie badano rodziny chorych, dotkniętych temże cierpieniem.

Wśród bardzo licznych postaci klinicznych S. M. bynajmniej nierzadko zdarzają się t. zw. postaci poronne i utajone, które po większej części odznaczają się brakiem objawów podmiotowych lub tak nieznacznym ich nasileniem, że chorzy tacy przeważnie nie zwracają się wcale do lekarzy, a tem mniej do neuropatologów. Zdarza się również, że chorzy ci zwracają się do lekarza z powodu zgoła innego cierpienia, niekiedy zupełnie banalnego, i tylko dokładne badanie neurologiczne ujawnia objawy niewątpliwego stwardnienia rozsianego.

Może nas spotkać zarzut, iż przynależność tego rodzaju przypadków do S. M. nie jest dostatecznie umotywowana i pewna, ale, z tego założenia wychodząc, musielibyśmy się w rozpoznawaniu S. M. cofnąć do owej epoki, kiedy tryada Charcota oraz inne klasyczne objawy S. M., jak brak odruchów brzusznych, zmiany w tarczach nerwów, wzrokowych i t. p. były *conditio sine qua non* rozpoznania tego cierpienia.

Dopóki nie poznamy czynnika chorobotwórczego lub jakiegoś odczynu swoistego dla S. M., czy to we krwi, czy w płynie mózgowo-rdzeniowym, dopóty za życia w tego rodzaju przypadkach, z mniejszym czy większym prawdopodobieństwem, rozpoznawać będziemy S. M., jako jedyne cierpienie, które może wytłumaczyć całokształt objawów w danym przypadku. Wszak cierpienia rodzinno-dziedziczne, które mogłyby wchodzić w rachubę przy rozpoznaniu różniczkowym, mają swoją symptomatologję dostatecznie ustaloną, by je ewentualnie można było wyłączyć.

Nie wszystkie jednak przypadki rodzinne lub dziedziczne należą do kategorii postaci poronnych; znane są przypadki, nie nastroczające żadnych wątpliwości rozpoznawczych, a nawet — sekcyjne

(Eichhorst, Collier, Haber, Schob, Michenfelder, André-Thomass).

Jeżeliby nawet w świetle przyszłych badań część przypadków odpadła, jako nie mająca z S. M. nic wspólnego po za obrazem klinicznym, to jednak możliwość rodzinnego występowania tego cierpienia pozostanie faktem niezbitym, a neuropatologia wzbogaci się o nową jednostkę nozologiczną z kategorii chorób rodzinno-dziedzicznych. Z tego też względu należy podawać do wiadomości ogółu lekarzy nietylko przypadki pewne, lecz również i takie, w których rozpoznanie to jest prawdopodobne. Kiedy przed 3 laty udało mi się przypadkowo stwierdzić S. M. u 2 braci, zacząłem zwracać na to szczególną uwagę i do tej pory zdołałem zebrać 4 rodziny, których członkowie obarczeni są tem cierpieniem.

Rodzina R.

Rodzice chorych byli spokrewnieni między sobą: matka ojca i ojciec matki byli rodzeństwem. Ojciec zmarł w 42 roku życia na dur plamisty, aż do tej pory był zawsze zdrowy. Matka l. 57, nigdy nie roniła, ma 7 dzieci, jedno urodziło się martwe (ciężki poród kleszczowy). Cierpiała na bóle głowy. Przed 14 laty przechodziła rwę kulszową w ciężkiej postaci [prawdopodobnie *radiculitis lumbosacralis*, gdyż jeszcze obecnie (20. V. 1931) stwierdza się osłabienie odruchów ścięgowych w tejże kończynie oraz objawy Lasègue'a i udowy].

Przypadek I. R. Icek, l. 31, pomocnik handlowy¹⁾.

Choroba rozpoczęła się w końcu marca 1928 r. od bólów w okolicy stawu kolanowego lewego; po pewnym czasie ból objął całe udo aż po pachwinę, kończyna stała się ociężała. Obecnie (19. V. 1928) narzeka na bóle w okolicy krzyżowej i w podudziu lewym. Urynowanie prawidłowe. Od kilkunastu miesięcy osłabienie w sferze płciowej (erekcje oraz *libido*.) Przed 10 laty przechodził jakąś sprawę stawową (przez kilka lat sypiał w wilgotnym mieszkaniu). Od 8 lat nerwowo, łatwo się unosi. Przed pięciu laty, podczas silnego zdenerwowania, stracił przytomność i upadł. Według opowiadania żony, napad trwał dziesięć minut. Chory miał szczękościsk, drżał (języka sobie nie przygryzł, moczu bezwiednie nie oddał), a po odzyskaniu przytomności był seanny. Chorób wenerycznych nie przechodził. Żona zdrowa, nigdy nie roniła, ma dwoje dzieci.

[Starszy syn (4¹/₄ roku) przechodził przed rokiem zapalenie wielonerwowe pobłonicze. 7.IV 1931 r. wystąpiło u niego porażenie nerwu twarzowego. W tym samym czasie chory narzekał na bóle w różnych okolicach ciała i zaczął gorzej chodzić (poprzednio w ciągu paru lat chodził zupełnie dobrze). Na 3 tygodnie przedtem przechodził anginę (naloży, badane bakteriologicznie, nie wykazały łaseczek błonniczych). Obiektywnie stwierdza się u niego, po za porażeniem obwodowym lewego n. twarzowego, zniesienie wszystkich odruchów ścięgowych. Badanie oczne wykazało dużą nadwzroczność, zez i ambliopię oka lewego (kol. Zamenhofowa). Drugie dziecko, 7-miesięczne, jest podobno zdrowe (nie badane)].

Badanie przedmiotowe. Wzrost niski, budowa kośćca drobna, stan odżywiania niezły. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz bez białka i cukru. Odczyn Wassermana ujemny. Żrenice, dno oczu, pole widzenia—norma.

Nystagmoidne ruchy gałek ocznych. PR wzmożone. AR wzmożone (l. ∇ pr.). Abd. słabe, podeszwowe normalne. Objaw Rossolimo obustronnie dodatni (l. ∇ pr.).

¹⁾ Pierwsze 2 przypadki pierwszej rodziny, podobnie jak i 2 przypadki czwartej rodziny wspomniane są w pracy Dr. S. Goldflama: „Die diagnostische Bedeutung des Rossolimo-schen Reflexes“ str. 102 i 103.

Porażen mięśniowych, zaburzeń czucia przedmiotowych, bezładny brak. 6.VI 1928 r. Nieznaczne upośledzenie czucia w lewej kończynie dolnej, pozatem stan niezmieniony.

10.VII 28 r. W ostatnich czasach bóle znacznie się zmniejszyły. Odruch Jakobschona z lewej strony +. Abd. l. ∇ pr. Stopotrząs z lewej strony zaznaczony. Podeszwowe słabe, (l. ∇ pr.). Czucie bez zmian.

2.I 29 r. Napady bólów o charakterze skurczowym w lewej kończynie dolnej. Odruch Jakobschona z obu stron (l. ∇ pr.). PR: pr. ∇ l. AR: l. ∇ pr. Abd: pr. ∇ l.).

24.V 1931. Przed 2 laty, po zdenerwowaniu, napad utraty przytomności powtórzył się; pozatem czuł się chory dobrze. Zaburzenia seksualne ustąpiły. *Visus*, po wyrównaniu nadwzroczności, po stronie prawej 5/5, po stronie lewej 1/10. Dno oczu i pole widzenia norm. (kol. Zamenhofowa). Ny w pr. ∇ l. (w pozycji bocznej), PR żywe (l. ∇ pr.). AR żywe (l. ∇ pr.), polikinetyczne. Abd. słabe (pr. ∇ l.). Podeszwowe: fleksja plantarna (l. ∇ pr.). R. obustr. + (l. ∇ pr.).]

A zatem u chorego, liczącego obecnie lat 34, rozwinęło się w ciągu przeszło 3 lat cierpienie nerwowe, objawiające się okresowo występującymi bólami w kończynie dolnej lewej, zmianą w odruchach okostnowych, skórnych i ścięgowych z zaburzeniami w sferze płciowej. Zmiany te nie nastąpiły odrazu, lecz w postaci napadów (Schub) i dotyczyły to jednej, to drugiej kończyny. Objaw Rossolimo stwierdza się przez cały czas obserwacji. Istniejące w początkowym okresie zaburzenia seksualne ustąpiły w przebiegu cierpienia. Ruchy nystagmoidne, widoczne na początku choroby, przemieniły się w wyraźny oczopląs. Czy napady nerwowe, o których była mowa, należy zaliczyć do t. zw. „Affektepilepsie“ Bratza — trudno powiedzieć, gdyż brak nam dokładnego opisu napadu. Nie możemy również orzec, czy mają one jakiś związek z cierpieniem zasadniczym, czy też nie.

Mamy zatem do czynienia z cierpieniem rozsiaśn, rozwijającym się etapami, o przebiegu łagodnym. Rozpoznanie stw. rozs. nie wymaga tu specjalnego umotywowania, gdyż takiego zespołu objawów, w ten sposób występujących i znikających, żadnym innym cierpieniem wytłumaczyć nie można (kiłę układu nerwowego z braku wszelkich danych zgóry musimy wyłaczyć).

Przypadek II. R. Naftal, l. 18, krawiec, zgłosił się do mnie 6.VII 1928 r. ze skargami na trwające od 3 lat bóle, o charakterze ciągnącym, w okolicy stawów kolanowych i podudzi, szczególnie po stronie lewej. Przy chodzeniu dłuższem, jak również przy szyciu na maszynie, bóle się wzmagają, i kończyny słabną. W dzieciństwie przechodził odrę (podobno dwukrotnie) oraz dur plamisty w lekkiej postaci w 1918 roku. Po za wyżej wymienionymi chorobami był zawsze zdrowy. Urodzony przy pomocy kleszczy.

Badanie przedmiotowe. Wzrost średni, budowa kośćca drobna, odżywianie niezłe. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz bez białka i cukru. Badanie morfologiczne krwi zmian nie wykazuje. Odczyn Wassermana ujemny.

Żrenice i dno oczu bez zmian. Nystagmoidne ruchy gałek ocznych. Kończyny górne prawidłowe. W kończynach dolnych brak porażen mięśniowych, zaburzeń czucia oraz bezładu. PR i AR żywe. Abd: pr. ∇ l. Podeszwowe słaba fleksja. R.: l. ∇ pr.

14.X 28 r. Bóle z goleni ustąpiły, natomiast w okolicy stawów kolanowych utrzymały się. Pozatem wystąpiły również między łopatkami (jakgdyby prąd elektryczny przechodził). Stan przedmiotowy, jak poprzednio.

3 XI 28 r. Skargi te same. Odruchy w kończynach górnych żywe. Podeszwowe = 0. Pozatem stan niezmieniony.

8. II 1931 r. Do tej pory otrzymał dwie serie naświetlań kręgosłupa pr. X. Od kilku miesięcy odczuwa jakieś przykre sensacje w stawach barkowych oraz napiętkowych, szczególnie po stronie lewej (uczucie prądu elektrycznego). Sensacje te występują napadowo, trwają zazwyczaj kilka sekund; chory musi wtenczas odłożyć przedmiot, trzymany w ręce, z obawy, aby mu nie wypadł. Ostatnio miewa uczucie, jakgdyby mu przełamano golenie (zwłaszcza lewą). Uczucie to występuje szczególnie przy szybszym chodzeniu obok uczucia ziębienia w stopie lewej. Narzeka na *ejaculatio praecox*. Lekkie odbarwienie skroniowe lewej tarczy. Po wyrównaniu nadwzroczności *Vis. oc. s.* = 5/5, *oc. d.* $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$. Pole widzenia oka lewego wyraźnie zwężone na kolory (biały i czerwony) (kol. Zamenhofowa).

10. V 31 r. Skończył третią serię naświetlań promieniami X. Narzeka na uczucie drętwienia w obu przedramionach, występujące napadowo. Czasami oddaje mocz z trudem. Objaw Rossolimo znacznie silniejszy, niż poprzednio (I. 7 pr.).

18. VI 31 r. Chory podaje, że przed dwoma dniami, zbudziwszy się ze snu, poczuł ociężałość w przedramieniu i dłoni prawej, w ciągu kilkunastu sekund nie mógł kończyną poruszać.

U chorego tego w 15 roku życia wystąpiły bóle oraz wyczerpywanie się siły mięśniowej w kończynach dolnych podczas wysiłku. Badanie przedmiotowe, dokonane w 3 lata po wystąpieniu tych objawów, wykazywało niezbyt wybitne, ale wyraźne objawy schorzenia organicznego ośrodków nerwowych, jako to: ruchy nystagmoidne gałek ocznych, osłabienie jednostronne odruchów brzusznych, wzmożenie odruchów ścięgowych w kończynach dolnych, obustronny objaw Rossolimo i osłabienie odruchów podeszwowych. W ciągu dalszego przebiegu cierpienia niektóre objawy znikły (bóle w goleniach), inne natomiast wystąpiły (bóle o charakterze prądu elektrycznego w okolicach łopatek, stawów barkowych i napiętkowych, odbarwienie skroniowe tarczy lewej i ograniczenie pola widzenia z tejże strony, zupełne zniesienie odruchów podeszwowych, a w końcu parastezje w przedramionach i w kończynach dolnych oraz nieznaczne zatrzymanie moczu).

Widzimy zatem, że tak, jak w przypadku I, tak i tu cierpienie rozwijało się etapami. Tego rodzaju przebieg cierpienia, ten zespół objawów, świadczący o charakterze wieloogniskowym tegoż oraz obecność objawów, tak charakterystycznych, jak odbarwienie skroniowe tarczy oraz objaw Rossolimo — uprawniają do rozpoznania również i w tym przypadku stwardnienia rozsianego.

Przypadek III. R. Abram, l. 23, kamasznik przyszedł do mnie 13. V. 31 r. z chorą swą siostrą nie w charakterze pacjenta, uważał się bowiem za zupełnie zdrowego. Zbadałem go, by się przekonać, czy przypadkowo niema jakichś objawów ze strony układu nerwowego. Z anamnezy jego wynikało, że poza dremem plamistym w 9-ym oraz zapaleniem przyusznic w 20-m roku życia, nigdy żadnych chorób nie przechodził. Urodzony przy pomocy kleszczy.

Badanie przedmiotowe. Wzrost średni, budowa kośćca drobna, odżywienie dość dobre. Wydech nad szczytami wydłużony, pozatem narządy wewnętrzne bez zmian. Żrenica prawa — oddziaływanie na światło bezpośrednie zniesione, konsensualnie zachowane. Żrenica lewa norma. Dno oczu: tarcza prawa kredowo-biała, o granicach ostrych, naczy-

niach nie zwężonych; tarcza lewa norma. Pozostałe nerwy czaszkowe bez zmian. Oczopląsu brak. Kończyny górne, poza minimalnym drżeniem palców, zmian nie wykazują.

W kończynach dolnych brak zaburzeń ruchowych, czuciowych i koordynacyjnych. PR wzmożone (pr. 7 1.). AR żywe, ślad stopotrząsu z prawej strony. Abd. prawe żywe, lewe wyraźnie osłabione, zwłaszcza średni i dolny. Odruchy podeszwowe prawidłowe. Objaw Rossolimo obustronnie dodatni.

21. V. 31. Badanie oczu (kol. Zamenhofowa).

Vis. oc. d. = 0, *oc. sin.* po wyrównaniu nadwzroczności 5/5. Pole widzenia oka lewego bez zmian.

Badania dodatkowe. Rentgenogram czaszki nie wykazał żadnych zmian ani w zatokach, ani w siodło turckiem. Mocz bez białka i cukru. Odczyn Wassermana we krwi ujemny. Badanie morfologiczne krwi zmian nie wykazało.

Widzimy więc, że u chorego tego, mimo braku wszelkich skarg, istniał szereg objawów przedmiotowych, jak zanik tarczy nerwu wzrokowego prawego z zupełną ślepotą, osłabienie odruchów brzusznych z jednej strony, wzmożenie odruchów ścięgowych oraz obustronny objaw Rossolimo. Szczególnie należy podkreślić, iż chory nie widział nic na oko prawe, nie wiedząc wcale o tem. Zachodzi pytanie, czy mamy tu do czynienia z pozostałością po jakiejś sprawie zapalnej w układzie nerwowym w związku z dremem, czy też ze stwardnieniem rozsianem, podobnie jak w 2 przypadkach poprzednich? O ile w przypadku drugim narastanie objawów w przeciągu kilku lat w postaci napadów (Schub) przemawiało za drugą możliwością, o tyle w tym przypadku sprawa jest trudniejsza do rozstrzygnięcia, ponieważ nie wiemy, kiedy i wśród jakich okoliczności objawy wystąpiły. Opierając się jednak na podobieństwie obrazu klinicznego do obrazów klinicznych obu przypadków poprzednich, zwłaszcza zaś drugiego, przypuszczamy, że chodzi tutaj jednak o jedno i to samo cierpienie, t. j. o stwardnienie rozsiane.

Przypadek IV. R. Moniek, l. 25, handlowiec, zgłosił się do mnie na moją prośbę dnia 16. VI. 31 r.

Od paru lat odczuwa bóle o charakterze ciągnącym w okolicy stawów kolanowych, męczy się szybko przy chodzeniu, jednak nigdy nie zwracał się z tego powodu do lekarza. Przechodził jednocześnie z braćmi dur plamisty.

Badanie przedmiotowe wykazało jedynie wyraźne osłabienie odruchów brzusznych lewych, wzmożenie odruchów ścięgowych w kończynach górnych i dolnych, osłabienie odruchu podeszwowego po stronie lewej oraz obustronny słabo zaznaczony objaw Rossolimo.

I w tym przypadku słabo zaznaczone, lecz wyraźne objawy przedmiotowe wskazują na lekkie uszkodzenie ośrodków nerwowych. Jak w poprzednim przypadku, tak i tu nie moglibyśmy rozstrzygnąć z całą pewnością, czy zaburzenia te kłaść mamy na karb zakażenia durowego, czy też uważać je za postać poronną stwardnienia rozsianego, do czego zresztą jeszcze powrócimy.

Przypadek V. R. Sala, l. 27½, zamężna, ma dwoje dzieci. Zgłosiła się do mnie 10. IV. 31 r. Chorobę swoją datuje od 6 lat. W czasie przejazdu okrętem dostała napadów ogólnych drgawek, połączonych — według opowiadania chorej — z utratą przytomności. Leżała przez 3 dni w szpitalu okrętowym z powodu stanu drgawkowego. Po półrocznej przerwie, napad się powtórzył, lecz tym razem przytomności nie straciła, nie mogła jednak w czasie napadu mówić. Tego rodzaju napady powta-

rzały się od czasu do czasu. Po napadzie bywała senna i zmęczona. Od początku choroby zawroty głowy.

Mocz bez białka i cukru. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny. Badanie przedmiotowe nie wykazało — po za lekkim wzmocnieniem odruchów ścięgnowych w kończynach dolnych — żadnych zmian. W czasie badania wystąpił napad drgawek bez utraty przytomności, z zachowaniem oddziaływania źrenic. Chora w czasie napadu siedziała na krześle, napad czynił wrażenie raczej histerycznego, niż padaczkowego (charakter drgawek).

Czy napady, które chora miała na początku choroby, uważać należy za Hy, czy za padaczkę — orzec nie możemy, gdyż opierać się musimy na tem, co chora sama mówi.

Reszty rodzeństwa nie udało się do tej pory zbadać.

Jak widzimy, w rodzinie tej czterej bracia dotknięci są organicznem cierpieniem nerwowem o charakterze rozsianym.

Jeżeli porównamy obrazy kliniczne we wszystkich tych przypadkach, to widzimy, iż w głównych zarysach istnieje duże podobieństwo pomiędzy nimi. U wszystkich 4 braci mamy wzmocnienie odruchów ścięgnowych i okostnowych we wszystkich kończynach (w przyp. III tylko w dolnych), osłabienie odruchów brzusznych (z przewagą strony prawej w 2 pierwszych, strony lewej w 2 drugich przypadkach), osłabienie, względnie zniesienie odruchów podszewkowych oraz obustronny objaw Rossolimo. W 2 przypadkach stwierdziliśmy zmiany ze strony nerwów wzrokowych (odbarwienie skroniowe w przypadku II, całkowite w — III). Trzej chorzy (I, II, IV) odczuwali bóle, szczególnie w kończynach dolnych, dwaj z nich (II, IV) narzekali na szybkie męczenie się podczas chodzenia (brak anomalij w budowie stóp, jak również zmian widocznych w naczyniach stopowych). W żadnym przypadku nie stwierdziliśmy porażen mięśniowych, bezładu oraz wyraźniejszych zaburzeń przedmiotowych czucia (w przypadku I tylko nieznaczne i przemijające upośledzenie czucia na jednym udzie, w przyp. II zaś niedowład przemijający dłoni i przedramienia po stronie prawej).

Stan psychiczny, po za lekkimi zaburzeniami afektywnymi w przyp. I, nie wykazywał odchylen

od normy. W pierwszych 2 przypadkach udało nam się prześledzić rozwój cierpienia i przekonać się, iż ma ono charakter postępujący i że rozwija się etapami przy pewnej skłonności do zwolnień.

Nietylko więc całokształt objawów, lecz również sposób ich występowania odpowiada najbardziej stwardnieniu rozsianemu.

W 2 drugich przypadkach przebiegu cierpienia nie znamy, nie wiemy, kiedy i w jakich warunkach objawy wystąpiły, dlatego też w rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić musimy ewentualne pozostałości po zapaleniu durowem ośrodków nerwowych. Biorąc jednak pod uwagę wyżej wykazane podobieństwo obrazów klinicznych (szczególnie z przypadkiem I, który duru nie przechodził), byłibyśmy skłonni przypuszczać, że we wszystkich 4 przypadkach mamy do czynienia z jednym i tem samem cierpieniem, a mianowicie z S. M., które, jak wiadomo, nierzadko ujawnia się po ostrych chorobach zakaźnych.

Co się tyczy siostry chorych, to tymczasowo możemy tylko tyle powiedzieć, że cierpi ona na napady natury padaczkowej lub histerycznej (być może, jedne i drugie). Czy to jest cierpienie samoistne, czy też pierwszy objaw cierpienia organicznego — trudno powiedzieć. Musimy jednak zaznaczyć, iż napady padaczkowe w S. M. mogą wyprzedzić o kilka lub kilkanaście lat inne objawy.

Ciekawą jest rzeczą, że pierwszy z chorych miał również dwa napady, czyniące wrażenie padaczkowych (w związku z afektem).

Rodzina ta, jak wynika z wywiadów, obarczona jest skazą neuropatyczną. Matka chorych cierpi na uporczywą rwę kulszową o podkładzie organicznym (osłabienie odruchów ścięgnowych), syn pierwszego z chorych przechodził zapalenie wielonerwowe pobłonicze, zaś w 4 lata później (jakoby po anginie) porażenie obwodowe nerwu twarzowego, przy równoczesnych bólach w plecach oraz osłabieniu kończyn dolnych. Objawy wystąpiły ostro i szybko minęły (*Encephalomyelitis disseminata? Polyneuritis recidivans?*). Pozatem należy jeszcze zaznaczyć, iż nadwzroczność występowała u nich rodzinnie i dziedzicznie (trzej bracia oraz syn pierwszego; reszty nie badano w tym kierunku), (Dok. nast.).

Z praktyki prywatnej

Przyczynek do leczenia wrzodów martwicznych na tle miażdżycy tętnic obwodowych.

Podał

Dr. M. GIRSZOWICZ, Ordyn. Szpita. M. Ż. i lek. K. Ch. (Wilno).

Chory lat 40, wyznania mojżeszowego, dotychczas żadnych chorób nie przechodził; dziedzicznie nie obarczony. Nie pije; pali nałogowo papierosy w dużych ilościach.

Podaje, że w roku 1925 poczuł dolegliwości w obu kończynach dolnych w postaci bólu i parestezji, które to dolegliwości często zmuszały go do zatrzymywania się przy chodzeniu. Kończyny dolne już wówczas były zimne, czucie na nich — osłabione. Chory zwracał się do kilku lekarzy, którzy rozpoznali u niego reumatyzm i polecili kurację w Ciechojówku. Powyższa kura-

cja (w roku 1927) oraz preparaty salicylowe odniosły narazie dobry skutek.

W roku 1929 na prawej dolnej kończynie wystąpił u chorego obrzęk stawu skokowego i palucha. Wezwany lekarz stwierdził na podstawie powyższych objawów dnę i zalecił piperazynę i diatermję, również narazie z dobrym wynikiem. Po pewnym czasie chory, oboinając sobie paznokcie, zranił opuszkę palucha prawej dolnej kończyny. W związku z tem wystąpiło uporczywe ropienie, które doprowadziło do martwicy pierwszego paliczka palucha i w następstwie do jego amputacji. Ropienie pomimo to postępowało, a za niem martwica objęła cały paluch, który wreszcie odpadł.

W tym właśnie okresie rozwoju sprawy chorobowej chirurg, u którego chory pozostawał na leczeniu, rozpoznał zaburzenie krążenia miejscowego i skierował go do mnie celem przeprowadzenia dokładnego zbadania.

Badanie obiektywne wykazało znaczny stopień ogólnego otłuszczenia, bez żadnych zmian ze strony narządów wewnętrznych. Przystąpiłem więc do badania ciśnienia krwi, które dało wynik następujący: na prawem i lewem ramieniu 150/120 RR., co wskazuje na pewien stopień nadciśnienia (hipertensji). Na lewym udzie (w 1/3 dolnej części) max. 180, oscylacja — średnia; na lewym podudziu — 150, oscylacja średnia. Na prawem udzie (część dolna): 180 RR., oscylacja średnia, natomiast na prawem podudziu 130 RR., oscylacja bardzo słaba, chwilami znika zupełnie. Tętna na tętnicy grzbietowej prawej stopy — brak.

Na podstawie powyższych badań stwierdziłem miażdżycę tętnic obwodowych prawej kończyny dolnej (goleni i stopy), o czym zakomunikowałem chirurgowi.

W styczniu 1931 r. zgłosił się chory powtórnie do mnie, podając, że przez cały czas energicznie się leczył preparatami jodu, diatermją, lampką niebieską, kąpielami o zmiennej temp., ale bez żadnego skutku. Przy badaniu stwierdziłem u nasady palców stopy prawej głębokie owrzodzenia martwicze o różnej szerokości (od $1\frac{1}{2}$ do 4 cm.), a nieco powyżej na powierzchni zewnętrznej stopy podobne cwrzodzenie mniejszych rozmiarów. Cała stopa prawa była siniczo zabarwiona, miejscami koloru ziemistego; palce nieruchome, bezwładne. Na dłoni prawej wskutek silnego opierania się o łaskę, którą chory się posługiwał, wytworzyło się zgrubienie naskórka w postaci dużego twardego odcisku.

Rozpoznanie: *ulcera phagedenica (gangraenosa) pedis* na tle asfikcji tkanek, wywołanej miażdżycą tętnic, której początkowe, choć jeszcze niewyraźne objawy wystąpiły już w r. 1925.

Wyłączyłem: 1) *entarteriitis obliterans luetica* (brak symetryczności, anamneza, Wa — ujemny), 2) *diabetes mellitus* (badanie moczu i krwi na cukier — ujemne, brak wszelkich objawów cukrzycy), 3) angio- i trofoneuroza: jak np a) *m-bus Raynaud* (symetryczne objawy martwicze, młody wiek), b) *acroparaesthesiae* (okresowy skurcz naczyń), c) mal perforant du pied na tle syringomyelji, *tabes dorsalis* i t. p., dla których to chorób typowy jest brak wszelkiej bolesności i wahań w przebiegu choroby. Również trąd i *ergotismus* mogliśmy łatwo wyłączyć.

Jako moment przyczynowy tego przejawu przedwczesnej martwicy starczej (*gangraena praesenilis*), jaki stanowią cwrzodzenia u danego chorego, skłonny jestem przyjąć jego nadmierne palenie; którego wpływ na powstawanie miażdżycy jest dostatecznie znany.

W poszukiwaniu odpowiednich sposobów leczniczych spotkałem się ze spostrzeżeniami Lowella (Bul. Médical Nr. 10 1930), który podaje, że niejednokrotnie spostrzegał w przypadkach przewlekłych i źle gojących się ran tendencję do

szybkiego *restitutio ad integrum* w razie zastosowania miejscowo insuliny oraz pudru cukrowego. W żadnym, jak podaje Lowell, przypadku nie nastąpiło zakażenie, pomimo iż zastosowany przez niego puder cukrowy nie był jałowy.

Takie same dobre wyniki w leczeniu ran tą samą metodą podają: Adlersberg z I Klin. Med. w Wiedniu, Kämmerer ze Szpitala Hufelanda w Berlinie, Dr Neumark z Łodzi. Osobiście odniosłem też dobre skutki, stosując tę metodę w Miejskim Szpit. Żyd. w Wilnie. W tym też przypadku zastosowałem, zgodnie z wskazówkami Lowella, zalewanie oczyszczonej benzyną rany — insuliną oraz przysypywanie gęsto pudrem cukrowym — codziennie. Po tem leczeniu nastąpiła znaczna poprawa.

Wyłania się teraz pytanie, gdzie należy szukać istoty działania leczenia cukrowo-insulinowego. Odpowiedzi na to dostarczyły nam badania Hasslera, który zauważył, że kultury komórek *in vitro* pod wpływem insuliny skwapliwie przyciągają cukier z otoczenia, oraz badania Warburga i jego szkoły, która tłumaczy szybkość wzrostu i rozmnażania się komórek nowotworowych wzmożeniem odkładaniem się węglowodanów w ich pierwoszczy.

Tak też i w naszym przypadku powierzchnia owrzodzenia pod wpływem insuliny „Brand”, którą wyłącznie w tym przypadku stosowano, wchłania cukier, sprzyjający rozrostowi komórek, które tem samem wykazują tendencję do zagojenia rany. Że insulina działa bezpośrednio na tkanki, a nie drogą krwiotwórczą, potwierdza brak hipoglikemji na użytych do doświadczzeń królikach, u których wstrzykiwania podskórne insuliny nie wpływały na przebieg gojenia się zadanych im uprzednio ran.

Uważając jednak, podobnie jak inni autorzy, że wpływ insuliny i cukru na proces gojenia się ran z biegiem czasu może osłabnąć, postanowiłem zastosować naprzemienne naświetlanie. Zastosowałem więc naświetlania „Vitaluxem Osram” codziennie w ciągu 20 minut. Wybrałem tę lampę dlatego, że jest bardzo łagodna w swoim działaniu promieniami pozajądłowymi, nie wywołuje tak często spotykanych przy innych naświetlaniach oparzeń i łączy działanie światła oraz ciepła.

Pod wpływem leczenia wyłącznie insulinowo-cukrowego oraz naświetlania „Vitaluxem Osram” owrzodzenie mniejsze uległo całkowitemu zagojeniu, większe zaś również zagoiło się, pozostawiając jedynie rąbek.

Chory nie odczuwał żadnych bólów; bezwładne dotychczas palce wykazują prawidłową ruchomość. Chory wskakuje do autobusu, zapominając o lasce. Twarde odciski na dłoni od ciągłego opierania się o łaskę znikły doszczętnie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Cukrzyca wysepkowa i insulinooporna.

Podał

Jakób PENSON (Warszawa).

Wobec wielkich sukcesów w leczeniu cukrzycy insuliną uważano do niedawna prawie powszechnie, że każda cukrzyca jest pochodzenia trzustkowego; badania na zwierzętach zdawały się potwierdzać to zaopatrywanie. Doświadczenie kliniczne ostatnich lat za-

chwiało jednak pogląd, że regulacja przemiany węglowodanów odbywa się wyłącznie w trzustce. W piśmiennictwie zaczynają się zjawiać coraz liczniejsze opisy przypadków cukrzycy, wykazujące przy głębszej analizie następujące cechy, wybitnie różniące się od cukrzycy zwykłej:

- 1) insulinooporność,
- 2) niezależność cukromoczu od spożytej ilości węglowodanów,

3) łagodność przebiegu sprawy chorobowej.

Dla stwierdzenia insulinooporności F a l t a stosuje następujące metody:

1) Próbę R a d o s l a v a, polegającą na badaniu krzywej cukru po zastrzyknięciu określonej dawki insuliny naczczo.

2) Oznaczenie zapotrzebowania na insulinę; ponieważ zależy ono od ciężkości schorzenia oraz od składu diety, F a l t a stosuje dietę standardową (120 gr. mięsa, 4 jaja, 40 gr. sera, 120 gr. bułki, owoce, tłuszcz) i określa dawkę insuliny, przy której cukromocz znika. W ten sposób można porównać zapotrzebowanie na insulinę w różnych przypadkach cukrzycy oraz u tego samego osobnika w różnych okresach choroby.

3) Wreszcie metodę przerwy w podawaniu insuliny. W czasie leczenia nagle przerywa zastrzykiwania insuliny na jeden lub dwa dni, podczas których bada zawartość cukru we krwi i w moczu.

W wyniku stosowania wyżej wspomnianych metod okazało się, że cukrzyca z hiperglikemją nie przedstawia jednolitej jednostki chorobowej; można wyodrębnić dwa typy, które wykazują pewne różnice w o b j a w a c h klinicznych i w przebiegu choroby oraz wybitnie różnią się stopniem wrażliwości na insulinę. Posługując się jedynie krzywą glikemji po obciążeniu cukrem, nie można tych postaci wyosobnić.

W typie pierwszym występuje głębokie zaburzenie przemiany węglowodanów, jednak za pomocą leczenia insuliną łatwo zostaje przywrócony stan równowagi; każdy nadmiar insuliny prowadzi tu do hipoglikemji, nagłe zaś zmniejszenie dawki lub przerwanie podawania insuliny w okresie, kiedy (przy diecie standardowej) chory jest odcukrzony, powoduje natychmiastowe przywrócenie zaburzenia przemiany węglowodanów w całej rozciągłości. Już na drugi dzień po wyłączeniu insuliny zjawia się obfity cukromocz, poliuria, ketonuria oraz ogólne pogorszenie stanu chorego, aż do objawów prekomatycznych. Określona uprzednio dla danego chorego przy standardowej diecie liczba jednostek insuliny daje natychmiast szybką poprawę.

Typ ten ma więc charakter schorzenia z powodu wypadnięcia czynności narządu, która to czynność zostaje w zupełności skompensowana przez odpowiednią dawkę insuliny. Stosowanie insuliny stanowi więc leczenie substytucyjne, analogicznie do leczenia obrzęku śluzakowego tyreoidyną, gdzie określona dawka preparatu tarczycy usuwa objawy obrzęku śluzakowego, nadmierna zaś powoduje nadczynność tarczycy.

Doświadczenie kliniczne poucza, że po pewnym czasie leczenia insuliną tolerancja na węglowodany czasami wzrasta, co objawia się w ten sposób, że dla odcukrzenia ustrój wymaga coraz mniej insuliny, wreszcie do diety standardowej można dodawać pewną ilość węglowodanów, nie wywołując pogorszenia sprawy chorobowej. Tłumaczymy to tem, że wysypki trzustkowe po wypoczynku wracają częściowo do pracy. Zdarzają się jednak również ciężkie postaci cukrzycy, gdzie dla odcukrzenia należy ciągle powiększać dawkę insuliny — ma to wskazywać na postępujący wciąż zanik wyspeku trzustki.

Dla ilustracji podajemy jeden z przypadków, opisanych przez F a l t e, mogący służyć za charakterystyczny przykład cukrzycy typu trzustkowego.

Dzień	Insulina	Dob. moc.	Cukier... w gr.	Aceton	Waga ciała
I	120	2050	0	śląd	—
II	120	2400	śląd	śląd	63 kg.
III	120	2400	śląd	śląd	—
IV	0	6000!	246.0!	++	—
V	120	2400	50	0	61
VI	120	1150	13.7	0	—
VII	120	1900	2,3	0	—
VIII	120	1740	śląd	0	64.5

Jak widać chory wymaga do odcukrzenia 120 jednostek insuliny na dobę. Jednodniowa przerwa w podawaniu insuliny daje cukromocz, wynoszący 246 gr., obfitą acetonurję oraz wzrost poliurji z 2,5 do 6 litrów. Ponowne stosowanie poprzedniej dawki insuliny przywraca w ciągu paru dni stan równowagi w przemianie cukrów.

Drugi typ cukrzycy, insulinooporny, rzadziej obserwowany (na 74 przypadki cukrzycy F a l t a stwierdził 9 insulinoopornych), wyróżnia się łagodnym przebiegiem. Chorzy wykazują hiperglikemję, nie dając znacznego cukromoczu, ani poliurji; dla odcukrzenia jednak wymagają bardzo dużych dawek insuliny, często niepomierne większych od stosowanych w przypadkach cukrzycy pierwszego typu. Nagła przerwa w podawaniu insuliny nie daje subiektywnych objawów pogorszenia stanu chorego, nie stwierdza się również wzrostu cukromoczu, czasem nawet cukier w moczu wcale się nie zjawia. Stosowanie bardzo dużych dawek insuliny nie prowadzi do hipoglikemji. Krzywa R a d o s l a v a daje daleko mniejszy spadek glikemji, niż w cukrzycy zwykłej.

Mechanizm insulinooporności nie jest dokładnie znany, jednak obserwacje kliniczne i badania doświadczalne ostatnich lat wyjaśniają częściowo to zawiłe zagadnienie.

J a k s c h, M a h l e r, P a s t e r n y, F a l t a, R a d o s l a v, U m b e r, R o s e n b e r g i inni opisują szereg przypadków cukrzycy insulinoopornej, noszącej piętno zajęcia innych gruczołów dokrewnych, poza trzustką, oraz występującej w schorzeniach mózgu (M a y e r, R o s e n b e r g), wreszcie w cukrzycy, powikłanej zajęciem wątroby i sprawami infekcyjnymi (L a b b e, W i d a l).

Większość autorów wiąże insulinooporność z gruczołami dokrewnymi, działającymi przeciwnie do trzustki. Przy wzmożonym wydzielaniu gruczołów, zubożających insulinę, występuje insulinooporność, przy zmniejszonym — nadwrażliwość na insulinę.

Niektórzy sądzą, że substancja inaktywująca insulinę (antiinsulina) identyczna jest z adrenaliną. Nadmierna produkcja adrenaliny powodować ma cu-

krzycę insulinooporną (*Diabetes adrenalinogenes*). Za tym poglądem przemawia fakt, że przy obniżeniu czynności nadnerczy w przypadkach choroby Addisona oraz diabete bronze (Maranon, UMBER) występuje nadwrażliwość na insulinę. Poza tym Tourand, Chabrol, Zunz wykazali na zwierzętach, że wprowadzenie insuliny do ustroju powoduje wzmożenie produkcji adrenaliny, zastrzykiwania zaś adrenaliny wywołują hiperinsulinemję.

Interesujące wyniki otrzymał Kugelmann, który ludziom z normalną przemianą węglowodanów zastrzykiwał dożylnie 5 do 30 jednostek insuliny; w okresie hipoglikemji stwierdził znaczny wzrost ciśnienia skurczowego oraz leukocytozę z limfocytozą do 60%. Zjawisko to przypisuje działaniu adrenaliny (podwyższenie ciśnienia, obraz krwi), którą ustrój wytwarza w nadmiarze dla zubożenia wprowadzonej insuliny. Następnie Kugelmann przeprowadził szereg badań nad chorymi z powiększoną śledzioną. Po iniekcji adrenaliny śledziona zmniejszała się. Analogiczne działanie wywiązało u tych chorych zastrzyknięcie dożylnie 30 jednostek insuliny; w okresie hipertensji śledziona kurczyła się niekiedy znacznie nawet, niż po adrenalinie.

Również Housay - Lewis wykazał w

doświadczeniu na zwierzętach, że insulina wywołuje mobilizację adrenaliny. Przeprowadzał on krew z żyły nadnerczowej jednego psa do żyły szyjnej drugiego. Pierwszemu zastrzykiwał insulinę dożylnie; w okresie, kiedy zwierzę to wykazywało hipoglikemję, u drugiego psa stwierdzał hiperglikemję. Housay - Lewis tłumaczy to w następujący sposób: insulina, wprowadzona do ustroju pierwszego psa, wywołała nadmierną produkcję adrenaliny, która przez żyłę nadnerczową dostawała się bezpośrednio do krwioobiegu drugiego psa, powodując hiperglikemję.

Przytoczone wyżej doświadczenia potwierdzają istnienie wyraźnego działania przeciwniczego między insuliną i adrenaliną. Jeśli czynność nadnerczy stale góruje nad wydzielaniem insuliny przez trzustkę, dojść może do hiperglikemji i glikozurji trwałej, wykazującej na pierwszy rzut oka podobieństwo do cukrzycy wysepkowej. Wytworzona w nadmiarze adrenalina zubożająca wprowadzoną z zewnątrz insulinę, to też dopiero duże jej dawki zmniejszyć mogą cukromocz.

Cukrzyca w tych okolicznościach jest więc chorobą z powodu nadczynności, a nie upośledzenia wydzielania, jak w cukrzycy pochodzenia trzustkowego. (Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ **Podstawy opieki nad matką i dzieckiem a Kasy Chorych.** — Praca zbiorowa, str. 24. Biblioteka Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

Trzy artykuły trzech różnych autorów przeznaczone dla lekarzy; są to referaty wygłoszone na Zjeździe lekarzy naczelnych Krakowskiego Okręgu. W artykule pierwszym Dr. J. Gołab porusza sprawę zwalczania gruźlicy u dzieci w Kasach Chorych, poruszając leczenie klimatyczne i terapię w wąskim znaczeniu wyrazu. W leczeniu klimatycznym (kolonje) autor uważa za konieczne, aby czynnik lekarski był znacznie szerzej uwzględniany, niż to dotąd ma miejsce. Leczenie ogólne autor ujmuje w postaci następujących wniosków: I. Wprowadzenie we wszystkich Kasach Chorych oddzielnych ambulatorjów (wzgl. oddzielnych godzin ambulatoryjnych) dla dzieci; II. Wprowadzenie w lecznictwie ścisłego podziału dzieci na zakażone i niezakażone gruźlicą (przytem należy poza badaniem klinicznym korzystać ze wszystkich dostępnych środków pomocniczych jak Roentgen, odczyn Pirquet'a. Leczyć dzieci gruźlicze: a) ze zmianami gruźlowymi w ogólnych ambulatorjach dziecięcych; b) ze zmianami w płucach wyłącznie w poradniach, szpitalach lub sanatorjach; III. Unormowanie lecznictwa gruźlicy dziecięcej przez wytworzenie ścisłej łączności lecznictwa ambulatoryjnego z klimatycznym (sanatorja i kolonje); IV. Stworzenia przy Okr. Zw. K. Ch. referatu gruźliczego — złożonego z przedstawicieli: interny, pedjatrii i chirurgji ortopedycznej. Następny referat Dr. H. Kłuszyński ogłasza tak zwany program minimalny w akcji zapobiegawczej Kas Chorych, obejmujący: a) zapobieganie chorobowości i śmiertelności niemowląt, b) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i pogoju, c) zapobieganie ostrym chorobom zakaźnym (trzeci punkt potraktowany bardzo pobieżnie). Dr. Kłuszyński maluje brak takiej opieki, od której jesteśmy jeszcze bardzo daleko, która jednak, niewątpliwie, gdyby była przeprowadzona,

odbiłaby się bardzo dodatnio na stanie zdrowotnym ubezpieczonych, pośrednio zaś i całego społeczeństwa. Co do wielu szczegółów można z autorem dyskutować, zasadniczo jednak poglądy te odpowiadają myślom przewodnim obecnie w świecie fachowców dominującym. Sądzę tylko, że autor jest wyraźnie w błędzie, głosząc, że „śmiertelność niemowląt nie jest skutkiem złych cech odziedziczonych”. Tak kategorycznie twierdzić nie można, bo zgony w pierwszych dniach i tygodniach życia znajdują często swe źródło w tem, co nazywamy wadlinością wrodzoną. Dr. M. Kosiński zwraca uwagę na konieczność roztoczenia opieki nad dzieckiem ułomnem. K.

■ **Ludwig KELLER. Bericht über die fünfzehnjährige Tätigkeit des Landes Stephanie Bundes, Str. 64 z licznymi ilustracjami.**

Praca niniejsza daje obraz wyników 15-letniej działalności najważniejszej, można powiedzieć, organizacji w dziedzinie higieny społecznej na Węgrzech, jedynej mającej na względzie opiekę nad matką i dzieckiem. Ze zrozumiałych powodów sprawozdanie dotyczy lat tylko powojennych, a w szczególności obejmuje lata 1926—1930, gdyż za dziesięciolecie 1915—1925 wydane było sprawozdanie poprzednio. O rozwoju tej potężnej i bardzo czynnej organizacji mówią następujące liczby: w roku 1920 było filij 17, w grudniu 1925 — 91, w grudniu 1930 — 169; stacyj opieki w 1920 — 10, w grudniu 1925 — 96, w grudniu 1930 — 218, liczba lekarzy w tych samych latach wzrosła od 0 do 394, liczba higienistek od 117 do 584, kuchni mlecznych od 1 do 36. Szczyci się też Zarząd Organizacji, że umieralność niemowląt stale jeszcze zbyt wysoka obniżyła się jednak tam, gdzie działają poradnie stowarzyszenia Stefani, w miastach dużych przeciętnie o 3,20%, w mniejszych o 4,17%, w gminach z ludnością powyżej 10.000 — 2,4%, w gminach z ludnością poniżej 10.000 mieszkańców o 6,07%. Autor sprawozdania kładzie nacisk na porównanie tych liczb, wskazując, że największy spadek umieralności osiągnięto w osiedlach wiejskich, najbardziej zaniedbanych. K.

■ **Stefan WILCZYŃSKI. — Ogródki działkowe jako zagadnienie społeczne.** Str. 48, 1931. (Bibliot. Okręgów. Związku Kas Chorych w Krakowie).

Jest to drugie już wydanie tej samej broszury w ciągu paru lat, co mówi o jej potrzebie i poczytności. Z pracy bogato ilustrowanej i wogóle, a szczególnie pod względem zewnętrznym, wydanej bardzo starannie, dowiadujemy się, czym są ogródki działkowe, jaka jest geneza ich powstania i rozwój ich w chwili obecnej. Czytelnik, który się interesuje tem zagadnieniem, znajdzie i społeczną stronę zagadnienia i techniczną i formalnoprawną. Po krótkim napół historycznym wstępie, autor rozpatruje wagę tego ruchu ze strony społeczno-wychowawczej, zdrowotnej, a następnie ekonomicznej. Szczególny nacisk autor kładzie na znaczenie ogródków dla dzieci. Dalej znajdujemy dane o organizacji kolonii i towarzystw ogródków działkowych zagranicą i w Polsce, tych ostatnich, które nas najbardziej obchodzą, dowiadujemy się, że w Polsce jest 6512 zorganizowanych działkowców, co wobec 33.000 działkowców w Austrii, 60.000 w Belgii, 400.000 we Francji nie jest wiele. Rozwija się ten ruch u nas głównie, nawet prawie wyłącznie w województwach zachodnich. Całość uzupełniają statut Towarzystwa ogródków działkowych (dla ziem pruskich), regulamin dla dzierżawców ogródków działkowych m. Poznania, umowa dzierżawna, wreszcie projekt ustawy. Wobec rozpoczynającego się dopiero u nas ruchu w tej dziedzinie, broszura St. Wilczyńskiego, ujmująca zagadnienie tak różnorodnie, może okazać wielkie usługi i należy ją polecić wszystkim, którzy się tą sprawą interesują.

K.

A. STRASSER. O sekciarstwie w medycynie. (Wien. kl. Woch. Nr. 34—1931).

Po przedstawieniu rozmaitych sekt w medycynie (homeopatia, izopatia, przyrodolecznictwo, mesmeryzm i t. d.) dochodzi autor do wniosku, że należy badać skłonność do sekciarskich ewolucyj w medycynie i że tendencję ich nie należy zgóry traktować podejrzliwie. Tendencje są z pewnością najczęściej dobre i zostają jedynie przez poszczególnych współpracowników wykorzystywane w sposób nieuczciwy. Ale takie wypadki zdarzają się i w naukowej, klasycznej medycynie. We wszystkich sekciarskich jednostronnych metodach leczniczych szkoda powstaje nie wskutek tego, co uczyniono, lecz wskutek tego, czego zaniedbano. Klasyczna szkolna medycyna nie odgradza się od żadnych leczniczych nowości, lecz musi ona usprawiedliwiać swe postępowanie nie tylko dobrymi wynikami, lecz również podawaniem możliwego do przyjęcia kierunku myślowego. Sekciarstwo, jeżeli tylko chodzi o sprawy lecznictwa, znajdzie dla siebie odpowiedni grunt w każdej epoce. Jest ono jednak z naukowego punktu widzenia niepotrzebne i z pewnością zupełnie nieusprawiedliwione i budzi samo przez się, wprawdzie niezawsze, ale czasami podejrzenie, że wysunięte podłoże naukowe stanowi jedynie zasłonę, po za którą kryją się inne tendencje. Sekciarstwo może jednak także okolicznościowo być pożytecznym, jeśli pewne zacinania się zostaną pokonane wskutek usunięcia współczynnika lenistwa.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

P. STRATIGOPOULOS i G. PSARAFTIS. Przypadek żebra szyjnego. (Monde Méd. № 797—1931).

U 16-letniej dziewczyny, u której zakładano odmě sztuczną prawostronną z powodu procesu rozpadowego, stwierdzono w lewym dole nadobojczykowym wygórowanie nieruchome, niebolesne, o spoistości kostnej; badanie rentgenowskie potwierdziło słuszność podejrzenia żebra szyjnego. Szczegółowe badanie nie wykazało żadnych innych zniekształceń; nie stwierdzono również żadnych zaburzeń w sferze ruchowej, ani czuciowej, ani troficznej; tętnienie tętnicy promieniowych jednakowe po obu stronach; brak szmeru podobojczykowego; odruchy normalne, źrenice równe. Jednym słowem, obecność żebra nie spowodowała żadnych zaburzeń w zakresie nerwów, ani na-

czyń. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość jednostronnych nieprawidłowości tego rodzaju oraz tworzenia stawów z I żebrzem grzbietowym (*diarthrosis*).

Henryk J. L a n d a u.

Fizjologia normalna i patologiczna.

E. P. PICK. O znaczeniu wątroby i żyły wrotnej dla dopływu żylnego i wypełnienia serca. (Wien. klin. Woch. № 31—1931).

Obszarowi dopływowemu żyły wrotnej, unerwionemu przez nerw trzewiowy, wraz z jego magazynami krwi — wątrobą i śledzioną przypada w udziale duża rola w regulowaniu ilości krwi, dopływającej do serca, a w ten sposób i minutowego rzutu serca. Najwybitniej ujawnia się to, jeśli badać wpływ poszczególnych grup środków naczyniowych na krążenie. W grupie adrenalinowej (strychnin, ephetonina i t. d.) przychodzi do skurczów drobnych tętniczek i przesunięcia krwi do dużych żył. Nagle zwiększony dopływ żylny może czasami stawiać tak wielkie wymagania sprawności serca, że odmawia ono posłuszeństwa. Przeciw temu nagłemu zwiększeniu się rzutu minutowego i sprawności serca posiada ustrój w wątrobie tamę, przez zwężenie wątrobowych rozgałęzień żyły wrotnej zastój może ulec zahamowaniu. Podobne stosunki zachodzą podczas działania naparstnicy i strofantu; wreszcie środki, działające na ośrodek naczynioruchowy, przyspieszające dopływ krwi do serca (strychnina, kofeina, kamfora, hexeten i t. d.), wykazują podobne zależności. W grupie papaweryny przychodzi do rozszerzenia tętniczego łożyska krwi, do szybszego dopływu krwi do serca, a także do rozszerzania dróg wątrobowych, tak, że serce dobrze się wypełnia; rozmiary serca i rzut minutowy powiększają się, a serce lepiej się opróżnia do rozszerzonego łożyska. Do tej grupy należy też grupa azotynów i pochodne adenozy: lakarnol, myoston i t. d. Trzecią grupę reprezentuje grupa pituitryny (pitressyna, tonephina), która jedynie wywołuje skurcz naczyń włosowatych i przez to, jak również przez zwężenie drobnych tętniczek przesuwają do dużych żył i do serca. Jej pracy jednak przeszkadza silnie skurcz naczyń wieńcowych (przeciwnieństwo do adrenaliny), co przeciwdziała także podniesieniu ciśnienia krwi, wskutek czego powstaje rozszerzenie serca. Krążenie układu żyły wrotnej zostaje zatamowane, trzewia zostają opróżnione ze krwi i dopiero po zwolnieniu ich naczyń włosowatych układ żyły wrotnej może znowu doprowadzić krew do serca. Ciała czwartej grupy — grupy histaminy (histamina, pepton, anafilaktyczny jad wstrząsu), są nie tyle środkami leczniczymi, ile raczej jadami układu krążenia. Wprawdzie histamina w małych dawkach działa, podobnie jak papaweryna, wywołuje rozszerzenie drobnych tętniczek, naczyń włosowatych i drobnych żył również w zakresie krążenia wieńcowego, wskutek czego zwiększa się rzut pojedynczy i minutowy serca i spada ciśnienie krwi. Przy zastosowaniu jednak dużych dawek histaminy lub rozległych zniszczeniach tkankowych przychodzi obok rozszerzenia obwodowego układu naczyń i kapillarów do zwężenia żył wątrobowych i trzewiowych i do dużego zastój w zakresie żyły wrotnej, co prowadzi do zmniejszenia się rzutu pojedynczego i minutowego. Jako przeciwyjady wskazane są więc środki z grupy adrenalinowej, dalej pitressyna w małych dawkach oraz strychnina, preparaty kofeinowe i kamforowe.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

A. PIERACH. Badania nad kliniczną akustyką. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 171, z. 3).

Oddech pęcherzykowy jest cichym, przeważnie we wdechu słyszalnym szmerem, który składa się z mieszaniny bardzo wielu częstości o bardzo rozmaitej amplitudzie od 50—1200 Hz (Hz — H e r t z oznacza 1 pełne drganie na sekundę). Naj-

niższe częstotliwości poniżej 100 Hz nie należą do właściwych szmerów oddechowych, lecz są widoczne po większej części uwąrukowane przez tony mięśniowe mięśni oddechowych. Zakres częstotliwości około 100 i między 100 a 180 Hz jest najgłośniejszy, większe częstotliwości są o wiele mniej głośne. Ale również najniższe częstotliwości poniżej 100 Hz mają duże amplitudy. Słyszysz się je jednak tylko jako ciche mruczenie, gdyż wrażliwość ucha w tym zakresie tonów jest nieznaczna. Miarodajnym dla wrażenia słuchowego oddechu pęcherzykowego jest zakres częstotliwości około 100 Hz i między 100 a 180 Hz. Oddech tchawiczy jest jednakowo głośnym we wdechu i wydechu szmerem, składającym się z bardzo szerokiego pasma częstotliwości od 50 do 2000 Hz. Amplitudy poniżej 100 Hz są o wiele mniejsze, niż w oddechu pęcherzykowym, amplitudy między 200 a 450 Hz są największe. Według krzywej wrażliwości słuchu jako najgłośniejsze bywają odczuwane częstotliwości około 450 Hz. Należy je wraz z bardzo wysokimi, ale cichymi składnikami między 1000 a 2000 Hz określić jako właściwe cechy charakterystyczne oddechu tchawiczego. Oddech oskrzelowy jest podobnym do „Ch” jednakowo głośnym we wdechu i wydechu szmerem, którego pasmo częstotliwości rozciąga się głównie między 50 a 2000 Hz, a prawdopodobnie jeszcze i poza te częstotliwości. Niskie komponenty są w nim, podobnie jak w oddechu pęcherzykowym, reprezentowane przez w przeważającej ilości duże amplitudy. Te wysokie częstotliwości pomimo swej stosunkowo małej amplitudy nadają oddechowi oskrzelowemu jego typowy charakter i warunkują jego zbliżone do „ch” brzmienie, ponieważ ucho ludzkie jest właśnie na nie niestosunkowo wrażliwe. Za pomocą tych samych metod rejestrował i analizował autor również tony i szmery sercowe (rejestrując jednocześnie elektrokardjogramy). Normalne tony serca cechują się bardzo niskimi częstotliwościami (20—50 do 100—150 Hz). Patologiczne szmery sercowe leżą o wiele wyżej, około 300—400 Hz, sięgają nawet w doświadczeniach z filtrem w niektórych przypadkach do 600 Hz. Choć ich amplituda bywa przeważnie o wiele mniejsza, niż normalnych tonów serca, wydają się one o wiele głośniejsze, gdyż wrażliwość ucha ludzkiego jest dla tych częstotliwości o wiele wyższa, niż dla niskich tonów.

Henryk J. L a n d a u.

E. FLAUM. Dalszy przyczynek do sprawy wewnętrznej wydzielania śledziony. (Wien. klin. Woch. Nr. 33 — 1931).

Jeśli szczeruom usunąć śledzionę, występują we krwi pochodzące ze szpiku kostnego ciała J o l l y e g o. Kiedy autor u szczurów z parabiozą jednemu ze zwierząt usuwał śledzionę, ciała J o l l y e g o nie pojawiały się we krwi, co należy uważać za dowód, że hormon śledziony nieoperowanego szczura stanowi ochronę przed wyrzucaniem do krwi ciałek J o l l y e g o również dla drugiego zwierzęcia.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Farmakologia i toksykologia.

H. KAUSCH. Wpływ tranu na wydzielanie soku żołądkowego. (Zeltsch. f. TBK. Bd. 60 H. 4).

Czysty tran, jak również zawierający wyciągi z goryczek (*Rad. Gentianae, Rhiz. Galangae, Cort. Aurant., Herb. Absynth., Fol. Menth. crisp.*) — wywołuje lekkie zwiększenie kwasoty soku żołądkowego. Określenie kwasoty badaniem małych ilości soku żołądk. nie daje obrazu czynności wydzielniczej żołądka. Określenie całkowitej kwasoty i badanie porównawcze ilości soku żołądkowego przed i po podaniu preparatu daje obraz kwasoty i czynności wydzielniczej żołądka. Po podaniu tranu czystego następuje zwiększenie wydzielania soku żołądkowego (55—122%). Tran z dodaniem goryczek zwiększa znacznie (170—226%) wydzielanie. Wraz z wzmożoną sekrecją żołądka po podaniu goryczek — zwiększa się odpowiednio kwasota.

Dodanie goryczek koryguje smak tranu, polepsza łaknienie i pobudza trawienie dzięki zwiększonemu wydzielaniu soku żołądkowego.

M. S e g a l.

SCHWARZMANN. Wpływ myostonu na ośrodki roślinne. (Münch. med. Woch. Nr. 35—1931).

Poza skutecznym działaniem pomyślanego przez autora wyciągu z mięśni szkieletu na napady duszniczy bolesnej, chromanie przestankowe, nadciśnienie pierwotne i towarzyszące marskości nerek (przyczem obserwuje się działanie moczoopędne wyciągu), S. komunikuje, że myoston usuwa nadmierną pobudliwość nerwów naczynioruchowych. W 2-ch przypadkach duszniczy bolesnej po zastosowaniu wyciągu ustąpił towarzyszący bólów ślinotok. W innych przypadkach odosobnionego ślinotoku myoston wpłynął również hamująco. Chorzy z miażdżycą naczyń śpiąją znacznie lepiej po leczeniu wyciągiem z mięśni. Bezpośrednio po podaniu myostonu chorzy stają się senni, ich mięśnie wiotczą, poczem zjawia się euforia i mniejsza wrażliwość uczuciowa. W 12-tu z 27 zbadanych przypadków okazało się, że po kilkudniowych wstrzykiwaniach wyostonu obniża się ilość wydzielanego w żołądku kwasu solnego. W 7-miu przypadkach kwasota żołądka podniosła się, a w 10-ciu pozostała bez zmiany. Odmienność wyników zależeć może od chwilowego stanu mn. wegetatywnych. We wszystkich jednak przypadkach zaznaczył się uśmierzający bólę wpływ myostonu.

F. T u r y n.

A. SOKOŁOWSKI. Przypadek nadwrażliwości w stosunku do atofanu ze stałą osutką. (Wien. kl. Woch. Nr. 34/1931).

Nawiązując do 13 znanych dotąd przypadków nadwrażliwości w stosunku do atofanu, której główne objawy wyrażały się w obrzęku powiek, nieżytych objawach ze strony przewodu pokarmowego, stanach zbliżonych do zapaści (3 przypadki), pokrzywce (2 przypadki) i gorączce do 39 st. (3 przypadki), podaje autor opis jeszcze jednego nowego przypadku, który sam obserwował. W przypadku tym w dziewiątym dniu podawania atofanu wystąpiła nagle gorączka 40 st., w następnym dniu nanowo gorączka do 38 st. i pokrzywka. Po odstawieniu atofanu i podawaniu wapna i efetoniny objawy te ustąpiły, aby po rozpoczęciu podawania atofanu nanowo wystąpić.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

P. EMILE - WEIL. Skaza krwotoczna pochodzenia złotowego. (Paris Méd. Nr. 31/1931).

Autor opisuje przypadek silnie wyrażonej skazy krwotocznej, która wystąpiła u 38-letniego mężczyzny, dotkniętego gruźlicą włóknistą. Objawy tej skazy krwotocznej ujawniły się w 24 godziny po zastrzyknięciu 25 cgr. chrysalbiny: krwotoki skórne wyrażały się po części w licznych drobnych wybroczynach, poczęści w ogromnych podbiegnięciach krwawych; towarzyszyły im krwawienia śluzówkowe: policzkowe, dziąsłowe, nosowe, wreszcie pojawił się krwimocz. Stan taki utrzymywał się przez 3 tygodnie, szczególnie silnie był on wyrażony przez 10 dni, zanim go można było zahamować przez właściwe leczenie. Tej skazy krwotocznej nie towarzyszyły żadne groźne objawy: stan ogólny pozostał dobry, nie było gorączki, ani niedokrewności, ani tendencji agranulocytarnej. Zmiany krwi były takie, jakie są znane po silnych krwotokach, i analogiczne do zmiany w skazach krwotocznych, spowodowanych przez arsenobenzol. Czas krwawienia był przedłużony: 17 do 29 minut (zamiast 3 minut); lekko przedłużony był czas krzepnięcia; skrzep się nie ścigał; objaw opaskowy wybitnie wyrażony; liczba płytek była zmniejszona (50.000 zamiast 250.000). Podobnie jak pod wpływem pochodnych arsenobenzolu, objawy skazy krwotocznej nie występują po pierwszej serii zastrzyknięć preparatów złota, lecz na początku II lub III serii (ten chory też zniósł dobrze jedną serię zastrzyknięć chrysofalu i jedną serię allo-

chrysyny), dopiero po drugim zastrzyknięciu chrysalbiny wystąpiły wyżej opisane objawy. Wywiady tego chorego wykazują szczególną idiosynkrazję, prawdziwą dmenę nietolerancji: chory cierpiał na sapkę sienną i miewał napady dyshawicy oskrzelowej oraz wysiewy pokrzywki. Zastrzyknięcia kakodylatów, zaordynowane celem wzmocnienia chorego i poprawy stanu krwi, musiano na drugim przerwać, gdyż wywołały one swędzący rumień zapalny. Fakty te stwierdzają istnienie podłoża hemoklastycznego, kolidoklastycznego, które ujawnia nietolerancję osobnika. Lecz tem, co usprawiedliwia wystąpienie objawów krwotocznych u tego chorego, który nigdy się miał podobnych objawów, jest nie predyspozycja osobnicza, lecz skłonność rodzinna. Matka jego i siostra były obciążone w słabym stopniu skazą krwotoczną, ujawniającą się przez całe życie w obfitych krwawieniach miesiączkowych, krwotokach z nosa i dziąseł. Henryk J. L a n d a u.

Bakterjologia i serologia.

■ H. HETSCH. *Mikrobiologie und Immunitätslehre* Urban und Schwarzenberg 1931 str. VIII i 443).

Książka niniejsza jest bardzo wartościowym przyczynkiem do nauczania bakterjologii ze względu na szczupły stosunkowo rozmiar i wielkie bagactwo materiału. Poza anatomją patologiczną, książka zawiera wszystko niemal, co znany podręcznik, wydany przez autora łącznie z K o l l e m. Autor stoi na gruncie faktów ustalonych i zaakceptowanych, zwłaszcza przez bakterjologów niemieckich. Pod tym względem książka zawiera rzeczywiście ostatnie słowo nauki. Wadą jej wielką jest brak jakiegokolwiek uwzględnienia całego szeregu zagadnień, opracowywanych zwłaszcza przez szkołę angielską i amerykańską. Pominięta jest całkowicie sprawa zmienności w nowoczesnym ujęciu i sprawa własności odpornościowych ciał niebiałkowych. W dziedzinie ogólnej biologii bakterij sprawa rozmnażania się drobnoustrojów również potraktowana jest schematycznie. Nowe poglądy niełatwo zyskują prawo obywatelstwa w dydaktyce oficjalnej. Z. S z y m a n o w s k i.

E. LOEWENSTEIN. *Prątki Kocha we krwi w chorobach centralnego układu nerwowego.* (Münch.med.Woch. Nr. 26—1931).

Na podstawie wyników z przeszło 4000 posiewów krwi autor dochodzi do wniosków następujących: 1) prątków K. nie zawiera krew ludzi zdrowych, chorych na rzeżączkę, łuszczycę, procesy septyczne, zapalenie płuc płątowe, dur, luetyków, rakowatych i t. p.; 2) znajdują się we krwi chorych z postępującymi suchotami płuc; 3) o ile prątki K. znajdują się prawie regularnie we krwi w przebiegu niektórych chorób, których związek z gruźlicą był dotąd uwzględniany niewiele, to hodowle są najłatwiejsze do wykrycia w okresie obostrzenia procesu chorobowego. Wyników tych nie wolno uważać za przypadkowe. Ponieważ wiele postaci gruźlicy ma charakter naczyniowy, wyniki dodatnie doświadczeń L. nabierają jeszcze większego znaczenia. Zwraca uwagę, że prątki K. zjawiają się przemijająco na wiosnę u chorych, których autor uważał przedtem za wyleczonych z tej infekcji. Spostrzeżenie to jest analogiczne do obserwowanych na wiosnę pogorszeń u suchotników. Podobnie bywa w przebiegu zołzów. Do chorób, występujących częściej na wiosnę, należy płasawica, której związek z gościem jest ustalony, mimo, że etiologia płasawicy nie jest dostatecznie wyjaśniona. O zależności między gościem a płasawicą mówi się obecnie tak, jak dawniej o zapaleniu gośćcowym opłucny. Tymczasem L. hodzi prątki K. ze krwi chorych na płasawicę. Możliwe stało się przypuszczenie, że w mózgu znajdują się ogniska zapalne gruźlicze, które stanowią anatomiczne tło płasawicy. W 17 na 40 przypadków *sclerosis multiplex* posiew ze krwi na prątki K. wypadł dodatnio. U 7-miu z tych chorych stwierdzono zmiany w płucach, skąd też mogły pochodzić prątki. F. T u r y n.

AMMERSBACH, A. LOEWENSTEIN, E. LOEWENSTEIN. *O bezobjawowej obecności prątków Kocha w tkance migdałków.* (Münch. med. Woch. Nr. 26—1931).

E. Loewenstein i Reitter znajdują prątki K. we krwi 85% gorączkujących chorych gośćcowych. Wobec związku istniejącego między zmianami w migdałkach a gościem rozpoczęto poszukiwania prątków w migdałkach. Na 14 zbadanych przypadków w trzeciej części posiew z tkanki wyłuszczonej migdałków wypadł dodatnio przy ujemnym wyniku posiewu we krwi. W preparatach z nalołów i histologicznych nie było nic, co by wskazywało na zakażenie gruźlicą. Z powyższego wynika możliwość, że prątki K. znajdując się w kryptach lub śluzówce i nie wywołując zmian swoistych odgrywają jakąś rolę patogenetyczną. Obecność prątków K. w normalnie wyglądającej błonie śluzowej jest dawno znana. Pozostaje do wyjaśnienia, czy rzadziej spotykane u ludzi prątki typu kurzego nie przyczyniają się do powstawania zmian odmiennych od opisywanych. Przedstawianie się prątków do migdałków drogą oddechową wydaje się autorom mało prawdopodobne. Jest to zakażenie raczej pokarmowe, na co istnieją dowody doświadczalne O r t h a. Zająęcie gruczołów limfatycznych przy tej postaci zakażenia jest wątpliwe lub niemożliwe do stwierdzenia przy pomocy dostępnych metod badania. Obecność prątków K. w tkance wolnej od zmian nekrotycznych dowodzi, że zmiany gruźlicze nie polegają wyłącznie na procesach nekrobiotycznych. Migdałki, w których poza licznymi bakteriami znajdują się prątki K. są ogniskiem, z którego odbywa się wysianie zarazków. Wobec tego, że E. L. uzyskiwał już wielokrotnie hodowle K. z wysięków stawowych gośćcowych, nasuwa się wniosek, że migdałki stanowią wrota zakażenia gośćcowego, wywołanego prątkami K. Pozatem prątki K. wyhodowano ze krwi w 6-ciu przypadkach *neuritis retrobulbaris*. W 4-ch z tych hodowle wypadły dodatnio również z migdałków. Chorzy ci mieli płuca wolne od zmian gruźliczych. F. T u r y n.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

SCHLECHT. *Eozynofilia i alergja.* (Med. Klinik Nr. 36. 1931 r.).

Komórki krwi mają znaczenie podstawowe dla procesów życiowych. Przez długi czas niejasne było zadanie komórek eozynochłonnych. Możemy mówić o eozynofilii względnie eozynopenji we krwi i w tkankach. Wiele spraw chorobowych ustroju przebiega z eozynofilią: *helminthiasis*, zakażenie grzybami, *asthma bronchiale*, gorączka sienna, *bronchitis eosinophil*, *colica mucosa*, wiele cierpień skóry, obrzęk Quinckego, nerwice, przyczem występowanie względnie brak E. może być użyty dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy nerwicą układu błędnego i sympatycznego. Opisano także występowanie E. w gościu mięśniowym i *polymyositis*, przy niektórych guzach śledziony i po jej usunięciu. E. występuje w czerwienicy, a także towarzyszy stale białaczce. Spotykamy ją stale w płonicy u dzieci łącznie z wysypką, zjawia się we krwi po chorobach zakaźnych, jako objaw pomyślny; zutrućcia różnego rodzaju, a zwłaszcza nadwrażliwość na rtęć, arsen i salwarsan, luminal przebiegają z E. Wobec takiego stanu rzeczy mówiono początkowo o skazie eozynofilowej, później badania doświadczalne i kliniczne rozszerzyły to pojęcie do eozynofilji alergicznej względnie anafilaktycznej. Spostrzeżenia autora odnoszą się do stwierdzenia b. silnej E. przy wystąpieniu choroby posurowiczej w błonicy. Badania na świnkach morskich wykazały, że E. występuje po wprowadzeniu, drogą pozajelitową, do ustroju białka obco gatunkowego i stoi w związku z jego rozpadem. Jednocześnie ustalono pewien związek E. z anafilaksją, a nawet i allegrją. Istota anafilaksji albo alergji polega, według pojęć dzisiejszych, mniej na procesach humoralnych (chemiczno-toksycznych), a raczej na odczynie komórkowym, zmianie budowy komórek w sensie fizyko-chemicznym. Istnieje

dużo podobieństwa pomiędzy wstrząsem anafilaktycznym i napadem astmatycznym: oba stany przebiegają z E. Eozynofilja miejscowa występuje: u psów w *enteritis anaphylac.*, jako rezultat przebytego wstrząsu, w objawie A r t h u s a. Uczulenie organizmu na białko obcogatunkowe może także dojść do skutku na drodze płucnej, przez nos i spojówki, i tu także daje się stwierdzić eozynofilję. Mechanizm powstawania idiosynkrazji ujmujemy dziś podobnie do odczynu alergicznego, a jak wiadomo, stwierdzamy tu także E. Jak widzimy, E. miejscowa i ogólna jest odczynem na obcogatunkowe białko i towarzyszy stale alergji. W innej grupie przypadków, — dermatozy i nadwrażliwość na środki lekarские, — gdzie obce białko nie wchodzi w rachubę, jako czynnik patogenetyczny, należy objawy nadwrażliwości ujmować, jako skutek działania czynników szkodliwych na białko ustrojowe. E. po przebytych chorobach zakaźnych jest objawem alergicznym na zakażenie. Znaczenie jej jest prognostycznie dodatnie, co zostało potwierdzone przez wielu autorów. Zwiększenie E. w białaczce i czerwienicy przypisać można nadprodukcji wskutek wzmożonej czynności szpiku kostnego. Nie jest dokładnie wyjaśniona sprawa E. w nerwicach, natomiast E. w przebiegu gościca mięśniowego zbliża nas do nowego ujęcia tej sprawy, jako odczynu alergicznego tkanki łącznej na wielokrotne infekcje o lekkim natężeniu, które doprowadzają do rozpadu białka ustrojowego. Jest rzeczą niewątpliwą, że E. może powstawać także miejscowo. W tej alergji tkankowej bierze udział cały aparat monocytowy, czego dowodzi pojawianie się wzmożonej liczby monocytów po wstrzyknięciu białka obcego. Nienormalne wzmożenie liczby eozynofiliów we krwi, a przedewszystkiem w szpiku kostnym świadczy, zdaniem autora, o powstawaniu E. w szpiku i wywędrowywaniu ich do miejsc o oddziaływaniu alergicznym. W badaniach doświadczalnych spostrzeżono silne wzmożenie się komórek tucznych, liczba których szła w parze z liczbą E., względnie naprzemian z nią. Wyniki badań własnych i dane piśmiennictwa uprawniają autora do twierdzenia, że stosunek E. do pozajelitowego rozpadu białka i alergji można uważać za pewny. Czy komórkom eozynochłonnym należy przypisać jakieś specjalne czynności, tego nie wiemy jeszcze dokładnie. Takie samo zapatrywanie panuje dziś co do specyficzności ziarnistości eozynochłonnnych. St. L u x e n b u r g.

NEIDHARDT. W sprawie leczenia angina agranulocytotica. (Münch. med. Woch. Nr. 17 — 1931).

Cechą charakterystyczną choroby jest leukopenja ze względną limfocytozą. Bez względu na liczbę limfocytów również opada czasami niżej normy. W jednym przypadku, którego rokowanie zdawało się być niepomysłne, autor, opierając się na wynikach F r i e d e m a n n a, zastosował naświetlanie szpiku kostnego drażniącą dawką promieni R o e n t g e n a (udo i podudzie). Po dwóch godzinach liczba białych ciałek podniosła się z 500 na 800, a po 8 miu do 1700 w 1 mm³. Poprawa trwała nadal i po 2 dniach poziom białych krwinek wynosił 3800. Tego dnia zastosowano powtórne naświetlanie obu ramion i przedramion. W dwie godziny potem liczba krwinek wynosiła już 5500, po 6-ciu — 9200. Jednocześnie z poprawą ilościową zaznaczała się poprawa jakościowa w obrazie krwi. 24 godz. po pierwszym naświetlaniu naliczono 16% komórek z ziarnistością, następnego dnia — 34%; limfocytoza względna uległa odpowiedniej redukcji. 3 dni po rozpoczęciu leczenia liczba limfocytów opadła z 97% do 22%. W dalszym ciągu osiągnięto leukocytozę (20.000). Wraz z regeneracją w białym obrazie krwi zaznaczała się poprawa kliniczna: stopniowo opadała ciepłota, stan ogólny ulegał stałej poprawie, powróciło łaknienie i t. p. Najdłużej utrzymywały się zmiany martwicze w jamie ustnej, jednakże i pod tym względem osiągnięto wyzdrowienie. Wobec przeważnie śmiertelnego przebiegu a. a. N. przypisuje wyzdrowienie w przytoczonym przypadku działaniu promieni R. F r i e d e m a n n uzyskał wyleczenie we

wszystkich 6-ciu przypadkach a. a., które naświetlał promieniami R. F. T u r y n.

N. FIESSINGER, Ph. DECOURT i L. M. LAUR. Zespół agranulocytarny pochodzenia radjoterapeutycznego. (Le Sang Nr. 3. 1931).

Autorzy podają opis przypadku, w którym 63-letnią chorą poddano naświetlaniu śledziony z powodu jej bardzo znacznego powiększenia bez wyraźnej przyczyny. Chora była czterokrotnie naświetlana; dawka wynosiła 34 przy filtrze 0,5 Al. Po każdym naświetlaniu występowały bóle gardła, trudności połykowe, gorączka 37—38 st., migdałki były powiększone i zaczerwienione, a śluzówka jamy ustnej w stanie zapalnym. Po czwartym naświetlaniu liczba białych ciałek spadła z 16.500 na 330 w 1 mm³, w tem 0,3% obojętnochłonnnych, 2% kwasochłonnnych, 1% zasadochłonnnych. Po zastrzyknięciu domięśniowym 5 cm³ mleka liczba białych ciałek podniosła się po 4 dniach do 2.400, a po dalszych 2 zastrzykaniach do 10.500, w czem 76% obojętnochłonnnych i 1% zasadochłonnnych. Henryk J. L a n d a u.

M. GEORGOPOULOS. W sprawie etiologii aleukia haemorrhagica i agranulocytosis. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 5—6).

W panmyelophthisis uszkodzenie szpiku kostnego może być wywołane przez rozmaite przyczyny. Zakażenie septyczne może być wtórne, ale może też stanowić pierwotny czynnik szkodliwy. Pozostaje kwestją nierozstrzygniętą, czy zakażenie wywołuje jakiś swoisty jad bakteryjny, czy też zwykły zarażek, wywołujący ogólne zakażenie, może dawać powód do powstania paumyclophthisis bądź wskutek swej wysokiej zjadliwości, bądź wskutek dyspozycji szpiku kostnego. Również agranulocytosis ma rozmaite przyczyny. I w niej również zakażenie septyczne może być pierwotną przyczyną. Dla rozwoju jednak agranulocytosis musimy przyjąć także pewną skłonność szpiku kostnego, która ma za przyczynę, według wszelkiego prawdopodobieństwa, wpływy hormonalne. Wywody swoje popiera autor szczegółową analizą dwóch przypadków aleukia haemorrhagica i dwóch przypadków agranulocytosis, których dokładne opisy podaje. Henryk J. L a n d a u.

A. CRACINNEANU i CALALB. Wysiew monocytarny w przebiegu przewlekłej białaczki szpikowej z towarzyszącym mu przerostem gruczolowym. (Le Sang N. 4/1931).

Chora z przewlekłą białaczką szpikową, której towarzyszyła znaczna splenomegalja, została poddana naświetlaniu promieniami R o e n t g e n a; w trakcie naświetlań zaczęły się powiększać gruczoły chłonne, dochodząc do wielkości mandarynki. W tym samym czasie liczba białych ciałek stopniowo i powoli zmniejszała się ze 148000 do 3500; przy ostatnim badaniu przed śmiercią wynosiła ona 8200. Wzór leukocytarny wykazywał z początku znaczny odsetek elementów szpikowych, następnie w przebiegu leczenia zbliżył się prawie do normy, a pod koniec życia wykazał ostry wysiew monocytarny. (45% monocytów). Henryk J. L a n d a u.

M. SILBERBERG i K. VOIT. Badania nad przemianą białych ciałek krwi w białaczce limfatycznej. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 171, z. 2).

Doświadczenia eksplantacyjne z krwią chorego na białaczkę limfatyczną pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków: 1) dla krążącej krwi uzasadnione jest przyjęcie teorii unitarystycznej, opartej na łańcuchu trialistycznym: leukocyty, limfocyty i monocyty są samodzielnymi, zdolnymi do własnych odczynów postaciami komórkowymi, 2) leukocyty są zupełnie niezdolne do dalszego rozwoju; 3) limfocyty posiadają zdolność do przekształcania się przez przerost w makrofagiczne histocytyarne poliblasty, a dalej w fibrocyty; 4) mo-

nocyty przechodzą przez te same przemiany, co komórki chłonne krwi; 5) limfocyty krwi nie przedstawiają zróżniczkowanego rodzaju komórek. Jedno z ich zadań polega na braniu udziału w procesach zapalnych przez wytwarzanie tkanki bliznowatej.

Henryk J. L a n d a u.

H. HÜLSE. W sprawie zakaźnej etiologii białaczki. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 5—6).

Odczyn białaczkowy w chorobach zakaźnych i t. zw. ostre białaczki należy uważać za jednoznaczne zmiany. Rozmaite zejścia należy tłumaczyć w ten sposób, że przeważająco białaczkowy odczyn jest z punktu widzenia odpornościowo-biologicznego mniej wartościowy, a zatem nie wystarczający do pokonania zakażenia. Rozwija się wtedy niezdolny do cofnięcia się stały stan białaczki. Ostłą białaczkę należy więc uważać za ostrą postać prawdziwej białaczki przewlekłej. Autorowi udało się za pomocą szczepu paciorkowców, otrzymanego w przypadku białaczki myeloblastycznej, w doświadczeniach na białych myszach osiągnąć tak wybitny odczyn myeloblastyczno-białaczkowy, że przypisuje temu zakażeniu przyczynowe znaczenie w patogenezie ostrej białaczki. Nowotworzenia białaczkowe rozwijają się z bujań odczynowych komórek ściany naczyń, których wyraz krwio-morfologiczny przedstawia zrazu monocytosę bardzo silnego stopnia. Odczyn białaczkowy charakteryzuje się nieznaczna skłonnością rozwojową rozbijających komórek. Obok gotowości odczynowej układu tkanki łącznej naczyń należy o to wnieść również pewną swoistość zarazka lub szczególne właściwości toksyny. Albowiem jak wykazuje wpływ przypadkowych chorób zakaźnych na białaczkę, mogą inne bodźce przy tej samej gotowości odczynowej prowadzić dalej rozwój komórek. Pewne spostrzeżenia przemawiają za tem, iż w powstawaniu „odczynu białaczkowego” odgrywa rolę swoiste nastawienie zarazka w stosunku do tkanek krwiotwórczych w znaczeniu alergji.

Henryk J. L a n d a u

Choroby dróg moczowych.

MELLFORS. Dalsze uproszczenie w stosowaniu zasad, jako metody badania zdolności czynnościowej nerek. (D.m.W. № 28. 1931).

W poprzednich doniesieniach stwierdzono już, że nerki ludzkie posiadają zdolność wydalaną dostarczonych *per os* zasad, i że ten rodzaj badania może posłużyć dla stwierdzenia stanu czynnościowego nerek. Znaczenie tej nowej metody polega na tem, że jest ona: 1) krótkotrwała, 2) możliwa do przeprowadzenia nawet przy istniejących obrzękach oraz 3) nie jest niebezpieczna w przypadku istnienia silnej azotemji. W ostatnich przeprowadzonych badaniach w tym kierunku stwierdzono, że nie rozchodzi się tutaj o jon sodu czy też węglan, lecz wogóle o zasadę. Najlepiej nadaje się jednak *natrium bicarbonicum*, ponieważ posiada stale minimalne pH. Dla przeprowadzenia tej próby w zupełności wystarczy 15 gr. substancji, rozpuszczonej w 400 cm. sześć. wody. Należy pobrać 3 porcje moczu: naczczu, w 1½ godziny po podaniu alkaliu oraz w 1½ godziny później. Do każdej porcji dodajemy fenoltaleinę, która daje zabarwienie czerwone. O ile trzecia porcja moczu daje także wyżej wspomniane zabarwienie, to nerki są czynnościowo zupełnie wydolne, w przeciwnym zaś razie należy liczyć się z ich uszkodzeniem, przyczem nie mówi to nam jednak o stopniu ich uszkodzenia. Źródłem błędu może być *cystopyelitis*, oraz poprzednio przeprowadzone badanie zapomocą *natrium bicarbonicum*.

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

V. JONAS i J. KRAL. Azotemja ambulatoryjna z ogromną kwasicą w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek. (Paris Méd. Nr. 34—1931).

Azotemję ambulatoryjną nazwał J a v a l te wyjątko-

we przypadku, w których chorzy, mimo 300—400 mgr.% mocznika, mogą wykonywać swe codzienne zajęcia, aż do chwili, gdy banalne zakażenie lub silne zmęczenie wywoła nagle końcową śpiączkę. Autorzy opisują przypadek, dotyczący chorego 30-letniego o uderzającej bledości, który, mimo silnych bólów głowy, pracował do chwili przybycia na klinikę, dokąd go sprowadziło krwawienie z nosa. Tutaj stwierdzono powiększenie serca lewego, podnoszące uderzenie koniuszkowe, akcentację II tonu nad tętnicą główną, RR = 200/90, powiększenie wątroby, wzmożenie odruchów. Dno oczu było bez zmian. Na drugi dzień wystąpiła senność i oddech K u s s m a u l a, a po 3 dniach chory zmarł w śpiączce zupełnej. Sekcja wykazała przewlekłe zanikowe zapalenie nerek. W moczu było 0,075 — 1,75^{0/100} białka, cukier ujemny, pojedyncze leukocyty i erytrocyty. We krwi mocznika 493 mgr.%, azot resztkowy 260 mgr.%, cukru 0,91 mgr.%, wapnia 11,7 mgr.%, chlorków 815 mgr.%, białka (wsk. refraktometryczny) 66,5 gr. W dniu śmierci zawartość CO₂ w surowicy żyłnej wynosiła 8,6 obj.%, w surowicy tętniczej 7,16 obj.%, w osoczu surowiczym 6,69 obj.%, PH surowicy żyłnej — 7,0, PH surowicy tętniczej 7,12, rezerwa alkaliczna surowicy żyłnej — 7,6 obj.%, rezerwa alkaliczna surowicy tętniczej 7,03 obj.%, ciśnienie pęcherzykowe CO₂ = 12,73 obj.%. W płynie mózgodzeniowym azot całkowity 228 mgr.%, glukorachja — 135 mgr.%, CO₂ 14,24 obj.%. Liczby, wyrażające kwasicę, należą do najwyższych jakie kiedykolwiek stwierdzono. Hiperglikemję bez cukromoczu należy uważać wraz z W i d a l e m za odczyn obronny ustroju: im rezerwa alkaliczna jest niższa, tem wyższy jest poziom cukru we krwi. Ta hiperglikemja byłaby wywołana przez niedomogę nerek i związana z niedomogą glikolityczną, uwarunkowaną przez kwasicę. Hiperglikemja w przebiegu kwasicy miałaby pomyślne znaczenie prognostyczne, brak jej — byłby oznaką niewydolności ustroju, niezdolnego do reagowania.

Henryk J. L a n d a u.

P. MONAKOW. Mózgowe objawy uremji. (Schw. med. Woch. № 35 — 1931).

Badania ostatnich lat dowiodły, iż kliniczne pojęcie uremji zawiera w sobie szereg objawów o różnym czynniku patogenetycznym. Obok zmian mózgowych występują zmiany zapalne w różnych narządach (*pericarditis*, *gastroenteritis*), zaburzenia oddechu, zmiany skórne oraz charłactwo uremiczne (apatja, brak apetytu, wychudzenie) A s c o l i dowiódł, że wszelkie zastój moczu o podłożu mechanicznym (guzy gruczołu krokowego, ucisk moczowodów) nie powodują objawów mózgowych, chociaż krew przeładowana jest produktami przemiany białkowej, niewydalonemi z ustroju. Występuje natomiast ośiężłość, apatja, brak apetytu i wymioty; także objawy obserwuje się przy zatruciu sublimatem, gdzie pomimo długotrwałej anurji i dużej azotemji nie stwierdza się objawów mózgowych. Opisane objawy autor wyosabnia, jako „uremję retencyjną”, zależną od zatrzymania moczu. Druga grupa objawów uremji zależy ma od kwasicy; głównym objawem jest głęboki, oddech; analogicznie do śpiączki cukrzyczej dojść może do *coma uraemicum*, zależnej od zakwaszenia ustroju B e c h e r dowiódł, że przy tego rodzaju śpiączce we krwi krążą fenole, krezole i aromatyczne oksykwasy, których pochodzenie jest dokładnie nieznane. Autor sądzi, że kwasica częściowo tylko zależy od retencji; główny powód widzi w powstawaniu toksycznych substancji w jelitach. Trzecia grupa to objawy mózgowe uremji, których główna cecha charakterystyczna polega na tem, że nie stoją w związku z ciężkością choroby nerkowej; symptomatologia ich jest nader barwna, przeważają jednak mózgowo-objawy ogniskowe, drgawki oraz zmiany psychiczne w postaci podniecenia, depresji i zaburzeń paranoidalnych. Drgawki oraz zmiany mózgowo-ogniskowe nie różnią się od podobnych spraw o innej etiologii; do pewnego stopnia typowe dla spraw uremicznych jest szybkie cofanie się spraw ogniskowych oraz

zmienny obraz, np. porażenie połowicze, które szybko mija, tuż po nim aphasia lub hemianopsia. Uremia mózgowa nie zależy od okresu schorzenia nerkowego, ani od „sprawności czynnościowej” nerek, którą określamy na zasadzie dostępnych badań. Autor sądzi, że powodem objawów mózgowych ogniskowych są kurcze spastyczne naczyń krwionośnych mózgu, prowadzące do asfiksji przejściowej z następstwem uszkodzeniem tkanki mózgowej z powodu jej zakwaszenia. Ogólne drgawki, *coma uraemicum* oraz zmiany psychiczne uzależnia autor od zaburzeń w aparacie sekrecyjnym mózgu, a nie od obrzęku, mózgu jak sądzi V o l h a r d. Autor łączy sprawę drgawek uremicznych z epilepsją i eklampsją. Zmiany anatomiczne mózgu epileptyków umiejscowione są w częściach mózgu od naczyń niezależnych, a mianowicie blisko komór mózgowych, obok tak zw. barjery ektą-mezodermalnej. Autor w wielu przypadkach chorób nerkowych, zakończonych śpiączką uremiczną oraz drgawkami, stwierdził znaczne zmiany w splocie naczyniowym komór. Podobne zmiany stwierdza się także w innych stanach śpiączkowych jak śpiączka cukrzycza, śpiączka w rzucańce porodowej oraz po zatruciach. Nieznany jad, powstający w ustroju, dotkniętym chorobą nerkową, w każdej fazie choroby wywołać może objawy mózgowe, jeśli przedostanie się przez barierę ektą-mezodermalną, jaką stanowi spłót naczyniasty komór mózgowych. W i d a l sądził, że przyczyną objawów mózgowych w przebiegu uremii jest retencja soli; stwierdzono jednak, że niema równowagi między wydalaniem chloru, chloremią a występowaniem objawów mózgowych. Podawanie dużych ilości soli kuchennej prowokuje u chorych z uremją napady drgawkowe. Autor nie przypisuje jednak retencji soli większego znaczenia; sądzi, że chlorki i być może inne substancje zwiększają przepuszczalność barjery oponowej dla toksyn, krążących we krwi.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ Prof. F. KEHRER. *Die Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste.* (Verlag Georg Thieme. Leipzig 1931. 116. 10⁵⁰ RM.).

Jako punkt wyjścia do swoich rozumowań bierze autor fakt niewątpliwy, na który się zwraca coraz bardziej uwagę, że amerykańscy neuro-chirurdzy mają statystykę przeciętnie o wiele lepszą przy operacji guzów mózgu od europejskich, mają zaledwie 10 — 15% śmiertelności, podczas gdy niemieccy, jednakowo technicznie wyrobieni, wykazują w najlepszym razie 30—40%. K e h r e r sądzi, że u nich wcześniej się rozpoznaje i operuje guzy, i że należy przeto i u nas ulepszyć metody rozpoznawcze. Obok obecnie stosowanej d j a g n o s t y k i n e u r o n a l n e j należy rozwijać mniej popularną f i z y k a l n o - t o p o g r a f i c z n ą. Są okolice mózgu, dające bardzo obfitą i bardzo skąpą symptomatologię, zarówno w objawach ogólnych jak miejscowych, ogniskowych. Na przykładach łatwo dowieść, że np. *anosmia* czyli zanik węchu może występować przy bezpośrednim ucisku guza na ośrodk i t e t y w e c h e w e (*bulbus olfactorius, hippocampus, gyrus uncinatus*) jako objaw ogniskowy, ale też jako objaw sąsiedzki (guz przed-mózdzia) lub objaw odległy (*tumor cerebelli, hydrocephalia*). Bywa objaw miejscowy z wypierania (*Verdrängungssymptom*), gdy np. guz mostu rozrastając się, przyciska przeciwniegi połowę mostu do kości, dając objawy ze strony zdrowej połowy *pons Varoli*, lub też wywołuje wodogłowie, dające objawy mieszane. Są i konstytucjonalne różnice stosunków przestrzennych między masą mózgu, systemem kanalizacyjnym mózgowia i kształtem czaszki, są indywidualne zdolności reakcyjne mózgu, coś w rodzaju znanej w psychiatrii patoplastyki osobniczej. Nawet w okolicach niemych kierunek rozrastania się guza decyduje nieraz o zespole objawów rozpoznawczych, gdy np. nowotwór niemeżo płatu skroniowego prawej półkuli mózgu, nie dający zazwyczaj żadnych objawów, rosnąc wyjątkowo ku dołowi i wstronę wewnętrzną, tworzy zespół patognomiczny,

t. zw. zespół S c h w a b a (objaw mijania lewej ręki w prawo, padanie w tył i w lewo, hemiparkinsonizm lewy), umożliwiającą wczesną interwencję chirurgiczną. Diagnostyka różniczkowa między a t a k s j ą mózdkową a czołową nie pęsunęła się naprzód za ostatnie 30-lecie, czyli od czasu jak B r u n s tę ostatnią opisał, nie wiele też postępu się widzi w t. zw. chwycie przymusowym ręki (*Zwangsgreifen*), który S c h u s t e r w płacie czołowym, K l e i s h w t h a l a, m u s umiejscowić usiłuje. Często jedni niesłusznie zaliczają do objawów ogólnych to, co inni do miejscowych sąsiednich, a jeszcze inni do ogniskowych odległych. Rola t. zw. *Hirnschwellung* R e i c h a r d t a jest nie mniejsza od wodogłowie wtórnego, a może i większa, przy powstawaniu objawów ogólnie-uciskowych. Do wyjątków naogół należy to, co G u l e k e przytacza, że jeden guz mózgu 320 gr. ważący bez ogólnych objawów przebiegał, podczas gdy drugi wielkości wiśni ciężkimi objawami uciskowymi się odznaczał. Rozpatrując najbardziej znane objawy ogólne, K e h r e r analizuje i omawia patofizjologię, patologię i częstość każdego z nich i koryguje rozpowszechnione między lekarzami poglądy. Subiektywny b ó l g ł o w y jest o wiele rzadszy od obiektywnie stwierdzalnej bolesności szkieletu czaszki i twarzy. Zmienia się charakter i natężenie bólu przy sztucznym wzmaganiu ciśnienia wewnątrzczaszkowego (kaszel, nadymanie się, doświadczenie V a l s a l v y, ucisk szyi lub tętnicy brzusznej), przy przemijającym biernym układaniu głowy, przy czynnym podświadomym ułożeniu głowy przez samego pacjenta (*Reaktiv-, Zwangs- und Instinkthaltung*). Z a w r o t o m g ł o w y sądząc z jego porównawczych statystyk, K e h r e r przypisuje niewielką rolę topograficzno-diagnostyczną. O b r z m i e n i e t a r c z y według różnych autorów, waha się między 69% a 90%, pierwsze miejsce zajmują pod tym względem guzy mózdzka, ostatnie miejsce guzy lejka. Tarcza zastoinowa jest raczej objawem miejscowym, nie zaś ogólnym, ona zdaje się być językiem u wagi, który przeważa w tę lub ową stronę. Twierdzenia P u u s e p p a, że w y l e w y k r w a w e najczęściej na siatkówce się spotyka w guzach czołowych (10 razy u 16 czołowych guzów) nie potwierdza K., który w 40 guzach 7 razy widział krwotoczki na siatkówce, a tylko raz jeden przy nowotworze zrazu czołowym. Badań jednoczesnych p a r c i a k r w i w a r t. e t v e n a c e n t r a l i s r e t i n a e, mających ułatwić mierzenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego autor nie przeprowadzał. Opisana przez S t e i n b r ü g g e g o, łatwo rozpoznawalna przy otoskopji zastoina błędniaka, (*Stauungsacusticus*) nie znalazła się w badanych 20 przypadkach, jest też mało prawdopodobna ze stanowiska anatomicznego i z odnośnych badań eksperymentalnych na zwierzętach. Nie wierzy też K e h r e r w rentgenograficzne o d w a p n i e n i e p y r a m i d k o s c i k a l i s t e j i w r o z z s z e r z e n i e m a t u s a c u s t i c u s i n t e r n u s jako zachwalany objaw miejscowy różniczkoworozpoznawczy. O c z o p ł a s z tak wielu różnych miejsc mózgowia, mózdzka, rdzenia i labiryntu wywołany być może, iż jego wartość jako objawu lokalnego jest minimalna. Wszelkie z m i a n y p ł y n u m ó z g o w o - r d z e n i o w e g o, przypisywane guzom mózgu (A y a l a, P i s a n i), jako takim, są wielce problematyczne, do najtrudniejszych rzeczy bowiem należy absolutnie pewne wykluczenie towarzyszącego zapalenia opon łutycznego, rzadziej gruczliczego. Nie mógł też potwierdzić autor z m i a n m o r f o l o g i c z n y c h k r w i, stwierdzanych przy guzach mózgu (w 60% limfocytoza, w 40% eozynofilia — M o r a w i e c k a). Dużo miejsca poświęca K e h r e r omawianiu p s y c h i c z n y c h u c h y l e n i o d n o r m y, które jedni uważają za objaw ogólnieuciskowy (K r o l l), inni za prawie stały w guzach zwoju centralnego i skroniowego (P f e i f f e r), czołowego (P u u s e p p a) i talamicznego (K e h r e r). Autor podkreśla nie tyle tendencję do dowcipkowania i błogostanu (*Witzelsucht moria, euphoria*), ile brak świadomości choroby i zrozumienia jej

ciężkości. Nie różni się ten stan psychiczny u chorych z guzem mózgu od stanu u chorych ze *sclerosis disseminata* lub akinezą i indolencją pośpiączkową encefalityków. Dowcipkują przezwannie osobnicy, w stanie normalnym skłonni do żartowania i dowcipkowania. Obok tej apatii i indyferentyzmu uderzają autyzm syntoniczny, zniwelowanie czynności duchowych, dysekcja poziomu psychicznego, ubytek inicjatywy *rigor* z pseudodemencją alkinetyczną graniczącą, przemieszczenie osobowego *nivea u* (Niveausenkung und Niveaushebung). Na pa dy pa d a c z k o w e spotyka się zarówno w guzach czołowych jak ciemieniowych i skroniowych, jest to więc raczej miejscowy a nie ogólny objaw z odległości. Nieco miejsca udziela też K. t. zw. sk o m b i n o w a n y m n e u r o w e g e t a t y w n y m m e c h a n i z m o m o d r u c h o w y m, jak kichaniu, czkawce, wymiotom, poceniu, ślinieniu, zaburzeniom w ciepłocie, oddawaniu moczu i kału, oddychaniu, częstoci tętna i czynnościach naczynioruchowych. Nciwą próbę M u c k a z sondą ad-e-nalną — wywołanie odruchu miosowego — po stronie guza mózgu uważa K. za godną uwagi. Ostatni rozdział książki poświęcony jest g r u p i e o b j a w ó w o g ó l n y c h, które z reguły lub przeważnie bardziej wyrażone mają być po stronie guza. „Ja opisuję — mówi autor — po kolei swoiste odruchy i odczyny, które przy mechanicznym drażnieniu (ucisk, opukiwanie, pociąganie) różnych nerwów czuciowych i ich rozgałęzień występują i przy pomocy palpacji, perkussji i auskultacji czaszki umożliwiają stwierdzenie uchylenia od normy”. Wymienia przedewszystkiem n. t r ó j d z i e l n y i p o t y l i c z y, których uciskanie daje stale ból dokuczliwy, typowe synergizmy odruchowe głowy i miejscowe reakcje naczynioruchowe. Jako dalsze objawy chęćrobliwie spotęgowanej pobudliwości n. trójdzielnego przytacza K. bolesność przy obmacywaniu oddzielnych części szkieletu czaszki i twarzy, wzmożenie odruchu rogówki i spojówki, bolesność uciskowa gałek wzróżliwość na zapachy, nie zaś na smaki. Samo to wystarcza przy podejrzeniu na przewlekłą cefalopatię organiczną do rozpoznania guza mózgu i określenia zajętej strony czaszki. K. twierdzi, iż tych odruchów i odczynów nie spotykał nigdy w sprawach oponowych, neuryticznych, szynno-stawowych, przy wodogłowi, padaczce, płasawicy, śpiączce, wylewach, zatokach, zakrzepach, arteriosklerozie mózgu, stwardnieniu ogniskowem oraz cierpieniach systemowych i dziedziczno-degeneracyjnych (wyjątek stanowią dwa przypadki moczniicy ostrej z prawdopodobnym obrzękiem mózgu). Uwzględniać należy grubość i elastyczność, oddźwięk i wzróżliwość poszczególnych części kości czaszki i twarzy (występy, zgubienia, dźwięk stłuczonego garnka, szmery, obrzęk umiejscowiony skóry). Nie tylko blisko powierzchni umiejscowione guzy (oponiaki) ale i głębiej położone wywołują często szmery kości. Porównując większe statystyki odnośne C u s h i n g a, W e x b e r g a, P u u s e p p a i włoskie, sądzi K. że przy zajęciu przez guz poszczególnych jam czaszki są nadwrażliwe poszczególne kości twarzy. Niektóre mniej znane odruchy z okostnej czaszki (odruch M o r o, odruch szczęki, odruch osekowy) wskazują na nadwrażliwość n. trójdzielnego, a pośrednio na obecność guza. Objawów wzmożonej pobudliwości bólowej należy szukać i w nerwach oraz korzonkach nn. rdzeniowych czyli na kończynach (odruchy K e r n i g a L a s e g u é a, objaw B i k e l e s a, L e v i M e y e r a, odruch łydkowo-uciskowy, odruch M a r i e - F o i x, bolesność przedniej powierzchni goleni i t. d.). Autor ryzykuje twierdzenie, że u chorego, cierpiącego na upo-czywe bóle głowy z nudnościami przez czas długi, należy myśleć o guzie przy obecności zespołu wspomnianych odruchów i odczynów bólowych, nawet gdy brak miejscowych i ogólnu-uciskowych objawów mózgowych wewnątrzczaszkowych. Monografia K e h r e r a porusza nowe problemy i zasługuje niewątpliwie na bliższe poznanie.

H i g i e r.

D. KULENKAMPF. Neuralgia trigemini. Przyczynek do sprawy czucia bólowego. (Archiv für klinische Chirurgie 162. 1930.)

Odczyt, wygłoszony na 54-ym Zjeździe chirurgicznym. Prof. K u l e n k a m p f broni zasady, którą niżej podpisany przeprowadzić i uzasadnić usiłował na znacznie szerszej platformie i o wiele wcześniej (H. H i g i e r. Ból obwodowy i trzewny jako objaw sympatyczny. Polska Gaz. Lek. 1926. 20, Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1926. 4) — że nerwoból twarzy stanowi cierpienie układu sympatycznego, że podrażnienie nerwu współczulnego wywołuje bolesne skurcze naczyń. Przytacza on liczne dowody, które nb. w powyższej pracy referenta są o wiele obficie wzmiankowane, a przemawiające na korzyść tej hipotezy: nierzadkie nawroty nerwobólu po zniszczeniu operacyjnem nerwu trójdzielnego, lub jego korzonków z wywołaniem znieczulenia twarzy; paroksyzmy bólu przy lekkim dotykaniu lub chłodnawem odmuchaniu twarzy; zachowanie nieraz czucia głębokiego po usunięciu zwoju G a s s e r a lub przecięciu korzonków nerwu trójdzielnego; nerwoból twarzy, występujący po operacjach na szyjnym pniu współczulnym; swoistość napadów bólowych; współrzuty wzruszeniowe twarzy i języka podczas napadów. Wszelkie wahania zewnątrzpochodne i zmiany atmosferyczne wpływają na próg podrażnienia układu wegetatywnego. Punkty uciskowe bolesne, stałe podczas sprawy zapalnej nerwu, są w nerwobólu chronicznym obecne jedynie w okresie napadowym, nigdy zaś podczas remisji. Kuracja atropinowa, wpływająca na układ sympatyczny, daje nieraz wybitne poprawy, natomiast rentgenoterapia nie daje nic. Alkoholizacja zwoju G a s s e r a daje najlepsze wyniki, tak, iż w 150 przypadkach ciężkiej neuralgii K. tylko 3 razy zmuszony był uciekać się do interwencji chirurgicznej. Główną rolę w wywoływaniu bólu odgrywają prawdopodobnie włókna współczulne otaczające i innerwujące naczynia (*plexus perarteriales*). Że w bardzo ożywionej dyskusji, jaka towarzyszyła odczytowi, nikt prawie nie zabierał głosu w sprawie najbardziej zasadniczej — związku nerwobólu twarzy i bólu wogóle z układem sympatycznym, — należy żałować, gdyż tu tkwi myśl nowa, podstawowa, a wszystko inne, co K. podał było w tej lub owej formie już niejednokrotnie omawiane przed laty 25-ciu, gdy F. K r a u s e z Berlina ogłosił swoje operacje na zwoju G a s s e r a, a H e r t e l w Japonji swoją metodę alkoholizacji tegoż zwoju. Uwydatniała się też w dyskusji dawna rozbieżność poglądów. To też P e i p e r z kliniki frankfurckiej S c h m i e d e n a, wbrew twierdzeniu K u l e n k a m p f a, uważa zastrzykiwania do zwoju za niełatwe i niepewne i woli dosyć trudną operację na zwoju. H o f e r z kliniki wiedeńskiej E i s e l s b e r g a natomiast zaleca zastrzykiwania dozwojowe w ilości aż 5—6 ccm., co, zdaniem mojem, 10-krotnie przewyższa przyjętą dawkę. Jedni odrzucają dodatek nowokainy, inni słusznie polecają go. Aparaty precyzyjne do określenia położenia *foramen ovale*, przez który igła ma przejść (V o l k m a n n), są, zdaniem innych, zbyt ciężkie. O licznych komplikacjach po zastrzyknięciu dozwojowem tu i owdzie wspominali dyskutanci zaś zapomnieli o nich K., a większość tychże powikłań opisał referent przed laty kilkunastu z materiału szpitalnego A. Z a w a d z k i e g o w polskim i niemieckim języku. Zasługuje wreszcie na uwagę zdanie B r a u e c k e r a, znawcy układu sympatycznego, który, aprobusząc pochodzenie angiospastyczne nerwobólu, lokalizuje ośrodek naczynioruchowy twarzy nie w szyjnej części rdzenia, lecz w samym zwoju nerwu trójdzielnego, czyli w *ganglion Gasseri*. H i g i e r.

GOEBEL. Za i przeciw stosowaniu nirwanolu w leczeniu płasawicy. (D.m.W. Nr. 31. 1931).

Nirwanol, jako środek uspakajający i nasenny, przestał być stosowany z powodu ubocznego działania, przejawiającego się pod postacią t. zw. choroby nirwanolowej. Podawanie ni-

wanolu w płasawicy w celach leczniczych okazało się do pewnego stopnia korzystne, gdyż skracało znacznie okres leczenia oraz zmniejszało częstość występowania zapalenia wsierdzia. Podawano go w ilości 0,3 gr. dziennie przez 12 dni aż do wystąpienia objawów choroby nirwanolowej, t. j. dreszczów i wysypki. Jednak autor przestrzega przed stosowaniem nirwanolu z przyczyn następujących. Zdarzają się często nawroty płasawicy po 2 miesiącach i wówczas nirwanol jest już bezskuteczny. We krwi występuje leukopenia z limfocytozą przy znacznym zmniejszeniu ciałek białych wielojądrowych; spostrzegano nawet występowanie objawów choroby Werlhofa jako wyraz zadziałości na szpik kostny. Poza tym w kilka dni po ustąpieniu wysypki zjawia się b. często po raz drugi wysypka o większym nasileniu niż pierwsza, atakująca również i błony śluzowe, oraz występują objawy niedomogi ze strony wątroby i nerek. W jednym przypadku, spostrzeganym przez autora, wysypka nawrotowa przejawiała się pod postacią oparzenia skóry stopnia II-go. Nie jest to przypadek odosobniony, gdyż w literaturze opisane są podobne 2 przypadki po leczeniu nirwanolem, które skończyły się zejściem śmiertelnym. Wobec takich wyników stosowanie nirwanolu jest bardzo niebezpieczne, i nigdy przewidzieć nie można, jaki będzie wynik leczenia. Stosować go można w przypadkach płasawicy, nie poddającej się innemu leczeniu, uprzedzając o możliwości zatrucia. Wanda Frankówna.

LOEWENSTEIN. Leczenie następstw nagminnego zapalenia mózgu za pomocą dużych dawek atropiny. (D.m.W. Nr. 24. 1931).

Leczenie stanów po zapaleniu nagminnym mózgu zapomocą atropiny nie należy do rzeczy nowych. Wiemy dziś, że atropina działa najpierw na ośrodki ruchowe dużych zwojów podstawy, następnie zaś na ośrodki autonomiczne pnia mózgowego, a więc właśnie na te odcinki, które zostają najbardziej uszkodzone. Po raz pierwszy zastosował atropinę Nonne. Stwierdzono dość dobrą tolerancję w stosunku do atropiny. Doświadczenie wykazało, że można dojść do b. dużych dawek pod warunkiem odpowiedniego i powolnego ich zwiększania. Leczenie rozpoczynamy od podawania 3 razy dziennie po 1 kropli 1/2% roztworu *atropini sulfurici*, co równa się 3/4 mgr., zwiększając po 2 razy po 1 kropli = 1/2 mgr. Dla wzmocnienia leczenia farmakologicznego zastosowano: kąpiele, połączone z ćwiczeniami i masażami oraz pracę domową, jak rysowanie, pisanie, praca w ogrodzie, która się specjalnie do tego celu nada. Zwiększanie dawek atropiny było tak długo prowadzone, aż spostrzeżono, że dalsza zwyżka nie powoduje już poprawy objawów. Nieco poniżej tej dawki maksymalnej leży dawka najlepsza. Przeciętna dawka przy długiej kuracji wynosiła od 7—15 mgr. dziennie. Działanie atropiny uwidaczniało się także we wpływie na przemianę materji, a zwłaszcza na gospodarkę wodną. Przy podawaniu wyższych dawek i przez czas dłuższy, zmienia się drżączka, zaburzenia mowy, chodzenia i trzymania się. Dwumiesięczne stosowanie po 10—20 mg dziennie objawia się w pomyślnym wpływie na towarzyszące zaburzenia psychiczne. Objawy uboczne, towarzyszące podawaniu atropiny, mogą wystąpić w formie ostrej i przewlekłej. Przy dawce dziennej 5 mg. mogą wystąpić zaburzenia przystawiania i objawy porażenia, które jednak łatwo dają się usunąć przez odpowiednie szkła. Oprócz przyspieszenia tętna często łącznie z niemiarnością zjawia się także niemożność opróżniania pęcherza, uporczywe biegunki, czasem zaparcie. Przy ustalaniu dawki najlepszej występują często objawy zatrucia przewlekłego, b. zależne od indywidualnej wrażliwości. Niemniemiernie często spotykano ubytek wagi ciała, spadek ciśnienia krwi o 20—30 mm. Hg., skłonność do czynności i zapaleń tkanki łącznej. Te zaburzenia, związane z zatruciem przewlekłym dają się opanować przy b. ogólnym dawkowaniu i dokładnym spostrzeganiu, czasem jednak zmuszają do obniżenia

dawki, zanim zostanie osiągnięty wynik leczniczy. Statystyka autora nie podaje tak pomyślnych wyników, jak inne, jednak liczba chorych, wymagających opieki, spadła z 64% na 16%. 84% chorych było w stanie, w mniejszym lub większym stopniu, powrócić do swoich zajęć. Przy wypisywaniu chorych należy im zalecać zażywanie atropiny w formie pigułek. Cała ta metoda lecznicza, ze względu na dodatkowe stosowanie terapii psychofizycznej, winna być przeprowadzana w odpowiednich zakładach. St. Luxenburg.

P. ÉMILE-WEIL i G. SÉE. Zespoły neuroanemiczne i opoterapia wątrobowa. (Le Sang Nr. 4-1931).

Opierając się na 8 własnych przypadkach, których opisy są podane, stwierdzają autorzy, że czasem zaburzenia nerwowe w niedokrewności złośliwej dalej postępują, a to prawdopodobnie wskutek niedostateczności kuracji wątrobowej, są jednak przypadki, szczególnie stwardnienia kombinowanego nawet daleko posuniętego, których rozwój, jak się zdaje, zostaje zahamowany przez leczenie. Są wreszcie przypadki, a mianowicie: czyste postacie czuciowe i postacie rzekomo-wiadowe, które są zdolne do znacznej poprawy, a niektóre nawet, być może, do wyleczenia. Należy jednak uwzględnić następujące warunki: 1) trzeba osiągnąć normalną liczbę 5.000.000 czerwonych ciałek krwi, a to stosując w razie potrzeby bardzo duże dawki naturalnej wątroby, przynajmniej 200—300 gr. codziennie, a często i więcej, lub też wyciągi w równoważnych dawkach; 2) leczenie należy prowadzić stale z wielką cierpliwością, gdyż naogół poprawa postępuje krańcowo powolnie i przeciąga się kilka lat; 3) nie wolno pozwalać zupełnie na najmniejsze przerwy w leczeniu. Rzeczywiście należy unikać wszelkiego pogorszenia się, przyczyny wywołującej zaburzenia nerwowe. W tym samym celu należy nie dopuszczać do zakażeń, osłabienia, intoksykacji. Mianowicie latem dobrze jest zastępować wyciągami surową wątrobę, która może ulec zmianom pod wpływem gorąca. Autorzy przypuszczają, że w tych warunkach pomijając przypadki posunięte, w których zmiany są stare, zorganizowane, bliznowate, leczenie wątrobowe ma pewien wpływ na zaburzenia neuroanemiczne.

Henryk J. Landau.

Choroby oczu.

J. BÖCK. Przypadek periarteriitis nodosa ze zmianami histologicznie wykazanymi w mięśniach i naczyniach ręskowych oka. (Zeitsch. f. Augenh. paźdz. 1929).

Kussmaul, Maier i inni opisywali przypadki schorzeń naczyń tętniczych w postaci zgrubień ich ścian. Schorzenie to otrzymało nazwę *periarteriitis nodosa*. Głównie naczynia nerek, wątroby, śledziony, serca ulegają temu schorzeniu. Natomiast w oku zmiany te rzadko zachodzą; Christeller w swej pracy wspomina o *periarteriitis nodosa* naczyńiówki w jednym przypadku, nie wdając się dalej w komentarze i objaśnienia. Autor opisuje przypadek *periarteriitis nodosa* udowodniony na sekcji. Pacjentka lat 33 zgłosiła się z bólami ręki i stawu łokciowego, brakiem apetytu, spadkiem wagi ciała. Gruźlica obu górnych płatów, *polyneuritis*. Badanie dna oka zmian nie wykazało. 2 tygodnie później wystąpiła *diplopia*, lewa gałka ustawiona na zewnątrz i w dół. Lewa źrenica szersza od prawej, nie reaguje na światło; *ptosis* górnej lewej powieki. Objawy oczne po kilku dniach ustąpiły — natomiast wystąpiły objawy nerwowe, rżenia drębnobankowe w obu płucach, odleżyny i w końcu zgon. Wynik sekcji: *periarteriitis nodosa, myomalacia cordis, embolia art. basil. cerebri recens, pneumonia lobularis, tumor lienis subcutis, cachexia gravis*; histologicznie wykazano zmiany dokoła naczyńiowe w badanych narządach. Również w oku histologicznie stwierdzono te zmiany. W miejscu przyczepu mięśnia prostego wewn. znajdują się 2 tętnice, których ściany były gęsto nacieczone. Nacieki te składały się z leuko-

cytów, limfocytów, komórek olbrzymich z jasnym, pęcherzykowatym jądrem. Podobne zmiany stwierdzono w ścianach naczyń w miejscu wejścia nerwu wzrokowego. Autor dokładnie opisuje zmiany wykryte w *media*, *intima* i *elastica* naczyń. Jak widać z opisu, mieliśmy tu do czynienia z ciężkim procesem zapalnym naczyń, głównie obejmującym *adventitiam* — na tomiast *media*, *intima* zostały wciągnięte w proces chorobowy w mniejszym stopniu. Zmiany opisane odpowiadały całkowicie obrazowi *periarteriitis nodosa*. Wykryte zaburzenia żrenicy oraz niedowłady mięśni zewnętrznych uzależnione zostały od schorzeń tętnic rzęskowych, tętniczek mięśni oraz od tętniczek przebiegających w warstwach perineuralnych n. okoruchowego w jego części wewnątrzczaszkowej. Niekiedy przy *periarteriitis nodosa* stwierdzano obraz *neuroretinitis albuminurica* (przypadek Christellera). M. M a n t i n b a n d.

HORNIKER. Retinitis centralis angioneurotica. (v. Graefes Archiv. T. 123 -- 1929).

Autor opisuje kilkanaście przypadków, w których chorzy różnej płci spostrzegali częste zamglenie wzroku. Objaw ten ustępował prędko, lub też dopiero po pewnym czasie. Schorzenie występowało zwykle nagle, niekiedy po nagłym zdenerwowaniu lub wzruszeniu. U wszystkich chorych można było stwierdzić objawy naczynio-ruchowe i neurotyczne, zimne kończyny, niekiedy migrenę, astmę oskrzelową, spastyczne zaparcie, pobudliwość psychiczną, parestezje i prócz tego artretyzm. Ogólne ciśnienie krwi nigdy nie było zwiększone. Badanie oczu stwierdzało zawsze obecność niewielkiego mroczka środkowego i entoptyczne zaburzenia w krążeniu krwi w drobnych naczyniach plamki żółtej (mianowicie zwolnienie krwioobiegu i powiększenie plamki M a x w e l l a). Zwykle badanie wziernikowe nie wykrywało żadnych zmian w plamce żółtej, wobec czego można było myśleć o pozagałkowym zapaleniu n. wzrokowego. Badanie w świetle bezczerwieniem wykrywało jednak drobne zmiany w plamce żółtej — zatarcie normalnego rysunku, obrzęk plamki z odpowiednimi zmianami odbłasków środkowych, niewielkie białawe plamki (t. zw. Gunns dots), zmiana koloru żółtego dołeczka i rozrzucenie żółtego barwnika. Niektóre z tych zmian, jak naprz., barwnikowe niekiedy pozostawały i później. Zmiany naczyniowe dookoła plamki polegały na pokręceniu naczyń, zmianie kalibru i odbłasków. Krwotoków prawie nigdy nie było. Jako podstawę tych zmian autor upatruje zmiany w krążeniu krwi w plamce żółtej na tle naczynionerwowym (skurcze drobnych naczyń). Przyczyną tego schorzenia jest nienormalny odruch na drodze naczyniowej, spowodowany dziedziczno-konstytucyjnymi własnościami ustroju. Objawia się to w ten sposób, że nawet drobne bodźce, nie wywołujące w normalnym organizmie żadnych zmian, powodują tu zmiany w krążeniu w określonych częściach układu krwionośnego. Autor leczy te schorzenia mieszkanką atropiny z papaweryną (Aspastin), luminalem i *calc. chlorat.*; wyniki leczenia i rokowanie dobre. A r k i n.

BARCZYŃSKI. Przypadek *ophthalmomyiasis interna anterior*. (Zeit. für Augenheil. sierpień 1929).

Nazwą *ophthalmomyiasis interna* określa się schorzenie, w którym wewnątrz gałki znajduje się poczwarka muchy *epiderma bovis*. Według B e h r a, który w r. 1920 zestawiał notowane do tego czasu 4 przypadki tego schorzenia, rozróżniamy jeszcze *ophthalmomyiasis interna anterior*, gdy poczwarka przebywa w przedniej komórcie i *ophthalmomyiasis interna posterior*, jeśli poczwarka powędrowała głębiej za przednią komórkę. Przypadki te są bardzo rzadkie. K u r i l e s opisał też przypadek *ophthalmomyiasis int. ant.*, w którym początkowe objawy przywodziły do przypuszczenia poczwarki z kąta komórki przypominały obraz kliniczny flykteny. Opisany przez autora przypadek dotyczy 6-letniego chłopca, który przybył na klinikę z powodu stanu zapalnego i zupełnego zaniewidzenia na lewe oko

od 10 dni. Dotychczas nigdy nie chorował na oczy. Stan drugiego oka — bez zmian. Obiektywnie stwierdzono: naczynki rzęskowy nieznaczny, ciśnienie wewnątrzgałkowe znacznie obniżone, przekrwienie tętnicówki znacznego stopnia, rogówka przezroczysta, przednia komórka bardzo głęboka, ciecz wodna mętna i drganie soczewki. W przedniej komórcie na dole i zewnątrz leży twór, 1 mm. długości i 2 mm. szeroki o stożkowatych końcach, które są złączone ścianami w kształcie kanału drożnego. Twór nie porusza się samodziśnie, zmienia natomiast położenie przy ruchach gałki. Po stosunkowo łatwym usunięciu tego tworu z przedniej komórki przez otwór w rąbku rogówki, stan zapalny prędko ustąpił. Drganie soczewki i głębokość komórki pozostały natomiast. Ponadto przy maksymalnie rozszerzonej żrenicy widoczna była zwichnięta soczewka ku górze i wewnątrz tak, że widziało się tylko dolny jej brzeg. W miejscu tem soczewka była zmętniała i kilkakrotnie nieznacznie nadzarta. Autor jest zdania, że spowodowała to poczwarka, która w tem miejscu próbowała wędrować dalej. Zmętnienie rogówki występujące w przypadkach innych autorów, w tym przypadku nie miało miejsca. Natomiast zwichnięcie i zmętnienie soczewki nie były notowane w przypadkach B e h r a. Ostrość wzroku po wypisaniu i w miesiąc później wynosiła 2/50. Z uwagi na to, że wszystkie dotychczas znane przypadki tego schorzenia tyczą się dzieci, to pogląd B e h r a, że cienka ściana gałki u dzieci nie może stać opozycją wświrodowaniu się poczwarki, zyskuje dużo na prawdopodobieństwie. Podczas gdy w przypadkach *ophthalmomyiasis int. ant.* po usunięciu poczwarki następuje prędkie wyleczenie, co prawda z dużym upośledzeniem wzroku, to *ophthalm. int. poster.* prowadzi zawsze do enukleacji gałki z powodu silnych objawów zapalnych. Poczwarka była obumarła. H a m m e r.

Nikolaus BLATT. Upust krwi w jaskrze. (Graef. Archiv. T. 123, 1930).

Fuszczenie krwi stosowane szeroko w 17 stuleciu zostało później zupełnie zarzucone i nawet zwalczane. Obecnie sposób ten znów wchodzi w użycie dzięki pracom doświadczalnym. Po wypuszczeniu krwi, wskutek zmniejszenia jej ogólnej ilości w naczyniach, następuje przesłanianie płynów tkankowych. Nieodpowiedni stosunek między osmotycznym ciśnieniem krwi w naczyniach, a ciśnieniem hydrostatycznym tkanek odgrywa rolę m. inn. i w jaskrze. O wpływie osmotycznego ciśnienia krwi na ciśnienie wewnątrzgałkowe świadczy wzmożenie napięcia oka po nadmiernym przyjęciu płynów i obniżenie po wprowadzeniu do ustroju soli kuchennej. Autor przeprowadził próby doświadczalne na królikach i kliniczne u jaskrowych. U królików zawsze dało się stwierdzić obniżenie napięcia gałki ocznej po upuszczeniu krwi. U ludzi jaskrowych po upuszczeniu 200—600 ccm. następowało w przypadkach ostrej i przewlekłej jaskry stałe obniżenie napięcia gałki i niekiedy dość długotrwałe. Upust ten stosował autor i przed zabiegiem przeciwjaskrowym celem obniżenia napięcia gałki i ułatwienia zabiegu. Po upuszczeniu krwi wzmagają się również działania pilokarpiny i ezeryny, które, jak wiadomo, obniżają ciśnienie w gałce. W. A r k i n.

SCHMELZER H. Przyczynę do rodzinnego odklejenia siatkówki. (Archiv f. Augenheilkunde T. 100/101.1929).

Patogeneza odklejenia siatkówki dotąd nie jest wyjaśniona. Z górą 70 lat toczy się spór pomiędzy zwolennikami „teorii retrakcyjnej i teorii wydzielniczej”. Według 1-ej teorii bądź wskutek kurczenia się ciała szklistego, bądź wskutek procesu zapalnego przed siatkówką (*praeretinitis*) następuje pociąganie siatkówki i w ten sposób jej odklejenie. W dalszym przebiegu wystąpić może jej pęknięcie, co pociąga za sobą przedostawanie się płynnego ciała szklistego poza siatkówkę, co z kolei zwiększa rozmiary jej odłączenia. Zwolennicy teorii wydzielniczej tłumaczą odklejenie siatkówki tworzeniem się wypociny surowiczej naczyniówki. Proces ten ma powstawać na tle przewlekłego

zapalenia jagodówki, mającego swe źródło z kolei bądź w gruźliczej infekcji organizmu (L ö w e n s t e i n), bądź w rozrzedzeniu ciała szklanego i jego hipotencji, jak chce K ü m m e l. Wśród tych teorii pośrednie zajmuje pogląd S c h i e c k a o oderwaniu siatkówki u krótkowzrocznych; w tych przypadkach na skutek wydłużania się gałki następuje rozrzedzenie i rozwodnienie ciała szklanego. Przyjmując pogląd S c h i e c k a, należałoby oczekiwać, — powiada autor — częstszych przypadków dziedzicznego wzgl. rodzinnego odklejenia siatkówki, niż to się obserwuje w stosunku do liczby krótkowzrocznych. Tymczasem jak podaje L e b e r, rodzinne lub dziedziczne odklejenie siatkówki należy do rzadkości. Autor podaje 3 przypadki krótkowzroczności u 3-ch siostr z jednostronnym odklejeniem siatkówki, przyczem jako moment etiologiczny przyjmuje nie dziedziczną wadę refrakcji, a degeneracyjno-zapalne zmiany w naczyniówce na jej obwodzie, mian. *chorioiditis aequatorialis*. Takie zmiany stwierdził autor u 2-ch innych członków rodziny. Etiologia tego schorzenia jest niejasna, autor skłania się ku zapalnemu jej pochodzeniu. Kiłowe tło wyłącza; poszukiwania w kierunku gruźlicy również wyników nie dały. Ponieważ cała rodzina reprezentowała osobników o budowie wątłej, astenicznej autor skłaniałby się do przypuszczenia, że *habitus asthenicus* u osób krótkowzrocznych ze zmianami w naczyniówce mógł być czynnikiem, usposabiającym do odcepienia siatkówki.

N. E s s i g m a n.

Lucien RAGAIN. **Leczenie jaglicy prądem elektrycznym o wysokiej częstotliwości.** (Archives d'ophtalm., sierpień — 1929 r.).

Celem leczenia jaglicy jest zniszczenie jagieł i zastąpienie ich tkanką łączną bez naruszenia zdrowych części spojówki. Prąd o wyskiej częstotliwości pozwala przeprowadzać leczenie jaglicy z jaknajmniejszym niszczeniem spojówki i z pozostawieniem nieznacznych blizn. Autor wspomina w swoim artykule o 3

sposobach leczenia prądem elektrycznym: 1) diatermo-koagulacją, 2) iskrą gorącą, zwęglającą i 3) iskrą tak zwaną zimną. Diatermo-koagulacja wydaje się autorowi sposobem skutecznym i mało bolesnym. Drugi sposób — iskrą gorącą, zwęglającą, jest, według autora, dość dobry, chociaż bolesny, pomimo miejscowego znieczulenia. Po tym sposobie oko jest dość często w stanie podrażnienia w ciągu 10—12 dni. Przy iskrze tak zwanej zimnej chory mało cierpi, oko nie jest mocno podrażnione, wynik leczniczy jest bardzo dobry. Zdaniem autora, te trzy sposoby leczenia jaglicy są bardzo dobre, niszczą całkowicie jagły, nie naruszając zdrowych części spojówki, ani też tarczyki.

H i n d e s.

Isa JOHN. **O praktycznym zastosowaniu w okulistyce nerwocidyny jako środka uspokajającego bóle, przeciwzapalnego i obniżającego napięcie gałki ocznej.** (Gr. Arch. T. 129, 1930).

Nervocidin jest alkaloidem, otrzymywanym z liści indyjskiego drzewa „Gazu-Baza”. Farmakologicznie działa na rogówkę 30 razy silniej od kokainy i ma działanie zbliżone do erythrophtaleiny. Jako znieczulający rogówkę środek nie może być użyty, gdyż wywołuje silne podrażnienie. Autor stosował wkraplanie N. 1% lub 2%, przyczem po 3—7 min. występowało zawsze palenie, a nawet ból, które ustawały po 1/2 godz. Bóle mogły być osłabione zastosowaniem analgetyny. W przypadkach jaskry ostrej, wtórnej, zapaleniu ciała rzęskowego bóle, spowodowane chorobą, ustawały szybko, a w przypadkach jaskry następowało obniżenie ciśnienia. Niekiedy występowało jakby powierzchowne zmętnienie rogówki, szybko ustępujące. Wzmożenie ciśnienia i bóle powracały niekiedy po kilku tygodniach i zawsze ustawały po wkropleniu N. Objaśnienie działania N. jest dość trudne. Możliwym jest, że długotrwałe znieczulające działanie neurocidyny obniża lub znosi odruch zapalny, biorący początek w nerwach dośrodkowych.

A r k i n.

Wskazówki praktyczne.

M. T a k a l i n d zwraca uwagę na częste *uszkodzenie nerek* w trakcie leczenia kiły *bismutem*. Należy przeto przed każdym zastrzyknięciem bismutu starannie zbadać moczu. (Med. Klin. 1931, str. 320).

—o—

G. D e n c k s na szeregu przypadków stwierdził, że *wyrostek robaczkowy*, nieusunięty podczas operacji ginekologicznej, ulegał później ciężkiemu schorzeniu i zmuszał do powtórnej laparotomii, radzi przeto jednocześnie z operacją ginekologiczną usuwać wyrostek robaczkowy. Przed operacją należy od chorego uzyskać zgodę na ten zabieg, aby zabezpieczyć się przed ewentualnymi następstwami natury prawnej. (Möchr. Geburtsh. 1931, str. 76).

—o—

Ze wszystkich sposobów *zwalczania nosicielstwa błonicy* uważa A. W e r n e r za najskuteczniejszy *wyluszczenie*

migdałków. Jednocześnie z tą operacją należy usunąć i wyrosła adenoidalne w razie stwierdzenia ich obecności. Za wolnego od zarazka błonicy można uważać nosiciela, jeżeli trzykrotnie w przerwach 5 dniowych badanie wydzieliny z gardzieli i nosa za każdym razem daje wynik ujemny. (Arch. f. Ohrhkl. 1931, str. 115).

—o—

F. D e m m e r od 12 lat w następujący sposób przygotowuje *ręce i rękawiczki gumowe do operacji*: 1 minutowe mycie rąk w ciepłej wodzie mydłem i miękką szczotką, poczem 1 minutowe wycieranie alkoholem; mycie rękawiczek zimną wodą i mydłem, a następnie sublimatem; po nałożeniu rękawiczek na ręce ponowne mycie półminutowe szczotką i mydłem w wodzie bieżącej i na zakończenie 2 minutowa kąpiel sublimatowa. (Arch. Klin. Chir. 1930, str. 1).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Posiedzenie Zarządu Związku Przeciwwenerycznego z dnia 19 czerwca 1931 r.

Obecni: Prof. Fr. K r z y s z t a ł o w i c z, Dr. Jan A d a m s k i, Dr. Jerzy R e i s e, Dr. Alfred E t t i n g e r, Dr. Wiktor B o r k o w s k i.

1) Przyjęto protokół z dnia 8 maja 1931 r.

2) Uchwalono wpłacić do Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego składkę członkowską w wysokości 300 frnk. francuskich. (trzysta fr. fr.) za r. 1931.

3) Uchwalono udzielić Polskiemu Katolickiemu Towarzy-

stwu Ochrony Kobiet I ratę zapomogi na r. 1931 w wysokości 250 zł. (dwieście pięćdziesiąt).

4) Uchwalono udzielić Polskiemu Towarzystwu Dermatologicznemu zapomogę w wysokości zł. 500 (zł. pięćset) na koszty prowadzenia działu wenerologii społecznej w kwartalniku „Przegląd Dermatologiczny” oraz koszty druku odbitek, zawierających protokół Walnego Zebrania Delegatów Związku Przeciwwenerycznego z r. 1931, sprawozdanie działalności, sprawozdanie kasowe, plan działalności, preliminarz wydatków Związku.

5) Uchwalono zwrócić się do Min. Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) z prośbą o spowodowanie aby Konsulat Rzeczypospolitej Polskiej w Londynie wziął udział przez swego przedstawiciela w obradach Walnego Zebrania Delegatów Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego, mającego się odbyć w Londynie r. b.

Sekretarz

(—) Dr. W. Borkowski.

Przewodniczący

(—) Prof. Dr. Krzyształowicz.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

O drgawkach tetanicznych w związku z stosowaniem hipertonicznych roztworów chlorku sodu referował Fabre na posiedz. lipcowem tow. lek. w Tuluzie (Pr. med. Nr. 76). W trzech przypadkach F. spostrzegł w kilka minut po zastrzyknięciu hipertonicznego roztworu soli drgawki, które krótko trwały i ustąpiły całkowicie. Wyjaśnienie powstawania tych drgawek nie jest rzeczą prostą: może jest to przejaw przełemu skutkiem alkalozy.

Bratusch—Marrain przedstawił na posiedz. czerwcowem tow. pediatr. w Wiedniu (W. m. W. Nr. 38) przypadek

skurczu odźwiernika z typowym początkiem, utratą wagi i bardzo widoczną perystaltyką żołądka. Wyczuwał się przytem guz odźwiernika. Papaweryna pozostała bez skutku, natomiast natychmiastowe było działanie nowatropiny po 0,1 mg. 3 razy dziennie. Po odstawieniu nowatropiny znów wystąpiły wymioty, by ustąpić po powrocie do nowatropiny. Nie ulegało wątpliwości, że miano do czynienia z przerostem odźwiernika. Badania Rentgenem nie przeprowadzono w tym przypadku, gdyż rozpoznanie było jasne, referent zaś nie chciał obciążać żołądka dziecka papką barytową, zwłaszcza, że w przypadku skurczu odźwiernika konieczny jest zupełny spokój dziecka. Zabieg operacyjny nie był konieczny, gdyż atropina, jak się okazało, bywa skuteczna nawet w przypadku przerostu odźwiernika.

Przypadek pęknięcia macicy ciężarnej spostrzegł Mestitz (pos. tow. ginekol. w Wiedniu — W. m. W. Nr. 38). W wywiadach odnotowano 1 poronienie, następnie zabieg operacyjny z powodu torbieli jajnika przy współistniejącej, trzymiesięcznej ciąży. Usunięto wówczas lewostronne adneksy, poczem nastąpiło poronienie samoistne. Po upływie dwu lat nowa ciąża, która początkowo przebiegała dobrze, lecz nagle w szóstym miesiącu wystąpiły objawy bólowe w brzuchu, bladeść, częstoskurcz. Otwarcie brzucha wykazało dużą ilość krwi w jamie brzusznej i szczelinę w macicy po stronie prawej. Chora zmarła. Być bardzo może, że z okazji pierwszego poronienia nastąpiło przedziurawienie, które uległo zagojeniu wówczas lecz które pod wpływem nowej ciąży znów się otworzyło.

Na posiedzeniu czerwcowem tow. lek. w Hamburgu (Kl. Woch. Nr. 39) Fahr cytował przypadek agranulocytosis, w którego przebiegu wytworzyła się martwica miękkiej opony z mnóstwem pneumokoków w miejscu martwiczem. Ten sam referent demonstrował preparat z przypadku prosówki, w którym punktem wyjścia była gruźlica *ductus thoracici*.

Krytyka lekarska

Kilka słów o słownictwie neurologicznem.

Słownictwo neurologiczne pomimo całego imponującego postępu wiedzy neurologicznej dalekie jest od stania na wysokości zadania. A jednak znaczenie udanego słownictwa jest dla każdej wiedzy bardzo wielkie. Dobry termin naukowy nie tylko skraca długi opis choroby i jej ogniska anatomicznego, lecz może również stać się punktem wyjścia dla głębszego późniejszego zbadania samej choroby lub innych chorób. W tym sensie znajduję, iż w neurologii za dużo jest terminów, związanych z imionami własnymi. Naturalnie, dużo jest w wiedzy neurologicznej imion znakomych, jak Babinski, Rossolimo, Romberg, Westphalin. Pamięta się je łatwo, jak również objawy, związane z nimi. Lecz jest również dużo innych imion, które zawałają neurologię bez wielkiego pożytku dla wiedzy. Z drugiej strony znajdujemy w neurologii terminy, nie dające się pogodzić z duchem naukowym. Terminem, który szczególnie razi mój zmysł naukowy, jest: „pseudo”. Wiedza szuka prawdy, gdy znosi w sobie coś fałszywego (pseudo = fałszywy), przestaje być wiedzą. Oto, dlaczego nie znoszę naprz. terminu: porażenie pseudo - opuszkowe (*paralysis pseudo - bulbaris*). Co ten termin oznacza? Porażenie opuszkowe jest, jak wiadomo, zespołem, w którym porażonych jest kilka nerwów czaszkowych ruchowych jednej lub obu stron.

Porażenie jest typu obwodowego, to znaczy, towarzyszą mu zaburzenia odżywcze: zanik mięśni

porażonych i odczyn zwyrodnienia. Przyczyną tego porażenia opuszkowego są zmiany zwyrodnieniowe, zapalne lub naczyniowe jąder opuszkowych. Naturalnie, możliwy jest zespół, w którym porażenie nerwów czaszkowych jest typu jeszcze bardziej obwodowego, gdzie więc mamy do czynienia z zapaleniem wielu nerwów czaszkowych. Lecz uważne badanie pozwoli odróżnić takie zapalenie nerwów od porażenia opuszkowego: zaburzenia czucia podmiotowe, jak przedmiotowe umożliwiają wtedy postawienie rozpoznania różniczkowego. Lecz istnieją również zespoły porażenia nerwów czaszkowych ruchowych bez zaburzeń odżywczych, bez odczynu zwyrodnienia mięśni porażonych. Taki zespół zwykle obustronny jest dość częsty w przypadkach przewlekłego zapalenia mózgowia nagminnego.

Można go również znaleźć w świeżych przypadkach porażenia połowicznego. Jeżeli taki chory pozostaje przy życiu, zespół ten może zniknąć dzięki podwójnemu unerwieniu mięśni głowy. Ognisko, częściej ogniska, które są przyczyną zespołu, znajdują się w tych razach w wielkich jądrach podstawnych lub w torebce wewnętrznej, a więc w każdym razie powyżej opuszki. Stąd więc zespół taki nazywać należy porażeniem nadopuszkowym, lecz nigdy pseudobulbar-nem, czyli rzekomo-opuszkowym, jak to się dzieje dotychczas. W przyrodzie niema nic fałszywego, rzekomego, to tylko człowiek mało wiedzący objaśnia fałszywie zjawiska przyrody.

Stanisław Justman (Łódź).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Poprzez Niemcy.

(Wrażenia higienisty)

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

Multa discimus peregrinando, mawiano dawniej, dopiero jednak obecnie podróżowanie stało się zjawiskiem powszechnym, zdemokratyzowanym, obejmującym wszelkie zawody i wszelkie hierarchie drabiny społecznej. Higieniści nie czynią wyjątku. Dzięki moralnemu i materialnemu poparciu potężnych organizacji społecznych jeżdżą administratorzy służby zdrowia, jeżdżą teoretycy, jeżdżą szeregowcy praktycy po krajach swoich i obcych. Dla instytucji renomowanych wizyty te są nawet do pewnego stopnia plagą, szczególnie w krajach, jak Anglja, Francja, Niemcy. Można też powiedzieć, że serdeczność przyjęcia gościa jest odwrotnie proporcjonalna do wielkości i potęgi kraju. Kraje niewielkie, mniej kulturalne, do cudzoziemców nieprzywykłe, robią co mogą, by przybysza zająć, zaciekać, ugościć niekiedy nawet ponad miarę, pokazać mu swój kraj z najlepszej strony; kraje, w których cudzoziemców, turystów i studujących nie brak, nie wysilają się zbytnio, czasami za mało, czemu nie należy się dziwić.

Niemcy należą do tej drugiej grupy, tworząc zresztą państwo à part. Żeby w Niemczech obejrzeć kilka instytucji sanitarnych, trzeba najpierw otrzymać pozwolenie drogą urzędową, co trwa dość długo, a z korespondencji wygląda, jakby chodziło o jakieś ważne tajemnice państwowe. Tak było i ze mną.

Po załatwieniu wszystkich formalności, posiadając urzędowe „Empfehlung”, zacząłem swoje peregrynacje od B e r l i n a. Niemogę się powstrzymać od jednej jeszcze uwagi ogólnej: dla mnie była to jedna z najmniej miłych podróży, w porównaniu z wycieczkami do innych krajów. W Niemczech pod formalnie grzecznym przyjęciem nawskroś przebiega wyraźna niechęć do Polaków, co już bez osłonek jest widoczne, jeśli ma się do czynienia z kimś, pochodzącym ze wschodnich rubieży Rzeszy. Należy mieć nadzieję, że z biegiem czasu, drogą rozwoju stosunków, nasze sąsiedzkie współżycie będzie jednak coraz łatwiejsze. I dziś tam, gdzie w grę wchodzi znajomość osobista, sytuacja ulega niekiedy radykalnej zmianie.

Wróćmy znów do Berlina, mówiąc tylko o rzeczach najważniejszych. Najpierw R e i c h s g e s u n d h e i t s a m t — U r z ą d Z d r o w i a R z e s z y. Jest to bardzo ciekawa instytucja, przypominająca do pewnego stopnia nasz Państwowy Zakład Higieny, w odróżnieniu jednak od naszego Zakładu służy jako organ opiniodawczy - doradczy dla wszystkich ministerstw. Aparat urzędniczy w ministerstwach składa się z funkcjonariuszów administratorów, lekarzy i nielekarzy, jak i na całym świecie nie zawsze pewno kontakt z nauką utrzymujących, a którzy jednak muszą rozwiązywać wiele zagadnień praktycznych, ze ścisłą wiedzą blisko związanych. Dobrze ten stosunek nauki do administracji charakteryzuje wybitny publicysta, mówiąc: „ceux qui ont l'autorité n'ont pas la compétence et sont obligés d'avoir recours aux gens qui savent, c'est—à—dire

aux experts”. Tak jest i w tym wypadku. We wszystkich sprawach, gdzie potrzebne są większe wiadomości teoretyczne, wiedza fachowa higieniczna, dziś bardzo obszerna i rozgałęziona, poszczególni fachowcy Urzędu Zdrowia Rzeszy opracowują projekty ustaw, udzielają swej opinii, która zresztą administratorów obowiązuje tylko moralnie. Ażeby Urząd Zdrowia mógł dobrze wykonywać ciężące na nim obowiązki doradcy, żeby jego nieobowiązujące rady i opinie miały swój ciężar gatunkowy, musi on posiadać duży autorytet naukowy. Dlatego też pracownice Urzędu mają znanych, niekiedy wybitnych fachowców, uczonych, prowadzą rozległe badania naukowe, niezawsze wchodzące w zakres natychmiastowych potrzeb praktycznych i mogą się poszczycić w dziedzinie teorii pokaznym dorobkiem. To zrozumienie korzyści nauki dla rozwiązywania zagadnień w życiu codziennym ze strony administracji i brak jakiegokolwiek niechęci do podwładnej hierarchicznie instytucji naukowej godne są podkreślenia.

Rozmiary Urzędu Zdrowia są znaczne, co widać z personelu, wynoszącego około 200 osób, pracujących w 4 oddziałach (chemiczno-higieniczny, lekarski, weterynaryjny, bakteriologiczny). Ze wszystkich sekcji statystyczna, najbardziej mnie obchodząca, wydała mi się najmniej rozwinięta.

Druga instytucja, jakby pokrewna poprzedniej, to „Z a k ł a d d o b a d a n i a h i g i e n y w o d y, z i e m i i p o w i e t r z a” w Dahlem pod Berlinem, otworzony na kilkanaście lat przed wojną. Obecnie Instytut zatrudnia przeszło trzydziestu pracowników, specjalistów w różnych dziedzinach, także dobrych fachowców. Zakład zbiera dane, dotyczące wody na terytorjum Prus i posiada ocenę wszystkich źródeł wody, służących do użytku ogólnego (nie indywidualnych). Jako instytucja, mająca duży autorytet, udziela opinii władzom rządowym, samorządowym i osobom prywatnym, czerpiąc z tego źródła fundusze dla pokrycia swoich wydatków. Poza tem Instytut urządza kursy i prowadzi bardzo poważne badania naukowe z dziedziny chemii, botaniki, biologii, bakterjologii, zoologii w związku z otoczeniem, które wywiera wpływ na zdrowie człowieka. Tu, jak i w Urzędzie Zdrowia Rzeszy, badania naukowe tworzą tak istotną część pracy instytucji, utworzonej do celów praktycznych, że trudno wprost zorientować się, gdzie kończy się czysta teoria, a gdzie zaczyna się praktyka. Taka współpraca daje obustronne korzyści i zadowolenie.

Ciekawy szczegół. W Instytucie spotkałem inżyniera, który w czasie okupacji był w Łodzi i naturalnie był celowo wyzyskany jako specjalista, a więc zajmował się sprawami wody, co było ważne tak dla miejscowej ludności, jak i dla władz okupacyjnych. Otóż inżynier ten zebrał i posiada dotąd materiały, dotyczące zaopatrzenia Łodzi pod względem wody, a więc przedewszystkiem studzien publicznych i prywatnych. Parę lat pobytu wystarczyło Niemcom na zebranie w tej i innych dziedzinach niezmiernie ważnych materiałów, jakimi my nie rozporządzaliśmy w czasie niewoli, a nie posiadamy i obecnie.

Wreszcie trzecie godne uwagi, co widziałem w Berlinie, to D o m Z d r o w i a (Gesundheitshaus w Kreuzbergu. Po utworzeniu nowej gminy Ber-

lina w 1920 roku, miasto całe zostało podzielone na 6 obwodów administracyjnych. Na czele każdego obwodu stoi Zarząd obwodowy „Bezirksamt“, posiadający w swym zarządzie wszelkie sprawy lokalne, a więc między innymi lecznictwo i wszystkie zagadnienia higieny społecznej. Obwód administracyjny Kreuzberg powstał z południowych i południowo-wschodnich części starego Berlina i liczy obecnie około 400.000 mieszkańców. Administracja spraw zdrowotnych znajduje się w rękach dwóch komisji: a) komisji do spraw zakładów leczniczych, b) komisji higieny społecznej i kąpielisk.

Na terytorjum obwodu w Kreuzbergu znajdują się dwa zakłady szpitalne (ogólny, chorób zakaźnych, dla kobiet) na 800 z górą łóżek i Dom Zdrowia (Gesundheitshaus), obejmujący całokształt zagadnień higienicznych na terenie tej jednostki administracyjnej. Do zakresu działalności Domu Zdrowia wchodzi przede wszystkim opieka nad dzieckiem i higiena szkolna — dwa najbardziej rozwinięte działy. Pozatem istnieją: opieka nad matkami, poradnie przeciwgruźlicze, walka z chorobami wenerycznymi, po wprowadzeniu nowej ustawy podobno rozwijająca się pomyślnie i dość słabo prowadzona poradnia przeciwalkoholowa. Stacje opieki nad matką i dzieckiem nie wszystkie znajdują się w Domu Zdrowia, część ich bowiem jest rozrzucona na terenie okręgu. Poradnie nie leczą i współpracują ściśle z opieką społeczną. Naturalnie cała ta akcja, jak wogóle w Niemczech, nie ma nic wspólnego z policją sanitarną.

Do akcji zdrowotnej okręgu należy także dotychczas prowadzenie kąpieliska z basenami, natryskami, oraz kąpielami kuracyjnymi, jak również zakładu dezynfekcyjnego, który, między innymi, zajmuje się odpluskwianiem mieszkań i odswadzaniem. Samo wewnętrzne urządzenie Domu Zdrowia jest skromne, a utrzymania my również nie nazwalibyśmy wzorowym. Charakterystyczne jest tylko scentralizowanie całej akcji higieniczno-społecznej w jednym gmachu, co czyni Dom Zdrowia w Kreuzbergu podobnym nieco do naszych ośrodków zdrowia, np. w Warszawie, z tą różnicą, że w Kreuzbergu jest to jednocześnie mała centrala administracyjna, autonomiczna w pewnym zakresie i niezależna.

W Kolonii przyjrzałem się administracji sanitarnej miasta, lokalnej wystawie higienicznej i barakom dla bezdomnych, połączonym z przytułkiem dla starców i czemś w rodzaju domu dla rekonwalescentów.

Miasto, posiadające przeszło 3/4 miliona mieszkańców, ma dwudziestu kilku lekarzy higienistów, zajmujących się wyłącznie walką z chorobami społecznymi, opieką nad matką i dzieckiem, higieną szkolną. Higiena otoczenia, nadzór nad sklepami spożywczymi w żadnej mierze nie wchodzi w zakres ich działalności. Większość instytucji sanitarnych znajduje się w jednym gmachu, który służy jednocześnie za centrum poradniane całego miasta. W porównaniu z naszymi miastami ten system pracy lekarzy higienistów, opierający się na poradniach i wyróżniający się przede wszystkim łącznością wydziału zdrowia z opieką społeczną i higieną szkolną, usunięciem lekarzy od akcji policyjno-sanitarnej, daje dużą ekonomię sił lekarskich i ogromne oszczędności. Porównajmy, ilu lekarzy sanitarnych, szkolnych i poradnianych ma Warszawa, Lwów, Kraków a ilu Kolonia. Podobnie rzecz ma się w innych miastach niemieckich.

Urządzenie poradni jest naogół skromne, uboż-

sze, znacznie mniej dostosowane do potrzeb i znacznie mniej efektywne niż u nas. Ciekawe, że w poradni przeciwgruźliczej, każdy lekarz przyjmujący chorych, robi sam zdjęcia swoich chorych, co widocznie uważane jest za najlepszą metodę, bo spotkałem się z tem w kilku miejscach. Leczenia poradnie nie prowadzą, wyjąwszy choroby weneryczne, świadczeń materialnych same prawie nie udzielają, ale współpracują ściśle z ubezpieczeniami społecznymi i z opieką społeczną. Ażeby się nie powtarzać, dodam, że jest to zasada przyjęta w całych Niemczech. Każdy obywatel może korzystać z poradni, ale każdy ma i pomoc lekarską zapewnioną. Jeżeli jest niemożliwy i nie ma prawa korzystania z pomocy lekarskiej Kasy Chorych, opłaca jego kosztą leczenia opieka społeczna. Biedni, jak i ubezpieczeni, mają wolny wybór lekarza, Kasy Chorych mają jednak tak zwany *numerus clausus*, który dla Kolonii wynosi około 400 lekarzy.

Wystawa higieniczna pod nazwą „Dziecko“, niewielka, w gmachu dawnej wystawy prasy z roku 1928, nie przedstawiała nic ciekawego: trochę obrazów, trochę wykresów, dużo haseł, a nade wszystko dużo przemysłu i handlu, który umie połączyć swoje interesy z każdą sprawą ideową i zdaje się, im dalej na Zachód, tem większy przerost poczyniń ideowych przez przedsiębiorstwa finansowe.

Wreszcie trzecia rzecz w Kolonii naprawdę godna uwagi, to olbrzymi przytułek — dom zdrowia — zakład dla bezdomnych. Z dawnych kosztów, zajmowanych w czasie okupacji przez wojska angielskie, zrobiono przytułek dla starców, kalek, dom zdrowia dla rekonwalescentów i wogóle osób, nie wymagających leczenia szpitalnego celem odciążenia szpitali i obniżenia kosztów leczenia zakładowego, wreszcie gmachy dla bezdomnych wszelkich kategorii, poczynając od dawnych milionerów, kończąc na niewykwalifikowanej sile roboczej. Wszystko to prowadzone sposobem gospodarczym, tanio, a utrzymane wzorowo, znajduje się w rękach dyrektora — lekarza, niewątpliwie zdolnego organizatora, tworzącego tę instytucję i nadającego jej życie. Patrząc na taką organizację i widząc na każdym kroku, tak w ogólnym kierunku, jak i w szczegółach wpływ ręki kierującej, trudno się oprzeć wrażeniu, że wszelkie teorie głoszące, że jednostka jest niczem, a masa wszystkiem, przeczą naszym codziennym obserwacjom, przeczą instytucjom, które powstają i rozwijają się na naszych oczach.

W Monachium interesowałem się głównie sprawą związków celowych, które tu wzięły swój początek i przybrały rozmiary dziś szeroko już znane poza granicami Niemiec. Związki te stworzone są dla poszczególnych zagadnień, ale wobec stałego zahaczania, powiedzmy dla przykładu, spraw propagandowych o gruźlicę i *vice versa*, gruźlicy o opiekę nad matką i dzieckiem i odwrotnie, poszczególne związki bardzo ściśle z sobą współpracują, niekiedy mają ten sam personel, jak np. w centrali.

Z pordni widziałem jedną dla opieki nad dzieckiem i przeciwgruźliczą, jedną dla całego miasta. To samo zjawisko spostrzegałem następnie w znacznie mniejszej Norymberdze, a jeżeli mnie pamięć nie zawodzi, to i w Kolonii, uprzednio już wspomnianej. Nam to się wydaje dziwne, ażeby miasto posiadające przeszło 700.000 mieszkańców organizowało poradnię przeciwgruźliczą w jednym lokalu, zmuszając w ten sposób i personel i chorych do straty czasu na podróże, utrudniając też sobie pracę technicznie

na miejscu. Wyniosłem przytem wrażenie, że liczba chorych jest stosunkowo znacznie mniejsza, niż u nas, a sprawność aparatu dość duża. Przytem jednak trzeba dodać, że miasta niemieckie mają gruźlicy znacznie mniej niż nasze i zapadalność na gruźlicę stale tam spada.

W Monachjum widziałem też nowy szpital a l p e d j a t r y c z n y, pokazywany, zdaje się, często cudzoziemcom. Nie znam się na szpitalnictwie, ale widziałem szpitali dużo. Otóż ten szpital pod względem otoczenia, urządzeń wewnętrznych, prowadzenia wydał mi się wspaniały, jednym z najbardziej nowoczesnych, jakie widziałem, ale niestety, i kosztowny, szczególnie jako zakład utrzymywany z funduszków publicznych. Dziś i w Niemczech trudno byłoby podobny szpital zbudować.

W Monachjum zwiedziłem także Muzeum higieny pracy zorganizowane przy współudziale prof. K o e l s c h a, jednego z lepszych znawców tej sprawy. Dla specjalisty jest ono, może, dość ciekawe, nie przypuszczam jednak, by posiadało coś, czy to pod względem treści, czy wykonania, bardzo je wyróżniającego od większości muzeów higienicznych, obrazujących to zagadnienie.

Natomiast byłem oszołomiony nieco wrażeniem, jakie sprawiło na mnie „D e u t s c h e s M u s e u m”. Nie jest to wprawdzie Muzeum higieny, choć i z tej dziedziny zawiera sporo ciekawych szczegółów, ale z historii rozwoju przemysłu posiada tak olbrzymie ilości materiałów, tak starannie zebranych, ugrupowanych i przedstawionych, że każdy, kto chciałby urządzić dobre muzeum, niezależnie od dziedziny, jaką chce przedstawić, wniósł się najpierw z niem znajomości. Mam też głębokie przekonanie, że wszystkie wystawy, które widziałem w ostatnich latach w Niemczech, że niektóre inne muzea niemieckie, a nadewszystko dla nas najciekawsze muzeum drezdeńskie, wiele zapożyczyły z Muzeum monachijskiego. Dodajmy, że to Muzeum, może nie w dzisiejszej skończonej postaci, jest dziełem jednego człowieka O. M i l l e r a, jak muzeum drezdeńskie jest dziełem L i n g n e r a.

W N o r y m b e r d z e, ciesząc się sławą dobrej organizacji sanitarnej, na największą uwagę zasługują związki celowe, a nadewszystko związek przeciwgruźliczy, jako organizacja silna, ugruntowana prawnie i najsprawniej działająca. Koordynacja i współpraca istnieją i w innych dziedzinach higieny społecznej, ale nie jest to tak ostatecznie zakończone pod względem formalnym i technicznym, jak w związku przeciwgruźliczym. Wobec wielkiej wagi tej sprawy i dla nas i wobec pewnych prób przeprowadzenia podobnej centralizacji i komasacji w niektórych miastach, np. w Warszawie, podaje paragraf drugi statutu ogólnego Związku celowego dla scharakteryzowania całości organizacji.

I. Zadaniem Związku Celowego jest:

1. Utrzymanie ścisłego kontaktu między członkami Związku, unikanie starć w ich współpracy i dwukrotnego wykonywania tej samej pracy.
2. Zapewnienie jednolitego kierunku rozbudowy opieki nad zdrowiem, wspomaganie istniejących instytucji i udzielanie, w myśl planu gospodarczego, poparcia nowym instytucjom, wówczas, gdy dotychczasowe okazują się niewystarczające.
3. Zapobieganie niebezpieczeństwom, grożącym zdrowiu publicznemu.
4. Zarządzanie instytucjami, w miarę potrzeby, przez własną administrację.

W skład związku wchodzi: państwo, miasto, kasy chorych i organizacje społeczne. Koszta ponoszą wyszczególnione organizacje w stosunku do liczby osób, nad którymi rozciągają opiekę. W roku 1930/31 ta opłata od członka na walkę z gruźlicą wynosiła w Norymberdze (416.000 mieszkańców) — 11 fenigów, wszystkie zaś wydatki tego związku przeciwgruźliczego za rok 1930/31 wynosiły w okrągłych liczbach 85.400 marek, z czego personalne wydatki — 57.200 marek. Personel fachowy składał się z 3 lekarzy i 7 pielęgniarek. Chorych było razem pod opieką 17.970, z czego po raz pierwszy w tym roku zjawilo się — 4.916. Nie dotkniętych gruźlicą okazało się 2.793 osoby, chorych na otwartą gruźlicę — 2.179. Godzin przyjęć było 302, badań dokonanych (wizyt) 13.172, domowych odwiedzin pielęgniarek 13.297. Z liczb tych można wyprowadzić szereg wniosków, charakteryzujących pracę przeciwgruźliczą w Norymberdze, dość różniącą się od naszej; w innych miastach niemieckich akcja przeciwgruźlicza prowadzona jest analogicznie, choć organizacyjnie inaczej jest ujęta.

W Norymberdze zwiedziłem jeszcze małe sanatorium, parę poradni, między innymi higieny szkolnej (dobór dzieci na kolonje), małą wystawę organizowaną szczupłymi bardzo środkami, a dość efektownie i wyruszyłem do D r e z n a, aby rzucić okiem jeszcze raz na wystawę, trwającą już drugi rok. Byłem krótko, gdyż chciałem tylko zobaczyć zmiany, jakich dokonano. W porównaniu z rokiem ubiegłym zmieniono niewiele, muzeum i przeważająca większość pawilonów pozostały nietknięte, najwięcej nowego znalazłem w pawilonie międzynarodowym. Parę państw zlikwidowało swoje pawilony, jak Rosja, Stany Zjednoczone, Turcja, natomiast przybył szereg państw nowych, bodaj że jeszcze ubożej reprezentujących się, niż pozostałe z roku poprzedniego. Śmiało można powiedzieć, że kraje skandynawskie nie dały prawie nic, prócz obrazków, a i tych niewiele. Cała Danja reprezentowana jest przez dziesiątek obrazków!

W takim otoczeniu, z takimi współzawodnikami wyszlibyśmy zwycięsko nawet gdybyśmy wystawili tylko to, co mieliśmy na wystawie poznańskiej. Jaka wielka szkoda naprawdę, żeśmy to sobie, po prostu mówiąc, zlekceważyli. Na wydatek kilku, czy kilkunastu tysięcy złotych celem propagandy w tak ważnej sprawie na terenie międzynarodowym szczególnie w Niemczech moglibyśmy i powinniśmy sobie pozwolić. Kiedy Chile wystawia saletrę, południowa Afryka wełnę, owoce, produkty spożywcze, Japonja fotografie dziu-dzitsu, Austria, poza pewną liczbą wartościowych tablic i fotografii, sporo zabawek, aparat do prasowania spodni, Polska ze swojemi ubogimi eksponatami higienicznymi mogłaby zająć dobre miejsce, nie gorsze i od Litwy i od Czechosłowacji, nawet Angliji, Francji i innych potęg z wyjątkiem gospodarzy Niemiec. Jeszcze raz szkoda!

Z Drezna pojechałem do maleńkiej wioski Pommritz, ażeby zobaczyć Instytut rolniczy do badania pracy na wsi. Jest to bardzo stary zakład, bo biorący swój początek jeszcze w roku 1857. Do wojny był to instytut podobny do paru dziesiątków innych, pracujących w tej samej dziedzinie na terenie Niemiec, obecnie jest to jedyny zakład zajmujący się zagadnieniem pracy na wsi, dotąd naukowo nie badaniem. Codzi o to, by zbadać wszelkie możliwe metody pracy na wsi, na roli i w gospodarstwie domowym - kobiecem, wybrać z nich te, które obiecują naj-

większą wydajność, a dla człowieka są najmniej uciążliwe. Ma to więc być coś w rodzaju tajloryzacji pracy na wsi z istotnym jednak uwzględnieniem czynnika ludzkiego, jego potrzeb, dążeń do życia kulturalnego i t. d. Dotychczasowe wyniki nie są jeszcze wielkie, ale zakład pracuje niedawno i jest stosunkowo niewielki, bo zatrudniał dotąd zaledwie około 12 pracowników, a obecnie wskutek ograniczeń finansowych będzie jeszcze mniej. Urządzenia techniczne (aparatura) w przeciwieństwie do tego, co widziałem w całych Niemczech, są naogół zupełnie skromne, wszystko więc prawie sprowadza się do doświadczeń na terenie. Instytut rozporządza terenem doświadczalnym pochodzącym z trzech majątków: dużego — 352 ha, średniego — 123 ha i małego, t. j. chłopskiej zagrody — 25 ha. Higiena pracy, o co mnie chodziło jest tu uwzględniana tylko ubocznie, jak powiadał dość trywialnie dyrektor, jako „Abfall” badanie metod pracy wogóle.

Wreszcie zatrzymałem się jeszcze we Wrocławiu aby obejrzeć tam uniwersytecki Zakład higieny, będący jednocześnie akademją higieny społecznej. Zakład higieny jest duży, ma dość liczny personel, jest niezłe urządzone i zorganizowany i zdaje się prowadzący dość żywą działalność. Ma też ładną przeszłość. Jego kierownicy to: Pflügge, Pfeiffer, obecnie Prausnitz. Akademją higieny społecznej, jedna z trzech w Niemczech *de facto* jako odrębna instytucja nie istnieje. Jest to tylko grupa osób, urządzających kursy dla kandydatów na stanowiska lekarzy powiatowych. Na czele stoi jeden z docentów przy katedrze higieny. Nie sądzę by te akademje mogły w jakiejkolwiek mierze współzawodniczyć ze szkołami higieny, jak nasza, londyńska, budapeszteńska.

Będąc w Wrocławiu zwiedziłem też kolonję dla gruźliczych w Herrnprotsch, podobną do angielskiego Papworth, czy holenderskiego Sonnestraal. Ciekawa to próba rozwiązania wielkiego problemu powrotu do normalnego życia wyleczonych suchotników, jak również mieszkań dla prątkujących gruźlików. Wyleczeni pracują w warsztatach introligatorskich, krawieckich, stolarskich, ślusarskich; zawodów tych pacjenci uczą się na miejscu. Czas pracy jest o połowę krótszy niż normalnie. Zajęcia uważane za najdrowsze, jak np. na roli podobno absolutnie nie wytrzymują kalkulacji ze względu na małą opłacalność, konieczność dużych terenów i t. d. Natomiast

wspomniane wyżej zawody lepiej opłacają się, a nie okazują ujemnego wpływu, jeżeli praca trwa niezbyt długo i warunki wykonywania jej są odpowiednie. Mieszkania dla gruźlików są pomyślane w ten sposób, że jest kilka rzędów jednoizbowych długich budynków, podzielonych na domki rodzinne. Każda rodzina jest zupełnie izolowana, ma swój ogródek, prowadzi własne gospodarstwo, jeżeli jest bezdzietna oddaje pokój z wanną, z ustępem i z balkonem na piętrze pojedynczemu suchotnikowi, sama zajmuje dół. Poza tem są specjalne domy dla pojedynczych mężczyzn i kobiet ze wspólną jadalnią, pokojami przyjęć i t. d.

Kolonja cała powstała niedawno, utrzymywana jest z funduszy miejskich i dotąd podobno rozwija się bardzo pomyślnie. Jakie wyniki będą po kilku dalszych latach próby, szczególnie w związku z przeżywanym kryzysem, odpowiedzieć trudno. Mam jednak wrażenie, że tego rodzaju instytucje nie mogą liczyć na masowe rozpowszechnienie. Są to zakłady pokazowe i doświadczalne, unaoczniające pewne dążenia teoretyczne. Warunki ekonomiczne, cały układ życia dziś nie pozwalają w programie higieny społecznej umieszczać tego rodzaju instytucji. Takie jest moje wrażenie. Na Wrocławiu peregrynacje swoje po Niemczech zakończyłem.

Gdy po skończeniu podróży zastanawiałem się dłużej nad wszystkim, co widziałem w Niemczech, a przede wszystkim nad organizacją służby zdrowia, i porównywałem z tem co widziałem gdzieindziej, a naderwście u nas, to główna myśl, jaka mi stale przychodziła do głowy, choć to może nie przebiega z powyżej wypowiedzianych uwag, dotyczyła stosunku teorii higieny do praktyki. Niemcy tak wiele zrobili w dziedzinie badań nad higieną, a przytem mają sławę tak znakomitych organizatorów, że wydawałoby się, że ich organizacja służby zdrowia musi być imponująca. W rzeczywistości tak nie jest, choć można tam znaleźć dużo rzeczy ciekawych, godnych zapożyczenia, przedewszystkiem czy nawet głównie w samorządach. Naturalnie sama organizacja służby zdrowia nie przesądza jeszcze stanu zdrowotnego i w wielkim byłby błędzie przyszły historyk, gdyby na podstawie samej organizacji w jakimś kraju, próbował odtworzyć jego stan zdrowotny. Przesądzanie się zasad higieny w życie odbywa się wyjątkowo powoli i wielu różnemi bardzo drogami. Badając stan sanitarny kraju czy jego organizację, wszystko to trzeba zważyć.

Wiadomości bieżące

— Według nowego podziału terytorjalnego Kas Chorzych w Polsce największą liczbę ubezpieczonych po dokonaniu scalenia Kas posiadać będzie Kasa Okręgowa w Warszawie, mianowicie 286,500 osób. Na drugim miejscu pod względem liczby ubezpieczonych znajdzie się Kasa Okręgowa w Łodzi — 207,500 ubezpieczonych, na trzecim miejscu Kasa poznańska — 117,500 osób, na czwartym Kasa w Sosnowcu — 109,300 ubezpieczonych, następnie zaś kolejno Kasy: w Krakowie — 77 tysięcy, we Lwowie 76 tysięcy, w Bydgoszczy 58 tysięcy, w Częstochowie 63,500, w Gnieźnie — 49 tysięcy, w Tarnobrzegu — 44,500, w Wilnie — 43,500, w Bielsku — 43 tysiące oraz w Grudziądzu 42 tysiące ubezpieczonych. W pozostałych Kasach liczba ubezpieczonych wyniesie mniej, niż

40 tysięcy osób. Pod względem liczby Kas scalonych na pierwszym miejscu znajdzie się Kasa wileńska, która obejmie 9 Kas, Kasy w Baranowiczach i Siedlcach po 7 Kas, zaś Kasy okręgowe w Warszawie, Tarnopolu, Pułtusku, Ostrowie i Kaliszu po 6 Kas. Trzy Kasy okręgowe, a mianowicie w Krakowie, Bielsku i Gdyni obejmą tylko po dwie scalone Kasy.

— Według danych statystycznych Urzędu Zdrowia Szwajcarskiego za rok 1930, Szwajcaria jest krajem, w którym najczęściej notowano raka. Każdy 10-ty przypadek śmierci jest spowodowany rakiem. Rada Związku Szwajcarskiego przyznała 20 tysięcy franków na wstępne badania powstawania raka. Urząd Zdrowia podkreśla potrzebę

odpowiedniego przygotowania lekarza, by mógł wcześniej postawić właściwe rozpoznanie, konieczność badań naukowych i wybudowanie specjalnych szpitali dla chorych na raka. W miastach odnotowano więcej przypadków raka niż na wsi. Przeważają raki jelit.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej wyznaczył dzień wyborów do Rady Izby na r. 1932 — 34 na 22 listopada 1931, Zarząd Izby Lubelskiej na 21 listopada r. b., ewent. na 20 grudnia, Izby Krakowskiej na 19 grudnia, Izby Łódzkiej na 13 grudnia, Izby Poznańsko - Pomorskiej na 5 grudnia, Izby Lwowskiej na 6 grudnia.

— 8 wycieczka lekarska w czasie świąt Bożego Narodzenia na Riviérę, organizowana przez Société Médicale du Littoral Méditerranéen, odbędzie się pod przewodnictwem Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Paryskiego prof. Balthazara, zaś kierownikami jej będą Prof. Laigmel-Lavastine i Duhot.

Cała wycieczka obejmie przestrzeń od Marsylii do San-Remo i składać się będzie z dwu części.

I część: Przyjęcie w Wydziale w Marsylii 27 grudnia. Przejazdka po morzu. Zwiedzenie Aix. Po obejrzeniu Tulonu nastąpi zwiedzanie Hyeres, Frejus, Saint-Raphael, Cannes, Le Cannet, Grasse, Juan les Pins i Antibes. Zakończy się ta część 4 stycznia w Nicei.

II część obejmuje Niceę i miejscowości, połączone między nią i San-Remo.

Uczestnicy mają ulgi na kolejach francuskich i włoskich.

Informację udziela wyżej wzmiankowane towarzystwo w Nicei 24 rue Verdi.

— Magistrat m. Warszawy powierzył kol. Mieczysławowi Matuskiewiczowi czasowe pełnienie obowiązków dyrektora szpitala przy ulicy Złotej do czasu obsadzenia tego miejsca drogą konkursu.

— Brytyjskie Tow. Lekarskie niedawno rozpatrywało poważnie sprawę, czy wolno lekarzowi wykorzystać dla siebie dokonane przez siebie odkrycie w dziedzinie terapii czy instrumentarium. Dotąd obowiązywało w Anglii prawo, rzecz jasna, niepisane, że nie odpowiada godności lekarza ciągnąć korzyści z czegoś, co winno stać się własnością cierpiącej ludzkości. Ponieważ firmy handlowe angielskie podniosły tą sprawę poważnie ze względu na konkurencję firm kontynentalnych, Zarząd Towarzystwa jeszcze raz obradował nad tą sprawą i doszedł do wniosku, że lekarzowi - wynalazcy wolno odstąpić swój wynalazek jakiemuś ciału publicznemu dla eksploatacji, jak to uczyniono np. z insuliną. Jednocześnie pozwolono lekarzowi - wynalazcy otrzymywać pewien niewielki zarobek, o ile to nie odbije się ujemnie dla cierpiących na cenie wynalazku.

— Nr. 18-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka” zawiera następujące artykuły: wiersz „Szpara w parkanie” M. Czerkawskiej, „Początki nauczania” Marji Ukłejskiej, „Nie straszyć dzieci” M. Benisławskiej, „W porcie” nowela Jadwigi Korczakowej, W dziale „Ważne drobiazgi” ciekawe artykułiki: „Gniew”, „Rezygnacja”, „Wszędzie dobrze, a w domu najlepiej”. Dalej znajdujemy: „Stołeczek niemowląt a strawność pokarmów” M. Morzkowskiej, „Dziecko śpi” dr. H. Niemczyckiej, „Zniekształcenie kości u dzieci i ich leczenie” dr. A. Klęsk, „Choroby dróg oddechowych” dr. M. Kłosińskiego.

Bardzo obszerny dział praktyczny oraz porady Redakcji wypełniają numer.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	23/VIII— 29/VIII	30/VIII— 5/IX	6/IX— 12/IX	13/IX— 19/IX
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	1
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	477 (33)	562 (24)	599 (43)	490 (34)
Dur rzekomy	1	0	2	1
Dur osutkowy	6	2	1	2
Dur powrotny	0	0	1	0
Czerwonka	134 (11)	112 (13)	82 (7)	92 (13)
Plonica	374 (10)	377 (14)	448 (16)	479 (10)
Blonica	244 (13)	251 (5)	322 (14)	346 (21)
Zapal. op. mózg. . . .	5 (2)	4 (2)	4 (1)	8 (1)
Odra	64	72 (4)	69 (1)	60
Róża	52 (1)	75 (3)	85 (4)	81 (5)
Krzyszec	182 (14)	160 (8)	148 (5)	126
Malarja	0	0	0	0
Posoczn. połog. . . .	25 (8)	35 (8)	34 (12)	35 (6)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	613	547	499	546
Wąglik	4 (1)	2	0	1 (1)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	8 (1)	0	1	3
Wścieklizna	0	0	0	0
Zatr. jad. kielb. . . .	6 (3)	5 (3)	10 (3)	0
Chor. Heine-Medina . .	4 (1)	1	1	1
Twardziel	2	2	0	0
Inne choroby zakaźne	52 (2)	49 (2)	86 (5)	55 (3)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony

NADEŚLANO DO REDAKCJI:

1. Droga do Zdrowia, czasopismo, Wrzesień 1931.
2. Wiedza i Życie, 1931 Nr. 7.
3. Czesław Gutry. W sprawie udostępnienia prac naukowych. Odbitka z Przeglądu Historycznego t. IX. r. z.

KALENDARZYK ZJAZDÓW

- 11 — 12 października: Zjazd międzynarodowy ortopedji w Rzymie.
- 11 — 25 października: III międzynarodowy Kurs dokształcający dla lekarzy z fundacji Tomarkina w L. carnio.
- 12 — 24 października: Kurs dokształcający z pedjatrii na Wydziale Lekarskim w Strasburgu.
- 12 — 24 października: Ogólny kurs dokształcający we wszystkich specjalnościach medycyny praktycznej w Dreźnie.
- 14 — 18 października: II Międzynarodowy Zjazd poświęcony patologii porównawczej w Paryżu.
- 19 — 29 października: Kurs dokształcający dla lekarzy praktyków w Getyndze.
- 2 — 14 listopada: Kurs z medycyny wewnętrznej w Dreźnie.
- 7 — 8 listopada: IX Posiedzenie Związku niemieckich rentgenologów i radiologów w Pradze.

16 — 28 listopada: Kurs z chirurgii i z pogranicza w Dreźnie.
30 listopada — 12 grudnia: Międzynarodowy kurs dokształcający Wydziału Lekarskiego w Wiedniu z neurologii i psychjatrii.

8 — 17 lutego 1932: Kurs z neurologii i psychjatrii w Dreźnie.
15 — 18 marca 1932: IX Zjazd Tow. międzynarodowego chirurgów w Madrycie.

Zielone Świątki 1932: Niemieckie Tow. Dermatologiczne we Wiedniu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

6. X. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Wł. Filiński i Nowosadko *Interrennism et hyperthyreoidismus* (pokaz przypadku).

2. J. Roguski. Badania doświadczalne nad zachowaniem się żółci pęcherzykowej w zakażeniu dróg żółciowych.

3. St. Hrom. Wpływ kwasicy i alkalozu na układy krążenia i oddychania u ludzi zdrowych.

4. J. Węgierko. *Hypoglycaemia paroxysmalis spontanea*.

10. X. Sekcja Kliniczna Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

(W małej sali Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, ul. Karowa Nr. 31).

A. Landau i W. Hejman. O skazach krwotocznych.

TREŚĆ: L. PRUSSAK. O postaci rodzinnej stwardnienia rozsianego. — M. GIRSZOWICZ. Przyczynek do leczenia wrzodów martwiczych na tle miażdżycy tętnic obwodowych. — J. PENSON. Cukrzyca wysepkowa i insulinooporna. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. JUSTMAN. Kilka słów o słownictwie neurologicznym. — M. KACPRZAK. Poprzez Niemcy. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. PRUSSAK. La forme familiale de la sclerose en plaques. — M. GIRSZOWICZ. A la therapie des ulcerations necrotiques causees par la sclerose des arteries peripheriques. — J. PENSON. Diabète resistant á l'insuline. (Rev. gén.). — M. KACPRZAK. Par l'Allemagne.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladka 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.