

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 18 PAŹDZIERNIKA 1934 R.

Nr. 39

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

#### Leczenie przewlekłego gośćca stawowego.

Podał

Doc. Dr. E. FREUND (Wiedeń).

Zakażenie gośćcowe (ostry gościec stawowy, gorączka gośćcowa), cechujące się gorączką, obrzmieniem stawów, w bardzo dużej liczbie przypadków schorzeniem serca i pomyślnym działaniem preparatów salicylowych, goi się w większości przypadków w ten sposób, że klinicznie nie można wykazać w stawach żadnych pozostałości po przebytem schorzeniu. Lecz są jednak dość liczne przypadki, w których po ostrym okresie następuje stan przewlekły, wtórnie przewlekły, względnie podostry gościec stawowy, wyrażający się bądź w tem, że w tym lub innym stawie pozostają objawy zapalne, bądź w tem, że przylacza się postępujące cierpienie, prowadzące do zeszywnienia (*rheumatismus fibrosus*). W pewnych przypadkach chorzy cierpią jeszcze przez długi czas na bóle gośćcowe bez szczególnego umiejscowienia, są specjalnie wrażliwi na zmiany pogody, jednym słowem „reumatyczni” w prawdziwym tego słowa znaczeniu. Na szczególne zainteresowanie zasługują takie przypadki, w których z ostrego obrazu chorobowego rozwija się przewlekły, zupełnie podobny pod względem zewnętrznym do gośćcowego zapalenia stawów (*arthritis rheumatoides*).

W przeciwieństwie do tego obraz prawdziwego zapalenia stawów (pierwotnie przewlekły gościec stawowy) cechuje się powolnym początkiem, przeważającym zajęciem stawów i brakiem zmian w sercu, symetrycznym często występowaniem schorzenia stawowego, częstym współudziałem okolicznych gruczołów chłonnych, czasami również śledziony. Zajęte raz stawy pozostają przez długi czas obrzmiałe i chore; niema tutaj szybkiej zmiany umiejscowienia, przeskakiwania procesu chorobowego z jednego stawu na drugi, co jest charakterystyczne dla ostrego gośćca stawowego. W wielu przypadkach rozwija się wyraźne charłactwo. Nieznaczne podniesienia ciepłoty przeciągają się często przez wiele miesięcy. Preparaty salicylowe nie wywierają bynajmniej energicznego działania. W dość znacznej liczbie przypadków cierpienie nosi charakter postępujący, prowadzi do przykurców, zeszywnień w wielu stawach

i zaniku mięśni. Cierpienie to stanowi jedną z najczęstszych przyczyn częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy. Ze względu na te możliwe stany następowe na leczeniu i zapobieganiu ciąży szczególna odpowiedzialność.

#### 1) Leczenie etiologiczne.

Etiologia przewlekłych schorzeń stawowych nie stanowi tematu niniejszego artykułu; tylko tyle pragnęlbym zaznaczyć, że żadna z wielu teorii powstawania tego cierpienia nie potrafiła sobie zdobyć powszechnego uznania.

Tylko j e d n e m u kierunkowi leczniczemu należy pod tym względem przyznać, że próbuje on ująć cierpienie od podstaw; jest to leczenie „focal infection”. Dotyczy to jednakże w pierwszym rzędzie wtórnie przewlekłych postaci, podczas gdy w pierwotnie przewlekłych postaciach (*arthritis rheumatoides*), o czym jeszcze będzie dalej mowa, ten rodzaj leczenia okazał się przeważnie bezskutecznym.

Znany jest fakt, że w wielu przypadkach zakażenia gośćcowego poprzedzają je schorzenia migdałków. Wobec tego w tych przypadkach, w których można wykazać związek ze schorzeniami migdałków, albo jest on przynajmniej prawdopodobny, wskazane jest wyluszczenie migdałków. I pod tym względem wyrażano wielokrotnie wątpliwości i próbowano zaprzeczyć znaczeniu wyluszczenia migdałków w gośćcu stawowym. Lecz badania kontrolne, przeprowadzone wśród pacjentów, którym wyluszczone migdałki, przez mego współpracownika S c h n e y e r a w naszej klinice, wykazują, że prawdopodobieństwo, iż chory z gośćcem dostanie po wyluszczeniu migdałków nawrotu, znacznie się zmniejsza. Jak się zdaje, zdarzające się czasami po operacji nawroty nie przebiegają tak ciężko, jak u nieoperowanych. Dotyczy to jednak tylko przypadków typowego ostrego gośćca stawowego. W gośćcowym zapaleniu stawów wyniki wyluszczenia migdałków są bardzo nieznaczne. W ostatnio wymienionych przypadkach decyduje się na operację wobec tego tylko wtedy, gdy wywiady czynią bardzo prawdopodobnym związek ze schorzeniami migdałków, albo gdy rozpaczliwy stan przypadku pozwala usprawiedliwić wykonanie operacji nawet przy nieznacz-

ných widokach powodzenia. W drugim rzędzie jako punkt wyjścia schorzeń gośćcowych wchodzą jeszcze w rachubę jamy oboczne nosa. Lecz i tutaj nasuwają się leczeniu ogniskowemu znaczne trudności.

Zarówno z punktu widzenia praktyki ogólnej, jak i w piśmiennictwie szczególne zaciekawienie budzi użębie, jako ognisko zakażenia. Uznany został powszechnie fakt, że typowe zakażenie gośćcowe niema zasadniczo swego punktu wyjścia w użębie. Również pierwotnie przewlekłe zapalenie wielostawowe (*arthritis rheumatoides*) nie jest w swych typowych postaciach przebiegu uwarunkowane ogniskowo. Lecz są przypadki, w których posocznice sprawy stawowe (reumatoidy), mające za punkt wyjścia użębie, mogą w bardzo dalekim stopniu naśladować obraz chorobowy gośćcowego zapalenia stawów. Wobec tego należy zawsze brać pod uwagę tę metodę leczenia. Rozstrzygnięcie będzie zależało od stanu każdego poszczególnego przypadku. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że w większości przypadków gośćcowego zapalenia stawów usunięcie zębów okazuje się bezskutecznym. Znam również wiele przypadków, w których cierpienie rozwinęło się u osób, którzy już oddawna nie mają ani jednego zęba w ustach.

## 2) Leczenie ogólne.

### A. F a r m a k o l o g i c z n e.

W takich przypadkach, w których cierpienie przedstawia dalszy ciąg typowego zakażenia gośćcowego, robić należy jeszcze próbę stosowania dużych dawek salicylu. Naogół stosujemy zależnie od wagi ciała po 6—10 gr. *Natr. salicyl.* dziennie. Dotyczy to szczególnie lekich gorączkowych przypadków podostrych z występującymi od czasu do czasu ponownymi wysiewami zakażenia. W ostatnich czasach stosujemy również bardzo chętnie w tych przypadkach duże dawki piramidonu (według *S c h o t t m u e l l e r a*), lecz ta metoda lecznicza wyświadcza wielokrotnie cenne usługi również w przypadkach prawdziwego gośćcowego zapalenia stawów. Dawki dzienne od 1½ do 3 gr. bywają przeważnie bardzo dobrze znoszone. Należy się starać ustalić takie dawkowanie, przy którym pacjent czuje się najlepiej, t. j. takie, które najpomyślniej wpływa na bóle i czynność ruchową. Leczenie to nietylko działa łagodząco na bóle, lecz wywiera również pomyślny wpływ na cofanie się objawów zapalnych. Dlaczego jedne przypadki odpowiadają pomyślnie, inne zaś nie oddziałują, nie udało się dotąd rozstrzygnąć. Gdy żołądek nie znosi leku, można część jego podawać w postaci czopków, lecz nietolerancja dużych dawek leku zdarza się stosunkowo rzadko. Również w nieznacznym tylko odsetku przypadków wystąpiła osutka. Zdaje się, że w tych przypadkach jednoczesne podawanie Eucarbon (preparat węgla) może zmniejszyć skłonność do występowania osutek. W podobny sposób można również przepisywać *Causth.* W medycynie francuskiej i angielskiej dużą rolę odgrywa jod w rozmaitych postaciach. My jesteśmy tutaj pod tym względem bardzo powściągliwi z powodu dużej wrażliwości na jod ludności wiedeńskiej, tak, że nie mamy wystarczającego doświadczenia w leczeniu jodowem przewlekłego gościa stawowego.

### B. P r z e s t r a j a j a c e m e t o d y l e c z e n i a.

Mają one na celu spotęgowanie sił obronnych ustroju przeciwko zakażeniu i jego następstwom. Szczególne znaczenie osiągnęło pod tym względem leczenie bodźcowe. Zalecano ogromną liczbę środków poczęści

białkowych, poczęści nie zawierających białka, związków organicznych i nieorganicznych. Leczenie było pomyślane z jednej strony jako swoiste w ten sposób, że próbowano hodować zarazki z ognisk, ze krwi i wydaliny i przygotowywać z tego swoiste szczepionki. Z leczenia swoistego rozwinęło się leczenie nieswoiste. Stosowano mleko i jego przetwory, dalej siarkę, wyciągi z chrząstek, jad pszczoły i rozmaite postaci szczepień skórnych. W nowszych czasach okazywały usługi również preparaty złota. Myśmy stosowali dotychczas Solganal, który znalazł sobie duże rozpowszechnienie.

U m b e r poleca ostatnio Auro - Detoxin, która ma posiadać bardzo nieznaczne własności trujące.

We Francji zalecano sanokryzynę. Przytoczyliśmy tutaj tylko niektóre z najważniejszych postaci leczenia, ze szczegółowego ich przedstawienia musimy zrezygnować.

Do przestrajających metod leczenia w szerszym znaczeniu tego słowa należy również leczenie djetetyczne i klimatyczne, dalej heljoterapia i balneoterapia. Nie możemy się zagłębiać w bardzo licznych próbach wywarcia wpływu na przebieg schorzeń gośćcowych zapomocą metod djetetycznych, niech nam będzie wolno tylko wspomnieć, że djeta małosolna, względnie uboga w sód uchodzi za djeta przeciwzapalną i w wielu przypadkach wywiera wyraźnie pomyślny wpływ. W procesach wysiękowych można ją łączyć z ograniczeniem ilości podawanych płynów. Działanie to można jeszcze spotęgować zapomocą dwóch do trzech seansów łaźni suchej tygodniowo. Bardzo surową kuracją tego rodzaju jest tak zwana kuracja *S c h r o t h a* (Lindewiese), która jednak stawia bardzo duże wymagania ustrojowi. Lecz jest rzeczą niewątpliwą, że w pewnych przypadkach przewlekłych schorzeń gośćcowych daje ona dobre wyniki. Szczególną odmianę diety bezsolnej stanowi djeta *G e r s o n a*, co do której jednak, o ile chodzi o schorzenia gośćcowe, brak jeszcze dostatecznego doświadczenia. To samo powiedzieć można również o ściśle przeprowadzonej djecie surówkowej, która jednak mniej może wchodzić w rachubę szczególnie w omawianych tutaj postaciach schorzeń gośćcowych. Należy szczególnie podkreślić, że w zakażeniu gośćcowym i gośćcowym zapaleniu stawów nie jest wskazana taka djeta, jaką zaleca się w dniu (*arthritis urica*); nie ma sensu zabranianie tym chorym spożywania mięsa, przeciwnie zaleca się często kuracje tuczące, gdy się ma do czynienia z pacjentami niedożywionymi, i uzupełnia się je jeszcze wielokrotnie podawaniem tranu i leczeniem arsenowem.

W leczeniu klimatycznym szczególny nacisk kładzie się na suchość klimatu i dlatego zaleca się chorym pobyt w klimacie pustynnym (Egipt, Tunis). Lecz i pozatem również należy oddawać pierwszeństwo klimatowi suchemu. W pełni lata posyłamy chętnie takich chorych celem heljoterapii, której można jeszcze okazać pomoc zapomocą ciepłych kąpiel z wody morskiej, a w odpowiednich przypadkach kąpiel z piasku, na wybrzeża południowe. W pierwszym rzędzie wchodzi dla nas w rachubę wybrzeża morza Adriatyckiego (Grado, Lido, Portorose). Ostatnio zaczęto również zalecać do leczenia gościa stawowego heljoterapię w wysokich górach (*v o n N e e r g a r d*). Zresztą w cieplej porze roku można czynić również rozległy użytek z heljoterapii w każdej miejscowości.

Jedną z odmian leczenia promienistego stanowi również leczenie emanacją radową, które w postaci wzięcia, kąpeli i picia wód wypróbowałyśmy w wielu set-

kach przypadków w ciągu 23 lat z górą, a które często oddaje znakomite usługi. Ta metoda leczenia prowadzi nas już bezpośrednio do leczenia kąpielowego, balneoterapii. Przecież w całym szeregu kąpeli leczniczych bardzo ważną rolę odgrywa ich radioaktywność. Nie jest ona jednak jedynym czynnikiem działającym w kąpielach leczniczych, gdyż również kąpiele z wód mineralnych, nie wykazujących zupełnie lub tylko nieznacznej radioaktywności, wydają często bardzo dobre usługi. Dalej wymienić należy jeszcze kąpiele solankowe, jodowe, siarczane, mułowe i borowinowe. Zagłębianie się w różniczkowaniu stawiania wskazań do nich zależnie od rodzaju schorzenia, postaci przebiegu i okresu cierpienia zaprowadziłoby nas zbyt daleko.

### 3) Leczenie miejscowe i objawowe.

Przewlekły gościec stawowy ujmujemy jako schorzenie ogólne prawdopodobnie o charakterze zakaźnym z objawami miejscowymi. Nie możemy podzielić poglądu, wyrażonego przez pewnych autorów francuskich, że zapalenie wielostawowe (*polyarthritus*) stanowi sumę poszczególnych schorzeń stawów. Z tego też względu, jak wynika z powyższych wywodów, wysunęliśmy też na czoło naszych rozważań leczenie ogólne. Pomimo to metody leczenia miejscowego posiadają duże znaczenie w rozmaitych postaciach przewlekłego gościa stawowego. W razie świeżych objawów zapalnych można stosować okłady z płynu B u r o w a. Unieruchomienie, względnie ustalanie zapomocą opatrunków jest dozwolone tylko na krótki przeciąg czasu, w miarę możliwości jednak należy również wtedy zmieniać jak najczęściej położenie, ażeby uniknąć przykurczów. W podostro przebiegających zapaleniach przewlekłych chętnie stosujemy zastój B i e r a, który przeprowadza się codziennie jeden lub dwa razy w ciągu 20 minut do jednej godziny. Przeciwno zapaleniu działają często bardzo dobrze naświetlania promieniami R o e n t g e n a. Bardzo często stosuje się również na stawy miejscowe środki, drażniące skórę. Najłagodniejszą z tych metod jest z pewnością wcieranie szarego mydła. Dalej wielokrotnie stosowane bywają smarowania nalewką jodową, a także środki, wywołujące pęcherze (*vesicantia*) oraz przyżegania miejscowe (*point de feu*). To samo dotyczy rozmaitych maści (jod, ichtyl, salicyl, atofan, siarka i t. d.), które trudno wymienić szczegółowo. W dużych wysiękach stawu kolanowego bardzo chętnie stosujemy uciski gąbkowe, pod warunkiem jednak, że staw nie jest szczególnie bolesny. Zabieg ten polega na tem, że dużą gąbkę do kąpeli (może to być również gąbka gumowa) moczy się najpierw w wodzie, by dobrze nią prześiąkła, poczem dobrze się ją wyżyma, później nakłada się ją na dużą przednią powierzchnię kolana. Tylną powierzchnię kolana można albo również wysłać gąbką, albo chroni się ją zapomocą szyny tekturowej, wystanej wata. Całość przewiązuje się wówczas mocno szerokim bandażem tak, iż na cały staw kolanowy wywiera się

równomierny ucisk. Opatrunek taki pozostawia się zwykle na godzinę, można go też robić dwa razy dziennie. W dużych wysiękach robimy również zwykłe nakłucie stawu, co często posiada nie tylko znaczenie rozpoznawcze, lecz przynosi także znaczną ulgę. Często też widywaliśmy, że po nakłuciu staw już nie wypełnia się płynem wysiękowym, albo nowowytwarzający się wysięk gromadzi się w o wiele mniejszych ilościach. Są jednakże przypadki, w których po nakłuciu wypełnia się znowu staw w ten sam sposób wysiękiem.

Bardzo ważną rolę odgrywają zabiegi ortopedyczne. Mają one na celu zapobieganie nieprawidłowym ustawieniom zapomocą opatrunków, przyrządów do noszenia, urządzeń wyciągowych. Często zmuszeni bywamy, zwłaszcza w przykurczach zgięciowych, przeprowadzać poprawki ustawienia w uśpieniu. Przy prawidłowym doborze przypadków nie widywaliśmy żadnych szkód wskutek takiego postępowania. Jest rzeczą zrozumiałą, że każdy taki zabieg poprzedzać musi badanie rentgenowskie, sam zaś zabieg musi wykonywać doświadczony ortopeda. Po poprawieniu ustawienia np. wyprostowaniu stawu kolanowego nakłada się na kilka dni opatrunek gipsowy i rozpoczyna się możliwie jak najwcześniej ćwiczenia ruchowe w ciepłej kąpeli pełnej. Szczególnie troskliwą uwagę należy oczywiście poświęcić pielęgnacji mięśni zapomocą mięsienia, faradyzacji, a także możliwie jak najwcześniej rozpoczynanym czynnym skurczom mięśniowym. Zapobieganie nieprawidłowym ustawieniom, zachowanie, względnie odzyskanie czynności rozleniwionych mięśni stanowi najważniejszy moment w leczeniu przewlekłych schorzeń stawowych. W sprawy krwawych zabiegów operacyjnych, *synovectomiae* i operacji wytwórczych nie możemy się oczywiście tutaj zagłębiać.

Duże znaczenie posiada również psychiczny wpływ na chorych. Nieodzowna jest współpraca chorego. Jego nastawienie, jego optymizm, jego energia posiadają często rozstrzygające znaczenie. Jest rzeczą niewątpliwą, że decydujący bywa tutaj często autorytet lekarza. Często stokroć spotykamy chorych, którzy wskutek długotrwałości cierpienia nie okazują już energii przy współpracy. Rozstrzygające znaczenie posiada tutaj wpływ sugestii lekarza. Szczególnie ważnem bywa wyrwanie pacjenta z jego środowiska domowego i umieszczenie go w specjalnym zakładzie, gdzieby się zastosowano o wszelkie fizyczne i ortopedyczne metody leczenia. Taką zmianę środowiska można również korzystnie łączyć z kuracją kąpielową. Szczególnie pożądanym jest wybór takiego uzdrowiska kąpielowego, które posiada odpowiednio urządzone zakłady lecznicze, prowadzone przez specjalistów. W ten sposób w rozpaczliwych na pozór przypadkach udaje się czasami osiągnąć niespodziewane wyniki.

Z rękopisu niemieckiego przełożył

H. J. L a n d a u.

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z Państwowej Szkoły Higieny. Oddział Biochemiczny.

(Kierownik: Doc. G. S z u l c)

### O najnowszych wzorcach witaminowych.

Podala

Zofja KOŁODZIEJSKA.

Badania witaminowe ostatnich dwóch lat przyniosły dużo zmian, wskutek czego tegoroczna międzynarodowa

Konferencja w Londynie mogła ustalić wzorce i jednostki witaminowe nie tymczasowe, jak dotychczas, ale stałe. Nieustanny postęp wiedzy napewno wprowadzi dalsze zmiany, ale tymczasem ustalono wzorce bez poddawania ich okresowi próby.

Prawdopodobnie wkrótce skomplikowaną metodę oznaczania czynności witaminowej jakiegoś preparatu przez porównanie z czynnością wzorca będzie można

zarzucić i czynność tę wyrazić ilością czystej witaminy, zawartej w preparacie. Tymczasem jednak w dalszym ciągu należy oznaczać czynność witamin według metody biologicznej nawet w tych wypadkach, gdy mamy do czynienia z witaminą w stanie chemicznie czystym, którąby można oznaczać metodami chemicznymi lub fizycznymi.

Do najważniejszych zdobyczy w dziedzinie witaminowej należy zaliczyć poznanie budowy kwasu askorbinowego i jego syntezę oraz stwierdzenie na drodze doświadczalnej, że grupa barwników, należąca do pochodnych flawonu, w niewielkich ilościach bardzo rozpowszechniona w naturze, posiada czynność biologiczną, przypisywaną witaminie B<sub>2</sub>.

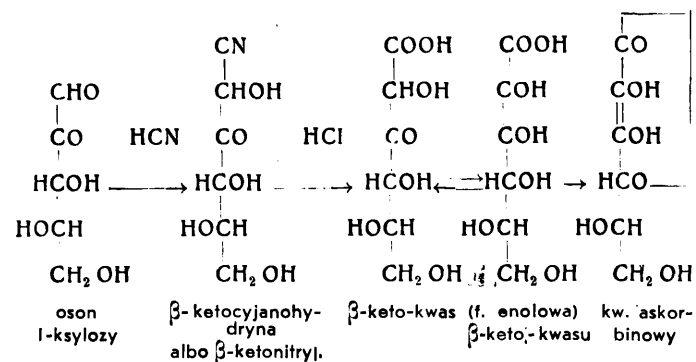
Liczne doświadczenia ostatnich lat wykazały, że przeciwnieślnicową czynność substancji pochodzących z różnych źródeł, można ustalić na podstawie zawartości w nim kwasu askorbinowego.

Pozatem stwierdzono, że tkanki zwierzęce podczas gnilca tracą swą czynność przeciwnieślnicową równoległe z zanikiem kwasu askorbinowego.

Rozkład chemiczny kwasu askorbinowego przebiega równoległe z utratą czynności przeciwnieślnicowej.

Wreszcie kwas askorbinowy posiada tę samą czynność biologiczną niezależnie od tego, czy pochodzi ze źródła zwierzęcego, czy roślinnego i po oczyszczeniu lub regenerowaniu różnymi metodami, zachowuje swą czynność niezmienioną.

Grupa badaczy szwajcarskich—R e i c h s t e i n, G r ü s s n e r i O p p e n a u e r<sup>1)</sup>, którzy dokonali syntezy kwasu askorbinowego, wykazała również niedawno, że preparat ich jest biologicznie czynny. Autorzy ci otrzymali syntetycznie kwas askorbinowy przez działanie cyjanowodoru na osony l- i d-ksylozy i hydrolizę otrzymanego produktu. Podczas tej syntezy powstała lewo- i prawoskrętna odmiana, z których pierwsza jest identyczna z naturalnym kwasem askorbinowym. Próba kwasu askorbinowego pochodzenia naturalnego, pomieszana z próbą syntetycznie otrzymanego kwasu, nie obniżyła p. tajania. Również inne stałe fizyczne okazały się identyczne. Przebieg syntezy kwasu askorbinowego jest następujący:



Nowy wzór, po pierwsze, posiada grupę: —C(OH)=C(OH)—CO, szczególnie łatwo wchodzącą w reakcję. Na obecność tej grupy wskazują między innymi doświadczenia E u l e r a i M a r t i u s a, którzy, ogrzewając glukozę z alkalicznymi, otrzymali związki o wzorze CH(OH)—C(OH)CHO, t. z. reduktion, posiadający podobne własności, jak kwas askorbinowy.

Po drugie, nowy wzór zamiast grupy karboksylowej posiada pierścień laktonowy, gdyż stwierdzono, że pierwszym produktem utlenienia nie jest kwas, lecz lakton.

Budowę drobinę kwasu askorbinowego poznano głównie, badając zachowanie się jego pod wpływem czynników utleniających i stwierdzono, że jest on pochodną l-glukozy. Pierwszy produkt utleniania ściśle odpowiada 2,3 - dwuketo-l-gulonowemu kwasowi. Stąd kwas askorbinowy musi być zredukowaną pochodną 3-keto-l-gulonolaktanu.

Należało jeszcze wykazać, czy kwas askorbinowy ma budowę furanową, czy pyranową. Badając metylowe pochodne kwasu askorbinowego, stwierdzono, że posiada on formę enolową 3-keto-l-gulofuranolaktanu.

Wreszcie D e m o l e<sup>2)</sup> zbadał kwas, otrzymany syntetycznie, metodą biologiczną i wykazał, że czynność przeciwnieślnicowa syntetycznego kwasu askorbinowego była taka sama, jak produktu naturalnego. Odmiana d- jest prawdopodobnie nieczynna, bo 4-krotna dawka pozostała bez wpływu.

Nasutek tych wyników badań naukowych międzynarodowa Konferencja tegoroczna odrzuciła dawny wzorec witaminy C (sok cytrynowy) i uznała jako międzynarodowy wzorec l-kwas askorbinowy, który powinien posiadać następujące własności: p. tajania, oznaczony w rurce włosowatej otwartej 192°; przed staniem nie powinien brunatnieć.

Kąt skręcania  $[\alpha]_D^{20} = + 20,0^\circ$  w wodzie. (Stęż.=14,0 gr. %).

$[\alpha]_D^{20} = + 20,4^\circ$  w wodzie. (Stęż.= 2,2 gr. %).

Widmo absorbcyjne w roztworze wodnym, słabo kwaśnym, (kwas askorbinowy należy rozpuścić w wodzie destylowanej przegotowanej z dodatkiem 0,1 cm<sup>3</sup> normalnego kwasu siarkowego na 100 cm<sup>3</sup> wody), daje pojedynczą intensywną smugę z maksimum przy  $\gamma = 245$  mmikr.

Współczynnik wygasania dla roztworów, zawierających 20 mg na litr = 10,000. 10 mg l-kwasu askorbinowego powinny zużyć 11,4 cm<sup>3</sup> 0,1 n. wodnego roztworu jodu, używając skrobi jako wskaźnika.

Spalać się winien całkowicie, i analiza elementarna odpowiadać powinna wzorowi sumarycznemu C<sub>6</sub>H<sub>8</sub>O<sub>6</sub>. Zazwyczaj krystalizuje w blaszkach prostokątnych.

Jednostką witaminy C jest 0,05 mg l-kwasu askorbinowego, posiadającego wyżej wymienione własności. Mniej więcej 10 takich jednostek odpowiada dawce dziennej, która zapobiega powstawaniu objawów gnilca u świnek morskich na dziecie z niedoborem witaminy C.

Wzorec można przechowywać w temperaturze pokojowej, w naczyniu szczelnie zamkniętym, lub w eksikatorze próżniowym. Bezpośrednio przed podaniem należy go rozpuścić w wodzie destylowanej (destylacja w aparacie ze szkła), za każdym razem świeżo przegotowanej i ochłodzonej.

Witamina B, jak wiadomo, jest substancją, złożoną z przynajmniej dwóch czynników, ciepłochwiejnego B<sub>1</sub> — przeciwnieślnicowego — i ciepłostalego B<sub>2</sub>. Dotychczasowy wzorec witaminy B<sub>1</sub> (produkt absorpcji, przygotowany metodą S e i d e l a z otrąb ry-

<sup>1)</sup> Nature, 132, 280, 1933.

Helv. Chim. Acta. 16, 561, 1019, 1933.

<sup>2)</sup> Zeit. Physiol. Chem. 217, 83, 1933.

zowych) w praktyce okazał się bardzo dobrym, a ponieważ Londyński Instytut posiada jeszcze zapas na kilka lat, przeto pozostawiono go nadal.

Konferencja tegoroczna rozpatrywała również sprawę witaminy B<sub>2</sub>, ale nie uchwaliła wzorca, gdyż dotąd posiadamy zbyt rozbieżne wiadomości o jej właściwościach i objawach patologicznych, wywołanych jej niedoborem. Brak witaminy B<sub>2</sub> przejawia się u szczura nie tylko zahamowaniem wzrostu, ale występują prócz tego objawy anemii. Amerykański badacz G o l d b e r g e r utrzymywał, że objawy skórne, występujące przy braku B<sub>2</sub> u szczurów, odpowiadają głównym symptomom ludzkiej pellagry. Istotnie początkowe objawy B<sub>2</sub> niedoboru, jak symetrycznie występujące zaczerwienienia, obrzęki i łuszczenia, szczególnie na końcowych częściach kończyn, muszel usznych i oczu, upoważniają do porównania z podobnymi objawami ludzkiej pellagry. G o l d b e r g e r później C h i c k, R o s c o e, S h e r m a n, S a n d e l s, S u r e zauważyli, że niezawsze, ale dość często występują jeszcze inne objawy, które z opisu są mniej podobne do pellagry, a więcej przypominają łojotokowe stany skóry, jak zapalenie, wypadanie włosów, naskutek tego duże łysiny, pokryte zrogowaciałym nabłonkiem, przesiąkniętym tłuszczem. Spostrzeżenia te nasunęły przypuszczenia, że B<sub>2</sub> posiada naturę złożoną.

Badania V. R e a d e r a stwierdziły istotnie, że przegotowany wyciąg z drożdży zawiera oprócz witaminy B<sub>2</sub> jeszcze inny czynnik, który jest mniej ciepłochwijny, niż B<sub>2</sub>, ale również mniej ciepłostały, niż B<sub>2</sub>.

R e a d e r nazwał ten czynnik B<sub>4</sub>, ponieważ przedtem nazwano B<sub>3</sub> czynnik, który jakoby miał być potrzebny do normalnego rozwoju ptaków, jako dopełnienie czynnika B<sub>1</sub>. Według R e a d e r a bez witaminy B<sub>4</sub> wzrost zwierząt, otrzymujących B<sub>1</sub> i B<sub>2</sub>, nie osiąga normalnych granic.

W ubiegłym roku zjawily się prace K u h n a, G y ö r g y e g o i W a g n e r—J a u r e g g a<sup>3)</sup>, dotyczące witaminy B<sub>2</sub>. Autorzy ci, dzięki swym doświadczeniom, doszli do wniosku, że witamina B<sub>2</sub> (lub główny jej składnik) jest pod względem chemicznym identyczna z barwnikiem pochodzenia naturalnego, rozpuszczalnym w wodzie, dawno wykrytym w mleku i nazwanym „laktokhromem“, a obecnie „laktoflawinem“. Barwnik, znajdujący się w białku kurczaka „ovoflawina“, jest pod względem chemicznym identyczny ze znalezionym w mleku i również biologicznie czynny. Nie ulega wątpliwości, że flawin, znajdujący się w innych tkankach, np. w mięśniach, jest również źródłem witaminy B<sub>2</sub>. Należy jeszcze stwierdzić, czy jest jaka różnica w budowie chemicznej i w czynności biologicznej barwnika różnego pochodzenia. Wyniki autorów, wyżej wymienionych, potwierdzają prace doświadczałne B o o h e r a<sup>4)</sup>, K a r r e r a i E u l e r a.

K u h n, G y ö r g y i W a g n e r—J a u r e g g opisują szczegółowo sposób ekstrakcji flawinu z białka kurczego i z analizy acetylowych pochodnych podają sumaryczny wzór C<sub>17</sub>H<sub>20</sub>N<sub>4</sub>O<sub>6</sub>.

Szczur na djecie z niedoborem B<sub>2</sub>, uzupełnionej

B<sub>1</sub> i B<sub>4</sub> (R e a d e r) otrzymując 5 γ dziennie B<sub>2</sub>, przybiera 40 gr przez 4 tygodnie.

Wzorzec witaminy A z 1931 r. (mieszanina α i β karotenu) został zmieniony, jako nieodpowiadający wymaganiom i zastąpiony przez chemicznie czysty β-karoten o wzorze C<sub>40</sub>H<sub>56</sub> i właściwościach następujących:

P. tania 184—185,5°.

Optycznie nieczynny.

Widmo absorbcyjne wykazuje smugi w:

CS<sub>2</sub> przy 519,485,5 milimikr.

CHCl<sub>3</sub> przy 495,465 milimikr.

C<sub>6</sub>H<sub>6</sub> przy 486,465 milimikr.

Jednostką międzynarodową wzorca witaminy A jest 0,6 γ Stwierdzono, że dawki dzienne 2—4 jednostek, podawane młodemu szczurowi na djecie z niedoborem A, wystarczają, aby nastąpił normalny wzrost. Dawki nieco większe leczą objawy kseroftalmji.

Do rozpuszczenia i rozcieńczenia wzorca należy używać oleju roślinnego, bezbarwnego, nie zawierającego witaminy A, lekko strawnego, któryby ułatwiał asymilację karotenu w przewodzie pokarmowym zwierząt. Aby zabezpieczyć β-karoten przed utlenieniem, należy dodać 0,01 % hydrochinonu, jako środka redukującego.

Olej przed użyciem do doświadczeń należy poddać próbie następującej: przygotować roztwór 0,003 % karotenu w oleju i porównywać jego zabarwienie z 0,5 % roztworem dwuchromianu potasu: 6 mg roztworu karotenu w oleju umieszcza się w probówce z płaskim dnem (5,2 cm), zakrywa korkiem w ten sposób, aby słup powietrza wynosił cm. Probówkę przechowuje się w ciemni przez 7 dni w temp. 37°. Po upływie tego czasu znów porównywa się zabarwienie. Olej odpowiada warunkom wymaganym, jeśli odbarwienie nie przewyższa 10 %.

Wzorzec witaminy D został również bez zmiany, z tem jednak zastrzeżeniem, że gdyby się wyczerpał lub dla jakichbądź przyczyn stał się nieodpowiedni, to należy go zastąpić przez roztwór chemicznie czysty, krystalicznej witaminy D, w oliwie. 1 mg tego roztworu powinien zawierać 0,025 gamma witaminy D krystalicznej.

Witamina D krystaliczna (calciferol lub witamina D<sub>2</sub>) o wzorze C<sub>28</sub>H<sub>44</sub>OH krystalizuje w kształcie igieł bezbarwnych i bez zapachu.

P. tania 114,5—117° (rurka włosowata otwarta), jest optycznie czynna.

w alkoholu  $[\alpha]_D^{20} = +101$  do  $+102,50$ ;  $[\alpha]_{5461}^{20} = +119$  do  $+1220$ .

W chloroformie:  $[\alpha]_D^{20} = +520$ ;  $[\alpha]_{5461}^{20} = +620$ .

Widmo absorbcyjne: w alkoholu lub innych rozpuszczalnikach, nie dających widma, daje linię krzywą prawidłową z maksimum przy 265  $\left[ \frac{1 \text{ cm}}{1\%} \right]$  milimikr. 470 do 485.

Ażeby zawartość witaminy D wyrazić w jednostkach międzynarodowych, należy ją mianować wyłącznie na szczurach. Wyniku doświadczeń, robionych na innych zwierzętach, nie można wyrażać liczbą jednostek międzynarodowych. Do zmianowania każdej dawki należy użyć przynajmniej 20 szczurów, tej samej wagi i wieku, połowie podać preparat badany, połowie wzorzec. Doświadczenia można przeprowadzać zarówno metodą zapobiegawczą, jak i leczniczą.

Oprócz wyżej wymienionych wzorców wprowa-

<sup>3)</sup> Ber. 66 B. 317, 1933.

Ber. 66 B 576, 1933.

Ber. 66 B 1034, 1933.

<sup>4)</sup> J. biol. Chem. 102, 93, 1933.

dzono tranu jako wzorzec pomocniczy dla witaminy A. i D. Ponieważ Stany Zjednoczone Ameryki posiadają wzorzec tranu, uznany przez Amerykańską Farmakopeę, dokładnie mianowany, Konferencja Londyńska zwróciła się do Komisji St. Zjednoczonych o udzielenie pewnej ilości tranu do użytku międzynarodowego. W razie odmowy zaleca wybrać inną próbę tranu i oznaczyć dokładnie witaminę A przez porównanie z wzorcem międzynarodowym  $\beta$ -karotenu zarówno na drodze biologicznej, jak i pomiarów spektrofotometrycznych, a witaminę D przez porównanie z działaniem biologicznym międzynarodowego wzorca witaminy D na szczurach.

Stwierdzono, że w niektórych warunkach dość pewną metodą do oznaczania ilości witaminy A w tranach i w roztworach stężonych tej witaminy jest metoda spektrofotometryczna, oparta na oznaczaniu współczynnika absorpcji E przy dł. fali = 328 milimikronów.

Ażeby wartość otrzymaną dla 328 E  $\frac{1\%}{1 \text{ cm}}$  milimikr. wyrazić liczbą jednostek międzynarodowych witaminy A, zawartych w 1 gr. substancji badanej, należy przyjąć czynnik 1600.

Do tego rodzaju pomiarów należy użyć niezmydlającej się frakcji oleju, której czynność nie powinna przekraczać 10,000 jednostek międzynarodowych w gramie. Próbę należy zmydląć w sposób następujący:

1 gr oleju zmydla się w 10 cm<sup>3</sup> 0,5 n. alkoholowego ługu potasowego, świeżo przygotowanego, gotując około 5 minut. Gdy płyn będzie przezroczysty, dodaje się 20 cm<sup>3</sup> wody, przelewa do małego rozdzielacza i ekstrahuje dwa razy 25 cm<sup>3</sup> eteru (bez tlenków). Wyciągi eterowe myje się 10—20 cm<sup>3</sup> wody (ruch obrotowy), następnie 10—20 cm<sup>3</sup> 0,5 n. ługu potasowego, a następnie znów wodą. Poczem wyciąg eterowy dwa razy silnie wytrząsa się z 10 cm<sup>3</sup> wody i saczy się do zlewki. Po odparowaniu eteru prawie do sucha, osad rozpuszcza się w takiej ilości czystego alkoholu etylowego lub benzolu, która jest potrzebna, aby otrzymać stężenie pożądane do badań. Próba przedwstępna z olejem pierwotnym wskaże, jakiej ilości oleju i rozpuszczalnika należy użyć.

Zdolność absorpcji przy 328 milimikronach można oznaczać zapomocą którejkolwiek metody, przyjętej w spektrofotometrii.

Czynnik 1600 jest liczbą przeciętną szeregu prób porównawczych, dotyczących niezmydlających się frakcji tranu i płynów stężonych o wysokiej zawartości witaminy A.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Łazarza.  
(Kier.: Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski).

### W sprawie samoistnego pęknięcia tętnicy głównej.

Podali

Dr. H. RASOLT i Dr. A. KICINSKI (Warszawa).

(Dok — patrz Nr. 38).

Zastanawiając się nad przebiegiem i chcąc odtworzyć sobie rozwój cierpienia w świetle wyników badania pośmiertnego, przyjść musimy do wniosku, że choroba przebiegała w 2 etapach. Początkowy atak bólowy odpowiadał prawdopodobnie pęknięciu błony wewnętrznej i środkowej oraz naciąganiu przydanki, atak końcowy — dalszemu odwarstwianiu się ścianny aorty, jej pęknięciu i tamponadzie serca. Gwałtowny ból więc był wyrazem podrażnienia zakoń-

czeń nerwów czuciowych rozciąganej błony zewnętrznej, podobnie jak w postaci aortalnej dł. piersiowej, cieplota i leukocytoza pochodziły z wysiania się drobnych wylewów krwawych, spadę ciśnienia powstał na tle odruchu vaso-depresyjnego.

Stwierdzone w pierwszych chwilach zwolnienie tętna, (niebadane elektrograficznie z powodów technicznych), zależeć mogło od zaburzeń w ukrwieniu bądź ośrodków podnietotwórczych I rzędu (a więc byłaby to *bradyhytmia sinusalis*), bądź też pęczka Hisa, co spowodowałoby czynnościowe, przemijające rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe. Mechanizm, powodujący to zaburzenie, byłby natury odruchowo — spastycznej, skoro dość szybko minął, a ujawnił się ponownie podczas silnego bólu przed śmiercią.

Tego rodzaju łączność odruchowa pomiędzy aortą a tętnicami wieńcowymi istnieje, czego dowodem mogą być chociażby nagle zejścia śmiertelne w przebiegu dławicy piersiowej aortalnej.

Obok genezy omówionego zwolnienia rytmu wyraza niepomniernie ważniejsza i rozleglejsza kwestja pochodzenia zmian elektrokardjograficznych, spostrzeganych u naszego chorego w szeregu zdjęć. Uwzględniając badania lat ostatnich (Pardee, Parkinson i Bedford i inni) nad zmianami elektrokardjogramu w ostrych zaburzeniach w krążeniu wieńcowym, przyjść musimy do wniosku, że krzywe naszego chorego były odbiciem głębokich przemian, zachodzących w mięśniu sercowym na tem właśnie tle. Na krzywych bowiem ujawniły się przedewszystkiem zniekształcenia odcinka R(S) — T oraz fali T, co odpowiadało klasycznym wzorom elektrokardjogramu po zawale sierdza, zwłaszcza, że ulegały one stopniowym przeobrażeniom morfologicznym.

Według panujących więc obecnie poglądów, elektrokardjogram nasz byłby bardzo ważnym argumentem na rzecz rozpoznania zawału sierdza. Zjawiają się jednakże już coraz częściej spostrzeżenia, świadczące o tem, że omówione zmiany kształtu krzywej powstawać mogą i w innych cierpieniach, mniej lub więcej obcych w swej istocie zawałowi sierdza (Padilla i Cossio, Condorelli, Clerc, Laubry, u nas Semerau-Siemianowski i jego współpracownicy). Krytyczny więc pogląd na wartość elektrokardjogramu znajduje w naszym przypadku wyraźne uzasadnienie. W takich warunkach zwłaszcza ciekawą i godną zastanowienia wydaje się geneza zniekształcenia krzywej Ekg. Odrzucając możliwość tamponady serca i mechanicznego ucisku naczyń wieńcowych (ze względu na przebieg cierpienia), uważać jesteśmy skłonni, że źródło zmian ekg. tkwiło w zaburzonem krążeniu wieńcowem na tle odruchowo-spastycznym, przyczem początkiem łuku odruchowego mogło być miejsce pęknięcia aorty (por. Danielpolu).

W jakim stopniu do zaburzenia w ukrwieniu serca przyczynić się mogło obniżone ciśnienie krwi, względnie utworzone w miejscu pęknięcia (w pobliżu ujść tętnic wieńcowych) skrzepliny przyścienne — trudno jest, oczywiście, ustalić. Niemniej jednak godna wydaje się nam podkreślenia równoległości pomiędzy wzrostem ciśnienia krwi a ewolucją w kształcie elektrokardjogramu.

Traktując wyrażone przypuszczenia jedynie tylko jako próbę wytłumaczenia w tym przypadku ciężkich zmian elektrokardjogramu bez właściwego zawału serca, podkreślić musimy wyjątkowo wartość tego rodzaju spostrzeżeń w samoistnym pęknięciu aorty.

W dostępnych nam bowiem źródłach piśmienniczych znaleźliśmy jedyne podobne spostrzeżenie Laubreyego, które dotyczyło przypadku z zespołem klinicznym i elektrokardjograficznym zawału serca, a w którym badanie pośmiertne wykazało pęknięcie tętnicy głównej.

Przechodząc obecnie do omówienia patogenezy i etiologii pęknięć t. gł., zaznaczyć zgóry musimy, że kwestja ta posiada jeszcze wiele ciemnych i niewyjaśnionych stron. O ile bowiem łatwe do zrozumienia staje się pęknięcie na tle zmian miażdżycowych, kiłowych, gruczłowych (o wiele rzadszych) lub też wskutek ognisk ropnych, umiejscowionych w ścianie tętnicy głównej, o tyle trudniej jest powiązać współzależność zmian w t. gł. z przebytą malarją, jak to spostrzegali zwłaszcza autorzy francuscy (Ch. Routier i Pétourand). Lecz nie tylko pierwotne zmiany samej tętnicy, ale i procesy chorobowe otoczenia przejść mogą na aortę, zniszczyć ją i spowodować pęknięcie (zserowaciale gruczoły, nowotwory tchawicy, przełyku, ropnie śródpiersia). Również i uraz, zwłaszcza związany z upadkiem z wysokości, często powoduje przerwanie tętnicy głównej.

O wiele trudniej wytłumaczyć można dynamikę pęknięć tętnicy głównej w przebiegu nadciśnienia. Tak np. Klemens Gerner z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. W. ogłosił przypadek schorzenia nerek i nadciśnienia, w którym wskutek stwierdzonych zmian w naczyniach, odżywiających t. główną, upośledzone odżywianie ściany t. gł. miało być źródłem mniejszej jej wytrzymałości, zwłaszcza wobec wzmożonego ciśnienia krwi na tle cierpienia nerkowego.

Również w związku z cierpieniem nerkowym (*nephrocirrhosis genuina*) powstało pęknięcie zdrowej aorty w przypadku Kutschery. Oberndorfer przedstawił przypadek pęknięcia aorty bez zmian kiłowych lub miażdżycowych w przebiegu nefrosklerozy. Bonamour i Bertain spostrzegali pęknięcie tętnicy głównej ze zmianami kiłowymi przy jednoczesnym schorzeniu nerek i przeroście serca na tem tle. Lefvindhahl podał 3 spostrzeżenia, w których zmiany w nerkach przy kiłowo uszkodzonej aorcie doprowadziły do jej pęknięcia. Costedoat jest zdania, że pod wpływem nadciśnienia aorta może pęknąć samoistnie nawet u młodych ludzi, kiedy ściana jest już zmieniona przez kiłę lub miażdżycę.

Odrębną nieco grupę stanowią 3 przypadki Goutard — Boutigny i Piedelièvre'a, dotyczące młodych osobników w latach 25—30, u których makroskopowo zmian w aorcie nie stwierdzono, mikroskopowo zaś widziano ograniczone zmiany w ścianie, obejmujące całą jej grubość i polegające na zaniku włókien elastycznych i zwyrodnieniu szklistem.

Prace Erdheima, Celliny i Neubürgera z lat ostatnich przyczyniły się znacznie do wyjaśnienia patogenezy pęknięcia pozornie niezmienionej ściany t. głównej i pozwoliły na wyodrębnienie spośród „samoistnych” pęknięć przypadki o wyraźnym obrazie histopatologicznym. Chodzi tu o t. zw. „*Medionecrosis aortae idiopathica*” wzgl. „*idiopathica cystica*”

(Erdheim), których istota zawarta jest w samej nazwie.

Neubürger wykazał w 2 przypadkach młodych osobników (21 i 28 lat), że przyczyną nagłego zejścia śmiertelnego było pęknięcie aorty na tle zwyrodnienia torbielowego warstwy środkowej aorty, niezmienionej makroskopowo.

Pewne też światło na mechanizm pęknięcia ściany hipoplastycznej aorty rzucił Costa, który wykazał w tych stanach wzmożoną zawartość substancji śluzowatych w t. gł. („*Hypermucois*” Orsosa). Być może, że w tem ujawnia się skłonność do zwyrodnienia śluzowatego warstwy środkowej aorty i do pęknięcia jej ściany.

Aczkolwiek zatem w latach ostatnich stwierdzić można niewątpliwą postępowość w zakresie dokładniejszego poznania niektórych obrazów histologicznych, tłumaczących nam dostatecznie pęknięcie aorty, to jednak pozostaje jeszcze szereg przypadków, w których ani w makro, — ani też w mikroskopowej budowie tętnicy głównej nie znajdujemy dostatecznie wystarczających motywów dla zrozumienia przerwania ciągłości jej ściany. Może słuszny w tych razach jest przytoczony przez Koedlicha pogląd Thomasa, który wykazał, że zdrowe, zdawałoby się, tętnice pękają w doświadczeniu przy niskim ciśnieniu, przyczem Thomaś uważa to za przedwstępny okres miażdżycy („*Vorstadium der Atherosclerose*”).

Przedstawiliśmy nieco szerzej istniejące poglądy na genezę pęknięcia tętnicy głównej wogóle, aby wykazać odrębność naszego przypadku, w którym ani w wywiadach, ani w cierpieniach innych narządów, ani też w badaniu anatomicznym — histologicznym nie znaleźliśmy podstaw dla wytłumaczenia sobie genezy cierpienia, którego świadkami byliśmy niemal od początku aż do tragicznego końca.

Na marginesie naszego przypadku nasuwa się wreszcie uwaga natury formalnej, dotycząca terminologii „samoistnego” pęknięcia aorty, które to pojęcie wiązać się według nas powinno z tętnicą anatomicznie prawidłową, przyczem czynnik wywołujący przerwanie jest bądź nieuchwytny, bądź też tak nieznaczny, że właściwie nie może być uważany za istotny powód pęknięcia. O ile bowiem tętnica jest na tem, czy innem tle zmieniona i pęka, to mamy do czynienia ze zjawiskiem przyczynowo uzasadnionem. Pojęcie „samoistny” mieści w sobie przyznanie się do tego, iż w danym przypadku nie jesteśmy w możności ustalić przyczyny, nie znaczy to jednak, że tej przyczyny nie ma. W miarę rozwoju nauki kurczy się liczba „samoistnych” zjawisk w medycynie.

Z tego punktu widzenia wydaje się nam zrozumiałem, że jeszcze w r. 1906 na Zjeździe Patologów w Stuttgarcie większość uczestników Zjazdu uważała pęknięcie samoistne aorty za niemożliwe lub nieprawdopodobne, a w r. 1931 wypowiedział Levinson kategorię pogląd, że samoistnego przerwania prawidłowej tętnicy głównej nie ma. Przypadki, tak właśnie przedstawione, ujmuje wspomniany autor w ten sposób, że zmiany chorobowe ściany aorty są czasem b. drobne, a przez rysę w miejscu uszkodzenia krew rozlewa się do miejsc zdrowych. To miejsce nie daje się później odnaleźć.

Tymczasem, sądząc z dostępnych nam publikacji, nazwa „samoistny” jest w zakresie pęknięcia t. gł. nadużywana i stosowana niesłusznie w tych przypad-

kach, które są istotne, według naszego mniemania, nie są gdyż ujawniają dostatecznie ważne zmiany, tłumaczące pęknięcie. Uporządkowanie terminologii w tej dziedzinie ma znaczenie nie tylko teoretyczne, ale i praktyczne, chociażby np. w zakresie orzeczeń sądowo-lekarskich.

Reasumując, podkreślić musimy:

1) wyjątkową rzadkość samoistnego pęknięcia tętnicy głównej, przebiegającego klinicznie pod postacią zawału serca;

2) morfologiczne i ewolutywne zmiany elektrokardjogramu, charakterystyczne dla zawału serca, występować mogą również i w pęknięciu aorty;

3) źródła pozawałowych zmian elektrokardjogramu doszukiwać się należy nie tylko może w martwiczo zmienionym odcinku mięśnia, ale w zaburzeniach w krążeniu wieńcowym;

4) nazwę „samoistne” pęknięcie zachować należy dla przypadków istotnie samoistnych.

#### PIŚMIENICTWO.

1) Bonamour i Bertain. Arch. de maladies du coeur, 476, 1920. — 2) Cellina. Klin. Wschr., 31, 1931. — 3) Clerc. Rôle

de l'obstruction coronarienne en pathologie cardiaque, 1931. — 4) Condorelli. Die Ernährung des Herzens u. die Folge ihrer Störung, 1932. — 5) Costa. Streszcz. Ztsch. für Kreislaufforschung XXIII, 715, 1931. — 6) Costedoat. Arch. de maladies du coeur, 12, 1929. — 7) Danielopolu. L'angine de poitrine et l'angine abdominale, 1932. — 8) Erdheim — p. Neubuerger. Ztschr. f. Kreislauff. XXIV, 1932, 169. — 9) Gerner. Polska Gaz. Lek., 32, 33, 1925. — 10) Goutard - Boutigny i Piedelievre. Streszcz. Polska Gaz. Lek., 1, 1925. — 11) Kutschera. Klin. Wschr., 14, 1922. — 12) Laubry. Soc. med. des Hôpit., 4, 1928. — 13) Lefvindh. Arch. de mal. du coeur, 5, 1930. — 14) Levinson. Ztschr. f. Kreislauff., XXV, 322, 1933. — 15) Neubuerger. Ztschr. f. Kreislauff., XXIV, 1932, 169. — 16) Oberndorfer. Klin. Wschr., 1923, 1781. — 17) Padilla i Cossio, wg. Semerau-Siemianowskiego. „Klinika dławicy piersiowej”. 1933. — 18) Pannhorst. Dtsch. Arch. f. Klin. Med. 175, 1933. 19) Pardee por. Déschamps. Elektrokardjografia Kliniczna, 1933. — 20) Parkinson i Bedford. Streszcz. Ztschr. f. Kreislauff. 692, 1931. — 21) Redlich. Klin. Wschr., 966, 1928. — 22) Roubier i Petouraud. Arch. de mal. du coeur, 391, 1926. — 23) Semerau-Siemianowski i Zalcman. Sprawozdanie Zjednoczonych Kół T. J. P., Kolo Warszawskie, Rocznik 1931/32. — 24) Semerau-Siemianowski. Klinika dławicy piersiowej. Polskie Arch. Med. Wewn. T. XI, Zeszyt 3, 1933.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Oddziału wewn. B. szpitala małż. Poznańskich w Łodzi.  
(Ordynator: Dr. H. Kryszek).

#### Współczesny stan wiedzy o reumatyzmie infekcyjnym.

Podał

Dr. W. MILLER (Łódź).

Oddawna podejrzewano już, że ostre schorzenia reumatyczne, tak podobne do siebie w przebiegu i obrazie klinicznym, mają różne podłoże etiologiczne. Czasami obserwowano je, jako schorzenia zupełnie samodzielne; innym razem występowały jako komplikacje znanych dobrze chorób zakaźnych; wreszcie pod postacią choroby posurowiczej. Długo nie można było tych spraw różniczkować, by z chaosu wyodrębnić poszczególne jednostki chorobowe. Poszukiwania źródła infekcji pozostawały bez wyniku. Gerharrdt oddzielił właściwy gościec stawowy od powikłań w innych chorobach (kila, gruźlica, płonica, czerwotka, grypa, dur brzuszny) i nazwał tę ostatnią grupę „Reumatoidami”.

Dalsze badania w tym kierunku doprowadziły do epokowego odkrycia Aschoffa, do odkrycia swoistych guzków i do wyodrębnienia do pewnego stopnia ściślej anatomopatologicznie jednostki chorobowej.

Guzki Aschoffa (1904) rozwijają się w tkance łącznej, następuje bujanie komórek łącznotkankowych i adwentycjalnych, które przekształcają się na komórki wielojądrzaste olbrzymie. Leukocyty i limfocyty schodzą na plan drugi, i w okresie końcowym mamy bliźnię o niewielkiej zawartości komórkowej.

Według Klingego sprawa ta przebiega w trzech okresach: w pierwszym — zmiany zwyrodniające tkanki łącznej, obrzęk i włóknikowe zwyrodnienie. Ten tak zwany „naciek pierwotny” odpowiada „Gelose” Schadego. Występuje on już w czternastym dniu choroby. Po kilku miesiącach, niekiedy po czterech ty-

godniach, w drugim okresie dochodzi do guzków Aschoffa (okres bujania komórkowego — ziarniniaka komórkowego). Mniej więcej po pół roku występuje okres trzeci — zbliźnowacenia. Mogą jednak te okresy przebiegać w innym porządku: okres pierwszy przechodzi często bezpośrednio w trzeci, czasami sprawa przerywa się w pierwszym okresie.

Guzki Aschoffa są tylko jednym z objawów, towarzyszących reumatyzmowi infekcyjnemu; za pomocą ścisłych badań histologicznych stwierdzamy bowiem cały szereg innych uszkodzeń układu łącznotkankowego. Przedewszystkiem więc masy podobne do włókniaka, barwiące się, jak włóknik. (Guzki reumatyczne, spotykane pod skórą, prawie wyłącznie składają się z tych mas).

W całym układzie mezenchymalnym uderza: zwyrodnienie tkanki łącznej, zmiany o charakterze włóknikowym, czasami nekrotycznym, w substancji podstawowej. W mięśniu sercowym na plan pierwszy występuje bujanie komórkowe, typowe guzki Aschoffa; na obwodzie zaś, na przykład, w guzkach reumatycznych skórnych mamy, odwrotnie, włóknikowe zwyrodnienie. Zmiany te do tego stopnia wysuwają się na plan pierwszy, że czasami powstają wątpliwości co do pochodzenia reumatycznego samych guzków skórnych, lecz ścisłe badania wykrywają ślady bujania komórkowego i typowych ziarniniaków.

Zmiany wysiękowo - zwyrodniające albo proliferacyjne mogą do tego stopnia opanować cały proces chorobowy, że Klinge mówi o dwóch postaciach reumatyzmu: reumatyzmie z przewagą procesów wysiękowo - zwyrodniających i o reumatyzmie wytwórczym.

Sprawy stawowe przy ściślejszych badaniach przeszły na plan drugi. Okazało się, iż tak zwany reumatyzm infekcyjny wcale nie jest chorobą wyłącznie stawową, że

głównie atakuje on narządy daleko dla organizmu ważniejsze. Obecnie można śmiało mówić o reumatyzmie serca, mięśni, nerwów i t. d. Wszystkie te zmiany są pod względem anatomopatologicznym podobne, i trudno je traktować jako komplikacje.

Badania histologiczne Aschoffa, Fahra, Gräffa, Freunda, Skubiszewskiego, Tałalaiewa dowodzą, że w reumatyzmie infekcyjnym z początku wogóle nie można mówić o „*Arthritis*”, lecz o jakimś „*itis*”, które usadawia się w różnych miejscach układu mezenchymalnego, tak, że terenem, na którym rozwija się reumatyzm infekcyjny, są wszystkie prawie łącznotkankowe elementy organizmu, wszystkie błony surowicze, a przede wszystkim wsierdzie. Ostatnie badania dowiodły również, że reumatyzm infekcyjny atakuje mięśnie gładkie i prążkowane, a nawet organy mięsiste, jak wątrobę.

Mamy tu zatem do czynienia ze schorzeniem układowym, a mianowicie, ze schorzeniem układu mezenchymalnego (Skubiszewski). Sprawy stawowe traktować należy jedynie jako powikłania i to wcale nie tak częste, jakby się to wydawało na pierwszy rzut oka. Według Tałalaiewa, około 40% przypadków reumatyzmu infekcyjnego przechodzi bez zapalenia stawów; Gräff i Fähr dowodzą, że najwybitniejsze zmiany spotykamy w najbliższym otoczeniu stawów, w ścięgnach i w powięziach, i tylko w nielicznych przypadkach sprawa przechodzi na sam staw. Starają się oni wobec tego przeprowadzić podział na schorzenia zewnątrz- i wewnątrzstawowe. Za tem przemawia i doświadczenie Lasegua, który również twierdził, że bóle w gościecu są pochodzenia zewnątrzstawowego, i rzeczywiście dowiódł, że za pomocą psychicznego wpływu na chorego (hipnozy) udało mu się doprowadzić do zwiótnienia napiętych mięśni i do wykonywania ruchów w stawie całkiem swobodnie i bez bólu.

Coraz więcej badań anatomopatologicznych przemawia za tem, że główną i pierwotną siedzibą reumatyzmu infekcyjnego jest wsierdzie i mięsień sercowy. Stąd dopiero w pewnym odsetku przypadków sprawa przechodzi na sam staw i daje nam to, co zwykliśmy nazywać „reumatyzmem stawowym”.

Pierwsze wzmianki o zaatakowaniu serca w reumatyzmie spotykamy w połowie 18 stulecia u Morgagniego. W 1789 roku wykladał to swoim uczniom angielski lekarz Pittcairn. We Francji napisał cały szereg prac o zapaleniu wsierdzia i osierdzia w 1836 roku Bouillaud, stąd dotychczas Francuzi nazywają schorzenia reumatyczne serca „*maladie de Bouillaud*”. Często reumatyzm infekcyjny jest dla nas chorobą zupełnie nieuchwytną; stany podgorączkowe z bardzo niewyraźnymi objawami ze strony serca mogą być nierzadko jedynymi spostrzeganiami przez nas objawami. Dopiero przypadkowa sekcja i wykrycie typowych dla reumatyzmu guzków w mięśniu sercowym pozwala nam na postawienie właściwego rozpoznania.

Reumatyzm atakuje cały układ krążenia, zarówno serce, jak i naczynia, między innymi również tętnicę główną i płucną. Według Klingego dochodzi do rozlanego schorzenia wszystkich warstw ściennych, a w okresie końcowym do dużych zbliźnowaczeń warstwy środkowej, które niesposób odróżnić od *mesaortitis luetica*. Przypadek *mesaortitis* po ostrym reumatyzmie opisał Wiesel, drugi przypadek *mesopulmonitis rheumatica* opisał Chiari. Również i mniejsze tę-

nice są zaatakowane w reumatyzmie. Specjalnie zajmowano się tętnicami wieńcowymi i tętniczkami nerkowymi, jako przyczynami zwyrodnienia mięśnia sercowego i nefrosklerozy (Fähr, Klinge).

Czy zmiany te w naczyniach mogą mieć tak poważne następstwa, jak przypuszczają Fähr i Klinge, jest sprawą jeszcze wątpliwą; w każdym bądź razie w ostrych stanach spotykamy się z temi powikłaniami niezbyt często i bez poważniejszych następstw, zaś w sprawach przewlekłych etiologia tych miażdżyc jest jeszcze wątpliwa, chociaż Klinge i Tałalaiew w wyodrębniają już grupę miażdżyc reumatycznych. Klinge wspólnie z Beitzke twierdzą, że przypadki miażdżycy u ludzi młodych, zarówno centralnej, jak i obwodowej, z całkowitą pewnością można uzależnić od przebytego reumatyzmu infekcyjnego *arteriitis rheumatica*; *mesaortitis rheumatica* spotyka się w części brzusznej aorty.

Cały szereg prac w tej dziedzinie ogłosili również Amerykanie: Kugel, Epstein, Glahn i Pappenheimer; mimo to Gräff twierdzi, iż dotychczas w całym szeregu badań nie udało mu się stwierdzić swoistych zmian reumatycznych w tętnicach organów mięsistych, a więc i w nerkach.

W każdym razie możemy dzisiaj powiedzieć, że ostry gościec stawowy prawie bez wyjątku atakuje mięsień sercowy, a często wsierdzie i osierdzie, wywołując tutaj zmiany pierwotnie zapalne; natomiast zajęcie stawów wcale nie jest koniecznym składnikiem ostrego gościa i niema też tego dużego znaczenia dla organizmu, jak schorzenia serca.

Tak zwany „typ sercowy bez zaatakowania stawów” jest wyłączną prawie domeną lat dziecięcych. Przytem uszkodzenie mięśnia sercowego może iść w kilku kierunkach (Swift): ziarniniaki mogą mechanicznie przeszkadzać skurczom mięśnia sercowego; ziarniniaki mogą toksycznie wpływać na włókna sąsiednie mięśnia sercowego; ziarniniaki mogą uszkadzać naczynia krwionośne serca i upośledzać ukrwienie mięśnia sercowego; wreszcie mogą uszkadzać mechanicznie drogi przewodzące.

Francuski klinicysta Lasegue powiada: „Le rhumatisme aigu lèche les jointures, la plèvre, les membranes mêmes, mais il mord le cœur”.

Stwierdza się klinicznie w gościecu stawowym zapalenia wsierdzia w 20% — 60%; zapalenia osierdzia u dzieci w 15%, u dorosłych w 4% (Bauer).

Ostatnio, dzięki metodzie elektrokardiograficznej, stwierdza się zwyrodnienie mięśnia sercowego w 93% (Swift); zaburzenia przewodnictwa w 35%; zmiany w kompleksach komorowych w 80%.

Z drugiej strony od 50% — 80% wad serca powstaje na tle przebytego reumatyzmu (Bauer); Freund podaje 65%; na oddziale S. Sterlinga — w ostatnim dziesięcioleciu — 61%.

Wszystkie te badania przemawiają za tem, że obecna nazwa „Gościec stawowy” jest i klinicznie zupełnie nieściśła. Wogóle mamy coraz więcej podstaw do wyodrębnienia z ogólnej grupy schorzeń reumatycznych reumatyzmu infekcyjnego (Gräff) i uniezależnienia go całkowicie od poprzedniego pojęcia, co właściwie Anglicy i Francuzi dość dawno przeprowadzili: „*rheumatic fever*” i „*fièvre rhumatismale*”.

Reumatyzm doby obecnej dawno wyzwolił się z ciasnych ramek schorzeń stawowych i obok gruźlicy

i kiły należy do wielkich schorzeń całego organizmu (Fischer).

Co się tyczy powstawania gośćca stawowego i wrót jego infekcji, to i ta sprawa podlega zacieklej dyskusji. Pierwszym, który wysunął rewolucyjną teorię o infekcyjnym powstawaniu gośćca stawowego, był Jürgensen z Tubingi. Podobieństwo objawów w gośćcu do spraw stawowych w znanych już podówczas schorzeniach septycznych nasunęło mu ten pomysł. Teoria ta ma obecnie przedstawicieli w całej Europie. Pribram i Schottmüller w Niemczech, Weil i Bezançon we Francji, de Vecchi we Włoszech, pozatem anatomopatolodzy jak Aschoff, Fahr i Gräff.

Większość tych klinicystów uważa za reumatyzm infekcyjny tylko te przypadki, gdzie anatomopatologicznie stwierdza się guzki Aschoffa; inne postaci zaliczają natomiast do reumatoidów. Przewlekłe postaci reumatyzmu traktują jako schorzenia, nie mające nic wspólnego z reumatyzmem infekcyjnym. Według Gräffa i Schottmüllera pierwotny chroniczny reumatyzm jest już powikłaniem nieznaną infekcją.

Francuscy autorzy z Widalem na czele uważają za główne wrota zakażenia migdałki. Towarzyszy temu specjalna forma anginy, mówią oni: „L'angine rhumatismale est presque toujours une angine rouge”.

Odnacza się ona rozlanem zaczerwienieniem i lekkim obrzękiem migdałków, łuków podniebiennych i gardzieli. Zwykle zaczyna się ostro i z silnymi bólami przy połykaniu. Gruczoły podszczękowe rzadko bywają bolesne; często bóle ucha. Dowodzą, że to nie angina follikularna, lecz angina kataralna i zapalenia gardzieli wywołują ostry reumatyzm infekcyjny. Jednocześnie stwierdza się anatomopatologicznie, tak zwaną przez Gräffa *peritonsillitis rheumatica* z charakterystycznymi naciekami w podściółce łącznotkankowej, zwłaszcza przy przejściu w tkankę mięśni, przy nasadzie zwieracza gardzieli. Podczas demonstrowania tego rodzaju preparatów uderza poprostu, do jakiego stopnia okolica migdałków aż wgłąb do śródpiersia wypełniona jest naciekami reumatycznymi, stąd też najprawdopodobniej infekcja reumatyczna z tkanki okółomigdałkowej, z błony śluzowej gardzieli i krtani przesącza się drogą limfatyczną i krwionośną do ustroju ludzkiego. Głównym ogniskiem, zdaniem Klingego, jest właśnie tkanka migdałkowa i błona śluzowa gardzieli. Według Bauera około 50% reumatyzmu infekcyjnego zaczyna się typową anginą lub katarą gardła. Freund podaje 60%, Jochnann 80%.

Mogą być jednak różne źródła infekcji, jak naprz., zęby, ucho środkowe, przewód pokarmowy i t. d. Co do zębów, to już dość dawno spostrzeżono w Anglii, że w tych miejscowościach, gdzie nagminnie prawie panuje dna i reumatyzm, szerzy się również w zastraszającym sposobie inna choroba, tak zwana choroba „Riggiego”, ropotok zębodołowy, którą wielu autorów łączy z powstawaniem dny i reumatyzmu.

Największymi zwolennikami *sepsis oralis* są Anglicy i Amerykanie: Rosenow, Billings i Hunter. Odróżniają oni dwie formy ogniska pierwotnego: a) okołozębowo tworzące się uchyłki i b) ogniska przywierzchołkowe.

W obydwu postaciach spotykamy często osłabione szczepy bakteryjne, czasami jednak znajdujemy i bardzo zjadliwe drobnoustroje. W każdym razie sprawa ta nie jest tak prosta, gdyż przy wszystkich prawie zębach martwych, nawet dokładnie leczonych, spotykamy ziarniniaki (Brunh). Ponieważ zaś duża liczba ludzi w wieku średnim posiada zęby martwe, to należałoby się liczyć z poważnym ryzykiem infekcji i zęby te usuwać, co też w Ameryce często i bardzo radykalnie przeprowadza się. W Niemczech jedynym prawie zwolennikiem radykalnej terapii jest Paessler; pozatem większość klinicystów europejskich traktuje z pewną rezerwą zbyt radykalne posunięcia.

Gräff na podstawie swoich badań anatomopatologicznych wysnuwa wnioski, że brak dotychczas danych morfologicznych, które potwierdzałyby przechożenie jądów reumatycznych z zębów schorzałych, co mogłoby do pewnego stopnia usprawiedliwiać usuwanie martwych zębów w schorzeniach reumatycznych.

Schottmüller jest przeciwnikiem wszelkich zbyt radykalnych posunięć. O ile jeszcze godzi się on na usuwanie w pewnych warunkach migdałków podniebiennych, to sprawa infekcji zębowej jest dla niego zupełnie problematyczna. Nawroty w gośćcu stawowym tłumaczy on istnieniem ognisk we wsierdzu, wobec czego uważa za co najmniej zbędne usuwanie w tych przypadkach wątpliwych wrót wejścia. Na tem samem stanowisku stoją również Gudzent, Freund, Strauss i Löffler.

Zresztą sprawa ta będzie tak długo przedmiotem dyskusji, dopóki nie uda się dokładnie stwierdzić etiologii gośćca, jego zarazka, — o ile swoisty zarazek gośćca wogóle istnieje, — i o ile zakażenie przebiega podobnie, jak w innych schorzeniach. Dotychczasowe badania w tym kierunku dały wprowadzić więcej wyników ujemnych, niż dodatnich, pozwalają jednak uwydatnić pewne sprawy sporne.

(Dok. nast.)

## Oceny książek.

Prof. Dr. Ludwik HIRSZFELD. **Grupy krwi.** Doc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI. **Transfuzja krwi.** (Warszawa 1934, str. 176, nakładem Wydawnictwa Delta).

Monografia niniejsza ma na celu wypełnienie luki, dotkliwie uczuwać się dającej w różnych kołach fachowców. Zagadnienie grup krwi sięga tak głęboko do najistotniejszych spraw fizjologii i patologii, genetyki i antropologii, wreszcie medycyny i prawa, że zobrazowanie całości tej nowej dziedziny badań w sposób przystępny dla wszystkich kategorii osób zainteresowanych należy uznać za fakt w najwyższym stopniu pożądany. Dziedzina ta ma jeszcze i tę osobliwą stronę, że

udział polskiego fachowca w jej tworzeniu i rozwoju odegrał znakomitą rolę. Prof. Hirsfeld wraz ze swym nauczycielem Dungerem w Heidelbergu kładli pierwsze podwaliny badań nad grupami. Później prof. Hirsfeld sam był inicjatorem zastosowania analizy serologicznej krwi do antropologii. Dziś należy on do najwytrawniejszych pionierów zastosowania wszystkich subtelności badania serologicznego do zagadnień sądowo-lekarskich, do dochodzenia ojcostwa i stwierdzania pochodzenia płam krwawych. Dziedzina ta nie tylko nie jest zamknięta, lecz przeciwnie należy do najbardziej tętniących życiem. Dlatego też należało przedsta-

wić ją w aktualnym przekroju. Trzeba przyznać, że zadanie to zostało przez autora wykonane w całej rozciągłości. Książka nie jest popularyzacją, nie upraszcza żadnego zagadnienia. Przeciwnie, wprowadza czytelnika w wir wszystkich aktualnych pytań. Pomimo to pisana jest w ten sposób, że przeczyta ją nie tylko z zainteresowaniem, ale i z bezpośrednią korzyścią i lekarz, i biolog, i prawnik. Oczywiście, nie każdy zdoła z niej wyciągnąć wszystko. Najwięcej dowie się fachowiec serolog, ewentualnie przygotowany należycie lekarz. Inaczej już skorzysta z niej biolog, inaczej jeszcze prawnik. Ale przecież najważniejszym zadaniem tego rodzaju książki jest wzbudzenie przekonania z jednej strony, że się ma do czynienia ze ściśle stwierdzonymi faktami, z drugiej zaś także wywołanie przeświadczenia, że tylko w ręku całkowicie kompetentnego fachowca rozstrzygane być mogą zagadnienia praktyczne. Jeżeli prawnik po przeczytaniu tej książki dojdzie do wniosku, że analiza krwi może dać konkretne odpowiedzi, ale że sprawa nie jest tak prosta, aby każdy, kto umie manipulować probówką i pipetą, był powołany do dawania orzeczeń, decydujących o losie, a nieraz i o życiu ludzi żywych, to powiedzieć trzeba, że autor spełnił swoje zadanie i osiągnął cel zamierzony. Mam wrażenie, że książka to zadanie spełni. Pisana jest przystępnie. Autor z wielkim talentem oswaja czytelnika z obcymi dlań pojęciami i metodami. Niektóre rozdziały np. o dziedziczeniu cech krwi 0, A i B napisane są świetnie. Wyłożenie teorii M e n d l a musi przemówić do każdego. Inne rozdziały są trudniejsze. Autor nie ograniczył się do zagadnień podstawowych i praktycznych, lecz uwzględnił wszystkie kierunki, w jakich promieniuje dzisiaj nauka o grupach krwi. Rozdziały o dochodzeniu ojcostwa i o badaniu płam krwawych są bogato ilustrowane kazuistyką własną autora. Biologiczne podstawy przetaczania krwi, ciekawe zwłaszcza dla lekarzy, oparte są na szerokim fundamencie historycznym. Ostatni rozdział pióra dra Jerzego R u t k o w s k i e g o omawia szczegółowo metodykę przetaczania krwi i praktyczne zastosowanie tego zabiegu. Życzymy autorom aby ich książka rychło się doczekała drugiego wydania.

Z. S z y m a n o w s k i.

Dr. Seweryn STERLING. **Gruźlica. Zbiór prac 1894—1932.** Łódź 1934.

„Wydanie książki niniejszej nastąpiło z inicjatywy Rady Naczelnej Walki z gruźlicą w Łodzi. Inicjatywa zupełnie zrozumiała, gdyż wszystko, co w Łodzi dokonane zostało w dziedzinie walki z gruźlicą, tak związane jest z osobą Seweryna S t e r l i n g a, że kiedy Go nie stało, myśl ludzi czynnych na polu zwalczania gruźlicy powraca do Niego, Jego wiedzy, Jego autorytetu“. Tak pisze we wstępie Komitet Wydawniczy, składający się z ludzi, którzy byli najbliższymi współpracownikami przedwcześnie zmarłego Wielkiego Lekarza. Piszący te słowa już dawno dał wyraz swemu podziwowi dla działalności Seweryna S t e r l i n g a, który, pracując zdala od t. zw. wielkich ognisk naukowych, potrafił stworzyć bardzo poważny ośrodek naukowy w mieście nawszkroś handlowem, umiał zagrzać liczny zastęp lekarzy do współpracy, podtrzymywał ten zapał przez lat wiele, nawet w najcięższych warunkach, bez przerwy pracował naukowo sam i nie zapominał o stronie społecznej zawodu lekarskiego, wysuwając ją niemal na najwyższe miejsce. Słusznie należy się uznanie i hold ze strony całego społeczeństwa, w pierwszej zaś linii ze strony tych, którzy Jego pracę oglądali własnymi oczami. I otóż w holdzie tym Komitet ofiarowuje nam olbrzymi tom o 700 przeszło stronach, składający się z prac Zmarłego, poświęconych wyłącznie sprawie gruźlicy. Wyłączona tu została świetna praca S t e r l i n g a napisana jako *compendium* p. t. „Suchoty płuc pospolite“ w r. 1921 z powodu, jak pisze Komitet, „znaczej jego objętości“. Mamy w tym wielkim tomie, obejmującym

54 prace S t e r l i n g a (na ogólną liczbę 134, poruszających i inne zagadnienia) naoczny dowód tej iście niezmordowanej pracy Zmarłego na polu gruźlicy. Gdy dziś przegląda się te prace, z których niejedna ukazała się bardzo już dawno, stwierdza się ze zdziwieniem, jak wiele spraw, w nich poruszanych, nie straciło nic na aktualności, jak wiele szczegółów i dziś nie uległo nowemu oświeceniu. Wszystkie przytem zdradzają na każdym kroku wielki zmysł obserwacyjny, niezwykłą erudycję i bardzo wystrzony krytycyzm. Żadna strona problematu nie była S t e r l i n g o w i obcą: biologiczna, pato-fizjologiczna, czysto kliniczna czy społeczna — pasjonują Go z jednakową siłą i zmuszają do dociekań. A jednocześnie nie pozostaje oderwanym od życia lecz stara się pracą i przykładem (jak wiadomo) doprowadzić do urzeczywistnienia wielu swych zamierzeń. Komitet Wydawniczy uczynił rzecz słuszną nie tylko dlatego, że w ten sposób uczcił pamięć Wielkiego Obywatela i Lekarza, lecz że zebrał cenne prace, które przez czas jeszcze długi będą służyły, jako źródła doradcze dla ludzi, pracujących naukowo i społecznie nad gruźlicą. Nie wątpimy, że nakład ulegnie w krótkim czasie wyczerpaniu, zwłaszcza, że, jak słyszymy, fundusz zebrany ma być obrócony na trwale upamiętnienie pracy dra Seweryna S t e r l i n g a.

M. G a n t z.

Auguste TOURNEY. **Sémiologie du sommeil 1. Essai de neurologie expliquée.** Pages 130. 1934. G. Doin et Cie éditeurs. 1934. Paris. 30 francs.

Książka poświęcona przez autora pamięci J. B a b i Ń s k i e g o, jego nauczyciela i szefa, stanowi, jak podtytuł świadczy, przyczynek do neurologii stosowanej. T o u r n a y, zaszczytnie znany ze swojej „Neurologii“ i z współredaktorstwa dużej „Nouveau traité de pathologie interne“, już niejednokrotnie poruszał temat snu za życia swego szefa, pisząc artykuły „O odruchach stopy we śnie“, dysertację „L'homme endormi“ i monografię „Le sommeil“. W pracy niniejszej omawia wyłącznie semiologię snu.—Część I-a stanowi ciekawy rzut oka na sen dziecka i młodzieńca, na akt zasypiania, snu i budzenia się, 2-a część dzieli obserwacje nad snem zgodnie z podziałem przyjętym przez fizjologów francuskich na „fonctions de relation“ i „fonctions de nutrition“ (porównaj podział L. R. Müllera „Die Lebensnerven“. Referent). Znajdują tam omówienie grupa pierwsza, mianowicie ruchy, czucie, zmysły, odruchy normalne i patologiczne z ścięgien, skóry i okostny, reakcja oporu i automatyzm, oraz grupa druga, obejmująca oddychanie, krążenie krwi, metabolizm i bioenergetykę. W 3-ej części znajdują się dalsze szczegóły semiologii snu, synteza i interpretacja istoty snu. Poznaje też czytelnik aparaturę regulacyjną i hamującą snu według danych anatomicznych, eksperymentalnych i neurochirurgicznych, zgłębia misterną rolę *telencephalon*, *mesencephalon*, *dienecephalon* i wzajemnego ustosunkowania się tych części mózgowia, a zwłaszcza kory, zwojów podkorowych i układu wegetatywnego.—W ostatniej części natury retrospekcyjnej porusza T o u r n e y perspektywę przyszłości problematu snu i rolę torów pozapiramidowych w powstawaniu snu, stanów sennych i obrazów śniadkowych. — Bibliografia i wyczerpujący (123 prac) indeks alfabetyczny, rzeczowy i imienny (z polskich prac wzmiankowana jest jedna jedyna S. G o l d f l a m a) bardzo ułatwią pracę innym, tembardziej, że jest bez błędów drukarskich, dawniej przez francuskich autorów szeroko w tym dziale tolerowanych.

H. H i g i e r.

Ferdinand BERTRAM. **Die Zuckerkrankheit, Leitfaden für Studierende und Ärzte.** (Nakł. Georg Thieme Lipsk, 1934).

Autor potrafił na przestrzeni 90-cio stronicowej monografii dać wyczerpujący przekrój współczesnej nauki o cukrzycy. Rozpoczynając od omówienia patogenetycznej cukrowej i istoty najważniejszych jej objawów (przecukrzenia

krwi, cukromoczu, kwasicy), przechodzi B e r t t r a m do klinicznego przebiegu tego schorzenia i rozmaitych jego powikłań. Szczególnie interesujące i nowoczesne jest przedstawienie zespołu śpiączkowego, w którym, zgodnie z współczesnymi poglądami odróżnia autor ściśle pierwiastek kwasicy od sercowego i nerkowego (*coma cardio-vasculare, coma renale*). Połowa pracy poświęcona jest kwestji leczenia cukrzycy i jej powikłań. I tu znowu z wielką maestrią przedstawione są w zwięzłej a ściśle formie zasady nowoczesnej djetetyki cukrzycy, podane b. wygodne i praktyczne tablice pomocnicze, przytoczony skład szczegółowy niektórych zasadniczych typów djet. Specjalne rozdziały poświęcone są stosowaniu insuliny i leczeniu stanów śpiączkowych. Naogół autor wypowiada się przeciwko zbyt bezwzględnemu dążeniu do osiągnięcia i utrzymywania coüte que coüte normalnego poziomu cukru we krwi u tych chorych. Uważa on słusznie, że najważniejszym kryterjum skuteczności i celowości leczenia jest samopoczucie pacjenta. Co do stosowania insuliny, uważa B. iż, o ile jest to tylko możliwe, dążyć należy do podawania małych dawek, wzgl. do leczenia wyłącznie djetą. Insulina zaś posiada ściśle wskazania, których należy przestrzegać w terapii tych stanów, a mianowicie 1) śpiączka, 2) powikłania, szczeg. zakaźne i zabiegi chirurgiczne u djabetyków, 3) cukrzyca u młodocianych, 4) ciężka cukrzyca, kiedy samą djetą nie osiąga się odcukrzenia i odkwaszenia ustroju, 5) stany znacznego wyniszczenia. Reasumując, jest to b. cenne dziełko, w którym wielka wiedza teoretyczna znajduje szczęśliwe po-

łączenie ze zdrowym rozsądkiem doświadczonego praktyka-klinicysty, i które polecić można gorąco każdemu lekarzowi, zarówno specjaliście, jak i niespecjaliście.

M. F e j g i n.

Prof. Dr. C. HEGLER. **Praktikum der wichtigsten Infektionskrankheiten.** (Nakt. Georg Thieme, Lipsk, 1934).

W książeczce tej, liczącej 184 strony, po krótkim wstępie, ustalającym najważniejsze pojęcia ogólne, jak istota i drogi zakażenia, warunki zakażenia indywidualnego i masowego (epidemia), rozpoznawanie, ogólne zasady leczenia i profilaktyki i t. d., następuje opis najważniejszych chorób zakaźnych. Krótkość i schematyczna zwięzłość opisów, utrzymywanie się wyłącznie w dziedzinie dawno i dobrze znanych i ustalonych faktów, bez poruszania jakichkolwiek szerszych zagadnień, tak licznych we współczesnej bakterjologii (np. sprawy zarazków przesączalnych, bakterjofagów), pominięcie zupełnie wszelkiej wzmianki o chorobach podzwrotnikowych, nawet malarji (kilka słów tylko wspomniano o czerwonce pelzako-wej), brak wszelkiej perspektywy historycznej, czynią z omawianej książki rodzaj konspektu dla studentów, wzgl. dla szkół pielęgniarstwa, dla przeglądania przed egzaminem, wzgl. krótki kalendarzyk informacyjny dla lekarza-praktyka. Zresztą, autor w przedmowie podkreśla ten ściśle praktyczny, a właściwie utylitarny czysto charakter, jaki chciał nadać swemu dziełku, opartemu wyłącznie na własnym materiale klinicznym.

M. F e j g i n.

## Wskazówki praktyczne

B a u m a n n i D e s c h r a n d e n stwierdzili na roczniku rekrutów armji szwajcarskiej, że stosowanie stałe *naświetlanych drożdży piwnych* znakomicie podnosi *odporność względem chorób zakaźnych*: zachorowalność i intensywność schorzenia w porównaniu z dawniejszemi rocznikami znacznie się obniżyła. Stosowane były naświetlane drożdże piwne Rheinfelden „Viredox”. (Schw. m. W. 1934, N. 30).

—o—

W *stanach nadkwaśności* daje K u m m e r środek, wyrabiany przez firmę S o l t i K r o m s t e i n w Wiedniu pod nazwą *Belpawdon*, którego główną częścią składową jest nierozpuszczalny w wodzie *Magnesium - Natriumcarbonat* obok *Extract. Belladonnae* i *Papaverinum*. W handlu znajduje się w postaci pastylek po 0.3 gr. (W. m. W. 1934, N. 22).

—o—

M. S a n f o r d R o s e n t h a l daje jako *przeciwtrutkę w ostrem zatruciu rtęcią Formaldehydnatriumsulfoksy-lat*, który swoje działanie redukujące wywiera w ten sposób, że przeprowadza chlorek rtęci w związek nierozpuszczalny

i rtęć metaliczną. Działanie to zostało stwierdzone w 10 przypadkach otrucia sublimatem. Autor stosuje przepłukiwanie żołądka 5% roztworem wymienionego środka, przyczem około 200 ctm.<sup>3</sup> ma pozostać w żołądku. Bezpośrednio potem powolne około 20 — 30 minut trwające wstrzyknięcie dożylnie 10 gr. tegoż przetworu w 100 — 200 ctm.<sup>3</sup> wody przekroplonej. W ciężkich przypadkach można po upływie 4 — 6 godz. powtórzyć to wstrzyknięcie w ilości 5 — 20 gr. czystego przetworu. W razie wystąpienia zapalenia grubych kiszek 1 — 2 razy dziennie wysokie wlewanie roztworu 1 : 1000. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1934, str. 1273 — 1276).

—o—

S t u i s b e r g zwraca uwagę na możliwe uszkodzenia *mięśni przez powtarzające się zastrzykiwania domięśniowe*. Szczególnie ostrożnym być należy z zastrzykiwaniami na obrzmiałych kończynach dolnych i pośladkach. Zwracać trzeba również uwagę na zmianę igły, przez którą się lek wciągało na inną suchą. Przy wypuszczaniu powietrza ze strzykawki — należy unikać splywania leku po igle, wzgl. zmienić ją na suchą. (Fortschr. Therap. 1934, Z. 5).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie z dnia 13 marca 1934 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 minut 15. Przewodniczący Wice - i Prezes.

Obecnych 34 członków T-wa i 13 wprowadzonych gości. 1. Odczytano protokół z posiedzenia naukowego z dn. 6 marca 1934 r.; protokół przyjęto.

2. Kol. P r z e w o d n i c z ą c y, wskutek prośby kol. J a k i m o w i c z a przesuwa omówienie jego przypadku na drugie miejsce porządku obrad.

3. Kol. G o e b e l Fr., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „*Śledziona a przemiana cholesterynowa*” (streszczenie własne).

Rola śledziony w przemianie cholesterynowej nie jest jeszcze zupełnie jasna i ustalona. A s c h o f f i jego szkoła uważają śledzionę jako narząd magazynujący tylko cholesterynę. Z drugiej strony istnieje wiele danych na korzyść raczej czynnej roli śledziony w gospodarce cholesterynowej (Abelous i Soula, Laporte, Goebel F., Bugnard). Po usunięciu śledziony (badania na 11 psach w ciągu 60—160 dni) okazało się, że

u psów bezśledzionowych nie ma jednego jednolitego typu krzywej cholesteroliny. Początkowo po splenektomji przeważa obniżenie poziomu cholesteroliny, później zaznacza się hypercholesterynemja, potem często znów spadek.

Ponieważ otrzymane wyniki nie rozstrzygają jasno zagadnienia, czy w śledzenie odbywa się magazynowanie cholesteroliny, przeto w dalszym ciągu pracy przeprowadzono następujące doświadczenia: psom podawano podskórnie 2—3 gr. cholesteroliny, poczem oznaczano poziom cholesteroliny we krwi w ciągu 3 godzin.

Następnie u zwierząt tych wykonano splenektomję i w 6 dni i po 30 dniach powtarzano obciążenie cholesteroliną i wyznaczono krzywą cholesterolinową we krwi. Podanie podskórnie cholesteroliny u psów normalnych wywołało krótkotrwałą hypercholesterynemję. Inaczej przedstawiała się krzywa u psów bezśledzionowych: poziom cholesteroliny podnosi się również, ale to podniesienie utrzymuje się znacznie dłużej. Fakt ten przemawia za tem, że w śledzenie odbywa się również magazynowanie cholesteroliny.

Rola śledziony w przemianie cholesterolinowej musi więc być podwójna: z jednej strony śledziona bierze udział w wytwarzaniu cholesteroliny, z drugiej w jej magazynowaniu.

4. Kol. Jakimowicz, członek T-wa, omówił „Uraz czaszki i krwotok podopieczynówkowy. Następne zapalenie opon jądrowe, trwające przez pół roku z przerywaną gorączką zależną od przepuszczającego wodogłowia. Wpływ korzystny odmy mózgowej”.

W r o z p r a w a c h przemawiali Kol. kol.: Orzechowski K., Grzywo - Dąbrowski W., Kryński L., Leśniowski (junior), i Jakimowicz.

5. Kol. Blacher, wygłosił odczyt p. t.: „Badania nad patogenizacją małopłytkowości samorodnej. Doniesienie II. Rola śledziony w świetle własnych badań oraz mechanizm powstawania krwotoczności w małopłytkowości samorodnej.

W r o z p r a w a c h przemawiali Kol. kol.: Fidler A., i Blacher.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 minut 15.

Wice-Prezes: Zd. Sławiński  
Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

#### Posiedzenie z dnia 27 marca 1934 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 minut 15.

Obecnych 35 członków T-wa i 16 wprowadzonych gości.

1. Odczytano protokół z posiedzenia naukowego T-wa Lek. Warsz. z dnia 20 marca 1934 r.; protokół przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac nadesłanych ostatnio do Biblioteki T-wa.

3. Kol. Sekretarz Stały odczytuje wspomnienie pośmiertne po ś. p. D-rze Janie Romanie Wojciechowskim.

4. Kol. Prezes zawiadamia o kongresie reumatycznym, mającym odbyć się w Moskwie i w Leningradzie.

5. Kol. Leśniowski Stefan, członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Z zaburzeń wegetatywnych w parkinsonizmie pośpiączkowym” (streszczenie własne).

Patofizjologia wydzielania potu wciąż jeszcze nastroja wiele zagadnień niewyjaśnionych, pracę nad którymi ułatwia zrakomienie niedawno podana metoda Minor'a wykazywania pocenia. Mówca zajął się zaburzeniami potowydzielniczymi w parkinsonizmie pośpiączkowym. Przytacza dwa przypadki spostrzeganej nadpotliwości. U parkinsonowca, wykazującego przewagę objawów pozapiramidowych po stronie lewej ciała, spostrzegano nadmierne pocenie lewej połowy twarzy i tułowia w czasie spożywania gorących pokarmów. Próby potne (z aspiryną + herbata + świetlaną + pilokarpiną) potwierdziły to spostrzeżenie. U chorej z hemiparkinsonizmem lewostronnym oraz częstymi i długotrwałymi napadami oczoporażniami skóra lewej połowy ciała pokrywała się w czasie napadu grubokroplistym potem, podczas gdy prawa połowa ciała pozostawała sucha. Wobec powyższego mówca przeprowadził u 8 parkinsonowców, nie wykazujących bezpośrednio dostrzegalnych zaburzeń pocenia, próby potne metodą Minor'a. Stwierdzono przytem, że wydzielanie potu przeważało stale po stronie ciała, która wykazywała większe napięcie zespołu amyostatycznego.

Mówca uzależnia owe zaburzenia pocenia od zmian anatomicznych w międzymózdzku i śródmózdzku, przyczem skłania się do przypuszczenia, że nadpotliwość powstaje w następstwie uszkodzenia przez proces encefalityczny bliżej nie-

znanych włókien hamujących pomiędzy ośrodkami międzymózdzka. Zaburzenia potowydzielnicze uważa przeto nie za przypadkowe powikłanie, lecz za integralną część zespołu parkinsonowskiego, których stopień waha się od występujących rzadko tak natężonych, że podpadają bezpośredniemu spostrzeganiu, do niejako utajonych, których wykrycie ułatwiła metoda Minor'a.

6. Kol. Zahorski Witold przedstawił *chorego z małym ogniskiem chorobowym z obustronnymi objawami mózdkowymi i niedowładem nerwu błędnego*”.

W r o z p r a w a c h przemawiali: Kol. kol. Jakimowicz, Sekretarz Stały i Zahorski.

6. Kol. Pruszczyński W. omówił „Czynniki lecznicze Truskawca”.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 45.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz  
Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

#### Posiedzenie z dnia 10 kwietnia 1934 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 15. Obecnych 29 członków T-wa i 20 gości.

1. Odczytano protokół z posiedzenia naukowego T-wa Lek. Warsz. z dnia 27 marca 1934 r.; protokół przyjęto.

2. Kol. Mikułowski Wł., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „O zastosowaniu w klinice w celach rozpoznawczych wczesnego wywoływania gruczolnicy doświadczalnej na śwince morskiej metodą Ninniego”.

Podczas gdy próba biologiczna na śwince morskiej przez szczepienie materiału podejrzanego o gruczolicę — podskórnie lub śród - otrzewnowo, daje odpowiedź w 5 do 8 tygodni — metoda Ninniego o iniekcji śródgruczolowej robi to samo w 10 do 20 dni. Wstrzykiwano 30 płynów mózgowych, 10 wysięków, 5 homogenizowanych płwocin i 5 rop po odwirowaniu do odpreparowanych gruczolów szczyjnych świnki obustronnie w dawkach 0,1 cm.<sup>3</sup> i ranę zaszywano. Po upływie 10 do 20 dni wyjęte gruczolę zawięzły po rozciągnięciu prątki Kocha w przypadkach, gdy chodziło o gruczolicę. W 2 tygodnie po iniekcji gruczolę zaczynają być macalne wielkości grochu i przez to informują same o zakażeniu gruczolicą.

Zgodnie z Ninnim stwierdziliśmy, że gruczolę świnki, mając zdolność niszczenia innych mikrobow, dostarcza prawdziwej hodowli prątków *in vivo* dla zaszczepienia materiału gruczolicego.

W r o z p r a w a c h zabierali głos: Kol. kol.: Moczarski W., Michalski i Mikułowski Wł.

3. Kol. Chodkowski K., członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ dużych dawek witamin na rozwój i przebieg gruczolnicy płuc u królików”.

Posiedzenie zakończono o godz. 22-ej.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz  
Sekretarz Doroczny: Karol Chodkowski.

#### Z Towarzystwa Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego departamentu północnego z maja 1934 r. (Presse méd. N. 57, 1934) Gérard Lefebvre i A. Breton pokazywali *cztery przypadki akrodynji*. W tych czterech przypadkach akrodynji dziecięcej (z których trzy przedstawiały klasyczną postać nerwowo-skórną, zaś czwartą postać o wyraźnej przewadze psychicznej) nie udało się wykryć ani źródła zakażenia, ani jego rodzaju, ani elementów zakaźnych, nie stwierdzono też charakteru endemicznego. Natomiast w czwartym przypadku wykazywało dziecko wybitne objawy krzywicy. Prelegenci wyrażają zdziwienie z powodu przedwczesnych wniosków, bardzo rozpowszechnionych obecnie w piśmiennictwie, a zmierzających do rygorystycznego ujęcia akrodynji jako „zapalenia osi nerwowej (nevraxitis), pozostającego w bardzo ścisłym związku z nagminnym zapaleniem mózgu”. Wykazują oni kruchość tych wszystkich hipotez. Według prelegentów, akrodynja jest tylko zespołem roślinno-nerwowym, który należałoby jeszcze odpowiednio sklasyfikować. Wślad za Szwajkarskim są oni zdumieni częstością, z jaką rozwija się akrodynja na podłożu krzywicy, oraz łatwością, z jaką leczy się ona najczęściej promieniami pozafolkowymi. Uważają oni, że w każdym przypadku akrodynji dziecięcej należałoby skontrolować systematycznie szkielet dzieci zapomocą badania rentgenowskiego, ażeby przynajmniej stwierdzić, jak często występują jednocześnie krzywica i akrodynja.

Na posiedzeniu Francuskiego Towarzystwa Hematologicznego w Paryżu z dnia 5 czerwca 1934 r. (*Presse méd.* N. 62, 1934) Knud S e c h e r (z Kopenhagi) mówił o *stanach krwotocznych wskutek leczenia złotowego*. Prelegent uważa, że objawy skazy krwotocznej występują częściej w przebiegu

leczenia złotowego gośćca, aniżeli u gruźlików. Zastanawia się on, czy pewne przypadki agranulocytozy, przypisywane solom złota, nie są spowodowane raczej przez inne leki, przyjmowane przez chorych, a zwłaszcza pochodne piramidonu, które, jak się zdaje, mogą wywołać ciężkie zaburzenia ze strony krwi.

## O d c i n e k

### O patologii kultury.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Od wieków średnich, być może, nie przeżywała Europa takiego okresu niepokoju i niepewności, jak się to ma rzecz obecnie. Czasy obecne — to nie tylko okres wszechświatowego kryzysu ekonomicznego, nie tylko chwila powstawania nowych form współżycia, ale i epoka wytwarzania nowego typu ludzkiego, jak to, na przykład, ma miejsce w Rosji Sowieckiej.

Toteż dawno nie stwierdzali psychiatrzy takiego nasilenia nerwic i psychastenii.

Jeżeli, jak twierdzi psychiatra<sup>1)</sup>, źródłem powstawania nerwic jest konflikt między życiem świadomym i autonomicznym oraz konflikt między przystosowaniem się osobnika do dawniejszych, utartych form życia i do tworzących się nowych — to chyba nie potrzeba głębiej sięgać, by znaleźć przyczyny wzmożenia się liczby powyżej wymienionych schorzeń.

Cytowany psychiatra polski powiada, że „zależnie od tego, jak się układają warunki życia — powstaje pole do wytwarzania się tych lub innych postaci odchylenia od zdrowej reakcji osobnika na te warunki. Porównując stany, jakie przybierało życie społeczne, musimy stwierdzić, iż pewnym okresem w jego rozwoju odpowiadają pewne postacie reagowania jednostek o pewnym układzie psychicznym... Ludzkość przeżywa epidemie prawie tak samo, jak podlega epidemiom chorób zakaźnych... W średniowieczu stan umysłów i warunki społeczne sprzyjały wytworzeniu się stanu psychicznego, podatnego do rozwoju automatyzmu psychicznego, a w szczególności stanów histerycznych. Przyspieszone tempo życia i wzmożona walka o byt pomnożyła ilości zachorowań i doprowadziła do wyodrębnienia w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej — neurastenji. W czasie wojny światowej wystąpiły masowe nerwice w postaci t. zw. „nerwicy wojennej”.

Ale jeżeli psychiatra tyle ma obecnie do powiedzenia, gdy chodzi o stwierdzenie odchylenia w psychicznym stanie poszczególnych jednostek, to czy nie czas byłoby, aby zastosować niektóre poglądy właściwe naukom lekarskim do przejawów życia społecznego?

Już w r. 1924 autor niemiecki B i r n b a u m<sup>2)</sup> wprowadził pojęcie „psychopatologii kultury”. Miał on na celu stworzenie nowego odcinka wiedzy, który pod powyższą nazwą miał oznaczać stosunki, jakie zachodzą pomiędzy kulturą a psychopatologią. Praca psychiatry powinna być, zdaniem B i r n b a u m a, skierowana ku zjawiskom kulturalnym i duchowym, dla których istnieje pewne uwarunkowanie historyczne; i to nawet wtedy, gdy w grę wchodzi przejawy życia współczesnego lub ludzie jeszcze działający na arenie publicznej.

<sup>1)</sup> Dr. A. F a l k o w s k i. „Nerwica jako czynnik życia społecznego”, *Rocznik Psychiatryczny* 1933, zes. XXI.

<sup>2)</sup> B i r n b a u m. „Grundzüge der Kulturpsychopathologie”. Wiesbaden, 1924.

Jeżeli psychopatologiczne badanie pojedynczego człowieka należy do medycyny, to tasama analiza, przeprowadzona pod historycznym punktem widzenia staje się nauką o kulturze. Ale, zdaniem B i r n b a u m a, odnośne prace miały przedewszystkiem na celu cechy indywidualne, a zaniedbywały właściwości historyczne a więc kulturalne. Psychopatologia człowieka genialnego lub nieprzeciętnego, podobnie jak psychoanaliza — jak twierdzi Fritz G i e s e<sup>3)</sup> — interesowała się przede wszystkim poszczególną indywidualnością, a nie całokształtem kultury. Dopiero gdy F r e u d opublikował swe dociekania nad stosunkiem psychiki neurotyka do ludów pierwotnych, można było rozszerzyć badanie i w tej gałęzi wiedzy w ten sposób, że uwzględniona została całość kultury, uwarunkowana rozwojem historycznym.

Stopniowo — mówi dalej G i e s e — zajęto się badaniem takich przejawów kolektywnych, jak epidemie masowe; wystąpiły z kolei takie zagadnienia o szerokim zasięgu, jak np. wpływ aktów o charakterze państwowym, wydawanych przez zwyróżnionych panujących, jak zawód, jaki w chwilach decydujących występował u wielkich wodzów (starca melancholija B l ü c h e r a w bitwie pod Laon w r. 1814), jak wpływ emanacji patologicznej twórczości duchowej na następne pokolenia, jak się rzecz miała np. z S c h o p e n h a u e r e m lub N i e t z s c h e m.

Sprawa zastosowywania zaczerpniętych z medycyny punktów widzenia do faktów historyczno-kulturalnych — to jeden z objawów, charakteryzujących przejście od dawnych do nowych form badań dziejów kultury w ogólności. Za typowego przedstawiciela tego nowego kierunku w nauce może być uważany S p e n g l e r, który podjął się rozpatrywania objawów ogólnego upadku danej kultury, jako zagadnienia ponadindywidualnego, czysto obiektywnego.

Słusznie powiada cytowany już powyżej G i e s e, że psychologia i medycyna, zastosowane do zakresu badań nad kulturą, prowadzą do pojęcia biologji w historjografji. Rzecz szczególna, że do wytworzenia tego pojęcia droga prowadzi przez ustanowienie pojęcia patologji w kulturze.

G i e s e twierdzi, że taksamo rzecz się ma i w medycynie. Medycynie zawdzięczamy pojęcie patologiczności, a dopiero dzięki temu ostatniemu pojęciu wytworzone zostało pojęcie normy. Jeżeli przyjąć, że jeden człowiek normalny pod względem biologicznym przypadać ma na 40.000 indywiduów, to wogóle nasuwa się pytanie, czy taka normalność jest celem doskonalenia się, i czy właśnie odchylenia od tej normy nie warunkują sobą dalszego i wyższego rozwoju?

Dalsze rozumowanie, prowadzone w tym kierunku, zmusza, zdaniem G i e s e g o, do przyjęcia medycyny i psychologii jako punktów wyjścia dla biologicznego ujęcia historji kultury. Należy zacząć od pato-

<sup>3)</sup> Dr. Fritz G i e s e. „Zum Begriff der Kulturpathologie”. *Psychologie und Medizin*, 1925, zes. I.

logji, zamiast błądzić w ciemności! Możemy rozpocząć od osobnika, mówi ów autor, i kulturalną rozbudowę historii uzależnić od rzeczy wyraźnie chorobowych, które nie dają się zasadniczo oddzielić od przejawów duchowych.

W patologii kultury powinna właśnie choroba odgrywać rolę przeważną jako czynnik, i kto pisze historię kultury, nie może zapominać o takich, na przykład, faktach, jak brak zupełny higieny w epoce rokoka, jak rozpowszechnienie się kiły po odkryciu Ameryki, jak dżuma w średniowieczu lub choroby w czasie wojny trzydziestoletniej.

A teraz sprawa wojny europejskiej, rozpatrywana w oświetleniu patologii. Zagadnienie tej wojny tak oglądane — to jedno z najbardziej interesujących zjawisk, gdyż tutaj według Giese'go od samego początku działały wpływy patologiczne na ustrój, jak przede wszystkim blokada głodowa.

Choroba jest pierwszorzędny czynnikiem, kształtującym historię — mówi Giese, a oto wkrótce po nim zjawiał się autor, którego dzieło w sposób rewelacyjny potwierdzać się zdaje słuszność tego założenia.

Podczas bitwy nad Marną na polach walk w charakterze obserwatora znajdował się Eugenjusz Birch'er podpułkownik wojsk szwajcarskich, zawodowy wojskowy i lekarz - chirurg w jednej osobie. W r. 1927 wydał Birch'er dzieło p. t. „Kryzys w bitwie nad Marną<sup>4)</sup>”, w którym to dziele do szczegółowego opisu działań wojennych dołączył na końcu rozdział, zatytułowany, jako „próba wyjaśnienia stosunków psychologicznych”.

„Gdzie szukać należy winy i błędów, które spowodowały porażkę armji niemieckiej nad Marną?” — zapytuje Birch'er i ma gotową na to odpowiedź: w stanie fizycznym i psychicznym najwyższych i odpowiedzialnych dowódców. „Jeżeli — pisze dalej ów autor — historia wojen ma posiadać jakąś wartość, to powinna więcej, aniżeli dotychczas, poświęcać uwagi momentom psychologicznym”. To jednak może mieć miejsce wtedy, kiedy stan psychiczny i cechy charakteru rozstrzygających dowódców mogą być jeszcze stwierdzone na podstawie aktów i świadków naocznych.

I oto Birch'er rysuje główne figury wojskowe w armji niemieckiej, jak szefa sztabu generalnego, generała Moltke'go, jak dowódcę jednej z armij, gen. Bülowa, jak pułkowników Laue'nsteina i Hentscha, jako ludzi chorych fizycznie czy duchowo i nie mogących zupełnie sprostać swemu niezwykle trudnemu zadaniu. Moltke, umysłowość skłaniająca się ku mistyce, zajęta dociekaniem religijno-filozoficznymi, wykazywał w chwili wybuchu wojny wybitne objawy niedomogi mięśnia sercowego, co odbijało się na czynnościach wątroby i innych narządów. Po ogłoszeniu mobilizacji Moltke ulega ciężkiemu atakowi nerwowemu, który ponawia się przy otrzymywaniu niepomyślnych wiadomości z pola bitwy. Listy jego, pisane do żony w początkach września 1914 r., dowodzą, że już wtedy szef sztabu niemieckiego wątpił o powodzeniu swej armji: „zapał Francuzów, który wygasł już prawie, — pisł Moltke 9 września z głównej kwatery — wybuchnie potężnym płomieniem i obawiam się, że naród nasz w swym zwycięskim upojeniu nie wytrzyma tego nieszczęścia”.

<sup>4)</sup> E. Birch'er: „Die Krisis in der Marneschlacht“, Berno i Lipsk, 1927.

Autor „Kryzysu bitwy nad Marną” rysuje sylwetkę Moltke'go, jako człowieka, który już w samym początku wojny był ciężko chory i który ze względu na brak uzdolnienia duchowego w najmniejszym stopniu nie dorastał do wielkich wymagań swego stanowiska. Przytacza Birch'er jako dowody tego swego sądu ustne sprawozdania bezpośrednich świadków — członków najwyższego dowództwa armji niemieckiej, „które ogarnęła zgroza, gdy 4 września zauważono, że francuzi przygotowują kantratak.... W ciągu tych dni panowała w głównej kwaterze absolutna panika”. Sam Moltke siedział godzinami schylony nad mapą, przyczem ślina mu ciekła z ust i tworzyła jezioro. Generał kwatermistrz von Steiner, człowiek ciężko chory na serce, chciał już doprowadzić do stanu obronnego Moguncję i Kolonję. Jeden z najważniejszych dowódców armji, generał von Bülow cierpiał w najwyższym stopniu na zwapnienie tętnic mózgowych, co się też wyraziło w postępowaniu jego podczas walk nad Marną; najbliższy jego pomocnik generał Laue'nstein oddawna cierpiał na chorobę Basedowa i podczas tych dni krytycznych wskutek objawów sercowych robił wrażenie człowieka bardzo ciężko chorego, apatycznego i niezdolnego do czynu. Jeden z najbliższych pomocników Moltke'go, podpułkownik Hentsch, spełniający najważniejsze funkcje wojskowe, cierpiał na kamicę żółciową, co zmniejszało w ogromny sposób jego zdolność do pracy i przyczyniło się do krańcowego pesymizmu w ocenie niemieckiej sytuacji strategicznej.

W przeciwieństwie do wodzów niemieckich rysuje Birch'er postać Joffre'a, który w czasie tych krytycznych godzin nie stracił ani na chwilę spokoju i pewności siebie, chociaż położenie wojsk francuskich było w ciągu dni, poprzedzających bitwę nad Marną, 8 i 9 września, pod każdym względem nieskończenie krytyczniejsze, aniżeli rzecz się miała z armją niemiecką. W każdej chwili groziło bowiem Francuzom niebezpieczeństwo okrążenia lub przerwania frontu.

Epizod bitwy nad Marną, przedstawiony w świetle powyższym, stanowi niezmiernie jaskrawy dowód tego, jak stan chorobowy stojących na naczelnych stanowiskach jednostek może w sposób decydujący zaważyć na szali wydarzeń o światowym, historycznym znaczeniu. A ileż faktów tego rodzaju pozostało do dziś dnia ukrytymi przed oczami krytyki historycznej tylko dlatego, że przypadek nie dał im odpowiedniego naocznego świadka lub też dziejopisa, obdarzonego należyteimi właściwościami umysłowości!

Choroba jest czynnikiem, wybitnie wpływającym na bieg historii, i to tam również, gdzie doszukiwać się można nie poszczególnych, indywidualnych zależności, ale nawet kolektywnych. Jak mało dotychczas uwzględniany był w dziejach kultury czynnik biologiczny i patologiczny — za dowód służyć może np. taka historia wędrowek narodów, które jak-najściślej związane są z klęskami głodu, a które powinny być szczególnie przedmiotem badań z zakresu patologji kultury.

Pojęcie „konstytucji”, które zdobyło sobie tak wielkie prawo obywatelstwa w medycynie, odgrywa również ważną rolę, gdy chodzi o możliwie szerokie oparcie dla biologicznego ujęcia historii kultury; a obok tego olbrzymie znaczenie mają te wszystkie wpływy, jakie ujęte zostały przez Hella'cha jako oddziaływa-

nie geofizyczne i geopsychiczne<sup>5)</sup>. Jeżeli w ostatnich czasach tak bardzo wysunięta została w medycynie rola czynników klimatycznych w powstawaniu chorób, że wspomnę na tem miejscu o „meteorycznym milieu” de R u d d e r a lub o oświadczeniu v a n B r e e m e n a, że każdy kraj ma swoje postacie gościa, zależnie od rasy, klimatu, sposobu mieszkania i życia<sup>6)</sup>,

<sup>5)</sup> H e l l p a c h: „Die geopsychischen Erscheinungen”, Lipsk, 1924.

<sup>6)</sup> S a b a t o w s k i: „Rola środowiska życiowego w rozwoju schorzeń gośćcowych przewlekłych”. Lekarz polski 1933, N. 11.

to nic dziwnego, że pod pojęciem wpływów geopsychicznych starano się poddać rozbirowi zespół oddziaływań wiatru, pogody, wysokości kraju, elektryczności ziemskiej i in. na stan duchowy. Ale z punktu widzenia zagadnienia zasadniczego, zagadnienia patologii kultury, najważniejsze, najbardziej aktualne są wpływy i oddziaływania natury geofizycznej, a więc wpływy, które oddziałują bezpośrednio na ustrój ze strony świata zewnętrznego i które mogą pchnąć jego rozwój w kierunku patologicznym.

(Dok. nast.)

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Koszty opieki lekarskiej.

Podali

S. ADAMOWICZOWA i M. KACPRZAK (Warszawa).

*„Jakość opieki lekarskiej jest wskaźnikiem cywilizacji narodu”.*

*Wilbeer.*

(C. d. — patrz Nr. 38).

### III. Organizacja opieki lekarskiej.

Zdaniem Komitetu stale wzrasta przeświadczenie, że ewolucji społecznej można nadać racjonalny kierunek, i że rzeczą mężów stanu jest sformułowanie celów tej ewolucji. Co jest słuszne dla całokształtu spraw społecznych, jest również słuszne dla opieki lekarskiej. Jak długo społeczeństwo będzie podlegało ewolucji, tak długo nieunikniona będzie ewolucja opieki lekarskiej, i należy widzieć jasno cel, do którego się dąży. Poniżej Komitet podaje własną koncepcję organizacji opieki lekarskiej i pokrycia kosztów, związanych z tą opieką.

Komitet wychodzi z założenia, że opieka lekarska winna być udzielana ludności przez zorganizowane grupy lekarzy praktyków i instytucji, pracujących w dziedzinie opieki lekarskiej, zjednoczonych wspólnym kierownictwem i wspólnym celem. Komitet ustalił różne typy organizacji dla miast, miasteczek i okręgów wiejskich, biorąc pod uwagę istniejące różnice ekonomiczne i społeczne.

#### Opieka lekarska w miastach.

Podstawą planu mającego na celu zorganizowanie opieki lekarskiej dla całej ludności w miastach, posiadających 15.000 ludności lub wyżej, jest zakładanie „komunalnych ośrodków lekarskich”, prowadzonych nie w celach zysku.

Ośrodek lekarski winien składać się z dobrze urządzonego szpitala ogólnego, poradni i atpeki. W ośrodku muszą się również znajdować gabinety: lekarzy, dentyków, personelu pomocniczego i kwatera główna pielęgniarek, oraz wszelkie urządzenia, konieczne do wykonywania praktyki lekarskiej na współczesnym poziomie, np. aparaty R o e n t g e n a, pracownia, przyrządy do fizjoterapii i dobrze zaopatrzona biblioteka. Wielkie miasta prowadziłyby oczywiście kilka ośrodków. Liczba osób, którą może obsłużyć jeden ośrodek, może ulegać znacznym wahaniom w zależności od miejscowych warunków; każdy ośrodek może mieć oddziały w kilku miejscach. W miastach o jednym ośrodku biura związków i stowarzyszeń lekarskich, dentystrycznych, pielęgniar-  
 niarskich, biura organizacji społecznych, zajmujących się sprawami zdrowia, a być może, i urząd zdrowia publicznego mogą się mieścić w ośrodku.

Ośrodek lekarski obejmować będzie całokształt opieki lekarskiej z wyłączeniem, być może, gruźlicy, chorób umysłowych, oraz innych chorób w stadium, wymagającym opieki zakładowej. Lekarze, zatrudnieni w ośrodku, będą wykonywali opiekę nad swymi pacjentami w swych gabinetach, w domu chorego, lub w szpitalu. Pielęgowaniem chorych w domu zajmować się będą pielęgniarki, w zależności od potrzeb chorego będzie to forma odwiedzin, opieki czasowej, lub całodzienniej. W razie potrzeby ośrodek zapewni chorym stałą opiekę w domu łącznie z zajęciem się sprawami gospodarczymi. Pielęgniarstwo w szpitalu będzie tak zorganizowane, aby zapewnić należyłą opiekę wszystkim chorym. Służba społeczna w szpitalu będzie czynna w razie potrzeby. Odpowiednie zakłady dla rekonwalescentów i chronicznie chorych będą utrzymywane w okolicach miasta lub na wsi. O ileby chronik został wysłany do innej instytucji, kontakt pomiędzy nim, a jego lekarzem leczącym, zostałby utrzymany. Ośrodek będzie dostarczał lekarstw, opatrunków, aparatów ortopedycznych, kul, szkieł do okularów oraz zapewniał przewóz chorych.

Szczególną uwagę ma skierować ośrodek na medycynę zapobiegawczą. Przeprowadzane będą stale badania stanu zdrowia różnych grup ludności, zmierzające przede wszystkim do wykrycia gruźlicy, chorób wenerycznych, raka i cukrzycy.

Ośrodek dokładać będzie wszelkich starań, celem wykrycia chorób we wczesnym okresie i zapobieżenia ich rozwojowi. Dokonywane będą szczepienia przeciw ospie, błonicy i durowi brzuszemu. Wmiarę możliwości usuwane będą również wady fizyczne. Higijena umysłowa zajmować będzie należne miejsce, zadaniem zaś lekarzy domowych będzie usuwanie mniejszych zaburzeń umysłowych oraz przekazywanie poważnych przypadków specjalistom. Propaganda higieny prowadzona będzie regularnie drogą konferencyj, wykładów, pogadanek, w czasie odwiedzin domowych pielęgniarek oraz przy pomocy słowa drukowanego.

Specjalną uwagę poświęci ośrodek wczesnemu rozpoznawaniu gruźlicy i chorób wenerycznych, dążąc do całkowitego wykorzenienia gruźlicy na podległym sobie terenie i zredukowania do minimum zapadalności i długości okresu chorobowego w chorobach wenerycznych. Lecząc chorych, ośrodek zwróci uwagę na naucza-

nie ich, jak mają dbać o siebie i jak mogą zapobiec przeniesieniu zakażenia na innych. Wszystkim dzieciom, pozostającym pod jego opieką, ośrodek zapewni dokładne badanie lekarskie, dentystryczne i opiekę pielęgniarską. Wreszcie ośrodek czynić będzie wysiłki celem obniżenia umieralności matek i niemowląt w obsługiwanej grupie ludności do możliwie najniższego poziomu.

Tak zorganizowany ośrodek może funkcjonować z powodzeniem niezależnie od kontroli administracyjnej, której będzie podlegał. Na czele ośrodka winien stać zarząd. Do zadań zarządu ma należeć prowadzenie polityki ogólnej i odpowiedzialność za sprawy finansowe. Czy ten zarząd powstanie z obecnie istniejących zarządów szpitali, czy będzie wybierany przez różne grupy ludności, lub też mianowany przez władze samorządowe lub państwowe, to nie ma większego znaczenia.

Metoda powoływania zarządu będzie, oczywiście, zależała, przynajmniej częściowo, od charakteru (państwowego lub niepaństwowego) szpitala, który utworzy załączek ośrodka lekarskiego. Kierownik administracyjny ośrodka winien być powołany spośród doświadczonych i dobrze wyszkolonych administratorów szpitali, posiadających wykształcenie społeczne. Współzawodnictwo między ośrodkami lekarskimi będzie sprowadzone do minimum, dzięki działalności lokalnych i państwowych urzędów koordynacyjnych.

Praca zawodowa znajdować się będzie w rękach fachowego personelu ośrodka. Odpowiedzialność za jakość pracy lekarzy, dentystów i pielęgniarek i innego personelu w ośrodku, przyjmowanie nowych członków do zespołu, zwalnianie i awanse będą włożone przede wszystkim na sam personel, i personel będzie posiadał władzę równorzędną z odpowiedzialnością, którą ponosi.

Wszyscy albo prawie wszyscy lekarze praktykujący i dentyści w danej miejscowości należeć będą w małym mieście do personelu jednego ośrodka, w wielkich miastach koncentrować się będą w kilku ośrodkach. Wielu lekarzy i dentyści i znaczna, być może, liczba farmaceutów, będzie niewątpliwie wołała zajmować się w dalszym ciągu praktyką prywatną. O ile liczba lekarzy będzie przewyższała zapotrzebowanie, państwowy urząd koordynujący będzie czynił starania o przeniesienie personelu, nie mogącego znaleźć zatrudnienia w danej miejscowości, tam, gdzie będą mogli znaleźć zastosowanie dla swej pracy oraz przyzwoity zarobek i utrzymanie.

Personel ośrodka albo będzie pobierał pobory miesięczne, lub też otrzymywał wynagrodzenie w zależności od liczby pacjentów, albo też w drodze podziału zarobków. Istnieją pewne metody, powstałe z połączenia ze sobą różnych podstaw obliczania zarobków, które mogą dać zadowalające wyniki. Część specjalistów współpracować będzie z ośrodkami w charakterze konsultantów i pobierać za to miesięczne wynagrodzenie. Niezależnie od podstawy wymiaru wynagrodzenia, całość sumy, przeznaczanej na pobory, będzie podzielona pomiędzy personel, zgodnie z kompetencją i odpowiedzialnością, jaką ponosi dany lekarz, ustaloną przez radę dyrektorów, kierownika danego oddziału, lub komitet wykonawczy personelu, i będzie dostatecznie wysoka, aby zapewnić ośrodkowi współpracę najzdolniejszych ludzi. Odpowiednie zarządzenia będą wydane celem uregulowania kwestji wakacji, wypoczynków, urlopów dla dalszego kształcenia się, i o ile stan finansowy pozwoli, emerytur,

W ośrodku lekarskim lekarz domowy będzie odgrywał czołową rolę i będzie miał poszanowanie. Na te stanowiska ośrodek będzie powoływał ludzi ze specjalnymi zdolnościami i wykształceniem, z gruntowną znajomością medycyny ogólnej i pewnym przygotowaniem z psychologii, oraz nauk społecznych.

Niektórzy z lekarzy domowych, zatrudnionych przez ośrodek będą mogli osiągnąć najwyższe zarobki, jakie jest w stanie dać ośrodek. Każdy pacjent będzie mógł wybierać sobie dowolnie lekarza domowego, naturalnie, o ile lekarz ten rozporządza jeszcze wolnym czasem; pozostawiona będzie również choremu możliwość zmiany lekarza. Ośrodek nie będzie szczędził wysiłków, aby stworzyć i utrzymać odpowiedni stosunek osobisty, pomiędzy chorym i lekarzem, co jest podstawą dobrej opieki lekarskiej. Pacjent będzie zwracał się do swego lekarza o kierownictwo i radę w sprawach zdrowia a będzie leczony przez specjalistów tylko wtedy, o ile go skieruje do specjalisty lekarz domowy. Lekarz domowy będzie odpowiedzialny przed ośrodkiem za odpowiednią opiekę nad chorym, zarówno zapobiegawczą, jak i leczniczą, wykonywaną przez niego samego lub przez kolegów. Trudne przypadki skierowywane będą do wybitnych dajagnostyków, którzy łącznie z lekarzem domowym będą ustalali plan badania i leczenia chorego.

#### Opieka lekarska w mniejszych miastach i na wsi.

Dziesięć procent ludności w Stanach Zjednoczonych zamieszkuje w miastach z ludnością od 2.500 do 15.000. Ponieważ osiedla te są zbyt małe, aby mogły utrzymać same ośrodki, kilka miejscowości będzie się łączyło razem celem sfinansowania jednego kompletnego ośrodka. Tam, gdzie to nie da się przeprowadzić, należy organizować mniejsze ośrodki. Można w razie potrzeby przebudować istniejący szpital lub wznieść nowy, mały szpital, zaangażować odpowiednią liczbę lekarzy, dentystów i pielęgniarek, założyć aptekę i zorganizować pracę w ten sposób, aby zapewnić ludności skuteczną opiekę w większości przypadków chorobowych. Taka jednostka będzie działała jako filja pełnego ośrodka, znajdującego się w najbliższym mieście. Przypadki ciężkie, lub takie, w których o dokładne rozpoznanie jest trudno, skierowywane będą dla rozpoznania i leczenia do pełnego ośrodka, lub specjaliści będą wzywani z centrali. Mniejsze ośrodki pozostawać będą pod kontrolą pełnego ośrodka, chociaż niektóre z nich będą posiadały szeroką autonomję lokalną.

Dla ludności wiejskiej, liczącej w Stanach Zjednoczonych 38% ogółu, zostaną zorganizowane i odpowiednio rozmieszczone „stacje lekarskie”. Każda stacja pozostawać będzie pod kontrolą kompletnego ośrodka lekarskiego, czy jego filji, będzie się składała z jednego lub dwu lekarzy, jednego dentysty, kilku pielęgniarek społecznych i wyszkolonej położnej. Stacje te będą polegały na pełnych ośrodkach lub ich filjach w przypadkach, gdy trzeba będzie zapewnić choremu leczenie, którego nie może dostarczyć stacja. Od czasu do czasu stacje odwiedzać będą specjaliści, udzielając porad na miejscu. Przez zorganizowanie łańcucha tych stacji i wytworzenie łączności pomiędzy niemi a ośrodkami wyższego typu, cała ludność będzie miała zapewnioną pełną, odpowiednią, kontrolowaną opiekę lekarską, przyczem jednak autonomia lokalna będzie w dostatecznej mierze zapewniona.

## Istniejące podstawy dla nowej organizacji.

Rozwój ośrodków lekarskich, ich filji i stacyj musi się odbywać w drodze naturalnej ewolucji instytucji już istniejących. Obecnie około 213 powiatów w Stanach Zjednoczonych posiada państwowe i niepaństwowe szpitale. Z ogólnej liczby 142.000 lekarzy około 116.000 związanych jest ze szpitalami, około 1.000 szpitali posiada gabinety, w których lekarze szpitalni mogą przyjmować swych chorych prywatnych; jak dotąd, korzysta z tego przywileju 4.500 lekarzy.

Coraz częściej zawierane są pomiędzy szpitalem i jego personelem umowy finansowe, i personel obarczany jest wciąż wzrastającą odpowiedzialnością za jakość wykonywanej pracy. W samym szpitalu wzrasta coraz bardziej różnorodność funkcji i dalszy postęp w tym kierunku jest konieczny. Szpitale tworzą najbardziej odpowiedni fundament, na którym może powstać miejscowy ośrodek lekarski, ponieważ cały szereg inwestycji został już w takim szpitalu wykonany. Trochę innego typu, ale niemniej użyteczne są prywatne kliniki (około 200), utrzymywane przez grupy lekarzy.

## Koordinacja i kontrola wykonywanej pracy.

Wprowadzenie ośrodków lekarskich w gminach, ich filje i stacje lekarskie obejmą kiedyś swoją opieką znaczną część ludności, odpowiednie ich zorganizowanie wymagać będzie wysiłku trwającego lata całe. W międzyczasie lekarze praktycy i istniejące organizacje będą w dalszym ciągu prowadziły swoją działalność. Co więcej nawet pełna sieć ośrodków lekarskich nigdy nie będzie w stanie przejąć całokształtu opieki nad zdrowiem.

Praktyka prywatna wśród osób zamożnych będzie istniała nadal, zagadnienia zdrowia publicznego będą stanowiły nadal sferę działalności państwa, przemysł będzie opiekował się stanem zdrowotnym robotników, a wydatki władz państwowych na opiekę szpitalną nad gruźlikami i umysłowo chorymi prawdopodobnie jeszcze wzrosną. Niektóre instytucje społeczne też będą prowadziły swe prace w dalszym ciągu. Koniecznością się więc staje skoordynowanie działalności ośrodków lekarskich z pracą innych instytucji, prowadzonych w tej samej dziedzinie.

Zagadnienia te były już częściowo omówione poprzednio, tutaj dodać trzeba, iż należy powołać do życia państwowy urząd koordynacyjny. Urząd ten w swej pracy musi zwracać baczną uwagę na potrzeby lokalne, o których informować go będą lokalne urzędy koordynacyjne.

## Metody pokrywania kosztów.

Koszty opieki lekarskiej, wykonywanej przez ośrodki lekarskie, jego filję lub stację, będą bardzo różne w różnych gminach w zależności: 1) od stanu istniejących urządzeń i koniecznych inwestycji (zakup gruntu, budynki, urządzenia wewnętrzne), 2) wysokości wynagrodzenia personelu lekarskiego, co będzie wypadkową cen i stopy życiowej, wreszcie 3) od stopnia specjalizacji udzielanej pomocy, której będą oczekiwali i żądali pacjenci.

O ile w obliczeniach przyjmujemy obecny poziom wynagrodzenia lekarzy, a nawet myśleć będziemy, że wynagrodzenie to będzie wyższe, o ile koszty szpitalne wynosić będą tyle, ile wynoszą obecnie w dobrze postawionych instytucjach, całkowity koszt wydatków na

opiekę lekarską, z wyjątkiem inwestycji kapitałnych, wynosić będzie na głowę ludności od 20 do 40 dolarów rocznie.

Koszty te mogą być pokryte: 1) drogą ubezpieczeń, przyczem składki ubezpieczeniowe mogą być wpłacane całkowicie przez jednostki i rodziny, korzystające z opieki, lub też z udziałem pracodawców w tych wydatkach, 2) z funduszy, powstałych z podatków państwowych, lokalnych, lub jednych i drugich razem, 3) przez połączenie sum ubezpieczeniowych z sumami, zbieranymi w drodze podatków. Metoda pierwsza winna być najpierw wypróbowana, zwłaszcza w ośrodkach miejskich.

W niektórych gminach można tą drogą rozwiązać kwestję pokrycia kosztów dla znacznej części ludności i w tych przypadkach metodę tę należy bezwzględnie stosować. W innych gminach, jednakże, mamy wielkie grupy ludności, których dochody są tak niskie, iż z własnych zasobów ludność nie jest w możności pokryć całkowicie kosztu odpowiedniej opieki lekarskiej, nawet w drodze składek ubezpieczeniowych. W drodze opodatkowania można podzielić koszty mniej lub więcej sprawiedliwie, jednakże pamiętać należy, iż tą drogą zwalnia się chorych od bezpośredniej indywidualnej odpowiedzialności finansowej. Pomimo, iż na tych samych podstawach zbudowany plan finansowy okazał się odpowiedni dla pokrycia kosztów, związanych z oświatą, rozwojem sieci drogowej oraz innymi działami gospodarki, większość Komitetu jest zdania, że system ten nie nadaje się do pokrycia kosztów opieki lekarskiej, o ile można zastosować inną metodę płacenia.

Trzecia metoda, w opinii większości Komitetu, jest najbardziej pożądana w warunkach miejskich. Zgodnie z tym schematem można ustalić przeciętne opłaty tygodniowe lub miesięczne dla jednostek lub rodzin, włączając w to służbę domową i pracowników dniówkowych, ustalając tę opłatę na takim poziomie, aby wszyscy mogli ją pokrywać bez szczególnych wysiłków. Na resztę wydatków złożyłyby się sumy, wpłacane przez samorząd lokalny, przyczem w razie potrzeby dalszych subwencji udzielałyby władze państwowe. W ten sposób z jednej strony ludność ponosiłaby tylko część kosztów, odpowiadającą jej zdolności płatniczej, z drugiej zaś utrzymanaby była zasada bezpośredniej odpowiedzialności finansowej każdego chorego. Podobny system opłat na rzecz szpitali z tytułu niezależnego dodatku do ubezpieczeń wprowadzony został nie bez powodzenia w Anglii. Co tydzień drobne opłaty zbierane są od robotników przez pracodawców, od innych osób przez honorowych kursorów. Opłaty te pokrywają większość kosztów pobytu w szpitalu dla wszystkich członków rodzin ubezpieczonych, niedobór ponoszony jest z podatków i funduszy dobroczynności.

Niektóre gminy mogą uważać za bardziej celowe opłacanie kosztów opieki lekarskiej w całości lub w znacznej części z sum, zebranych w drodze podatku. W słabo zaludnionych okręgach będzie to przeważnie najlepsza, a czasem jedynie możliwa metoda.

Należy zwrócić w tem miejscu uwagę na to, iż system ubezpieczeń społecznych, o którym tu mowa, różni się zasadniczo od typu ubezpieczeń, spotykanych w większości państw europejskich. Po pierwsze, system ten oparty jest na zapewnieniu ludności opieki lekarskiej przez zorganizowane grupy lekarzy, a nie przez poszczególnych lekarzy praktykujących. Zdaniem Komitetu można będzie uniknąć wielu trudności, na które narze-

kają w Europie ubezpieczeni i lekarze, o ile opieka lekarska będzie zorganizowana w ten sposób, ponieważ takie grupy lekarzy będą mogły znacznie skuteczniej występować w sprawie swych legalnych żądań i utrzymywać się na bardziej odpowiedniej i społecznie pożądanej stopie życiowej, niż poszczególni lekarze praktykujący.

Wprowadzając tutaj proponowane ubezpieczenia, będzie można zapewnić ludności znacznie bardziej wykwalifikowaną pomoc lekarską, niż to ma miejsce w Europie. Szczególne znaczenie ma fakt, iż ten system opieki lekarskiej nad ludnością zapewni jej zastosowanie zapobiegania, wczesne leczenie oraz opiekę dentystryczną zarówno zapobiegawczą, jak i leczniczą.

System, który dopiero co został naszkicowany, może być uważany za cel świadomych wysiłków gmin, dążących do dobrej organizacji opieki lekarskiej. Pewne jego cechy nie dadzą się narazie wprowadzić w życie z uwagi na poglądy, panujące w społeczeństwie amerykańskim oraz wśród zainteresowanych zawodów. Inne rzeczy nie dałyby się zastosować obecnie z uwagi na istniejące warunki ekonomiczne i społeczne. Jednakże zarówno plan jako całość, jak i wszystkie jego podstawowe elementy, znajdują się w sferze możliwości i mogą być zrealizowane w okresie najbliższych dwudziestu—trzydziestu lat.

Osiągnięcie zamierzonego celu może przynieść wiele korzyści. Po pierwsze, najważniejsze jest, że da to możliwość całej ludności korzystania znacznie więcej, niż dotąd, z najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej.

Chorzy nie będą musieli odmawiać sobie wykwalifikowanej pomocy lekarskiej, dlatego, że nie mogą pokryć jej kosztów, nawet w słabo zaludnionych okręgach otrzymać będzie można minimum dobrej opieki, a jakość opieki lekarskiej pozostawać będzie pod stałą i skuteczną kontrolą organizacji zawodowych i państwowych. Możliwość otrzymania dobrej opieki lekarskiej, za opłatą dostępną dla chorego, usunie chorych od niedostatecznie wykwalifikowanych lekarzy, znachorów i zapobiegnie stosowaniu różnych środków i specyfików na własne ryzyko.

Większość lekarzy i dentystów na tej drodze wyraźnie zyska, a to dzięki zapewnieniu sobie stałego zarobku, wypoczynku i dalszego kształcenia się, dzięki perspektywom jakie otwierają się będą przed młodymi, odpowiednio wykwalifikowanymi lekarzami, dzięki współczesnemu wyposażeniu technicznemu gabinetów lekarskich oraz ścisłej współpracy z kolegami. Można będzie wtedy również regulować dopływ nowych sił do zawodu, mierząc go rzeczywistą potrzebą. Na tej drodze można również będzie rozwiązać w znacznej mierze najtrudniejsze zagadnienie dla pielęgniarzek — zapewnienie im stałego zarobku i możliwości awansu.

Spółczeństwo, jako całość, otrzyma wielkie i, jak dotąd, nigdy nie realizowane dywidendy od swych kapitałów, włożonych w badania lekarskie i kształcenie lekarzy. Przy lepszym wykorzystaniu istniejących w kraju możliwości nastąpi wyraźne polepszenie zdrowia, szczęśliwości i spokoju ducha narodu amerykańskiego.

(Dok. nast.)

## Wiadomości bieżące

— Na mocy okólnika Pana Ministra Opieki Społecznej z dnia 23.XI.1933 r. Nr. ZH. 7/2/1 Departament Służby Zdrowia ogłosił konkurs na projekt uzdrowotnienia miasteczka, w którego wyniku zgłoszono 27 prac. Prace te zostały rozpatrzone przez specjalną komisję, która przedstawiła 4 prace do nagród pieniężnych, a mianowicie: pracę, dotyczącą Skierniewic, opracowaną przez D-ra Wiktora Łabęckiego, lekarza powiatowego w Skierniewicach, do I nagrody (800 zł.); pracę, dotyczącą Stawiszyna, opracowaną przez D-ra Dukalskiego Zygmunta do II nagrody (500 zł.); pracę, dotyczącą Żywca, opracowaną przez D-ra Feliksa Jelonka, lekarza powiatowego w Żywcu, do III nagrody (300 zł.); pracę dotyczącą Kościerzyny, opracowaną przez D-ra Aleksandra Kraszewskiego, lekarza powiatowego w Kościerzynie do IV nagrody (100 zł.). Pozatem wyróżniono 8 prac, dotyczących następujących miasteczek: 1) Baranowicz (autor dr. Kieziewicz Dymitr), 2) Doliny (autor inż. Apłowitzer Natan), 3) Lidzbarku (autor dr. Trąmpczyński Andrzej), 4) Nowego Dworu (autor burmistrz Gwiazdecki Maksymilian), 5) Sejn (autorzy: dr. Krippendorf Bogumił i inż. Muzolff Władysław), 6) Sokółki (autor dr. Tarasiuk-Tarasiewicz Stefan), 7) Ustronia (autor sekretarz gminy Lazar Jerzy), oraz 8) Węgrowa (autorzy: kontr. sanitarny Wąsowski Stanisław i technik drogowy Szvec Tadeusz). Prace nagrodzone postanowiono ogłosić w jednym czasopiśmie „Zdrowia Publicznego” w całości, zaś prace wyróżnione — w wyciągach. Prace nadesłane na konkurs wykazały duże zainteresowanie ze strony pracowników państwowej i samorządowej służby zdrowia oraz działaczy samorządowych dla zagadnień zdrowotnych naszych miasteczek. Materiały uzyskane z tych projektów niewątpliwie można będzie wykorzystać przy wykonywaniu pracy nad uzdrowotnieniem miasteczek polskich.

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę. Wzorem lat ubiegłych Państwowa Szkoła Higieny z inicjatywy Ministerstwa Opieki Społecznej organizuje w dniach 27.XI — 7.XII. r. b. IX kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie”. Wykłady odbywać się będą codziennie w godzinach 17 — 21 w gmachu Państwowej Szkoły Higieny, ul. Chocimska 24. Kurs jest bezpłatny, wpisowe wynosi 5 zł. Dla pewnej liczby słuchaczy Ministerstwo wyznaczyło stypendja w wysokości po 50 zł., a Państwowa Szkoła Higieny rezerwuje miejsca w swej bursie za opłatą 4 zł. dziennie (mieszkanie i utrzymanie) od osoby. Podania o przyjęcie na kurs oraz o przyznanie stypendjów kierować należy do Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa, ul. Chocimska 24, do dnia 17.XI. r. b. włącznie. Do podania, zawierającego dokładny adres kandydata, należy dołączyć krótki życiorys, zawierający dane o dotychczasowej działalności, zwłaszcza społecznej, i zaświadczenie instytucji lub organizacji, delegującej kandydata. O przyjęciu na kurs i ewentualnym przyznaniu stypendjum kandydaci zostaną zawiadomieni przed dniem 26.XI.1934 r. Podając powyższe do wiadomości, Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o zawiadomienie o tem P.P. Starostów (lekarzy powiatowych), kierowników Ośrodków Zdrowia oraz organizacji i instytucji społecznych, zainteresowanych tą sprawą. Dyrektor Departamentu: (—) Dr. J. Adamski.

— Z Państwowej Szkoły Higieny. Z inicjatywy Ministerstwa Opieki Społecznej (Depart. Służby Zdrowia) w dniach 27 listopada do 7 grudnia b. r. odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny IX Kurs Alkoho-

logji p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie”. Kurs jest bezpłatny — wpisowe wynosi 5 zł. Wykłady odbywać się będą codziennie od godz. 17 do 21 wieczorem. Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zgłoszenia do dnia 27.XI. b. r. Sekretarjat Kursu — Państwowa Szkoła Higieny — Warszawa, ul. Chocimska 24.

— Doroczny zjazd naukowy Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego i Fizjoterapeutycznego odbędzie się w dniach 8 i 9 grudnia 1934 r. w Warszawie, w sali wykładowej II Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nowogrodzka 59. Tematy główne Zjazdu, uchwalone przez Walne Zebranie, są następujące: 1) Obraz radiologiczny płuc w zaburzeniach narządu krążenia. Ref. Dr. M. Werkenthin. Koref. Dr. W. Kaliciński. 2) Rentgenodiagnostyka w położnictwie. Ref. Dr. E. Meisels. 3) Radjoterapia układu wegetatywnego. Ref. Dr. B. Grynkrant. Zarząd T-wa uprasza o liczne zgłaszanie odczytów i pokazów w związku z tematami głównymi, a także na tematy dowolne.

— Od kol. Pawła Goldsteina otrzymaliśmy pismo następujące: We wrześniu r. b. odbył się w Meranie t. zw. „Vi° Corso Internationale di Alta Coltura Medica della Fondazione Tomarkin, Roma — New-York”, na którym wygłosiło referaty około 50-ciu wykładowców, znakomitych uczonych kilkunastu krajów Europy. Po bliższym zaznajomieniu się z Dr-em Tomarkinem, prosiłem go, aby zechciał mi wytłumaczyć powstanie i cel tych kursów. Dr. Tomarkin podał następujące wyjaśnienie z prośbą o umieszczenie w prasie lekarskiej polskiej. Fundacja Tomarkina powstała w roku 1927, w Ameryce w celu popierania badań lekarskich na gruncie międzynarodowym. Ze względów wyłącznie geograficznych przeniesiono działalność tej Instytucji do Europy. Międzynarodowa współpraca intelektualna przyoblecła się w kształt Międzynarodowych Zjazdów dla wyższych studiów lekarskich, niezwiązanych ściśle z istniejącymi Uniwersytetami. Do chwili obecnej wygłosiło referaty 170 profesorów z 40 Uniwersytetów i 30 krajów, słuchaczy było na tych 6-ciu Kursach około 1000. Dotychczas opracowano, względnie omawiano wszystkie ważniejsze dziedziny medycyny, a więc: Neurologja, Choroby dzieci, Rak, Gruźlica, Choroby przemiany materji, Badania nad hormonami, Leczenie surowicami, Choroby zakaźne i t. d. i t. d. Referentami byli najwybitniejsi specjaliści omawianych dziedzin, spośród wielu wymienimy tylko laureatów Nobla: Meyerhof, Aberhalden, dalej Sauerbruch, Hans Horst-Mayer Calmette, Besredka, Leon Bernard, Levaditi, Fissinger (Haematologia), v. Koranyi, Kerl, Ferrata, Donati, Leriche, Castellani (med. tropikalna) i t. d. i t. d. Dr. Tomarkin, który jest chemikiem, zajmował się specjalnie chemją toksyn i antytoksyn, chemją gruźlicy, leczeniem chemicznem zapalenia płuc i posocznicy. Dr. Tomarkin był czynny na Uniwersytecie New-York Hospital Bellevue. Spośród członków, popierających finansowo instytucję, o której mowa, wymienić należy: A. Campbella, głównego doradcę Amerykańskiej Marynarki Handlo-

wej, Roberta H. Hague (New-York), przedstawiciela Przemysłu Naftowego oraz Roberta Handa i Roberta Martina Gillena, przedstawicieli Przemysłu Stalowego. Ze względu na ciężki kryzys ekonomiczny musiano odstąpić od tworzenia nowych sekcji, które miały w wybitnym stopniu rozwinąć i pogłębić współpracę naukową krajów kulturalnych, a więc: systematyczną wymianę profesorów i docentów, tworzenie placówek dla niezamożnych lekarzy i uczonych w krajach obcych idei opartej na wzajemności. Dotychczas ogłoszono drukiem dokładne sprawozdania z kursów, utworzono pracownię badawczą w Locarno, udzielono poparcia materialnego wielu pracownikom naukowym, utworzono Międzynarodowe Komitety do badań nad: białaczką, zapaleniem szpiku kostnego i reumatyzmem. Największą jednak zdobyczą tych długoletnich wysiłków jest, niewątpliwie, tworzenie ośrodka, wokół którego zbierają się lekarze i uczeni całego świata, ośrodka, który stwarza warunki pokojowej i harmonijnej współpracy badawczej lekarskiej dla dobra ludzkości, niezależnie od skał i raf politycznych i nacjonalistycznych, jakoteż ugorów scholastycznej i opartej na martwych tradycjach medycyny. Następny Kongres odbędzie się w Brukseli we wrześniu 1935, podczas Wystawy Wszechświatowej i dla uczczenia setnej rocznicy istnienia Uniwersytetu w Brukseli. Sądzę, że i w Polsce uda nam się w najbliższych latach zorganizować podobny kurs, i mam nadzieję, że najwybitniejsi polscy uczeni wezmą w nim udział, a liczne rzesze słuchaczy zjadą nań z całego świata.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 16.X. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Pokaz: J. Mackiewicz: Przypadek stwardnienia wieloogniskowego z zaburzeniami snu. G. Lewin: Gruźlica płuc w wieku podeszłym i walka z nią.

### 18.X. Posiedzenie Lekarzy Szkolnych.

1) Sprawy bieżące. 2) „Ujemny wpływ środowiska wielkomiejskiego na młodzież szkolną”. Referat z biuro: Dr. J. Bogdanowicz, dr. J. Leśkiewiczowa, P. Matkowska, P. Rendznerowa.

### 22.X. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna

Pokazy: 1. J. Pinczewski i M. Stern. Przypadek choroby Quincke z nawrotem porażeniem nerwów czaszkowych. 2. J. Pinczewski i M. Wolff. Przypadek torbieli mózgu, leczony odbarczeniem i następnie promieniami Roentgena. 3. E. Herman i M. Saidman. Operacja Stöffla z względnie dobrym wynikiem w przypadku choroby Littlea. 4. G. Selligow. Przypadek nowotworu wrodzonego wątroby. Odczyt: 5. J. Węgieńko. Ważniejsze powikłania cukrzycy i ich leczenie.

TRĘŚĆ: FREUND. Leczenie przewlekłego gośdca stawowego. — Z. KOŁODZIEJSKA. O najnowszych wzorcach witaminowych. — H. RASOLT i A. KICINSKI. W sprawie samodzielnego pęknięcia tętnicy głównej (Dok.). — W. MILLER. Współczesny stan wiedzy o reumatyzmie infekcyjnym (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — ST. KRAMSZTYK. O patologji kultury. — S. ADAMOWICZOWA i M. KACPRZAK. Koszty opieki lekarskiej (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: FREUND. Traitement du rhumatisme articulaire chronique. — S. KOŁODZIEJSKA. Sur les nouvelles formules des vitamines. — H. RASOLT et A. KICINSKI. Aufsjet de rupture spontanée de l'aorte (fin). — W. MILLER. L'état contemporain de la science concernant le rhumatisme infectieux (Rev. gén.). — ST. KRAMSZTYK. Sur la pathologie de la culture. — S. ADAMOWICZ et M. KACPRZAK. Frais des soins médicaux (suite).

**SAL DIETETICUM**  
SINE CI<sup>o</sup> Br<sup>o</sup> J<sup>o</sup> N<sup>o</sup>  
*nulla contrindicatio!*  
**ARTISANAL**  
**GEO**