

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. 834-48.

Rok X

WARSZAWA, 15 CZERWCA 1933 R.

Nr. 24

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddz. wewn. Szpitala im. Prez. Mościckiego.
(Kierownik oddz.: S. M i n c).

O rozpoznawaniu klinicznym wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy *).

Podał
S. MINC (Łódź).

Rentgenologia żołądka usunęła jakby w cień zwykłe kliniczne metody badania. Bez wątpienia, w rozpoznawaniu owrzodzeń żołądka, Rentgen osiągnął w ostatnich latach znaczny stopień doskonałości; fakt ten tem niemniej nie osłabia wartości dawnych metod badania. Ustalić ściśle rozpoznawanie owrzodzeń żołądka można dopiero wtedy, gdy dane rentgenologiczne i kliniczne w zupełności się pokrywają.

W y w i a d.

Charakter bólów i ich natężenie nie posiadają znaczenia dla ustalenia rozpoznania wrzodu trawiennego. Bóle mogą być nieznaczne i sprowadzać się do uczucia pełności w okolicy nadbrzusza, mogą też być bardzo silne. Jednakowoż nasilenie bólu może do pewnego stopnia wskazywać na głębokość toczącej się sprawy chorobowej. Decydujące znaczenie rozpoznawcze posiada okoliczność zjawiania się bólów w zależności od przyjmowanych pokarmów i ich okresowość w przeciągu roku. Okres bólów trwa zwykle od 2-uch tygodni do 2 — 3-ch miesięcy, poczem następuje okres od bólów wolny, trwający 2 — 3 miesiące, a niekiedy i znacznie więcej. Bez uchwytnej przyczyny powracają znów bóle o tym samym charakterze. Jeżeli w okresie poprzednim bóle były rwące lub piekące, to takimi pozostaną podczas nawrotów. Chory taki, gdy przypadkowo ulegnie schorzeniu woreczka żółciowego, doskonale zdaje sobie sprawę, że bóle zmieniły swój dotychczasowy charakter. Zadziwiający jest ten fakt, że chory w okresie bezbólowym może bezkarnie spożywać pokarmy ciężkostrawne, a wiemy przecież z badań gastroskopowych K o r b s c h a, że często w tym okresie owrzodzenie znajduje się w stanie czynnym. W niektórych przypadkach pod-

czas remisji zjawiają się u tych chorych niewielkie przemijające bóle. U większości zaś chorych samopoczucie jest doskonałe. Nawrót choroby występuje nagle, nawet przy ściśle zachowanej diecie i odrazu przejawia się w pełnym nasileniu. W niektórych zaś przypadkach nawrót poprzedza jakiś znaczny błąd w diecie, który jednakowoż innym razem uchodził bezkarnie.

M o y n i h a n przypuszczał, że okresowość bólów w przeciągu roku znamienna jest dla wrzodu trawiennego dwunastnicy. Obecnie wiemy, że zjawisko to w równej mierze charakteryzuje owrzodzenie żołądka. W ten sposób okresowość bólów w przeciągu choroby jest cechą zasadniczą zarówno wrzodu trawiennego żołądka, jak i dwunastnicy. Bardziej złożonym zjawiskiem jest zależność bólów od przyjmowanych pokarmów. M o y n i h a n twierdzi, że charakterystycznym objawem dla owrzodzenia dwunastnicy jest późne występowanie bólów po przyjęciu pokarmów oraz ich długotrwałość. Oto jak, według niego, przebiega dzień takiego chorego: przyjęcie pokarmów, okres wolny od bólów, trwający od 3 — 4-ch godzin, następnie ból, przerywany kolejnym posiłkiem. W owrzodzeniu zaś żołądka po posiłku — krótszy okres bezbólowy, następnie ból, trwający zazwyczaj 1/2 godziny, okres wolny od bólów, posiłek i t. d.

Obserwujemy jednakowoż wyjątki z tej reguły. Bóle w owrzodzeniach dwunastnicy zjawiać się mogą i 1/2 godziny po jedzeniu, w owrzodzeniach zaś żołądka 2 — 3 godziny po niem. Zgodnie z M o y n i h a n e m wczesne bóle w owrzodzeniach dwunastnicy świadczą o powikłaniu zrostowym okołodwunastniczym.

Tak przedstawia się kliniczny obraz wrzodu trawiennego w przypadkach niepowikłanych. Lecz gdy owrzodzenie to drażni wgląb i wikała się sprawą zapalną okołożołądkową (*perigastritis*), względnie okołodwunastniczą (*periduodenitis*), obraz ten zmienia się z gruntu. Stopniowo zacierają się granice między okresami bezbólowymi w przeciągu roku, ztraca się ścisła zależność bólów od przyjmowanych pokarmów, i w końcu bóle stają się stałe. Stałe bóle w jamie brzusznej są charakterystyczne dla sprawy zapalnej okołotrzewiowej bez względu na jej źródło. Lecz, jeśli bóle umiejscowione są w nadbrzuszu, i w wywiadzie stwierdza się typowy obraz wrzodu trawiennego, daje nam to prawo do twierdzenia, że o-

*) Wygłoszone na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego w dn. 5.IV. 1933.

wrządzenie uzewnętrznilo się. Oczywiście, że gdy wywiady wskazują na zapalenie woreczka żółciowego, to ten charakter bólów wskazywać będzie na powikłanie zapaleniem okołoworeczkowym.

W patologii jamy brzusznej obserwujemy typ bólów, które przebiegiem swym bardzo przypominają bóle we wrzodzie trawiennym. Bóle te są również umiejscowione w nadbrzuszu, zjawiają się w pewnych przypadkach wkrótce po jedzeniu, w innych zaś 2 — 3 godziny po nim. Jeżeli są to bóle późne, to i one również nieraz ustępują po przyjęciu posiłku. Ten kliniczny obraz najczęściej obserwujemy w przypadkach zapalenia woreczka żółciowego i wyrostka robaczkowego. Niezaprzeczną zasługą G u t m a n n a (Klinika G o s s e t a) jest próba wyodrębnienia tego zespołu od schorzeń wrzodowych żołądka i dwunastnicy. Gdy we wrzodzie trawiennym obserwujemy ścisłą okresowość w przeciągu roku, bóle w zapaleniu woreczka żółciowego i przewlekłego zap. wyr. rob. pozbawione są tej prawidłowej okresowości; w okresie czynnym wrzodu chory odczuwa ból codziennie, w schorzeniach zaś woreczka żółciowego mogą być dni wolne od bólu; okres bólu może trwać bez przerwy kilka miesięcy, poczem następuje 2 — 3-tygodniowa przerwa, następnie znów powtarza się okres bólów, trwający, powiedzmy, już tylko od 5 — 7 dni.

Ścisła zależność bólów od przyjmowanych pokarmów i ścisła ich okresowość w przeciągu roku jest znamieną dla schorzeń wrzodowych żołądka i dwunastnicy. Jednakowoż obserwowałem w przebiegu wrzodu trawiennego przypadki, w których zdarzały się dni wolne od dolegliwości. Szczegółowy wywiad stwierdzał jednak, że pacjent bądź w te dni głodował, bądź ograniczał przyjmowany pokarm do *minimum*. W innych znów przypadkach dolegliwości są tak nieznaczne, że pacjent nie wspomina o nich, nie przypisując im większej wagi. Niestety, zbieranie szczegółowych danych wywiadu napotyka nieraz nieprzewidywane przeszkody. Chory nie pamięta często, jak długo trwał u niego okres bólu i remisji, wielu nie może nawet podać, jak prędko występują bóle po posiłkach.

Wspomnę jeszcze o pewnym typie bólów w nadbrzuszu, które zazwyczaj zaliczamy do bólów pochodzenia nerwowego. Bóle te nie są zależne od przyjmowanych pokarmów, zjawiają się niekiedy po jedzeniu, to znów przed nim, niekiedy po łatwostrawnych pokarmach, nie występując natomiast po ciężkostrawnych. Chaotyczny jest również ich przebieg w przeciągu roku. Jednakowoż, gdy nasilenie tych bólów jest znaczne, z rozpoznaniem nerwicy żołądka należy być oględnym.

Ścisła podwójna okresowość charakteryzuje niepowikłane przypadki wrzodu trawiennego, gdy natomiast przypadki te wikłają się nieżytem żołądka, jego wiotkością lub opuszczeniem, to przebieg ich znacznie odbiega od przyjętego schematu. Szczególnie pamiętać należy o wiotkości żołądka, która tak często towarzyszy przewlekłym owrzodzeniom dwunastnicy. Lecz i poza temi powikłaniami przebieg kliniczny wrzodu trawiennego w wielu przypadkach posiada cechy swoiste. Znaczne odchylenia od zwykłego typu obserwujemy w przypadkach wrzodu modzelowatego krzywizny małej żołądka. Bóle tutaj osiągają tak duże nasilenie, iż niekiedy nie ustępują bólowi przy przedziurawieniu żołądka. Są one stałe, naprzemian nasilając się, to znów słabnąc; w ten sposób przebiegiem swym przypominają bóle we wrzodach uzewnętrznionych. Dieta i leczenie farmakolo-

giczne pozostają prawie bez wpływu. Chorzy tacy są wyniszczeni, i postępujące charłactwo mimowoli nasuwa myśl o nowotworze złośliwym.

Obserwuje się przypadki, gdy bóle po przyjętych pokarmach występują dopiero podczas chodzenia. Wiadziałem chorych, których obraz kliniczny do tego stopnia przypominał dusznicę wysiłkową, że różniczkowanie było bardzo utrudnione. Napotyka się również przypadki z przebiegiem podobnym do przełomów żołądkowych w więdzie rdzenia (*crises gastriques tabétiques*).

Uważam za potrzebne wspomnieć jeszcze, że w pewnej odmianie raka żołądka zespół objawów jest bardzo zbliżony do zespołu wrzodowego. Mam na względzie talerzykową (Schüsselförmiges Mayen - carcinom) postać raka. W przebiegu jego również obserwujemy bóle głodowe, znikające po posiłku. Rozpoznanie w tych przypadkach tembardziej nastęrcza trudności, że chorzy tacy w początkowym rozwoju schorzenia nie tylko nie chudną, lecz przy odpowiedniej diecie przybierają nawet na wadze. W treści żołądkowej stwierdzamy znaczny stopień kwasoty. Opadanie krwinek nie jest przyspieszone. Badanie zaś kału na krew utajoną często daje wynik ujemny. W tych przypadkach tylko R o e n t g e n określić może istotę schorzenia.

Duże znaczenie rozpoznawcze mają wykazane w wywiadach krwawe wymioty i smolowe stolce. Lecz, gdy owrzodzenie przebiega bez bólów, i jedynym jego objawem jest krwawienie, rozpoznanie może być niezwykle trudne, tembardziej, że badanie rentgenologiczne w przypadkach krwawiących owrzodzeń daje często wyniki ujemne.

Zwracanie w przypadkach owrzodzeń obserwujemy w zwróceniu odźwiernika lub w przypadkach żołądka klepsydrowatego. Częste zwracanie przemawia raczej za rozpoznaniem zapalenia woreczka żółciowego. To samo da się powiedzieć o nudnościach.

Łaknienie w przebiegu owrzodzeń zazwyczaj jest zachowane. Jeżeli chorzy unikają przyjmowania pokarmów, to czynią to z obawy przed wystąpieniem bólów. Dlatego też, gdy chory z wywiadem owrzodzenia zaczyna uskarżać się na utratę łaknienia i przekroczył 40-ty rok życia, skargi takie szczególnie należy brać pod uwagę wobec możliwości zwyrodnienia rakowego.

Zbieranie wywiadu wymaga od lekarza dużo czasu i cierpliwości, szczególnie, gdy chory nie odznacza się zbytnią inteligencją. Lecz jest to jedyna metoda badania, która zezwala nam zgłębić istotę rozwoju schorzenia, jego dynamikę.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e.

M o y n i h a n w swej znanej monografii twierdzi, że w rozpoznaniu wrzodu trawiennego wywiad stanowi o wszystkim, badanie zaś przedmiotowe jest bez znaczenia. Ten aforyzm znakomitego chirurga zawiera sporo przesady. Powłoki brzuszne zgola nie pozostają niemymi świadkami toczących się pod nimi spraw chorobowych. Szczególną wrażliwością odznaczają się mięśnie brzucha. Jeśli w myśl prawa S t o k e s a w zapaleniu błon surowiczych mięśnie, niżej leżące, a raczej bezpośrednio przylegające do zapalnej surowicówki, wiotczeją, to z reguły mięśnie, wyżej leżące, kurczą się. A więc z jednej strony serce w zapaleniu osierdzia rozszerza się, w zapaleniu otrzewny następuje porażenie jelit, w zapaleniu opłucny przeponowej przepona wiotczeje; z drugiej zaś strony w zapaleniu otrzewny stwierdzamy wybitny skurcz mięśni powłok brzusznych, w zapaleniu opłucny zwężenie przestrzeni międzyżebrowych (objaw P r z e-

w a l s k i e g o), w zapaleniu opon mózgowych sztywność karku; w sprawach zapalnych u podstawy dolnych płatów płuc skurcz, a zatem niskie ustawienie przepony; w rozlanem suchem zapaleniu osierdzia niejednokrotnie obserwowałem wybitne zwężenie przestrzeni międzyżebrowych w okolicy serca. W większości przypadków wrzodu trawiennego obmacywaniem stwierdzamy skurcz górnych odcinków mięśni prostych brzucha. W zależności od głębokości toczącej się sprawy chorobowej skurcz ten jest więcej lub mniej zaznaczony. W owrzodzeniach dwunastnicy obrona mięśniowa uwypukla się w górnym odcinku prawego mięśnia prostego, w owrzodzeniu żołądka po stronie lewej. Często jednak w przypadkach owrzodzeń żołądka stwierdzamy skurcz tylko prawego mięśnia prostego. U ludzi nerwowych, najostrożniejsze nawet obmacywanie wywołuje obronę mięśniową, lecz odruchy brzuszne u tych osobników są wzmożone, podczas gdy w procesach chorobowych, toczących się w jamie brzusznej, odruchy te są osłabione, względnie zniesione. Badanie więc odruchów w schorzeniach jamy brzusznej jest konieczne, i brak lub ich osłabienie po jednej stronie posiada duże znaczenie rozpoznawcze.

Obmacywaniem stwierdzamy tkliwość górnego odcinka prawego mięśnia prostego w przypadkach owrzodzeń dwunastnicy, lewego zaś w owrzodzeniach żołądka; często jednak we wrzodach żołądka bywa tkliwy nie lewy, lecz prawy górny odcinek mięśnia prostego brzucha. Należy podkreślić, że tkliwość rozlana całego nadbrzusza pozbawiona jest znaczenia rozpoznawczego, dlatego że obserwujemy ją w najrozmaitszych schorzeniach jamy brzusznej. Pozatem rozlana tkliwość w okolicy górnych odcinków mięśni prostych daje się zaobserwować u szeregu osobników, którzy podczas pracy uciśkają twardym przedmiotem w okolicy nadbrzusza, (np. szewcy). Jeżeli wziąć pod uwagę, że takie miejsca przeculicowe mogą uwarunkować odwrócony czuciowo-trzewiowy odruch i wywołać w ten sposób cały szereg zaburzeń żołądkowych, zrozumiemy wtedy, jak ostrożnie należy oceniać tkliwość w okolicy nadbrzusza. Wspomnę pokrótce o odruchu odwróconym trzewiowo-czuciowym. F ö r s t e r przypuszcza, że nietylko schorzenie jakiegokolwiek narządu wewnętrznego powoduje przeculicę odnośnego pasa skóry, lecz i, naodwrot, schorzenie pewnego pasa skóry może powodować nadwrażliwość wewnętrznych narządów, odpowiadających temu pasowi. Obserwował on np. chorego z owrzodzeniem żołądka, który następnie przez szereg lat nie odczuwał żadnych dolegliwości. U chorego tego wystąpił czyrak w obrębie 7-go pasa piersiowego, i niezwłocznie powróciły dawne dolegliwości. Czyraki te powtarzały się jeszcze kilkakrotnie w obrębie 7 — 8-go pasa skórno-piersiowego, i przytem za każdym razem wznowiały się bóle żołądkowe; gdy natomiast czyraki zjawiały się w okolicy 4-go pasa piersiowego, objawy te nie wystąpiły. Zresztą, o istnieniu odwróconego trzewiowo-czuciowego odruchu wiemy już z obserwacji P o t a i n a. Opisał on przypadek dusznicy bolesnej u chorego, u którego w kikucie po amputacji lewego przedramienia wytworzył się neuromat. Po usunięciu go objawy dusznicy ustąpiły. Bez wątpienia w wielu przypadkach nieprawidłowego rozpoznania owrzodzeń żołądka, zapalenia wyrostka robaczkowego i woreczka żółciowego zostajemy wprowadzeni w błąd przez odwrócony odruch trzewiowo-czuciowy.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego opisane są

2 objawy, obserwowane przezemnie również w przypadkach owrzodzeń trawiennych: jeden z nich — objaw B l u m b e r g a, drugi zaś, polegający na tem, że, gdy ujmujemy w fałdę skórę nad schorzałym wyrostkiem, chory wówczas odczuwa ból. Te same objawy stwierdzam w okolicy górnego odcinka prawego mięśnia prostego w przypadkach owrzodzeń żołądka i dwunastnicy, przy czem objaw B l u m b e r g a zaznacza się szczególnie wybitnie w pozycji stojącej chorego.

Nie pozbawione jest również znaczenia zaobserwowane przezemnie następujące zjawisko: przy ujęciu skóry w fałdę, gdy ucisk, wywierany palcami, jest zbyt silny, lub gdy mamy przeculicę skóry, chory odczuwa wówczas ból powierzchownie; natomiast w owrzodzeniach żołądka lub zapaleniach wyrostka umiejscawia ból w głębi jamy brzusznej. To swoiste zjawisko ciekawe jest również pod względem teoretycznym. Według t. zw. teorii trzewiowo-czuciowej M a c k e n z i e g o podnieta biegnie od narządów wewnętrznych po torach współczulnych i przez gałązki łączące (*rami communicantes*) do ośrodków rdzenia, projektując się na powłoki ciała. A jednak każdy odróżnia ból powłok ciała od bólu, mającego swe źródło w narządach wewnętrznych i wyraźnie umiejscawiającego się w głębi.

Rozpoznawcze znaczenie również posiadają niektóre punkty bolesne, zaobserwowane w przypadkach wrzodu trawiennego. C a u d e i P a r t u r i e z opisali punkt bolesny między przyczepami mięśnia mostkowo-sutkowo-obończykowego. Punkt ten uważają oni za charakterystyczny dla owrzodzeń odźwiernika i dwunastnicy; podobny punkt został przezemnie opisany w okolicy 5-go kręgu szyjnego na lewo od niego. Zgodnie z moimi obserwacjami oba te punkty stwierdzamy również w owrzodzeniu małej krzywizny żołądka, aczkolwiek rzadziej, niż w owrzodzeniach odźwiernika i dwunastnicy. Punktom tym należy przypisywać znaczenie tylko wtedy, gdy są one wyraźnie zaznaczone. W tych zaś przypadkach, gdzie są one słabo uwypuklone, należy tylko wtedy przykładać do nich pewną wagę, gdy punkty te istnieją jednocześnie. W przypadkach zapaleń woreczka żółciowego umiejscowione są one po stronie prawej*).

Wspomnę jeszcze o jednym punkcie bolesnym, który niewątpliwie posiada znaczenie rozpoznawcze i, według moich spostrzeżeń, stwierdza się wyłącznie w przypadkach owrzodzeń małej krzywizny żołądka. Jest on umiejscowiony nalewo od linii środkowej ciała, powyżej linii poprzecznej, biegnącej przez pępek. W tych przypadkach, gdzie według metody H a u s m a n a daje się wymacać dużą krzywiznę żołądka, bolesny ten punkt umiejscowiony jest na ograniczonym odcinku krzywizny. Gdy zaś nie udaje się wymacać krzywizny dużej żołądka, punktowi temu nadaję wagę tylko w tych przypadkach, gdy jest on ściśle ograniczony, i jednocześnie stwierdza się punkt, opisany przez B o a s a na lewo od kręgów 11 — 12D.

Niepozbawiony jest również pewnego znaczenia objaw opisany przez H a u s m a n a w przypadkach owrzodzeń dwunastnicy: przy opukiwaniu okolicy górnego odcinka prawego mięśnia prostego — chory odczuwa ból na szczycie wydechu, w końcu zaś

*) Stwierdziłem również bolesność lewych szyjnych punktów w przypadkach ostrych i przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego, podobnie jak i w ostrem schorzeniu trzustki.

wdechu ból się zmniejsza. W przypadkach zapaleń woreczka żółciowego opukiwanie okolicy woreczka daje wyniki wręcz odwrotne.

Wybitny chirurg, bardzo doświadczony w dziedzinie chirurgji żołądka, w rozmowie ze mną zwrócił uwagę na częstość występowania przepukliny smugi białej w przypadkach owrzodzeń żołądka. Twierdził on, że należy to zaliczyć do jednego z objawów owrzodzeń trawiennych. Istotnie, przepuklina smugi białej stwierdza się w owrzodzeniach tak często, że w tem oświadczeniu niewątpliwie tkwi dużo prawdy. Zjawisko to wytłumaczyć możemy niejednakowym stanem skurczu mięśni prostych brzucha, dzięki czemu ulegają one częściowemu rozstępowi.

Z przedmiotowych sposobów badania jedno z najlepszych miejsc zajmuje *R o e n t g e n*. Aczkolwiek bardzo pociągający jest temat, dotyczący rozpoznania rentgenologicznego wrzodu trawiennego, to jednak ze względu na to, że wytknąłem sobie za zadanie omawiać najprostsze, dostępne każdemu lekarzowi rozpoznawcze metody badania, nie będę tej kwestji poruszał. Z tychże względów nie będę mówił o gastrokopji.

Metody pracowniane.

Wielkie nadzieje, pokładane w swoim czasie w badaniu treści żołądkowej, w znacznej mierze zawiodły. Ph treści, badanie frakcjonowane żołądka niewiele pod tym względem dostarczyły nowego.

Jakkolwiek niewielkie są wyniki badań treści żołądka, jednak brak kwasu solnego ma pewne znaczenie rozpoznawcze. W razie bezkwasoty bowiem obecność wrzodu jest mało wiarogodna. W tych zaś nielicznych przypadkach, gdy wraz z bezkwasotą stwierdzamy owrzodzenie, bóle przebiegają, jak w stanach zapalnych okołotrzewiowych, t. j. mają charakter stały. W jednym z takich przypadków, przezemnie obserwowanym, stwierdzono na stole operacyjnym owrzodzenie krzywiżny małej, drążące do trzustki. U tych zaś chorych, u których w przypadkach bezkwasoty występowały bóle zależne od posiłku, często stwierdzałem przewlekłe zapalenie woreczka żółciowego. Należy też przypuszczać, że „*achylia gastrica dolorosa*“, którą *S c h m i d t* usiłuje wyodrębnić, jako jednostkę chorobową, najczęściej polega na zapaleniu woreczka żółciowego.

Z metod pracownianych wspomnę jeszcze o badaniu kału na krew utajoną. Ujemny wynik badania, nawet w okresie czynnym wrzodu, nie przeczy jego rozpoznaniu. Z tem zresztą zgadza się *B o a s*, który przypisuje tak wielkie znaczenie rozpoznawcze obecności krwi, wien utajonych. Zdaniem niektórych autorów, znikanie tych krwawień podczas leczenia wrzodu, przemawia za jego gojeniem się. Jednakże często obserwujemy, że przy zachowaniu ścisłej diety krew ze stolca znika dość prędko; kliniczne zaś objawy, obserwowane u chorego, niewątpliwie przemawiają za stanem czynnym wrzodu. Możliwe jest, że pod tym względem bardziej pewnych wyników dostarczy nam badanie kału na obecność deuterio - porfiry.

P o w i k ł a n i a.

O rozpoznawaniu zapaleń okołodwunastniczych i okołożołądkowych już wyżej mówiłem. Szczegółowy wywiad daje nam w tych przypadkach nie mniej od badania rentgenologicznego, a często nawet więcej.

Zespół objawów zwężenia odźwiernika i dwunastnicy zbyt dobrze jest znany, by nad nim się dłużej zastanawiać. Chcę tylko wzmiankować, że w przypadkach, daleko posuniętych, ze znacznym rozszerzeniem żołądka,

bóle nieraz tracą na sile i mogą nawet zniknąć; ustają również często wymioty. Taki obraz kliniczny może nieraz wprowadzić w błąd. Przy skurczu odźwiernika zgłębnikowanie po próbnem śniadaniu lub naczczo po wielokrotnem badaniu wykazuje znaczne wahanie ilości wydobytej treści: otrzymujemy naprzemian to znaczne, to znów bardzo skąpe ilości treści. Rozpoznanie klepsydrowatego żołądka i jego uchyłków wyłącznie prawie należy do zakresu rentgenologii. W jednym przypadku rozpoznałem u chorego, u którego wywiad stwierdzał przebyte owrzodzenie żołądka, uchyłek dwunastnicy na podstawie następujących objawów: podczas badania tegoż chorego naczczo plusku w okolicy żołądka nie udało się stwierdzić, natomiast wyraźnie występował on w ściśle ograniczonym miejscu, odpowiadającym dwunastnicy. *R o e n t g e n* wykazał znacznych rozmiarów uchyłek dwunastnicy.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że wrzód trawienny należy do bardzo częstych schorzeń, to trzeba przyznać, że przedziurawienie wrzodu obserwujemy stosunkowo rzadko.

Gdy u chorego z wywiadem wrzodowym, nagle zjawia się silny ból, jakiego jeszcze nigdy nie odczuwał, i mięśnie brzucha, szczególnie w górnych swych odcinkach, skurczą się do takiego stopnia, że twarde są, jak deska (*ventre en bois*). to rzadko pomylimy się, stwierdzając w tych przypadkach przedziurawienie owrzodzenia. Z tego nie należy wnioskować, że rozpoznanie przedziurawień wrzodu żołądka jest zawsze łatwe. W niektórych przypadkach, szczególnie u osób z wiotkimi powłokami brzuszными, skurcz mięśni jest zaledwie zaznaczony i można go tylko wykryć przez systematyczne obmacywanie brzucha. Niestety, metoda obmacywania jest w znacznej mierze zaniedbana. Oczywiście, nie jest to metoda tak efektowna i nowoczesna, jak, powiedzmy, określanie rezerwy alkalicznej lub drobinowo-osmotycznego parcia krwi, od rozpoznania jednak na czasie obrony mięśniowej często zależy życie chorego. Nadmienić należy, że zauważa się niekiedy pomieszanie tak różnych pojęć, jak rozciągnięcie brzucha i skurcz jego mięśni. Ostatni może bowiem występować zarówno przy wzdętym, jak i przy płaskim lub wciągniętym brzuchu.

Różniczkowo - rozpoznawcze trudności nastroczą nam zapalenie opłucny przeponowej.

Obserwowałem przypadek zawału płuc i przypadek zawału serca, przebiegający pod klasycznym obrazem przedziurawienia żołądka. W przypadkach wątpliwych należy uciec się do badania rentgenologicznego. Niestety, przy odmie otrzewnowej (*pneumoperitoneum*) nieraz zmuszeni jesteśmy badać chorego w pozycji stojącej.

Przy najmniejszym podejrzeniu przedziurawienia żołądka należy unikać podawania morfiny, ponieważ usypia ona nie tylko chorego lecz również uwagę lekarza. I nawet wtedy, gdy chory godzi się na operację — nawiąsem mówiąc, chorzy z przedziurawieniem bardzo chętnie zgadzają się na zabieg — to jednak nie należy stosować morfiny, nie zważając na to, że bóle są nie do zniesienia; gdy tylko bowiem bóle pod wpływem morfiny ustępują, chory cofa często zgodę na zabieg.

Niejednokrotnie miałem możność przekonania się, że wielu lekarzy jest zdania, jakoby tętno w razie przedziurawienia wrzodu było przyspieszone i źle wypełnione. W pewnym przypadku chirurg, wezwany do chorego, u którego stwierdziłem przedziurawienie wrzodu, odmówił interwencji chirurgicznej, przy której obsta-

wałem, motywując to tem, że tętno było dobrze wypełnione i nieprzyspieszone. Przemawiało to, jego zdaniem, przeciwko prawidłowemu rozpoznaniu. W przeciągu pierwszych godzin po przedziurawieniu tętno najczęściej nie przedstawia żadnych odchyśleń od normy. Miałem możność widzenia chorego 20 minut po wystąpieniu objawów przedziurawienia. Również w tym przypadku, niezważając na to, że można było spodziewać się jeszcze objawów wstrząsu, tętno było dobrze wypełnione i nieprzyspieszone.

Ciepłota w pierwszych godzinach jest normalna. Zwracanie występuje niezbyt często.

Najistotniejszymi objawami przedziurawienia otrzewnej, jak już mówiłem, są bardzo silne bóle i obrotowa mięśniowa. Istnieje jednak jeszcze cały szereg objawów, które pomocne są w ugruntowaniu rozpoznania.

W poszczególnych przypadkach stwierdzamy wysłuchowo w okolicy nadbrzusza przy każdym wdechu bulgotanie, zależne od przechodzenia powietrza przez otwór, powstały wskutek przedziurawienia żołądka. Niestety, zjawisko to występuje dość rzadko. W jednym z moich przypadków, istniejąca u chorego przepuklina smugi białej była wzdęta, i przy obmacywaniu otrzyrywało się wrażenie, jak przy odmie podskórnej. Niekiedy przy opukiwaniu plesymetru metalowym końcem młotka i jednoczesnem wysłuchiwanym udaje się stwierdzić nad stłumieniem wątrobowym dźwięk metaliczny. Już na samym początku po przedziurawieniu żołądka, jeszcze przed wystąpieniem bębniacy, stłumienie wątrobowe często zmniejsza się lub zupełnie znika. Duże znaczenie rozpoznawcze posiada promieniowanie bólu w okolicy nadbrzusza. Często obserwowałem, że przy każdym wdechu bóle się nieraz wzmagają, wskutek czego oddech staje się powierzchowny. Brzuch z reguły nie przyjmuje udziału w oddechu.

W podręcznikach podają zwykle, że brzuch w przypadkach przedziurawień wrzodu przy obmacywaniu jest bardzo bolesny. W pierwszych 8 — 10-ciu godzinach jest to niezgodne z rzeczywistością. Wprost zadziwia niekiedy, jak mało chory reaguje na dość silny ucisk przy obmacywaniu brzucha.

Często stwierdzamy najbardziej bolesne miejsce w prawym talerzu biodrowym. Może to łatwo spowodować błąd, nasuwając myśl o zapaleniu wyrostka robaczkowego. Na podstawie własnych spostrzeżeń doszedłem do wniosku, że decydujące rozpoznawcze znaczenie posiada nie miejsce największej bolesności, lecz miejsce najwięk-

szego napięcia skurczowego mięśni, które w przypadkach przedziurawienia zawsze umiejscowione jest w określonym odcinku nadbrzusza.

Do jakiego stopnia uporczywy jest skurcz górnych odcinków mięśni prostych, widać chociażby z tego, że, gdy przedziurawienie wikła się rozlanem zapaleniem otrzewnym, gdy dolna część brzucha jest już wzdęta, górna pozostaje nadal skurczona. Siłą kontrastu górna wydaje się przeto zapadnięta. U jednej z moich pacjentek na 5-ty dzień po przedziurawieniu, gdy tętno było już prawie niewyczuwalne, brzuch nadal jeszcze utrzymywał swoistą tę konfigurację.

Już w pierwszych godzinach po wystąpieniu przedziurawienia często stwierdzamy objaw, opisany swego czasu przezemnie w zapaleniu otrzewnym, a mianowicie — dźwięczenie naczyń, dające się słyszeć na całej powierzchni brzucha*).

Należy zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność, która z łatwością może doprowadzić do pomyłek rozpoznawczych. Krzywa bólu w pierwszych godzinach po przedziurawieniu posiada wyraźny charakter falisty; nie ustępując ani na chwilę, bóle te naprzemian to słabną, to znów nasilają się. I otóż w chwili, gdy ból jest stosunkowo mniejszy, mięśnie brzucha wówczas u niektórych chorych wiotczą. Gdy poraz pierwszy spostrzegłem to zjawisko, rozpoznanie wydawało mi się wątpliwem. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności u chorego tego stwierdzał się tak pewny objaw, jakim jest charakterystyczne bulgotanie w okolicy nadbrzusza, o którym już wyżej mówiłem.

W końcu dodać jeszcze muszę, że przedziurawienie wrzodu trawiennego niekoniecznie powodować musi zejście śmiertelne. Nie jestem w stanie podać ścisłych danych statystycznych, ponieważ nie prowadziłem dokładnego spisu tych przypadków. Mam jednak wrażenie, że przypadki wyzdrowienia nie należą wcale do rzadkich. Nie posiadamy, niestety, sprawdzianu, który dałby nam możność prawidłowego rokowania, wobec czego w przypadkach przedziurawienia wrzodu trawiennego zabieg operacyjny jest bezwzględnie wskazany.

*) W jednym przypadku zapalenia zgorzelinowego wyrostka, dźwięczenie naczyń wysłuchiwało się tylko w okolicy kątnicy. Podkreślić należy, że objaw ten napotkać możemy również przy niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału wewnętrznego
(Ordynator: G. Lewin)
i z pracowni anatomopatologicznej
(Kierownik: M. Płonkier)
Szpitala na Czystem w Warszawie.

Wyniki badania pośmiertnego w przypadku stanu dziecięcego pochodzenia wysepkowego (*Infantilismus insulogenes*)*).

Podali

Dr. J. FLIEDERBAUM i Dr. M. PŁONSKIER (Warszawa).

Dnia 14.XII.1929 r. na posiedzeniu Warszawskiego Koła T-wa Internistów Polskich przedstawił

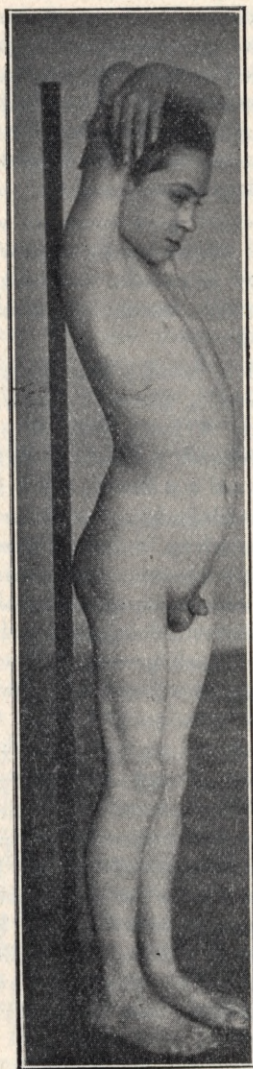
*) Przedstawiono na posiedzeniu Warsz. Koła T-wa Internistów Polskich dnia 26.XI. 1932 r.

Flieberbaum przypadek współistnienia cukrzycy ze stanem dziecięcym (patrz Rys. 1-szy). Dwa także przypadki demonstrował on w tymże roku na posiedzeniu klinicznym (110-tem) Zrzeszenia Lekarzy Rz. P. W końcu r. 1930-go, na podstawie obserwacji dwunastu podobnych pacjentów, opisał Flieberbaum stan dziecięcy pochodzenia trzustkowego, ściślej wysepkowego — *infantilismus insulogenes*. Dla tej nowej jednostki klinicznej podał on następujące cechy charakterystyczne, różniące ją od pozostałych odmian stanu dziecięcego.

1° Typowe wywiady — występowanie ciężkiej cukrzycy w okresie pokwitania lub przed okresem rozwoju płciowego.

2° Zahamowanie rozwoju fizycznego — chory

przestaje rosnać z chwilą wystąpienia u niego objawów ciężkiej cukrzycy; jego wzrost odpowiada wzrostowi dziecka w tym wieku, w którym wybuchła niedomoga wewnątrzwydzielnicza trzustki.



Rys. 1-szy.

3° Zaburzenia w rozwoju płciowym osobnika: jeśli cukrzyca wystąpiła przed okresem rozwoju płciowego — brak cech płciowych drugo- i trzeciorzędnych (1-sza odmiana jednostki omawianej), o ile w czasie niezakończonego pokwitania — zahamowanie dalszego rozwoju płciowego (2-ga odmiana).

4° Młody, dziecięcy wygląd chorych: twarz młoda, postać dziecięca, głos dziecięcy.

5° Prawidłowy rozwój psychiczny.

6° Zmiany kostne: zahamowanie wzrostu kości w kierunku podłużnym; wzrost karłowaty w 1-szej odmianie i hipozomja — w 2-giej odmianie — przy zachowanej proporcji tułowia oraz części obwodowych i dośrodkowych kończyn; brak zrośnięcia części nasadowych kości długich z trzonami, brak punktów skostnienia w nasadach; wygięcie przednie dolnej części grzbietowej i wygięcie tylne części lędźwiowej kręgosłupa, pociągające za sobą wypięcie brzucha.

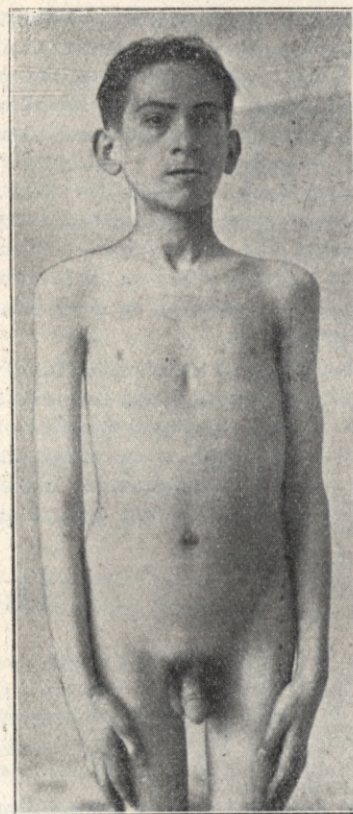
7° Cukrzyca o znamionach ciężkiej cukrzycy trzustkowej.

8° Brak zaburzeń ze strony pozostałych ogniw przemiany materji.

Całokształt zmian chorobowych powiązał F. z niedomogą trzustki, która poza cukrzycą miała by wywoływać zahamowanie rozwoju fizycznego i płciowego osobnika. Na dowód słuszności swej koncepcji, poza znanym ogólnie troficznym wpływem wysepek *Langerhansa* (komórki alfa — *Allen, Martin*), przytacza F. doświadczenie *Pratta* oraz własne obserwacje.

Pratt wykazał, że wycięcie trzustki szczepieniem hamuje ich rozwój płciowy i wzrost oraz wywołuje cukrzycę. Autor ten stworzył zatem doświadczalny prototyp stanu dziecięcego pochodzenia wysepkowego.

Flieberbaum w przypadku stanu dziecięcego pochodzenia wysepkowego (odmiana 1-sza) po samem systematycznym leczeniu wyciągiem z wysepek *Langerhansa* (insulina) uzyskał znaczną poprawę: zwiększenie wzrostu o 3 cm., względny przerost narządów płciowych (jąder, prącia), występowanie wzwodu członka i zmasów nocnych, zjawienie się owłosienia apokrynnego (nad spojeniem łonowym, pod pachami i na twarzy), zanik skupień tłuszczu w okolicy *mons Veneris*, zmęczenie chorego (patrz rys. 2-gi). Było to niejako potwierdzenie teorii patogenetycznej *ex juvantibus*.



Rys. 2-gi.

W czasie dyskusji, która wywiązała się po pokazach F., zaproponowano mu, w odróżnieniu od jego koncepcji, powiązać współistnienie cukrzycy i stanów dziecięcych nie z trzustką, lecz z równoczesnem schorzeniem przysadki, grasicy, tarczycy, wzgl. z zaburzeniami wielogruzołowymi.

Otóż przypadek, przedstawiony w Kole Internistów, szczegółowo opisany przez F. we wspomnianej jego pracy jako przykład 1-szej odmiany *infantilismus insulogenes*, w którym to przypadku po rocznej systematycznej insulinizacji przyszło do znacznej poprawy (p. wyżej!) — przypadek ten mieliśmy możność badać pośmiertnie. Chory bowiem, po wypisaniu się ze szpitala w okresie znacznej poprawy, zaprzestał (z przyczyn materialnych) stosowania diety i insuliny. Po jakimś błędzie dietetycznym dostał on zaburzeń żołądkowo-jelitowych, a następnie — śpiączki cukrzyczej (po raz 4-ty). W stanie ciężkim został on przywieziony na oddział p. ordynatora Dra L u x e n b u r g a w Szpitalu na Czystym dnia 27.3.1932 r. Po zastosowaniu energicznej kuracji przeciwketonowej, chory powrócił do przytomności, lecz zmarł dn. 30.3.1932 wśród objawów niewydolności sercowo - naczyniowej.

Badanie pośmiertne, wykonane dnia 31.3.1932 przez M. P ł o ś k i e r a (Prot. Sekcji N. 1737, r. 1932), wykazało zmiany następujące:

Przekrwienie i obrzęk mózgu. Zanik trzustki. Podostre zapalenie trzustki. Nerczyca. Nacieczenie glikogenowe wątroby. Podostry śluzowy nieżyt jelit cienkich. Zastoja narządów wewnętrznych. Zrosty oplucnowe. Ogólny niedorozwój.

S z c z e g ó ł o w y o p i s b a d a n i a p o ś m i e r t n e g o. Wzrost 150 cm. Odżywianie — nieźle. Budowa prawidłowa, wiotka. Uwłosienie — szatyn, głowy — strzyżone, pod pachami — skąpe, około części płciowych — dość obfite, typu kobiecego.

Skóra blada, gładka, napięta, na brzuchu zielonkawa. Czaszka lekka, prześwieca, grubość — 0,3. Opona twarda gładka, napięta. Opony miękkie mocno nastrzyknięte. Siodełko głębokie. Przysadka mała, uciśnięta. Waga mózgu: 1250 gr. Symetria mózgu +. Mózg blady, wilgotny, błyszczący. Zakręty — duże, spłaszczone. Komory — zlekka rozszerzone. Szyzyny w zrostach, pod postacią drobnej torbielki, wielkości ziarna grochu. Naczynia, podstawa mózgu, zwoje podstawne, spłot naczyniasty, kora zakrętów, mózdzek, most V a r o l a, rdzeń przedłużony bez zmian.

Jama brzuszna. Sieć podciągnięta do góry, otrzewna gładka, lśniąca, układ prawidłowy, gruczoły krezkowe powiększone.

Przepona: wysokość z prawej strony — 4 żebro, z lewej — 5 żebro.

Klatka piersiowa wąska, kąt ostry, śródpiersie przednie zawiera mało tłuszczu, trójkąt sercowy duży. Granicy nie znaleziono. Oplucna prawa w słabych zrostach u wierzchołka, gładka, lśniąca; oplucna lewa — jak prawa.

Gruczoły przytarczyczne z. n. Tarczycza — dość duża, sina, mało błyszcząca.

Gardziel zasiniona, nastrzyknięta. Język: szary, pokryty suchym nalotem, układ chłonny obficie rozwinięty. Migdałki duże, na przekroju szaro-różowe, soczyste, bez czopów. Przelyk, krtań — z. n. Tchawica nastrzyknięta, zawiera pienistą treść. Gruczoły chłonne klatki piersiowej, tchawiczno-oskrzelowe niewielkie, pylicze. Śródpiersie tylne — z. n. Płuco prawe: nie zapada się, puszyste, trzeszczy przy przekrwaniu, na przekroju naogół dość suche, wiśniowe, zalewa się skąpą ilością pianistego płynu; w oskrzelach śluzówka nastrzyknięta; tuż pod wierzchołkiem spoista, szyfrowa blizna. Płuco lewe — jak prawe. Serce: wielkość $9 \times 8 \times 4$ cm., waga 190 gm. Naczynia wieńcowe szerokie, o błonie wewnętrznej gładkiej, osierdzie gładkie, lśniące. W worku osierdziowym około 50 cm.³ przezroczystego płynu. Serce prawe nieznacznie powiększone, zawiera wiśniowe skrzepy. Przedsio-

nek, tętnica płucna, komora — z. n. Mięsień brunatny, dobrze błyszczący, grubość — 0.3 cm. Serce lewe — przedsionek (zastawka dwudzielna) — w przednim płacie dość duże, żółte, spoiste blaszki. Tętnica główna: szerokość: 6.0 cm., 4.5 cm., 3.5 cm.; u podstawy drobne, żółte blaszki. Komora — z. n. Grubość mięśnia: 1.5 cm.

Śledziona: wymiary $9 \times 6 \times 3$ cm, waga 50 gm., torebka szara, pomarszczona, na przekroju wiśniowa, bez rysunku.

Tętnica brzuszna wąska, na błonie wewnętrznej drobniutkie, żółtawe ogniska. Żyła próżna dolna: z. n. Nadnercza: istota korowa wąska, blada, istota rdzeniowa niewidoczna. Sploty współczulne — z. n.

Nerka prawa: torebka tłuszczowa skąpa, ścięgniasta zdejmuje się łatwo; powierzchnia gładka, wiśniowa z pojedynczymi, bladymi ogniskami źle odgraniczonymi; na przekroju spoista, błyszcząca, z bladymi ogniskami o rysunku zupełnie zatartym i o korze znacznie rozszerzonej; waga — 110 gm. Nerka lewa — naogół jak prawa, jednakże bardziej wiśniowa; waga — 125 gm. Miedniczki i kielichy znacznie rozszerzone. Moczowody z. n.

Żołądek niewielki, zawiera brunatną śluzowatą treść; śluzówka mocno nastrzyknięta, obrzmiała, pofałdowana, pokryta dużą ilością śluzu, w okolicy odźwiernika wyraźnie groszkowana. Dwunastnica — słabo nastrzyknięta. Trzustka — b. mała, waga 35 gm., rysunek — dość wyraźny, blada, spoista. Pęcherzyk żółciowy zawiera dość dużo czarnej żółci. Drogi żółciowe drożne. Wątroba o wymiarze $24 \times 20 \times 9$ cm., o powierzchni gładkiej, brzegu zaokrąglonym; na przekroju — brunatno-wiśniowa; rysunek zatarty; waga — 1610 gm. Jelita cienkie: śluzówka obrzmiała, nastrzyknięta, pokryta obfitą ilością śluzu, w dolnych częściach — bledsza. Jelita grube, katnica, wyrostek robaczkowy — z. n. Gruczoły krezkowe powiększone, miękkie, bladoróżowe, soczyste. Pęcherz moczowy — z. n. Jądra dość duże, o rysunku zupełnie wyraźnym.

S z c z e g ó ł o w y o p i s b a d a n i a h i s t o l o g i c z n e g o. T r z u s t k a. Miąższ właściwy trzustki nie wykazuje znaczniejszych zmian. Zarysy komórek gruczolowych są wyraźne. Zaródź ziarnista, często z drobnymi kuleczkami tłuszczu. Jądra dobrze się barwią, nieraz są blade, pęcherzykowate. Podścielisko miejscami jest b. skąpe, miejscami niewidoczne; w głowie — obfitsze, nieraz obrzmiałe, z naciekami drobnokomórkowymi, wśród których widać dość liczne leukocyty wielojądrowe. Tkanka międzyzrakikowa naogół obfita, miejscami znacznie zgrubiała, szklisto zmieniona, miejscami luźna, obrzęknięta, z licznymi naciekami zapalnymi, zgromadzonemi najczęściej dookoła naczyń krwionośnych lub przewodów gruczolowych. Większe przewody gruczolowe, szczególnie w głowie są rozszerzone, światło ich wypelnione skrzepłą wydzieliną z pojedynczymi leukocytami oraz zluszczonym nabłonkiem; ściana przewodów otoczona grubą warstwą tkanek z naciekami zapalnymi. Zmiany zapalne przeważają w głowie trzustki. W części ogonowej podścielisko jest zbite, dookoła większych przewodów zbite i szklisto zmienione. W syp L a n g e r h a n s a. Liczba wysepek jest znacznie zmniejszona: w głowie 25 wysepek na 50 mm.², w trzonie — 37, w ogonie 24. Poza zmniejszeniem liczby większość wysepek wykazuje znaczne zmiany patologiczne. Niezmienione wysepki są nieliczne. Stosunkowo najwięcej dobrze zachowanych wysepek widać w trzonie. W głowie i w ogonie są one rozrzucone zupełnie pojedynczo. Zmiany w wysepkach dadzą się opisać w sposób następujący. W licznych komórkach zaródź przedstawia barwić się jednolicie i wykazuje cały szereg ziarnistości, dość daleko odsuniętych od siebie. Pomiędzy ziarnistościami widać jasne, zupełnie niebarwiące się przestrzenie. Bardzo często zaródź nie barwi się wcale, zarysy komórek są ledwo wi-

doczne, a jądro leży wśród niezabarwionej, ledwo zarysowanej zarodki. W innych komórkach zarysów nie widać wcale: pozostałe jądra, otoczone bardzo wąskim paskiem zarodki, lub też jądra bez zarodki, przypominające swym wyglądem limfocyty. Jądra komórek barwią się naogół dobrze. Często jednak nie widać w nich rysunku chromatyny. Są one wtedy drobniejsze, bardziej zbite, barwią się jednolicie. Układ komórek w wysepkach *L a n g e r h a n s a* jest zupełnie nieprawidłowy. Często układają się one na obwodzie wąskim pasmem, pozostawiając w środku pustą przestrzeń, w której widać nieraz pętle naczyń włosowatych. W innych miejscach komórki zmienione, wydłużone, o jasnej zarodki, tworzą nieregularny spłot podobny do zespójni z dużymi pustymi różnokształtnymi przestrzeniami.

Miejscami komórki leżą w środku i gęsto obok siebie, tak, że granice pomiędzy nimi są zupełnie niewidoczne; w stosunkowo niewielkiej masie zarodki widać gęsto leżące obok siebie jądra; na obwodzie masy leży szeroka pusta obwódka. W wielu wysepkach liczba komórek jest znacznie zmniejszona. Bardzo często wysepki *L a n g e r h a n s a* są b. małe; składają się z kilku, rzadko dobrze zachowanych komórek. Nieraz naskutek zmian w zarodki, która prawie wcale się nie barwi, stają się one podobne do niewielkich skupień limfocytów. Wreszcie pojedynczo widać puste okrągłe przestrzenie, otoczone wąskim rąbkim różowej jednolitej masy. Opisane zmiany w komórkach wysepek są wyrażone dość równomiernie we wszystkich częściach trzustki. Nie widać prawie wcale wysepek o budowie prawidłowej, lub też wysepek przerosłych. — W większych tętnicach błona wewnętrzna jest gdzieś nierównomiernie zgrubiała, naskutek przerostu elementów sprężystych,

W ścianach małych tętniczek widać nieraz zmiany szkliste.

Tak więc zmiany w trzustce dałyby się streścić w następujący sposób: 1) nieznaczne stłuszczenie w komórkach gruczołowych; 2) stosunkowo świeże (podostre) zmiany zapalne w podścielisku dookoła przewodów i naczyń, szczególnie w głowie; 3) zgrubienie tkanki łącznej międzyzrakowej; 4) zmiany szkliste w podścielisku i małych tętniczkach; 5) w wyspach *L a n g e r h a n s a* — zwyrodnienie wodniczkowe i zanik; 6) znaczne zmniejszenie liczby wysepek *L a n g e r h a n s a* i 7) brak odczynu regeneracyjnego — brak wysepek przerosłych.

Wątroba. Granice beleczek i zrazików zupełnie zatarłe. Komórki leżą gęsto obok siebie. Są one b. duże, o ostro zarysowanych granicach. Większość komórek zawiera duże ilości glikogenu, przeważnie tworzącego szeroką masę dookoła jądra; na obwodzie — często wąskie pasemko z drobnymi kuleczkami tłuszczu. W niektórych komórkach większą część zarodki wypełniona dużymi kulkami tłuszczu. Jądra są przeważnie ciemne o wyraźnych granicach. Miejscami jądra — duże, napęczniałe i zniekształcone; zawierają one również dość dużo glikogenu. Komórki *K u p f e r a* — dość często wypełnione tłuszczem. Naczynia włosowate — przeważnie puste i uciśnięte przez napęczniałe komórki wątrobowe.

Nerki. Kłębuszki naogół dobrze zachowane, w niektórych — torebka lekko zgrubiała. Na obwodzie gdzieś pojedyncze kłębuszki zbliznowałe. W kanalikach pętli *H e n l e g o* nabłonki często zawierają glikogen lub dość duże kulki tłuszczu; w świetle kanalików — walki szkliste. Tłuszczu widać naogół więcej, jest on nierównomiernie rozrzucony, nieraz w śródłonkach kłębuszków lub w komórkach otoczek. W tętniczkach włosowatych nieraz zmiany szkliste. Nabłonki kanalików często o zatartej budowie, ziarnistej zawartości; jądra często nie barwią się.

Śledziona. Zrąb wyraźny. W ścianach tętniczek —

zmiany szkliste oraz znaczne stłuszczenia. Tłuszcz daje się nieraz wykazać w beleczkach i śródłonkach zatok. Światło niektórych tętniczek — miejscami znacznie zwężone. W kilku miejscach widać pod powierzchnią drobne świeże zawały.

G r u c z o ł y w y d z i e l a n i a w e w n ę t r z n e g o.

S z y s z y n k a. Dość liczne ogniska zwapnień w środku. Na obwodzie — dość dużo dobrze zachowanego miąższu.

P r z y s a d k a. Budowa wyraźna. Komórki eozychnonne liczne. W komórkach zasadochłonnych — dość często wodniczki.

G r a s i c y — nie znaleziono.

T a r c z y c a, p r z y t a r c z y c z k i, n a d n e r c z a — nie szczególnego.

J a d r a — Budowa prawidłowa. Spermatogeneza wyraźna.

Całokształt zmian anatomo - patologicznych da się podzielić na kilka grup.

1° Zmiany w układzie krążenia z zastoiną w naczyniach wewnętrznych należy uważać za bezpośrednią przyczynę śmierci, za niewydolność sercowo - naczyniową po przebyciu śpiączki cukrzyczej. Jest to częsta kolej losu chorych, którzy giną z powodu śpiączki po opanowaniu jej objawów kwasicy przez dietę i insulinę. Tu należy też zaliczyć przekrwienie i obrzęk mózgu.

2° Ostre i podostre zmiany nieżytowe i zapalne żołądka, jelit cienkich i przewodów trzustkowych (z odczynem zajęciem właściwego miąższu trzustki) uważamy, zgodnie z obserwowaniami przez nas innymi przypadkami sekcjonowanymi cukrzycy i zgodnie z danymi z piśmiennictwa, za *causa efficiens* śpiączki cukrzyczej. Zmiany w czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki nie można natomiast uważać za przyczynę stanu dziecięcego pochodzenia trzustkowego, gdyż 1) zmiany histologiczne przemawiają za ich charakterem ostrym lub podostrem, 2) dotyczą one niewielkiej ilości miąższu trzustkowego, pozostawiając g r o s miąższu nieuszkodzonemu i 3) badanie za życia chorego wykazało prawidłową zawartość zacyzów trzustkowych w kale i w moczu.

3° Nacieczenie glikogenowe, tłuszczowe, ew. i lipoidowe wątroby, nerek (z nerczycą), śledziony oraz nacieczenie lipoidowe naczyń jest skutkiem zaburzeń w przemianie materji w przebiegu ciężkiej cukrzycy wyniszczającej ze skłonnością do kwasicy.

4° Istotnem zaburzeniem, na które specjalną musimy zwrócić uwagę, są zmiany w trzustce. Trzustka jest przeszło 3 razy mniejsza, niż w normie (wagi ona 30 gr. zamiast 100 gr.). W trzustce zmiany dotyczą głównie wysepek *L a n g e r h a n s a*, mniej czynności zewnątrzwydzielniczej (patrz 2°). Liczba wysepek jest znacznie zmniejszona: w głowie — 25 wysepek na 50 mm.², w trzonie 37, w ogonie — 24; w normie — 130 wysepek na 50 mm.² Wysepki są mniejsze, w zaniku. Wszystkie one wykazują wyżej opisane zmiany patologiczne, sprowadzające się do zaniku i zmian wodniczkowych. Zmiany te dotyczą w s z y s t k i c h rodzajów elementów komórkowych. Brak zupełnie wysepek, patologicznie niezmiennych, oraz brak odczynu odrodzenia, brak wysepek przerosłych. Czyli stwierdzamy całkowite, b. ciężkie porażenie aparatu zewnątrzwydzielniczego trzustki. Tak daleko posunięte zmiany należą do rzadkości nawet w ciężkich cukrzycach pochodzenia trzustkowego.

5° Brak zmian ze strony pozostałych gruczołów wewnętrznego wydzielania. W chwili badania pośmiert-

nego nie mogło być mowy o stanie dziecięcym — wobec prawidłowo zaznaczonych cech płciowych pierwszo- i drugorzędnych.

6° Przypadkowe sprawy chorobowe współistniejące: nieczynne, wygojone ogniska szczytowe płucne, zrosty opłucnowe, powiększenie gruczołów krezkowych. Zmiany te, często zresztą spotykane na stole sekcyjnym, nie mogły mieć wpływu na całokształt zmian chorobowych, nas interesujących.

Jak tedy powiązać cukrzycę ze stanem dziecięcym? Czy są to zmiany przypadkowo współistniejące, czy współzależne, czy uzależnione od jednej wspólnej przyczyny?

Ze względu na znaczną liczbę obserwowanych przypadków podobnych przypadkowe współistnienie jest wyłączone.

Towarzyszące ciężkiej cukrzycy wyniszczenie, wzgl. zatrucie cukrzycowe mogłoby również wywoływać zahamowanie w rozw. fizycznym i płciowym. Mieliśmy zatem do czynienia z t. zw. *infantilismus dys-throphicus*. Pomijając odmienny wygląd takich chorych (chory czyni wrażenie „zatrutego”, ma starczy wygląd przy drobnej, dziecięcej postaci, często ochrypli głos, skórę pomarszczoną, pofałdowaną, suchą i t. d.), zaznaczyć musimy, że i te stany zależne są od powstałych na drodze toksycznej, niemniej jednak — anatomicznych zmian w gruczołach dokrewnych (por. pracę cytowaną F l i e d e r b a u m a), których to zmian w naszym przypadku badanie pośmiertne nie wykazało.

Jak podał jeden z nas w pracy o stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego, wszystkie przypadki zahamowania rozwoju fizycznego i płciowego są skutkiem bądź braku witamin wzrostu i rozwoju płciowego w pożywieniu, bądź zmian w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym. Badanie pośmiertne nie wykazuje cech znamienych dla awitaminozy. Również i wywiady, zebrane za życia stwierdzają, iż w skład pożywienia pacjenta wchodziły pokarmy, zasobne w witaminy wzrostu i rozwoju płciowego.

Stany dziecięce pochodzenia dokrewnego mogą zależeć od szyszynki, przysadki, tarczycy, przytarczyczek, grasicy, nadnerczy i jąder. W żadnym z wymienionych gruczołów nie przypuszczaliśmy za życia pacjenta istnienia zmian pierwotnych. Również i badania pośmiertne — makro- i mikroskopowe — zmian w żadnym z wyliczonych narządów nie wykazały.

Uwaga nasza znów, jak i za życia pacjenta, skierowuje się ku trzustce, i to ku wyspom L a n g e r h a n s a, gdyż, jak już wyżej wspominaliśmy, mimo stwierdzonych świeżych zmian w aparacie zewnątrzwydzielniczym trzustki, aparat ten uważać możemy za czynnościowo wydolny.

Układ wysepkowy jest w naszym przypadku całkowicie porażony. Tłomaczy to ciężką młodzieńczą cukrzycę trzustkową i wychudzenie chorego. A wobec stwierdzonego klinicznie i doświadczalnie wpływu wysepek na wszystkie ogniwa przemiany materii, wobec wpływu troficznego komórek alfa wysepek oraz — przede wszystkim — wobec wspomnianego na początku pracy niniejszej doświadczenia P r a t t a, który, usuwając szczeniutom trzustkę, wywoływał u nich prototyp doświadczalny stanu dziecięcego pochodzenia wysepkowego (cukrzycę, zahamowanie rozwoju fizycznego i płciowego), — wobec tych wszystkich dowodów musimy uważać, że w trzustce jest *sedium morbi*, że w zaatakowaniu wysepek L a n g e r h a n s a leży przyczyna całego przedstawionego zespołu. Na korzyść takiej koncepcji przemawia również wpływ korzystny wyciągów wysepkowych na wszystkie objawy chorobowe: na cukrzycę, rozwój fizyczny i płciowy. W chwili badania pośmiertnego stwierdziliśmy dokonany rozwój płciowy oraz wybitnie pobudzony rozwój fizyczny pacjenta.

Dlatego też i obecnie, po badaniu pośmiertnym pacjenta, jak i przed 3 laty stoimy na stanowisku, że opisana przez jednego z nas (F.) nowa odmiana kliniczna stanu dziecięcego jest wywołana przez niedomogę czynnościową aparatu wysepkowego trzustki. Specjalnie w tym celu przeprowadzone badania doświadczalne mogłyby wykazać, czy stan dziecięcy jest spowodowany jedynie i tylko przez niewydolność wysepek, czy też przez wtórne korelacyjne zaburzenia innych gruczołów dokrewnych.

PIŚMIENNICTWO.

1. J. F l i e d e r b a u m. Przypadek współistnienia cukrzycy ze stanem dziecięcym. Sprawozd. z posiedz. Warsz. Koła T-wa Internistów Polskich. Rocznik 1929/30. Posiedz. III. (Medycyna Warszawska 1930 r.).
2. J. F l i e d e r b a u m. 2 przypadki stanu dziecięcego pochodzenia trzustkowego. Sprawozd. z 110 posiedz. klin. Zrzesz. Lek. Rz. P. (Warsz. Czasop. Lek. 1930 r.).
3. J. F l i e d e r b a u m. O stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego (*Infantilismus insulogenes*). Warsz. Czasop. Lek. 1930 r. NN. 44 i 45 oraz Zeitschr. f. klin. Medizin. T. 124, NN 1 i 2, 1933 r.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O cytoarchitektonice mózgu w świetle nowszych badań¹⁾.

Podał

J. M. CUNGE (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 23).

Nic też dziwnego, że nauka o mózgu musiała się odtąd posługiwać innymi kryteriami, niż to dotychczas czyniła. Niezwykle zawiła budowa cytoarchitektoniczna spowodowała wprowadzenie

coraz to nowych pojęć klasyfikacyjnych, nieopartych na istotnych założeniach anatomo-porównawczych, wprowadzając temsamem chaos i zamęt w badaniu tego najtrudniejszego pod względem anatomicznym narządu.

E d i n g e r odróżniał w układzie nerwowym centralnym część filogenetycznie starszą, t. zw. *Paläencephalon*, rozciągającą się od rdzenia aż do miejsca, gdzie włókna węchowe wchodzi do przedmózda, oraz filogenetycznie młodszy *Neencephalon* czyli właściwy płaszcz (*Pallium*). *Neencephalon* zaś składa się z filogenetycznie starszego *Archipallium* (E. S m i t h) czyli t. zw. rogu Ammona i filoge-

¹⁾ Por. art. P. S ł o n i m s k i e g o p. t.: „O architektonice kory mózgowej”. — Wszechświat Nr. 10. 1928.

netycznie młodszego *Neopallium*. Klasyfikacja ta jednak nie jest oparta na ścisłych kryterjach anatomicznych, pozwalających zaliczyć jakieś pole do tej czy innej grupy.

B r o d m a n n na podstawie badań porównawczo-anatomicznych dzielił korę na t. zw. homogenetyczną (*isocortex*) i heterogenetyczną (*allocortex*). O ile *Cortex homogeneticus* wykazuje budowę sześciowarstwową, o tyle określenie *Cortex heterogeneticus* nosi charakter negatywny (R o s e). Zaliczał on do tej grupy te części kory, które już od wczesnych okresów rozwoju ontogenetycznego wykazywały zupełnie odmienną budowę od typu sześciowarstwowego. Należą tu: *gyrus subcallosus*, *gyrus intralimbicus* wraz z *induseum*, *gyrus fasciolaris* i *dentatus* wraz z rogiem A m m o n a, *subiculum*, *praesubiculum*, *uncus*, *gyrus olfactorius lat. et med.*, *substantia perforata*. W obrębie t. zw. *Cortex heterogeneticus* B r o d m a n n wyróżniał ponadto: *Cortex primitivus*, *Cortex rudimentarius* i *Cortex striatus*. Do *Cortex primitivus* zaliczał on te części mózgu, które w ciągu swego rozwoju, zarówno onto- jak i filogenetycznego, nie wykazywały żadnej warstwowości, lecz tylko nieregularny zbiór komórek nerwowych. Są to: *bulbus olfactorius*, *tuberculum olfactorium*, *substantia perforata anterior* i *nucleus amygdalae*.

W *cortex rudimentarius* można już według B r o d m a n n a wyróżnić I i IV warstwę z kory homogenetycznej. W skład tej części wchodzi: *hippocampus*, *induseum griseum*, *fascia dentata*, *septum pellucidum*, *subiculum*, *area praeterterminalis*.

Cortex striatus wykazuje już obecność I, V, i VI warstwy. Należą tu: *area entorhinalis*, *area perirhinalis*, *area praepyriformis*, *area praesubicularis*, *area retrosubicularis*.

Niebawem jednak C. i O. V o g t o w i e wykazali, że brzuszna część *gyri limbici anterioris*, którą B r o d m a n n zaliczał do *isocortex*, już na początku swego rozwoju jest bezziańska, a tem samem należy ją zaliczyć do *allocortex*.⁵⁾ Później R o s e udowodnił, że *regio retrosplenialis granularis et agranularis* oraz *area subgenualis posterior* nie wykazuje nigdzie sześciowarstwowości, wobec czego podważona została klasyfikacja B r o d m a n n a.

Podział R o s e g o⁶⁾ usunął te trudności, wprowadzając jasną i przejrzystą klasyfikację, opartą na badaniach porównawczo-ontologicznych. Na podstawie bardzo licznych badań wykazał on, że najpierwotniejszy sposób rozwoju wykazuje *Cortex striatalis* czyli *semiparietalis* (*semicortex*). Zalicza się tu te wszystkie typy korowe, które powstają z tego samego odcinka ściany pęcherzyka wtórnego i z tej samej warstwy macierzystej, co ciało prążkowane. Do tej części należą: *regio praepyriformis* 2 (*gyrus olf. lat.* u człowieka), *tuberculum olfactorium* (*substantia perforata anterior* u człowieka), *regio diagonalis*, *septum pellucidum*, *regio periamygdalaris* (kora, pokrywająca u człowieka *gyrus semilunaris*). Natomiast zasadniczą cechą II strefy kory mózgowej czyli *corticis totoparietalis*

(*cortex pallialis sive totocortex*) jest to, że kora ta tworzy się z całego materiału warstwy macierzystej. W obrębie *totocortex* występują 2 grupy, w których początkowo rozróżniamy 4 warstwy, a mianowicie: warstwę macierzystą, warstwę pośrednią, warstwę korową i warstwę brzeżną. Od tego okresu poczynają się obie części tej kory różnicować. W pierwszej — *Cortex holoprotoptychos sive Holocortex* — warstwa korowa czyli *protoptyx* przejmuje wszystkie komórki warstwy macierzystej i sama ulega uwarstwieniu. W drugiej — *Cortex schisoprotoptychos sive Schisocortex* — *protoptyx* przyjmuje tylko część elementów warstwy macierzystej; pozostałe zaś tworzą t. zw. warstwę korową dodatkową. W rezultacie odróżniamy w *schisocortex* następujące warstwy: *lamina zonalis*, *lamina principalis externa* czyli właściwa blaszka korowa, *lamina dissecans*, *lamina principalis interna* czyli warstwa korowa dodatkowa. *Protoptyx* w obrębie *Holocortex* pozostaje bądź niezróżnicowany, bądź dzieli się na 4 lub 6 warstw. Dlatego też dzielimy *Holocortex* na: *Holocortex bistratificatus*⁷⁾, (*formatio Ammonis*, *regio retrobulbaris*), *Holocortex quinquestratificatus* (*regio retrosplenialis agranularis et granularis*, *regio infradiata*, *regio subgenualis*), *Holocortex septemstratificatus* (*regiones frontalis, parietalis, temporalis et occipitalis*).

Insula Reili wykazuje rozwój zupełnie odmienny. Elementy komórkowe jej warstwy korowej pochodzą zarówno z warstwy macierzystej *corticis totoparietalis*, jak i również *corticis striati*. Dlatego ta kora nazywa się również *cortex bigenitus* albo *pallio-striatalis*. Przedmurze, wchodzące w skład wyspy, stanowi, według ostatnio przeprowadzonych badań ontogenetycznych, część warstwy korowej.

Chcąc te teoretyczne rozważania dobrze zrozumieć, rzucmy okiem na fig. I.⁸⁾ Widzimy poprzeczny przekrój przez półkulę mózgową zarodka myszy dł. 15 mm. W ścianie wtórnego pęcherzyka mózgowego rozróżnić łatwo 4 warstwy: warstwę macierzystą (MS), warstwę pośrednią (ZS), warstwę korową (Rpl), i warstwę brzeżną (RS). Zaznacza się na tym obrazie ścisła zależność ciała prążkowanego (Cst) z warstwą macierzystą (MS) i ependymalną. Jest to najcharakterystyczniejsza cecha *corporis striati*, które się rozwinęło z brzuszno-bocznej części warstwy macierzystej. Komórki warstwy korowej zaś wywiodrowują z przysrodkowo-grzbietowej części warstwy macierzystej i w rezultacie oddzielają się od niej przy pomocy warstwy pośredniej. Ciało prążkowane ogranicza od zewnątrz torebka zewnętrzna (Ce). Torebka wewnętrzna u myszy nie istnieje. Od strony brzusznej ciała prążkowanego widać pewne nagromadzenie elementów komórkowych, późniejszy *tuberculum olf.*

Podobne nagromadzenie komórek widać i po stronie przysrodkowej, w miejscu tworzącego się *septum pellucidum*. Lecz elementy te pochodzą częściowo także z warstwy macierzystej *corticis totoparietalis*. Tuż nad *septum pellucidum* z warstwy macierzystej *corticis totoparietalis* wywiodrowują elementy komórkowe, które tworzą rodzaj stożka (γ).

⁵⁾ C. i O. V o g t. Allg. Ergb. unserer Hirnforschung. Journ. f. Psychologie u. Neurologie. 1919.

⁶⁾ M. R o s e. Über das histogenetische Princip der Einteilung der Grosshirnrinde, tamże, Bd. XXXII. 1926.

⁷⁾ Biorąc wszędzie jako pierwszą *lamina zonalis*.

⁸⁾ M. R o s e: Die Ontogenie der Inselrinde. Journal f. Psych. u. Neurologie Bd. 36. H. 3/4.

Streszczenia pojedyncze

Zagadnienia ogólne.

SCHEUNERT. Obecny stan wiedzy o badaniu witamin na drodze chemicznej. (D. m. W. Nr. 7, 1933).

Badania chemiczne ostatnich 2 lat wyjaśniły budowę chemiczną niektórych witamin, uniemożliwiły otrzymanie witamin w czystej postaci oraz wykazały, iż witaminy A i D, wprowadzone do organizmu w postaci nieczynnej, zostają przeprowadzone w organizmie w postać czynną. Karotyna, barwnik roślin, jest w ścisłym związku z witaminą A. Krystaliczna postać karotyny w doświadczeniach nad szczurami pokrywała zapotrzebowanie tych zwierząt na witaminę A. Nie jest ona jednak z tą ostatnią identyczną, a jak wykazały badania u szczurów, w wątrobie tych zwierząt karotyna przekształca się w witaminę A. *In vitro* zdolano również tę przemianę otrzymać i określono wzór chemiczny dla karotyny i jej pochodnej — witaminy A. Witamina A znajduje się w wątrobie, w mięśniu sercowym, w tkankach, w maśle, w tranie. Nie jest wyłączona obecność gotowej witaminy A i w roślinach. Przeciwnie, witaminę D wyodrębniono w czystej postaci krystalicznej. Jest ona izomerem ergosteryny, która po naświetlaniu nabiera własności witaminy D, zawartej w tranie. Nie wiadomo dotąd, czy naturalna witamina D oraz naświetlana ergosteryna są identyczne. Witamina E zawarta jest w kielkach kukurydzy, pszenicy, owsa i w otrębach ryżowych, nie otrzymano jej dotąd w czystej postaci. Brak jej w pożywieniu wywołuje u samiczek bezpłodność, u samców zaś zwyrodnienie jąder. Witamina B jest zespołem kilku czynników mających różnorodne działanie. Witamina B₁ — przeciwnie, wyodrębniona została w 1926 r. przez J e n s e n a i D o n a t h a z otrębów ryżowych, dzięki własności adsorbowania jej przez ziemię F u l l e r a i następnie rozprowadzaniu w rozcieńczonych zasadach. Ten sposób otrzymywania posłużył do określenia jednostki działającej witaminy B₁. Ostatnio z drożdży dzięki powyższej metodzie otrzymano roztwór, z którego wyizolowano sól złotową czystej prawdopodobnie witaminy. Najprawdopodobniej produkty otrzymane z ryżu i drożdży są identyczne. Witaminę B₂ uważano na początku ery badań za czynnik wzrostowy, obecnie zaś za czynnik hamujący rozwój stanów zapalnych skóry. W czystej postaci dotąd nie wyizolowano. Znaczenia pozostałych podgrup witaminy B dla przemiany materii i dla odżywiania dotąd nie ustalono. Witamina B₃ znajduje się w pszenicy, w mniejszej ilości w drożdżach. Niezbędna dla ptaków, u których pobudza wzrost i wagę, natomiast dla szczurów jest bez znaczenia. Dla ptaków niezbędny jest jeszcze czynnik B₅ znajdujący się również w drożdżach i pszenicy. Witamina B₄ — niezbędna dla szczurów dla wzrostu obok witaminy B₁ i B₂, zbyteczna jest dla ptaków. Można ją wyodrębnić od witaminy B₁. Witamina C — przeciwnie, wrażliwa na utlenianie, stąd trudności w jej wyodrębnieniu. Poszukiwano jej w roztworach redukujących i przypuszczano, iż jest identyczną z ciałami redukującymi. Badania T i l l m a n n a wykazały, iż kw. heksuronowy (wyciąg z nadnerezy) podawany świnkom morskim, ma własności przeciwnie, witaminy C. Inni badacze stwierdzili narkotyngę w soku cytryny i jabłek, która w dojrzałych owocach przekształca się w witaminę C poprzez odmetylowanie. Wobec minimalnych własności przeciwnie, witaminy C badacze ci przypuszczają, iż witamina C zawiera jeszcze inny czynnik działający — kw. glukoronowy. Rzeczywiście, narkotyngę i kw. glukoronowy podawane jednocześnie świnkom morskim, zapobiegały rozwojowi gnilca. Ponadto okazało się, iż kwas glukoronowy jest izomerem kw. heksuronowego. Powyższe wyniki wymagają jesz-

cze dalszych badań. Prawdopodobnie witaminę C uda się w najkrótszym czasie wyodrębnić.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

G. BANKOW. Zapobieganie powstawaniu zakrzepów i zatorów. (Klin. Woch. Nr. 12. 1932).

Jedni autorzy sądzą, że skłonność do powstawania zakrzepów zależy od konstytucji chorego, inni na pierwszy plan wysuwają moment infekcyjny. Autor nie zgadza się z rolą konstytucji, gdyż ci sami chorzy po jednej operacji nie mają zakrzepów, po innej cięższej — zakrzepy występują. Autor badał wpływ tyroksyny na tętno, temperaturę, liczbę płytek krwi oraz na krzepliwość krwi; stwierdził, że istnieją dwie grupy; pierwsza czuła na tyroksynę, druga mniej liczna, oporna na tyroksynę. Po wstrzyknięciu tyroksyny grupa pierwsza wykazuje wzrost krzywej tętna, spadek liczby trombocytów i zmniejszenie krzepliwości krwi; w grupie drugiej — tętno oraz krew nie wykazują żadnych zmian. Wśród chorych grupy pierwszej autor bardzo rzadko stwierdzał zakrzepy; przeważna liczba zakrzepów i zatorów przypadła na grupę drugą, oporną na tyroksynę. Wobec tego autor poleca następującą metodę zapobiegania zakrzepom i zatorom. Przed zabiegiem w ciągu szeregu dni należy wstrzykiwać chorem tyroksynę i badać jednocześnie tętno, trombocytozę i krzepliwość krwi. Dla grupy pierwszej wystarcza tyroksyna, jako metoda zapobiegawcza; chorem z grupy drugiej autor wstrzykuje he-mocytrat z dodatkiem hirudyny, osiągając dobre wyniki.

Jakób P e n s o n.

A. H. ROWE, O. H. GARRISON. Zanik i zgrubienie tkanki podskórnej po wstrzykiwaniu insuliny. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 98 Nr. 1. 1932).

Autorzy obserwowali 50 chorych w wieku od 7 do 79 lat, którzy otrzymywali wstrzykiwania insuliny co najmniej w ciągu roku; autorzy miejsce wstrzykiwań często zmieniali. Tylko w 4 przypadkach stwierdzili zanik tkanki tłuszczowej podskórnej. Poglądy na powstawanie tych zaników są różne; jedni uzależniają je od obecności lipazy w insulynie, inni od trójkrezolu, wreszcie od mechanicznego uszkodzenia komórek tłuszczowych. W o o d h o u s e badał anatomicznie odcinek skóry, dotknięty zanikiem tkanki tłuszczowej; nie stwierdził stanu zapalnego. W 3 przypadkach autorzy stwierdzili wygórowania na skórze w miejscu długotrwałego wstrzykiwania insuliny; wygórowania te były miękkie, niebolesne, nie wykazywały cech zapalnych; po zaprzestaniu wstrzykiwań w miejsca wygórowane, sprawa szybko zaczęła się cofać.

Jakób P e n s o n.

Choroby serca i naczyń.

H. KÄMMERER i A. OBERMAIER. Badania elektrokardiograficzne w tyreotoksykozach przed i po operacji ze szczególnym uwzględnieniem wychylenia T. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 2).

U okragło 2/3 wszystkich chorych znaleziono przed operacją wybitną tachykardję zatokową (mierzoną elektrokardiograficznie) z najwyższą częstością do 150 uderzeń. W 4/5 ogólnej liczby przypadków wkrótce po operacji częstość się zwiększyła. W 16% całego materiału autora (124 przypadki) istniało migotanie przedsionków. Po przedoperacyjnym leczeniu roztworem Lugola i wycięciu wola 9 chorych z niemiernością zupełną stało się miarowem, u 10 nie można było zatrzymać migotania. W 2 przypadkach w 3 dni po operacji wystąpił napad migotania. Trzepotanie przedsionków spostrzegano 5 razy. Na 124 przypadki tylko 4 razy stwierdzono skurcze dodatkowe, w tem 3 razy w połączeniu z migotaniem przedsionków. Rzadkie spostrzeżenie ich pozostaje, przypuszczalnie,

w związku z tachykardią. Uderzająco duże wychylenia T w elektrokardiogramie ksykoz spostrzegano w 15%, w elektrokardiogramie pacjentów z chorobą B a s e d o w a w 28% w odprowadzeniu I i II. Na odwrócenie wychylenia T wkrótce po operacji posiada, jak się zdaje, wpływ ciężkość tyreotoksykozy; znaleziono je w 15% w prostych wolach, w 20% w tyreotoksykozach, w 25% przypadków z chorobą B a s e d o w a. Odwrócenie następowało w porównaniu z danymi P a r a d c a i H a a s a często późno, po upływie 3 dni od chwili operacji. Nawrócenie odbywało się przeważnie w drugim tygodniu. Według danych autorów, lewostronnej przewodzie elektrokardiograficznej nie musi odpowiadać kliniczny przerost i rozszerzenie lewej połowy serca i odwrotnie. To samo *mutatis mutandis* można powiedzieć o przewodzie prawostronnej z mierzenia czasu trwania skurczu komory (przerwa Q — T) nie można korzystać ani jako ze wskazówki rozpoznawczej, ani też dla różniczkowania między ciężką a lekką tyreotoksykozą. Autorzy znajdowali prawie równie często wydłużenie, jak i skrócenie czasu trwania skurczu. Wkrótce po operacji jednakże skrócenie wydaje się stosunkowo częstem.

Henryk J. L a n d a u.

C. KLIENEBERGER. Wrodzona kiła, jedyne widoczne wczesne schorzenie: duży tętniak części wstępującej tętnicy głównej z uciśnięciem żyły próżnej górnej. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 2).

Wrodzone tętniaki i tętniaki u młodocianych są rzadkie. Tętniaki tętnicy głównej pochodzenia kilowego przed czwartym dziesiątkiem lat naogół nie występują. Duże tętniaki tętnicy głównej od czasu wprowadzenia odczynu W a s s e r m a n n a i intensywnego leczenia swoistego przeciwkilowego stały się rzadkie. Autor podaje opis tętniaka części wstępującej tętnicy głównej wielkości pięści z silnym uciśnięciem żyły próżnej górnej u 21-letniego mężczyzny. Pochodzenie jego należy położyć na karb przymiotu oddziedzicznego, pozatem nie było żadnych objawów kilowych w wywiadach, ani przy badaniu, WaR + + +. Leczenie przeciwkilowe, moczopędne i nakłucia opłucny (przebiegi opłucnowe) doprowadziły do nadzwyczajnych wników. Kiłowa etiologia — pominąwszy kształt tętniaka i WaR + + + — była wyraźna wobec kilowej przeszłości matki i wyłączeniem zakażenia płciowym. 52-letnia matka chorego była z powodzeniem leczona swoiście przed 3 laty z powodu *meningomyelitis syphilitica* (zespół B r o w n - S é q u a r d a z niedowładem prawej nogi, porażeniem pęcherza i odbyticy, płyn mózgoworodzeniowy normalny, WaR we krwi + + +). Pozostały u niej tylko zaburzenia czucia bólu i ciepłoty aż do lewego łuku żebrowego. Szczególnie ciężka trzeciorzędowa kiła narządów u matki syna przemawia za szczególną podatnością syna, gdyż dwoje innych rodzeństwa są zdrowe (odczyn W a s s e r m a n n a —).

Henryk J. L a n d a u.

A. F. HECHT. W sprawie trwałych uszkodzeń narządu krążenia po ciężkiej blonicy. (Wien. kl. Woch. Nr. 28. 1932).

Trwale uszkodzenia narządu krążenia po przebytej blonicy są rzadkie, lecz zdarzają się. Ciężkość schorzenia nie jest miarodajna. Badanie elektrokardiograficzne należy często przeprowadzać, ażeby móc ocenić uszkodzenie. Elektrokardiogram umożliwia kontrolę przebiegu i daje możliwość postawienia rokowania. Jeżeli zmiany elektrokardiograficzne utrzymują się, to prawdziwy powrót do normy jest wyłączony. O wydolności narządu krążenia nie to nie mówi. Również badanie elektrokardiograficzne może zawieść (śmierć pomimo normalnego elektrokardiogramu).

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal)

E. GÉRAUDEL i Ed. COELHO. Badania anatomo-kliniczne dwóch przypadków zespołu Adams-Stokesa. (Arch. des Mal. du coeur Nr. 10. 1932).

W pierwszym przypadku związek pomiędzy przedsionkami a komorami nie był anatomicznie przerwany, za czym przemawia otrzymywany nawet w ostatnich dniach życia elektrokardiogram bloku częściowego, a nawet raz jeden stwierdzony rytm 1 : 1. Rozkojarzenie, stwierdzone w tym przypadku, należy położyć na karb dużych zmian w tętnicy wieńcowej i tętnicy odżywiającej mięsień komorowy. W przypadku tym przyłączył się jeszcze jeden czynnik: rozlane zapalenie przegrody, szczególnie w jej odcinku tylnym i pośrednim, co się odbiło na środkowej części pęczka H i s a. Badanie histologiczne wykazało zmiany nerwowe (zwojów i pni) na poziomie tylnego odcinka przegrody, wzdłuż tylnego brzegu serca w otoczeniu zatoki wieńcowej i żył, które ona zbiera. Z badań anatomicznych wynika, że między gałęziami pęczka H i s a a włóknami mięśnia sercowego przegrody międzykomorowej istnieje bezpośredni związek. Gałązki pęczka nie pozostają w związku z włóknami P u r k i n j e g o. W drugim przypadku należało wiązać zespół A d a m s - S t o k e s a z zastarzałym przymiotem chorego. Ujemny odczyn W a s s e r m a n n a nie wystarcza do odrzucenia tej etiologii, z którą pozostają w zgodzie zmiany łącznotkankowe i naczyniowe oraz tętniaki przegrody. Zupełne rozkojarzenie przedsiolkowo-komorowe, stwierdzone we wszystkich elektrokardiogramach, robionych w ciągu sześciu miesięcy spostrzegania, nie może być wytłumaczone przez przerwanie związku między obu pętlami serca. Obecność towarzyszącego P. dowodzi, że związek ten istniał. Analiza histologiczna potwierdziła ten wniosek. Badanie mikroskopowe wykazało zmiany zapalne, stwardnienie, nacieki komórkowe, rozszerzenia włócnicek i drobnych żył na wysokości zatoki wieńcowej. W tym przypadku też badanie anatomiczne wykazuje istnienie bezpośredniego związku między pęczkiem H i s a a przegrodą międzykomorową i brak jego między rozgałęzieniami pęczka H i s a a włóknami P u r k i n j e g o. Pozatem stwierdzono, że pęczek H i s a nie rozdawał się. W obu więc przypadkach klasyczny schemat T a w a r y nie odpowiadał rzeczywistości.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby dzieci.

G. PHELIZOT et B. TASSOVATZ. Przetaczanie krwi jako metoda leczenia w ciężkich zapaleniach odoskrzelowych płuc we wczesnym dzieciństwie. (Rev. Franç. de Ped. Tome VIII. Nr. 6. 1932).

Przetaczanie krwi daje zwykle dobre wyniki w różny i w kilku innych chorobach infekcyjnych, osiągane są powodzenia i niepowodzenia w posocznicach, wreszcie w wypadkach ciężkich odoskrzelowych zapaleń płuc, którym nie towarzyszą objawy anemii, wspomniana metoda leczenia nie daje żadnego wyniku, jeśli nie pogorszenie istniejącego stanu. Autorzy artykułu, którzy stosują na szeroką skalę przetaczanie krwi w klinice dziecięcej w Strasburgu, przypisują częste niepowodzenia, osiągane przez innych autorów złemu wyborowi dawcy, zbyt małym ilościom użytej krwi oraz zbyt późnemu stosowaniu tej metody leczenia: przetaczanie bywa stosowane jako leczenie ostateczne w wypadkach, kiedy zakażenie osiągnęło swój punkt kulminacyjny a siły obronne dziecka są wybitnie upośledzone. Wpływ dodatni przetaczania daje się objaśnić w sposób następujący. 1° Wprowadzenie do ustroju ciał odpornościowych, pochodzących od dawcy. W pierwszym okresie życia niemowlę naogół nie jest w stanie wytwarzać przeciwciał w ilości dostatecznej, należy więc przez ich wprowadzenie umożliwić dziecku przezwyciężenie zakażenia. Byłoby bardzo pożądane, by do ustroju wprowadzić surowicę osobnika, który przebył zakażenie pneumokokowe (Prof.

R' o h m e r ze Strasburga posiada naprzykład stale do swojej dyspozycji surowicę ozdrowieńców). Autorzy wolą stosować krew osobników, należących do najbliższego otoczenia dziecka, gdzie nastąpiło zakażenie. 2° S z o k. Krew, do której dodano cytrynianu sodu, posiada zdaniem autorów, większe zalety niż krew zwykła z powodu swej podwójnej czynności przeciwzakaźnej a) dopływu ciała odpornościowych skutecznych mimo dodania cytrynianu sodu i b) wstrząsu hemoklarycznego, który mobilizuje środki obronne ustroju przeciwko zakażeniu. 3° Dodatkowo, kiedy infekcji towarzyszy anemja, jak to ma bardzo często miejsce w posocznicach i w formach przewlekłych odoskrzelowego zapalenia płuc, poprawa anemji jest znaczna co dodatnio wpływa na stan ogólny. 4° Przetaczanie krwi dostarcza łatwo przyswajalnego białka i substancji pożywnych organizmowi w którym trawienie jest upośledzone. Wyniki, osiągane w odoskrzelowych zapaleniach płuc dzięki przetaczaniu krwi, są różne w zależności od postaci tych schorzeń. Zgodnie z R o h m e r e m, autorzy odróżniają 4 postaci: 1° Postać płucna zwykła z wybitnym odczynem miejscowym lecz bez groźnych objawów ogólnych, ma rokowanie naogół dobre. W tej postaci przetaczanie nie jest konieczne. 2° P o s t a ć t o k s y - i n f e k c y j n a o s t r a: wysoka ciepłota, niepokój, sinica, ciężki stan toksyczny, prowadzi do zapaści i spadku ciśnienia. W tej postaci należy stosować dość wcześnie przetaczanie, albo przetaczanie, poprzedzone upustem. Bardzo często zabieg ten należy powtórzyć. 3° Postać s e r c o w a albo s i n a: sinica warg i kończyn, duszność o typie sercowym, zastoina krwi w tkance podskórnej i trzewiach, ciśnienie niskie, tętno nikle i niemiarowe, serce powiększone. 4° Postać b l a d a, spotykana u tęgich dzieci limfatycznych. Porażenie naczyniowo-ruchowe, które powoduje zastój krwi w organach brzusznych, bębni- ca, duża wątroba i śledziona, kończyny blade i bezkrwiste, tętno nitkowate, niskie ciśnienie. Serce pracuje jak w próżni. Te dwie ostatnie postaci stanowią przeciwwskazanie dla przetaczania zwykłego. W przypadkach ostrego zapalenia oskrzeli (bronchiolitis) autorzy otrzymywali doskonale wyniki dzięki stosowaniu upustu—przetaczania. Autorzy opisują bardzo szczegółowo technikę przetaczania i upustu, wybór dawcy, próby hematologiczne i t. d. Jako miejsce nakłucia przy wspomnianych zabiegach autorzy podają zatokę podłużną (*sinus longitudinalis*) u dzieci do 8 miesięcy, a powyżej tego wieku żyłę w stawie łokciowym. Ilość krwi przy upuście zależy od stanu naczyniowo-sercowego dziecka. W wypadkach wybitnego osłabienia serca lub bronchiolitu należy upuścić tyle krwi, ile pragniemy przetoczyć t. j. około 15 cm.³ na kilo wagi dziecka nie przekraczając 100 — 120 gr. W wypadkach zwykłego przetaczania autorzy podają 20 cm.³ krwi na kilo wagi u dzieci do 8 miesięcy a powyżej tego wieku 15 cm.³, minimalnie 50 a maksymalnie 150 cm.³ Krew dawcy pobierana jest do naczynia, zawierającego 10 cm.³ dziesięcioprocentowego roztworu cytrynianu sodu na 100 cm.³ krwi. Przetaczanie zwykle posiada względnie mało wskazań; podlegają mu jedynie dzieci anemiczne, mało odporne na infekcję i nie posiadające żadnych zaburzeń w krążeniu. Przeważnie stosować należy przetaczanie, poprzedzone upustem. W przypadkach, w których niema objawów nadmiernej ilości krążącej krwi, dokonać należy upustu 1/3 tej ilości, którą pragniemy przetoczyć; w wypadkach, gdy te objawy są lekkiego lub średniego stopnia, upuścić połowę lub 3/4 tej ilości, w przypadkach ostrego bronchiolitu lub osłabienia serca upust winien równać się przetaczaniu. P r z e c i w w s k a z a n i e m będzie każdy przypadek, kiedy stan dziecka przewiduje zejście śmiertelne w ciągu najbliższych 24 godzin, przetaczanie bowiem wysta-

wia na próbę organizm dziecka, której nie zdoła przetrzymać. Na 25 przypadków ciężkiego odoskrzelowego zapalenie płuc u niemowląt w wieku od 3 do 13 miesięcy, nie nadających się zdaniem autorów do zwykłego leczenia, 4 przypadki, w których dokonano zabiegu *in extremis*, zmarły. W 21 przypadkach dokonano przetaczania na czas, z tego na 15 postaci toksy- infekcyjnych — 12 wyzdrowień i 3 zejścia śmiertelne po przejściowej poprawie. Na 3 przypadki bronchiolitu: 2 wyzdrowienia oraz w jednym poprawa lecz po kilku dniach *exitus* z powodu odoskrzelowego zap. płuc i dyspepsji. Na 3 przypadki postaci bladej — wszystkie wyzdrowiały.

A. P i l t z.

M. PÉHU et J. BOUCOMONT. **Studjum rentgenologiczne zapalen międzyplacia (*scissurites*) u dzieci.** (Rev. Franç. de Ped. Tome VIII Nr. 3. 1932).

Na wstępie autorzy podają definicję t. zw. *scissurite*. Jest to zapalenie plastyczne i zlepne, które atakuje bądź to same brzozy, bądź całą szparę międzypłatową. Na podstawie swoich badań autorzy dochodzą do wniosku, że w przebiegu ostrego schorzenia płucnego stwierdzenie *scissurite* posiada znaczenie minimalne: obecność obrazu rentgenologicznego zajęcia międzyplacia stanowi jedynie objaw poboczny, nie pozwalający wypowiedzieć się za gruźlicą lub też sprawą nieswoistą. U schyłku ostrej sprawy płucnej, której objawy nie były wyraźne, dalsze trwanie stanu gorączkowego często wyjaśnia się dzięki stwierdzeniu zajęcia międzyplacia: stanowi ono pozostałość po schorzeniu i tłumaczy gorączkę. Jedynie dalszy przebieg pozwoli wypowiedzieć się, czy mamy do czynienia z wysiękiem czy też z nacieczeniem plastycznym międzyplacia. Obok tych procesów ostrych bardzo często obserwuje się u dziecka stany nieokreślone, którym trudno przypisać jakąś wyraźną przyczynę. Są to przypadki przewlekłego zapalenia oskrzeli z ciepłotą, kortikopleuryty albo adenopatje śródpiersiowe. Stwierdzenie zajęcia międzyplacia w tych przypadkach posiada ogromne znaczenie rozpoznawcze w kierunku gruźlicy. We wszystkich schorzeniach, mających za podkład proces gruźliczy, jak np.: guzy podskórne (skrofulodermy), zapalenia nerek ostre lub podostre, długotrwałe stany gorączkowe o typie tyfobacillozy, stany anemji długotrwałej lub stopniowego wyniszczenia, którego przyczyny nie daje się ustalić, obraz rentgenologiczny zajęcia międzyplacia przyczynia się do rozstrzygnięcia zagadnienia, przynosząc klinice argument cenny i decydujący.

A. P i l t z.

GARA. **Zapalenie opon mózgowych u dzieci, wywołane prątkami podobnymi do prątków influenzy.** (D. m. W. Nr. 7. 1933).

Autor spostrzegł 2 przypadki zapalenia opon mózgowych na tle zakażenia prątkiem podobnym do prątków influenzy: w jednym przypadku u dziecka 3½ letniego w drugim przypadku u dziecka 6-cio miesięcznego. W obu przypadkach płyn mózgodzeniowy był ropny. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność krótkich pałeczek gramujemnych, których hodowle udało się otrzymać na buljonię, agarze z krwią, agarze z ascytem i nawet na agarze zwykłym bez domieszki krwi, czem różniły się od typowych prątków P f e i f f e r a. Jednakże dalsze przeszczepianie nawet na pożywkę z krwią było niemożliwe do przeprowadzenia. Dla świnek morskich, białych myszy i królików były niezdadliwe. W jednym przypadku szczep wyhodowany dawał aglutynację z surowicą homologiczną 1/50. Przypadki zapalenia opon mózgowych o podobnej etiologii były już dawno opisywane.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

Oceny książek

Axel MUNTHE. „Księga z San Michele”. Warszawa 1933. Wydawnictwo J. Przeworskiego. Autoryzowany przekład Zofji Petersowej.

Przed paru laty byłem w Rzymie na kongresie lekarskim i odwiedziłem Capri z jego okrzyczaną, przereklamowaną błękitną grota. Byłem wysoko na rynku Capri, i doszło oczywiście do moich uszu, że godne zwiedzenia jest jeszcze Anacapri, gdzie w cudnej willi mieszka od czasu wojny stary, napółślepy lekarz, którego również warto odwiedzić. Nie posłuchałem rady, nie wspiąłem się na Anacapri i nie odwiedziłem lekarza, jak mi to radził włoski dorożkarz, co mnie wioził; tyle bowiem pięknych rzeczy widziałem, że na tej willi mi już nie zależało. A dziś, po przeczytaniu „Księgi z San Michele”, odżałować tego nie mogę. Rzadko się przytrafia, żeby po przeczytaniu jakiejś książki nie można było zapomnieć jej autora. „Księga z San Michele” odsłania nam bogatą, artystyczną, szlachetną duszę człowieka, który szedł przez długie swe życie z szeroko otwartymi oczami na piękno świata i brzydotę ludzką. Dopelniała kielicha goryczy wszechświatowa wojna z jej okrucieństwami, najrzeczywistszy dowód barbarzyństwa, tkwiącego wciąż na dnie duszy ludzkości, która od wieków jest tą samą, z wierzchu tylko pokrytą cienką warstwą cywilizacji. I odsunął się Axel M u n t h e z otoczenia „kulturalnego” bogaczy, arystokratów, naukowców i wolał zamieszkać na Anacapri w otoczeniu prostaków, którzy nazywają każdą rzecz po imieniu i nie pragną uchodzić za lepszych, niż są w rzeczywistości; w otoczeniu zwierząt, najszerszych przyjaciół człowieka, jeżeli sobie na ich uczucie zasłuży, i w obramowaniu przepięknej natury kraju południowego. „Ludzie marnują zbyt wiele czasu na wysłuchiwanie słów i myśli innych ludzi. Lepiejby czynili, słuchając w spokoju i skupieniu własnych myśli”. Należy usiąść spokojnie w fotelu, zdala od gwaru ludzkich głosów i patrzeć wstecz na ubiegłe życie. Życie staje się wtedy zrozumiałe; jest ono jednym drobnym ogniwem w całym nieskończenie długim łańcuchu zdarzeń wszechświata, który się nigdy nie zaczął i nigdy nie skończy; i wszystko wtedy mówi: „Nieprawdą jest, żeś samotny, nieprawdą, że umrzesz!” W takiej ciszy, każde przeżycie wygląda inaczej, uwypukla się i nabiera specjalnej barwy, jaskrawszej. Jacy ludzie wydają się wówczas małostkowi, nędzni i śmieszni, na jakimkolwiekby szczeblu hierarchii społecznej stali. A gdy można tylko uciec od nędzy takiego żywota i gdy się cierpi na bezsenność, to niema nic lepszego, niż opisanie swych przeżyć w książce. Ma się wtedy tę satysfakcję, że rzuci się światu przed oczy jego fotografię. Zrozumianym się jednak i wtedy nie będzie. „Jeżeli spotkasz leśną boginkę, to uciekaj od niej, bo gdy się odwrócisz, żeby na nią spojrzeć, to będziesz stracony: owinie cię ramionami, spłoszy sen z oczu i wyssie szpik z kręgosłupa, zanim opuści swą ofiarę. Człowiek zmienia się wtedy zupełnie, stroni od ludzi, chodzi własnymi drogami, a ludzie mówią, że ma źle w głowie”. Przesuwają się w Księdze z San Michele jak w kalejdoskopie pell-mell przeżycia i ludzie wszelkiego gatunku, z którymi lekarz wzięty „modny” stykał się w dwóch stolicach świata, w Rzymie i Paryżu, w czasie wieloletniej, rozległej swej praktyki. Każdemu dostaje się za swoje, i „wielkiemu” C h a r e t o w i, z jego manją leczenia, a właściwie hodowania histerji modną naówczas hipnozą; i instytutowi P a s t e u r a za leczenie od wściekłości pokąsanych przez zdrowe psy, co i dziś się masowo praktykuje, i bezradność w leczeniu pokąsanych przez wściekłe zwierzęta; i wysoko postawionym osobom, nawet papieżowi, za obojętność na niedolę ptaków, i zwarjowanym erotomankom za obdarzanie młodego, modnego lekarza swoimi względami. Chce się nam wierzzyć, że

w tych razach zawsze mądra sowa, nieodstępna doradczyni autora w porę go ostrzegła. Ani siebie, ani tych wszystkich aktorów życia autor nie wzywa przed surowy sąd „opinji”, bynajmniej, pozwala im przed naszymi oczami odgrywać swą komedię życia i osiąga to, że widz wraca z tego teatru raczej rozbawiony, niż rozgoryczony. Od humoru angielskiego aż się roi w „Księdze z San Michele” — a że często jest to śmiech przez łzy, o tem wie najlepiej sam autor. Niezwykle ciekawa książka! Tak powie każdy, kto ją przeczyta. Trudno uwierzyć, żeby jej autorem był lekarz, nie dlatego, żeby lekarze nie pisywali książek, przeciwnie, nikt tylu książek nie pisze, co lekarze, piszą oni o wiele za dużo! Tylko, że w niej jest choć raz bardzo mało medycyny. Prowadzi nas autor do Neapolu w czasie cholery, towarzyszymy mu do szpitali, chodzimy z nim razem w najuboższej dzielnicy Paryża, zakażonej dyfterytem, ratujemy od głodu i ognia zasypianych w Mesynie, lecz oszczędza czytelnikowi opisów choroby, a lekarzom „najskuteczniejszych” metod leczenia. Natomiast pełno jest barwnych, plastycznych opisów nędzy ludzkiej, której autor serdecznie współczuje. O swojej dobroci autor, oczywiście, nigdzie nie mówi, lecz wynika ona z całego ustosunkowania się jego do klęsk i katastrof ludzkich, a jeszcze wyraźniej w stosunku jego do zwierząt. Ta cecha w psychice jego dominuje. Autor jest zdecydowanym przyjacielem zwierząt. Poznał ich charaktery, ich wartość psychiczną i całe życie okazywał im swoje uznanie. Wzruszający jest jego stosunek do każdego psa. „Pies — to święty”. „Každy pies idzie do nieba; w skromnym kącie nieba mieści się cmentarz psów. Święty Roch, mały dobrotliwy patron psów, jest dozorcą cmentarnym, a cierpliwą stara miss Hall znosi w niebie kwiaty na grób swego pieska”. „Pomiędzy psami znajdują się nawet głupie psy, ale odsetek ich jest o wiele mniejszy, niż wśród ludzi”. „Psy są przedstawicielami istot najbardziej godnych kochania, a z punktu widzenia ctyki — najdoskonalszymi stworzeniami boskimi”. A jednak pomimo takiej charakterystyki psa autor nie protestuje przeciwko wiwisekcji. Widywał hekatombę psów, które szły na ofiarę — lecz zamiast ostrego protestu, jedynie litował się nad niemi, choć widok męczonych zwierząt przez lekarzy wiwisektorów był dla niego tak okropny, że przez jakiś czas wogóle nie przestępował progów instytutu doświadczalnego. Zresztą, sądy jego bywały omyłne, do czego przyznał się sam po skandalu z jego książką, zatytułowaną „Red and iron cross”. Autor przyznał się później do winy nieopatrzności sądu i, jak donoszą dzisiejsze pisma lekarskie, zdecydował się wycofać cały jej nakład, dając tem satysfakcję ociemniałym na wojnie żołnierzom niemieckim. „Księga z San Michele” jest wydana pięknie, wydrukowana starannie bez błędów — a przede wszystkim — co podnieść należy — jest przetłumaczona z angielskiego tak pięknym językiem, że ma się stale wrażenie oryginału autora, władającego wykwintną polszczyzną. Książka sprawia zaszczyt firmie wydawniczej.

Dr. W. K n a p p e.

D o p i s e k.

Dr. Axel M u n t h e, który brał udział w wojnie światowej jako lekarz po stronie francusko - angielskiej (przybrał obywatelstwo angielskie), wydał po wojnie broszurę zatytułowaną „Red cross and Iron cross”, w której boleśnie dotknął ociemniałych wskutek działań wojennych żołnierzy niemieckich. Pragnąc załagodzić przykre wrażenie, jakie wywarła jego broszura, przesłał niemieckiemu związkowi ociemniałych ofiar wojny 10.000 Marek i list, w którym oświadczył: „Przyznaję się do winy i nie proszę o uwzględnienie żadnych „okoliczności łagodzących”. Poddaję się wyrokowi, wydanemu na moją książkę, i uznaję go za sprawiedli-

wy, chociaż nie w takiej formie. Biorę skutki mojego czynu na siebie, bez szemrania i obawy, jakiekolwiek one będą. Gorzko żałuję, że książkę tę napisałem, i od wielu lat już pragnę, żeby została zniszczona". Niemieccy lekarze ogłosili w „Aerztliche Mitteilung” subskrypcję ofiar w celu zwrócenia doktorowi Axel M u n t h e wzmiankowanych 10000 Mk., które ofiarował związkowi niewidomych b. uczestników wojny. Zbiórka ta dała w krótkim czasie 13.000 Mk. Przewodniczący związku, radca sądowy Dr. P l e i n miał resztujące 3.000 Mk. złożyć niemieckiemu wydawcy książki „Red cross and Iron Cross” za wycofanie z handlu i zniszczenie całego

nakładu. Wówczas autor oświadczył lekarzowi gdańskiemu D-rowi Erwinowi L i e c k, który go odwiedził na Capri, że książka została już wycofana z obiegu w porozumieniu z wydawcą. Niemiecki stan lekarski uznał przeto, że Dr. M u n t h e wyczerpał wszystkie możliwości dania satysfakcji ociemniałym uczestnikom wojny i złożył całą sumę 13.000 Mk. związkowi do dyspozycji. Pragnąc zapoznać się z treścią tej książki, zwróciłem się do księgarni H i r s c h w a l d a z prośbą o nadesłanie mi jednego egzemplarza w drodze wyjątku, lecz otrzymałem odpowiedź, że jest to niemożliwe, ponieważ cały nakład został zniszczony.

W. K.

Wskazówki praktyczne

W leczeniu bólu głowy i bezsenności w przypadkach wstrząśnięć mózgu, w których morfina jest przeciwwskazana, dobre usługi oddaje Cibalgina. (Schweiz. med. Wschr. 1933, N. 4).

—o—

A l k e r leczy migrenę zastrzykiwaniami dożylnymi wapnia. Skutek zastrzyknięcia wapnia podczas napadu jest frapujący. Po wielokrotnych zastrzykiwaniach napady stają się coraz rzadsze, aż w końcu zupełnie ustają. Leczenie wymaga 5 — 15 zastrzyknięć. A l k e r stosuje Calcium Sandoz. (Ther. d. Gegenw. 1933, Z. 1).

—o—

H a n s e n stosuje z dobrym skutkiem inhalacje węglowe: Rp. Carb. veget. 10,0; Gummi 20,0; Aq. dest., Glycerini aa 100,0, z dodatkiem tuberkuliny. Metoda ta jest prosta w użyciu i nie wywołuje większego odczynu. Szczególnie dobre wyniki otrzymuje się w astmie, której napady czasem już po

jednej inhalacji ustają. (Rev. espan. de Med. y Cirurg. 1932, wrzesień).

—o—

C. W i e n e r widział doskonale wyniki leczenia kurczu odźwiernika u ośesków za pomocą Vasano w postaci czopków 2 — 3 razy dziennie po $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ czopka. To leczenie konserwatywne nie trwa dłużej, niż operacyjne. (Monatsschr. Kindhlk. T. 57. Z. 5/6).

—o—

E. S c i f e r t zwraca uwagę na pomyślne działanie 2,5 — 5% tanniny w oparzeniach. (M. m. W. 1933, N. 16 i 17).

—o—

A. K r e c k e przytacza nowe dowody niedostatecznej wyjaławialności katgutów i zachęca do zmiany tegoż na cienki jedwab. (M. m. W. 193 N. 16).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 27 września 1932 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 66, wprowadzonych gości — 32.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 września b. r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

3. Kol. S e k r e t a r z S t a ł y wygłosił wspomnienie pośmiertne o D-rze Stanisławie I w a n i c k i m (streszczenie własne).

Urodził się we wsi Złoty Potok ziemi piotrkowskiej 17 września 1866. Uczęszczał najpierw do gimnazjum w Zamościu, następnie do IV gimnazjum w Warszawie, po którego ukończeniu wstąpił w roku 1884 na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Studja lekarskie ukończył w roku 1890.

Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego był zagranicą i studjował laryngologję u Dra J u r a s z a w Heidelbergu. Po powrocie do kraju w roku 1896, został lekarzem miejscowym w szpitalu Ś-go Ducha i był jednocześnie asystentem oddziału Dra S o k o ł o w s k i e g o, pod którego doświadczonego kierunkiem w dalszym ciągu doskonalił się w laryngologji.

Po sześciu latach pracy w szpitalu poświęcił się praktyce prywatnej, jednocześnie był wszakże konsultantem - laryngologiem na ówczesnej kolei nadwiślańskiej, po wojnie zaś w odrodzonej Rzeczypospolitej Polskiej został lekarzem etatowym Ministerstwa Komunikacji.

Był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1893, przez pewien czas pełnił obowiązki sekretarza dorocznego. Drukiem ogłosił dwie prace: „Kilka uwag o epidemji włóknistego zapalenia płuc w roku 1891 na podstawie 50 obserwowanych przypadków” i „Przypadek zatoru tętnicy płucnej o przebiegu długotrwałym”. Wogóle atoli nie miał skłonności do pracy naukowej, był natomiast dobrym,

sumiennym, bezinteresownym lekarzem praktykiem, co zjednało mu w swoim czasie rozległe wzięcie.

Od początku swej praktyki był bezpłatnym lekarzem zakładu sierot chłopców przy ulicy Freta, bezpłatnym stałym lekarzem Siostr Magdalenek.

Zmarł po długotrwałej chorobie w dniu 10 września 1932 roku.

Cześć Jego pamięci!

4. Kol. P r e z e s powitał kol. G r z y w o - D a b r o w s k i e g o W. jako dziekana Wydziału Lekarskiego U. W.

5. Kol. G r z y w o - D a b r o w s k i W., członek T-wa, omówił „Nowy kodeks karny ze stanowiska Sądowo-lekarskiego” (streszczenie własne).

Prelegent szczegółowo omówił poszczególne artykuły K. K. z punktu widzenia sądowno-lekarskiego.

R o z p r a w y:

Kol. C z y ż e w i c z A., członek T-wa, uważa prelegenta za obrońcę wskazań społecznych do przerwania ciąży. Nie podziela wszystkich zapatrywań prelegenta. Interpretacja kodeksu musi oprzeć się na rzeczoznawstwie lekarskiem. Sądzi, że Izby Lekarskie winny ustalić dokładne wskazania do przerwania ciąży.

Gdy poronienie będzie robione starannie lub tylko wyłącznie przez lekarzy, zmniejszy się liczba zgonów, lecz liczba kobiet - kalek, spowodowanych dokonywaniem skrobanek, będzie nadal duża.

Kol. M o c z a r s k i W., członek T-wa, stwierdza, iż zdania lekarzy co do wskazań do przerwania ciąży są często krańcowo różne. Gdy w Komisji jeden z 3 lekarzy nie znajduje wskazań do przerwania ciąży, chora kieruje się do szpitala dla przeprowadzenia obserwacji. Opierając się na doświadczeniu, stwierdza, że zawsze można znaleźć lekarza z poglądami liberalniejszymi, który łatwo znajdzie wskazania do przerwania ciąży. Należy dążyć do ustalenia tych wskazań.

Kol. G r z y w o - D a b r o w s k i W. członek T-wa,

sądzi, że wydanie zarządzeń przez Izby Lekarskie może wywołać niepotrzebne zatargi.

Przemówienie kol. M o c z a r s k i e g o odnosi się do art. 12, w sprawie którego musi być wydane dodatkowe zarządzenie, kto ma prawo wykonywać przerwanie ciąży i kiedy.

6. Kol. R u t k o w s k i J., członek T-wa, omówił „Leczenie gruźlicy chirurgicznej słońcem i pracą (wrażenia z pobytu w Leysin)”. (Streszczenie własne).

Prelegent w lipcu r. 1932 zwiedził zakłady lecznicze D-ra R o l l i e r w Leysin i zapoznał się z ideą sanatorium „La clinique manufacture internationale” czynnego od r. 1930.

Sposób leczenia gruźlicy chirurgicznej w Leysin jest zgoła odmienny od powszechnie przyjętego, wyniki zaś znacznie lepsze, niż gdzieindziej. Leczenie prowadzone jest za pomocą kąpeli powietrznych i naświetlania słońcem całego ciała. Rozległe unieruchomienie za pomocą opatrunków gipsowych zostało zastąpione przez lekkie i proste aparaty ortopedyczne, względnie wyciąg, leczenie operacyjne zarzucono zupełnie. Od niedawna dr. R o l l i e r wprowadził nowy czynnik, nadzwyczaj cenny w leczeniu gruźlicy chirurgicznej — praca. Leczenie pracą, umiejętnie przeprowadzone przócz znaczenia moralnego, posiada również wielkie walory fizyczne, podnosząc napięcie życiowe, ożywiając ogólną przemianę materii i ćwicząc narządy niedotknięte sprawą chorobową.

Prelegent wypowiada się za reformą dotychczasowego leczenia u nas gruźlicy chirurgicznej; za stworzeniem specjalnych zakładów w dobrych warunkach miejscowości suchych i zdrowych, niekoniecznie klimatycznych i wierzy, że w ten sposób uzyska się znacznie lepsze wyniki, niż dotychczas (odczyt ukazał się w druku).

R o z p r a w a:

Kol. K r y Ń s k i L., członek T-wa, omawia zmiany poglądów na leczenie gruźlicy stawów i kości. Poglądy te były często krancowo różne. Idea R o l l i e r a była ciekawa, a jej wyniki zachęcające, gdyż daje ona szeroki dostęp słońca i tlenu do tkanek. Nie zupełnie zgadza się z całkowitem wyłączeniem zabiegów chirurgicznych w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej. Zimne ropy i martwiaki zawsze wymagają zabiegu chirurgicznego, nie należy przeto wpadać w przesadę.

Kol. K o p c z y Ń s k i St., członek T-wa, stwierdza, że zagadnienie szkoły — zdrowiska jest zagadnieniem palącym, które było niejednokrotnie tematem obrad na zjazdach pedagogów i higienistów. R o l l i e r połączył leczenie z wychowaniem i nauką i to jest jego olbrzymią zasługą. W Polsce to samo zrobił Dr. Szymon S t a r k i e w i c z w Busku, gdzie dzieci zajmują się pracą w ogrodzie, introligatorstwem i t. p. Podobny kierunek ma sanatorium w Zakopanem i szkoła uzdrowisko w Istebnej.

Kol. G l u z i Ń s k i A., członek T-wa, omówił leczenie gruźlicy chirurgicznej niezależnie od warunków klimatycznych. Stwierdza dodatni wpływ pracy na psychikę chorego. Urządzenie i utrzymanie takiego sanatorium, jak w Leysin, jest bardzo kosztowne i nas nie stać na to. Mimo to i w Polsce też dość dobre wyniki otrzymuje się w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej.

Kol. Ł a p i Ń s k i W., członek T-wa, uważa, że nie wszyscy chorzy, wypisani z Leysin, są zdrowi. Gruźlica kostna leczy się dobrze i w naszym klimacie. W Polsce poza Górką i Zakopanem nie mamy innych zakładów. Leysin nie ma dobrego położenia, leży bowiem w kotlinie i ma mało dni słonecznych. Zakład R o l l i e r a nie ma dowodów naukowych i trudno się na tamtejszych danych oprzeć. W Polsce obecnie jest projekt oddania części sanatorium w Otwocku na leczenie gruźlicy chirurgicznej.

Kol. R u t k o w s k i J., członek T-wa, zestawia metody lecznicze w Berck sur Mer z metodami w Leysin. Ma wrażenie, że wyniki w Leysin są lepsze. W Leysin również stosuje się leczenie unieruchomieniem, lecz krótkotrwale, za pomocą prostych aparatów. Nie jest zwolennikiem wyłączenia zupełnego metod chirurgicznych w leczeniu gruźlicy kości. Są one niekiedy, np. w gruźlicy krętarza, bezkonkurencyjne. Wyniki leczenia gruźlicy kostno-stawowej u nas nie są dobre, ma jednak wrażenie, że w naszych warunkach dużo można zmienić na lepsze.

7. Odczyt kol. S a b a t a B., członka T-wa, przesunięto z powodu spóźnionej pory na dzień 11.X.1932 r.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 minut 35.

Zastępca Sekretarza Dorocznego:

Prezes

M. K r u s z ó w n a

Witold O r ł o w s k i

Posiedzenie z dn. 4.X. 1932 r. poświęcone 50-ej rocznicy odkrycia prątka gruźliczego przez Roberta Kocha.

Początek o godzinie 20-tej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 66, wprowadzonych gości — 32.

1. Kol. P r e z e s wygłosił krótkie przemówienie i zajął obrady.

2. Kol. N i t s c h R. członek T-wa, przedstawił „Pogląd na pracę R. Kocha (poza pracami dotyczącymi gruźlicy)” (streszczenie własne).

Prace K o c h a nad gruźlicą stanowią szóstą część jego prac. Chociaż ludzie znają nazwisko K o c h a głównie tylko jako odkrywcy prątka gruźliczego, jednak wiedzieć należy, że w innych dziedzinach medycyny dokonał on odkryć niezmiernie wagi. Odkrycia te i prace są następujące:

1) Odkrycie zarazków cholery i zbudowanie na tej podstawie planu walki z cholerą, który to plan okazał swą praktyczność w zwalczeniu cholery w Niemczech w r. 1892/3 po epidemii w Hamburgu. 2) Wykrycie cyklu rozwojowego łaseczników węglików, a w szczególności zarodków i wytomaczenia powstawania epidemii węglików. 3) Wprowadzenie badań naukowych nad odkażaniem i stwierdzenie karbolu i sublimatu jako b. dobrych środków dezynfekcyjnych. Wykazanie jak należy przeprowadzać odkażanie zapomocą pary wodnej i zapomocą suchego powietrza. 4) Wprowadzenie stałych pożywek bakteriologicznych w postaci ziemniaka i żelatyny, przez co stał się możliwy rozwój bakteriologii. 5) Wykazanie znaczenia czystych hodowli dla rozwoju bakteriologii. 6) Stwierdzenie, że choroby zakaźne wywołane są przez specjalne zarazki, co dawniej uważano za nonsens. 7) Znaczne posunięcie naprzód nauki o zimnicy. K o c h pierwszy udowodnił, że są tylko 3 gatunki, t. j. *tertiana*, *quartana* i *tropica*. Stwierdził, że t. zw. „Schwarzwasserfieber” jest to zatrucie chininą, nie mające często nic wspólnego z zimnicą. Uregulował leczenie i zapobieganie zimnicy chininą; wykazał, że można przez odpowiednie podawanie chininy uzdrowić okolice malaryczne o najgorszej sławie. Potwierdził odkrycie R. R o s s a, badając rozwój zarazka zimnicy ptasiej u komarów. 8) Posunięcie naprzód badań w sprawie śpiączki afrykańskiej (*Trypanosomiasis*). K o c h zbadał obyczaje muchy (*glossina palpalis*) przenoszącej tę groźną chorobę; wykazał, że żywi się ona głównie na krokodylach i że żyje wyłącznie na zadrzewionych brzegach rzek i jezior. O ile zadrzewienie zniszczyć, mucha znika. Zbadał dokładnie zarazek *trypanosoma gambiense* i jego zachowanie się w ustroju ludzkim i w ustroju muchy *glossina*. Wreszcie stwierdził, że atoxyl jest stosunkowo dobrym środkiem leczniczym i ustalił jego dawkowanie. 9) Badania nad tyfusem powrotnym afrykańskim (*typhus recurrens*): K o c h udowodnił, że przenosicielem zarazka jest kleszcz (*ornithodoros msubata*), w którego ustroju zarazki się rozmnażają i to w jajnikach, skąd przechodzą do jaj i do młodych kleszczy. Te to młode kleszcze przenoszą zarazę. Wykazał różnice istniejące w przebiegu klinicznym między tyfusem powrotnym europejskim i afrykańskim i wykazał, że tyfus afrykański można przeszczerpić na małpy i myszy. Zbadał biologię kleszcza *ornithodoros msubata*. 10) Stwierdził, że t. zw. „Afrikanisches Küstenfieber” jest piropłazmą przenoszoną przez kleszcze na bydło i odkrył częściowo rozwój pasorzyta. 11) Badał pomór byłą w Afryce „księgosusz” i odkrył 2 nowe sposoby szczepienia przeciw tej groźnej zarazie. 12) Badał dżumę ludzką w Indiach angielskich. 13) Podał plan zwalczania tyfusu i paratyfusu w Niemczech. Nakłonił rząd niemiecki do utworzenia kilkunastu stacji w południowo - zachodnich Niemczech, stacji których jedynym celem było zwalczanie tyfusu brzuszno. Stał przez szereg lat na czele tej walki. 14) Jako najpoważniejszy doradca rządu niemieckiego w sprawach higieny napisał w ciągu 30 lat swego urzędowania tysiące orzeczeń, sprawozdań, uwag, odpowiedzi i t. d., w rzeczach spraw zdrowia publicznego.

3. Kol. K a r w a c k i L., członek T-wa, omówił znaczenie odkrycia prątka gruźliczego w związku z rozwojem nauki o gruźlicy (streszczenie własne): po zobrazowaniu stanu techniki bakteriologicznej i poglądów na patogenę gruźlicy w okresie poprzedzającym odkrycie prątka gruźliczego prelegent przedstawił trudności, które piętrzyły się na drodze do odkrycia i które geniusz K o c h a pokonał. Własne słowa K o c h a, przytoczone przez prelegenta, uwydatniają znaczenie tego odkrycia dla diagnostyki i profilaktyki gruźlicy.

W końcu prelegent zatrzymał się jeszcze na objawie K o c h a, uważanym przez niektórych badaczy za kamień węgielny odporności w gruźlicy, i na odkryciu tuberkuliny.

Wyrazami podziwu i czci zakończył prelegent swój odczyt.

4. Kol. G o r d z i a ł k o w s k i J., omówił „Rozpowszechnienie gruźlicy zwierzęcej i jej znaczenie” (streszczenie własne): gruźlica od czasów starożytnych była traktowana jako choroba niebezpieczna i udzielająca się ludziom i zwierzętom, chociaż istota jej była ukryta, aż do czasów R. K o c h a.

Dopiero badania V i l l e m i n a, K o c h a i innych dały podstawę do stwierdzenia, że gruźlica człowieka i zwierzęcia stanowi tylko różne formy tej samej zarazy, wykryty zaś przez K o c h a prątek gruźliczy posłużył do rozpoznawania różnych postaci gruźlicy, jak również dał możliwość rozwiązania szeregu zagadnień sanitarnych. Okazało się, że mleko krowie jest nosicielem zarazków gruźliczych i jest niebezpieczne dla zdrowia ludzi nie mniej niż wydzieliny i wydaliny chorych. Węć powstała konieczność wyjaśnienia mleka krowiego metodą pasteryzacji a również konieczność badania krów na gruźlicę. K o c h tu przyczynił się w ogromnej mierze sporządzając tuberkulinę, która posłużyła niezawodnym środkom diagnostycznym. Przeto tuberkulinizacja krów dziś stała się zabiegiem najkonieczniejszym w oborach. Metodą tą udało się już w różnych krajach wykryć ogromne rozpowszechnienie gruźlicy pośród bydła: w Anglii od 26 do 70%, w Belgii do 48%, w Danii do 40%. U świni gruźlica szerzy się przeważnie wskutek żywienia mlekiem odtłuszczanym, a osetek chorych dochodzi do 4 — 14%. Do zakażenia zwierząt (świń, koni) często przyczynia się też gruźlica, napastująca często kury, papugi i inne ptactwo. Konie na gruźlicę chorują rzadko od 0.01 do 1.6%, a wśród kóz i owiec gruźlica dochodzi zaledwie 0.1 — 0.7%; psy i koty chorują zaledwie w 1%.

Później jednak K o c h wypowiedział odmienną opinię, że gruźlica ludzka różni się od gruźlicy bydłowej, że ludzka nie jest zjadliwą dla bydła i to spowodowało szereg nowych badań, które udowodniły, że istnieją różne typy prątków gruźlicy odmiennie zjadliwych. Równocześnie zostało stwierdzone, że prątki typu bydłowego są często spotykane u ludzi w gruczołach chłonnych szczyjnych, oraz w jelitowych w wieku młodym do 40%. Pasażowanie przez szereg ustrojów powoduje zmiany właściwości prątków. G a b b e t podaje, że prątki typu bydłowego u ludzi w Anglii są bardzo częste, gdyż istnieje zwyczaj karmienia dzieci mlekiem surowym.

Sprawa więc konieczności pasteryzacji mleka krowiego została aktualną, walka zaś z gruźlicą u bydła musi być zorganizowaną za pomocą tuberkulinizacji bydła w oborach i doзору za mlekiem na rynkach, w mieczarniach i t. d.

5. Kol. O w c z a r e w i c z L., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. „Gruźlica w wojsku polskim” (streszczenie własne).

Zademonstrowane tablice statystyczne, wykazujące liczbę zachorowań na gruźlicę w wojsku Polskim pozwalają dojść do wniosku, że gruźlica w armii polskiej w czasie od 1922 do 1931 roku trzyma się mniej więcej na tym samym poziomie. Wahanie są niewielkie nie przewyższając 1,67 na 1000 stanu liczebnego. Największą liczbę zachorowań, bo 7,94 na 1000 wykazuje rok 1928, najmniejszą 6,27 daje rok 1924-ty. Najwyższą umieralność 1,95, na 1000 wykazuje rok 1923. W tym samym roku widzimy również bardzo wysoką śmiertelność 2,8%. Najmniejszą umieralność 0,36 na 1000 i śmiertelność 0,8% wykazuje rok 1930.

Zmniejszanie się umieralności w ostatnich latach częściowo objaśnia się większą sprawnością komisji lekarskich i zwalnianiem chorych do domu. Przechodząc do wykazu liczb zachorowań według miesięcy to dają się zauważyć, że największe ilości dają miesiące marzec i kwiecień, chociaż i lipiec wykazuje pewną wyższkę zachorowań. Te ostatnie wzmocnienie się zachorowań można objaśnić rozpoczynaniem się w tym czasie większych ćwiczeń i manewrów jak również reakcją wiosennego wcielenia poborowych do wojska. Tablica wykazująca średnie ilości zachorowań na gruźlicę w przeciągu ostatnich 10-u lat i obliczana według D.O.K. wskazuje, że największe ilości dają: Lublin 18,19, Kraków 14,22 i Łódź 9,52. Najmniejsze zaś Poznań 2,18, Brześć 4,19 i Grodno 4,37 na 1000.

Jeżeli porównamy te ilości z liczbami podanymi przez G r o d e c k i e g o i S i e l i c k i e g o dla województw, to widzimy, że największe ilości w niektórych okręgach odpowiadają w pewnym stopniu odpowiednim województwom, z wyjątkiem Lublina, który jako miasto daje wysoką liczbę zachorowań, natomiast jego województwo nie przewyższa innych województw. Przy omówieniu tych danych należy mieć na uwadze, że ze względu

dów organizacyjnych poborowy nie zawsze odbywa służbę w swoim okręgu.

Główne miejsce wśród zachorowań na gruźlicę w armii polskiej zajmuje gruźlica płuc, natomiast gruźlica prosówkowa i gruźlica innych narządów nie przewyższa 1,2 na 1000. Śmiertelność z prosówkowej gruźlicy w wojsku, naturalnie jest bardzo wysoka. Zmniejszanie się tych czy innych postaci gruźlicy w ostatnich latach w wojsku, można objaśnić silniejszym eliminowaniem poborowych przez komisje lekarskie.

Jeżeli przyjmiemy pod uwagę cyfrę 17 na tysiąc podaną przez G r o d z i a ł k i e g o dla zachorowań na gruźlicę wśród ludności cywilnej w Polsce, to widzimy, że pomimo ujemnego wpływu służby wojskowej na rozwój gruźlicy i młodego wieku poborowych liczba zachorowań w wojsku jest kilkakrotnie mniejsza.

To zawdzięcza armia pracy swoich komisji lekarskich. Porównując zachorowania w naszej armii z armiami innych Państw, widzimy, że Anglia, Niemcy i Włochy są od nas w lepszym położeniu, Francja zmniejszając ilości zachorowań w swej armii dorównuje nam, natomiast Norwegia, Serbia i Bułgaria są w gorszych od nas warunkach, gdyż mają większe ilości zachorowań.

Reasumując to co podają nasze i obce piśmiennictwa o sposobach zabezpieczających armię od gruźlicy, należy dojść do wniosku, że usprawnienie działalności komisji poborowych, ulepszenie higieny koszar, odżywiania i trybu życia żołnierzy mogą zrobić bardzo dużo. Jednak armia jako składowa część swego społeczeństwa nie może być wolna od gruźlicy, dopóki choruje na nią całe społeczeństwo. Dlatego zagadnienie gruźlicy w armii jest nierozdzielnie związane z tem samym zagadnieniem w cywilnym społeczeństwie i walka z gruźlicą musi być prowadzona przez całe społeczeństwo.

6. Kol. M i s i e w i c z J., członek T-wa, omówiła „Znaczenie odkrycia prątka gruźliczego dla kliniki gruźlicy ludzkiej” (streszczenia nie nadesłano).

R o z p r a w y nad punktami 2, 3, 4, 5, 6, porządku obrad:

Kol. G l u z i Ń s k i A., członek T-wa, wspomina o czasach odkrycia prątka gruźliczego i otrzymania tuberkuliny oraz jej stosowania. Był naocznym świadkiem leczenia tuberkuliną w Berlinie przez ówczesnych wybitnych klinicystów niemieckich i widział, jaką olbrzymią szkodę wyrządzono chorym. Po powrocie do Krakowa przestrzegał przed stosowaniem tuberkuliny bez uprzedniego wypróbowania jej działania na ustrój i ustalenia dawek leczniczych. Jednak do tych ostróg odnoszono się z niewiarą, nie też dziwnego, że spostrzegai przypadki śmierci po leczeniu tuberkuliną. Dziś dopiero wyjaśniło się, dlaczego R. K o c h ogłosił pracę o leczeniu tuberkuliną, nie ustalwszy jej działania ani dawek. Stało się to na wyraźny rozkaz cesarza Wilhelma I.

7. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

8. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27.IX.1932 r. przyjęto.

Sekretarz Doroczny: Karol C h o d k o w s k i Prezes: Witold O r ł o w s k i.

Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne. Oddział Warszawski.

Posiedzenie z dnia 15 marca 1933 r.

Na posiedzeniu wygłoszono komunikaty: Prof. J. T u r, „Powstawanie naczyń krążenia żółtkowego, a elementy krwi”. W świetle badań teratogenetycznych autora — niema żadnej koniecznej więzi korelacyjnej pomiędzy tworzeniem się wysepek P a n d e r a w polu ciemnym a powstawaniem naczyń krążenia pozazarodkowego. Formowanie się wielkich pni żylnych może się odbywać nawet wobec zupełnego braku gniazd krwiotwórczych, a odwrotnie — mogą zjawiać się w polu przezroczystym anormalne wyseпки krwi, zagarniające to pole, poczem znów niemożliwe się staje tworzenie się w niem zwykłych naczyń pustych. W ten sposób procesy tworzenia się wysepek krwi, a powstawania naczyń — mogą nawet stać się zjawiskami antagonistycznymi. Co do genezy anormalnych wysepek krwiotwórczych w obrębie pola przezroczystego — autor uznaje możliwość dwu hipotez: mogą być one albo wynikiem pierwotnego pozostawiania się elementów parablasytycznych w tem polu, albo też zachodzi tu może czynna proliferacja parablasytu z krawędzi wewnętrznych pola ciemnego. Zdaniem autora — oba te zjawiska mogą nawet zachodzić jednocześnie.

Prof. M. K o n o p a c k i. „O roli nablonka pęcherzykowego w czasie owogenezy u *Loligo vulgaris*”. Autor przedstawił część wyników swych badań nad rozwojem *Loligo* i opisał szczegółowo pochodzenie i charakterystyczne ustosunkowanie się nablonka do oocytu. W czasie owogenezy nablonka ten bierze bardzo czynny udział w wytwarzaniu żółtka, o czym autor wnioskuje na podstawie wyników histochemicznych zmian, zachodzących w nim w tym okresie. Oprócz tego opisuje autor tworzenie się błony jajowej (chorionu) i zastanawia się nad sposobem zachowania się kwasu tymonukleowego w jądrach nablonka i w jądrze oocytu a także nad sposobem powstawania substancji jądrowej w jądrach blastomerów rozwijającego się zarodka.

Sekretarz: A. E l k n e r.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Psychiatrycznego i Neurologicznego, w Wiedniu z dnia 8 listopada 1932 r. (Klin. Wschr. N. 14, 1933) N u j i c (z Beogradu) mówi o *patologii snu*. Systematycznie przeprowadzone stałe pomiary ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego na dużym materiale dały następujące wyniki: przy samoistnym usypianiu przychodzi do podniesienia ciśnienia (wskutek przekrwienia mózgu), którego czasami tylko brak w padaczkę. Przez pewien czas podczas snu ciśnienie pozostaje podniesione, przy przebudzeniu się zaś spada do liczb wyjściowych. We śnie, wywołanym przez środki nasenne, podniesienie ciśnienia osiąga większe rozmiary. Podczas zasypiania i przez pewien czas po zaśnięciu występują charakterystyczne okresowe wahania ciśnienia w granicach od 1 do 9 cm., trwające od 20 do 40 sekund, synchroniczne z oddychaniem i tętnem. Te wahania są szczególnie duże w porażeniu i katatonji. W padaczkę krzywa jest uderzająco chwiejna, skłonność zaś ciśnienia do spadku niezwykle silna. Przewlekłe zapalenie mózgu wykazuje silną skłonność do wyrównania ciśnienia w stanie snu i czuwania. W śnie hipnotycznym podniesienie ciśnienia jest mniej znaczne, aniżeli w zwykłym śnie. Brak podniesienia ciśnienia przy zasypianiu przemienia się za przeszkodą w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w zakresie kanału rdzeniowego i zbiorniku mózdkowo-rdzeniowym. Otrzymane wyniki pozwalają wyciągnąć wniosek, że zmiany w krążeniu w znaczeniu przekrwienia mózgu nie stanowią bezwzględnie warunku występowania snu.

Metoda stałych pomiarów ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego przy usypianiu, we śnie, ewentualnie w czasie budzenia się otwiera nowe pole do badań nad chorobami psychicznymi i nerwowymi.

Na posiedzeniu Towarzystwa Psychiatrii i Neurologii w Wiedniu z dnia 8 listopada 1932 r. (Klin. Wschr. N. 14, 1933) pokazywał S c h u e l l e r *przypadek zwapnień wewnątrz-mózgowych*. Zujęcia rentgenowskie czaszki u 21-letniej kobiety wykazywały całkowite zwapnienie symetryczne obu jąder soczewkowatych. Znalaziono również umiarkowane zwapnienia, ułożone symetrycznie w masie istoty rdzeniowej obu półkul mózgowych dookoła komór ocznych. Pacjentka wykazywała ciężkie napięcia pozapiramidowe.

Na posiedzeniu Towarzystwa Roiznictwa i Ginekologii w Strasburgu z dnia 3 grudnia 1932 r. (Strasbourg med. N. 6, 1933) pokazywał K. T o u r n i e r *dwa przypadki ropniaka jajowodu, które pękły do wolnej jamy otrzewnej, były w pierwszych godzinach operowane i uległy wyleczeniu*. W pierwszym przypadku pęknięcie ropniaka jajowodu nastąpiło na piąty dzień po zakazonem poronieniu. Nastąpiło rozlane zapalenie otrzewnej. Zabieg wykonano w 2 godziny po wystąpieniu objawów. Stwierdzono ropniak jajowodu wielkości 2 dużych pałców, opróżniający się poprzez ujścia bańkowe. Zropieniu uległy współistniejące zmiany zapalne macicy. Wykonano całkowite prawie wycięcie macicy (*hysterectomia subtotalis*) wobec trudności, jakiego następczo wycięcie całkowite. Wykonano drenaż pochwy poprzez szyję, dobrze rozszerzoną, oraz brzuszny metodą M i k u l i c z a. Wyleczenie. Posiew z ropy wykazał obecność prątków okrężnicy i enterokoków. W drugim przypadku objawy kliniczne przypominały po części ciężą pozamaciczną; ustanie miesiączkowania. Krwotoki maciczne, guz przydatków lewostronny. Ciężota 37,6°, tętno 105. Napięcie powłok całego brzucha, prawdziwy brzuch, jak z drewna. Wkroczone w 4 godziny po nagłym początku. Stwierdzono rozlane zapalenie otrzewnej. Guz przydatków lewych, spowodowany przez krwiak jajowodu wielkości jaja kurzego, zajmujący część zwężoną jajowodu, oddzielony przez przewęzenie od drugiej kieszeni jajowodu w okolicy bańki, wypełnionej ropą. W okolicy przewężenia jajowodu, oddzielającego obie kieszenie, znaleziono otwór przedziurawienia, z którego wypływała ropa. Usunięto przydatki. M i k u l i c z. Przebieg pooperacyjny gładki. Posiew z ropy nie wykazał obecności drobnoustrojów.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Epizod z historii upaństwowienia pomocy lekarskiej.

Podał

Dr. Henryk KLUSZYŃSKI (Warszawa).

I.

Sprawa uspołecznienia pomocy lekarskiej staje się coraz bardziej aktualną. Prasa lekarska coraz częściej porusza to zagadnienie. Miliony ludności w Polsce nie mogą sobie pozwolić na pomoc lekarską. Brak im środków na opłacanie tej pomocy. Choroby się szerzą. Równocześnie wielka liczba lekarzy jest bez zajęcia, cierpi niedostatek. Wytwarzają się paradoksalne stosunki. Przeto głosy o konieczności upaństwowienia albo uspołecznienia pomocy lekarskiej nabierają coraz większej wagi i znaczenia. Uważam, że jest na czasie zwrócenie uwagi czynników miarodajnych i ogółu interesujących się tą sprawą lekarzy na epizod z historii upaństwowionej całej służby zdrowia i pomocy lekarskiej, który opisał Dr. Kurt F i n k e n r a t h w pracy p. t. „Socjalizm w lecznictwie” (Sozialismus in Heilwesen). Z ciekawej tej pracy podaję następujące szczegóły:

Przed stu laty stan lekarski w obrębie państwa niemieckiego życzył sobie przejść na etat państwowy czyli „zurzędniczyć się”. Wynika to z ówczesnego piśmiennictwa, i, gdyby był przeprowadzony plebiscyt wśród ogółu lekarzy, większość byłaby się oświadczyła za wejściem do służby państwowej. Jedno z państw nie-

mieckich, t. j. księstwo Nassauskie, posiadało ustawę, regulującą pomoc lekarską, opiekę zdrowotną, państwową służbę zdrowia za pomocą jednolitego urzędniczego stanu lekarskiego. Ciekawe przeto, jaki wpływ wywarł ten system służby zdrowia, i jakie były przyczyny, że ta państwowa organizacja pomocy lekarskiej została zaniechana. Na podstawie sprawozdań z rozpraw sejmowych, czasopism, dzienników wytworzył sobie autor obraz o organizacji ówczesnej służby zdrowia.

Księstwo Nassauskie zostało utworzone przez Napoleona po bitwie pod Jeną. Po bitwie pod Lipskiem w r. 1813 skończyło się panowanie Napoleona w Niemczech, i zarazem skończył się jego polityczny twór, i wróciła dynastia dawniejsza. W r. 1814 państwo to otrzymało konstytucję i przestało być absolutystycznym państwem. Konstytucja gwarantowała wolność obywatelską, polityczną wolność wobec ustawy, tolerancję religijną, swobodę politycznego wypowiedzania się, zniesienie poddaństwa, chłosty, wolność wykonywania przemysłu.

W roku 1816 nastąpiła zmiana w organizacji i administracji księstwa, nastąpiło uproszczenie i centralizacja, która pociągnęła za sobą i reformę służby zdrowia. W r. 1818 księstwo Nassauskie obejmowało zaledwie 85,5 mil kwadratowych. Największa część ludności, t. j. prawie $\frac{3}{4}$, mieszkała na wsi, tylko reszta zamieszkiwała miasta i miasteczka. Większość wsi posiadała zaledwie

50 — 80 mieszkańców, tylko niektóre miały 800 — 1000 mieszkańców. W r. 1818 wynosiła ludność 465.636 mieszkańców. Większa część ludności zajmowała się rolnictwem. Księstwo słynęło z cennych zdrojowisk: Wiesbaden, Ems, Selters, które już wówczas cieszyły się wielką wziętością i renomą, i do zdrojowisk tych zjeżdżali się licznie kuracjusze z innych krajów. Kraj ten nie posiadał we wszystkich miejscowościach lekarzy, i na wsi dość dotkliwie dawał się odczuwać brak dostatecznej liczby lekarzy. Nowa ustawa o organizacji służby zdrowia, która weszła w życie dnia 1 kwietnia 1818 r., była, jak na ówczesne czasy, nadzwyczajnie i charakterystycznym uregulowaniem przez rząd całej służby zdrowia państwa.

Powierzono wyłączną opiekę lekarską i zdrowotną ludności stanowi lekarskiemu. Lekarze księstwa Nassauskiego stali się urzędnikami państwa Nassauskiego. Dla przeprowadzenia organizacji służby zdrowia podzielono kraj na 28 okręgów lekarskich. Każdy okręg posiadał conajmniej jednego radcę lekarskiego i asystenta, oraz jednego aptekarza. Dla każdej grupy, względnie 200 rodzin była wyznaczona jedna akuszka.

Rozporządzenie przewidywało nadto, że zależnie od miejscowych warunków i potrzeb mieszkańców lekarze mogą osiedlać się i zajmować prywatną praktykę. Ci urzędowi lekarze mieli obowiązek obok pomocy lekarskiej i opieki zdrowotnej wykonywać wszystkie zlecenia sądowe i policyjno-sanitarne. Aptekarstwo pozostało jednak wolne, nie zostało upaństwowione. Aptek było wówczas w kraju 28 na podstawie uzyskanej koncesji. Powstał plan zorganizowania państwowej centrali zakupów leków, jednakowoż nie doszedł do skutku. Znachorstwo było surowo zabronione i karane.

W następstwie tej reformy wiejska ludność i ludność zubożała miała zapewnioną pomoc lekarską. Przeprowadzono planową organizację pomocy lekarskiej dla całej ludności. Stworzono warunki, że wszędzie w obrębie każdego okręgu można było otrzymać pomoc lekarską, i zapewniono ludności, że mogła powołać lekarza do każdego przypadku chorobowego. Państwo uregulowało lekarską pomoc dla biednych i mniej zamożnych. Organizacja służby zdrowia przewidywała, że każdy lekarz jako młody akcesista wstępował do służby państwowej do pomocy radcy medycynalnemu i spełniał służbę bezpłatnie. Po pewnym czasie mógł zostać asystentem z początkową płacą roczną 600 florenów, która wzrastała do 1000 florenów. Następnym awansem był tytuł radcy medycznego, z wynagrodzeniem 1.200 — 1.500 florenów. Płacę tę otrzymywali ci urzędnicy lekarscy tylko w wysokości 2/3 z kasy państwowej, gdyż resztę, t. j. 1/3 pborów, mieli uzyskać z należności z wolnej praktyki. Do tego celu służyła taksa, podzielona na dwie rubryki: dla zamożnych i mniej zamożnych. Określenie „mniej zamożny” było uwarunkowane od wysokości wymierzonego podatku (I. II. i III. klasa podatku). Taksa była nader niska. Oto przykład:

	dla zamożnych	mniej zamożnych
1. porada lekarska	8 cent.	4 cent.
2-ga porada lekarska	4 „	2 „
2. 1-sza wizyta w domu	14 „	7 „
2-ga wizyta w domu	8 „	4 „
3. poród	20 „	10 „
4. nieprawidłowy poród	30 „	15 „
5. wizyta w sąsiednim okręgu	20 „	10 „
i t. d.		

Taksa ta obowiązywała dla państwowych lekarzy w prywatnej praktyce. Biedni chorzy otrzymywali pomoc lekarską zupełnie bezpłatnie.

Ponieważ niskie stawki dały się utrzymać wskutek stałego wynagradzania w wysokości 2/3 płacy, mogli bezpłatni akcesisci i wolnopracujący lekarze liczyć sobie podwójne stawki. W uzdrowiskach mogli lekarze obcym kuracjuszom policzyć poczwórną stawkę najwyższej taksy.

Ten sposób regulowania umożliwił chłopu, w najodleglejszym zakątku zamieszkałemu, otrzymanie pomocy lekarskiej, gdyż odległość nie wpływała na wysokość wynagrodzenia, należność za wizytę domową na terenie całego okręgu była jednakowa.

W ustawodawstwie tem była jednak dostatecznie zapewniona wolność wyboru lekarza, gdyż lekarze urzędowi mogli leczyć chorych poza swym okręgiem, tylko mieli wówczas prawo do wyższych stawek. Lekarz przy tej organizacji miał zapewnioną egzystencję, i od tej chwili znikło ciężkie położenie lekarzy. Jako państwowemu urzędnikowi była zapewniona emerytura. Oprócz płacy pobierał radca medyczny 150 florenów rocznie na utrzymanie konia służbowego, na potrzeby kancelaryjne 25 florenów, a dla asystenta 10 florenów. Za to był obowiązany trzymać dziennik urzędowy i przekazywać go swemu następcy. Lekarz urzędowy posiadał władzę na polu policji sanitarnej, medycyny sądowej i konskrypcji. Miał nadto nadzór nad weterynarzami i akuszkami.

Radca medyczny miał władzę dyscyplinarną nad asystentami i akcesistami do wysokości 5 guldenów. Jednakowoż w wykonywaniu czynności fachowych byli lekarze zupełnie wolni.

Bardzo dokładna instrukcja określała zakres pracy radcy medycznego. Miał on przepisany nadzór nad policją zdrowotności, co oznaczało wówczas: zdrowe powietrze, dobra woda, środki spożywcze bez zarzutu, obserwacja zakaźnych chorób, szczepienie, jako też pomoc lekarska przy pożarach. Miał również nadzór nad znachorami, sprzedażą trucizn, aptekami, oglądaniem zwłok, zakładami szpitalnymi, więzieniami, zakładami kąpielowymi, kostnicami, jakoteż nadzór nad opieką nad ubogimi i sierotami, nadzór nad umysłowo chorymi i nauką akuserek, medycyną sądową i sekcjami. Co najmniej dwa razy do roku powinien był radca medyczny odbyć podróż inspekcyjną po swoim okręgu. Akuszki były podległe radcom medycznym i miały ściśle przepisy, jak się mają zachowywać przy normalnych i anormalnych porodach, nadto akuszki były obowiązane pomagać przy przeprowadzaniu szczepień. Miały surowy zakaz pielęgnowania chorych albo rozbierania i ubierania zmarłych. Miały również przepisany cennik i były obowiązane posiadać przepisaną liczbę instrumentów.

Tak w zarysie wyglądała ustawa o służbie zdrowia.

II.

Ustawa natychmiast po ogłoszeniu weszła w życie. Początkowo wylaniały się trudności, gdyż nie było z początku dostatecznej liczby lekarzy. Trudności zostały jednak szybko usunięte, gdyż sprowadzono z poza kraju potrzebną liczbę lekarzy. Akty państwowe nie zawierają żadnego doniesienia, by lekarze wzbraniali się w przeprowadzaniu rozporządzenia.

Zasady lekarskiego stanu urzędniczego i planowe rozmieszczenie lekarzy zostały utrzymane przez cały okres trwania ustawy o służbie zdrowia. W chwili wejś-

cia w życie ustawy w r. 1818 księstwo Nassauskie posiadało 303.369 mieszkańców, 53 lekarzy okręgowych, 20 innych lekarzy, tak, że na 1 lekarza przypadało 4191 mieszkańców, a w r. 1854 było mieszkańców 429.341, 94 lekarzy okręgowych, 24 innych lekarzy, a na jednego lekarza przypadało 3.638 mieszkańców.

W najkrótszym czasie po wejściu w życie ustawy zmniejszył się znacznie znachorstwo. Bardzo obszerne są wzmianki w aktach i pismach, że nowe uregulowanie służby zdrowia wywołało powszechne zadowolenie, i pomoc lekarska ubogiej ludności była bardzo dobra. Dobroczynny skutek ustawy ujawnia się w ten sposób, że lekarska pomoc była ogólniejsza i o wiele wcześniej była wzywana przez mieszkańców. Na dowód tego można przytoczyć, że spożycie lekarstw w aptekach było o wiele większe, aniżeli przedtem, taksy aptekarskie były nader niskie, co ułatwiało nabywanie lekarstw. Płace lekarskie ulegały z czasem zmianom, jednakowoż zasada, że 1/3 opłaca ludność, nie uległa zmianie. Jednakowoż pierwotne określenie, taksa dla mniej zamożnych i zamożnych, odpadła, a przyjęto takse minimalną i maksymalną. Rząd, przeprowadzając te zmiany, ufał, że cennik będzie stosowany w sposób humanitarny, a sobie rząd zastrzegł, że w razie błędnej oceny przez lekarza stosunków majątkowych skreśli rachunek. Stała płaca lekarzy nie była wypłacana przez Państwo, tylko przez gminy. Tylko koszty kancelaryjne, diety podróжные i utrzymanie konia służbowego wypłacano z krajowej kasy podatkowej. Później jednak wydatki wszystkie ponosiła wyłącznie kasa podatkowa krajowa.

Od r. 1843 i akcesjści lekarze otrzymywali z kasy podatkowej płacę stałą w wysokości 200 — 600 florenów. W pierwszych 30 latach wynosiły wydatki nowej ordynacji lekarskiej 14 — 16 grajcarów na jednego mieszkańca, co oznacza bardzo niski wydatek. Lekarze już w kilka lat po wprowadzeniu tej nowej ustawy mogli naogół uzyskać brakującą jedną trzecią z prywatnej praktyki. Jednakowoż w ubogich powiatach kraju było to niemożliwe, i lekarze skarżyli się, że nie mogą pobierać żadnego wynagrodzenia od zubożałej ludności, bo, jeśli nawet żądają, nie mogą go otrzymać. Pod względem gospodarczym był kraj nierównomiernie podzielony, i, aczkolwiek rząd starał się odpowiednimi zarządzeniami wyrównać te różnice, mimo to w zupełności nie udawało się, i prośby lekarzy o przeniesienie były dość częste. Bardzo niechętnie szedł asystent lekarski z dobrego miejsca do uboższego powiatu, nawet, gdy został radcą lekarskim, gdyż wydostanie brakującej 1/3 poborów było jeszcze trudniejsze. Przeniesienia sprawiły z tego powodu wiele trudności, nadto wchodził w rachubę fakt nawiązanych osobistych stosunków między lekarzami a ludnością.

Nadzwyczaj trudna jest ocena działalności lekarzy na polu pomocy lekarskiej, gdyż nie są dostępne zapiski lekarzy. Ze sprawozdania najwyższej władzy służby zdrowia można wywnioskować, że zapadalność na chorobę rodziny — liczono wówczas rodzinę, składającą się z 4 osób — w dwóch latach wynosiła 3 chorych. Z innych sprawozdań wynika, że na jeden przypadek chorobowy przypadały 3 wizyty domowe i 2 porady. Przy porównaniu z czasem obecnym, wynika że zapadalność ludności była wówczas mniejsza, niż obecnie, i że stosunek porad do wizyt jest odwrotny, aniżeli obecnie. Naturalnie, trudno ocenić, czy ten stosunek był wynikiem właściwości ustawy medycznej, czy ówczesnego stanu nauki lekarskiej. Korzystne następstwa tej

ustawy ujawniły się również w ten sposób, że prawie 6/7 wszystkich zmarłych w księstwie Nassauskiem było w opiece lekarskiej, podczas gdy w gospodarczo lepiej usytuowanej Nadrenji tylko 3/4, a w Wirtembergji tylko połowa zmarłych była przedtem leczona.

Do obowiązków lekarza należało przysyłanie do władzy krajowej sprawozdań o stanie zdrowia ludności. Sprawozdania te zostały w r. 1843 w rocznikach lekarskich dla księstwa Nassauskiego na polecenie rządu krajowego naukowo opracowane i wydane. Rząd kładł wielki nacisk na rozwój zdrowotności kraju i dalsze wykształcenie lekarzy, a miarą troski rządu było wydanie zarządzenia, że czasopisma lekarskie, przysyłane do lekarzy, są wolne od opłaty pocztowej, która wówczas była bardzo wysoka. Ze strony ludności nie było skarg, a lekarze cieszyli się wogóle wielką popularnością. Wogóle należy stwierdzić, że przy przeprowadzaniu nowej ustawy lekarskiej nie wyłoniły się żadne trudności.

Jakie stanowisko zajął świat lekarski względem tej ustawy, i jaką rolę odgrywał wówczas stan lekarski w księstwie Nassauskiem?

III.

Wprowadzenie nowej ustawy o służbie zdrowia było niezaprzeczenie z wielką korzyścią dla lekarzy. Wszyscy lekarze bez wyjątku zgodzili się na ten system, a ci, co się nie chcieli zgodzić, a było ich siedmiu, opuścili granice księstwa Nassauskiego. W pierwszych latach istnienia tego systemu nie było żadnych skarg ze strony lekarzy. Dopiero w późniejszych latach mnożą się skargi. Nawet w latach 1848 — 1849, kiedy nastąpiły zmiany w poglądach na istotę państwa, i jednostki z wielu ciężarów zostały zwolnione, nie podnosili lekarze żadnych życzeń w sprawie reformy ustroju służby zdrowia. Z roczników czasopism lekarskich i materiałów posiedzeń Towarzystwa lekarskiego można się dowiedzieć o nastroju lekarzy i ich żalach i skargach. Przedewszystkiem narzekają, że publiczność ma prawo wolnego wyboru lekarza, szukania pomocy lekarskiej u każdego lekarza z powiatu i poza powiatem.

Jeden z czołowych ówczesnych lekarzy pisał, że „suwerenny tłum widzi w tych prawnych i faktycznych warunkach wielką zaletę demokratycznej organizacji służby zdrowia”. Ogólną skargą lekarzy był fakt częstych zmian miejscowości urzędowych lekarzy. Przeciętnie radca medyczny był w jednej miejscowości 8½, asystent 5½, akcesista 3½ lat, — przy 40 letniej służbie zmieniał lekarz miejscowość 8 razy.

Stosunki między lekarzami były naogół dobre. Również wzajemny stosunek lekarza i władz rządowych, którym podlegał, był dość życzliwy i nie było poważnych sporów.

Ważna jest jednak ocena stosunku lekarza, jako urzędnika w ówczesnym państwie. W aktach znajduje się jedno doniesienie urzędnika o lekarzach powiatu, że wzięli udział w niedozwolonym pochodzie z pochodniami, który urządzali mieszkańcy dla celów politycznych na cześć powracających posłów. Wniosek o zwolnienie tych lekarzy rząd uwzględnił. Jak z tego widać, polityczna wolność lekarza, jako jednostki, wskutek stanowiska urzędowego była mocno ograniczona. Niebezpieczeństwo, które istniało wówczas w każdym państwie. Uczucie poddaństwa było widoczne z każdego aktu do władz. Podnoszono często zarzut, że państwo, które posługuje się lekarzami jako urzędnikami, musi ponosić tę smutną konsekwencję, że naukowa działalność lekarzy spada do przeciętności. Tymczasem pokazuje się, że w

ks. Nassauskiem operacyjne położnictwo stało o wiele wyżej, niż w sąsiednich krajach. Również dowody w prasie lekarskiej wykazują, że istniała żywa naukowa działalność lekarzy „tego błogosławionego kraju”, jak się wyrażał jeden z autorów z Hanoweru. Inny znów autor wyraził się, że żaden kraj świata nie posiada tyle źródeł mineralnych, co księstwo Nassauskie. Ale również nigdzie lekarze nie mają tyle naukowego zmysłu, jak w tym kraju. To są dowody, że „zурzędniczenie” lekarzy nie musi spowodować obniżenia ich poziomu naukowego.

Jeden zarzut robi się temu systemowi służby zdrowia, że w następstwie był brak specjalistów i chirurgów, gdyż każdy lekarz musiał posiadać uniwersalne wykształcenie i chirurgiczne wiadomości. Zarzut mało ważki, gdyż ks. Nassauskie było bardzo małe, i z sąsiedztwa było można łatwo sprowadzić fachowców w razie potrzeby. Zresztą, rozwój specjalizacji był wówczas jeszcze mały. Wogóle stan lekarski był zadowolony z tego systemu. Z początku został przez lekarzy entuzjastycznie przyjęty, a w latach rewolucji nie zażądali żadnych zasadniczych reform. Gdy ten system został w r. 1866 zniesiony, większość lekarzy zażądała dotychczasowej organizacji służby zdrowia, i do dnia dzisiejszego lekarze, tam mieszkający, drogą tradycji życzą sobie wprowadzenia z powrotem tej organizacji. W jednym z dawniejszych powiatów zaprowadziły Kasy Chorych dla swych lekarzy ten sam system.

Ale w prasie lekarskiej, wydawanej poza granicami księstwa Nassauskiego, krytykowano ostro ten system. Występowano przeciw „zурzędniczeniu” lekarzy i „korzyściom stałych stanowisk”. Większość lekarzy w Niemczech wypowiedziałaby się stanowczo przeciw zурzędniczeniu lekarzy, wielkie talenty potrzebują bowiem swobody. Również ostro występowano przeciw pisaniu historii choroby, oświadczając, że przymus taki jest niegodny dla stanu lekarskiego. Autor tej pracy przy tej sposobności ironicznie dodaje, że byłoby dla historii kultury bardzo cenną rzeczą zestawienie, co w historii stanu lekarskiego uważane było za niegodne dla niego.

Również wystąpiono przeciwko przymusowi prowadzenia ksiąg dochodów, i jeden z autorów woła z oburzeniem „co to obchodzi państwo, ile lekarz zarabia”. Na te wszystkie argumenty odpowiedział z godnością jeden z wyższych urzędników lekarskich ks. Nassauskiego, który uzasadnił konieczność tego systemu ze względów klimatycznych i społecznych kraju, by biednej ludności móc przyjść z pomocą lekarską. Każdy nieuprzedzony musi stwierdzić, że ten system odpowiada zupełnie swemu celowi, gdyż z jednej strony zabezpiecza ludności biednej pełną pomoc lekarską, z drugiej zapewnia lekarzom byt, odpowiadający godności stanu lekarskiego. System ten musi być uważany za dobry gdyż „wyłącza lekarską konkurencję, która jest szkodliwa, i pogarsza towar lekarski. Z a u f a n y l e k a r z d o m o w y j e s t p o t r z e b n y m d o r a d c ą l u d n o ś c i”. Najsilniejsze ataki pochodziły od młodych lekarzy, których nie dopuszczano do urzędniczych stanowisk. Jeden z nich występował przeciw poglądom, że państwo ma prawo i obowiązek dysponowania lekarzami w interesie dobra publicznego, i nazwał to „prawo komunistyczną uzurpacją państwa, gdyż „wiedza lekarska ma słuszne prawo do ochrony i uznania ze strony społeczeństwa na równi z prywatną własnością. Ta błędna egoistyczno-komunistyczna zasada doprowadziła do niskiego wy-

grodzenia i lekkomyślnego nadużywania lekarzy. Dlatego należy zaprowadzić z powrotem zupełnie wolną praktykę”.

Podniósł się jeszcze inny głos krytyki: „Dla dzielnych lekarzy była ta reforma uderzeniem pioruna. Słabi lekarze ujrzeni w niej zapewnienie swojej egzystencji. Jednym z głównych grzechów reformy jest zupełne zniszczenie godności stanu lekarskiego. Lekarza traktuje się, jak zapłaconego służącego, który ma spełniać tę pracę według cennika. Wiedza, talent, geniusz, nie przedstawiają żadnej wartości w oczach mas, lekarza się żąda, jak rzemieślnika”.

Ale dziennik, wychodzący we Frankfurcie, który był wyrazem opinii publicznej, miał inny sąd o tej reformie, z której według jego twierdzenia publiczność była bardzo zadowolona. Tylko niekiedy ujawniło się chwilowe niezadowolenie z powodu przeniesienia ulubionego lekarza. I powiada dalej ten dziennik: „kto zna lekarzy ks. Nassauskiego, ten może im wystawić świadectwo, że w dążeniu do podniesienia swej wiedzy w niczem nie ustępowali lekarzom innych państw. Sąd całej ludności ks. Nassauskiego był nader korzystny dla tej reformy, mniej korzystny był sąd lekarzy, gdyż „wolna sztuka lekarska nie da się bez oporu wcielić w przymus służby państwowej”.

Spełniło się szybko życzenie niezadowolonych lekarzy, by ta reforma jaknajprędzej znikła z horyzontu. Bitwa pod Königsgretzem w r. 1866 rozstrzygnęła o losie ks. Nassauskiego. Znikła samodzielność państwowa, i księstwo stało się prowincją króla pruskiego. Los reformy służby lekarskiej był przesądzony. Pruski komisarz, który sprawował tymczasowo rządy otrzymał wprowadzić setki podań od burmistrzów, wójtów, księży, aby zachować dotychczasowy system, który zapewnia każdemu mieszkańcowi i tanią i bliską pomoc lekarską, lecz ten uznał, że system ten jest niczem innym, jak tylko komunizmem i socjalizmem. Zresztą, pisał w sprawozdaniu do swego rządu, że „państwo obchodzi tyle sztuka lekarska, co budownictwo”. Rozporządzenie z 16 września 1867 r. zniosło ustawę o służbie lekarskiej, która trwała prawie 50 lat.

Przytoczywszy ten krótki rys historyczny upaństwowienia pomocy lekarskiej, należy z niego wyciągnąć pewne wnioski mogące mieć zastosowanie do czasów bieżących. Ustawa o służbie lekarskiej ks. Nassauskiego została wprowadzona w czasie, kiedy dotychczasowe absolutystyczne państwo otrzymało konstytucyjny rząd. Reforma służby zdrowia wynikała z idei francuskiej rewolucji. W chwili wprowadzenia tej ustawy nie istniał jeszcze spór o granice obowiązku i prawa państwa w zakresie troski o zdrowie swych poddanych. Idea ograniczenia funkcji państwa wyłoniła się dopiero w r. 1848. Ideologia liberalno-demokratyczna w zakresie indywidualnej wolności odmawiała państwu prawa regulowania w ten sposób spraw zdrowia. Przy przeprowadzaniu organizacji pomocy lekarskiej i opieki zdrowotnej posługiwano się wówczas w szerszym zakresie systemem, który na owe czasy był mniej obcy, niż nam się to dziś wydaje. Już przed wprowadzeniem nowej ustawy większa część lekarzy była w stosunku urzędniczym do państwa. Stosunek lekarzy — urzędników do wolnopraktykujących lekarzy był odwrotny, aniżeli w czasach obecnych. Urzędnikom państwowym powierzono pewien zakres publicznych i prywatnych zadań. Poglądy o stosunku lekarzy do społeczeństwa w czasach

obecnych są bardzo niejasne. Posługujemy się rozmaitą nomenklaturą: „zurzędniczenie zdrowotności“, „socjalizacja lecznictwa“, „komunizm służby zdrowia“, „racjonalizacja lekarskiej działalności“, „utrącenie osobowości w stosunku między lekarzem a chorym“, „kontrola sposobu pracy lekarza“.

Przyjrzyjmy się pojęciu „zurzędniczenie służby zdrowia“. Jak ta sprawa wyglądała w ks. Nassauskiem? Lekarze, urzędnicy państwowi, byli szczególnie rodzaju urzędnikami. Przy przeprowadzeniu publicznej pomocy lekarskiej nie zastosowano systemu stanu urzędniczego, jak w sądownictwie lub w administracji, lecz pozostawiono lekarskim urzędnikom inną miarę osobistej wolności i odpowiedzialności, szczególnie przy przeprowadzeniu lekarskiego leczenia. Zasada stałej płacy została w pewnej mierze przełamana, gdyż część płacy musiała być uzyskana przez prywatną praktykę. Lekarz mając stałą płacę, nie miał poważnych trosk o życie, ale pozostał bodziec do rozszerzenia jego

działalności, by uzyskać brakującą 1/3. System, wprowadzony w ks. Nassauskiem, ujął właściwą rolę lekarza: udzielanie pomocy cierpiącemu człowiekowi. System ten spełnił ku ogólnemu zadowoleniu swoje właściwe zadanie.

Lekarz, aczkolwiek urzędnik, posiadał wówczas duży zakres wolności, której dzisiejszy urzędnik nie posiada. Nadto chorzy mieli wolny wybór lekarza, ale musieli opłacać wówczas wyższy cennik. Cała historia tych 50 lat świadczy o zaufaniu, jakim się cieszył wówczas lekarz. Nadto zupełnie wolna była działalność lekarska w zakresie fachowej wiedzy. Lekarze nie byli skrupowani w przepisywaniu lekarstw, ani nakazami w stosowaniu terapii, ani służbową zależnością. Osobista, moralna i naukowa odpowiedzialność każdego lekarza była zapewniona. Należy o tych rzeczach pamiętać, gdyż kwestja reformy służby zdrowia i u nas stanie się aktualna, a przykład księstwa Nassauskiego może rozproszyć niejedne wątpliwości.

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	23/IV-29/V	30/IV-6/V	7/V-13/V	14/V-20/V
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	1 (0)	0	1 (1)
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	156 (22)*	147 (11)	183 (10)	142 (20)
Dur rzekomy . . .	0	0	0	0
Dur osutkowy . . .	103 (1)	100 (3)	98 (9)	98 (4)
Dur powrotny . . .	1 (0)	0	0	0
Czerwonka	4 (0)	5 (0)	8 (0)	3 (0)
Płonica	339 (11)	291 (8)	322 (3)	291 (4)
Błonica	277 (9)	244 (14)	281 (10)	247 (13)
Zapal. op. mózg. .	10 (1)	11 (3)	21 (0)	18 (3)
Odra	766 (7)	484 (3)	636 (2)	601 (4)
Róża	77 (5)	57 (5)	81 (7)	68 (4)
Krztusiec	116 (4)	80 (10)	127 (4)	75 (1)
Malarja	5 (0)	4 (0)	13 (0)	4 (0)
Posoczn. polog. .	25 (7)	18 (9)	33 (10)	24 (3)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	318 (0)	270 (0)	361 (0)	554 (0)
Wąglik	0	0	1 (0)	0
Nosaczka	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Wścieklizna . . .	0 (1)	0	0 (1)	0 (2)
Zatr. jad. kiełb. .	0	0	5 (3)	2 (0)
Chor. Heine-Medina	0	0	1 (0)	1 (0)
Twardziel	0	0	1 (0)	2 (0)
Inne choroby zakaźne	66 (0)	40 (4)	52 (5)	48 (7)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Na walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy Kasy Chorych, odbytem w dniu 28.V. b. r. w Krakowie, wybrano następujący Zarząd: Prezes: Dr. Władysław Medyński, Wiceprezes: Dr. Alfred Merz, Sekretarze: Dr. Edward Szczęśliki, Dr. Paulina Wasserberg, Skarbnicy: Dr. Józef Nüssenfeld, Dr. Stefanja Trzebińska, Członkowie Zarządu: Dr. Henryk Biernacki, Dr. Marjan Ciećkiewicz, Dr. Henryk Czapnicki, Dr. Zygmunt Leinkram, Zast. Członków Zarządu: Dr. Wacław Godlewski, Dr. Stanisław Imich, Dr. Jan

Szancenbach, Komisja Rewizyjna: Dr. Roman Głasnier, Dr. Kazimierz Habicht, Dr. Jan Niewola, Sad Koleżeński: Przewodniczący: Dr. Karol Sternbach, Członkowie Sądu: Dr. Kazimierz Karelus, Dr. Maurycy Landau, Dr. Stanisław Liwsiy, Dr. Wilhelm Porąński, Dr. Jan Szancenbach, Dr. Aleksander Ślaczka, Zast. Członków Sądu: Dr. Ignacy Jurkowicz, Dr. Maksymilian Kon, Dr. Mieczysław Kosinski.

— Ostatni z 13-go maja numer najbardziej rozpowszechnionego amerykańskiego pisma lekarskiego „The Journal of the American Medical Association“ (bije około stu tysięcy egzemplarzy) umieścił artykuł redakcyjny i uchwałę Towarzystwa lekarskiego w Filadelfji (poprzednio protestowało Tow. lekarskie Stanu New-York) o „Programie Hitlera przeciw żydowskiemu lekarzom“. Uchwała brzmi, jak następuje: „Wymienione wyżej Towarzystwo amerykańskich lekarzy z oburzeniem protestuje przeciwko krzywdzie, wyrządzonej członkom zawodu lekarskiego w Niemczech, którzy z powodu swojej rasy, wyznania lub pochodzenia zostali wyrzuceni ze swoich stanowisk w ambulatoriach, szpitalach i uniwersytetach i dotkliwie zahamowani w swojej praktyce prywatnej. Wśród nich znajdują się tacy, którzy mają nieocenione zasługi dla nauki lekarskiej i wielce się przyczynili do dodania sławy Niemcom. Protest nasz skierowany jest przeciwko niesprawiedliwości nie tylko w stosunku do wybitnych uczonych, lecz również do skromnych pracowników. Jestto atak na honor naszego zawodu. Zwracamy się do naszych kolegów w Niemczech bez względu na ich pochodzenie, aby bronili honoru lekarskiego i usunęli wszystkie zarządzenia, przeciwne duchowi nauki i ludzkości“. Uchwałę swoją przesłało wyżej wymienione Towarzystwo zarządowi związku amerykańskich Towarzystw lekarskich, prezydentowi Rooseveltowi oraz wielu innym wybitnym przedstawicielom Rządu. Od siebie redakcja dodaje, że od wielu tygodni otrzymuje protesty od lekarzy amerykańskich i niemieckich, przytacza następnie listę wybitnych uczonych „wyrzuconych“ i kończy: „Jeżeli się przyjmie pod uwagę, co uczynili żydowscy lekarze w Niemczech dla postępu wiedzy lekarskiej, nie tylko w Niemczech ale na całym świecie, to ogarnia strach i lęk na myśl, jak długo taki stan trwać może“.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

Leo S p i r a. The clinical Aspect of chronic poisoning by Aluminium and its alloys. Londyn 1933.

Stanisław M a h r b u r g. Badania anatomiczno - patologiczne nad przemianą żelazową w śledzionie i wątrobie w zaburzeniach odżywiania u niemowląt. Prace Zakł. Anat. Patol. Uniw. St. Batorego w Wilnie. Wilno 1931.

Henryk H i g i e r. Edward Flatau jako klinicysta, naukowiec i działacz społeczny. (Wspomnienie pośmiertne). Odb. z „Neurologii Polskiej”. T. XV. Z. I — IV. 1932.

Kalendarz przeciwgruźliczy na r. 1933. Rocznik VIII.

Arthur B. D u e l. Clinical experiences in the surgical treatment of foical palsy by autoplasic nerve grafts. Odb. z „Arch. of. Otolaryngol.”. T. 16. 1932. grudzień.

Tadeusz L a w e n d e l. Zbiór orzeczeń sądowych w zakresie ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Warszawa 1933. Nakł. Związku Kas Chorych.

Instrukcja biurowa dla Kas Chorych. Warszawa 1933. Nakł. Związku Kas Chorych.

Droga do zdrowia. Czasop. poświęc. ochronie zdrowia i ubezpiecz. społeczn. Rocznik II, 1932.

Zbiór prac z Zakładu Anatomji patol. Uniw. Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Dra Stanisława Ciechanowskiego. Kraków 1932.

Report of the Committee appointed by the tation (Royal Society of Medicine) of Otology for the consideration of hearing tests. Londyn. 1932.

Arthur B. D u e l. History and Development of the surgical treatment of facial palsy. Odb. z „Surgery, Gynecology and Obstetrics”. 1933. T. XVI.

Adam B e d n a r s k i. O krakowskich rękopisach perspektywy arcybiskupa Jana Peckhama. Odb. z „Archiw. historii i filozofji medycyny”. T. XII.

Henryk H i g i e r. Edward Flatau jako klinicysta, naukowiec i działacz społeczny. (Wspomnienie pośmiertne). Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.” 1932 Nr. 47.

Dr. Stanisław S i e l i c k i. Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w latach 1930 i 1931. Warszawa 1932. Nakł. Polsk. Związku Przeciwnięż.

Dr. M. Grodecki i Dr. St. Sielicki. Zagadnienie gruźlicy w Kasach Chorych w świetle liczb. Warszawa 1933. Biblioteka „Wiadomości Kas Chorych”. Nr. 35.

Dr. med. Wilhelm S z e n w i c. Rozważania kliniczne w sprawie operacyjnego leczenia schorzeń wyrostka robaczkowego ze stanowiska ginekologa. Odb. z „Ginekologii Polskiej”. T. XI. Z. 10 — 12. Rok 1932.

E. L e l e s z i A. P r z e z d z i e c k a. Znaczenie egzohormonów grupy B w metabolizmie glucydów. Prace Zakł. Fizjol. Zwierząt Un. St. Batorego w Wilnie. Wilno 1932 r.

Artur L e j w a. Ueber die Darstellung von Keimdrüsen - Reifungs - Hormon aus Schwangern - Harn in kristallisierter Form. I. Odb. z „Biochemische Ztschr.” 256, 236. 1932.

Dr. Z. B y c h o w s k i. Dr. Samuel Goldflam, lekarz i uczony. Warszawa 1933.

Pamięci Dra Samuela Goldflama 1852 — 1932. Przemówienia, wygłoszone na Akademji żałobnej. Warszawa 1933.

Mich. S z o u r. Ueber eine neue Methode zur Funktionsprüfung des Kreislaufsystems. Odb. z „Wien. kl. Woch.” 1933 Nr. 6.

Dr. W. G u m i n s k i. Gruźlicze zapalenie ucha środkowego w wieku dziecięcym. Polskie monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pedjatrii. Nr. XVI. Warszawa 1933 r.

Edward P r a g i e r. Peritubare Entzündung der Felsenbeinspitze. Odb. z „Intern. Ztbl. Ohrhkl. und Rhinölaryng. 1933 T. 36. Z. 2—3.

Henryk H i g i e r. Z dziedziny przewlekłych zachorzeń naczyń obwodowych wieku młodzieńczego i męskiego. Odb. z „Nowin Lekarsk.” 1932. Z. 9.

Marja G r z y w o - D a b r o w s k a. Samobójstwa młodzieży. Odb. z „Życia Dziecka”. 1932. Nr. 5 — 6.

Wiktor G r z y w o - D a b r o w s k i. Polska bibliografja psychiatryczna za rok 1932. Odb. z „Rocznika Psychiatrycznego” 1933. Z. XX.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

13.VI. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.
B. P o k a z y: 1. I. Lipszyc i H. Lewenfisz: Obecnie ciało w drogach oddechowych u sześciolatniego dziecka. 2. A. Bieleński, P. Goldstein i L. Goldkorn: Przypadek płomby płucnej w gruźlicy rozpadowej u chorej na cukrzycę. 3. H. Higier: Pokaz chorego z guzem mózgu o niezwykle przebiegu. 4. M. Seidman: a) Przypadek torakoplastyki. b) Przypadek operacji wytwórczej przelyku. C. Odczyt: Sz. Lewinson: O nowotworach nerek.

19.VI. Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie. w szpitalu na Czystem.

1. Dyskusja w sprawie odczytu Sokołowskiego: Nowe drogi leczenia złamań. 2. Dyskusja w sprawie odczytu Hirsfelda i Rutkowskiego: O przetaczaniu krwi. 3. Wniosek Zarządu w sprawie organizacji krwiodawców. 4. P o k a z y: Byśzowski. Przypadek włókniaków mięśni brzusznych. Rotsztat i Wertheim. a) Przypadek guza czaszki. b) Przypadek zrazowego cierpienia rdzenia. Lubelski i Zamenhof. Torbiel pozażłowa. Lubelski. Liczne owrzodzenia żołądka i wrzód drążący do trzustki. 5. Sołowiejczyk. a) Szew naczyniowy tętnicy podkolanowej. b) Cięża śródścienna przy włókniakach macicy. c) Guz szyi. 6. Wilamowicz. Przypadek niedrożności jelit. 7. Fejgin i Lubelski. Liczne ropnie wątroby. 8. Lubelski i Szytkgold. Niedrożność jelit nasutek wodonercza.

19.VI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

P o k a z y: M. S a j d m a n. a) Przypadek operacji wytwórczej. b) Dwa przypadki torakoplastyki. O d c z y t. H. S p a r r o w. O zapobiegawczem stosowaniu surowic w chorobach zakaźnych.

TRĘŚĆ: S. MINC. O rozpoznawaniu klinicznym wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy. — J. FLIEDERBAUM i M. PŁOŃSKI. Wyniki badania pośmiertnego w przypadku stanu dziecięcego pochodzenia wysepkowego (infantilismus insulogenes). — J. M. CUNGE. O cytoarchitektonice mózgu w świetle nowszych badań. (Str. pogl. Dok.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — H. KŁUSZYŃSKI. Epizod z historii upaństwowienia pomocy lekarskiej. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. MINC. Sur le diagnostic clinique de l'ulcère peptique de l'estomac et du duodénum. — J. FLIEDERBAUM et M. PŁOŃSKI. Résultats de l'autopsie d'un cas de l'état infantile d'origine insulaire (infantilismus insulogenes). — J. M. CUNGE. Sur la cytoarchitectonique du cerveau au jour des recherches modernes. (Rev. gén. fin.) — H. KŁUSZYŃSKI. Un épisode de l'histoire de l'assistance médicale comme service d'État.