

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok VIII

WARSZAWA, 5 LISTOPAD 1931 R.

Nr. 45

Ś. P. Profesor FRANCISZEK KRZYSZTAŁOWICZ

Dnia 20 października b. r. odszedł od nas niespodzianie w pełni sił i zapału do pracy ś. p. Profesor Franciszek Krzyształowicz. Ceniliśmy w Nim wielką energię ducha, którą pociągał ku Sobie, i która udzielała się wszystkim, którzy się z Nim stykali, a zwłaszcza tym, co z Nim razem pod Jego kierownictwem pracowali.

Z natury dobry, łagodny i pogodny, niezwykle skromny, odnosił się po ojcowsku do swych uczniów i współpracowników. Wymagał od nich dokładności w wykonywaniu obowiązków i zachęcał do opracowywania rozmaitych tematów z dziedziny dermatologii; toteż Jego przykładowi i inicjatywie przypisać można to, że Jego uczniowie ogłosili drukiem przeszło 100 prac naukowych i spostrzeżeń klinicznych.

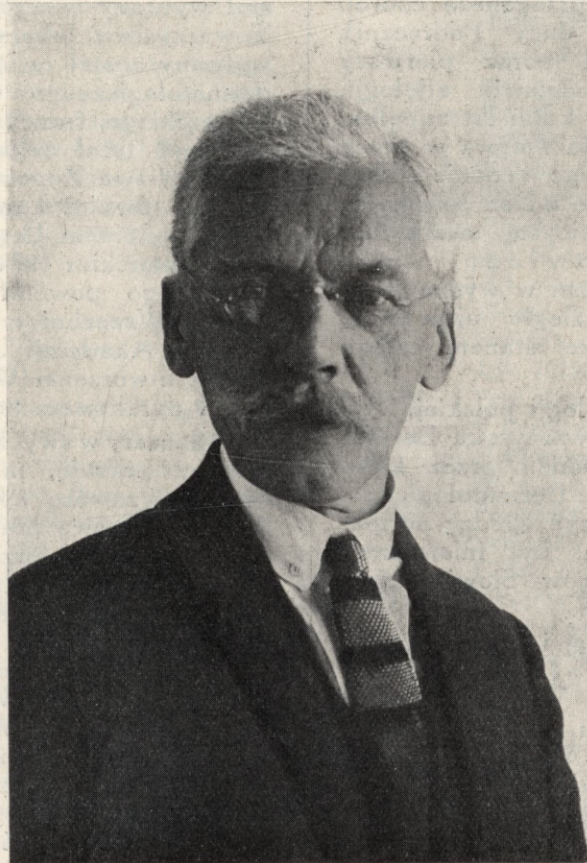
Ś. p. Profesor Franciszek Krzyształowicz urodził się w r. 1868 w Krakowie. Po ukończeniu gimnazjum Św. Anny zapisuje się na wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, uzyskując na tym wydziale w r. 1892 stopień doktora wszech nauk lekarskich. Od r. 1892—1899 pracuje kolejno jako praktykant i sekundariusz szpitala Św. Łazarza w Krakowie na oddziale chorób wewnętrznych (pod kierunkiem prof. Pareńskiego), następnie chirurgicznym (u prof. Obalińskiego), wreszcie na oddziale chorób skórnych i wenerycznych (pod kierunkiem prof. Zarewicza). W r. 1899 wyjeżdża na studia do Hamburga, gdzie pracuje w pracowni i w klinice prywatnej sławnego dermatologa niemieckiego Unn'y, do którego udaje się powtórnie w r. 1904.

W r. 1900 pracuje w szpitalu św. Ludwika w Paryżu w pracowni bakteriologicznej Sabourauda i w pracowni histologicznej Mallassea w College de France (razem z Darierem), a w r. 1911 w pracowni radu Wickhama i Degrais.

W r. 1901 habilituje się jako docent chorób skórnych i wenerycznych na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego, a w r. 1907 otrzymuje tytuł profesora nadzwyczajnego. W roku szkolnym 1916/17 zostaje kierownikiem kliniki dermatologicznej U. J., a w r. 1917 otrzymuje nominację na profesora zwyczajnego i dyrektora tejże kliniki i na tym stanowisku pozostaje do końca wojny.

W r. 1920 zostaje powołany przez Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego na katedrę dermatologii do stolicy wolnej już i niepodległej Ojczyzny. Po przybyciu do Warszawy odrazu z zapałem zajmuje się tworzeniem i urządzaniem kliniki w zrujnowanym budynku koszarowym b. armji rosyjskiej. Osobiście naradza się z inżynierami, układa z nimi plany przyszłej kliniki, a w miarę postępu robót budowlanych, dopilnowuje

ich, gromadzi powoli i z trudem potrzebne sprzęty i narzędzia lekarskie; a chcąc rozpocząć jaknajwcześniej pracę kliniczną, zaczyna już w styczniu 1921 r. przyjmować chorych przychodnich, narazie w ambulatorjum kliniki chorób wewnętrznych w szpitalu Dzieciątka Jezus. W kwietniu 1921 r. doprowadził ś. p. Profesor Krzyształowicz przebudowę kliniki do końca, i w dniu 15 kwietnia tego roku, odbył się w sali wykładowej kliniki



pierwszy Jego wykład, poczem rozpoczęła się w klinice normalna praca naukowa i kliniczna.

Jako kierownik kliniki stworzył ś. p. Profesor Krzysztalowicz atmosferę pracy naukowej systematycznej i celowej, toteż prace kliniczne Jego i Jego szkoły zajmują pokaźne i szczytne miejsce w polskim piśmiennictwie lekarskim. W ciągu całego okresu naukowej działalności ś. p. Profesora Krzysztalowicza ujawnia się wyraźnie przemyślany kierunek pracy naukowej. Opracowuje On ważne zagadnienia z zakresu histopatologii skóry, ogłasza szereg prac o krętku bladym, z których pierwsza ukazała się już w parę miesięcy po odkryciu krętka bladego przez Schaudinn'a. Pracuje również w bardzo ważnym dziale grzybicy skórnych i schorzeń pasorzytniczych skóry wogóle. Ostatnim tematem, który opracowywał było zagadnienie wyprysku (*eczema*), na którą to sprawę posiadał swój własny pogląd, odrębny od zapatrywań innych wybitnych dermatologów. Sprawę wyprysku referował wraz z kilku najwybitniejszymi dermatologami świata jako temat główny VIII Międzynarodowego Zjazdu Dermatologii i Syfiligrafii w Kopenhadze, w sierpniu 1930 r. Obdarzony umysłem badawczym i wielką pracowitością, napisał w r. 1926, jako pierwszą część swego podręcznika, „Etiologję i patogenezę chorób skórnych“, a w r. 1928 wydał duży Podręcznik Chorób Skóry, w którym oparł poraz pierwszy podział chorób skórnych na podstawie etiologii. Podręcznik ten został w ciągu kilku lat zupełnie wyczerpany, a śmierć zaskoczyła Autora w pracy nad drukiem drugiego zmienionego wydania podręcznika, które opracował wspólnie z Doc. Marjanem Grzybowski'm. Jako klinicystę cechowała ś. p. Profesora Krzysztalowicza wielka sumiennosc w badaniu, krytycyzm w wysnuwaniu wniosków rozpoznawczych i rozległe ujmowanie schorzeń skóry w związku ze stanem całego ustroju.

Dążąc do rozwoju dermatologii polskiej, był duszą i prezesem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, a obok tego prowadził przez kilka ostatnich lat redakcję „Przeglądu Dermatologicznego“. Pozatem, pragnąc zjednoczyć wiedzę dermatologiczną narodów słowiańskich, był inicjatorem powstania Związku Dermatologów Słowiańskich, którego był pierwszym prezesem.

Obok swej pracy zawodowej i naukowej poświęcał ś. p. Profesor Krzysztalowicz zawsze wiele czasu pracy społecznej. W r. 1923 staje w szeregach założycieli Związku młodzieży chrześcijańskiej „Polska Y. M. C. A.“. W r. 1927 obrany zostaje prezesem całego Związku w Polsce, poświęcając odtąd cały swój wolny czas pracy społeczno-wychowawczej na tem polu. Będąc zawsze przyjacielem młodzieży, bierze czynny udział w pracach Komitetu stołeczno-wojewódzkiego pomocy młodzieży akademickiej; pozatem stał na czele komitetu budowy Instytutu Radowego im. M. Curie-Skłodowskiej, był prezesem Związku Przeciwenerycznego, członkiem założycielem Klubu Lekarzy Polskich, i członkiem wielu innych towarzystw naukowych i społecznych.

Tak wszechstronna naukowa i społeczna działalność ś. p. Profesora Krzysztalowicza była uznana nie tylko przez swoich, ale także przez

obcych. Ś. p. Profesor Krzysztalowicz otrzymał kilka nagród: w r. 1900 nagrodę pracowni Unny w Hamburgu za pracę „o elacynie“ (w języku niemieckim), w r. 1901 nagrodę imienia Zambaco-Pacha od francuskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Paryżu, a w r. 1914 nagrodę im. Oczeni od redakcji Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych w Warszawie. Pozatem był ś. p. Profesor Krzysztalowicz od r. 1904 stałym współpracownikiem „Monatsschr. für prakt. Dermatologie“ (późniejsze „Dermatologische Wochenschrift“), od r. 1910 stałym współpracownikiem i sprawozdawcą piśmiennictwa polskiego do „Archiv für Dermatologie und Syphilis“, w r. 1903 zaproszony został do współpracownictwa w „Enzyklopädie f. mikroskop. Technik“, w r. 1906 został współpracownikiem „Realenzyklopädie Eulenburga“. W r. 1910—11 pisał artykuły dla „Enzyklopädische Jahrbücher Eulenburga“; w r. 1905—8 występuje jako współpracownik „Dermat. Jahresberichte, Tamms—Unna“. Od r. 1906 był stałym współpracownikiem „Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych“ (zamienionego później na „Przegląd Dermatologiczny“), w r. 1910 został mianowany członkiem korespondentem Towarzystwa dermatologicznego francuskiego w Paryżu; w r. 1909 został wybrany wiceprezesem, a w r. 1918 prezesem Towarzystwa lekarskiego w Krakowie; w r. 1929 wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa dermatologicznego czeskiego, jugosłowiańskiego, bułgarskiego, francuskiego i duńskiego; w r. 1930 otrzymał tytuł członka honorowego francuskiego Towarzystwa Zapobiegania Sanitarnego i Moralnego. Był również komandorem orderu „Polonia restituta“ i oficerem Legji Honorowej francuskiej. W r. akademickim 1924/25 Senat Uniwersytetu Warszawskiego powołał Go na wysokie stanowisko rektora Wszechnicy. Był zwyczajnym członkiem Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie, a z chwilą utworzenia Wydziału Lekarskiego Akademji został dyrektorem tego wydziału.

Szczery w swych przekonaniach, nadewszystko ceniący prawdę, miał ś. p. Profesor Krzysztalowicz zawsze cywilną odwagę swego zdania. Szedł przez swe pracowite życie drogą prostą, ceniony i kochany przez wszystkich, w których sercach pozostawił głęboki żal i pełną czci pamięć. Spełnił On należycie swój obowiązek jako uczony, lekarz, nauczyciel, społecznik i obywatel i poźnaniem nazawsze wzorem dla swych uczniów i młodzieży lekarskiej. W Zmarłym traci polska nauka lekarska swego wybitnego przedstawiciela, ucniowie i współpracownicy umiłowanego nauczyciela i kierownika, a młodzież akademicka serdecznego przyjaciela.

Cześć Jego świetlanej pamięci!

Adam Straszyński

Prace naukowe

ś. p. Profesora Franciszka Krzysztalowicza.

- r. 1893. — Pogląd statystyczny na zwężenia cewki moczowej. (Pamiętnik oddz. chirurg., 1893).
- r. 1894. — Przyczynek do kazuistyki kiły późnej. (Sprawozd. Szpit. św. Łazarza. 1894).

- Kazuistyka wrzodów stwardniałych pozapłciowych. (z D-rem Mayzlem — Przegl. Lek. 1894).
- r. 1896. — O trądzie. (z D-rem Ciechanowskim — Nowiny Lek. 1896).
- r. 1897. — Haemolum hydrarg. jodat. w leczeniu kiły. (Przegl. Lek. 1897, i Arch. f. Derm. u. Syph. 1897).
- Metoda Janeta w leczeniu wiewióra. (Przegl. Lek. 1897, i Arch. f. Derm. u. Syph. 1898).
- r. 1898. — Nowa tuberkulina Kocha w leczeniu tocznia. (Przegl. Lek. 1898, i Wien. Med. Woch. 1898).
- r. 1899. — Histologie d. Xanthoma glycosuricum. (Monatsch. f. prakt. Dermat. 1899).
- Leczenie tocznia metodą Unny. (Przegl. Lek. 1899, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1900).
- r. 1900. — Inwieweit vermögen alle bisher angegeben spezif. Färbungen für Elastin auch Elacin zu färben. (praca nagrodzona. — Monatsch. f. prakt. Derm. 1900, T. 30).
- Cechy histologiczne wysypek kiłowych. (Przegl. Lek. 1900).
- r. 1901. — Porównanie histologicznych cech wysypek kiłowych ze zmianami klinicznymi do nich podobnymi. (Rozpr. Akad. Umiej. Krak. — praca nagrodzona w Paryżu).
- O postępującym rozlanym zaniku skóry. (Przegl. Lek. 1901, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1901).
- r. 1902. — Przewlekłe zakażenie skóry paciorkowcem. (Przegl. Lek. 1902, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1903, T. 36).
- O nerwowłókniakach skóry (neurofibromatosis). (Przegl. Lek. 1902, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1903).
- r. 1903. — Pappenheim — Unnas Protoplasmfärbung für Gonokokkenfärbung. (Monatsch. f. prakt. Derm. 1903).
- O mnogich mięsakach skóry. (Przegl. Lek. 1903, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1904, T. 38).
- Artykuł: Elastin dla „Enzyklopädie der mikroskopischen Technik”. (Przeróbki tego artykułu w wydaniu 1910 i 1925 r.).
- r. 1905. — Przyczynek do roli paciorkowca w wywoływaniu zmian w skórze. (Przegl. Lek. 1905, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1905, T. 41).
- O mięśniakach skóry (myomata). Przegl. Lek. 1905, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1906, T. 42).
- Histologia twardziny skóry (scleroderma). Przegl. Lek. 1905, i Monatsch. f. prakt. Dermatologie 1906.
- Spirochaete pallida w zmianach kiłowych (z Prof. Siedleckim). Przegl. Lek. 1905, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1905.
- O stosunku rozwoju krętka bladego do okresów kiły. (Przegl. Lek. 1905, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1906).
- r. 1906. — Budowa i rozwój spiroch. pallidae. (z Prof. Siedleckim) Rozpr. Akad. Umiej. Krak. 1906, i Revue pratique d. mal. cut. et syphil. 1906.
- Grzyby chorobotwórcze włosów. (Favus, trichophyton, microsporon). Przegl. chor. skór. i wener. 1906.
- O gruczolaku łojowym. (Przegl. chor. skór. i wener. 1906, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1906).
- r. 1906-1909 Szereg artykułów dla „Realenzyklopädie”: Argyrie, Blastomycose, Dyshidrosis, Ephelides, Erythrasma, Erythema, Erythrodermia, Creeping disease, Granulosis rubra nasi, Haarkrankheiten, Hypertrichosis, Leptus autumnalis.
- r. 1907. — Botryomycose. (Monatsch. f. prakt. Dermat. 1907).
- r. 1908. — Pathologie u. Therapie d. Röntgenulcus. (Röntgenkalender 1908 — nakł. O. Nemnich. — Lipsk).
- Badania doświadczalne nad kiłą — Morfologia krętka bladego. (z prof. Siedleckim). Rozpr. Akad. Umiej. Krak. (przedrukowane w podręczniku Balzera w Paryżu). 1908.
- Das Verhalten d. Spiroch. pall. in. syphil. Erscheinungen u. die experimentelle Syphilis. (z Prof. Siedleckim). Monatsch. f. prakt. Derm. 1908, T. 46.
- r. 1909. — O bliznowcach skóry. (Przegl. chor. skór. i wener. 1909, i Monatsh. f. prakt. Derm. 1909).
- r. 1910 — O komórkach plazmatycznych. (Przegl. chor. skór. i wener. 1910).
- r. 1910-1911- Artykuły dla „Enzyklopädische Jahrbücher”: Pyodermitis, Plasmazellen.
- r. 1911. — Działanie arsenobenzolu w kile. (z Prof. Reissem). Przegl. Lek. 1911, i Wien. klin. Woch. 1911.
- O wlewaniach śródżylnych Salwarsanu. (z Drem Weberem). Przegl. chor. skór. i wener. 1911 i Monatsch. f. prakt. Derm. 1911.
- O ropnych zapaleniach skóry. (Nowiny Lek. 1911, zesz. 7).
- r. 1911. — Obraz histologiczny zmian w naciekach kiłowych po wstrzykiwaniach salwarsanu. (Przegl. chor. skór. i wener. 1911, i Arch. f. Derm. u. Syph. 1911).
- Die Gestalt d. Plasmome bei Ulcus molle u. syphil. Initialsklerose. (Derm. Stud. 20).
- r. 1912. — Histologia pokrzywki guzowatej trwałej. (Przegl. chor. skór. i wener. 1912, i Monatsch. f. prakt. Derm. 1912).
- r. 1914. — Znaczenie zboczeń w przemianie materji w dermatologii. (Przegl. chor. skór. i wener. 1914).
- Grzyby chorobotwórcze skóry głowy owłosionej. (Nowiny Lek. 1914, zesz. 8).
- Histologia rogowca wrodzonego skóry. (Przegl. chor. skór. i wener. 1914).
- r. 1915. — Zur Frage der Vorbeugung d. wener. Erkrankungen in der Armee. (Militärarzt 1915. Nr. 6).
- Die dermatologischen Erfahrungen im Kriege. (Wien. Med. Woch. 1915, Nr. 28).
- Krótki zarys współczesnego leczenia kiły. (Przegl. Lek. 1915).
- r. 1916. — Prof. Reiss. (nekrolog). (Przegl. Lek. 1916, i Arch. f. Derm. u. Syph. 1916)
- O chorobach wenerycznych, (wykład popularny dla mężczyzn). 1916.
- r. 1917. — Przypadek pityriasis lichenoides chronica (parapsoriasis). (Przegl. chor. skór. i wener. 1917, i Arch. f. Derm. u. Syph. 1918).
- r. 1918. — Leczenie radem w dermatologii. (Przegl. chor. skór. i wener. 1918, i Derm. Woch. 1918).
- r. 1921. — Uwagi o schorzeniach pęcherzowych skóry. (Rozp. Akad. Nauk. Lek. 1921, T. I. Bull. de l'Acad. Sc. Med.).
- Przypadek granuloma fungoides. (Przegl. dermat. 1919—1920, Nr. 3 — 4, i Arch. f. Derm. u. Syph. 1921. Bd. 131).
- r. 1922. — Rola skóry w ustroju. (Polska Gaz. Lek. 1922).
- r. 1923. — Rozwój metod badań w dermatologii. (Przegl. Dermat. 1923, Nr 2—3).
- Zakażenia ropne skóry. (Podręcznik chor. zakaźnych, 1923, z. 8.).
- Grzybica naskórka. (Podr. chor. zakaźn. 1923, zesz. 8.).
- r. 1924. — Przyczyny chorób skórnych i ich układ na podstawie etjologii. (Przegl. dermat. 1924, Nr. 3, — Ann. de dermat. et Syph. 1926, T. VII. Nr. 1. i Wien. Med. Woch. 1924, Nr. 52.).
- r. 1925. — Grzybica strzygąca na głowie owłosionej u doro-

- słych. (z D-rem W. Borkowskim). Przegl. dermat. 1925, Nr. 1. i Ann. de Derm. et Syph. 1925. T. VII, Nr. 10.
- Anatomja skóry. (W podręczniku Anatomji B o c h e n k a). T. IV. wyd. Akad. Umiej. Kraków, 1925.
- r. 1926. — Etiologia i patogeniza chorób skórnych. Warszawa, 1926. (nakładem autora).
- W sprawie roli skóry w ustroju. (Ginekologia Polska, 1926, Nr. 46.).
- W sprawie wyprysku (eczema). Revue franc. de dermat. 1926. — Przegl. dermat. 1927, Nr. 1. — Medycinski Pregled 1926, Nr. 7. (po serbsku). Urologic. Journal 1927.
- r. 1927. — W sprawie choroby Duhringa. (z D-rem M. Grzybowski). Przegl. dermat. 1927, Nr. 4. i Arch. f. Derm. u Syph. 1927.
- Gruźlica skóry (wykład dla lekarzy). „Gruźlica” — wydanie zbiorowe 1927.
- r. 1928. — Choroby skóry (podręcznik wydany z zasiłku wydz. nauki Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. — 1928).
- r. 1929. — W sprawie zmian wypryskowatych na tle zakażenia mikrobami ropnemi. (Przegl. Dermat. Nr 1929 i Acta Dermat. Vol. X).
- Metody nauczania w dermatologii (I zjazd Związku Dermatologów Słowiańskich w Warszawie w r. 1929).
- r. 1930. — Referat w sprawie wyprysku (VIII-e Congres internat. de dermatologie et de syphiligraphie — Copenhagen, 1930).
- r. 1931. — Rozdział z patologii chorób skóry. (Miscellanea dermatologa Fr Samberger sexagenario ab amicis et discipulis oblato, Praga — 1931).
- Rola paciorkowca w wywoływaniu zmian w skórze. (Przegl. Derm. 1931, Nr. 2 i Bull. de l'Acad. Polon. des Scienc. 1931).
- Drugie wydanie podręcznika chorób skóry (w opracowaniu z Doc. M. Grzybowski) — w druku.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

W sprawie patogenyzy i terapij hipertonyj czyli nadciśnienia tętniczego.¹⁾

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

(Dokończenie—patrz. Nr 44).

7) Stosunek hipertonyj esencjonalnej do toksycznej jest jasno określony klinicznie jedynie w postaciach czystych, o wiele mniej w postaciach mieszanych, przejściowych, pogranicznych. W postaci toksycznej są naczynia bardziej hipertensyjne, twarde, wąskie, na siatkówce podłużne bez zakrętów korkociągowych hipertonyj esencjonalnej, a cierpi przy niej zarówno obręb tętnicy, jak żyły.

Czy bladeść angiospastyczna twarzy, przerost hipertoniczny obu komór serca i względny spokój psychiczny pacjentów okaza się, jak sądzi szkoła wiedeńska, miarodajne w rozpoznaniu odmiany toksyczno-infekcyjnej, należy wątpić, jeszcze mniej nadają się w dagnostyce różniczkowej zachorowania nerek i mózgu, wspólne obu odmianom. Decydują w tych razach najwięcej etiologia i wywiad ścisły, znacznie mniej anatomja patologiczna, która według Herxheimera stwierdza zajęcie arterjoli nie wszystkich, lecz wyłącznie nerek, nie zaś praearterjoli, jak sądzili Volhardt i Koch. Prawdopodobnie początkowe funkcjonalne zwiększenie arterjoli z czasem daje zmiany morfologiczne, stabilizujące już hipertonię.

Tyle co do fizjopatologii i patogenyzy różnych odmian hipertonyj, jak widzimy, dotąd niezupełnie wyświetlonych. Dezorientacja nie mniej panuje wśród lekarzy-praktyków w sprawie profilaktyki nadciśnienia ustrojowego.

¹⁾ Odczyt wygłoszony w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczyp. Polsk. d. 27 Października 1931.

8) Jeśli profilaktyka polegać ma na zapobieganiu, to wobec niezaprzeczonego faktu, że niema i nie może być środka na stałe zmniejszenie stałej hipertonyj, zapytać wypada: czy wolno lekarzom wtajemniczać, a co jest gorsze, akcentować wobec pacjenta, zjawiającego się do nas z jakąś niewinną chwilową niedyspozycją, przypadkowo stwierdzone nadciśnienie lub zmiany w sercu, których hipertonię nie czuje, o których nic nie wie i które absolutnie mu nie szkodzą?

Istotny profilaktyk-lekarz weźmie pod uwagę, że rodziny hipertoniczne — jako pewien nierzadki typ — dożywają nieraz podeszłego wieku, że prognoza nie jest bynajmniej tak smutna, że rozszerzenie lewej komory i koncentryczny przerost mięśnia przebiegają bez niedomagań i niepostrzeżenia dla chorego, o ile lekarz bez potrzeby nie wtajemniczy i nie spowoduje „załamania się pacjenta”, jak się wyraża W e n c k e b a c h.

Statystyka katamnetyczna 100-u hipertoniców, według autorów kliniki tubingkiej, dowiodła, że przebieg był naogół pomyślny, że liczni z nich poprawili się świetnie i osiągnęli dawną zdolność do pracy, że u wielu wśród nich ciśnienie pozostało stacjonarne, nie szkodząc choremu.

„Ukrywanie choroby lub istoty hipertonyj utajonej jest konieczne — mówią we wnioskach swych autorzy tej pracy, — gdyż wzruszenia najbardziej potęgują hipertonię, drażniąc ośrodek ciśnienia”. Powiedziałbym, że, jak erytofob, dotknięty psychonewrozą naczynioruchową, rumieni się mocno w towarzystwie z obawy, że się rumienić może, tak samo lęk przed wzmożeniem ciśnienia krwi opanowuje tych przewrażliwionych pacjentów, naruszając mechanizm ośrodkowy, potęgując pobudliwość ośrodka ciśnieniowego, podnosząc parcie krwi.

9) Co powiedzieliśmy o zapobieganiu, dotyczy w nie mniejszej mierze terapij. Bezkrtycyzm szkodzi wiele i tutaj, o ile się lekarz trzyma ślepo

formułki, nie indywidualizuje i ma zbyt wielkie zaufanie do będącego en vogue modnego preparatu.

To też nie dziwię się, że P a l w 2 pracach swoich powiada, wynurzając swoje *credo*, niezupełnie zgodne ze skrajnym optymizmem naszych praktyków polipragmatyków: „Hipertonikowi przynosi się zazwyczaj panującymi obecnie metodami leczniczymi więcej szkody, niż korzyści... „Wartość chwilowej a pozornej poprawy bywa zbyt wysoko oszacowana, natomiast niedoceniona bywa szkoda następująca, późniejsza.“

Nie szkodzi wiedzieć i pamiętać, że zniżają wybitnie ciśnienie, rozszerzając naczynia: papaweryna i histamina, że podnoszą ciśnienie, działając na ośrodki wazokonstrykcyjne: digitalina, strychnina, kamfora i kofeina, zaś oddziałując na obwód naczyń: adrenalina i pituitryna o charakterze hormonowym.

Nie poruszam ulubionych dwóch metod leczniczych farmaceutycznych: sztucznego zniżania ciśnienia z jednej strony przez zadziaływanie porażające na kurczliwe elementy mięsne papaweryną, zaś z drugiej przez drażnienie wazodylatacyjnych nerwów solami azotynowymi. Nie dyskutuję też sprawy, co się zyskuje, gdy po godzinie wpływ tego środka na stałą hipertonię przemija. Ale pytam, co ma działać przy stałym nadciśnieniu *larga manu* faworyzowany obecnie i na każde zawołanie stosowany upust krwi jak np., nie przymierzając, za dobrych starych czasów Moliera wysmiewającego w klasycznych swych komediach terapię ówczesną polipragmatję, kiedy wyjątkowo który starzec, ale często i dziecię, przeżyło miesiąc bez puszczania krwi, bez ławatyw, bez ziół czyszczących i środków moczopędnych.

Rozumiem jako tako, co upust krwi działać może jako wentyl bezpieczeństwa w stanach ciężkich nagłych przełomów, ostrych angiospazmów, groźnych dla serca (zastój płuc) lub mózgu (ból głowy, drgawki) wskutek doraźnej hipertoni. Ale co i jak ma on działać, często stosowany zwyczajnie dla zniżenia stałej hipertoni lub dla następczego określenia normalnego parcia u danego osobnika, na to pytanie trudniej byłoby odpowiedzieć. Należy tylko sobie uświadomić: 1) że po pierwsze zabieg ten jest w tych razach wogóle zbyteczny, gdyż naczynia są nastawione na wyższe ciśnienie, umożliwiające dostateczne ukrwienie narządów wewnętrznych, 2) że doraźnie zniżone parcie szybko się kompensuje i wyrównywa, czyli że ta sztuczna gra z hipertonią nie jest bynajmniej rękoczynem obojętnym, narażając chorego na ostry podskok ciśnienia i 3) że wreszcie wielokrotne upusty z czasem odmawiają działania.

10) Zaliczanie nadciśnienia samoistnego jako osobnej jednostki chorobowej do grupy skaz ma nie tylko znaczenie teoretyczne, ale też i praktyczne (Dumas), ponieważ wtedy przestaje się zwracać główną uwagę leczniczą na zmianę w ciśnieniu, które jest tylko jednym z wczesnych, lub na zmianę w nerkach, która jest jednym z późnych objawów choroby. Zależnie od stadium, postaci i przypadku chorobowego będzie się stosować obok środków farmakologicznych, hormonalnych i ciągłych krwioupustów, chwilowo zniżających hipertonię, liczne metody higieniczne, dietetyczne, kąpielowe, klimatyczne i t. p.

Należy przeto mniej energicznie walczyć z usposobieniem samem do stałej hipertoni, z którym bezcelowa jest walka, jak np. ciągła walka z konstytucjonalną otyłością lub wrodzoną chudością. Raczej walczyć należy z nagłymi podskokami ciśnienia, które się klinicznie manifestują przede wszystkim bólem miejscowym, wazalgią w obrębie naczyn obwodu, aorty, serca, głowy, brzucha (zwłaszcza ogromnego obszaru naczyń brzusznotrzewnych).

„W sprawie terapii — powiada P a l — należy przede wszystkim w miarę możliwości nie mówić nic pacjentowi o jego hipertoni, gdyż subiektywnie czuje się on dopiero wtedy chorym, gdy zaczyna przemyślać nad istotą i możliwymi skutkami nadciśnienia. Do niezwykłego mnożenia się ciężkiej hipertoni przyczynia się w znacznej mierze okoliczność spopularyzowania w praktyce prywatnej metody tonometrycznej. Otrzymane aparatem liczby są to wszak wartości względne i w każdym poszczególnym przypadku należy dopiero ustalić, czy liczba ta wogóle — o ile nie jest nadmiernie wysoka, — świadczy o objawie patologicznym“.

Cytuję dosłownie to całe zdanie z ostatniej pracy P a l a, gdyż wyraża zupełnie myśl, przeze mnie przed kilku laty propagowaną.

Wzmożenie ciśnienia o całe 25 do 50 mm. spotykano u nerwowców przed zastrzyknięciem nowego środka, przed hipnotyzacją, przy nakładaniu manżetki tonometrycznej. Nawet sama myśl o ciężkim wysiłku fizycznym, zasuggestjonowana we śnie hipnotycznym, podnosi ciśnienie o 30 mm. Hg.

Ciekawa jest stara panna Januszkęgo, którą leczono lata całe bezskutecznie na hipertonię, wynoszącą 220. Atoli okazało się, że stale 1-e mierzenie dawało 220, 2-e — 210, 3-e — 190 i dopiero 4-e ujawniło stałe 170, które były normą tej osoby wieku podeszłego. Dopiero zmiana antyhipertonicznej terapii dała wyniki dodatnie.

U nerwowców przeto należy mierzyć kilkakrotnie ciśnienie krwi, jak się mierzy kilkakrotnie na jednym posiedzeniu częstość tętna.

Radzą przeto wszyscy doświadczeni klinicyści obok pospolitej psychoterapii, działającej na ośrodkowy aparat naczynioruchowy o wiele energiczniej od licznych medykamentów kojących, uspakajających i usypiających, przede wszystkim zastosowanie higienicznego odpoczynku. Przy odpoczynku zupełnym z usuwaniem od ogniska domowego oraz izolowaniem od otoczenia i jego warunków codziennych udaje się określić bez trudu indywidualne ciśnienie, ku normie dążące, udaje się osiągnąć rychłą zniżkę spontaniczną a stałą o 50, a nawet 100 mm. rtęci. Przyczyną wypada, że w życiu powszednim o wiele trudniejszą rzeczą jest w domu unikanie nadmiaru wzruszeń i afektów, drażniących ośrodki wazomotoryjne, niż unikanie nadmiaru wysiłków, pokarmów, płynów.

Zwolennik częstych upustów krwi, może sobie pozwolić co kwartał na upust 300 cmt. zawsze jednak w przekonaniu, że raczej usuwa przypadkowe trujące substancje krwi, działające naczynioskurczowo lub uczulające naczynia na wpływ fizjologicznej adrenaliny. Niektórzy zachwalają bezkrwawe, często powtarzane mocne bandażowanie kończyn dolnych, inni systematyczną

gimnastykę oddechową, które o wiele lepiej i pewniej zniżają ciśnienie.

Djeta zwykła, ale lekka i małosolna z wskazanym tu i owdzie dniem mlecznym, owocowo-jarzynowym, postnym wytarcza naogół.

Gdy poprawa się ustaliła, można wrócić do pracy, kombinując mniej ściśle leczenie z cotygodniowym week-endem dwudniowym w spokojnym, niezbyt ruchliwym podmiejskim pensjonacie lub sanatorium bez dancingu i kart, bez alkoholów i kaw czarnych, bez przekarmiania antydjetetycznego.

O wiele trudniej nam znaleźć złoty środek w terapii farmakologicznej, zawojowanej od góry do dołu przez niepowołane, nie zawsze bezinteresowne ręce fabrykantów. Niewątpliwie grzeszymy w tej dziedzinie hiperprodukcją i narażamy się słusznie na ciężki zarzut stronnictwości lub co najmniej bezkrytycyzmu. Wszak nie mniejszej miary lekarz, jak Bleuler, wypowiedział niedawno druzgocący sąd, zaaprobowany apodyktycznie przez niemniej krytycznego lekarza Bromkego: „Die hier empfohlenen chemischen Heilmittel sind Humbug”.

Musimy stosować w klinice niekoniecznie najnowsze i najdroższe, lecz najdłużej i najsumienniejsze wypróbowane środki farmaceutyczne, wypróbowane nie tylko na kotach i szczurach, ale i na ludziach.

Małe dawki bromu (1 grm), chloralu (0,25), piramidonu (0,05) i luminalu (0,03) na noc lub w ciągu dnia uspakajają hipertonię, zwłaszcza klimatyczną i odpowiadają postulatowi racjonalnej terapii według szkoły Palao wiele więcej od ogromnej mocy produkowanych i reklamowanych ostatnio, często bezwartościowych soli wapniowych i hormonowych wyciągów organicznych, zwłaszcza z gruczołów rozrodczych obu płci, należących do grupy chemicznej aminoproteinopochodnych.

W świeższych przypadkach króluje jeszcze papaweryna z diuretyną, w daleko posuniętych tu i owdzie proteino-terapia, w ostrych przypadkach angiospastyknych, czyli w napadowym nadciśnieniu acetylcholina i johimbina, azotyny i atropina.

Atropinę, względnie mniej toksyczną nowatropinę chętnie wiążą wiedeńscy lekarze z papaweryną w postaci tropariny w ampułkach, zawierających 0,04 papaweryny i 0,0015 nowatropiny, mniej chętnie łączą w *status anginosus* atropinę z pochodniami morfiny lub makowca. Z azotynów jeszcze najbardziej w nagłych przypadkach działa wdychanie 3 do 5 kropel *amylum nitrosum* lub wprowadzenie kilku kropel 1 proc. roztworu alko-

holowego nitrogliceryny, wsysanych przez błonę śluzową jamy ustnej. Gorący okład na serce i ciepła kąpiel nożna lub ręczna zniżają również poważnie i momentalnie ostry podskok ciśnienia.

W zakończeniu słówko jedno *pro domo mea*, odpowiedź na trzy zarzuty.

Po uwagach powyższych, które mi nasunęły koncepcje i doświadczenie własne oraz dane z piśmiennictwa terapeutycznego, zwłaszcza niemieckiego, z ostatnich lat kilku (Pal, Kylin, Volhard, Hülse, Gugenheimer, Fischer, Jagić, Spengler i inni), sądzę, że wbrew zdaniu wypowiedzianemu przez jednego z recenzentów mojej pracy z r. 1927 „Lekarz a leczenie (*Hypochondria iatrogenetica*)”, który mi zarzuca zbyt arbitralne stanowisko w dziedzinie hipertoni i jej hipochondrii, byłem upoważniony do twierdzenia ogólnikowego:

1) w sprawie patogenezy, że hipertonia nie jest diagnozą, lecz objawem poszczególnym, nie przesądzającym bynajmniej tła, podłoża, etiologii, jest raczej rozpoznaniem czynnościowym, patofizjologicznym,

2) w sprawie terapii, „że czasem jedna spokojnie przespana noc, odpoczynek dwudniowy w łóżku, kilkodniowa dieta mleczno-owocowa lub małowodna usuwa hipertonię”.

Co do zarzutu, zrobionego mi w jednej z ocen, iż poświęcając dużo miejsca hipertoni, nie wzmiankowałem ani słowem o hipotonii, to jest on nie uzasadniony choćby z tego względu, że poruszyłem jeno te choroby i zespoły nozograficzne, przy których lekarz często działa, wywołując depresję. Do nich na szczęście nie należy jeszcze dziś podciśnienie tętnicze, jako o wiele rzadsze, mniej głośnie i popularne, a przez to wyjątkowo alarmujące bezkrytyczny ogół pacjentów.

Co zaś do kwestionowanej przez innego referenta nazwy „*iatrogenetica*” (lekarzopochodna), to ona — zdaniem moim — stanowi filologicznie zupełnie poprawne przystosowanie *ad hoc* z grecka stworzonego przymiotnika „*iatrogen*” do starego rzeczownika, również greckiego „*hypochondria*”, zdobiącego już dzieła ojca Hippokratesa.

Ostatnio ucieszyło mnie wielce, gdy spotkałem w tych dniach u Bumkego, najpopularniejszego psychiatry doby ostatniej, w nowej „Psychiatrii” jego wyrażenie „*iatrogene Hypochondrisierung*”, może z niemieckiego przekładu ode mnie wzięte określenie, oznaczające dosłownie: hipochondryzowanie pacjentów przez lekarza.

Ja osobiście święcie wierzę nie mniej w hipochondrogenicznych artystów — lekarzy, jak wierzę w fotogeniczne artystki kinowe.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddz. VI szpitala na Czystem.

(Ordynator: Józef Luxenburg).

O udziale mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu duru brzuszego.

Podał

Jakób PENSON (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 44).

Analiza opisanych przypadków nasuwa pewne rozważania.

Powikłania oponowo-mózgowe duru brzuszego spotykamy przeważnie u dzieci (Tabl. II). Zgadza się to ze spostrzeżeniami Erlichówny oraz Nobécourta i Voisina, którzy na 1826 chorych tyfusowych obserwowali 33 przypadki powikłań ze strony układu nerwowego wyłącznie u dzieci.

Częsty udział mózgu i opon w przebiegu chorób infekcyjnych w wieku dziecięcym jest zjawiskiem znanym, zależnym prawdopodobnie od zwiększonej prze-

puszczalności barjery ośrodkowej nerwowej ustroju dziecięcego dla toksyn i bakterij. Badania doświadczalne Z a n d o w e j na zwierzętach wykazały, że rolę wału ochronnego między krwią a układem nerwowym pełni układ siateczkowo - śródbłonkowy opon miękkich.

Podkreślić należy, że we wszystkich podanych przez nas przypadkach duru, dotyczących dzieci do lat 15 (sześć obserwacji), na początku dominowały objawy zajęcia mózgu i opon do tego stopnia, iż chorych tych kierowano nawet na oddział neurologiczny (przyp. 3 i 4), i dopiero dalsze badania wyjaśniały naturę schorzenia.

Zastanawiającem jest, że przez cały czas trwania choroby, niekiedy bardzo ciężko przebiegającej (przyp. 2, 5 i 7), nawet w przypadku o zejściu śmiertelnym (przyp. 6), nie notowaliśmy wyraźnych objawów jelitowych w postaci bolesności brzucha, stolców grochówkowanych, krwotoków jelitowych lub zapalenia otrzewny. W jedynym przypadku u osoby dorosłej sprawy oponowe rozwinęły się w przebiegu duru brzusznego o typowych objawach jelitowych.

Interesujący jest stosunek odczynu W i d a l a we krwi do tegoż odczynu w pł. m. rdz. Stwierdziliśmy, mianowicie, że odczyn W i d a l a we krwi może być dodatni, podczas gdy równoczesne badanie pł. m. rdz. daje wynik ujemny (obserwacja 1, 2, 6). Fakt ten tłumaczymy sobie tem, że opony, stanowiące barjerę dla toksyn i bakterij, nie przepuszczają również aglutynin z krwi do pł. m. rdz.

W i d a l i S i c a r d zastrzykiwali podskórnie kultury tyfusu zwierzętom i nie znajdowali aglutynin w pł. m. rdz. Badania G e r t n e r a wykazały, że u chorych na tyfus, u których aglutynacja we krwi występuje przy rozcieńczeniu 1 : 1000, nie udaje się wykazać aglutynin w płynie m. rdz.; w tych natomiast przypadkach, gdy aglutynację we krwi obserwował przy rozcieńczeniu 1 : 6000, stwierdzał obecność tych ciał w pł. m. rdz. Na zasadzie opisu przypadku 7-go wnioskować należy, że niezawsze obecność aglutynin w pł. m. rdz. wiąże się ze stopniem rozcieńczenia surowicy, przy którym próba W i d a l a wypadła jeszcze dodatnio. Obserwowaliśmy bowiem aglutyniny w pł. m. rdz. przy próbie W i d a l a we krwi 1 : 500.

Wobec tego, że we wspomnianym przypadku pł. m. rdz. zawierał prątki E b e r t h a, nasuwa się przypuszczenie, że aglutyniny nie dostały się do układu nerwowego drogą krwi, lecz powstały w samym pł. m. rdz. wskutek obecności w nim bakterij. Uogólnić tego przypuszczenia na podstawie jednego przypadku, rzecz prosta, nie można.

W ten sam sposób, t. j. powstawaniem przeciwciał „*in situ*”, tłumaczy Z a n d o w a fakt istnienia antyciał kiłowych w płynie m. rdz. przy braku ich we krwi.

W 6 obserwowanych przez nas przypadkach, pomimo ciężkich klinicznych objawów ze strony mózgu i opon (zwłaszcza obserwacje 2, 5, 6), badanie pł. m. rdz. wykazało jedynie niewielkie odstępstwa od normy, mianowicie, wysokie ciśnienie i — w przypadku szóstym — nieznaczna pleocytozę (5 limfocytów). Posiewy z płynu wypadły ujemnie.

Według dotychczasowego podziału przypadki powyższe należałoby określić jako *meningismus*; wydaje nam się jednak, że termin ten jest niewystarczający dla przypadków, które dają ciężkie objawy ze strony mózgu, zwłaszcza, gdy przez cały czas choroby

one właśnie dominują nad obrazem klinicznym. Należałoby dopatrywać się tu raczej zmian w samym mózgu (*encephalitis*), przyjmując odczyn oponowy jako wtórny.

Różni autorzy oddawna już starali się znaleźć anatomo-patologiczną podstawę dla ogólnych objawów mózgowych, zwłaszcza dla zaburzeń świadomości, tak częstych w przebiegu duru brzusznego.

F r a e n k e l, badając mózgi sześciu tyfuszowych, którzy za życia okazywali nieznaczne objawy kliniczne zajęcia mózgu, znalazł nacieki zapalne w oponach i wokół tętniczek mózgowych.

W miarę doskonalenia metod badania histologicznego coraz częściej zjawiają się liczne opisy rozsiażanych zmian mózgowych w przebiegu duru brzusznego. P o p o f f, F r a e n k e l, M i l l e r, W o h l w i l l, S p i e l m a y e r opisują rozległe zmiany w mózgu, w oponach, rdzeniu i mózdzku. Autorzy ci podają, że przeważnie istnieje równoległość między ciężkością klinicznych objawów nerwowych i rozległością zmian anatomo-patologicznych w mózgu.

W przebiegu zapalenia opon m. rdz., niezależnie od patogenyzy, rozróżniamy klinicznie dwie grupy objawów: pierwsza — ze strony mózgu — w postaci zamroczenia świadomości, omamów, drgawek, porażenia nerwów czaszkowych i t. p.; druga — ze strony opon — której wyrazem są zmiany w pł. m. rdz., polegające na zwiększeniu ciśnienia, pleocytozie, wzmożeniu ilości białka i obecności bakterij. W ten sposób każdemu „*meningitis*” towarzyszy „*encephalitis*” słabiej lub silniej wyrażone.

Za przykład takiego „*meningo - encephalitis*” pochodzenia durowego może służyć nasza obserwacja 7-a, gdzie mieliśmy do czynienia z ciężkimi objawami mózgowymi w postaci zamroczenia, trwającego przez czas dłuższy, porażenia nerwów czaszkowych, sztywności karku i mięśni całego ciała. Obok tego występował wyraźny zespół oponowy ze zmianami cytoologicznymi w płynie; z przezroczystego płynu m. rdz. wyhodowano prątki E b e r t h a.

Przypadek ten poucza, że w przeciwieństwie do poglądu szeregu autorów (A d e n o t, H i n t z e, S t ü h l e n i inni) bakterje duru mogą znajdować się w pł. m. rdz., nieposiadającym charakteru wybitnie ropnego.

Opisane przypadki i bliższe ich rozpatrzenie prowadzi do wniosku, że przy rozróżnianiu powikłań oponowo-mózgowych w przebiegu duru brzusznego należy uwzględniać obok właściwości pł. m. rdz. i objawy kliniczne; sam bowiem obraz płynu, jak już zaznaczyliśmy wyżej, nie może służyć jako kryterjum do podziału tych powikłań.

W jednych przypadkach przeważają objawy mózgowe, przyczem wtórnie występować może nieznaczne podrażnienie opon, nie dające jednak wybitnych zmian w pł. m. rdz. Niekiedy obok objawów mózgowych występuje zespół oponowy z wyraźnymi zmianami w płynie (pleocytoza, zwiększenie zawartości białka, obecność bakterij).

Powikłania durowe układu ośrodkowego nerwowego możnaby więc określić jako „*encephalitis*” i „*meningo-encephalitis typhosa*”.

Wnioski ogólne.

1) W obserwowanych przez nas (okres od 1926 r. do 1930 r.) przypadkach duru brzusznego powikłania

oponowo-mózgowe występowały przeważnie u dzieci do lat 15, przyczem choroba rozpoczynała się od objawów ze strony układu nerwowego ośrodkowego.

2) W spostrzeganych przez nas 6-iu przypadkach duru u dzieci, powikłanego zajęciem opon i mózgu, nie stwierdzano klinicznych objawów jelitowych.

3) Obecność laseczników Ebert'a w pł. m. rdz. niezawsze połączona jest z ropnym charakterem płynu. (przyp. 7).

4) Powikłania układu nerwowego ośrodkowego w przebiegu duru brzuszego przybierają często wyrażną postać „encephalitis” i „meningo-encephalitis”.

PIŚMIENICTWO.

1. M. Erlichówna. Objawy oponowe w przebiegu duru brzuszego — Ks. Pamiątkowa rekt. J. Brudzińskiego. 2. E. Flatau. Badania doświadczalne nad przepuszczalnością ośrodkowej bariery nerwowej. Warsz. Czas. Lek. Nr. 5 — 1926. 3. M. Godlewski. O meningizmie. Przegląd Lekarski N. N. 2, 4 — 1913. 4. I. Kortczyński. Meningitis typhosa W. Klin. Woch. N. 49 — 1914. 5. R. Lavenson. Typhoid meningitis without other lesions — Amer.

Journ. of the Med. Sc. T. 2 — 1908. 6. Meyerhof. Meningotyphus. Berl. Kl. Woch. Nr. 6. — 1920. 7. Merklen, Gautier. Meningite aigue éberthienne à forme purulente — Bull. de la Soc. Med. 1916. 8. H. Miller. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde T 66 — 1920. 9. Nobécourt. Voisin. Fièvre typhoïde des nourrissons. Revue de maladies de l'enfance N. 1 — 1903. 10. H. Norma, R. Rosenberger. Purulente cerebro spinal meningitis caused by the typhoid bacillus without the usual intest. lesions — Amer. Journ. T. 2 — 1908. 11. Oelsnitz, Bourcart. Meningite éberthienne. Bull. de la Soc. Med. de Hôp. de Paris — 1925. 12. A. Oszaeki, M. Rose. O t. zw. meningizmie. Polska Gaz. Lek. N. 20 — 1923. 13. S. Stäubli. Deutsch. Arch. für Klin. Med. T. 82 — 1905. 14. A. Schweisgut. Zur Kenntnis der Meningitis typhosa, Klin. Woch. N. 5 — 1927. 15. A. Shütze. Ueber den Nachweis Ebert'scher Bacillen bei Typhus Abdominalis — Berl. Klin. Woch. N. 47 — 1905. 16. F. Wohllwill. Virchow's Archiv T. 237 — 1922. 17. Widai, Lemierre, Abami. Fievre typhoïde. Nouveau Traité de Med. T. III — 1921. 18. N. Zandowa. a) Splot naczyniasty. Warszawa 1928. b) Badania doświadczalne nad przepuszczalnością opon w stanie zapalnym.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Ankieta prof. vanden Veldena w sprawie leczenia zaburzeń krążenia za pomocą preparatów hormonalnych krążenia. (D. m. W. 1931. Nr. 15, 16, 17).

Podał

St. LUXENBURG (Warszawa).

Rozpowszechnione ostatnio leczenie chorób serca i krążenia za pomocą preparatów hormonalnych zawiera, być może, pożądane ziarno prawdy, które jednak, przez nieodpowiednie stosowanie preparatów i ich złą ocenę, może ująć naszej uwagi. Ze względu na konieczność ustalenia wytycznych dla stosowania tych środków przez lekarzy praktyków oraz pewne doświadczenie zdobyte już co do niektórych preparatów, wydaje się uzasadnionem przeprowadzenie w tym celu ankiety. Większego jeszcze znaczenia nabiera ankieta dlatego, że coraz częściej się słyszy, iż wypróbowane i ustalone od lat całych sposoby leczenia zaburzeń w krążeniu krwi: farmakologiczno-fizyczne - dietetyczne, są zapomniane i lekceważone, zwłaszcza przez lekarzy młodszych na korzyść terapii hormonalnej. Z drugiej zaś strony są lekarze, odmawiający skutecznego działania tym środkom.

Schoettmüller (Hamburg) nie widział ani jednego przypadku, w którymby mógł stwierdzić niewątpliwie dodatni wpływ tego rodzaju leczenia, co można jednak tłumaczyć zmiennym obrazem klinicznym i niemożnością stosowania terapii hormonalnej przez cały czas.

Rys historyczny leczenia hormonalnego podaje Veil (Jena). Dopiero z chwilą stwierdzenia, że wyciągi z mięśni szkieletowych mają te same własności, co i wyciągi z serca, umożliwione zostało stosowanie tego leczenia na szeroką skalę. W Belgji, Francji, Austrii i Niemczech rozpoczęto badania nad:

Hormocardiolem, Eutononem, wyciągiem z wątroby, Myolem, obecnie Myostonem, wyciągiem z mięśni, Kalikreina (Padutin), wyciągiem trzustkowym, angioksylem, także preparatem trzustkowym.

Stapp (Wrocław). Spostrzeżenia z hormocardiolem, podawanym 3 razy dziennie po 20—50 kropeł, wykazały brak jakiegokolwiek wpływu na częstość uderzeń serca, jego rytm i formę elektrokardjogramu. Jednoczesne podawanie naparstnicy wykazało, że nie jest ona wzmocniona w swem działaniu przez preparaty hormonalne.

Staub (Getynga). Od lat 5 stosuje się preparaty hormonalne Haberlandta, i, o ile początkowo przypisywano im pewne działanie, uzależnione od zawartości choliny, to obecnie czyste wyciągi nie posiadają żadnego wpływu pomimo stałego zwiększania dawki.

Schittenhelm (Kilonja). Wartość poszczególnych preparatów jest bardzo różna, zależy zaś to od niedostatecznego ich oczyszczenia. Teoria hormonalna tych środków nie odpowiada z całą pewnością istocie rzeczy. W wyciągach mięśniowych czynną substancją jest kwas adenomo-fosforowy, w innych nienasycone kwasy aminowe. Preparaty z wyciągów mięśniowych wykazują działanie na naczynia wieńcowe serca, pewne działanie na tętnice obwodowe i naczynia włosowate. Z preparatów, znajdujących się w handlu, nadaje się do stosowania jedynie Lacarnol, w którego skład wchodzi głównie kwas adenomo-fosforowy. Skład innych preparatów nie jest dokładnie znany.

Thannhauser (Freiburg). Czynnikiem działającym w Lacarnolu jest kwas adenomo-fosforowy. Doświadczenia asystentów autora dowiodły, że kwas ten, otrzymany z drożdży, posiada takie same działanie, chociaż znacznie słabsze. Oddawna mamy już poszukiwania w kierunku ustalenia działania fizjologicznego pośrednich produktów przemiany materji,

i coraz mniej mówi się o „specyficzności” w działaniu hormonalnym.

M o r a w i t z (Lipsk). Wyciągi naczyniowe: Hormocardiol, Lacarnol, Eutonon, Kallikrein, nawet w bardzo małych ilościach 0,005 ccm. na 1 kg. wagi nie pozostają obojętne dla krążenia. Czas działania, nawet przy małych dawkach, wynosi około 20—30 min. Lacarnol jest preparatem z mięśni szkieletowych, działającym na krążenie krwi. Oprócz tego ma dodatnio wpływać na cały organizm. Stosuje się w postaci wstrzykiwań i doustnie. Lacarnol ma usuwać napady duszniczy bolesnej, względnie im zapobiegać, ułatwia przewodnictwo z przedsionków do komór, zmniejsza pobudzenie, doprowadzające do skróćców dodatkowych.

T h a n n h a u s e r (Freiburg). Podawano Lacarnol w dawce 2 razy dziennie 10 do 3 razy po 20 kropel. W przypadkach, gdzie stwierdzono zmiany organiczne naczyń wieńcowych serca, spostrzegano subiektywną poprawę dolegliwości duszniczy bolesnej, nie potwierdzoną jednak badaniami elektrokardiograficznymi.

S t a d l e r. Zmian wybitnych ani w jednym, ani też w drugim kierunku przy podawaniu Lacarnolu w 4 przypadkach nie widziano.

F l e i s c h m a n n (Berlin). W 25 przypadkach, głównie duszniczy bolesnej, w wyniku stosowania Lacarnolu wyraża zadowolenie z podawania tego preparatu. Obserwacje poczynione nie dają jednak podstaw do wypowiedzenia ostatecznego zdania.

R. v a n d e n V e l d e n. W 2 przypadkach, gdzie wszelkie inne środki zawiodły, uzyskano wybitną poprawę za pomocą Lacarnolu.

R o s e n h e l d (Horneg). Wybitnego działania Lacarnolu nie spostrzegano, a nawet w jednym przypadku wręcz pogorszenie obrazu chorobowego.

K ü l b s (Kolonja). W przypadkach niewydolności serca, duszniczy bolesnej, nadciśnienia widywano poprawę niektórych objawów subiektywnych, jednak niewiadomo, czy nie należy tego przypisać leczeniu spokojem i sugestji.

E d e n s E. (Düsseldorf). Należy zaprzeczyć wszelkim dodatnim wpływom Lacarnolu. Spostrzegano ujemne działanie uboczne, jak: uczucie gorąca, dreszcze, objawy podobne do wstrząsu.

S c h o t t (Solingen). Ciśnienie krwi, akcja serca nie ulegają poprawie. Lacarnol nie może zastąpić nitrogliceryny. Myoston jest wyciągiem z mięśni szkieletowych i zawiera w 1 ccm. 0,0025 kwasu adenomo-fosforowego.

K o h n (Berlin). Najlepsze jeszcze wyniki otrzymano przy stosowaniu myostonu, chociaż także niejednakowe. Wydaje się, że przy wstrzykiwaniach tego preparatu występowało niespecyficzne wzmożenie się czynności także i innych narządów. Myotrat jest reklamowany jako czysty skoncentrowany wyciąg mięśniowy o działaniu naczyniowym, zmniejszającym skłonność do napadów sercowych. Eutonon, otrzymywany z wątroby i mięśni, jest „hormonalnem *cardiacum*”. Ma on wpływać nie tylko na zaburzenia w krążeniu obwodowym, gdzie reguluje ciśnienie krwi w najlepszy sposób, ale także z pomyślnym skutkiem może być stosowany w osłabieniach mięśnia sercowego lżejszego stopnia i niemiarowościach. Wrażliwość mięśnia sercowego na naparstnicę wzrasta się.

Pomimo pomyślnych wyników, otrzymanych przy pierwszych wstrzyknięciach eutononu, w dalszym leczeniu niewydolności musiano się uciec do wypróbo-

wanych środków farmakologicznych. Padutin, poprzednio Kallikrein jest preparatem trzustkowym, otrzymanym z moczu i przez autorów, **F r e y a i K r a u t a**, uznanym, jako istotny hormon o rozszerzającym działaniu na naczynia, którego głównym zakresem stosowania są stany skurczowe naczyń.

E d e n s (Düsseldorf). Kallikreina, podawana *per os*, w przypadkach miażdżycy naczyń wieńcowych serca, może usunąć dolegliwości, nie nadaje się jednak do stosowania dożylnego.

S t a u b (Getynga). W niektórych przypadkach zaburzeń krążenia na skutek miażdżycy i duszniczy bolesnej widziano pewną poprawę subiektywną po kallikreinie.

K o h n (Berlin). W 5 przypadkach duszniczy bolesnej na 7 preparat Kallikrein zawiodł zupełnie. W innych, gdzie zastosowano ponad 100 wstrzykiwań, skutek, jaki osiągnięto, dałby się, zdaniem autora, uzyskać także dzięki sugestji. Angioksyl jest to preparat trzustki, pozbawiony insuliny, który ma działać głównie na obniżenie ciśnienia krwi. Szerzej był stosowany, oprócz Francji, także w Anglii.

M o r a w i t z (Lipsk). Spostrzeżenia kliniczne nie dają tak jednolitego obrazu, jak badania doświadczalne. W duszniczy bolesnej wysiłkowej widziano pomyślne skutki tego rodzaju leczenia, w duszniczy bolesnej w spokoju i zawale mięśnia sercowego — żadnych wyników. Zaburzenia mózgowe, jak bóle głowy, zawroty, jakoby miały ustępować po podaniu preparatów hormonalnych. W nadciśnieniu w okresie okwitania, łącznie z preparatami jajnikowymi, uzyskano zadziwiająco szybki spadek ciśnienia i poprawę objawów subiektywnych. W zgorzeli na tle miażdżycy — wyniki b. niepomyślne. W stanach skurczowych i bólowych na tle miażdżycy otrzymano b. różnorodne dobre wyniki. W cierpieniach organicznych serca i niewydolności krążenia widywano bardzo często wyraźne pogorszenie. Te uwagi i spostrzeżenia, zwłaszcza co do zaburzeń w krążeniu, stoją w sprzeczności z dobrymi wynikami, uzyskanymi przez innych klinicystów. Niepomyślnie wypowiedzieli się **E d e n s**, **S c h o t t**, **T i e m a n n** w sprawie wpływu lacarnolu i eutononu na miarowość akcji serca.

V e i l (Jena) jest zdania, że na zaburzenia rytmu serca pomyślnie wpływa leczenie preparatami hormonalnymi. Należy także podkreślić pomyślne wyniki stosowania tyroksyny w bloku sercowym i dużych dawkach hipofizyny w chorobie **B a s e d o w a**.

Szczególnie trudna do oceny jest sprawa wpływu tych preparatów na naparstnicę. Ze spostrzeżeń i doniesień wpływa wniosek, że tam, gdzie należy zastosować naparstnicę, nie może ona być zastąpiona przez żaden z tych środków. W zakresie niewydolności mięśnia sercowego naparstnica musi pozostać głównym środkiem leczniczym. Otwarta jest kwestja, w jakim stopniu wyciągi z mięśnia sercowego wpływają na wynik działania naparstnicy. **C z i k e** sprawdzał wpływ lacarnolu na objętość płuc i ustalił jego działanie jako podobne do działania *digitalis*. Po doświadczeniach na zwierzętach ciekawe jest przestudjowanie zachowania się ciśnienia u ludzi po środkach tej grupy. Na ogół panuje rozbieżność zdań, i, podczas gdy jedni nie widywali żadnych zmian, inni nieznacznie obniżenie się ciśnienia.

S c h l e s i n g e r (Wiedeń). W chromaniu przestankowym odróżniamy 2 formy: pierwsza — łagodna, długotrwała, która przy stosowaniu całego szeregu środków może być pomyślnie leczona, i dru-

ga — ciężka postać, doprowadzająca do zgorzeli. W 8 przypadkach drugiej grupy stosowano kallikreinę, i autor spostrzegł wzmoczenie się bólów i rozszerzenie procesu zgorzelinowego, tak, że konieczna była amputacja kończyny. Jedynie w 2 przypadkach widziano znaczną poprawę. Wobec powyższego kallikreina, w przypadkach groźnej, względnie zaczynającej się zgorzeli, może być stosowana tylko z największymi ostrożnościami. W postaci łagodnej nasilenie się bólów po pierwszym wstrzyknięciu jest wskazaniem do zaprzestania tego rodzaju leczenia. W chromaniu przestankowym podawano także lacarnol, który, zdaje się, zmniejszał wrażliwość nerwów zwięzających naczynia. Chód poprawiał się, ciepłota kończyn podczas chodzenia wyższa, niż przed podaniem tego środka, bóle jednak nie zawsze ustępowały. Lacarnol pomyślnie także wpływał na dusznicę bolesną przy doustnym podawaniu. Napady stawały się rzadsze i łżejsze. Chory ze stenokardją chętnie zażywał preparat i dobrze się czuł.

S c o t t (Solingen). W jednym przypadku u 22-letniej córki lekarza, dotkniętej chorobą *R a y n a u d a*, widziano b. dobry skutek przy codziennym stosowaniu kallikreiny. W 2 przypadkach stanów skurczowych u ludzi starszych kończyny stawały się cieplejsze, bóle jednak nie znikwały. W 3 przypadkach rozpoczynającej się zgorzeli zmian dodatnich nie zauważono.

M a g n u s - A l s l e b e n (Würzburg). Coraz częściej zjawiająca się dusznica bolesna daje rokowanie niepomyślne, które jednak w przypadkach wiadomych przyczyn, jak: otluszczenie, wysokie ustawienie przepony z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, nie jest takie złe. Dotychczas stosowane środki: nitrogliceryna, *natrium nitrosum* oraz nowszy preparat erythroltertranitrat działają zadawalająco. Z preparatów hormonalnych stosowano eutonon i kallikreinę w kilku ciężkich przypadkach, jednak istotnych korzyści z tego rodzaju leczenia nie zauważono. Kallikreina w jednym przypadku znacznie obniżyła ciśnienie krwi, pozatem chorzy uskarżali się na uczucie gorąca w rękach i nogach, co mogłoby wskazywać na rozszerzenie naczyń. Poważniejszych objawów ubocznych nie widziano. Najwięcej był stosowany lacarnol, i tu otrzymano istotnie mniej lub więcej pozytywne wyniki, różnie podawane przez różnych autorów.

S t e p p (Wrocław). W trzech przypadkach duszniczy bolesnej, pomimo stosowania 3 razy dziennie 20 do 50 kropli lacarnolu, nie otrzymano dobrych wyników. W tych przypadkach ból anginoidalny usuwała nitrogliceryna. W jednym przypadku próbowano bez skutku hormocardiol, kallikreinę, eutonon i lacarnol. Z 12 przypadków w 2 lacarnol w ciężkiej dusznicy bolesnej dał wynik pod względem leczniczym b. pomyślny. O ile lacarnol daje jeszcze czasami polepszenie sprawy chorobowej, o tyle kallikreina jest bez skutku. Szczegółowego omówienia wymagają podnoszone z różnych stron objawy uboczne, występujące przy leczeniu temi preparatami. Mogą one zależeć od niedostatecznego oczyszczenia (cholina, histamina), od drogi wprowadzania preparatu do ustroju. Nawet po lacarnolu, najbardziej oczyszczonym preparacie, widział **E d e n s**: gorączkę, dreszcze, objawy podobne do wstrząsu przy stosowaniu *per os*.

S c h i t t e n h e l m (Kilonja). Doświadczenia kliniczne w 28 przypadkach z nowoczesnymi preparatami hormonalnymi wskazują na wzbogacenie naszego arsenału leczniczego. Dobre wyniki otrzymano w *end-arteriitis*, obwodowej miażdżycy naczyń kończyn, także w przypadkach duszniczy bolesnej, gdzie zawiodły nitraty. Działanie tych preparatów zależne jest od drogi ich wprowadzenia do ustroju: przy podawaniu *per os* zaledwie wykazują jakieś działanie, przy wstrzykiwaniach domięśniowych — słabe. Pewne działanie spostrzegano przy wstrzykiwaniach dożylnych. Nie widziano żadnego wpływu na układ wytwarzania i przewodzenia bodźców w sercu, działanie na mięsień sercowy jest utajone i staje się widoczne w wzmocnieniu działania preparatów naparstnicy. Jako główne wskazania należy wymienić: skurcz naczyń wieńcowych, włosowatych i tętnic obwodowych.

W zestawieniu tych wszystkich głosów, biorących udział w ankiecie, można ustalić istnienie pewnych pożądaných wskazówek dla praktyki. Zdaniem **R. v a n d e n V e l d e n a**, wprowadzenie do leczenia zaburzeń krążenia krwi preparatów hormonalnych niewątpliwie wpłynie dodatnio na ten dział terapii, a spostrzegane objawy uboczne w przyszłości z pewnością będą usunięte.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ **Prof. Dr J. LÖWY.** *Aerztliche Sachverständigen-Tätigkeit auf dem Gebiete der inneren Krankheiten.* (Berlin. Urban und Schwarzenberg. 1931).

Z olbrzymiego podręcznika „orzecznictwa lekarskiego”, wychodzącego już lat około dwudziestu, mamy przed sobą jeden zeszyt, dotyczący chorób wewnętrznych. Dość powiedzieć, że wydawnictwo to ma już dziesięć tomów, podzielonych na rozmaite działy i zeszyty, aby zrozumieć, że jednolitości — wobec mnóstwa autorów — trudno się spodziewać. Zeszyt niniejszy, jeden z najnowszych, obejmujący choroby wewnętrzne, traktowany jest konspektowo. O całości dzieła trudno, oczywiście sądzić, tem więcej, że obejmuje ono całą medycynę praktyczną. Notatka niniejsza ma na celu zwrócenie uwagi czytelnika na samo wydawnictwo, o którym, o ile mi wiadomo, dotychczas nie mieliśmy sposobności uczynić wzmianki w piśmie naszym. **M. F.**

Fizjologia normalna i patologiczna.

P. WEISS. *Zasada rezonansu czynności nerwowych.* (Wien. kl. Woch. № 39/1931).

Do niedawnych czasów w myśleniu fizjologicznem o sposobie w jaki ośrodkowy układ nerwowy przesyła swe życzenia narządom wykonawczym: mięśniom, gruczołom i t. d. istniało niewzruszone pojęcie, że układ ośrodkowy ma dla tych wszystkich celów jedno słowo do dyspozycji: „podnieta”. Ta jednolita podnieta unormowana i uregulowana w połączeniach nerwowych, które należy uruchomić, jest posyłana w rozmaitem natężeniu do tych części obwodu, które mają być wprowadzone w ruch. Już się rozlegały donośne głosy przeciwne takiemu ujęciu (**H e r i n g**). Już przed 10 laty autor wykazał zasadniczo odmienny mechanizm. Ogoniastemu płazowi wszczepiono nadliczbową łapę, a mianowicie w ten sposób, że normalna łapa zachowała prawie całkowicie swoje pierwotne unerwienie, podczas gdy nadliczbowa uległa neuroliczie w najbardziej beładny sposób wskutek

regeneracji pewnych przeciętych miejscowych gałązek nerwowych. Okazało się wtedy w wielu doświadczeniach, że bezładnie przyłączona, przeszczepiona łapa w każdej chwili wykonywa te same ruchy, co sąsiednia normalna łapa, a więc te ruchy, których żąda ośrodkowy układ nerwowy. A więc do uporządkowanej czynności nie jest niezbędny topograficznie uporządkowany układ nerwowy. Sytuację możnaby przedstawić w ten sposób, że ośrodkowy układ nerwowy wywołuje ściśle określony mięsień, a ten odpowiada raczej za pomocą swej własnej i swoistej postaci podniety, na którą sam odpowiada, na którą jest on nastawiony. W dalszym ciągu tych doświadczeń prawy mięsień łydkowy jednej ropuchy wszczepiono drugiej de lewej okolicy grzbietowej i zaopatrzono go w jakiś obcy nerw. Przy tem okazało się, że, jeśli na kymografionie rejestrować jednocześnie ruchy przeszczepionego mięśnia łydkowego, normalnego mięśnia łydkowego i jakiegos trzeciego mięśnia ropuchy, czynność przeszczepionego mięśnia jest identyczna z czynnością jednoimiennego — normalnego mięśnia, podczas gdy trzeci mięsień wykonywa zupełnie różne od nich poruszenia. W unerwieniu mięśnia więc chodzi nie o określone połączenie nerwowe, lecz o jego zdolność rezonansową na swoiste wytworzoną podniety. Ze takie swoiste bodźce mogą również przebiegać dośrodkowo wykazał autor za pomocą badania własnych odruchów. Są to odruchy, przy których jest doprowadzony z ośrodka do skurczu dokładnie ten sam mięsień, który przedtem biernie podniecono przez rozciąganie: na lewym ramieniu żaby wszczepiono obok normalnej przedniej kości dwie obce. Teraz okazało się, że, jeśli rozciągać określony mięsień jednej z tych 3 kończyn, to odruchowe podniety dochodziły dokładnie do tego i do obu pozostałych jednoimiennych mięśni; selektywność mięśnia leży, zdaje się, w końcowej blaszce. Wymaga ona dla swego rozwoju pewnego czasu. Zdaje się, że z początku pierwsze prymitywne połączenie nerwowe między nerwem a mięśniem pozwala każdej podniecie przechodzić na włókna mięśniowe, póki końcowa blaszka nie da się wykazać histologicznie. Byłoby więc do pomyślenia, że blaszka końcowa przedstawia wybiórczy odbiornik. Jeśli chodzi o naturę swoistości, myśli się o powstawaniu rytmów o swoistych częstotliwościach, brak jest jednak jeszcze w tej dziedzinie jakichś pozytywnych wyników. W każdym bądź razie stosunki chronaktyczne (L a p i c q u e) nie nadają się do wytłumaczenia swoistości.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

R. WAGNER. Wpływ oddychania na zmiany w ciśnieniu w prawej komorze. (Wien. kl. Woch. № 38/1931).

Przebieg ciśnienia w komorze bywa rozmaity zależnie od stosunku jego do fazy oddechowej: skurcze przypadające w okresie wdechu, wykazują duże, skurcze w okresie wydechu — małe wahania ciśnienia. Zjawisko to należy tłumaczyć w ten sposób, że z rozciąganiem płuc (podczas wdechu) następuje również rozciąganie płucnych naczyń włosowatych, co prowadzi do zwężenia ich przekroju i w ten sposób do podniesienia ciśnienia w tętnicy płucnej; odwrotnie przedstawiają się stosunki podczas wydechu. Niema dostatecznych podstaw do przyjęcia tezy, że wskutek rytmu oddechowego powstają wpływy naczynioruchowe na stosunki ciśnieniowe.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

A. EDELMANN. O nieznanym dotąd składniku krwi. (Wien. kl. Woch. № 35/1931).

Autor podkreśla, że ruchomość kinetocytów jest czynna, i że ich właściwości barwienia się różnią je od trombocytów.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

K. PELCZAR i E. KOŁOSZYŃSKI. O nieznanym dotąd składniku krwi. (Wien. kl. Woch. № 35/1931).

Autorzy nie uważają opisanych przez A. E d e l m a n n a kinetocytów za nowy składnik krwi, lecz za nową postać płytek krwi, a mianowicie za produkt rozpadu megakaryocytów,

który dzięki swym małym rozmiarom i swemu ładunkowi elektrycznemu może wykonywać żywe ruchy B r o w n a.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Djagnostyka.

■ **Norbert ORTNER. Körperschmerzen und ihre Differentialdiagnostik. Wydanie IV. Cena w opr. 32 marki. (Urban und Schwarzenberg Berlin--Wien).**

Bardzo dobra książka! Układem i opracowaniem różni się ona od znanych podręczników djagnostyki różniczkowej L e u b e g o lub M a t t h e s a. Za punkt wyjścia swych rozważań autor bierze jeden objaw — b ó l. Na szczegółowym opisie bólu, jego charakteru i umiejscowienia, a w dalszym ciągu na wywiadach i objawach przedmiotowych opiera swe rozpoznawanie. Rzecz traktowana jest bardzo obszernie. Tak np. dział, poświęcony bólom brzucha, zajmuje 267 stron. Prawdziwa to kopalcia, z której czerpać może nie tylko internista, ale i pediatra, neurolog, chirurg, ginekolog. Imponująca jest erudycja autora i jego bogate doświadczenie, zdobyte w ciągu kilkunastu lat pracy klinicznej. Wśród materiału kazuistycznego, ilustrującego wykład, nie brak też przypadków, mylnie przez autora rozpoznanych, czego tenże bynajmniej nie ukrywa. Ale dzieło, mające za punkt wyjścia jeden objaw, choćby tak ważny, jak ból, z natury rzeczy nie może wyczerpać przedmiotu. Uzupełnia je drugie dzieło tegoż autora „Differentialdiagnostik“ (w poprzednim wydaniu „Klinische Symptomatologie“) o równie wysokiej wartości. Oba te dzieła razem stanowią cenny podręcznik djagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych.

F. S.

Ed. BENHAMON i A. NOUCHY. Wartość semiologiczna leukocytozy adrenalinoj. (Paris Méd. № 31/1931).

U człowieka normalnego po zastrzyknięciu adrenaliny zwiększa się w ciągu pierwszych 30 minut absolutna liczba wielojądrzastych i monocytów (% zawartości wielojądrzastych zmniejsza się, monocytów wzrasta), nie widać natomiast we krwi postaci młodych, niedojrzałych, kurczenie się śledziony nie idzie w parze z wahaniami liczby monocytów, między piątą a dziesiątą minutą pojawiają się we krwi retikulocyty, których liczba dochodzi do maximum około piętnastej, dwudziestej minuty. W schorzeniach śledziony, zwłaszcza w chorobie B a n t i e g o czasem nie występuje po adrenalinie mononukleoz, względnie ogólna leukocytoza, czasem jednak brak tych odczynów, tak że leukocytoza adrenalinoj nie ma tego znaczenia, co erytrocytoza i hipertrombocytoza adrenalinoj, które należy jedynie uważać za odczyny ze strony śledziony. Jednakże badanie leukocytozy adrenalinoj jest niezbędnym uzupełnieniem całkowitego badania splenomegalji, a jej znaczenie semiologiczne pozostaje jeszcze duże. W białaczkach przewlekłych, myelozach i limfadenozach, zastrzyknięcie adrenaliny wydłuża naogół krzywą leukocytarną, podkreśla najczęściej cechy charakterystyczne wzoru krwi, ujawnia postacie niedojrzałe, komórki przejściowe i ułatwia rozpoznawanie. W aleukemicznych postaciach białaczek przewlekłych, niema bardziej cennego środka dla uwidocznienia komórek patologicznych, których stwierdzenie ułatwia rozpoznawanie. W pewnych postaciach białaczek ostrych próba adrenalinoj może się okazać cenną pomocą przez pojawienie się we krwi postaci niedojrzałych. W agranulocytozie ogólna liczba białych ciałek zwiększa się po adrenalinie, natomiast liczba ziarnistych (granulocytów) pozostaje bez zmiany: to rozkojarzenie jest nader charakterystyczne. W niedokrewności aplastycznej, w *aleukia haemorrhagica* F r a n c k zwiększenie się liczby białych ciałek krwi po adrenalinie jest bardzo nieznaczne. Pod wpływem adrenaliny wątroba kurczy się, podobnie jak śledziona; to skurczenie się osiąga swój najwyższy punkt po upływie 30 minut, a kończy się po półtorej godzinie. W marskości wątroby krzywa leukocytarna po adrenalinie ma albo przebieg normalny, albo też leukopenja i limfopenja nie ulegają zmianie pod wpływem adrenaliny.

W chorobie *B a s e d o w a* z monocytosą szczegóły wzoru leukocytnego po adrenalinie ulegają zaakcentowaniu i to samo spostrzega się w chorobie *A d d i s o n a* z limfocytosą. W grzybicy guzowatej (*mycosis fungoides*) po adrenalinie wzrasta się eozynofilia oraz zwiększa się liczba elementów pochodzenia siateczkowo-śródbłonkowego (monocyty o ziarenkach uzurów, duże monocyty). Również w chorobie *D u h r i n g a* zwiększa się po adrenalinie liczba kwasochłonnych. W kala-azar leukocytoza adrenalinowa jest dość wiernym odbiciem pogorszeń i popraw cierpienia: w okresie pogorszenia brak leukocytozy adrenalinowej, w okresie poprawy jest ona wyraźna. Ponieważ w okresie pogorszenia leishmanja jak gdyby blokowały układ siateczkowo-śródbłonkowy, fakt ten dowodzi udziału tego układu z jednej strony w leukopoezie, z drugiej w leukocytozie adrenalinowej. Z podobnym zjawiskiem mamy do czynienia w przewlekłej zimnicy z nawrotami; w okresie pogorszenia się leukopenja i brak leukocytozy adrenalinowej, po intensywnym leczeniu poprawa wzoru leukocytnego i leukocytoza adrenalinowa. W durze brzuszny, gorączce maltańskiej, ciężkich zakażeniach z leukopenją wartość semiologiczna leukocytozy adrenalinowej jest wątpliwa: leukopenja jest często pozorna, i liczba leukocytów wzrasta trzy- czterokrotnie po zastrzyknięciu adrenaliny, co wskazuje na to, że wielojądrowe są jeszcze bardzo liczne. Jest to więc doskonały sposób odróżniania pozornej granulopenji od prawdziwej agranulocytozy. Naogół w przebiegu chorób zakaźnych z leukopenją leukocytoza adrenalinowa jest krótkotrwała, w zakażeniach z silną hiperleukocytozą krzywe leukocytna są przedłużone. W przebiegu pewnych chorób zakaźnych np. zapalenia płuc (*H i t t m a n n*) pod wpływem adrenaliny ukazują się we krwi elementy niedojrzałe. Jest to jednak zjawisko przemijające, nie grożące żadnym niebezpieczeństwem.

Henryk J. L a n a u.

MANCKE. Badanie czynnościowe wątroby obciążeniem żelatyną. (Münch. med. Woch. Nr. 34—1931).

Badania dotychczasowe nad czynnością wątroby nie pozwalają na określenie ciężkości jej zmian. Poszczególne metody nie są zupełne, a podanie kw. aminowych wraz z galaktozą przeszkadza wystąpieniu cukromoczu, nawet w przypadkach uszkodzenia wątroby. Wczesne rozpoznanie wątroby marskiej jest ważne ze względu na możliwość wyleczenia narządu jeszcze w tym okresie. Poszczególne spostrzeżenia wskazują, że we wczesnym stadium marskości wątroby zostaje upośledzona jej przemiana białkowa. Kwasy aminowe z jelit przechodzą przez wątrobę niezmienione, krążą we krwi, ich wymiana z tkankami trwa do chwili wystąpienia równowagi między krwią i tkankami. Dezaminacja tych kwasów i tworzenie mocznika odbywa się w wątrobie, a rozpoczyna z chwilą wysycenia krwi kw. aminowymi. Ilość mocznika we krwi zaczyna wzrastać, kiedy poziom kw. aminowych opada. Podobnie okresowo wzrasta wydalanie tych produktów z moczem. Określając ilość kw. aminowych, wydanych w poszczególnych dziennych porcjach moczu autor opracował metodę badania sprawności czynnościowej wątroby. Dla obciążenia używa żelatyny, zawierającej 25% glikokolu. Z badań wynika, że organizm zdrowy wydala w godz. 8—12 200 mgr. azotu aminowego, w godz. 12—16 — 60 mgr., w godz. 16—20 — 90 mgr.; w godz. 20—28 — 30 mgr. Odchylenia od normy bywają dwójakie. Przy *icterus simplex* ilości kw. aminowych, wydanych w okresie godz. 8—12, wzrasta czasami nawet czterokrotnie. W przypadkach wątroby marskiej spotyka się typ inny, charakteryzujący się opóźnionym wydalaniem kw. aminowych, przyczem ilości azotu aminowego w porcjach późniejszych przewyższają ilości wydalone zrana. W sumie ilości wydalonego A.-N. nieznacznie przekraczają normę. Podobnie wypadły badania przy m. *B a n t i*; *haemochromatosis*, zatruciu fosforem. W przypadkach ostrej hematorporfirji stwierdzono kombinację obydwu typów.

F. T u r y n.

FISCHER. Badanie moczu na aceton i kwas octowy. (Münch. med. Woch. Nr. 24—1931).

Według *L o r b e r a* próba z nitroprusydkiem sodowym nie wykazuje acetonu, tylko kwas octowy. Autor przeprowadził szereg badań w tym kierunku i stwierdził, że aceton preformowany znajduje się nawet w moczu patologicznym w b. małych ilościach, i że próba z nitroprusydkiem metodą *L a n g e g o* jest b. czuła na kwas octowy. Aceton preformowany daje odczyn przy tej próbie tylko w ilości, sięgającej 1 *pro mille*, co należy do wyjątków. Ilości acetonu, podawane w podręcznikach, dotyczą acetonu całkowitego po destylacji moczu, przyczem kw. octowy przechodzi w aceton. Wobec tego określenie acetonu w moczu destylowanym jest nieściśle. Wartość praktyczna próby *L a n g e g o* pozostaje ta sama, interpretacja jej powinna brzmieć: moczu zawiera dużo kw. octowego i najwyżej ślady acetonu. Aceton w moczu nie zjawia się, gdyż dzięki niskiemu punktowi wrzenia zostaje wydany przy oddychaniu. Zapach wydychanego powietrza jest dostatecznym praktycznym odczynem na aceton. Najlepszym odczynem chemicznym na aceton jest próba *L o r b e r a* na jodoform: do 3-ech ccm. moczu dodać 1,5 ccm. ługu sodowego. Odsączyć tworzący się przy tem osad fosforanów. Przesączać równą ilością n/10 jodu. Po 30—45 min. w moczu normalnym występuje lekka opalescencja. Moczu, zawierający aceton, mętnieje. Stopień zmętnienia zależy od ilości acetonu.

F. T u r y n.

Lecznictwo.

REITER. Badania doświadczalne nad stosowaniem diety wątrobowej. (D. m. W. Nr. 39. 1931).

Jakkolwiek tak bardzo imponujące są wyniki stosowania diety wątrobowej, to jednak b. mało wiemy o jej mechanizmie działania i ciałach chemicznych, doprowadzających do pomyslnych wyników. Zakażenie *B a r t o n e l l a* u szczurów białych, pozbawionych śledziony, przez swoje podobieństwo do niedokrewności złośliwej specjalnie nadaje się do badań w tym kierunku, które autor prowadzi od 1928 roku. Badaniu poddano szczury, karmione wątrobą świeżą oraz wyciągami wątroby wstrzykiwanymi: *hepatopson* (*Premonta*) i *Campolon* (*I. G. Farbenindustrie*). W wyniku doświadczeń nie stwierdzono żadnego dodatniego wpływu obu przetworów na przebieg zakażenia *B a r t o n e l l a* u szczurów, pozbawionych śledziony. Te spostrzeżenia zwracają uwagę także na samo zakażenie *B a r t o n e l l a* u szczurów, które nie może być równolegle postawione obok niedokrewności złośliwej u ludzi. Śmierć szczurów następowała dopiero po usunięciu śledziony, nie zaś w przebiegu samej n. złośliwej.

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

A. WICKE. Wyniki kliniczne w zastosowaniu hormonu cyklicznego—Progynonu. (Wien. kl. Woch. Nr. 38/1931)

Na podstawie doświadczeń *W e r n e r a* przedstawia progynon (*S t e i n a c h a*) pewny i pełnowartościowy preparat, którego zastosowanie w dolegliwościach okresu przekwitania, po usunięciu jajników, w braku miesięczkowania i jego nieprawidłowościach, jak również w trądziku pochodzenia jajnikowo-hormonalnego jest nieszkodliwe i skuteczne. Dostanna dawka wynosi 250 dawek mysich, podskórna lub wśródmięśniowa — 100 dawek mysich dziennie. Zazwyczaj podaje się dziennie jedną drażetkę lub robi się jedno zastrzyknięcie dziennie. Jedna serja obejmuje 6—10 zastrzyknięć. Jeśli chce się wzmocnić działanie, daje się zrazu po 2 drażetki dziennie, a co drugi dzień zamiast pigułki robi się zastrzyknięcie. Po 10 dniach należy dawkę zmniejszyć lub zrobić kilkodniową pauzę.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Radjologia.

■ Dr. Max COHN i Dr. Walther BARTH. **Podręcznik rentgenostereoskopji.** Nakładem Georg Thieme Lipsk. (193 ilustracje, 2 tablice).

Możność plastycznego oglądania poszczególnych narządów w obrazie rentgenologicznym ma tak wielkie strony dodatnie, iż dziwić się należy tak nieznacznemu dotychczas rozpowszechnieniu tej metody. Czerpią z niej korzyści wszystkie dziedziny medycyny, nie wyłączając położnika, któremu stereoskopja miednicy dać może nieocenione usługi przy dokonywaniu pomiarów. Przypuszczać należy, iż uproszczenie dość skomplikowanej przedtem aparatury przyczyni się znacznie do zyskania tej metodzie badania licznych zwolenników. Z dziedziny stereoskopji posiadaliśmy wprawdzie cały szereg cennych prac, jak np. „Zastoscwanie stereoskopji w anatomji” H a s e l w a n d e r a, atlas stereoskopowych zdjęć przewodu pokarmowego C a s e'a. Były one jednak bardzo nieliczne i to przeważnie z niektórych tylko działów medycyny. Brak było dzieła, ujmującego całokształt tego zagadnienia, i temu brakowi zaradzić postanowili autorzy, z których B a r t h opracował stronę teoretyczną, a C o h n praktyczną. B. K r y Ń s k i.

■ Dr. Max COHN. **Atlas rentgenostereoskopji.** I seria z 20-oma zdjęciami stereoskopowymi i przyrządem do oglądania (Nakładem Georg Thieme Lipsk).

Jako dopełnienie do pracy B a r t h a i C o h n a o stereoskopji służyć może atlas C o h n a, którego pierwsza seria obejmuje 20 obrazów z różnych dziedzin medycyny. Zdjęcia wykonane wprost artystycznie przez firmę „Agfa”. Do każdego zdjęcia krótkie, ale treściwe objaśnienia C o h n a. Załączony prymitywny aparacik do oglądania zdjęć stereoskopowych w zupełności odpowiadałby swemu celowi, gdyby umocnić tylną ramkę. Po kilkakrotnym włożeniu filmów wygina się ona i tem samem uniemożliwia zachowanie prawidłowej odległości poszczególnych zdjęć od oczu. B. K r y Ń s k i.

LYSHOLM ERIK. **Przyrząd do badania radjologicznego czaszki i technika tego badania.** (Acta Radjologica Supplementum XII [Stokholm 1931]).

Badanie radjologiczne czaszki rozwinęło się znacznie w ciągu ostatnich lat i stało się jedną z ważniejszych części radjologii lekarskiej. Technika tego badania jest bardzo trudna i wymaga niezwykle precyzyjnych ustawień w najrozmaitszych pozycjach dla otrzymania bądź to obrazów ogólnych, przeglądowych czaszki, bądź też szczegółowych rzutów pewnych jej części składowych. W zakresie tych ostatnich mamy do wyboru bardzo wielką obfitość rozmaitych ustawień, wymagających bardzo dużej wprawy technicznej i zabierających sporo czasu. Na skutek tego ustawienia te, jakkolwiek bardzo ważne, a nieraz decydujące w rozpoznaniu rozmaitych spraw chorobowych, trudne było do wprowadzenia do ogólnej praktyki, zwłaszcza w większych zakładach, w których niema wiele czasu do poświęcenia poszczególnym przypadkom. Aby umożliwić szybkie ustawienie trudnych pozycji radjograficznych, autor już w roku 1925 konstruował stół do badań czaszki, który obecnie udoskonalił i przystosował do łatwego wykonywania wszystkich obecnie używanych zdjęć czaszki, jej sklepienia, podstawy w rozmaitych ustawieniach, jak też i wszystkich jej części, interesujących specjalistę chorób ucha, nosa i oka, chirurga, neurologa i stomatologa. Stół ten odznacza się tem, że posiada kratkę antydyfuzyjną i urządzenie podtrzymujące lampę, której można nadawać wszelkie pochyleńia dla skierowania promienia głównego na najrozmaitsze punkty kraniometryczne lub ważne szczegóły anatomiczne, zaś celowanie odbywa się bardzo szybko i precyzyjnie zarówno od góry, jak też za pomocą specjalnych zwierciadeł od dołu. Po przedstawieniu wszelkich szczegółów budowy stołu i objaśnieniu jego użycia z uwzględnieniem badania stereoskopowego,

autor przechodzi do bardzo szczegółowego omówienia techniki wszystkich obecnie używanych zdjęć czaszkowych przeglądowych i specjalnych, podaje sposób ich wykonania na stole swego pomysłu i poświęca sporo uwagi anatomji radjologicznej czaszki, będącej podstawą do interpretacji okresów chorobowych. Szereg pięknie wykonanych rycin ilustruje tę wartościową monografię techniki radjograficznej czaszki. W. Z a w a d o w s k i.

R. KIENBÖCK. **Jakie błędne dżagnozy najczęściej się stawia z rentgenogramów kręgosłupa?** (Aerztliche Praxis. 1931. 9.).

W dżagnostyce chorób kręgosłupa wielce ułatwia sprawę radjografia, o ile się umie odcyfrować takową: zarówno w kości samej, jak w stawie. Często przerzuty rakowe — zwłaszcza przy utajonem pierwotnem ognisku — rozpoznaje się jako gruźlicę, zaś ropień opadowy jako guz kręgosłupa. O ile się nie pamięta o osteocie P a g e t a i o fibrocystozie kości, to się rozpoznaje osteomalację. *Myeloma multiplex* naśladuje obrazem swym raka kości. Rzadkie postaci raka kręgosłupa zostają stale zapoznawane: samotną postać osteolityczną dżagnozuje się jako próchnicę, uogólnioną postać torbielową jako *fibrosis cystica ossium*, zaś postaci prz.rostowe, hyperostotyczną i sklerotyczną jako chorobę P a g e t a. Mniej częste są błędy w radjografji stawów kręgowych. Ropno-zakażne zachorzenia stawu traktuje się zazwyczaj jako *malum Potti*, to samo ma miejsce ze zmianą kształceniem kręgów w *spondylarthrosis* trófoneurotycznego pochodzenia. Pospolita *spondylarthrosis deformans* zostaje przeważnie zapoznawana w różnych jej odmianach, t. zw. zachorzenie kręgów S c h e n e r m a n n a sprowadza się do zwykłej gruźlicy, w najlepszym razie — jak to bywa w *osteomatosi diffusa* — do *arthritis deformans vulgaris*. Skoliozy pierwotne i anomalje miejscowe kręgosłupa przeważnie są niedoceniane. przy studjach kręgosłupa pod ekranem lub na kliszy. Ostatnią uwagę K i e n b ö c k a, nestora radjologii, potwierdzić może każdy neurolog. H i g i e r.

WINTZ. **Wyniki leczenia Roentgenem raka sutka.** (DmW. № 37/1931).

Nie mamy w literaturze światowej tak obszernej statystyki, dotyczącej raka sutka, jak to uczyniono dla sprawy nowotworowej macicy. Sprawa naświetlania nowotworu sutka promieniami R o e n t g e n a mie jest ustalona z całą dokładnością, jakkolwiek otrzymywano dobre wyniki przy tej metodzie leczenia. Naogół, rzecz biorąc, przeprowadzenie naświetlania raka sutka jest trudniejsze, niż raka macicy. O ile zwracamy się do tego rodzaju leczenia, to ma to swoje uzasadnienie w niedostatecznych wynikach operacyjnych, jeśli chodzi o długotrwały wynik leczniczy, w grupach S t e i n t h a l a II i III. Tutaj przewagę posiada metoda naświetlania nad zabiegiem operacyjnym. Nie daje się to zaś stwierdzić w grupie I w/g S t e i n t h a l a, gdzie naświetlania nie dają wyniku pewniejszego od operacji. Najlepsze rezultaty otrzymano przy leczeniu pooperacyjnych nawrotów. Dla wzmocnienia leczenia miejscowego we wszystkich przypadkach wyluzczono rentgenologicznie jajniki.

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

Gruźlica.

■ **Zakłady przeciwgruźlicze zapobiegawcze i lecznicze dla dzieci w Polsce.** Wydane przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z funduszków i przy współudziale Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. Warszawa 1931.

Bardzo pięknie na dobrym papierze wydana broszura z zupełnie dobrymi 64 fotografiami ilustruje stan obecny tej części walki z gruźlicą dzieci, jaka się odbywa na terenie zakładów przeciwgruźliczych. Zasługuje ze wszech miar na bliższe zaznajomienie się z nią chociażby w celu przekonania się, że i u nas sprawa zwalczania gruźlicy dziecięcej posuwa się

naprzód. Oddać może przytem wielką korzyść praktyczną każdemu, kto ma do czynienia z gruźlicą dziecięcą i nieraz zastanawia się nad tem, dokąd skierować dziecko. Broszura, powtarzam, o bardzo miłym wyglądzie zewnętrznym, jest do nabycia w Polskim Związku Przeciwgruźliczym za 5 zł. M. G.

■ **Zagadnienia zwalczania gruźlicy.** Praca zbiorowa z 26 ilustracjami. Kraków 1931. Nakładem Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

Są to, jak widać z wstępu, referaty, wygłoszone na Zjeździe lekarzy naczelnych krakowskiego okręgu Kas Chorych. Mamy więc tu szereg krótkich referatów, omawiających organizację walki z gruźlicą na terenie kas, określanie zdolności do pracy u chorych na gruźlicę (posprzeczałbym się z autorem — kol. Felixem — co do szeregu momentów, przez niego przytoczonych i wystawionych prawie jako pewnik, np. co do wartości danych wysłuchanych na str. II, czy do wyglądu chorych i jego podłoża, co do odsyłania do pracy z naciekiem podobojczykowym i t. p.; wątplię również, czy decyzja w sprawie zdolności do pracy może zapaść zawsze podczas badania ambulatoryjnego), gruźlicę kości, (co do której autor, M. Kosiński, czyni słusne uwagi o wartości czterotygodniowego, jak obecnie, leczenia). Idą dalej: referat Kunickiego o postaciach gruźlicy płuc, wymagających leczenia w sanatorium, Liwszycy o wskazaniach do przetwarzania ciąży w gruźlicy płuc, Meidingera o roli sanatorjów, Spitzera o postaciach gruźlicy płuc, nie nadających się do sanatorjum i tego samego autora obrazy rentgenowskie niektórych postaci gruźlicy płuc, podanych przez Barda-Neumanna. Mam pewne wątpliwości co do celowości tych dwóch ostatnich referatów, jeśli idzie o bezpośrednią korzyść dla lekarzy kasowych. Oba tematy są zbyt zawiłe, by je można było w krótkim zarysie udostępnić czytelnikowi, który napewno ma bardzo słabe pojęcie o tych sprawach, jeśli się niemi specjalnie nie interesował. Autor zna je, zapewne, bardzo dobrze, mało jednak orientujący się w tem niespecialista nie potrafi uchwycić na podstawie referatów dość zawiłych szczegółów podziału i obrazów rentgenoskopowych. Z temi zastrzeżeniami broszura jest nabytkiem pożytecznym, zwłaszcza na terenie Kas Chorych. M. G.

WOHLFEIL. O występowaniu aminokwasów w płwocinie w porównaniu z wynikami badania na pr. Kocha. (Münch. med. Woch. Nr. 39 — 1931).

Jednym z najwcześniejszych objawów rozpadu tkanki płucnej jest obecność w płwocinie włókien sprężystych. Monceaux szukał w płwocinie gruźlików produktów rozpadu białka; obok albumoz, peptonu, polipeptydów znalazł jako stały składnik płwociny suchotnika — tryptofan i tyroczynę. Płwocina chorych na *bronchitis* i *pneumonję* nie zawiera tych aminokwasów; znajduje się przy ropniu płuc i zgorzeli płuc. Obecność tyrozyny i tryptofanu dowodzi procesu rozpadowego, hydrolizy tkanek. Kwasy aminowe zjawiają się w płwocinie wcześniej niż prątki. Autor wykrywa kwasy aminowe przy pomocy odczynu ninhydrynowego, którego dokładną metodę podaje. W wyniku tych badań okazuje się, że w 76,5% badanych chemicznie przypadków obecne były w płwocinie pr. Kocha, w 23,5% przypadków pr. nie znaleziono, natomiast odczyn ninhydrynowy wypadł dodatnio, co w/g Monceaux oznacza rozpad tkanki płucnej na tle gruźliczym. Nadaje to omawianej metodzie wartość rozpoznawczą. W b. nielicznych przypadkach znajduje się w płwocinie pr. Kocha, a odczyn ninhydrynowy wypadł ujemnie, co dotąd nie znajduje wyjaśnienia. F. Turyn.

L. R. GROTE. Cukrzyca i gruźlica. (Schw. med. Wochen. Nr. 20 — 1931).

Autor sądzi, że wspólne występowanie gruźlicy i cukrzy-

cy należy traktować jako przypadek, niema bowiem wyjaśnienia, któreby tłumaczyło wspólność tych schorzeń. Należy odróżniać dwa typy gruźlicy, skomplikowanej cukrzycą. Typ pierwszy odnosi się do gruźlicy ludzi młodych, głównie do spraw wnekowych ograniczonej; w tym przypadku rokowanie jest dobre. Gruźlica natomiast u dorosłych, powikłana cukrzycą, daje złe rokowanie. Insuliną można wprowadzić chorych takich odcukrzyć, sprawa gruźlicza szerzy się jednak niepowstrzymanie, prowadząc do niepomysłnego zejścia. Jakób Penscn.

Louis H. CLERF. Czy bronchoskopia jest wskazana w gruźlicy? (The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. 97, Nr. 2, Lipiec 1931).

Bronchoskopia uważana jest przez wszystkich za niezmiernie cenną metodę dla dającej niejasnych przypadków płucnych i w leczeniu ropni i rozstrzeni płuc, często jednakże wyrażano wątpliwości, czy wskazane jest dokonanie bronchoskopii w gruźlicy płuc. Znaczenie bronchoskopii w gruźlicy płuc ograniczone jest tylko do celów dających diagnostycznych, aczkolwiek w pewnych przypadkach może mieć i znaczenie lecznicze. Dla ilustracji wskazań autor podaje szereg przypadków płucnych, które dzieli na dwie klasy. W pierwszej zestawiał przypadki gruźlicy płucnej, w których występowały niezwykle objawy, wymagające wyjaśnienia lub leczenia, w drugiej przypadki z objawami niewyraźnymi, budzącymi podejrzenie gruźlicy, lecz rozpoznanie było niemożliwe do postawienia na drodze zwykłych badań ciał przy- padki, w których gruźlicę rozpoznano przypadkowo badaniem bronchoskopowem. W pierwszej grupie wyjaśniono z pomocą bronchoskopii przyczynę szeregu niezwykle objawów, jak np. duszności (zwiększenie tchawicy wskutek bujania tkanki granulacyjnej), syczącego wydechu (zwiększenie lewego głównego oskrzela), umiejscowienia sprawy w dolnym prawym płacie (bronchiectazje). W drugiej grupie można było rozpoznać gruźlicę tło sprawy u pacjentów, leczonych na ropień płuc, dychawicę, obecność obcego ciała. Krwioplucie często bywa ujmowane jako początek końca lub jako koniec początku — jest objawem, który najczęściej prowadzi do mylnego rozpoznania gruźlicy, tymczasem krwioplucie nie jest niezwykłością w przebiegu raka lub ropnia płuc oraz rozstrzeni oskrzeli. Bronchoskopia i tutaj umożliwia właściwe rozpoznanie i jest przeciwwskazana jedynie w dużych i długotrwałych utratkach krwi. Niewyjaśnione krwioplucie jest wskazaniem do bronchoskopii. Przeciwwskazania do bronchoskopii w gruźlicy są nieliczne: edma, znaczne krwioplucie oraz rozległe zmiany płuc i krtani. W bardzo licznych przypadkach autorzy nie dostrzegli najmniejszych szkodliwych skutków bronchoskopii. H. Szpidaum.

Choroby kobiet i położnictwo.

B. ASCHNER. Nerwice i psychozy w zaburzeniach miesiączkowania. (Wien. kl. Woch. № 36/1931).

Autor przytacza cały szereg historii chorób, które mają wykazać, jak w niedostatecznym i nieprawidłowym miesiączkowaniu (*hypomenorrhoe* i *dysmenorrhoe*) środki wzmacniające miesiączkowanie, a jednocześnie odciążające przemianę materji przynoszą szybką poprawę i wyleczenie towarzyszących zaburzeń nerwowych i psychicznych. W nerwowych stanach podniecenia, nerwicach naczynioruchowych, bezsenności i stałej senności, stanach lękowych, histerycznych, manjakkalnych, paranooidalnych, depresyjnych, które są związane z niedostatecznym miesiączkowaniem (*hypomenorrhoe*), działają leczniczo procedury napotne, przeczyszczające, upusty krwi, *alterantia*, *resolventia*, *antidyskratica* i t. p. przez usuwanie trujących produktów przemiany materji.

A. Neumann (Vöslau-Gaimarn).

LÖRINCZ i RÜBNER. Kwas węglowy a poród. (Münch. med. Woch. Nr. 42—1931).

Zdaniem autorów, teorię o występowaniu akcji porodowej zależnie od nagromadzenia we krwi ciężarnych kwasu węglowego potwierdzają częste porody przedwczesne i poronienia w przebiegu zapalenia płuc. Dalszym dowodem związku między kwasem węglowym a poronieniem są poronienia u kobiet z niewyrównanymi cierpieniami serca. Autorowie sądzą również, że zanemizowana macica kurczy się dlatego, że w jej komórkach mięśniowych gromadzi się kwas węglowy. Wpływ kwasu węglowego wyzyskano dla usprawnienia skurczów macicy. W tym celu nakładano kobietom maski z rezerwuarem dla wydychanego powietrza, którym chore następnie oddychały. Istotnie, zaraz potem można było wyczuć i zarejestrować silne skurcze macicy. O ile zgromadzony we krwi kwas węglowy wzmacnia skurcze macicy, to nadmierne jego wydychanie powinno łagodzić akcję porodową. Hiperwentylację zalecali autorowie wieloródkom, u których skurcze poporodowe są bolesne. Zabieg ten wpływał rzeczywicie łagodząco lub kojąco na te bóle. Taki sam wpływ, jak nadmierne wydychanie, ma wstrzykiwanie dożylnie roztworów soli, która wiąże kwas węglowy. W przypadkach bólów ciążowych wdychanie własnego powietrza z nadmiarem dwutlenku węgla nie potęguje skurczów macicy, dzięki czemu można odróżnić, czy bóle oznaczają koniec ciąży. Z powyższych względów nie należałoby zalecać sportów lub ruchu kobietom z dokuczliwymi bólami ciążowymi. Zrozumiała jest również mała wytrzymałość ciężarnych w miejscach publicznych, jak kina, teatry. Podana metoda jest przeciwwskazana tylko w chorobach płuc i serca, jest niekłopotliwa, nic nie kosztuje, może być przeprowadzona bez lekarza.

F. T u r y n.

ALB. Rozważania nad sprawą rzucawki i wynikami badania. (Wien. kl. Woch. № 37/1931).

Autor uważa, że rzucawka nie jest uwarunkowana jedynie przez zatrzymanie mocznika, względnie kwasu moczowego, wierzy natomiast, że przynajmniej w pewnej liczbie przypadków pewną rolę przypisać należy wykryciu cukru i acetonu.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

H. KAMNIKER. W sprawie leczenia raka trzonu macicy. (Wien. kl. Woch. № 35/1931).

Wyniki operacyjne I kliniki ginekologicznej w Wiedniu, polegające na uzyskaniu trwałego wyleczenia w 65% wogóle nadających się do operacji przypadków, nader pomyślne, tembardziej, że w tym właśnie raku chodzi przeważnie o stare kobiety. Przyczyny tego upatruje autor w: 1) technice pochwowej z pierwotną śmiertelnością, wynoszącą zaledwie 1%, 2) następczym naświetlaniu R o e n t g e n a, względnie radem i 3) dalszej kontroli operowanych we własnym ambulatorjum rakowym i zorganizowanej współpracy z leczącymi lekarzami domowymi chorych, co pozwala rozpoznać załaz na początku zaledwie pojawiający się nawrót.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby oczu.

Arnold LÖWENSTEIN. Przyczynek do leczenia zakrzepu żył siatkówki. (Kl. Monatsbl. f. Augenheilk. T.84. Luty 1930).

Autor opisuje 3 przypadki zakrzepu częściowego żył środkowej siatkówki, w których zastosował naświetlanie promieniami R o e n t g e n a. W 2-ach przypadkach wybitna poprawa. Krwotoki wessane całkowicie, zmian w naczyniach niema, ostrość wzroku normalna. Działanie promieni R o e n t g e n a może tu być podwójne. Z jednej strony promienie rozszerzają naczynia, co sprzyja wessaniu się krwotoków, uwalnia ścianę wcześniej od skrzepu (pseudokanalizacja) i ułatwia wytworzenie się połączeń bocznych, — z drugiej strony, jak wykazują badania na zwierzętach, promienie działają trombolitycznie. Prawdopodobnie dodatnie działanie promieni R o e n t g e n a wzmacnia się w tych przypadkach zakrzepów, które są pochodzenia gruzliczego lub kiłowego. W tych schorzeniach oczu promienie R o e n t g e n a, jak wiadomo, wywierają wpływ dodatni (leczenie gruczolki tęczówki i mięszonego zapalenia rogówki). Duże dawki zwężają naczynia i powodują zamknięcie ich światła, małe dawki działają odwrotnie.

W. A r k i n.

J. BISTIS. Przyczynek do powikłań ocznych w zimnicy. (Annales d'oculistique, luty 1930).

Schorzenia oczne w zimnicy były opisywane przez różnych autorów. Są to: przekrwienie spojówek i powiek, czasem światłowstręt i skurcz powiek; objawy te trwają w większości przypadków kilka godzin. Notowane były często schorzenia rogówki, jak opryszczka, zapalenie mięszone i rzadko wrzód rogówki. Tęczówka bierze również udział w zakażeniu zimniczem: podczas napadu daje się stwierdzić podrażnienie tęczówki, które może ustąpić lub przechodzi w zapalenie tęczówki. Schorzenia naczyniówki przejawiają się w postaci mętów w ciałku szklistem. Nierzadkie są krwotoki w siatkówce podczas napadu; były spostrzegane również krwotoki w ciałku szklistem. Nerve wzrokowy może również ulec schorzeniu w zimnicy w postaci zapalenia; rokowanie w tych przypadkach jest dobre, gdyż ostrość wzroku może wrócić zupełnie do normy. Co się tyczy zaniku prostego nerwu wzrokowego, autorzy nie zgadzają się między sobą; jedni uważają zanik prosty w zimnicy jako skutek zatrucia chininą. Neuralgie nerwu trójdzielnego, szczególnie w okolicy nerwu nadoczodołowego, spowodowane są często przez malarję. Spostrzegane były od czasu do czasu porażenia mięśni ocznych, jak porażenia nerwu odwodzącego, okoruchowego wspólnego wraz z opadnięciem powieki. Na zakończenie B i s t i s przytacza obserwowany przez niego przypadek zimnicy; u pacjenta 21-letniego, chorego na malarję od 3-ich miesięcy, z W a s s e r m a n n e m ujemnym stwierdził na obu oczach zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego oraz, jako bardzo rzadkie powikłanie, zaćmę w postaci szarawego zmętnienia soczewki w środkowej części. Schorzenia powyższe są pochodzenia malarijnego, gdyż powstały po napadzie febrzy i zapalenie tęczówki uległo znacznemu polepszeniu po leczeniu jedynie chininą. Autor tłumaczy utwierdzenie się zaćmy w tym przypadku jako skutek zaburzeń trójęzycznych, spowodowanych przez zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego.

W. F r e n k i e l - Z a m e n h o f o w a

Wskazówki praktyczne.

W. G e r l a c h jest przeciwnikiem leczenia operacyjnego wąglika, ponieważ nie odpowiada ono głównemu zadaniu — podniesienia sił obronnych ustroju. Dla osiągnięcia tego celu zastrzykuje G, roztwór *arniki* pod skórę w pobliżu wąglika. Stosownie do intensywności reakcji powtarza się zastrzykiwanie. W ten sposób cała sprawa odbywa się pod skórą, ropa i zmarznięte tkanki wydzielają się przez mały defekt w skórze. Wobec

silnych bólów wskazane jest obfite stosowanie środków kojących. (M. m. W. 1931, str. 783).

—o—

Zdaniem H a p p e l a, w leczeniu gośdca mięśniowego oddaje znakomite usługi metoda N a t a n n s e n a — zastrzykiwania podskórnego i domięśniowego 10% roztworu cukru glukozowego. Zastrzykuje się 10 — 20 — 50 — 100 ctm.³ w miarę

potrzeby. Bóle bardzo szybko ustępują. (D. m. W. 1931, str. 887).

Według B. Oertla, nadaje się bardzo dobrze *djatermja chirurgiczna* do usuwania nowotworów złośliwych jamy nosogardzielowej, migdałków i języka. Metoda ta pozwala uniknąć zawleczenia zakażków do tkanek sąsiednich i nie daje obfitych krwawień. (D. Ztschr. f. Chir. 1931, str. 282).

Zweig i Wissmann unikają większych zabiegów chirurgicznych w promienicy, stosując jedynie małe cięcia, a następnie nasświetlania promieniami Roentgena. W sprawach czysto ropnych leczenie rentgenowskie wspierać tylko powinno zabieg chirurgiczny. (M. m. W. 1931, Nr. 32).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Uzupełnienie do protokołu posiedzenia z d. 23 czerwca 1931 r.

6. Kol. Bratkowski E. wygłosił odczyt p. t. „Z kazuistyki nowotworów serca” (streszczenie własne).

Nowotwory w sercu bywają pierwotne i przerzutowe. Przerzuty nowotworów w sercu spotykamy 4-ro krotnie rzadziej, niż w innych narządach (wątroba, płuca). Pierwotne nowotwory serca spostrzegamy bardzo rzadko. Na materiale, obejmującym przeszło 10.000 chorych, znaleźliśmy jednego śluzaka w sercu i 3 przypadki nowotworów przerzutowych.

W 1-yim przypadku u 27-letniej chorej za życia rozpoznano zwężenie lewego ujścia żylnego i odoskrzelowe zapalenie dolnych płatów płucnych. Choroba przebiegała nietypowo, gdyż na kilka dni przed zgonem wystąpiła przemijająca utrata mowy, zapaść i napadowy męczący kaszel. Objawy te wywoływał śluzak, wielkości jaja kurzego, w lewym przedsionku, wiszący na szypule i zakrywający lewy otwór żylny.

W 2-gim przypadku u 17-letniego chorego rozpoznano za życia zwyrodnienie mięśnia sercowego i mięsaka płuc, na sekcji zaś wykryto mięsaka przerastającego przez żyły płucne do lewego przedsionka i wypełniającego przedsionek.

3-ci chory lat 57 cierpiał na niedokrewność hiperregeneracyjną z leukocytozą, limfocytozą, miał on powiększone gruczoły chłonne, wątrobę i śledzionę oraz objawy niedomogi krążenia. Chory zmarł przy objawach krwawienia do otrzewnej. Rozpoznano u niego nowotwory wątroby, a sekcja wykryła czerniak rakowaty wszystkich narządów i mięśnia sercowego.

W 4-tym przypadku u 75-letniej chorej, operowanej dwukrotnie z powodu raka piersi, rozpoznano raka płuc i opłucen, miażdżycę tętnic i zwyrodnienie mięśnia sercowego. Sekcyjnie zaś stwierdzono raka, przerastającego mięsień prawego przedsionka.

Na mocy tych obserwacji przyszedłszy do następujących wniosków:

1. W przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego, nietypowo przebiegających z zapaścią i afazją należy badać serce w kierunku nowotworu.

2. Przypadki nowotworów płuc, opłucny i śródpiersia powinny służyć za materiał do opracowania symptomatologii nowotworów serca, gdyż często w tych przypadkach spotykamy przerzuty w sercu.

Posiedzenie z dnia 29 września 1931 r.

Początek o godz. 8 punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa — 46.

Wprowadzonych gości — 24.

1. Kol. Prezes zagaja posiedzenie, życząc Towarzystwu owocnej pracy.

2. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23 czerwca 1931 r. przyjęto.

3. Kol. Prezes odczytuje wykaz prac, nadesłanych do biblioteki T-wa.

4. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie o s. p. D-rze Stanisławie Kurtzu (streszczenie własne).

W dniu 1 lipca r. b. zmarł s. p. Dr. Stanisław Kurtz członek czynny naszego Towarzystwa od r. 1893.

S. p. Stanisław Kurtz urodził się w r. 1861 w majątku rodzowym Białowina, ziemi Lubelskiej. W Lublinie też uczęszczał początkowo do szkół, niebawem jednak przeniósł się do Warszawy, gdzie zapisał się do słynnej na owe czasy szkoły Jana Pankiewicza, po ukończeniu której wstępuje, zrazu jako wolny słuchacz, na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Stopień lekarza otrzymuje w r. 1882. Wkrótce obejmuje stanowisko asystenta oddziału chorób kobiecych, prowadzonego przez prof. Franc. Neugebaura w szpitalu Ś-go Ducha w War-

szawie. Następnie udaje się na dłuższe studia do Pragi, Paryża. Tam pogłębia swą wiedzę w klinikach prof. Pawlika, Winkela, Pozzego i Apostołego.

Po powrocie do kraju oddaje się s. p. Kurtz z zapałem pracy społecznej. Już jako student pracuje on w kółkach oświaty ludowej, organizuje wytwale imprezy dochodowe, ponosząc za nie nieustanne represje władz zaborczych. Podczas klęski głodowej w r. 1896 w Warszawie żywi wraz z Bolesławem Prusem 300 rodzin t. zw. „resztkami”. Później, z chwilą pewnego złagodzenia rosyjskiego, gniołącego Polskę systemu, zakłada wraz z Teodorem Duninem i Edwardem Zielińskim jedną z najpierwszych polską szkołę 2-klasową, utrzymywaną przez szereg lat kosztem lekarzy warszawskich. Krzewi zamiłowanie sportu i z górą przez lat 20 zasiada w Zarządzie T-wa Wioślarskiego. Jednocześnie bierze udział w Zarządzie Pogotowia Ratunkowego i T-wa higienicznego. Niespożyte zasługi położył s. p. Kurtz dla Szkoły im. Pankiewicza (dziś gimnazjum im. Tad. Czackiego), tworząc przy niej pierwsze opieki „rodzicielskie”, późniejsze „Koło wpisów”.

Drukami ogłosił:

„O stosowaniu Thiolu w ginekologii”, w Warszawie r. 1892, „Po konkursie londyńskim”, Warszawa 1913. (odbitka z Medycyny i Kron. Lek.).

Jako lekarz odznaczał się s. p. Kurtz szlachetną bezinteresownością. Dobry, uczynny dla kolegów, młodszym chętnie służył radą i pomocą. Wraz z D-rzem Stanisławem Kurtzem zeszedł do grobu przedstawiciel pięknego typu lekarza-obywatela, prawego człowieka i dobrego Polaka. Uczcijmy pamięć jego przez powstanie.

5. Kol. Prezes zawiadamia o objęciu przez Kol. kol. Filińskiego i Goreckiego stanowisk ordynatorów w Szpitalu św. Stanisława (Warszawa).

6. Kol. Fidler A. przedstawia „Przypadek błowca wątroby” (streszczenie własne).

Chory P. W., lat 25, zgłosił się do Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warsz. w dn. 3. 9. 1931 r. ze skargami na bóle w okolicy prawego podżebrza. Obecna choroba rozpoczęła się przed dwoma laty napadami bólów w prawym podżebrzu, które trwały około 10 minut. Bólom tym towarzyszyły nudności, uczucie lęku i silne pocenie się. Po upływie roku, chory doznał tych samych degleliwości o silniejszym jednak natężeniu, przyczem czas ich trwania wynosił 15 minut. Od tego czasu bóle c podobnem natężeniu i o tem samym umiejscowieniu występowały co 10—14 dni, trwały około 2 minut, zjawiały się zwykle w nocy, były niezależne od jakości i ilości spożytych pokarmów, a łagodniały w pozycji leżącej z przykurczonemi do brzucha nogami. W czasie jednego z napadów nastąpiło żółtaczkowe zabarwienie skóry i białkówki. Chory stracił łaknienie, miał puste odbijania po jedzeniu i czuł się nieco osłabionym. Ostatnio chory uskarża się na nieznaczne bóle w okolicy prawego podżebrza, występujące tylko w czasie chodzenia. Pozatem wywiady bez znaczenia.

W stanie obecnym z odchyleniem od normy stwierdza się nieznaczne uwypuklenie prawego łuku żebrowego, dalej wątrobę, wystającą na szerokość 2 palców z pod łuku żebrowego, twardą, lekko tkliwą, o brzegu zaokrąglonym, przytem między linią pachową przednią i sutkową prawą wyczuwa się na jej powierzchni zaokrąglenie wielkości połowki średniego jabłka.

Zanim przystąpimy do omówienia wyników badań laboratoryjnych, przedstawimy kolejno nasz bieg rozumowania, który skłonił nas do wszczęcia badań w pewnym, określonym kierunku. Otóż, jakie możliwości wchodziły tu w rachubę? 1) zaburzenia w krążeniu pod postacią biernego czy czynnego przekrwienia wątroby, czy też jej zawału, 2) zmiany wsteczne w skrobiawicy, 3) zmiany nowotworowe, 4) wszelkie postaci marskości wątroby, 5) choroby krwi, 6) gruźlica, promienica i kiła wątroby, 7) ropień wątroby — odrzuciliśmy, gdyż brak było jakichkolwiek danych,

które pozwalałyby na przyjęcie którejkolwiek z powyższych możliwości. Przeciwnie kamicy wątrobowej, która przebiegałaby z przewlekłym stanem zapalnym prawego płata wątroby, wywołującym rozrost tkanki łącznej przemawiał brak bolesności w okolicy pęcherzyka żółciowego oraz zbyt twarda jednak spistość narządu. Pozostał nam zatem wątpliwy wątroby, na którego korzyść zanotowaliśmy zbitość wątroby oraz wypukłość w ograniczonym jej odcinku, wskazującą prawdopodobnie na obecność torbieli. Potwierdzenie rozpoczęcia znaleźliśmy w badaniach laboratoryjnych, stwierdzając we krwi eozynofilię, wynoszącą ok. 8% (w stolcu pasorzytów nie wykazano), oraz odczyn W e i n b e r g a silnie dodatni. Hepatolienografia, wykonana w II Instytucie Rentgenologicznym U. W. (Doc. Dr. A. E l e k t o r o w i c z), wykazała w wątrobie obecność guza, odpowiadającego położeniu wypukłości wątroby. Dla porządku muszę zanotować fakt, że w żółci B. stwierdziliśmy liczne *lamblia intestinalis*, których obecność mogłaby nam tłumaczyć eozynofilię. Brak jednak w tej treści objawów zapalnych przemawiał zarówno przeciwko kamicy żółciowej, jak i przeciw bólowi, mającym swe źródło w umiejscowieniu się w drogach żółciowych wielkouszcza jelitowego.

Opierając się zatem na danych badań: fizykalnego, laboratoryjnych, rentgenologicznych, dochodzimy do wniosku, że w naszym przypadku mamy do czynienia z bąblowcem wątroby.

Dyskusja. K o l. G r o t t, (streszczenie własne).

Eozynofilia nie jest objawem charakterystycznym dla lamblizacji, wobec czego jej wystąpienie w przypadku prelegenta należy raczej przypisać bąblowcowi.

Ze względu na charakterystyczny zbieg okoliczności, t. j. współistnienie bąblowca i zakażenia wielkouszczem jelitowym pozwolę sobie zaznaczyć, że podobny przypadek dawniej, gdyż jeszcze w r. 1875, Prof. L a m b l, ówczesny prof. Un. Warsz., opisał pod tytułem: „Przypadek *Cercomonas intestinalis* et *echinococcus in hepate hominis*”. Opis ten dotyczy chorego ogrodnika E. C., lat 25, u którego, podczas badania pośmiertnego, stwierdzono w płynie, znajdującym się pomiędzy otoczką wątroby i torbielą bąblowca, ciecz śluzową, w której badanie, wykonane w obecności prof. B r o d o w s k i e g o i D r ó w W r z e ś n i e w s k i e g o, L e w i c k i e g o i G a n i n a, wykazało obecność licznych, żywych wielkouszczów jelitowych. Jest to zupełnie możliwe, gdyż, jak podaje W e t z l e r, wielkouszcze jelitowe, znajdując się poza obrębem ustroju gospodarza, zależnie od okoliczności, może dawać oznaki życia w ciągu od 2 do 36 godz.

7. K o l. R o g u s k i J. przedstawia „Przypadek całkowitej utraty włosów po ostrej chorobie zakaźnej”. (Streszczenie własne).

Chory lat 25, z zawodu tokarz, zgłosił się do II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W. z prośbą o przywrócenie utraconego przed 8 miesiącami włosów. W grudniu r. 1930, wśród ogólnego niedomagania, zaczęły choremu stopniowo wypadać włosy z głowy, poczem i w innych miejscach skóry. Po 2 tygodniach gorączka sięgała powyżej 40 st.; chory w ciągu kilku dni był zamroczony. Po kilku dniach ciepłota spadła do 38 st., aby w ciągu 2 tygodni wrócić do normy. W tym okresie chory utracił wszystkie paznokcie obu kończyn górnych. Po ustąpieniu gorączki chory był całkowicie pozbawiony włosów. Paznokcie zaczęły szybko odrastać i obecnie są ukształtowane prawidłowo. W wywiadach pozatem należy zanotować nadużywanie przez chorego alkoholu. W 10 roku życia chory przeżył czerwone. Na parę tygodni przed opisaną chorobą gorączkową zakażył się rzeżączką, która przebiegała z zapaleniem prawego najądrza. Przed 3 laty stwierdzał w stolcu glisty.

Badanie przedmiotowe wykazuje skórę o zlekka łuszczącym się naskórku, pozbawioną całkowicie wszelkiego uwłosienia oraz meszku włosowego. Wyraźne drżenie rąk. Tarczycza nie powiększona. Jądro prawe wielkości orzecha włoskiego, twarde, niebolesne. Tętno 60—72 na minutę (w całkowitym spokoju). Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na 2 palce, miękka, bolesna. Eozynofilia we krwi 7,5%. Jaj pasorzytów w stolcu nie wykryto. Podstawowa przemiana materii zmniejszona o 47—58%. Odczyn W a s s e r m a n n a i cytocholowy ujemne. Surowica chorego aglutynuje prątki duru rzekomego B 1:200; duru rzekomego C zaś 1:100. Ze stolca chorego wyhodowano w P. Z. H. prątki czerwone typu F l e x n e r a. Badanie układu węgetatywnego (próba D a n i e l o p u l u, adrenalinowa i pilokarpinowa) wykazuje hiposympatykotonję oraz mierną hiperwagotonję.

Badanie histopatologiczne wycinka skóry ze wzgórka łonowego, wykonane przez Zakład Anatomji Patologicznej U. W., wykazało „pod nabłonkiem tkankę włóknistą z naciekami limfocytarnymi, ogniskującymi się głównie dookoła naczyń torebek

włosowych; jeszcze głębiej znajdują się gruczoły łojowe i gruczoły potowe, dość znacznie rozgałęzione”.

W przypadku naszym stwierdzamy zatem utratę uwłosienia zupełną (*alopecia totalis*) w czasie choroby gorączkowej. Osobnik nasz przedstawia objawy hiposympatykotonji oraz hiperwagotonji oraz zaznaczone objawy nadczynności tarczycy (drżenie rąk, wzmożoną przemianę podstawową). Mechanizm działania czynnika toksycznego i punkt jego działania na skórę (miejscowo, przez układ współczulny czy też gruczoły wydzielania wewnętrzznego) jest w chwili obecnej niemożliwy do rozstrzygnięcia.

Dyskusja. K o l. F i l i n s k i przypuszcza, że czynnik zakaźny zadziałał bezpośrednio na samą skórę. Zachodzi tu podobieństwo do duru brzuszego i plamistego, tylko że tam stan uwłosienia poprawia się. Podobny przypadek spostrzegaliśmy u małego dziecka. Przyczyną była również jakaś sprawa gorączkowa, jednak bliższych danych nie można było uzyskać. Z gruczołów wydzielania wewnętrznego tylko tarczycza i gruczoły płciowe mają wpływ na stan uwłosienia. Wyłysienie zdarza się najczęściej w niedomodze wydzielniczej tarczycy.

K o l. G e r n e r zwraca uwagę na wpływ nadnerczy na siłę uwłosienia. W przedstawionym przypadku mówiono stale o nadczynności tarczycy. Chory ma wprawdzie nieco wzmożoną przemianę materii, ale ma zwolnione tętno, i rozpiętość parcia krwi nie jest tak znaczna, jak w chorobie B a s e d o w a. Wypadałoby pазnokci może wskazywać zarówno na nadczynność, jak i niewydolność tarczycy. Dlatego też w tym przypadku należy raczej mówić o rozchwianiu czynności tarczycy (*dysthyreosis*). Podobne przypadki spostrzegano i leczono małymi dawkami tarczycy (L e w i j), i uwłosienie wracało.

K o l. G r z y b o w s k i sądzi, że w przypadku tym najprawdopodobniej było tylko zapalenie najądrzy, a nie jąder, które były zdrowe, nie mogły one przeto wpływać na wypadanie włosów. Wyłysienie plackowate (*alopecia areata*) łączy się z nadczynnością tarczycy, i to znajduje często potwierdzenie. Wpływ może mieć także układ sympatyczny. Spostrzegano, że po okółotężnicznym wycięciu nerwów współczulnych (*sympathectomia periarterialis*) paznokcie odrastają. Doświadczalnie udaje się wywlecć wyłysienie ogólne przez podawanie *thalii acetici* (działanie ośrodkowe przez tarczycę i układ współczulny). W chorobach zakaźnych nigdy nie wypadła meszka, co należy od odmienności unerwienia włosów i meszku. Z tego też względu należy odrzucić tu tło zakaźne wyłysienia.

K o l. H i g i e r (streszczenie własne).

Interpretacja przypadku wobec braku obserwacji z okresu ostrego, gorączkowego jest wielce utrudniona. Analogizowanie przez przedmówców postaci „*alopecia localis*” z demonstrowaną „*alopecia universalis*” jest chybione. Są to dwie zupełnie odrębne sprawy: pierwsza jest po większej części sprawą zapalną lub pasorzytniczą (*pilogen, papillogen*), wyjątkowo nerwową (*neurogen*). To samo tyczy się wspomnianej w dyskusji *area Celsi*, która, jako wyłysienie plackowate, wysepkowate, może być pochodzenia jednego i drugiego. Hipertrychozę miejscową H. widział po p o s t r z a ł a c h w o b r ę b i e n. k u l s z o w e g o, lokalną hipertrychozę spotykał również na tle nerwowym w p o r a ż e n i u d z i e c i e c e m jednej kończyny w chorobie rdzeniowej H e i n e - M e d i n a. O wiele ciekawsze i rzadsze są ogólne utraty uwłosienia, które sztucznie, drogą toksyczną udaje się wywlecć przy wprowadzeniu do ustroju *thallium aceticum* u ludzi i zwierząt.

Podczas wojny opisywano takie wyłysienie rozlane po ciężkich u r a z a c h s o m a t y c z n y c h czaszki (*commotio cerebri*) i po ciężkich wstrząsach i urazach duchowych (*commotio psychica*).

Częste są wyłysienia endokrynopatyczne, wologruczołowe, poddające się czasem organotapii. Nie sądzę atoli, aby przedstawiony chory należał do tej kategorii. Pojedyncze drobne objawy B a s e d o w a nie wystarczają tu do rozpoznania. Zresztą, utratę uwłosienia — zazwyczaj częściową — obserwuje się tu i ówdzie w tyreopatiach, ale tylko w hipotyreoizie (*myxoedema*), nie zaś w hipertyreozie (*morbis Basedowi*).

Trudno tu także mówić o *alopecia postinfectiosa vulgaris*, która, jako spotęgowane lenienie zjawia się zwykle w kilka tygodni po przebytem zakażeniu (nie zaś, jak w danym przypadku, już w pierwszych tygodniach choroby), nie jest tak doświadczenia, uniwersalna, tak złośliwa i długotrwała (blisko ręk). Z pojęciem k o n s t y t u c j o n a l n e j n a d w r a ż l i w o ś c i s k ó r y i a p a r a t u w ł o s o w e g o (u b l o n d y n ó w z j a s n ą t ę c z ó w k ą) też nie wiele wskórały przy rokowaniu lub ustalaniu patogenety.

Dla bliższego określenia siedliska choroby powołać się wypada na pojedyncze obserwacje analogicznego wyłysienia i to-

jotoku w przebiegu i podczas e p i d e m i i *encephalitis lethargica i polyneuritis acuta infectiosa*. W tych cierpieniach przypuszcza się uszkodzenie ośrodków naczyń nerwowych — trójkątnego tkankę powierzchniowych czyli ośrodków włosoregulacyjnego — w rodzaju ośrodków termo- i glikoregulacyjnego, wodno- i soloregulacyjnego, — położonego w międzymózdożu, *hypothalamus ventralis*, od którego dalsze toż bieżą przez szare jądra pnia mózgowego i rdzenia do obwodu. Do tego wegetatywnego ośrodku podstawowego dopływają stale bodźce psychiczne i hormonalne, czuciowe i toniczne od segmentów pnia mózgowego (włosy czaszki, brwi, rzęs, wąsów), tułowia (włosy pachy i pachwiny) i kończyn.

Nie jest przeto wyłączone, że chory przechodził *encephalitis diencephali acuta*, która już w pierwszych tygodniach dotknęła ośrodek główny włosoregulacyjny w *hypothalamus*, w pobliżu wodociągu Sylwiusza, co dało tak wczesną i tak zupełną łysinę.

Rokowanie nie łatwo w tym przypadku postawić. O ile naogół uszkodzenie włóków nerwowych na obwodzie (*polyneuritis infectiosa*) ulega nieraz, jak wszystko na obwodzie, szybkiej odbudowie, o tyle zajęcie samego ośrodku daje ciężkie rokowanie, mniejsza o to, czy zajęta jest substancja szara w węzłach podstawy mózgu, czy też w przednich rogach rdzenia, lub też w sąsiednim pęczku przedniobocznym.

K o l. R o g u s k i stwierdza, że wypadanie i brak włosów mogą być zarówno w nadczynności, jak i niewydolności wydzielniczej tarczycy.

8. K o l. G r o t t J. W. i P e t r y m o w s k i W. emawiają „Zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkościami jelitowymi”, (streszczenie własne).

Stosując systematyczne zgłębnikowanie dwunastnicy we wszystkich przypadkach cierpień wątroby, autorowie wykryli u 18 osób zakażenie wielkościami jelitowymi (*Lamblia intestinalis*). Niejednokrotnie *lamblia* była przyczyną ciężkich powikłań oraz uporczywego przebiegu choroby. Stwierdzenie jej obecności u chorego pozwalało w tych przypadkach nie tylko na ustalenie istotnej przyczyny cierpienia, lecz również umożliwiło zastosowanie skutecznego leczenia.

Przed zakażeniem wielkościami jelitowymi nie chroni ani prawidłowa ani też podwyższona kwasota treści żółdkowej; eozynofilia również nie jest objawem charakterystycznym wbrew temu, co zwykle spotyka się w innych stanach chorobowych wywołanych przez pasożyty.

Badanie stolców, pomijając dość kłopotliwą technikę, ze względu na t. zw. ujemne okresy w wydalaniu torbieli (cyst) przez wielkościami jelitowymi, posiada b. względną wartość dla rozpoznania, tak, że jedynie wydobyte treści dwunastniczej zgłębnikiem E i n h o r n a może być uważane, jako jedyny czynnik, rozstrzygający o obecności lamblji w ustroju.

Jako środki lecznicze autorowie stosowali Novarsenobenzol Billon dożylnie lub Stovarsol L. S. S. doustnie. Na mocy własnego doświadczenia autorowie uważają, że w walce z uporczywym cierpieniem, jakim jest zakażenie dwunastnicy i dróg żółciowych wielkościami jelitowymi — najbardziej skuteczne jest leczenie skombinowane novarsenobenzolem i stovarsolem.

W pierwszym okresie leczenia, dla szybkiego opanowania choroby, należy dawać dożylnie novarsenobenzol oraz stosować zgłębnikowanie dwunastnicy z następczym przemywaniem słabym roztworem L u g o l a. Później zaś, przez czas dłuższy, dobrze jest podawać okresowo stovarsol doustnie. Leczenie można uznać za ukończone dopiero wtedy, gdy okresowo powtarzane zgłębnikowanie dwunastnicy wykaże brak nawrotów cierpienia przynajmniej w ciągu 6 miesięcy.

Dyskusja. K o l. F i d l e r uważa, że stovarsol działa bardzo dobrze w tego rodzaju schorzeniach. Prelegenci nie otrzymali z nim dobrych wyników, gdyż zaczęli leczenie od novarsenobenzolu.

K o l. G e r n e r stwierdził, że torbiele w kale zdarzają się rzadko. Różnicowanie ich jest bardzo trudne ze względów technicznych i zwykle daje wyniki niepewne.

K o l. P e t r y n o w s k i leczył parę przypadków początkowo stovarsolem, jednak bez skutku. Dopiero podanie novarsenobenzolu dało dobre wyniki. W mniej niż w połowie przypadków w kale nie znaleziono torbieli, mimo stosowanych barwien (eozyna, płyn L u g o l a).

K o l. G r o t t w odpowiedzi kol. G e r m e r o w i zaznacza, że właśnie w referacie naszym specjalnie podkreślił, że w praktyce nie można polegać na badaniu stolców na obecność torbieli wielkościami jelitowymi, i że tylko badanie treści dwunastniczej może być uważane, jako decydujące dla rozpoznania.

9. K o l. B a r t o s z e k T. wygłosił odczyt o „Leczeniu zimnicy” (streszczenie własne).

Prelegent omówił piśmiennictwo, dotyczące leczenia zimnicy, oraz podał sposób, wyniki leczenia w 24 własnych przypadkach. Wnioski ostateczne:

1. Na zasadzie obszernego piśmiennictwa, dotyczącego leczenia zimnicy, należy wnosić, że dotąd niema jeszcze środka, któryby okazał się lepszy i zastąpił całkowicie chininę w leczeniu zimnicy.

2. Najstaranniejsze leczenie chininą nie zapewnia doświadczonego wyleczenia zimnicy.

3. Opierając się na punkcie 2-gim, należy obok leczenia chininą, stosować środki pomocnicze. Najdziałniejszym lekiem, wspierającym chininę w czwartaczce, jest białek metylenowy, w trzeciaczce preparaty arsenobenzolu, w zimnicy podzwrotnikowej — plazmochina.

4. W czwartaczce i trzeciaczce plazmochina może do pewnego stopnia zastąpić chininę.

5. W leczeniu zimnicy bardzo jest wskazane stosowanie metod prowokacyjnych. (Odczyt w całości będzie wydrukowany w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej).

Dyskusja. K o l. O r ł o w s k i zwraca uwagę na pominięcie niektórych skutecznych sposobów leczenia, stosowanych w czasie wojny światowej w przypadkach, gdy chinina zawiodła. Do nich należą: dożylnie wstrzykiwanie *natrii kakodylicy*, podskórne — strychniny z dodatkiem chininy. Na Polesiu leczą zimnicę jodem. Kojarzenie jodu z chininą działa dobrze w tych przypadkach, gdzie sama chinina nie daje wyniku. Zapytuje, w jaki sposób dokonano prowokacji w przypadku leczonym plazmochiną.

K o l. B a r t o s z e k odpowiada, że wstrzyknięto 1 cm.³ adrenaliny 1 : 1000 oraz dokonano jednego naświetlenia śledziony promieniami R o e n t g e n a. Krew badano parokrotnie.

K o l. O r ł o w s k i stwierdza, że posiadamy około 20 metod prowokacji. Należy wybrać jedną, a gdy ta zawodzi próbować innej. Adrenalinę wstrzykuje się przez trzy dni, a krew trzeba badać w trzeciaczce na 3—4 dzień, w zimnicy podzwrotnikowej nawet na 14-ty. Śledzionę naświetla się zazwyczaj kilka razy, a badanie krwi wykonywa się nawet do 2-tych tygodni.

Prowokację uważa się za udaną, gdy wystąpi napad, lub gdy we krwi znajdują się pasorzyty.

K o l. B r a t k o w s k i przypomina o ludowych środkach leczenia. W Rosji używają nalewki słonecznikowej (*trahelanti annuli*) w przypadkach, gdy chory nie znoszą chłamu. Stosuje się ją 30—60 kropli 3—4 razy dziennie, a nawet łyżeczkami od herbaty (o ile chory znosi). Leczenie trwa kilka dni, później następuje przerwa. W Polsce spotykał leczenie nalewką alkoholową z kawy niepalonej. Jest ona strasznie gorzka.

Posiedzenie zamknięte o godz. 10 min. 37.

Zastępca Sekretarza Drocznego:

Karol Chodkowski.

Prezes:

Witold Orłowski.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dnia 10 października 1931.

Przewodniczył prof. Szymanowski.

Anastazy Landaui Włodzimierz Hejman.

O skazach krwotocznych.

Na podstawie 75 własnych przypadków omówiono dotychczasową klasyfikację i patogenezę skaz krwotocznych. We wszystkich postaciach skazy (niedokrzepiwej, małopłytkowej, naczyniopochodnej) wprowadzono podział na krwotoczność jawną i utajoną. Z 36 przypadków chorób wątroby i żółtaczek krwotoczność ujawniła się cztery razy; jeden raz w przypadku żółtaczki miąższowej, trzy razy w przebiegu zaniku wątroby; skaza krwotoczna, występująca w chorobach wątroby, miała typ niedokrzepiwy z dodatkiem naczyniowym i pewnym upośledzeniem narządu płytkotwórczego.

W dziedzinie skaz małopłytkowych opisano trzy przypadki pierwotnej i cztery wtórnej małopłytkowości; stwierdzono daleko posuniętą niezależność ujawniania się krwotoczności od liczby płytek i czasu krwawienia oraz brak ścisłej zależności pomiędzy ostatnimi czynnikami. Małopłytkowość wtórna występowała w przebiegu białaczki szpikowej i limfatycznej, w jednym przypadku stanowiła końcowy etap ciężkiej eustronnej gruźlicy płuc. W niedokrewności złośliwej stwierdzano również zespół małopłytkowy; wprawdzie jawną krwotoczność wystą-

piła tylko w jednym przypadku (na ogólną liczbę 13-tu), jednak w 12 przypadkach liczba płytek była zmniejszona poniżej 100000 w 1 mm.³, zaś w 6 przypadkach występował dodatni objaw cpas-kowy, oraz stwierdzano przedłużenie czasu krwawienia.

W dziedzinie skaz naczyńopochodnych brak jest ścisłych podstaw, ograniczających krwotoczność naczyńoporażenną od naczyńozapalnej. Omówiono 4 przypadki choroby H e n o c h - S c h ö n l e i n a: 3 razy stwierdzono dodatni odczyn W a s s e r m a n n a, w jednym przypadku zespół H e n o c h - S c h ö n l e i n a wystąpił w przebiegu przewlekłego zapalenia wsierdza.

Do dziedziny skaz naczyńopochodnych należy również krwotoczność w przebiegu chorób nerek; krwotoczność ta ujawnia się dopiero przy wysokich stężeniach składników azotowych. W jednym przypadku w przebiegu mocznicy wystąpił typowy zespół krwotoczności małopłytkowej.

Z 11 przypadków zwalniającego zapalenia wsierdza krwotoczność jawna wystąpiła 3 razy.

Zwrócono uwagę na rolę układu naczyniowego w ujawnianiu się krwotoczności. Podkreślono, że sama małopłytkowość, a nawet zupełny brak płytek nie jest w stanie wywołać jawnej krwotoczności; również daleko nawet posunięta niedokrzepliwość nie wystarcza do ujawnienia się skazy. Decydującą rolę gra układ naczyniowy, rozporządzający zdolnością zwężania i rozszerzania włóscinek, a tem samem zmniejszania i zwiększania ich przepuszczalności.

W dyskusji T r e n k n e r podkreśla, że termin żółtaczka nieżyłowa — *icterus catarrhalis* jest niewłaściwy. Żółtaczka miąższowa jest pochodzenia zakaźnego, w wielu przypadkach ostrej żółtaczki znajdowano paradur. Skaza krwotoczna w przebiegu żółtaczki miąższowej jest, podobnie jak sama żółtaczka, pochodzenia zakaźnego.

W odpowiedzi L a n d a u zgadza się, że pojęcie żółtaczki kataralnej jest mylne; jest to żółtaczka miąższowa, która nie zaczyna się bynajmniej od zapalenia dróg żółciowych. Oczywiście i w cytowanym przypadku żółtaczki miąższowej skaza krwotoczna może być pochodzenia toksyczno-infekcyjnego. Przypadek ten jest jedyny, niemający żadnego poprzednika w piśmiennictwie; E p p i n g e r twierdzi, że w żółtaczkach miąższowych skazy krwotocznej nie bywa.

Z j a z d y

Wrażenia z IV-go Zjazdu Towarzystwa Okulistów Polskich w Krakowie.

I znów cichy, owiany smętkiem, okryty patyną Kraków udzielił gościny garści z nas, cośmy się zjechali zewsząd, aby przedstawić swój dorobek naukowy za ubiegłe trzy lata, podzielić się nim z kolegami, porozprawiać o naszej gałęzi wiedzy lekarskiej na posiedzeniach naukowych, w przerwach zaś obiadowych lub wieczorem po skończonym posiedzeniu o doł i niedoł swego zawodu swobodnie pogawędzić.

Utarło się już niemal śród wszystkich lekarzy przekonanie, że w żadnym z miast zjazdu lekarskie tak świetnie się nie udają, jak w Krakowie. Zawdzięczać to należy i temu nastrójowi, jakiemu się każdy z uczestników mimowoli poddaje, skoro tylko stanie na bruku krakowskim, przejdzie się po Planach, rejczy się po Rynku, ale też niemniej tej zdolności organizowania zjazdów i tej serdeczności w otaczaniu swych gości, jakimi się niezaprzeczenie i już tradycyjnie odznaczają koledzy krakowscy.

Na listę uczestników Zjazdu zapisało się przeszło 90 okulistów z całego Państwa. Dzięki nadzwyczajnej sprężystości przewodniczących, którzy pilnowali przestrzegania regulaminu obrad (programowy wykład — 45 minut, inne wykłady — 10, pokaz — 3, przemówienia w rozprawach — 3 minuty) zdołano wyczerpać cały program posiedzeń, który obejmował 66 odczytów i pokazów, tak, że nikt z tych, co odczyt zgłosili, nie odpadł, co niezawsze zdarza się na zjazdach, a co zawsze pociąga za sobą pewne rozgoryczenie u tych, co do głosu nie doszli. A więc przykład godny do naśladowania dla innych zjazdów...

Jedno z posiedzeń odbyło się w Zakładzie leczniczym Uniw. Jagiel. dla dzieci, dotkniętych jaglicą, we Witkowicach pod Krakowem, dokąd nas zawieziono samochodami. O tym Zakładzie godzi się choćby słów kilka wspomnieć. Powstał on przed niespełna 10-u laty celem izolowania i leczenia dzieci, przeważnie z zakładów opiekuńczych i sierocińców, w których

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

H a c k e r demonstrował na posiedzeniu czerwcowem Tow. pediatr. w Wiedniu (W. m. W. Nr. 41) przypadek *białaczki limfatycznej* u chłopca 6½-letniego. Chłopiec bladej z pakietami gruczołów chłonnych na szyi wielkości sporego jaja, oddzielnie macalnych i z powiększonymi gruczołami pod brodą, w pasze i w pachwinie. Wykazywał pozatem niebieskawe wynacznienie na lewym przedudziu. W narządach wewnętrznych, poza rcpnym niezłym nosa i zapaleniem ucha środkowego, żadnych zmian szczególnych. We krwi było 70 tysięcy białych krążków, w tem 3% mylocytów, 4% komórek szpilkowych, 13% segm., 80% limfocytów przeważnie małych, pozatem czerwone krążki z jądrami i makrocyty. Sledziona o ostrym brzegu. Po pierwszym naświetlaniu promieniami R o e n t g e n a żadnego odczynu, po drugim ciepłota podniosła się do 39,5 i wystąpiły wylewy krwawe na tułowi, na kończynach, na słuzówce policzków i na podniebieniu, objawy anginy z nalotami i odór z jamy ustnej. Gruczoły na szyi, wątroba i sledziona uległy znacznemu obrzmieniu. Liczba białych krążków wzrosła. Po trzecim naświetlaniu liczba białych krążków spadła. Na uwagę zasługuje w tym przypadku brak zmian na słuzówce, dziąsłach i na skórze. Od czerwca dziecko jest bez gorączki.

Na tem samem posiedzeniu A b e l s demonstrował przypadek *poodrowego cierpienia poprzecznego rdzenia*, dotyczący ośmioletniej dziewczynki, która po dwudniowym okresie bezgorączkowym po odrze dostała gorączki do 39 st., trwającej tylko dwa dni. Wówczas stwierdzono bezwład dolnych kończyn, brak odruchów ścięgowych, dwustronny B a b i Ń s k i, osłabienie m. *detrusoris*, wybitne przeczulenie całej skóry; pod wpływem naświetlania promieniami R o e n t g e n a nastąpiło szybkie wyzdrowienie.

Według K r a u s a (D. m. W. N. 43), M e d l a r i S a s a n o w Ameryce demonstrowali na posiedzeniu National Assoc. of Tuberculosis swe doświadczenia, według których szczep BCG, hodowany na płynnym podłożu z dodatkiem surowicy królika, *odzyskuje swą zjadliwość pierwotną* i wywołuje wtedy u świnki, królika i cieląt gruźlicę postępującą. K r a u s zaznacza, że miał możność przekonania się w Mc Gregory Sanatory, że zarówno znane już doświadczenia P e t r o w a, jak i wymienione powyżej M e d l a r a są słuszne.

po wojnie (reemigracja, wędrowki z jednej dzielnicy kraju do drugiej) zaczęła w zastraszający sposób szerzyć się jaglica. Można było z nią skutecznie walczyć jedynie za pomocą zupełnego odseparowania dzieci chorych od zdrowych, co też uczyniła Klinika Oczna U. J. przy poparciu Rządu. Zważywszy, że leczenie jaglicy zazwyczaj trwa miesiące i lata, i że dzieci chore na nią w przeważającej liczbie przypadków podczas leczenia mogą uczyć się lub przygotowywać się do jakiegokolwiek zawodu, powstała we Witkowicach normalna 7-io oddziałowa szkoła powszechna, warsztaty bieliźniarskie, krawieckie i szkoła gospodarstwa wiejskiego. Przewodzą temu wszystkiemu prof. M a j e w s k i, kierownik działu leczniczego, i prof. G o d l e w s k i, kierownik działu wychowawczego i kształcącego. Zwłaszcza prof. G o d l e w s k i e m u należą się od całego społeczeństwa najwyższe słowa uznania i podzięka za to, co dla tej dziatwy (Witkowice mogą pomieścić do 400 dziewcząt z całej Polski) zdziałał, i za to, że nie ustaje w dalszej swej ofiarnej pracy.

Z całego szeregu tematów, na Zjeździe poruszonych, oczywiście sposób wymienianić wszystkich, należy więc do ważniejszych się ograniczyć. A więc prof. K a p u s c i Ń s k i z Poznania w odczycie programowym omawiał sprawę, będącą dziś na porządku dziennym wszystkich zjazdów i posiedzeń towarzystw okulistycznych w Europie i Ameryce: „O nowych metodach leczenia oderwania siatkówki”. Poniekąd koreferentami byli: kol. Z a m e n h o f z Warszawy i kol. G r a d z i e l s k i z Lwowa. Z rozpraw, jakie po tych odczytach się rozwinęły, należy wnioskować, jak to zresztą prawie wszędzie daje się uchwycić, że nowe zabiegi operacyjne, zalecane przez G o n i m a z Lozanny i G u i s t a z Wiednia, nie są jeszcze, niestety, środkiem niezawodnym dla zwalczania tego groźnego cierpienia, lecz stanowią one niewątpliwie wielki krok naprzód w dziedzinie leczenia ocznego, które nie mogło się szczyścić osiągniętymi dotąd wynikami.

Drugim tematem, który również wzbudził zainteresowanie

uczestników Zjazdu, była odmiana operacji zaćmy starczej, tak zwane wyjęcie zaćmy w torebce. Tu dzielili się swymi spostrzeżeniami nad tym nowym zabiegiem operacyjnym w tak rozpowszechnionem schorzeniu, jakim jest zaćma. Koledzy: K l a r z Katowic, Z a m e n h o f z Warszawy i doc. A b r a m o w i c z z Wilna. Wyniki tej metody operacyjnej niezaprzeczenie są znacznie lepsze od dawniejszych.

Trzeci temat programowy p. t. „O zezie i jego leczeniu” miał swego referenta w osobie doc. M e l a n o w s k i e g o z Warszawy.

Z innych odczytów wymienię tylko niektóre tytuły i nazwiska referentów: Prof. L a u b e r (Wiedeń) „O kilku przypadkach guzów przysadki mózgowej”; E n d e l m a n (Warszawa) „Drugi i trzeci przypadek choroby O g u c h i e g o w Europie”, Z a m e n h o f (Warszawa): „O cięciu strzałkowym w operacjach jaskry”, W e i n g o t t (Warszawa): „Istota, pochodzenia i leczenia stanów chorobowych, ujętych mianem „Irido-cyclitis glaucomatosa”, M i c h n i e w i c z ó w n a i W i e c z o r e k (Warszawa): „Potrzeba badań bakteriologicznych przed operacjami na gałce ocznej”, J a s i ń s k i (Łuck): „Znaczenie tkanki łącznej ze stanowiska fizyko-chemicznego”, W i l c z e k (Kraków): „Przyczynę do metody M a j e w s k i e g o nystagmografii klinicznej”, Z a m e n h o f (Warszawa): „Dno oka w świetle zgniskowania”, Doc. B r u d z e w s k i (Kraków): „Stosowanie tebeptyny T o e n i s s e n a w schorzeniach gruczołowych oka”, E n d e l m a n (Warszawa): „W sprawie stosowania białka pozajelitowego w leczeniu ocznym”, J a k u b i a k (Poznań): „Rad w leczeniu zapalenia miąższowego rogówki”, N a r ó g (Lwów): „Zastosowanie i wartość lecznicza diatermii w chorobach oczu”, Prof. M a j e w s k i (Kraków): „Pogląd na wyniki leczenia jaglicy w Zakładzie Witkowskim, Z a c h e r t (Warszawa): „Wyniki dotychczasowej akcji zwalczania jaglicy w Polsce”, E n d e l m a n (Warszawa): „Poronne przypadki nieżyty wiosennej”,

R o s e n h a u c h (Kraków): „Nasadki szklane Z e i s s a”, G r a f o w a i L u f t m a n (Lwów): „Rzadsze wady rozwojowe dna oka”.

A teraz jeszcze kilka słów o dwóch deniesieniach, mających znaczenie ogólniejsze: Kol. S z y m a n o w s k i z Bydgoszczy poruszył sprawę szkół dla słabo widzących dzieci. Jest to rzeczywiście nader paląca sprawa, która znalazła już rozwiązanie na Zachodzie, u nas zaś jest prawie niełknięta. Dzięki inicjatywie kol. Sz. powstał już w Bydgoszczy załączek takiego szkolnictwa w postaci jednego oddziału w jednej ze szkół powszechnych. Zjazd na wniosek prof. S z y m a ń s k i e g o (Wilno) powziął uchwałę zwrócenia się do Władz z przedstawieniem nieodzownej potrzeby założenia takich szkół czy też klas we wszystkich większych miastach Rzeczypospolitej.

Kol. Z a c h e r t (Warszawa) w odczycie: „Stan i potrzeby naszego szpitalnictwa okulistycznego” zwrócił uwagę na sprawę, która oddawna jest jedną z naszych bolączek, mianowicie, na zupełnie niewystarczającą liczbę łóżek dla chorych ocznych w szpitalach specjalnych i ogólnych z oddziałami okulistycznymi. I w tej sprawie Zjazd uchwalił zwrócić się do Władz.

Nie mogę jeszcze pominąć milczeniem wystawy retrospektywnej rycin z historii okularów, jaką ze swych zbiorów urządził prof. R e i s z e Lwowa. Miłośnicy starych rycin i sztychów lub nowoczesnej karykatury mogli tam oglądać okazy, których posiadania szczerze zazdrościli zbieraczości.

Nie mniej, aniżeli strona naukowa, udała się w Krakowie strona towarzyska Zjazdu. Na kolacji wspólnej panował nastrój tak serdeczny, jakiego sobie przypomnieć nie mogę z żadnego z zebranych koleżeńskich, jakie przy tego rodzaju okazjach się odbywają. Lecz już prawdziwie niezapomnianem dla nikogo z nas wydarzeniem będzie wycieczka samochodami do Ojcowa i Piaskowej Skały, gdzieśmy w cudny dzień jesienny mogli się rozkoszować pięknem, jakie na tym skrawku ziemi czuła się pełną ręką przyroda.

L. E.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Szpitalnictwo w świetle obrad II Międzynarodowego Zjazdu Szpitalnictwa w Wiedniu.

Podat

Zygmunt KURLANDSKI

delegat szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów (Warszawa)

(Referat wygłoszony na posiedz. Polsk. Tow. Pedjatr. 21.X.1931).

Sprawa opieki społecznej i organicznie związanej z nią rozwój szpitalnictwa posunęły się we wszystkich krajach globu ziemskiego szybkimi krokami naprzód. Wyłaniające się w tej dziedzinie coraz to nowe zagadnienia oraz potrzeba wymiany myśli w tych tak ważnych sprawach, obchodzących ogół ludzkości, dały impuls do zwołania międzynarodowego kongresu szpitalnictwa. Pierwszy kongres odbył się w Atlantic City (St. Zjedn. Ameryki Północ.) w r. 1929. Szczęśliwą uchwałę powziął Wydział Wykonawczy I zjazdu, przyjmując zaproszenie gminy m. Wiednia, by następny kongres odbył się w stolicy Austrii. W ten sposób dano możliwość uczestnikom II międzynarodowego kongresu szpitalnictwa zapoznać się z tak wielkimi zdobyczami na polu opieki społecznej i zdrowia publicznego, osiągniętymi przez gminę wiedeńską, jakich, prawie bez przesady rzecz można, nie ma w żadnym państwie. Uczestnicy zjazdu obejrzeli najbardziej nowoczesne szpitale, jak pawilon gruźliczy w Lainz, ginekologiczno-położniczy Brigita szpital, budowę nowych pawilonów w Wilhelminen szpitalu, domy robotnicze, prawie z przepychem budowane. wspaniałe kąpiele ludowe, jak Amalienbad i t. p. Zwłaszcza dla lekarza pedjatri było obszerne pole do studiowania rozmaitych zakładów opieki nad dzieckiem, jak, na przykład, zło-

bek dziecięcy Sandteiten, domy wychowawcze (Wilhelminenbergr, Zentralkinderheim), półkolonje (Girzenberg), stacje opieki nad matką i dzieckiem, Kinderübernahmestelle, pływalnie i t. p.

Zwiedzanie wszystkich tych zakładów odbywało się w godzinach popołudniowych specjalnie przeznaczonych przez miasto autobusami. W godzinach przedpołudniowych obradował kongres, na który przybyło około 500 lekarzy, architektów, dyrektorów szpitali oraz pracowników na polu opieki społecznej z 38 krajów. Z Polski przybyło kilkunastu delegatów, między innymi: dyrektor departamentu Służby Zdrowia Dr. Eugeniusz P i e s t r z y ń s k i, przedstawiciele Polskiego Tow. Szpitalnictwa Prof. Władysław S z e n a j c h i Dr. M o g i l n i c k i, i naczelnik Wydziału zdrowia magistratu m. stoł. Warszawy Dr. Czesław W r o c z y ń s k i. Kongres trwał od 8 — 14 czerwca.

Uroczystego otwarcia kongresu dokonał w sali ceremonialnej nowego pałacu (Neue Burg) prezes międzynarodowego Komitetu Szpitalnictwa Dr René S a n d. Mowy powitalne wygłosili prezydent republiki austriackiej M i k l a s, wicekanclerz S c h o b e r, burmistrz Wiednia S e i t z i starosta krajowy B u r e s c h. Obrady Kongresu odbywały się w sali Towarzystwa lekarskiego w domu B i l l r o t h a. Ogółem wygłoszono 10 referatów, codziennie 2 tematy.

Dr. W o r t m a n z Hilversum mówił o urządzeniach pomocniczych szpitala, które powinny wypełnić pewne luki w funkcjonowaniu tych instytucji. Urządzenia te mają dwójaki cel: 1) uprzyjemnienie pobytu choremu w szpitalu w sensie schroniska, hotelu, 2) uzupełnienie i poparcie wszelkich możliwości i sposobów leczenia fizykalnego chorego.

Szpital powinien nie tylko leczyć chorego, ale w miarę możliwości zastąpić mu środowisko domowe, z którego jest na pewien czas wyrwany. Szpitale stały się dzięki postępowi techniki i wiedzy wielkimi instytucjami badań i nauczania i straciły, jako ogniska cierpień ludzkich, dużo na swoim humanitarnym charakterze. Nowoczesny szpital powinien łączyć w sobie potrzeby fizyczne i duchowe chorego, człowiek bowiem jest jednostką psycho-fizyczną. Należy leczyć nie tylko niedomagania fizyczne chorego, ale również dobrze pamiętać przytem i o jego stronie duchowej. W tym celu szpital winien dbać o chorego w sensie:

- 1) zaspokojenia jego potrzeb religijnych,
- 2) sztuki, literatury i komfortu,
- 3) pracy produktywnej,
- 4) elementarnego i zawodowego nauczania,
- 5) sportów i gier,
- 6) służby społecznej.

W dyskusji dr. A l t e r z Düsseldorfu wypowiedział znaczenie tej służby społecznej szpitala, która powinna tworzyć całokształt opieki nad chorym jeszcze nawet przed przyjęciem do szpitala, następnie podczas pobytu w szpitalu, i wreszcie po wypisaniu go. W ten sposób Dr. A l t e r dzieli cały łańcuch opieki na 3 ogniska: *Vorsorge*, *Fürsorge* und *Nachsorge*.

W ten sposób rozbudowana opieka nad chorymi zmniejszyć może w znacznym stopniu liczbę dni szpitalnych.

Znakomity znawca djetetyki, obecnie kierownik specjalnego oddziału chorób przemiany materii w szpitalu miasta Wiednia w Lainz, Prof. v o n N o o r d e n wygłosił referat o odżywianiu chorych w szpitalu. Tam, gdzie dotychczas górowały leki internisty, nóż chirurga i maść dermatologa, zyskała sobie prawo obywatelstwa djetetyka. Dawniejsze 3 zasadnicze, niejako tradycyjne djetety szpitalne okazały się niewystarczające. Od czasu wprowadzenia badań nad przemianą materii (1880—1890) zaczęto tworzyć, zwłaszcza w klinikach uniwersyteckich, specjalne formy djet. Poza chlebem, wszystkie produkty spożywcze w stanie surowym dostarczane były do kuchni oddziałowej, tak zwanej *Teeküche*, gdzie, niezależnie od kuchni centralnej, siostra oddziałowa przyrządzała djetę podług wskazówek lekarza. System kuchni oddziałowych wprowadził pierwszy v. N o o r d e n w Frankfurcie w l. 1894—1906. Kuchenka oddziałowa (*Teeküche*) była zawiązkiem późniejszej kuchni djetetycznej, która poraz pierwszy powstała w Halle a S. u Prof. A d. S c h m i d t a. W miarę rozwoju wiedzy lekarskiej liczba djet coraz to powiększała się. Tworzono różne systemy diet, to podług grup chorobowych, to podług nazw choroby, jak, na przykład, nerkową, przeciwartretyczną wreszcie podług celu, jaki zamierzało się osiągnąć: tuczącą, odchudającą.

Prawidłowe funkcjonowanie nowoczesnego szpitala jest nie do pomyślenia bez kuchni djetetycznej, która powinna być całkowicie oddzielona od kuchni ogólnej centralnej. Koszt utrzymania chorego przy prowadzeniu kuchni djetetycznej nie o wiele się podnosi. Lekarz powinien utrzymywać ścisły kontakt z kuchnią djetetyczną, by móc w niej jednocześnie praktycznie szkolić asystentów i siostry. Po trzechletniej pracy oddziałowej albo rocznym praktycznym zajęciu w gospodarstwie domowym, posiadając przy tem średnie wykształcenie, można byłoby dopiero kształcić się na siostrę lub asystentkę djetetyczkę. Wyszkołnienie praktyczne winno odbywać się przy układaniu i sporządzaniu potraw w kuchni djetetycznej i to nie po-

dług recept, lecz podług wskazówek lekarza indywidualnie dla danego chorego z uwzględnieniem teoretycznych obliczeń wartości kalorycznej oraz składu surowców. Zasadniczym warunkiem djetetyki jest nie systematyka, lecz ścisła indywidualizacja.

O kosztach budowy szpitali referował architekt D i s t e l z Hamburga, jako przewodniczący międzynarodowej komisji budownictwa szpitali, powołanej do życia 13 maja 1930 r. W celu zbadania tego tak ważnego problemu komisja powołała przedstawicieli Ameryki, Anglii, Francji, Hiszpanji, Holandji, Niemiec i Szwecji. Referat ten był wynikiem ankiety, przeprowadzonej w rozmaitych krajach. Społeczeństwo zajmuje coraz bardziej pozytywne stanowisko w stosunku do szpitali. Roczna liczba pacjentów w szpitalach wynosi od 5—9% liczby mieszkańców miast. Dotychczas w dziedzinie budownictwa szpitali panuje chaos. W jednym i tem samym państwie podawane są przez różnych architektów różne zasadnicze dane co do systemu budowy, wysokości budynków szpitalnych, powierzchni użytkowej i t. d. Koszt budowy szpitala zależy od:

- 1) programu budowy i wyboru placu pod budowę,
- 2) przepisów budowlanych policyjno - urzędowych,
- 3) rozplanowania budynków,
- 4) konstrukcji budowy,
- 5) jakości wyposażenia technicznego i
- 6) koniunktury budowlanej.

Jako podstawowa jednostka obliczeniowa służy łóżko szpitalne, w stosunku do którego oblicza się kwadraturę powierzchni i kubaturę przestrzeni. W tej dziedzinie należy dążyć do międzynarodowej normalizacji. Obecnie w nowych szpitalach większe sale chorych znikają, natomiast powstają sale 6—4—3—2—1 łóżkowe.

Szpitale w przyszłości składać się będą z pokojów o pojedynczych łóżkach.

Ożywioną dyskusję o charakterze społecznym wywołał wykład Dr. L a y t o n a: „o wpływie ubezpieczeń na wypadek choroby na rozwój szpitalnictwa”. Niestety, Dr L a y t o n wywody swoje oparł wyłącznie na stosunkach, panujących w Anglii, gdzie ubezpieczenia społeczne noszą inny charakter, niż w pozostałych krajach Europy. To też tam nie uwidacznia się wpływ obowiązkowego ubezpieczenia na rozwój szpitalnictwa. Daje się jedynie zaobserwować wcześniejsze kierowanie chorych przez lekarzy praktyków na oddziały specjalne. Konieczność rzeczywistego kontaktu pomiędzy kliniką a polikliniką wymaga połączenia ambulatorjów ze szpitalami, co umożliwi również szybsze, łatwiejsze i wcześniejsze umieszczanie chorych w szpitalu. Przez kontakt obu tych instytucji lekarz ambulatoryjny uzyska również możliwość dalszego leczenia chorego, wypisanego ze szpitala. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa w Niemczech. Tam, jak w dyskusji podkreślili Prof. H o f f m a n n z Berlina, i przewodniczący związków kas niemieckich L a c h m a n n, szybki rozwój szpitalnictwa idzie w parze z rozwojem ubezpieczeń społecznych. Kasy Chorych w Niemczech zamierzają budować własne szpitale, by w ten sposób zmniejszyć koszty, jakie pokrywają za leczenie swych członków w szpitalach prywatnych i miejskich.

Prof. T a n d l e r przy okazji podkreślił to ogromne znaczenie, jakie odgrywają w życiu społecznym ubezpieczenia na wypadek choroby. Sprawa lecz-

nictwa wielkich mas pracujących za pośrednictwem zorganizowanych instytucji, jak Kasy Chorych, wysuwa się wszędzie na plan pierwszy, jako zagadnienie niezmiernej wagi. Lekarze muszą się przystosować do nowych warunków, jakie się wytworzyły po wprowadzeniu Kas Chorych. Świat lekarski i nawet Wydziały lekarskie uniwersytetów muszą zmienić swoje negatywne stanowisko, jakie zajmują w stosunku do Kas Chorych.

Komitet wykonawczy międzynarodowego kongresu Szpitalnictwa polecił podkomisji do spraw pielęgniarstwa przygotowanie na II-gi Zjazd referatu o stosunku liczby pielęgniarek do liczby chorych, by w ten sposób otrzymać jasny obraz istotnej opieki pielęgniarstwa, jaką chory otoczony jest w szpitalu. W celu dokładnego zbadania tej sprawy podkomisja podzieliła pracę swoją na 3 części:

- 1) przegląd prac za ostatnie pięćlecie w dziedzinie studjów nad stosunkiem liczby pielęgniarek do liczby chorych,
- 2) statystyka, sporządzona na podstawie ankiety, rozesłanej do 40 krajów,
- 3) analiza poszczególnych funkcji pielęgniarstwa i czasu potrzebnego do wypełnienia tych funkcji, czyli tak zwana analiza techniki pielęgniarstwa na podstawie badań, przeprowadzonych w Austrii i Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Według opinii podkomisji, tylko systematyczne badania tego rodzaju mogą dopiero stworzyć naukową podstawę do określania liczby personelu pielęgniarstwa, potrzebnego w poszczególnych szpitalach. Referat ten w obecności licznej grupy pielęgniarek i siostr zakonnych, które specjalnie tego dnia zgromadziły się na sali posiedzeń, wygłosiła naczelna pielęgniarka szpitala Wilhelminy w Wiedniu, p. Z e h t n e r w zastępstwie nieobecnej p. R e i m a n n, sekretarza generalnego międzynarodowej rady pielęgniarek w Genewie.

Przeciętny czas efektywnej pracy pielęgniarek

w większości krajów wynosi dniem od 8 — 9 godzin, w Belgii czas pracy najkrótszy 8½ godzin, a w Szwajcarii najdłuższy 11½ g. Czas pracy nocnej jest dłuższy — od 10½—12 godzin. Praca pielęgniarstwa przeważnie podzielona jest na 2 zmiany, a tylko w niektórych krajach o 8-io godzinnym dniu pracy wprowadzono 3 zmiany. Na oddziałach chirurgicznych i kobiecych jest o 10%—20% więcej personelu pielęgniarstwa, niż na oddziałach wewnętrznych. Największą liczbę pielęgniarek wykazały oddziały dziecięce. Wykwalifikowana pielęgniarka otrzymuje 4—5 tyg. urlopu wypoczynkowego w ciągu roku, uczennica 3—4 tygodni. Wartość pracy uczennicy, czyli tak zw. praktykantki jest oceniana różnie: $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ — $\frac{9}{10}$ wydajności pracy pielęgniarki dyplomowanej. Strata czasu pracy z powodu choroby wynosi u pielęgniarki 9,3 dni roboczych w ciągu roku, a u uczennicy 10,2 dni, co wynosi 2,6% względnie 3,9% dni pracy rocznie.

Naogół daje się prawie we wszystkich krajach zauważyć znaczny postęp w dziedzinie pielęgniarstwa. Tylko dokładne na podstawie naukowej przeprowadzone badania, przy uwzględnieniu zdobytych psychotechniki i zwrócenie specjalnej uwagi na odrębny charakter poszczególnych oddziałów, na system budowy szpitala i t. p. umożliwią rozwiązanie tak ważnego zagadnienia, jakim jest określenie liczby personelu pielęgniarstwa w szpitalu.

W dyskusji zabrał głos między innymi Prof. T a n d l e r, który zaznaczył, że, jako dziekan Wydziału lekarskiego w 1915 roku, domagał się włączenia do programu studjów lekarskich nauki pielęgniarstwa w ciągu jednego półroczu.

Przewodniczący międzynarodowego związku niższej służby męskiej w szpitalach, L e w y z B e r l i n a w przemówieniu swoim, utrzymanem w duchu klasowym, domagał się szkolenia męskiego personelu pielęgniarstwa. Wywody swoje L e w y z uzasadniał tem, że pielęgniarze, rekrutujący się ze sfer robotniczych, okażą lepsze zrozumienie dla potrzeb chorych, pomiędzy którymi przeważa element pracowniczy. (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

— P r o t o k ó ł posiedzenia organizacyjnego Polskiego Komitetu do spraw techniki sanitarnej i higieny miast z dnia 25 września 1931 r. w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

O b e c n i: Przedstawiciele następujących władz, instytucji naukowych i społecznych: Ministerstwa Spraw Wojskowych — Dr. C z y ż, ppłk.; Ministerstwa Robót Publicznych — Nacz. Inż. J. K a n i a; Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej — Nacz. St. R o s z k o w s k i; Ministerstwa Komunikacji — Dr. K u l e s z a; Uniwersytetu Warszawskiego — Prof. Dr. T. J a n i s z e w s k i; Politechniki Warszawskiej — Prof. Inż. I. R a d z i s z e w s k i; Państwowego Zakładu Higieny — Inż. A. S z n i o l i s; Zrzeszenia Gazowników i Wodociągowców Polskich (Sekcja gazownicza) — Dyr. Inż. Ś w i e r c z e w s k i; Zrzeszenia Gazowników i Wodociągowców Polskich (Sekcja wod.-kanal.) — Inż. I. P i o t r o w s k i; Zrzeszenia Gazowników i Wodociągowców Polskich — Dyr. Inż. R a b c z e w s k i; Stowarzyszenia Techników Polskich — Inż. Z. W e n d r o w s k i; Związku Miast Polskich — Dr. K. Ł a z a r o w i c z; Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego — Wiceprezes Inż. E. K a t k o w s k i.

Na posiedzenie nie przybyli przedstawiciele Ministerstwa Przemysłu i Handlu oraz Towarzystwa Urbanistów Polskich.

Przewodniczył zebraniu Dr. E. P i e s t r z y ń s k i, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia oraz Prezes Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego i Polskiego Związku Przeciwgruźliczego; sekretarzował Inż. Z. R u d o l f.

Rozesłany w zaproszeniach porządek dzienny zebrania brzmiał:

1. „technika sanitarna na terenie międzynarodowym” — referat Inż. Z. R u d o l f a. Kierownika Osobnego Referatu Inżynierji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i członka Stałej Międzynarodowej Delegacji do spraw techniki sanitarnej i higieny miast,
2. ukonstytuowanie się tymczasowego Komitetu do spraw techniki sanitarnej i higieny miast,
3. wybór Komisji do opracowania statutu i regulaminów Polskiego Komitetu do spraw techniki sanitarnej i higieny miast,
4. wybór tymczasowego prezydium Komitetu,
5. sprawa III Międzynarodowego Zjazdu Techniki Sanitarnej i Higieny Miast w Lyonie — referuje Inż. Z. R u d o l f.

Posiedzenie otworzył o godz. 12-15 p. Dyrektor E. P i e s t r z y ń s k i krótkim przemówieniem, dziękując zebrany za przybycie, a tem samem za poparcie inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia do utworzenia Polskiego Komitetu do spraw techniki sanitarnej i higieny miast. Zebrani przyjęli proponowany porządek dzienny bez zmian. Mówca zwrócił uwagę na pewne zobowiązania międzynarodowe oraz na korzyści, wynikające z powołania do życia w Polsce takiej organizacji, poczem oddał głos Inż. R u d o l f o w i, który wygłosił referat o technice sanitarnej na terenie międzynarodowym (referat załączony). Referentowi chodziło głównie o wskazanie potrzeby powołania Polskiego Komitetu do spraw techniki sanitarnej i higieny miast w celu wzmocnienia współpracy w tym dziale z zagranicą i podniesienia ważności działu inżynierji sanitarnej wśród zainteresowanych sfer społeczeństwa.

Zebrani przychyliłi się do wniosku referenta i uznali jednogłośnie, że w ten sposób zostaje ukonstytuowany tymczasowy Komitet do spraw techniki sanitarnej i higieny miast.

Stosownie do 3-go punktu porządku dziennego ustalono skład Komisji statutowej Komitetu, powołując do niej trzy organizacje: Departament Służby Zdrowia, Zrzeszenie Gazowników i Wodociągowców Polskich i Związek Miast Polskich. Komisja statutowa ma przedstawić projekt statutu Komitetu na następne posiedzenie pełnego Komitetu. Następnie wybrano tymczasowe Prezydium Polskiego Komitetu w następującym składzie: Prof. Dr. T. J a n i s z e w s k i, były Minister Zdrowia Publicznego (Uniwersytet Warszawski), Prof. Inż. I. R a d z i s z e w s k i, były rektor (Politechnika Warszawska). Dyr. Inż. W. R a b c z e w s k i (Zrzeszenie Gazowników i Wodociągowców Polskich) i Inż. Z. R u d o l f, jako sekretarz generalny Komitetu.

Zgodnie z 5 punktem porządku dziennego sprawę III Międzynarodowego Zjazdu Techniki Sanitarnej i Higieny Miast w Lyonie referował Inż. R u d o l f, który wskazał na konieczność przystąpienia Komitetu w najbliższym czasie do pracy w celu zastanowienia się nad stroną fachową udziału Polski w tym zjeździe. Oficjalne programy zjazdu i wystawy zostaną nadesłane według zapowiedzi Generalnego Komisarza wystawy w październiku r. b., a zjazd ma się odbyć w Lyonie w pierwszych dniach marca 1932 r.

Na zakończenie zebrania przewodniczący zwrócił się z prośbą o ogólne wypowiedzenie się co do możliwości udziału Polski w wystawie międzynarodowej techniki sanitarnej i higieny miast w Lyonie; zebrani uznali w zasadzie udział taki za możliwy ze względu na możność zebrania i opracowania odpowiednich materiałów, mających bezwzględna wartość dla naszej propagandy zagranicą. Jednocześnie zwrócono uwagę na potrzebę utrzymania w samych rządach dostatecznych kredytów na delegacje zagraniczne, gdyż w oszczędnościach nie należy się posuwać zbyt daleko, lekceważąc potrzebę współpracy i oddziaływania na terenie międzynarodowym.

— III Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedyczne w Warszawie w dniu 8 i 9 listopada 1931.

Program III Zjazdu P. T. O. dn. 8—9 listopada 1931 r. I Szpital Okręgowy im. Marszałka Piłsudskiego, Warszawa, Nowowiejska 33. Telefony: 8-23-54 i 8-23-35. Tramjawa 17, 25 i Z.

Niedziela 8.XI. 1931. Godz. 9-ta. Otwarcie Zjazdu. Godz. 9½. I. Posiedzenie naukowe (temat programowy) (złamania szyjki kości udowej). Referenci: Dr. Adam G r u c a (Lwów).— Część anatomiczna. Dr. Michał G r o b e l s k i (Poznań).— Część kliniczna. Do dyskusji zapisani: 1) Doc. F. R a s z e j a i Dr. K. S t o j a ł o w s k i (Poznań). — W sprawie zmian histopatologicznych w złamaniach przyśrodkowych szyjki kości udowej. 2) Doc. F. R a s z e j a (Poznań). — Złamania szyjki kości udowej na materiale oddziału chirurgicznego szpitala miejskiego w Poznaniu. 3) Dr. Marjan O s z w a ł d o w s k i (To-

ruń). — Wyniki leczenia złamań szyjki udowej na podstawie materiału szpitala miejskiego w Toruniu. 4) Dr. Lecn K a l i n a (Warszawa). 5) Dr. K. K e s s e l (Warszawa). — Przypadek złamania szyjki kości udowej, leczony operacyjnie. 6) Doc. J. R u t k o w s k i (Warszawa). Godz. 15. Walne Zebranie Członków P. T. O. Godz. 16. II. Posiedzenie naukowe (Godz. 16—19). 1) Doc. R a s z e j a (Poznań). — Z badań doświadczalnych nad histologią i histofizjologią stawów. 2) Dr. S. R u b i n r o t (Warszawa). — Radioterapia zapalenia stawów. 3) Dr. T. W i s n i e w s k i (Warszawa). — Prostowanie krzywicznych zmian kończyn sposobem niekrwawym. 4) Dr. H. C e t k o w s k i (Poznań). — Doświadczenia w zakresie złamań podudzia w dolnej trzeciej części. 5) Dr. H. L e v i t o u x (Warszawa). — Postępowanie w złamaniach otwartych. 6) Dr. F. K r a j e w s k i (Warszawa). — Złamania kości łódkowej garstka. 7) Dr. N. P i w k o i Dr. N. M e s z (Warszawa). — Rola chrząstki międzykręgowej. 8) Dr. L. K a l i n a (Warszawa). — Osteomyelitis vertebrae pneumococcica. 9) Doc. J. R u t k o w s k i (Warszawa). — Sakralizacja 5-go kręgu lędźwiowego.

Poniedziałek 9.XI.1931 r. Godz. 8. Zwiedzanie zakładu przyrodoleczniczego imienia Marszałka Piłsudskiego. Godz. 9. III. Posiedzenie naukowe. (9—13). 1) Dr. W. D e g a (Poznań). — Wyniki plastyki daszka panewki. (Z pokazami przezroczy). 2) Doc. J. R u t k o w s k i (Warszawa). — Przypadek oderwania kolca przedniego górnego kości biodrowej. 3) Dr. S. T e n n e b a u m (Lwów). — Przyczynek do kazuistyki i leczenia niedomogi stopy. 4) Dr. J. Z a r e m b a (Kraków). — Astragalactomia i jej zastosowanie w ortopedji. 5) Dr. J. W o l s z c z a n (Poznań). — O schorzeniu Köhlera stawów śródstopa-palcowych. 6) Dr. B. S a b a t (Warszawa). — Przyczynek do poznania marmurkowości kości (choroby Albers-Schönberga) (z pokazem przezroczy). 7) Dr. B. S a b a t i Dr. J. R o g u s k i. — Przypadek chrząstniakowości kości połowicznej (choroby Olliera), (z pokazem przezroczy). 8) Dr. J. W o l s z c z a n (Poznań). — Pokaz ręcznego swidra kostnego. 9) Doc. A. W o j c i e c h o w s k i (Warszawa). — Arthrodeza stawu biodrowego (pokaz).

Posiedzenia rozpoczynają się punktualnie. Czas trwania przemówień: referat programowy 1 godzina. Odczyt zgłoszony 15 minut. Dyskusja na temat programowy 16 min., na odczyt zgłoszony 5 minut.

Rękopisy wszystkich przemówień należy niezwłocznie składać w Sekretarjacie Zjazdu.

— Kierownictwo I Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warsz., które dotychczas zastępczo było w rękach prof. M o d r a k o w s k i e g o, objął obecnie prof. G l u z i ń s k i.

— Na walnem zebraniu Towarzystwa Okulistów Polskich w Krakowie dn. 5. XII. 1931 r. dokonano wyboru prezydium: prezesem został prof. S z y m a ń s k i, wiceprezesem prof. K a p u s c i ń s k i, skarbnikiem Dr. G a l e w s k a, sekretarzem Dr. S o b a ń s k i. Redakcję „Kliniki Ocznej” prowadzić będzie doc. Dr. M e l a n o w s k i.

— Wielka rodaczka nasza, pani Małja C u r i e - S k ł o d o w s k a została odznaczona wielkim złotym medalem amerykańskiego Kolegium radiologów. Uroczystość wręczenia odznaki odbyła się w Paryżu w lokalu klubu międzyaljanckiego.

— Nr. 20-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: „Dlaczego dzieci się bawią” J. K i r c h n e r a, „Jak i czego je uczyć” M. B e n i s ł a w s k i e j, „Bóg i paprocie” (nowela) Wł. W a s i l e w s k i e j. Posiłkiienne dla dzieci, „Tablica strawności pokarmów w żołądku” M. M o r z k o w s k i e j, „Szczepienie ochronne w porze jesiennej” Dr. P. Ł u n i e w s k i e j, „Zapalenie płuc” Dr. M. K ł o s i ń s k i e j.

Ważne drobniaki, mody, pokoiki dziecińny oraz liczne fotografie dzieci czytelników uzupełniają numer.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	20/IX— 26/IX	27/IX— 3/X	4/X— 10/X	11/X— 17/X
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	515 (34)	458 (27)	468 (29)	397 (24)
Dur rzekomy	0	1 (0)	0	0
Dur osutkowy	2 (0)	6 (1)	3 (0)	1 (0)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	65 (6)	46 (6)	23 (5)	16 (7)
Plonica	528 (15)	572 (22)	652 (19)	655 (15)
Błonica	418 (17)	407 (14)	449 (25)	583 (29)
Zapal. op. mózgu . .	15 (9)	5 (1)	6 (2)	11 (2)
Odra	160 (2)	198 (0)	290 (2)	326 (1)
Róża	91 (7)	81 (2)	87 (3)	118 (2)
Krztusiec	110 (6)	77 (3)	150 (5)	88 (8)
Malarja	2 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Posoczn. pólóg . . .	39 (8)	20 (5)	41 (9)	28 (5)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	405 (0)	307 (0)	392 (0)	327 (0)
Waglik	0	2 (0)	0	1 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	2 (0)	0	0	4 (0)
Wścieklizna	0	0	0 (2)	0
Zatr. jad. kielb. . .	1 (1)	0	0	9 (0)
Chor. Heine-Medina .	5 (1)	2 (0)	1 (0)	1 (0)
Twardziel	0	1 (1)	0	2 (0)
Inne choroby zakaźne	84 (2)	98 (1)	102 (1)	112 (5)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony

ZMARLI.

Znakomity neurolog - psychiatra, prof. E c o m o m o, zmarł w Wiedniu.

Henryk T r e n k n e r, pediatra, lekarz szkolny, b. Komisarz do walki z epidemiami — w Warszawie.

Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne podamy w jednym z najbliższych numerów.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

31. X. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. A. Leśniowski, A. Elektrowicz i A. Fidler: Przypadek lewostronnego ropnia podprzeponowego. 2. H. Puszet: Przypadek Jod-Basedowa o złośliwym przebiegu. 3. M. Semerau-Siemianowski: Epikryza w sprawie skupienia zatruc jadłem kiszkiwca (botulismus). 4. H. Rasolt i St. Wąsowicz: Z kazuistyki błędów rozpoznawczych gruźlicy płuc. 5. A. Rytel: Hydrops intermittens. 6. W. Markiert i Z. Grzegorzczkova: Przyczynę do powstania pierwotnego raka płuc.

3. XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. W. Markert i J. Krzepisz. Przypadek choroby Pageta. 2. J. Felix i L. Tochowicz. Badania doświadczalne na zwierzętach oraz kliniczne nad działaniem acetylochliny i angioxyly na układ krążenia. 3. L. Blacher. W sprawie morfologii i metodyki badania płytek krwi (klasyfikacja płytek).

4. XI. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne

1. Pokazy. 2. Wł. Szenajch. Liczebność zespołu piełgniarskiego w szpitalach dziecięcych na tle międzynarodowym.

TREŚĆ: A STRASZYŃSKI Ś. p. prof. Franciszek Krzyształowicz. — H. HIGIER. W sprawie patogenezy i terapii hipertoni czyli nadciśnienia tętniczego. (Dok.). — J. PENSON. O udziale mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu duru brzuszego. (Dok.). — ST. LUXENBURG. Ankieta prof. van den Veldena w sprawie leczenia zaburzeń krążenia za pomocą preparatów hormonalnych krążenia: (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. KURLANDSKI. Szpitalnictwo w świetle obrad II Międzynarodowego Zjazdu Szpitalnictwa w Wiedniu. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. STRASZYŃSKI. Feu prof. François Krzyształowicz. — H. HIGIER. Au sujet de la pathogénie et thérapie de l'hypertonie ou de l'hypertension vasculaire. (fin.). — J. PENSON. Sur la participation du cerveau et des méninges au cours du typhus abdominal. (fin.). — ST. LUXENBURG. L'enquête du prof. van den Velden sur le traitement des troubles de circulation au moyen des préparations hormonales de la circulation. (Rev. gén.). — S. KURLANDSKI. Les problèmes hospitaliers au II Congrès Internationale des hôpitaux.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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

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.