

# 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 XIII

WARSZAWA, 10 WRZEŚNIA 1936 R.

Nr. 34

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

Z Oddziałów neurologicznych szpitala na Czystem w W-wie.

#### O chorobie Tay-Sachsa.

Podał

Maksymiljan BIRO (Warszawa).

Prawie pół wieku (1881—1887) upływa od czasu pierwszych wzmianek o schorzeniu, noszącym nazwę amaurotic-family idicy, czyli choroby Tay<sup>36</sup>-Sachsa<sup>31</sup>. Od owej pory ukazał się szereg pokrewnych (zespół Spielmeyer<sup>34</sup>-Vogta<sup>38</sup> z podziałem Bielschowskyego<sup>2</sup>, zespoły Niemann-Picka<sup>28</sup>, Kufsa<sup>28</sup>, Hansena<sup>14</sup>), a jednak po dziś dzień przybývają nowe dane do pierwotnego obrazu. Z tego powodu pozwolę sobie omówić tę sprawę na zasadzie 10 przypadków, jakie posiada szpital w spuściznie po poliklinice D-ra Goldflama oraz 10 obserwacji, które zawdzięczam oddziałom kol. E. Hermanna i kol. Wł. Sterlinga.

Pierwszy asumpt do stworzenia obrazu chorobowego Tay-Sachsa dały spostrzeżenia okulistów w sprawie dna oczu szeregu dzieci, przedstawionych im ze względu na zaburzenia wzroku. Na dnie „w obu oczach” spostrzegli oni „w pobliżu plamy żółtej okrągłą plamę białą z zawartym w niej punktem mniej więcej okrągłym o barwie brunatno-czerwonej”. „Ten punkt środkowy”, powiada Tay<sup>36</sup>), „nie wyglądał, jak wybroczyna krwawa, ani jak pozostałość barwnika; wydawał się raczej luką w białej plamie, przez którą widać było zdrową tkankę siatkówki. Na wygląd istnieje podobieństwo pomiędzy taką plamką żółtą a obrazem zatoru środkowej tętnicy siatkówki”. Opisana „malina” jest wyrazem powikłania sprawy przygotowującego się lub już istniejącego zaniku nerwów wzrokowych. Sprawa dotyczy pęczka tarczowo-plamkowego (*papillo-macularis*), udzielającego włókien nerwowych plamce żółtej i części siatkówki, mieszczącej się między plamką żółtą a tarczą (16, 17). Rzecz to analogiczna do napotykaney w podostrem zapaleniu pozagałkowym (22).

We wszystkich naszych przypadkach istniała na dnie oczu w plamie żółtej „malina”, w jednych większa, w innych mniejsza, bo o średnicy, odpowiadającej wymiarom 1 tarczy (L. Endelmana) zamiast wielkości 1—3 tarcz, jaka bywa przeważnie, a tarcze były mniej więcej blade (F. Winawer), bo jedne (3

przypadki) zmierzały do zaniku (L. Endelmana), inne (2 spostrzeżenia) wykazywały zanik wyraźny (A. Zamenhof). Tam, gdzie sprawa nie doszła do całkowitego zaniku, wzrok był względnie utrzymany; gdzie istniał obraz zupełnego zaniku, wzrok był zniesiony. A jednak nie we wszystkich przypadkach podają ostatnio „malinę”. Gdy jedni ją nadal podkreślają (6,24,37), inni mówią tylko o zmianach w nerwie wzrokowym zapalnych, zanikowych (*neuritische Sehnervenatrophie*) bez „malin”. A zachodziły zaburzenia wzrokowe bez „malin” zarówno u dzieci młodszych, jak i starszych, u maleństwa 4-miesięcznego (30), u 7-miesięcznego (8), u dziecka 1-rocznego i 4-letniego. I takie były oczy nie tylko w pierwszych czasach choroby (30), lecz pozostawały w tym stanie przez cały czas jej trwania względnie długiego, bo po 13-miesięcznym najmniej przebiegu (8). To też, gdy do odkrycia choroby Tay-Sachsa głównie przyczyniło się ujawnienie „maliny” w plamie żółtej badanych dzieci, ostatnio nie nadają „malinie” znaczenia objawu, niezbędnego do rozpoznania tej choroby. Sądzą nawet, że „składniki wzrokowe są względnie samodzielne, że mogą się kombinować z innymi zaburzeniami (zwyrodnieniem nerwowym), że mogą występować same i wreszcie wcale się nie zjawiać” (Bertrand i van Bogert). W jednym z naszych przypadków „malina” występowała w jednym tylko oku.

W. A., chłopczyk 5-tygodniowy, w rodzinie 6-te dziecko zrzędu. Urodziła go matka lekko. 5-ro jej dzieci zmarło w pierwszym roku życia, przeważnie przed 9-tym miesiącem. Urodziły się wszystkie bez pomocy lekarskiej, lecz po porodach względnie ciężkich. W 2-im miesiącu ich życia matka zauważyła, że dzieci mało poruszały nóżkami, a rączki miały nieruchome i zaciśnięte w piąstkach. Płakały mało i cicho; ssaly słabo. 4-te dziecko zrzędu rozwijało się względnie prawidłowo i zmarło w 7-ym miesiącu życia na chorobę zakaźną. I ono też od pierwszego tygodnia życia mało ruszało nóżkami, a odtąd coraz mniej. Pokrewieństwo pomiędzy rodzicami bardzo dalekie. Nasza pacjentka rączkami porusza swobodnie. Płacze mniej głośno, niż dzieci zdrowe. Ssie prawidłowo. Należycie zbudowana, nieźle odżywiona. Czaszka wielkości normalnej; obwód 38, wymiar strzałkowy 24, od ucha do ucha 24. Ciemiączko otwarte. W narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Śledzi oczami za światłem. Zrenice średniej wielkości, oddziaływają na światło. Dno oka prawego w miejscu żółtej plamki ma na

tle normalnem siatkówki czerwoną plamę o konturach nieregularnych; dno oka lewego z obrazem zaniku bez plamy czerwonej. Kończyny górne najczęściej zgięte w stawach łokciowych, palce zgięte i mocno ściśnięte. Ruchy samoistne kończyn górnych zachowane. W razie uklucia kończyny te cofają się. Kończyny dolne wyprostowane; stopy ustawione prawidłowo. Napięcie mięśni w kończynach dolnych zmniejszone. Dziecko, leżąc na plecach, nigdy nie unosi kończyn dolnych, ponad poziom; zgina je minimalnie w kolanach; cokolwiek rusza stopami i palcami. Położone na brzuchu nie robi żadnego usiłowania, by się odwrócić. Gdy je posadzić, główka opada bezwładnie. Pozostawione w spokoju, dziecko nie porusza się. Brak odruchów z m. m. trójgłowych; okostnowe zachowane. Brak o. o. brzusznych i nosidłowych, kolanowych, Achillesa i podeszwo- wych.

„Malina“, występująca tylko w jednym oku, przemawia w tym sensie, że nie jest ona objawem, bezwzględnie obowiązującym to cierpienie. Inne zmiany w siatkówce bywają i w postaciach, pokrewnych T a y - S a c h s o w i (S t o c k, G r e e n f i e l d i H o l m e s), i zjawiają się w nich o innym czasie i z innym natężeniem. Nasz przypadek wykazuje, że czas i istota zmian mogą być odmienne nawet w każdym z oczu pacjenta.

Żrenice u jednych z tych dzieci oddziaływały na światło należycie, u innych słabo; u niektórych wcale nie oddziaływały. Oddziaływały u tych, które widziały dobrze lub względnie dobrze przy pozornie chyba całkowitym zaniku n. n. wzrokowych, a świadczyło o zachowanym w pewnym stopniu wzroku to, że jedno z tych dzieci śledziło za światłem, a „drugie rodziców nie poznawało, ale za nimi śledziło wzrokiem“. U innych z pośród naszych dzieci żrenice oddziaływały słabo, i dzieci widziały, jedno lepiej, inne gorzej. Jedno z dzieci broniło się podczas oftalmoskopowania. Zapewne, że oddziaływanie żrenic jest zależne nietylko od stanu nerwu wzrokowego, lecz i n. spółczulnego; niektóre włókna, przebiegające wraz z n. okoruchowym, są włóknami układu wegetatywnego i są związane ze zwojem rzęskowym (*ganglion ciliare*), toteż u jednego dziecka żrenice rozszerzały się podczas wyprężania kończyn, jako też podczas snu.

K. J., 1¼ roczny chłopiec, 6-te dziecko zdrowych, niespokrewnionych rodziców. Reszta rodzeństwa cieszy się dobrem zdrowiem. Urodził się normalnie i rozwijał się zupełnie prawidłowo. Przed 9 miesiącami 12-letnia siostra, nosząc go na rękę, upadła wraz z nim na bruk; dziecko uderzyło się w prawy policzek, prawe oko i nos. Od tego czasu było apatyczne, przestało sięgać po przedmioty; stopniowo stało się „jak glina“, ani siedzieć, ani głowy pionowo utrzymać nie mogło. Nie płacze. Blade, miernie zbudowane. Ciemiączko niezupełnie zarośnięte. Głowa duża. Gałki oczne poruszają się automatycznie w rozmaitych kierunkach. Za światłem dziecko nie śledzi. Żrenice średnio szerokie, obie jednakie, okrągłe, na światło oddziaływają słabo, niewiele zmieniają swe rozmiary przy dłuższem trwaniu bodźca (brak wahania ich rozmiarów), rozszerzają się powoli; podczas snu żrenice są szersze, a gałki oczne wciąż się poruszają w rozmaitych kierunkach. Na dnie oczu tarcze białe z „maliną“ na białem tle. Pod wpływem dźwięku klaśnięcia w dłoń dziecko podryguje. Od czasu do czasu bez zewnętrznej podniety wypręża wszystkie kończyny na 0,5—1 minuty, i wówczas rozszerzają się żrenice. Napięcie mięśni kończyn i tułowia obniżone. O. o. kol., Achillesa, podeszwo- wie umiarkowane. Brak o. B a b i Ń s k i e g o .

U niektórych dzieci, dotkniętych chorobą T a y - S a c h s a, spostrzegaliśmy bezustanne lub prawie ustawiczne ruchy gałek z kąta w kąt ( 2 spostrz.), dogóry i wdół ( 1 przyp.), w rozmaitych ( 2 spostrz.) lub wszy-

stkich kierunkach ( 1 przyp.). Z tych dzieci jedne robią wrażenie całkowicie niewidomych ( 2 spostrz.), mają typową „malinę“ na dnie oczu i nie oddziaływające na światło żrenice; inne dziecko jest niewrażliwe na bodźce wzrokowe, ma żrenice sztywne i zanik nerwów wzrokowych; pewne znów dziecko wykazuje żrenice, słabo oddziaływające i obraz zaniku n. n. wzrokowych, bezustanny niepokój gałek ocznych, nawet podczas snu, wreszcie inne ma niepokój ludzi źle widzących, jako wyraz szukania prawie ślepymi oczami jakiegokolwiek punktu świetlnego. Objasnienie to nie jest uzasadnione. Istnieją ludzie ślepi lub prawie ślepi bez niepokoju gałek, a przeciwnie uderzający gałkami nieruchomemi. Zresztą, najbardziej przemawia przeciw zależności ruchów gałek od zaburzeń wzrokowych nasz przypadek z niepokojem gałek w czasie, gdy o patrzeniu niema mowy, bo podczas snu.

Jeśli pierwszą rzeczą, jaka wpłynęła na odkrycie choroby T a y - S a c h s a, były objawy oczne, to chyba w wielu przypadkach one wcześniej, niż jakiekolwiek inne zaburzenia, ujawniają chorobę. Ale istnieją przypadki, w których one się zjawiają w późniejszym dopiero przebiegu choroby ( 8 naszych spostrzeżeń oraz przyp. R o c h l i n e j <sup>30</sup>). Niekiedy pierwsze, co u tych chorych uderza, to wielka wrażliwość słuchowa. Wystarczy słaby dźwięk, by takie dziecko podrygiwało całym ciałem: jedne z tych dzieci wykazują podrygi na lekkie klaśnięcie w dłoń ( 3 przypadki), inne na odgłos cichej mowy podrygują oraz płaczą i na zmianę się śmieją ( 1 spostrz.), pewne czynią to, gdy ktoś obok zlekka zakaszle lub kichnie ( 1 przyp.), zwłaszcza, gdy dźwięk zabrmi niespodzianie ( 1 spostrz.). Przystają reagować w miarę trwania wrażeń słuchowych. Nadwrażliwość uwydatnia się niekiedy już od pierwszych dni lub tygodni ( 2 przyp.). Zachodzi kwestja, czy zaburzenia te odnieść do nadwrażliwości zwojów skroniowych. Jeśli zaburzenia występują zarówno podczas mówienia do chorego, jako też dzwonienia, bądź klaskania w dłoń, to nie chodzi w tym razie ani o ośrodek dla słyszenia wyrazów (Wortinnzentrum), umiejscowiony w okolicy pierwszego zakrętu skroniowego ( 15), ściślej w jego części tylnej ( 11), ani o głuchotę muzyczną, ześrodkowaną, jeśli nie w całej okolicy skroniowej ( 15, 27), to w tylnej części drugiego zakrętu skroniowego, w pobliżu ciemiennego ( 11). O ile dzieci, dotknięte chorobą T a y - S a c h s a, wykazują nadwrażliwość słuchową drogą ruchów, to z tego nie wynika, że są to ruchy świadome. Toteż ruchy te są uznawane za odruchy ( 7). Zdrowy mózg ma na odruchy wpływ hamujący (możemy wszak czynnie zmniejszać ich natężenie); gdy działanie mózgu zostaje zmniejszone, odruchy się potęgują: wówczas mocny huk wywołuje wstrząs ciała. Wrazie migreny nadwrażliwość słuchowa trwa określony ułamek czasu, przeważnie poprzedza ona ból głowy i ustępuje w chwili jego wybuchu; w razie rozrostu kostnego w wyrostku sutkowym (niekiedy po operacjach) nadwrażliwość słuchu bywa zjawiskiem stałym. Szereg dzieci z chorobą T a y - S a c h s a wstrząsa się całym ciałem podczas wrażeń słuchowych, a podczas ciszy ruchy te ustępują. B e c h t e r e w wskazał na przymykanie powiek pod wpływem wrażeń słuchowych i nazwał to zjawisko odruchem słuchowym ( 9). Rozmaite tory służą do tych odruchów ( 39). Odruchy słuchowe nie wymagają nieuszkodzonych ośrodków w korze mózgowej, gdyż zjawiają się i w razie jej zniszczenia, byleby zachowane zostały ośrodki podkorowe ( 20); zresztą, u psów występują nawet po usunięciu obu półkul ( 13). Do odczynu ruchowego (przy-

mykanie powiek, wstrząs całego ciała) na wrażenia dźwiękowe ma się przyczyniać śródmózgowie. Spostrzeżano rozmaite tego rodzaju objawy u kotów, którym usunięto mózg przed tylnymi ciałkami czworacemi (10). Tylnie ciała czworacze otrzymują bodźce od n. słuchowego strony do nich przeciwległej. Część włókien ze wstęgi bocznej (*lemniscus lateralis*) wkracza do przednich ciałek czworaczych; na tej drodze mogą powstawać takie odruchy na bodźce słuchowe, jak skierowanie głowy, wzgl. oczu w stronę źródła dźwięku.

Niektóre dzieci, dotknięte chorobą *T a y - S a c h - s a*, mają prawidłową wrażliwość słuchu (1 spostrz.); inne mają tę wrażliwość obniżoną i oddziałują słabo na bodźce słuchowe, jak i wzrokowe (1 przyp.): dźwięk dzwonka wywołuje u niektórych słaby uśmiech (1 spostrz.). Osłabienie słuchu zjawia się niekiedy we względnie wczesnym okresie choroby; u kilku chorych słuch nadwrażliwy przeszedł z czasem w słuch osłabiony. Jedno dziecko nie reagowało na smak chininy. Czy zachodziło u niego zmniejszenie czynności w ośrodkach, w zakręcie Hipokampa, czy raczej obniżyła się zdolność reagowania, trudno powiedzieć, gdyż to dziecko wykazywało obniżenie i w innych sferach: nie reagowało wcale na dźwięk i słabo na bodźce bólowe (kłucie szpilką).

Inne dzieci na bodźce bólowe odpowiadały słabo (2 spostrzeżenia); pewne dzieci wrazie ukłucia w podeszwy wykonywały bez płaczu większe (1 spostrz.) lub mniejsze (1 przyp.) ruchy ucieczki. Niekiedy powyższe objawy są jedyne i tak nieznaczne, że nie nasuwają otoczeniu myśli o chorobie, zwłaszcza, gdy pacjent jest bardzo młody: wydaje się wtedy, że dziecko tylko osłabło. Z czasem przestaje ono siedzieć (1 spostrz.) lub posadzone załamuje się biernie i wykazuje garb łukowaty (1 przypadek), albo wbrew stanowi dotychczasowemu nie może czynnie utrzymać główki (objaw szczyryka), i ona mu biernie opada (1 spostrz.). Już więcej zwraca naszą uwagę, gdy stawać (6 przyp.) lub chodzić nie może, a jest w wieku, w którym chodzić powinno (4 przyp.), lub, gdy postawione pada w jedną lub drugą stronę, bądź też to w jedną, to drugą się przewraca, a główka się chwije i luźno opada wtył, naprzód lub w bok (16 przypadków). Niektóre z tych dzieci leżą, „jak glina” (1 spostrz.), w pozycji im nadanej i nie wykazują usiłowania (4 przypadki) do jej zmienienia (objaw trupi *S c h a f f e r a*). Uderza nas, gdy dziecko, które uprzednio chodziło, nawet siedzieć nie potrafi (2 spostrz.), i gdy dziecko, nie-żle dotąd mówiące, zostaje mowy pozbawione (1 przyp.). U wielu z nich mięśnie tracą na napięciu.

(Dok. nast.)

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. P.

(Dyr.: Prof. Dr. M. M i c h a ł o w i c z)

i

z Zakładu Bakt. Wydz. Wet. U. J. P.

(Dyr.: Prof. Dr. Z. S z y m a n o w s k i).

### Odczyn na reumatyzm (BBF) na podstawie z górą 300 przypadków materiału klinicznego.

Podali

H. BROKMAN, J. BRILL, J. FRENZŁOWA (Warszawa).

Potrzeba wypracowania odczynu, który byłby wskaźnikiem toczącej się choroby reumatycznej w ustroju, jest niedawnej daty. Powstała ona z chwilą, kiedy okazało się, że najistotniejszy objaw kliniczny, a mianowicie, bóle i obrzęmania stawów, częstokroć zawodzi. Poznaliśmy, prócz dawniej znanych ognisk reumatycznych w sercu (*endo-myo-pericarditis*) i reumatycznych schorzeń opłucny, również reumatyzm tkanki płucnej, nerek, rzadko mózgu i opon mózgowych i wreszcie wątroby. Również etiologia reumatyczna niektórych postaci miażdżycy naczyń jest ostatnio podnoszona. Specjalnie zainteresowana jest w wykorzystaniu odczynu na reumatyzm Klinika Pedjatryczna, gdzie postawienie rozpoznania wymienionej choroby często nie jest bynajmniej rzeczą łatwą. Choroba reumatyczna przebiega u dzieci częstokroć jako ciężkie ogólne cierpienie, aż dopiero po pewnym upływie czasu występują objawy ze strony serca, rzadziej ze strony stawów. To znów choroba ma przebieg utajony: reumatyczne zapalenie wsierdzia rozwija się przy lekkim stanie niedomagania i stanach podgorączkowych.

Dotąd mówiliśmy o t. zw. ostrym gościu, czyli chorobie *B o u i l l a u d*, charakteryzującym się, jak wiadomo, pod względem anatomo-patologicznym występowaniem t. zw. guzków *A s c h o f f a* w mięśniu sercowym, a nieraz i w innych narządach. Klinika przeciwstawia tej chorobie pierwotnie przewlekłe schorzenia stawów bez objawów ze strony serca i zgodnie z większo-

ścią autorów ujmuje je, jako posiadające zapewne inną etiologję i patogenezę. Zwolennicy natomiast teorii alergicznej pragną wszystkie niemal cierpienia stawowe włączyć do jednego zespołu klinicznego, sprawę etiologii uważając za nieistotną. Zrozumiałą jest rzeczą, że opracowanie odczynu, opartego na zasadach etiologiczno-biologicznych, mogłoby służyć klinice za podstawę do uszeregowania wymienionych schorzeń.

Czynione były próby wypracowania odczynu na reumatyzm. Nie będziemy ich tutaj omawiali, gdyż szersze uwzględnienie znalazły one w pracy kolegi *K r y s z k a* (Warsz. Czas. Lek.). Wymienić tutaj należy odczyn *B u c h o l c a - W e i l a*, którzy stwierdzają zmniejszone miano dopełniacza we krwi chorych na reumatyzm, *B u c h s t a b a* i *J a s i n o w s k i e g o* — leukopenja po chłodzeniu skóry eterem, *M e s t e r a* — sprowadzający się do powstawania leukopenji po wstrzyknięciu do skóry kwasu salicylowego, i wreszcie odczynu kłaczkowania. Wszystkie te odczyny, niezależnie od ich wartości dla rozpoznania naogół cierpienia reumatycznego, nie mogą, ze względu na swą istotę, mieć pretensji do wpływu na uporządkowanie cierpień reumatycznych pod względem etiologii.

Postawiliśmy sobie za zadanie wypracowanie odczynu, któryby w zasadzie tym warunkom odpowiadał. Podstawą naszych zamierzeń było przeświadczenie o odrębności etiologicznej t. zw. ostrego gościa stawowego, czyli choroby *B o u i l l a u d*. Poszliśmy drogą, wskazaną nam przez *W a s s e r m a n n a*, a opartą na odczynie *B o r d e t - G e n g o u* (odchylenie dopełniacza). W tym celu został przygotowany wyciąg wodny z tkanek trojga dzieci, zmarłych na ostry reumatyzm, potwierdzony anatomo-patologicznie. Najlepszy okazał się wyciąg z wątroby, wbrew naszym pierwotnym przewidywaniom, gdyż sądziliśmy, że najbardziej będzie się nadawało serce, jako zawierające najwięcej tkanki reumatycznej. Odczyn wykonywano według klasycznego przepisu dla odczynów *W a s s e r m a n n a*, odczynu

na nosaciznę u koni, przyczem raz jeszcze zaznaczamy, że wyciąg nasz został przygotowany według pierwotnego przepisu odczynu *Wassermann*a, a więc tkanki chorego, i przytem był to wyciąg wodny. Obecnie używany antygen *Wassermann*owski przygotowuje się z serca wołu, i jest to wyciąg alkoholowy, a więc zawierający lipoidy.

Pierwsze nasze badania przeprowadziliśmy na materiale Kliniki Pedjatrycznej U. J. P., pobierając krew z jednej strony z przypadków pewnej choroby *Bouillaud* w okresie ostrym lub podostrym, z drugiej zaś korzystaliśmy z przypadków kontrolnych, a więc dzieci, które leżały w Klinice z powodu innych cierpień. Wyniki przekonały nas o wartości klinicznej naszego odczynu. W dalszym ciągu naszych badań korzystaliśmy z łaskawie ofiarowanego nam materiału innych szpitali dziecięcych, a więc Szpitala dla Dzieci przy ul. Kopernika oraz Szpitala dla Dzieci im. Bersonów i Baumanów. Następnie zwróciliśmy się do dorosłych i tutaj poza materiałem kontrolnym badaliśmy różnorakie cierpienia stawowe. Był to materiał z II Kliniki Wewnętrznej U. J. P., Szpitala Okręgowego im. Marszałka Piłsudskiego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych „Excelsior” w Iwonczu, wreszcie pojedyncze przypadki z innych szpitali warszawskich oraz Szpitala im. Poniańskiego w Łodzi. Niektóre próby przysyłane były do nas dla rozstrzygnięcia istoty sprawy w przypadkach wątpliwych.

Materiał dziecięcy obejmuje w pierwszej linii 64 przypadki choroby *Bouillaud* w stanie czynnym, a więc przeważnie z objawami ze strony serca, w tem 10 przypadków płasawicy; z tego w 56 przypadkach (6 płasawic) otrzymano odczyn dodatni. W 8 przypadkach (w tem 4 płasawice) odczyn wypadł ujemnie.

Dzieci zupełnie zdrowych (z Zakładu dla Dzieci Opuszczonych Magistratu — Dr. *Mayer*a) badaliśmy 51. Obejmowały one grupy dzieci od lat 5 do powyżej lat 14. Wszędzie otrzymano odczyn ujemny, prócz jednego, u którego odczyn wypadł słabo dodatnio.

Do grupy 3-ciej należały dzieci chore na inne cierpienia, nie zdradzające objawów reumatycznych w liczbie 55. Wśród tych dzieci w 50 przypadkach odczyn wypadł ujemnie, w 5 — dodatnio. Do przypadków, w których odczyn wbrew naszym przewidywaniom wypadł dodatnio, należą: 1 przypadek gruźlicy prosówkowej, 1 przypadek nacieczenia gruźliczego okołonękowego, 1 przypadek duru brzusznoego, i 1 przypadek żółtaczkii o dość długotrwałym przebiegu, rozpoznany jako *icterus catarrhalis* i 1 przypadek marskości płuc. Należy zaznaczyć, że wśród przypadków kontrolnych było 16 gruźlic (w tem 2 płyny z opłucnej), 6 durów brzusznych, oraz u dorosłych badaliśmy kilka przypadków schorzeń wątroby również z wynikiem ujemnym.

Jak należy tłumaczyć wyniki niezgodne? Ujemne odczyny w przypadkach wyraźnego reumatyzmu nie wymagają komentarzy. Żadna choroba, a w tem i kiła, nie daje w 100% odczynów dodatnich. Większego zastanowienia wymagają odczyny dodatnie w chorobach niereumatycznych. Mogą to być zarówno odczyny nieswoiste, zależne od uchwiejnienia surowicy, które mają miejsce do dziś dnia przy wykonywaniu odczynu *Wassermann*a. Liczyć się jednakże należy i z inną możliwością o głębszym znaczeniu biologicznym, wymagającym szerszego omówienia już na tem miejscu.

Jeżeli na zasadzie naszego materiału dziecięcego nie mamy wątpliwości co do tego, że odczyn *BBF* w ogromnym odsetku przypadków jest wskaźnikiem obec-

ności w ustroju sprawy reumatycznej, to nie wiemy jeszcze z całą pewnością, czy jest on wyłącznie wyrazem sprawy klinicznie czynnej, czy też może pozostawać również przez dłuższy czas jako wyraz przebytego zakażenia. A więc, czy odpowiada ona znaczeniu klinicznemu mniej więcej odczynu *Wassermann*a, który to odczyn po wyleczeniu kiły z reguły staje się ujemny, czy też posiada raczej znaczenie biologiczne odczynu tuberkulinowego, który po zakażeniu gruźliczem utrzymuje się niemal przez całe życie. Na zasadzie naszego materiału klinicznego wynika, że w szeregu przypadków po przebyciu ostrego gościca, względnie płasawicy odczyn dodatni utrzymuje się, pomimo iż brak już objawów klinicznych. W przypadkach więc, w których otrzymujemy jakgdyby odczyn nieswoisty, można się liczyć z ewentualnym przebiegiem utajonej sprawy gościcowej.

Istnienie utajonej klinicznie postaci gościca — zapalenia reumatycznego wsierdzia i mięśnia sercowego — jest faktem niewątpliwym. Często stwierdzamy naraz wadę serca u osobnika, u którego poprzednio rozpoznawano grype, który miał stany podgorączkowe, nieraz przez dłuższy okres czasu nieco gorsze samopoczucie, wreszcie, u którego brak wszelkich skarg w wywiadzie. Nie wiemy, zresztą, do dziś dnia, jak szeroko wśród ludności rozpowszechnione jest cierpienie reumatyczne. Przeciż przy powszechnem prawie zakażeniu gruźlicą minimalny zaledwie odsetek daje objawy kliniczne. Nowoczesne prace *Gräffa*, który przyjmuje jamę nosowo-gardzielową za prawdopodobne wrota wejścia zarazka reumatyzmu i umiejscawia ognisko pierwotne w okolicy okołomigdałkowej, czynią wielce prawdopodobnem przypuszczenie o istnieniu bezobjawowego, klinicznie zupełnie nieczynnego zakażenia reumatycznego. Tego rodzaju osobnicy z podobnem zakażeniem utajonem mogą w pewnych okresach czasu, a więc i w przebiegu innych chorób dawać dodatni odczyn *BBF*. Dla ścisłości pragniemy tutaj zaznaczyć, że wśród 51 zdrowych dzieci, u których odczyn określiliśmy jako ujemny, znajdowało się jedno dziecko starsze, u którego odczyn wypadł z dwoma antygenami słabododatnio. Bardzo być może, iż tutaj mieliśmy właśnie do czynienia z faktem zakażenia utajonego. Wśród materiału dziecięcego mieliśmy jeszcze 8 przypadków zasadniczo innych chorób, w których odczyn *BBF* wypadł dodatnio, jednak współistnienie sprawy reumatycznej było wielce prawdopodobne. Znajdowały się tam 3 przypadki płonicy. W jednym z nich stwierdzono *endo-pericarditis, vitium cordis*, a w wywiadach od roku bóle stawowe. W przypadku drugim wystąpiły bóle stawowe w trzecim tygodniu choroby, co jako późny objaw według większości autorów należy uważać za przejaw reumatyzmu uczynnego w przebiegu płonicy. W trzecim przypadku płonicy wystąpiły objawy posocznicy, zapalenia nerek, ale jednocześnie miały miejsce bóle stawowe, i stwierdzało się niedomykalność zastawki dwudzielnej. W 12 innych przypadkach płonicy krew, pobierana w różnych okresach, dała odczyn ujemny. Poza płonicą do wątpliwych należał czwarty przypadek klinicznie początkowo niepewny, gdzie również odczyn *BBF* był dodatni, w późniejszym okresie choroby wystąpiły wyraźne objawy *endo-myo-carditis*. W przypadku piątym przejściowa ostra niedomoga mięśnia sercowego u dziecka poprzednio zdrowego kazała w związku z wynikiem dodatnim odczynu *BBF* podejrzewać uszkodzenie mięśnia sercowego przez jad reumatyczne. W szóstym przypadku ciężkiej gorączkowej

śmiertelnej choroby wyhodowano w ostatnim okresie choroby ze krwi paciorkowca. Anatomicznie stwierdzono *endocarditis verrucosa*. W dwóch przypadkach zapalenia nerek otrzymano odczyn dodatni, w jednym stwierdzono zmiany w sercu, co każe przypuszczać, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem nerek o etiologii reumatycznej. Wreszcie w jednym przypadku przewlekłych zmian stawowych odczyn wypadł dodatnio, lecz na sekcji nie stwierdzono zmian typowych dla reumatyzmu. O chorej tej będzie mowa jeszcze później.

Wyniki stosowania odczynu BBF u dorosłych potraktujemy bardziej pobieżnie, ponieważ przypadki te nie były pod naszą obserwacją kliniczną, a poza to zostały już i częściowo zostaną opracowane w związku z wynikami odczynu przez odnośne szpitale, względnie kliniki. Materiał ten, jak już wyżej zaznaczyliśmy, z natury rzeczy był odmienny, gdyż dotyczył chorych głównie z objawami stawowymi. Materiał, opracowany przez kol. Boksera z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Iwoniczu, obejmuje przypadki *polyarthritis rheumatica chronica secundaria* (w wywiadach ostry gościec), *polyarthritis rheumatica primaria* i cierpienia stawowe, nienależące do żadnej z powyższych grup. W grupie pierwszej, jak należało przypuszczać, niemal zawsze otrzymywano odczyn dodatni, w drugiej i trzeciej było mniej więcej 50% odczynów dodatnich. W oparciu o nasz odczyn, na zasadzie tych zbadanych 28 przypadków cierpień stawowych przez kol. Boksera, należy wnioskować, że podział kliniczny na pierwotnie i wtórnie przewlekły gościec stawowy ma znaczenie ograniczone i nie odpowiada etiologii tych cierpień. Oczywiście, jest również rzeczą możliwą, iż w przypadkach dodatniego odczynu u chorych na pierwotnie przewlekły gościec mamy do czynienia z przebyciem u dorosłych sprawy reumatycznej utajonej, że więc wynik odczynu nie ma w niektórych przypadkach nic wspólnego z zasadniczym cierpieniem. Są to rzeczy, które będą mogły być wyjaśnione dopiero na podstawie długoletnich badań i to licznych badaczy. W każdym bądź razie Bokser na zasadzie swego materiału (p. Nowiny Lekarskie — w druku) dochodzi do wniosku przychylnego co do wartości klinicznej odczynu BBF.

Materiał Szpitala Wojskowego (ordynator płk. dr. Sowiński) oraz II Kliniki Uniwersyteckiej (prof. dr. Gorcki), jakoteż przygodnie zebrany nasz własny materiał potraktujemy jedynie sumarycznie, ponieważ niewątpliwie znajdują one krytyczne omówienie przez odnośne szpitale. Było tam 54 przypadki reumatyzmu ostrego z obecnością lub brakiem objawów sercowych, z tego w 41 przypadkach otrzymano odczyn dodatni. Chorych na inne cierpienia było 46, z tego w 6 otrzymano odczyn dodatni: w 3 przypadkach *arthritis gonorrhoeica*, 1 przypadek ostrego *enteritis*, 1 przypadek skarg na bóle w kończynach bez żadnego odpowiednika klinicznego (symulacja?), 1 przypadek biaczkowej szpiczki. Trzy przypadki ciąży dały wynik ujemny. Na zasadzie materiału dorosłych widzimy, że naogół wyniki zgodne są z rozpoznaniem klinicznym, wyniki rozbieżne zdarzają się nieco częściej, niż na materiale dziecięcym, co w związku z koncepcją zakażenia utajonego jest rzeczą zrozumiałą.

Już na zasadzie klinicznego materiału można się liczyć z daleko idącą swoistością odczynu BBF. Prócz tego przeprowadziliśmy cały szereg kontrol: tak, prócz już wymienionych 3 antygenów reumatycznych, przygotowano 2 wyciągi z wątroby dzieci zmarłych: 10 *menin-*

*gitis tuberculosa* bez zmian w wątrobie, 20 *tuberculosis miliaris* z licznymi ogniskami gruźliczymi w wątrobie. Około 20 przypadków reumatyzmu, dających dodatni odczyn BBF, dało z wymienionymi ostatnio antygenami odczyn ujemny. Również antygen, używany do odczynu Wassermana, dawał odczyn ujemny z surowicami BBF dodatnimi (reumatycznymi). Przeciwno przypuszczeniu, iż mamy do czynienia jedynie z nieswoistym uchwiejeniem surowicy, koncepcją zresztą nieprawdopodobną, przemawia fakt braku równoległości pomiędzy odczynem Biernackiego opadania krwinek a odczynem BBF. Zostało to stwierdzone na nielicznym własnym materiale klinicznym oraz systematycznie przeprowadzone przez Boksera w Iwoniczu.

Istota biologiczna naszego odczynu, niezależnie od jego wartości praktycznej, nie jest jeszcze dla nas całkowicie jasna. Odrazu, przystępując do naszej pracy, liczyliśmy się z trzema możliwościami. W naszym antygenie, być może, zawarty jest zarazek reumatyzmu lub też jego produkty, i wówczas mielibyśmy do czynienia z odczynem swoistym etiologicznie. Byłby to wtedy odczyn analogiczny do pewnego stopnia do odczynu odchylenia dopełniacza, stosowanego w nosaciznie. Drugie przypuszczenie polega na tem, iż w antygenie zawarte są składniki swoiste dla reumatyzmu tkanki, a w ustroju powstają ciała odpornościowe zwrócone przeciwko tej tkance. Byłby to więc odczyn analogiczny do odczynu z tkanką gruźliczą, względnie rakową, odczynu, opracowane u nas przez Hirsfelda. Przeciwno temu przypuszczeniu przemawia w dużym stopniu fakt, że wyciągi z serca zmarłych na reumatyzm, gdzie, jak wiadomo, tkanki reumatycznej jest najwięcej, dają gorsze wyniki, aniżeli wyciągi wątrobowe. Wreszcie mógłby to być odczyn analogiczny biologicznie do współczesnego odczynu Wassermana, i wówczas istniałaby teoretyczna możliwość posiłkowania się dla otrzymania antygeny inna jakąś tkanką zwierzęcą lub ludzką, w której zawarty jest składnik, oddziałujący swoiście z surowicami reumatycznymi. Wiemy, że obecnie antygen do odczynu Wassermana wytwarzany jest z serca zdrowego wołu. Przyszłość dopiero okaże, która koncepcja jest słuszna.

Już na początku naszego artykułu zaznaczyliśmy, jakie znaczenie mógłby posiadać nasz odczyn bezpośrednio dla kliniki oraz dla teorii badań nad reumatyzmem. Cały szereg przypadków, nie dających się rozpoznać klinicznie, mógłby przy posiłkowaniu się odczynem znaleźć rozwiązanie. Wymieniliśmy już wyżej przypadek, w którym sprawa wahała się pomiędzy sprawą gruźliczą a reumatycznym schorzeniem serca. Odczyn BBF pozwolił rozpoznać to ostatnie, co zostało potwierdzone dalszym niepomysłnym przebiegiem klinicznym. Również wielkie znaczenie musi posiadać odczyn dla zakwalifikowania istoty zmian stawowych, występujących w przebiegu płonicy. W zależności od tego, czy mamy w poszczególnym przypadku do czynienia ze sprawą reumatyczną, czy też nie, zależy dalszy plan leczenia, a stąd i los chorego.

Kol. Bokser podaje w swej pracy opis dwóch przypadków, w których początkowo podejrzewano sprawę reumatyczną. Odczyn BBF wypadł ujemnie, a potem okazało się, że była to gruźlica, względnie rzeżączka. Również dla rozpoznania etiologii reumatycznej odosobnionych cierpień narządowych odczyn BBF musi posiadać swoje znaczenie. Specjalnie w stosunku do zapalenia opłucny nasze badania potwierdziły wartość odczynu. Płyn, pobrany w 2-ch przypadkach reumatyzmu, dał



odczyn dodatni, wówczas gdy wysięk gruźliczy w 3-ch przypadkach dał odczyn ujemny.

Znaczenie odczynu dla systematyki cierpień reumatycznych, specjalnie stawowych, nie da się w tej chwili ocenić, może być jednak, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, wielkiej wagi. Jest to dopiero pierwsza możliwość podejścia etjologicznego do tego zbiorowego pojęcia, jakim jest t. zw. reumatyzm. Anatomja patologiczna, wykrycie swoistej tkanki reumatycznej przez Aschoffa, prace Klingego, Tałajaewa wniosły bardzo dużo, ale są to wszystko badania na trupach. Nie wiemy, zresztą, czy reumatyzm, a właściwie choroba Bouillaud występuje zawsze pod jedną postacią anatomiczną. Przeciwnie, zdaje się według prac najnowszych, że tak nie jest. Wiemy, że gruźliki dawno przestały być jedyną postacią anatomiczną gruźlicy. Odczyn tuberkulinowy pomógł tutaj do rozszerzenia naszego horyzontu w zakresie cierpień gruźliczych. Byłoby dla nas wielkiem zadośćuczynieniem, jeśliby rola odczynu BBF w zakresie reumatyzmu stała się choć w małej części podobna do roli odczynu tuberkulinowego. Zysk dla medycyny społecznej, dla sprawy zapobiegania reumatyzmowi już, mamy tę nadzieję, w najbliższym czasie zdoła się uwidocznić. Wykrywanie przypadków utajonego reumatyzmu, ich wczesne leczenie, to główne zadanie akcji zapobiegawczej. Oczywiście, dla tych celów odczyn nasz powinien dawać bardzo ostre wyniki. Przypadki, w których odczyn po minięciu już objawów klinicznych wypadł przez dłuższy czas dodatnio, dalej przypadki klinicznie mało czynne, a oddziaływające również dodatnio, pozwalają nam mniemać, że nasza nadzieja pod tym względem nie jest utopją. Oczywiście zrealizowanie wszystkich odrazu zadań odczynu BBF, a więc z jednej strony wykrywanie przypadków czynnych klinicznie, z drugiej zaś świeżego zakażenia reumatycznego, da się uskuteczyć dopiero po, być może, długoletniej pracy oraz wysiłkach wielu badaczy.

Wnioski: Odczyn BBF wykonano ogółem w 324 przypadkach, w tem dzieci 178, dorosłych 146. Ogółem było 133 przypadki zespołu ostrego gościca (względnie *polyarthritis chronica secundaria*), czyli choroby Bouillaud. Odczyn dodatni otrzymano w 110 przypadkach, ujemny — w 23. Innych badań ogółem wykonano 191. W szeregu tych przypadków można się było spodziewać etjologii reumatycznej lub też współrzędnie istniejącej choroby Bouillaud, stąd też dodatni wynik odczynu nie był niespodzianką. Wyrażna niezgodność ze spodziewanym odczynem ujemnym na zasadzie rozpoznania klinicznego wystąpiła w 12 przypadkach. Fakt ten należy tłumaczyć albo nieswoistym oddziaływaniem surowicy, względnie, co jest bardziej prawdopodobne, obecnością utajonego zakażenia reumatycznego. Odczyn zdaje się posiadać znaczenie dla ustalenia przypadków wątpliwych klinicznie, dla stwierdzenia reumatycznej etjologii odosobnionych schorzeń poszczególnych narządów i wreszcie w zakresie medycyny społecznej dla wykrywania przypadków cierpienia utajonego.

#### PIŚMIENNICTWO.

Brokman H. Brill J. Freundzel J. Próba wiązania dopelnacza w chorobie Bouillaud (reumatyzm) z antygenem BBF.— Med. Dośw. i Społ. Tom. XX. z. 5—6. r. 1936. Ci sami. Une réaction biologique dans le rhumatisme aigu. Extrait des Comptes rendus de séances de la Societe de Biologie T. CXX, a. 1935.

Z Oddziałów neurologicznego

(Ordynator: E. Herman)

i dermatologicznego

(Ordynator: I. J. Merenlender)

Szpitala na Czystem w Warszawie.

### Opis kliniczno-anatomiczny przypadku choroby Cushinga.

(Z 17 rycinami).

Podali

E. HERMAN i I. J. MERENLENDER (Warszawa).

Przysadka, nazwana przez Cushinga gruczołem mistrzowskim układu wewnątrzwydzielniczego, obdarzona jest bodaj najbogatszą mozaiką rozmaitych doniosłych dla ustroju czynności.

I nie dziw, iż, gdy tylko spoczęło na niej oko niezwykłego mistrza wiedzy lekarskiej, który w swej genialnej osobie zjednoczył zdołał spozostzegawczość wielkiego neurologa, fenomenalny talent przełomowego chirurga, upór eksperymentatora i obiektywizm histologa, naówczas z mroku tajemnic tego gruczołu wydartą została jeszcze jedna.

Ta dygresja wstępna, zbyt może sentymentalna dla suchych ram pracy naukowej, niech znajdzie swe usprawiedliwienie w uroku, jaki wywiera zarówno skromna postać uczonego bostońskiego na każdym, kto go ujrzy, usłyszcy lub się z nim zetknie, jak i jego proste i zwięzłe prace na wszystkich czytelnikach.

Właśnie nowy zespół chorobowy „*adenoma basophilicum glandulae pituitariae*” — „pituitary basophilism”, zwany słusznie ze względu na swą autonomję nozologiczną chorobą Cushinga, jest wymowną ilustracją, jak wielki klinicysta umie rozliczne objawy, tu i owdzie przez innych również podpatrzone (Turney, Anderson, Reichmann, Zondek, Parkes Weber, Pell, Wieth-Pedersen i in.), zebrać w jedną całość, zcementować, patogenetycznie oświetlić i pięknie przedstawić.

Toteż po ukazaniu się w r. 1932 i 1933 pierwszych prac Cushinga o obrazie klinicznym gruczolaków zasadochłonnych przysadki, o czem, zresztą, badacz ten napomknął już w swej monografji o przysadce z r. 1912, mnożyć się poczynają spozostzeżenia odnośne w całym piśmiennictwie lekarskiem, nie wyłączając polskiego.

Dość wspomnieć, iż Cushing w pierwszej swej pracy (Bull. Hopkins Hosp. 50, 137—195, 1932) oparł się tylko na 2 własnych przypadkach obok 10 opisanych pod innymi nazwami w piśmiennictwie w ciągu ostatnich lat 20. W następnej zaś z tego roku (Journal of American Medical Association 99, Nr. 1, 281—284, 1932) mógł do 12 poprzednio ogłoszonych dołączyć 2 nowe, przyczem w tej ostatniej pracy wyraźnie zaznacza, iż histologicznie pewnie stwierdzonych spozostzeżeń gruczolaka przysadki z komórek zasadochłonnych było dotychczas 6.

Tak rzecz się miała do r. 1932.

Od tego czasu, a więc w ciągu ostatnich lat 3-ch, udało się nam zebrać z ogólnego piśmiennictwa światowego aż 35 dalszych przypadków, w tem sekcyjnych 11. Zatem ogólna liczba z zestawionemi przez Cushinga 12 przypadkami wyniosłaby conajmniej 47; obecnie spozostzeżenia te mnożą się w dalszym ciągu.

W piśmiennictwie rodzimem zespół Cushinga spozostzegano 12 autorów: Łabala z Nowickim, Steinhardttem i Goldszlagiem, Turyn, Minc, Apfelbaum, Dziew-



żyński, Rabinzon i Witoński, Simchowicz i Kenigsberg.

Jednakże ze wszystkich tych opisów wiele przypadków należałoby odrzucić, jako że nie dotyczą one właściwej choroby Cushinga, lecz niektórymi tylko objawami przypominają zespół Cushinga. Nawet spośród przypadków sekcyjnych na właściwe miano choroby Cushinga zasługuje z ogłoszonych już po pracach twórcy tej jednostki zaledwie kilka.

Toteż spostrzeżenie nasze, dotyczące postaci klinicznej choroby Cushinga, potwierdzone nadto sekcyjnie i histologicznie, godne jest szczególnej uwagi.

Daje nam ono zarazem możliwość drogą analizy objawów klinicznych u naszego chorego oraz przez rozpatrzenie rzeczowej korelacji anatomoklinicznej, poruszyć aktualne zagadnienia niektórych czynności przysadki; wreszcie pozwala na zajęcie stanowiska wobec sporu naukowego Cushinga z Juljuszem Baurem: *adenoma basophilicum hypophyseos — adenoma corticis glandulae suprarenalis? pituitary basophilism — interrenalismus?*

Przechodzimy z kolei do szczegółowego opisu naszego przypadku.

### Opis przypadku własnego.

Chory Wol. ... Sz., lat 23, wyznania mojżeszowego, z zawodu woźnica, przybył do szpitala poraz pierwszy na oddział skórny 30. III. 1934 r. z powodu wciąż tworzących się licznych czyraków i ropni na całym ciele. Trwało to od 6 miesięcy, i mimo skrupulatnego leczenia stan chorego nie uległ pod tym względem dłuższej poprawie, tak, iż chory wciąż z małymi przerwami przebywa w szpitalach. Na oddziale skórnym jest po raz III, mianowicie od 30. III. 1934 r. do 24. IV. 1934 r., od 9. II. 1935. do 30. IV. 1935 r. oraz od 16. V. 1935 r. W międzyczasie przebywał przez 3 miesiące na oddziale skórnym i wewnętrznym szpitala św. Łazarza. 22. V. 1935 r. skierowany został na oddział neurologiczny celem dokładnego zbadania i obserwacji. Przed zapisaniem się do szpitala był przez czas dłuższy obserwowany przez jednego z nas w ambulatorjum naszego szpitala.

Wywiady. Rodzice żyją, niespokrewnieni, chorują na „artretyzm“. Ma 3 rodzeństwa, jest najstarszym z nich. Jeden brat, 15-letni, w ósmym roku życia bez wiadomej przyczyny dostał napadu drgawek z utratą przytomności; napad ten więcej się nie powtórzył.

Chory rozwijał się normalnie, chodził do szkoły, uczył się dobrze. Z chorób przebytych wymienia: w 9-ym r. ż. robaki w kale, w 13-ym r. ż. „grypa“ z gorączką, bez zaburzeń snu.

Kiedy wystąpiło uwłosienie pod pachami i na wżgórku lonowem, nie wie dokładnie, zaznacza jednak, iż, będąc chłopcem 14-letnim, miał już uwłosienie; w tym też wieku miał erekcje; w 16-ym r. ż. pierwszy *coitus*, potem miał stosunki często, dopiero od 2 lat, to jest od początku obecnej choroby, wystąpiło stopniowe osłabienie potencji, tak, iż od tego czasu nie ma zupełnie erekcji. Od czasu do czasu zdarzają się zmyły.

Obecną chorobę datuje od 2 lat. Pierwszym objawem było nagle nadmierne tycie, przyczem chory sam zwraca uwagę, iż otluszczeniu ulegały wyłącznie twarz, szyja, brzuch oraz okolica pasa biodrowego, natomiast kończyny były wolne. Po upływie 3 miesięcy od rozpoczęcia tycia skóra zaczęła stopniowo zmieniać barwę na jaskrawoczerwoną, najpierw na twarzy, potem na całym ciele. Zabarwienie czerwone skóry stawało się coraz to intensywniejsze. Jednocześnie, czy nieco wcześniej, wystąpiło łuszczenie skóry. W tym samym mniej więcej czasie

wraz z tyciem zjawily się pręgi sine pod pachami, na tułowiu, brzuchu i kończynach dolnych, przyczem pierwsze pręgi jakoby umiejscowiły się na brzuchu. W miesiąc po tyciu utworzył się pierwszy ropień pod pachą lewą, i od tego czasu przez całe dwa lata zjawiają się liczne ropnie i czyraki na ciele. Chory z powodu tych ropni stale leczyl się u dermatologów. Od początku choroby wzmożone pragnienie, wypijał do 5 litrów wody, oddawał przytem dużo moczu. Tak samo wzmożone łaknienie.

Od 5 miesięcy z miany na paznokciach rąk: paznokcie stały się brązowe, suche, kruche i łamliwe. Od tego też czasu wypadają bardzo włosy na głowie, tak, iż prawie wylusiał na tyłogłowiu. Od roku stracił uwłosienie na klatce piersiowej, natomiast na wżgórku lonowym włosy się utrzymują. Uwłosienie brody i wąsów nie uległo przerzedzeniu, chory goli się 2 razy tygodniowo.

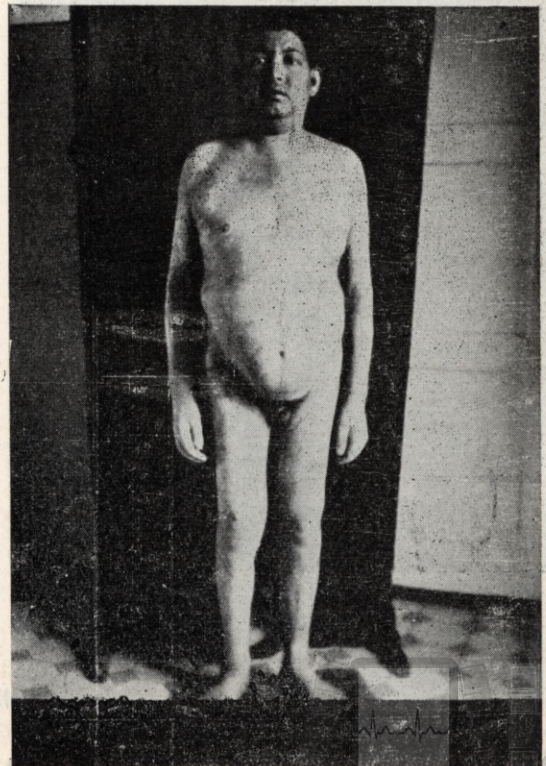
Od pięciu miesięcy silne bóle w krzyżu oraz bocznych częściach miednicy, nadto opasujące bóle na wysokości pępka. Bóle są bardzo dokuczliwe, trwają nawet w nocy i uniemożliwiają choremu leżenie nawznak.

Od roku bóle głowy napadowe, przeważnie nad ranem i pod wieczór; niezależnie od tych bólów napadowe zawroty głowy oraz uczucie ociężałości w głowie („jakby olów nałożyli na głowę“ według określenia chorego). W z roku oka lewego upośledzony po urazie od dzieciństwa; w oku prawym od kilku tygodni zamglonie. Od kilku tygodni krwiotłucie.

Chory był człowiekiem bardzo silnym, nosił ciężary do 200 kilo (tragarz, woźnica). W kilka miesięcy od początku choroby wystąpiło znaczne osłabienie ogólne oraz siły mięśniowej, tak, iż zmuszony był pracę przerwać. Ostatnio trudno jest mu nawet chodzić, nadto odczuwa dotkliwą duszność. Sen nie uległ zakłóceniu.

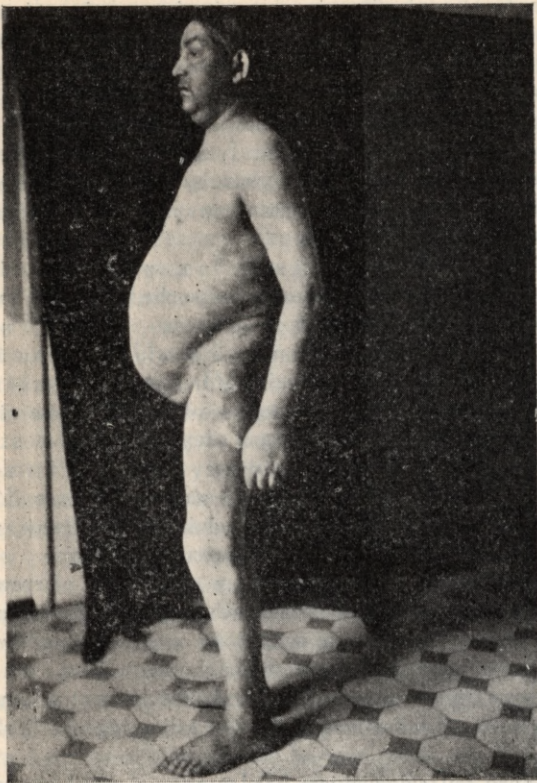
Stan przedmiotowy. Wzrostu średniego — 165 cm. Dawniej wzrost miał wynosić jakoby 176 cm. (?) (mierzony na komisji poborowej). Waga 73,7 kilo.

Ogólny kształt ciała raczej typu kobiecego, wzgl. eunuchoidalnego (p. fot. 1, 2, 3).

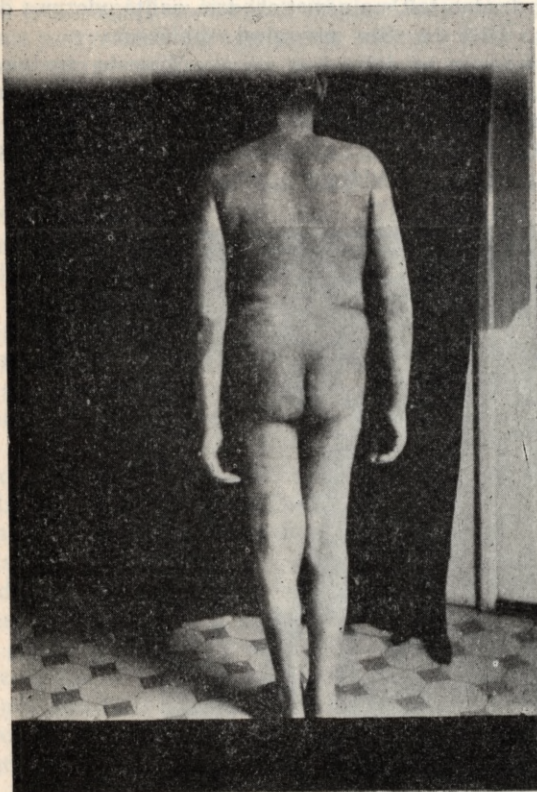


Fot. 1. www.dlibra.wum.edu.pl





Fot. 2.

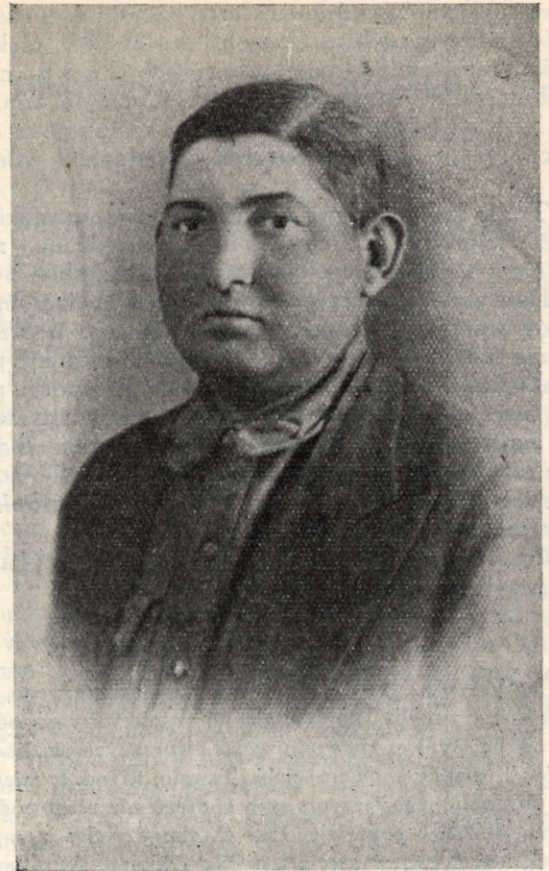
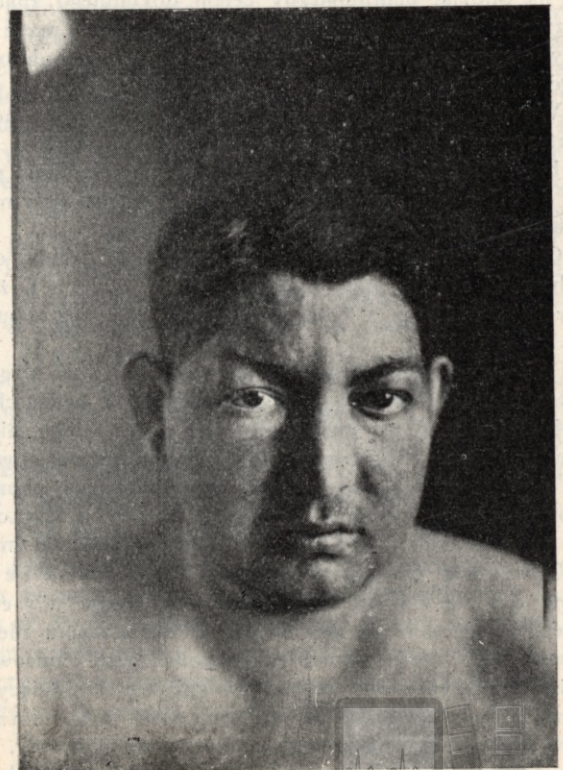


Fot. 3.

Obwód głowy 55 cm., wymiar strzałkowy 32 cm., skroniowy 30 cm.

Twarz jaskrawo czerwona, z odcieniem zlekką sinawym, okrągła, napęczniała, sprawia wrażenie twarzy człowieka

ka nadymającego się, wzgl. duszącego się; przypomina też księżyc w pełni (p. fot. 4 i 5).

Fot. 4  
(z 9.VI.1933 r.)

Fot. 5.



Mimika twarzy żywa, normalna.

Szyja krótka (obwód szyi 36 cm., wysokość 4 cm.).

Brzuch sterczy wybitnie ku przodowi, przyczem zwisa zarówno przód brzucha, jak i górne boczne jego części, zarysowujące się na kształt dwu skośnych wałów tłuszczowych (p. fot. 2).

Na klatce piersiowej od przodu na poziomie obu pach dwa podobne wały tkanki tłuszczowej. Na wysokości obu talerzy biodrowych od tyłu również wystające wały skupień tłuszczowych.

Kończyny górne i dolne cienkie, długie; w przeciwieństwie do wymienionych pokładów tłuszczu nie zawierają nadmiernej tkanki tłuszczowej.

Prącie względnie małe, grubości normalnej, prawie całkowicie schowane pod wypiętym i zwisającym brzuchem (p. fot. 1).

Jądra dobrze rozwinięte, znajdują się w worku mosznowym.

Uwłosienie na wzgórku łonowym zachowane, typu kobiecego, może niezbyt obfite, pod pachami skąpe; pozatem na całym ciele, zarówno na tułowie, jak i na kończynach, prawie całkowity brak włosów. Kilka włosków na mostku i ślad włosów na podudziach; skąpe pasmo włosów w linii środkowej podbrzusza (chory zaznacza, iż dawniej był obficie uwłosiony). Na czaszce włosy suche, matowe, cienkie, barwy czarnej, wiele z nich siwych; wybitnie przerezione, zwłaszcza na potylicy i na skroniach, gdzie miejscami brak ich całkowicie, co sprawia wrażenie przereżenia włosów po stosowaniu naświetlań rentgenowskich (chory wówczas nie był jeszcze naświetlany). Na skórze czaszki liczne strupy żółtawo-szare.

Brwi w swych częściach bocznych pozbawione włosów. Rzęsów w powiekach dolnych brak, w powiekach górnych znacznie przerezione w częściach wewnętrznych.

Uwłosienie twarzy prawidłowe.

Skóra na twarzy, jak to już zaznaczyliśmy, intensywnie czerwona z odcieniem wyraźnie sinawym; na czole, uszach, powiekach zlekka obrzęknięta. Owa jaskrawa czerwoność skóry twarzy sprawia, iż niebieskie twardówki oczu odcinają się wydatnie od czerwonego otoczenia powiek, co nadaje im obok nieznacznego wytrzeszczu niesamowity blask i wyraz.

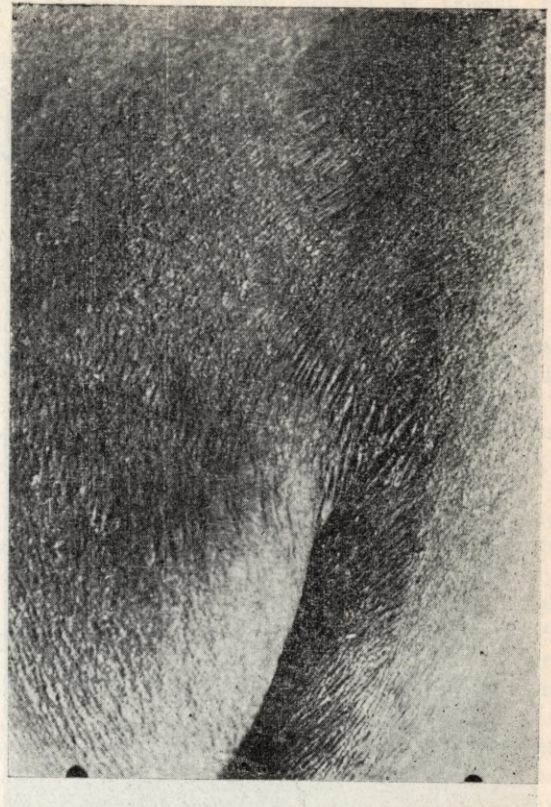
Na całym ciele skóra jest również czerwona; na kończynach dolnych w stopniu mniejszym, na górnych koloru fioletowo-sinego, miejscami, jak np. na kolanach, w okolicy dolnych części podudzi, na stopach, barwy lila-fioletowej. Na kończynach, zwłaszcza dolnych, fioletowo-sinawy kolor tworzy rysunek na podobieństwo siatki o dużych oczkach, w których uderza odcień jasno-czerwony, różowy, wzgl. amarant.

Wymienione zabarwienie skóry występuje szczególnie jaskrawo, gdy chory stoi, przyczem w miarę stania potęguje się sinica kończyn, natomiast w pozycji leżącej znika prawie całkowicie; nie ulega natomiast zmianie intensywna czerwoność skóry twarzy.

Cała skóra ścieńczała, łuszczy się drobnopłatkowo, zwłaszcza na powierzchniach wyprostnych kończyn; sprawia wrażenie, jak gdyby była posypana talkiem (p. fot. 6 i 7). Torebki włosowe wyraźnie zaznaczone, koloru czerwonego, na szczycie pokryte suchą łuszczyką. Biopsja skóry (15.VI.35) wykazała przy badaniu drobnowidzowym obraz histologiczny, odpowiadający erytrodermji: przewlekły stan zapalny, liczne naczynia włosowate (p. fot. 8). Na pośladkach liczne ropnie.

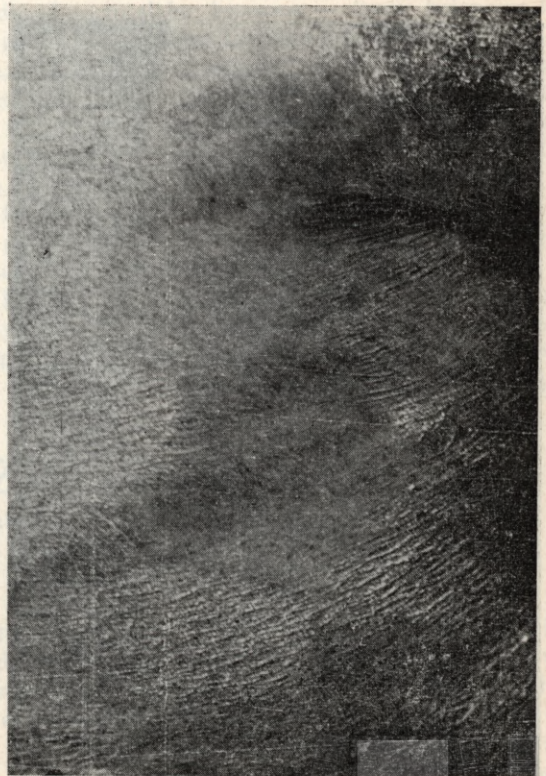
Na skórze ciała, zarówno od przodu, jak i od tyłu, widoczne są rozległe pręgi (*striae distensae cutis*); koloru szynki, od sino-czerwonego do fioletowo-czerwonego (p. fot. 9, 10 i 11). Rozmieszczone są one symetrycznie i przebiegają z obu stron identycznie, a mianowicie: z głębi obu pach wychodzą w sposób drzewiasty pręgi szerokości palca

i od szczytu pachy rozchodzą się do obojczyka, mostka i dolnych żeber, tak, iż od przodu w obrębie sutków można naliczyć 4—5 głównych gałęzi; od nich odchodzą drobne gałązki w rozmaitych kierunkach. Niektóre pręgi z okolicy



Fot. 6.

Skóra okolicy obojczykowej lewej (zbliżenie).

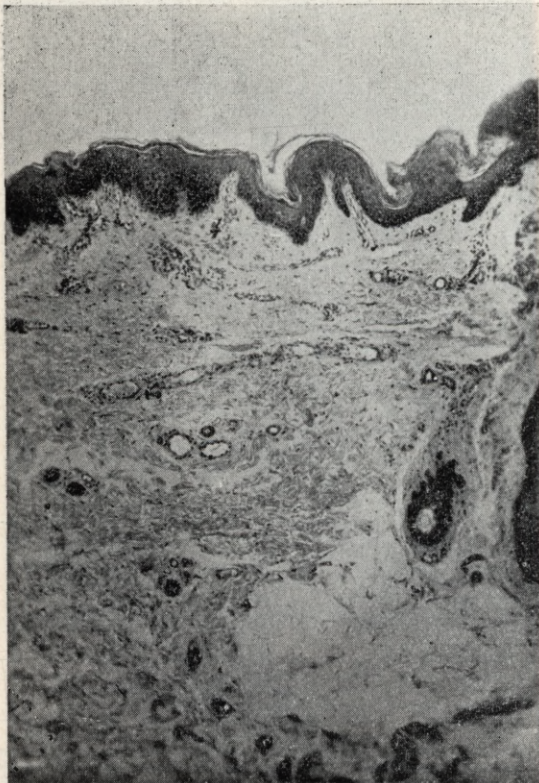


Fot. 7.

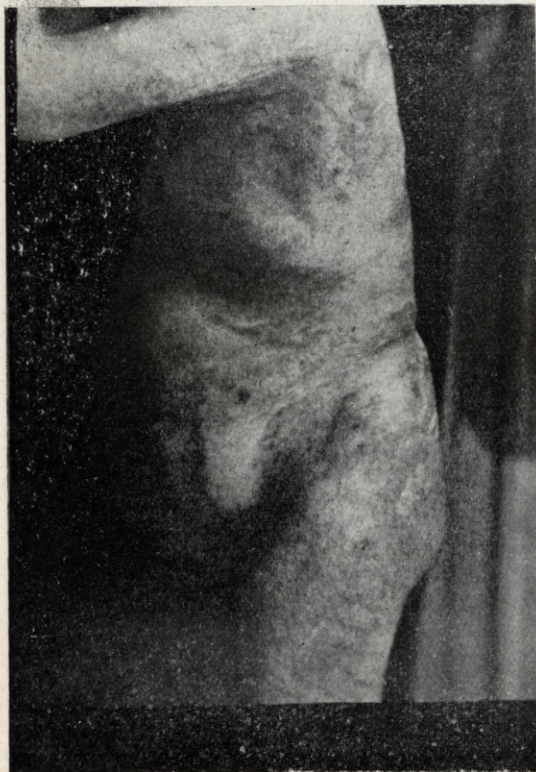
Skóra okolicy pachowej prawej (zbliżenie).



pach idą wzdłuż przednich powierzchni ramion, inne zaś pierścieniowo obejmują tylną powierzchnię ramion i okolicę łopatek, tak, iż na ramionach naliczyć można 7—8 równoległych pierścieni. Na łopatkach kilka pręg promienistych. Opisane rozstępy w obrębie pach mają barwę blado-siną.



Mikrofotografia 8.  
Wycinek skóry.



Fot. 9.  
Rozstępy skórne.

podczas gdy dawniej, jak to mogliśmy stwierdzić, były ciemno-sine i odbijały ostro od otoczenia.



Fot. 10.  
Rozstępy skórne. Brzuch, strona lewa.



Fot. 11.  
Rozstępy i zmiany skórne. Brzuch, strona prawa.

Ten sam promienisty i rozgałęziający typ mają pręgi, wychodzące z obu pachwin, co sprawia, iż skóra obu połów podbrzusza pokryta jest pasmami szerokości 2—3 cm. Główne pnie przebiegają równolegle do linii środkowej ciała, mniej więcej na granicy brzegów bocznych mięśni prostych brzucha, zaś równolegle do nich, w odstępach mniej więcej szerokości trzech palców, zarysowane są trzy następne pręgi, tak, iż najbardziej ku tyłowi leżące obejmują okolicę bocznej powierzchni miednicy.



Od tych głównych pni rozgałęzia się cały szereg drobnych gałązek, które w miejscu linii środkowej brzucha krzyżują się ze sobą.

Niezależnie od tego na wysokości pasa przechodzą pręgi poziomo od tyłu ku przodowi.

Na udach liczne pręgi pierścieniowate, przebiegające równoległe i obejmujące całe uda na podobieństwo pręg zebry; najbardziej widoczne są one na powierzchniach bocznych i tylnych, najmniej na przednich. Na powierzchniach tylnych i przyśrodkowych, niezależnie od wymienionych, liczne równoległe drobne pręgi podłużne, krzyżujące się miejscami z pierścieniowatymi na podobieństwo siatki.

Na pośladkach skóra sino-lila, również pokryta szeregiem analogicznych rozstępów.

Paznokcie (p. fot. 12) drugiego palca prawej ręki i czwartego lewej wykazują zupełne zmętnienie i pojedyncze zagłębienia; są barwy pergaminowo-żółtej, pozostałe o nierównej powierzchni, suche. Zmiany opisane zajmują na niektórych paznokciach jedynie ich podstawową połowę. Paznokcie stóp wykazują zmiany mniejsze i są koloru brązowego.



Fot. 12.

Paznokcie palców: dłoń prawa — II, dłoń lewa — III i IV.

Narządy wewnętrzne. Płuca: bez zmian. Serce: granice prawidłowe, tony b. gluche.

Tętno 80 na minutę, miarowe, napięte.

Jama brzuszna — wątroba i śledziona niewyczuwalne, wypukiem niepowiększone.

Gruzoły chłonne — niewyczuwalne. Gruzoł tarczowy niepowiększony. Objawy Graefego, Moebiusa — ujemne. Nieznaczny wytrzeszcz gałek ocznych.

Układ nerwowy:

Czaszka na opuk bolesna w całości, ruchy czynne i bierne we wszystkich kierunkach zachowane. Wszelkie ruchy głowy, zwłaszcza ku przodowi, powodują jeszcze większą sinicę i zaczerwienienie skóry twarzy i czaszki.

Nerwy czaszkowe: Węch — zachowany.

Zrenica prawa cokolwiek szersza od lewej, na światło i zbieżność obie oddziaływują sprawnie.

Dno oczu: prawe — norma; lewe — dokoła tarczy ogniska drobne łącznotkankowe (pozapalne) oraz drobne wybroczynki. Ostrość wzroku oka pr. 5/10, oka lewego — 1/10.

Pole widzenia — bez zmian.

Odruchy rogówkowe — zachowane.

Czucie na twarzy i języku prawidłowe. Żwacze napina dobrze. Gałki oczne prawidłowo ustawione i ruchome we wszystkich kierunkach. Nn. twarzowe bez zmian. Nn. dodatkowe — bez zmian. Słuch, smak — zachowane. Podniebienie i języczek unosi przy fonacji prawidłowo.

Głos o brzmieniu prawidłowym, nieco ochrypły.

Kończyny górne — prawidłowych rozmiarów, bez cech akromegalicznych, cienkie w porównaniu z tułowiem. Siła mięśniowa dość dobra we wszystkich odcinkach. Napięcie niezmienione. Ruchy czynne i bierne prawidłowe. Czuć wszystkich rodzajów zachowane. Nieznaczne drżenie rąk o drobnej amplitudzie. Brak bezładu, dysmetrii, drżenia zamiarowego.

Kończyny dolne — unoszenie jednoczesne obu kończyn niemożliwe; każdej z osobna prawidłowe, ale odbywa się z wysiłkiem. Ruchy czynne i bierne zachowane. Siła mięśniowa w obu kończynach wybitnie osłabiona; chory nie może pokonać oporu palca badającego. Czuć — bez zmian. Odruchy okostnowe oraz z m. trójgłowego 0; odruchy z m. dwugłowego słabe; brzuszne — żywe; kolanowe bardzo słabe, prawy jedynie przy zastosowaniu sposobu Jendrassika; podeszwowe — zgięcie palców; Rossolimo — nieobecny. Wstawanie z pozycji nawznak bardzo utrudnione, czyni to powoli w sposób następujący: obraca się na bok lewy, opiera się na kk. górnych, poczem z dużym wysiłkiem wstaje. Stoi dobrze.

Podczas chodzenia kończyny górne utrzymuje przezięte ku tyłowi, tak, iż zwisają one do tyłu, nie balansuje niemi zupełnie.

Kręgosłup wyprostowany, brak fizjologicznej lordozy; głowę utrzymuje sztywno; ruchy marszowe kk. dolnymi prawidłowe. Na opuk kręgosłup bolesny w całości.

(D. c. n.)

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i pogładowe.

#### Badania P. Mendeléeff nad liposarcoma Murraya i nad czynnikami, wpływającymi na wzrost nowotworów.

Podał

Dr. Leontyn DMOCHOWSKI (Warszawa).

Autorka belgijska Mendeléeff ogłosiła ostatnio szereg prac nad mięsako-tłuszczakiem, który poraz pierwszy zauważył Murray w r. 1913. Wyniki prac

Mendeléeff, dotychczas przez nikogo nie potwierdzone, aczkolwiek wymagają jeszcze opracowania ze względu na możliwość z nimi związane, godne są bliższego rozpatrzenia.

Prace swoje ogłosiła autorka w czasopiśmie belgijskim „Cancer” oraz w „Comptes rendus de la Société de Biologie”. Udało się jej przeszczepić mięsako-tłuszczaka w postaci miazgi, odpowiednio utrzymanej (rozartej w prasie Fischera i rozcieńczonej płynem



Lockego). Otrzymała również nowotwór ten w hodowli na płytkach Carrella, używając jako podłoża 10% roztworu białka jaja, które okazało się lepsze dla wzrostu nowotworu, aniżeli płyn otrzewnowy świnek morskich oraz wyciąg embrionalny.

Zmiany, powstające w ustroju świnki morskiej w czasie wzrostu nowotworu, występują w różnych postaciach: jako zmiany cytologiczne tkanek zaszczepionych, jako zmiany fizjologiczne narządów, zaobserwowane przez autorkę na sercu i na skrawkach jelit, badanych poza ustrojem świnki morskiej nowotworowej, oraz jako wytworzenie substancji swoistej w sokach i tkankach ustroju.

Zmiany cytologiczne komórek zaszczepionych, zaobserwowane przez autorkę, były następujące: w 3-cim dniu po zastrzyknięciu miazgi nowotworowej stwierdzić można było w miejscu zastrzyknięcia napływ leukocytów i obrzęk, który w ciągu następnych 5 dni zniknął, większa zaś część komórek zastrzykniętych została w tym czasie zrezorbowana, pozostałe komórki były otoczone tłuszczem. 16-tego dnia wygląd cytologiczny już się nie zmieniał.

Zauważyć można było w guzie nowotworowym torbiele, wypełnione nowymi tkankami nowotworowymi, oraz poszczególne wielkie komórki nowotworowe, otoczone tkanką interstycjalną. W tym czasie guz zaczynał się powiększać. Gdy wzrost normalny zaszczepionych tkanek nie zaczynał się 3, 4, 6 tygodnia, wygląd cytologiczny normalny powoli dochodził do skutku. Stojąc na stanowisku, że tkanki nowotworowe należy uważać za białko obce tkankom normalnym, uważa autorka, że po zastrzyknięciu miazgi nowotworowej wyniki otrzymane będą podobne do wyników, otrzymywanych po zastrzyknięciu substancji obcogatunkowych. Już w 1925 roku Mendeléeff wspólnie z panią Hannem i Platunoff zauważyła, że wstrzyknięcie surowic heterogennych, jak również peptonu, agaru do krwiobiegu zwierząt doświadczalnych wywołuje zmiany w płynach tkankowych, w stanie fizykochemicznym oraz w fizjologii tkanek. Podobne zmiany zauważył jeszcze w 1910 roku Schultz, mianowicie, że części jelita, macicy, pęcherza oraz aorty, zanurzone w płynie Ringera, kurczą się po dodaniu surowicy obcej. Skurcze są znacznie mocniejsze, gdy zwierzę było przedtem uczulone na daną surowicę. Podobne doświadczenia wykonał Dehnel na izolowanych sercach świnek morskich, Dale na macicy dziewiczych świnek morskich oraz Sotowni Leyton na izolowanych sercach królików.

Po zaszczepieniu mięsaka śwince morskiej Mendeléeff odróżnia 3 następujące okresy zmian cytologicznych zaszczepionych komórek nowotworowych oraz zmian fizjologicznych narządów.

Pierwszy okres kilka dni po zastrzyknięciu. Cytoлиза komórek nowotworowych, rezorbacja większej części tych komórek oraz utworzenie otoczki dokoła pozostałej części. Serce, jelito cienkie, kurczą się silnie po dodaniu wyciągu z mięsaka.

Drugi okres, mniej więcej od 10-tego dnia po zastrzyknięciu. Ustrój traci powoli zdolność lityczną względem komórek nowotworowych. Izolowane serce świnki morskiej wykazuje w tym czasie największą wrażliwość na wyciąg z mięsaka.

Trzeci okres charakteryzuje się aktywnością komórek nowotworowych oraz szybkim wzrostem nowotworu. Serce nie wykazuje już w tym okresie żadnej wrażliwości na wyciąg z mięsaka.

Autorka twierdzi, iż udało się jej wykazać w mięsaku świnki morskiej obecność 2 substancyj: czynnej, pobudzającej wzrost nowotworu, przechodzącej do otoczenia, oraz substancji, hamującej wzrost nowotworu, nie przechodzącej do otoczenia.

Obecność tych dwu substancyj wykazała Mendeléeff w wyciągach z mięsaka, przyrządzonych w sposób następujący:

Jedną część mięsaka mieszała z dwiema częściami płynu Lockego, następnie 1 ccm tej mieszaniny wstrząsała w probówce z 1½ ccm plazmy heparynowanej królika. Po skrzepnięciu 1 część mieszaniny powyższej nawarstwiała 5 ccm płynu Lockego, 2-gą 5 ccm. wody destylowanej. Po 48 godzinach trzymania w cieplarni wstrzykiwała płyn ten świnkom morskim nowotworowym trzykrotnie w przeciągu 30 dni. Okazało się, że nowotwór wzrastał po zastrzykiwaniach zarówno płynu Lockego, jak i wody destylowanej. Autorka wnioskuje, że oba te płyny odciągnęły mięsakowi czynną substancję nowotworu.

Pozostała plazma mięsaka, traktowana przy pomocy płynu Lockego, czy też wody destylowanej, zawierała substancje hamujące, gdyż guzy zwierząt, traktowanych tą mieszaniną, cofały się, a nawet zniknęły.

Podobne działanie obu płynów zauważyła również w hodowlach mięsaka *in vitro*.

Mendeléeff otrzymała surowice odpornościowe, hamujące wzrost przeszczepionych nowotworów, zastrzykując dożylnie tę czynną substancję królikom. Surowica ta miała działać swoiście na tkankę nowotworową, bez wpływu na resztę tkanki. Hamujące działanie tej surowicy występowało bardzo szybko, jednak po kilkunastu dniach nowotwór wracał do stanu normalnego. Brak odpowiednich kontrol, jak również niedostateczna liczba zwierząt, na których przeprowadziła Mendeléeff powyższe doświadczenie, osłabia jego wartość.

Stwierdziwszy obecność substancyj hamujących i pobudzających wzrost mięsaka, poszukiwała autorka obu substancyj w narządach świnek morskich nowotworowych, uodpornionych oraz normalnych. Przy pomocy metody podobnej do metody, opracowanej z jednej strony przez Sittenfielda, Johnsona i Joblinga, z drugiej strony przez Murphyeego, Helmera i Stronga, która polega na spróbowaniu do odpowiedniego pH przy pomocy kwaśnego ftalatu potasowego, otrzymała następujące wyniki:

W narządach świnek nowotworowych stwierdziła obecność substancyj, precypitowanych przez ftalat, pobudzających wzrost nowotworu. Narządy świnek morskich uodpornionych lub wyleczonych zawierają substancje, hamujące wzrost nowotworu, narządy zaś świnek normalnych oraz tkanek embrionalne nie zawierają substancyj, precypitowanych przez ftalat, lecz roztwory, otaczające te tkanki *in vitro*, wywołują wzrost nowotworu.

Mendeléeff zauważyła, że substancja czynna nowotworu przyspiesza również koagulację plazmy świnki *in vitro*. Frakcja nowotworu, zawierająca czynniki, hamujące wzrost guza, zawiera zaś czynniki, zwalniające koagulację plazmy *in vitro*.

Przyspieszenie koagulacji plazmy świnki morskiej wywołują również wyciągi z narządów zarodków świnki, jak również poszczególne narządy zarodków, takie, jak grasica, płuca i t. p. Z narządów świnek dojrziałych najmocniej wywołuje koagulację plazmy tkanka płucna.



Z narządów świnki nowotworowej najszybciej wywołuje koagulację plazmy wyciąg z grasicy, następnie trzustka, nadnercza, gruczoły limfatyczne, wątroba, mięśnie, mózg, ciała czerwone, leukocyty mononuklearne. Odwrotnie, t. zn. zwalniająco na koagulację plazmy działają: śledziona, szpik kostny, rdzeń i leukocyty polinuklearne.

Co do elementów morfotycznych krwi, to różnice przedstawiają się następująco: Ciała czerwone świnki morskiej nowotworowej przyspieszają koagulację heparynowanej plazmy świnki, ciała białe zwalniają ją. Odwrotnie zaś jest u świnki normalnej.

Autorka przypuszcza, że w czasie rozwoju guza przysadka intensywnie produkuje hormony, które wywierają wpływ na pewne tkanki i narządy. Podobnie jak przysadka, która zwalnia koagulację plazmy, działa rdzeń kręgowy, do którego hormony, wydzielane przez przysadkę, dostają się przez płyn mózgowo-rdzeniowy. Podobnie działa szpik kostny i śledziona, do których hormony dostają się przez nerw sympatyczny, a w krwi rozchodzą się przez leukocyty polinuklearne.

Przenosząc swoje obserwacje na ludzi, autorka przekonała się, że leukocyty ludzi zdrowych wywołują koagulację ich plazmy heparynowanej (mniej więcej w kilkanaście minut), podczas gdy ciała czerwone nie wywołują jej nawet w przeciągu 90 minut. U ludzi chorych na raka rzecz przedstawia się odwrotnie. Ciała czerwone przyspieszają koagulację, ciała białe zwalniają. Na podstawie powyższych przesłanek Mendeléeff stworzyła swój odczyn rozpoznawczy w przypadkach raka. Na 60 przypadków przebadanych otrzymała tylko 3 wyniki niezgodne ze spostrzeżeniami kli-

nicznymi, względnie z autopsją. Mylne wyniki tłumaczy sobie Mendeléeff stanem prekancerotycznym chorych.

Autorka podkreśla, że odczyn ten nie występuje w żadnych innych chorobach infekcyjnych, jak, na przykład, w gruźlicy, czy syfilisie. Nie podaje jednak bliższej interpretacji odczynu, na czym właściwie polega istota zjawiska, że ciała czerwone przyspieszają, ciała białe zaś zwalniają krzepnięcie plazmy chorego.

Zbadanie, na czym polega istota tego odczynu, stwierdzenie, czy nie występuje w przypadkach ciąży, oraz przebadanie tego odczynu na większej liczbie przypadków chorobowych wykazać może jego wartość.

#### PIŚMIENNICTWO.

C. r.	Soc. Biol.	rok	T.	103	str.	931	do	936.
"	"	"	"	"	"	105	"	867 — 871
"	"	"	"	1931	"	106	"	1268 — 1271
"	"	"	"	"	"	107	"	239 — 241
"	"	"	"	"	"	"	"	897 — 899
"	"	"	"	1932	"	109	"	49 — 51
"	"	"	"	1931	"	"	"	46 — 48
"	"	"	"	1932	"	"	"	573 — 577
"	"	"	"	1934	"	117	"	814 — 816, str. 897 do 896
"	"	"	"	"	"	"	"	1219 — 1226
"	"	"	"	"	"	118	"	196 — 198 „ 364 — 366
"	"	"	"	1935	"	"	"	805 — 807
"	"	"	"	"	"	119	"	553 — 557
Cancer	"	"	1930	T.	7	"	"	157 — 204
"	"	"	1931	"	8	zeszyt	5	6
"	"	"	1932	"	9	"	"	1
"	"	"	1934	"	11	"	"	4

## Oceny książek

Dr. Eugenjusz PIASECKI, Prof. Uniw. Poznańskiego. **Zarys teorii wychowania fizycznego.** Wydanie drugie str. XVI — 414. Rycin 77, r. 1935. Cena zł. 16.

Jedyny u nas profesor teorii wychowania fizycznego, mający za sobą trzydzieści lat z górą pracy i doświadczenia naukowego i dydaktycznego, daje nam tu wszystko, co można było pomieścić w ramach, które umyślnie zacieśniono dla ułatwienia nabycia dzieła ogółowi kół zainteresowanych. W c z ę ś c i o g ó l n e j autor kładzie podwaliny wiadomości zasadniczych; rozpatruje kolejno istotę tego działu wychowania, jego cele i środki, zajmuje się zdobyczami naszej wiedzy w zakresie fizjologii pracy mięśniowej wraz z koniecznymi wiadomościami z dziedziny patologii. Autor zaznajamia czytelnika z odrębnościami grup i jednostek, domagającymi się uwzględnienia w wychowaniu fizycznym, jak płeć, wiek, konstytucja cielesna, stan zdrowia, temperament, typy rasowe. W c z ę ś c i s z c z e g ó ł o w e j autor podaje systematyczny przegląd ćwiczeń cielesnych, począwszy od rozbioru prostszych elementów, ugrupowanych według organów i funkcji, na które najwybitniej wpływają. A zatem ćwiczenia czynności vegetatywnych (chód, bieg, skok, rzut i t. d.), jazda konna, kolarstwo, pływanie, wioślarstwo, narciarstwo, łyżwiarstwo i t. d. Dalej zespoły, powstałe z różnych połączeń tych elementów: ćwiczenia rozrywkowe, ćwiczenia użytkowe, rozumowane (gimnastyka); harcerstwo, jako synteza wychowania fizycznego; dawka dzienna i tygodniowa ćwiczeń cielesnych, — wreszcie uwagi końcowe. W y d a n i e d r u g i e, zjawiające się po zupełnym wyczerpaniu pierwszego, uwzględnia bogaty dorobek minionego czterolecia. Pośród nowych badań naukowych autor uwzględnił przede wszystkim okazały dorobek polski. Największym uzupełnien-

niem jest znaczne rozszerzenie działu o żywieniu, tak doniosłego dla kierowników obozów, kolonij i t. d. Wielkie doświadczenie praktyczne i praca dydaktyczna autora stworzyły z każdego z rozdziałów podręcznika jakby monografię, zawierającą wszystkie istotne potrzebne wiadomości w formie bardzo treściwej. Bardzo zajmujące są ustępy książki, które autor poświęcił stosunkowi wychowania fizycznego do narodowości. Autor napisał swoją pracę dla lekarzy szkolnych i sportowych, dla wychowawców fizycznych - specjalistów, jak również dla studentów-medyków oraz słuchaczy uniwersyteckich studjów W. F. i Centralnego Instytutu W. F. Jednakże wszyscy, komu na sercu leży sprawa wychowawcza, a w szczególności rodzice i ciało pedagogiczne powinni przestudjować książkę autora o wybitnym talencie pedagogicznym i dydaktycznym, gruntownego znawcy światowego piśmiennictwa fachowego, który z trudnego zadania wywiązał się znakomicie. Wobec powagi i aury profesora P i a s e c k i e g o tem głębsze znaczenie mają słowa autora, dotyczące powszechności i skuteczności wychowania fizycznego w Polsce. „Wiemy” powiada autor — „jak wiele jeszcze mamy do zrobienia na polu higieny wychowawczej niemowlęcia i dziecka przedszkolnego. Zdajemy sobie sprawę z tego, że zaniedbanie, dotyczące tych okresów, nietylko oplacamy hekatombą nadmiernej śmiertelności niemowlęcej, lecz i licznymi zaburzeniami zdrowia, trudnemi do usunięcia w późniejszym życiu...” „Najslabszy wszakże punkt powszechności naszej kultury fizycznej dotyczy młodzieży przedszkolnej. Tu statystyka z przed kilku lat stwierdza, że zrzeszonym gimnastykiem jest co 8-y Czechosłowak, co 11-y Niemiec, a zaledwie co 120-y Polak!...” „Oto są istotne, choć smutne dla nas rekordy narodowe tej dziedziny” — pisze prof. P i a -

s e c k i. „Dlaczego o nich tak głucho? Dlaczego nie stają się podstawą do usilnej pracy wszystkich czynników odpowiedzialnych celem zmniejszenia dystansu, jaki nas dzieli już nietylko od przodujących w kulturze fizycznej narodów, lecz od bezpośrednich sąsiadów zachodnich? Wymienię jedną tylko przyczynę tego szkodliwego milczenia — nie jedyną bez wątpienia — lecz bodaj główną. Jest nią wybujały u nas pomad wszelką rozumną miarę olimpizm<sup>1)</sup>. On to swemi pseudo-rekordami i rzekomymi zwycięstwami barw ojczystych odwraca uwagę nietylko najszerzego, ale nawet wykształconego ogółu od wymienionych powyżej istotnych sprawdzianów tężyzny fizycznej i moralnej narodu. Każdemu z nas jest miło, kiedy się dowie, że oto na szczycie masztu olimpijskiego załopotał nasz proporzec. Lecz wiemy dobrze, jak złudny to triumf, jak dalece niczego nie dowodzi i nikomu się nie przydaje... Chodzi tu więc przede wszystkim o usunięcie niezmiernie szkodliwego bałamu<sup>2)</sup>, które miesza olimpizm z wychowaniem fizycznym, tembardziej, że właśnie teraz przeżywamy okres wzmożenia gwałtownych ataków tego ruchu na nasze szkolnictwo“. Te pełne patriotycznej troski słowa wybitnego znawcy przedmiotu nabierają niejako proroczego znaczenia wobec przebiegu i wyników ostatniej olimpiady, podczas której „doping“ prasy codziennej i radja zobrazował przekonywająco przedstawiony przez autora stan rzeczy u nas. W zwalczaniu tego „szkodliwego bałamu“ powinien wziąć udział jaknajszerszy ogół lekarzy, tembardziej, że niebezpieczeństwo grozi dalej. „W prasie sportowej“ pisze prof. P i a s e c k i „rozbrzmiewa hasło wolnego wstępu dla uczniów do klubów pozaszkolnych. Co więcej, odzywają się nawet głosy o zreformowaniu kształcenia wychowawców fizycznych w tym duchu, aby z nich uczynić przede wszystkim trenerów sportowych. Zamiast wychowywania dzielnych obywateli, mielibyśmy przede wszystkim troszczyć się o hodowlę narybku dla zdegenerowanego sportu rekordowego. Miejmy nadzieję, że do tego nie dopuscimy!...“ Na to wezwania profesora P i a s e c k i e g o powinny przede wszystkim odpowiedzieć placówki Polskiej Medycyny Społecznej. Dzieło prof. P i a s e c k i e g o zasługuje na jaknajszersze poparcie naszych Władz na terenie wychowania fizycznego i sportu, naszych szkół, klubów i bibliotek.

Dr. R u b i n r o t.

**Prof. Dr. W. FALTA (Wien). Die Zuckerkrankheit.** Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1936. S. 322.

Piśmiennictwo podręcznikowe o cukrzycy jest bardzo bogate pod względem liczby i jakości prac, to też nowa książka o cukrzycy musi wyróżniać się, by mogła w tem piśmiennictwie zająć pozycję znaczącą. Książka F a l t y jest właśnie pracą o dużych walorach. Ma ona piętno indywidualne i podaje poglądy autora, wynikające ze znanych badań jego nad cukrzycą. Szczególnie zaznacza się pod tym względem rozdział o leczeniu, w którym autor rozpatruje djetetykę chorych cukrzycowych nie tylko z punktu widzenia zawartości poszczególnych składników pokarmowych, lecz wprowadza narówni z liczbami

<sup>1)</sup> podkreślenie recenzenta.

zawartości węglowodanów liczby wartości cukrowej (Zuckerwert) pokarmów, rozumiejąc pod tym zawartość w pokarmach węglowodanów wraz z cukrem, który powstaje w ustroju ze składników białkowych pokarmów. Jest to najdalej posunięte uwypuklenie poglądów o wpływie białka na tolerancję węglowodanową ustroju cukrzycowego. Dużą zaletą książki F a l t y jest, iż pomimo charakteru indywidualnego bardzo uwzględnia ona obszerne piśmiennictwo lat ostatnich. Biblijografia podawana jest w niej w ścisłym związku z treścią, w miarę omawiania poszczególnych zagadnień. Dając możliwość łatwego zorientowania się w olbrzymim współczesnym piśmiennictwie fizjopatologii przemiany węglowodanowej, książka F a l t y nie tylko dobrze spełnia rolę podręcznika dla lekarzy, lecz również może być pożytecznym podręcznym materiałem źródłowym w pracy naukowej.

Lucjan J e l e n k i e w i c z.

**H. LUCKE. Die Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege.** Georg Thieme Verlag, Leipzig 1936 (str. 83). Cena RM. 2.50.

Jest to krótki podręcznik chorób nerek i dróg moczowych, przeznaczony przede wszystkim dla lekarzy-praktyków, choć może on oddać cenne usługi internście, chirurgowi i innym specjalistom. Książka, będąca zbiorem artykułów autora, które ukazały się w „Deutsche Medizinische Wochenschrift“, uwzględnia wszelkie zdobycze medycyny w dziedzinie chorób nerek i dróg moczowych, ujęte krytycznie z punktu widzenia lekarza-praktyka. Całość jest podzielona na dwie części: krwiopochodne obustronne choroby nerek oraz t. zw. chirurgiczne choroby nerek i schorzenia dróg moczowych, przy czem część pierwsza rozpada się na część ogólną, stanowiącą właściwie semiotykę chorób nerek, i część szczegółową, omawiającą poszczególnie jednostki chorobowe. Autor zwalcza wiele przesądów w dziedzinie chorób nerek, pokutujących dotychczas nie tylko wśród pacjentów, lecz częstokroć wśród lekarzy. Jest to bardzo treściwa i pożyteczna książka, zasługująca na polecenie każdemu lekarzowi.

H. J. L a n d a u.

**L. SCHUDEL. Leitfaden der Blutmorphologie.** Georg Thieme Verlag, Leipzig 1936 r. (str. 45 z 13 tablicami). Cena RM. 6.80.

Ten króciutki przewodnik po chorobach krwi składa się właściwie z 13 tablic, do których są załączone objaśnienia w językach niemieckim, francuskim i angielskim. Tablice te przedstawiają rozmaite elementy krwi oraz reprodukuja obrazy krwi w najważniejszych chorobach narządów krwiotwórczych, jak: przewlekła i ostra myeloza, przewlekła limfadenozą, odczyn limfatyczny, niedokrewność wtórna, rakowa, hemolityczna, złośliwa. Materiał jest nader skąpy — barwne ryciny są natomiast doskonałe. Szkoda, że autorka nie dała szczegółowych objaśnień co do poszczególnych elementów w obrazach krwi. Książka, która wyszła spod pióra długoletniej laborantki hematologicznej kliniki zurychskiej i współpracownicy prof. N a e g e l e g o, który napisał przedmowę, jest wyrazem poglądów kierownika kliniki, co znalazło np. swój wyraz w ujęciu pochodzenia megaloblastów i megalocytów, erytroblastów i erytrocytów.

H. J. L a n d a u.

## Wskazówki praktyczne

T i c h y podaje następujące wskazania do stosowania klimatu wysokogórskiego: niedokrewność, choroby narządów oddychania, zwłaszcza gruźlica, choroby przemiany materji, choroba B a s e d o w a, wyczerpanie i nerwowość. Przeciwwskazanie stanowią: gorączka sienna, organiczne choroby serca z objawami zastoinowemi, dławica piersiowa, skleroza mózgu i nerek, kiła tętnicy głównej i serca. Gruźlicy stale go-

rażający, dotknięci dusznością, rozedmą i powikłaniami ze strony serca, źle znoszą klimat wysokogórski. (Ther. Gegenw. 1936. Z. 5).

—o—

L e p e l stosuje zamiast naparstnicy, przetwórcę *Folinerin* (fabr. S c h e r i n g—K a h l b a u m), otrzymywany z liści oleandra. Działanie podobne do działania naparstnicy,



Jako szczególnie dobrą stroną podnosi L. możność stosowania w przypadkach ciężkich zastoin przez usta. Działanie występuje bardzo szybko. Dawka: 3 razy dziennie po 20 kropeł. W przypadkach bardzo ciężkich pozostaje nadal strofantyna jako środek nie do zastąpienia. (M. m. W. 1936. Nr. 12).

—o—

W *powierzchnowym zapaleniu rogówki* otrzymał F. S t o c k e r dobre wyniki, stosując *Vogan* doustnie 3 razy dziennie po 10 kropeł lub po 2 kapsułki, u dzieci mniej. Palenie i klucie w oczach ustępuje bardzo prędko. S. przypusz-

cza, że *keratitis superficialis* polegać może na braku witaminy A. (Schw. m. W. 1936. Nr. 14).

—o—

C. H. H ü t t e r chwali działanie *Lacarnolu* w *śpiączkowym zapaleniu mózgu*. W lżejszych przypadkach zmniejszało się uczucie napięcia, a po dłuższym używaniu występowała wybitna poprawa w ruchach. W przypadkach o wieloletnim trwaniu spostrzegano dużą poprawę, u jednego chorego usunął H. kurcz mięśni powiek, wprowadzając atropinę w ilości 3 mg. dziennie. (Therap. Berichte. 1936. Nr. 5).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 14 maja 1936 r.

Obecnych 10.

Przewodniczył dr. S r e b r n y.

Dr. W. O d r z y w o l s k i: *Ministerstwo Zdrowia Publicznego a sprawy zawodowe lekarskie*. (Streszczenia nie nadesłano).

D y s k u s j a:

Dr. H o z e r uważa, że sprawa scalenia agend zdrowia jest skojarzona z następującymi zasadniczymi zagadnieniami:

1. Zagadnieniem usunięcia bezrobocia lekarzy, przedłużenia miast lekarzami i równomiernego rozmieszczenia lekarzy w Państwie.

2. Zagadnieniem reformy ubezpieczeń społecznych, w szczególności ubezpieczenia chorobowego i części leczniczo-zapobiegawczej ubezpieczenia wypadkowego.

3. Sprawą upaństwowienia świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnej służby zdrowia.

I. S p r a w a b e z r o b o c i a i r o z m i e s z c z e n i a l e k a r z y.

Z paradoksalnej sytuacji, gdzie  $\frac{3}{4}$  ludności nie może sobie pozwolić na pomoc lekarską, a równocześnie kilka tysięcy lekarzy jest prawie bez zajęcia, istnieje wyjście tylko przez powszechną służbę zdrowia, która pociągnie do lecznictwa te miliony, które dotychczas na pomoc lekarską pozwolić sobie nie mogą. Powszechna służba zdrowia i scalenie agend zdrowia w jednym resorcie M-stwa Zdrowia pozwoli na prowadzenie jednolitej i planowej polityki zdrowia w oparciu o wszystkich lekarzy. Jeśli przyjmijemy za podstawę rachuby najniższą, kryzysową, liczbę 200 milionów, które wydaje się na zdrowie publiczne w rozproszonych organizacjach, oraz przeciętne minimum egzystencji lekarza na 600 zł. miesięcznie, to przy zatrudnieniu 8,000 lekarzy w sieci powszechnej i scalonej służby zdrowia otrzymamy kwoty wydatków na pomoc lekarską i administrację osobowo-lekarską na około 58 milionów, t. j. na 28—29% ogólnego budżetu. Jest to kwota bardzo niska, zważywszy, że w hierarchii potrzeb aparatu publicznej i powszechnej służby zdrowia jest pomoc lekarska świadczeniem podstawowym i najbardziej zasadniczym, na którym musi opierać się cała działalność organizacji. Ponad 70% zostawałoby na dalsze świadczenia, a więc: szpitalnictwo, leki, urządzenia sanitarne, administrację i t. d. Należy przytem mieć na uwadze, że zamiast kilkunastu odrębnych kosztów administracyjnych mielibyśmy jeden koszt, i że w ten sposób fundusz zdrowia mógłby być wyzyskany jaknajwydajniej na świadczenia. Pieniądze nie mogą rozplywać się na prowadzenie wielu odrębnych administracji i wymykać w ten sposób z obrębu bezpośrednich świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeń fikcyjnych, papierowych.

Powszechna i scalona służba zdrowia pozwoli na równomierne rozmieszczenie lekarzy we wszystkich zakątkach kraju, pozbawionych dotąd opieki lekarskiej. Da bowiem każdemu lekarzowi to minimum egzystencji, którego dotychczas przez osiedlenie się w miasteczkach i wsiach osiągnąć nie mógł. Pozwoli na poprowadzenie planowej polityki zdrowotnej w Państwie, obejmującej swym zasięgiem miasta, miasteczka i wsie, zwłaszcza wsie, które stoją obecnie pod względem opieki zdrowotnej na poziomie średniowiecza.

Pozatem należy podkreślić sprawę niezwykle ważną, za jaką trzeba uważać napływ elementu inteligentnego, uspołecznionego, pełnego inicjatywy, jakim są lekarze do miasteczek i wsi. Osiedlanie się lekarzy na naszych kresach ożywi wszędzie życie kulturalno-społeczne i państwowe, a zarazem po-

zwoli na rozwiązanie wszystkich zagadnień natury populacyjno-eugenicznej, a nawet wojskowej z punktu widzenia ratownictwa sanitarnego na wypadek wojny. Zarazem podniesie autorytet i prestige stanu lekarskiego, skupionego i skłóconego dotąd w miastach.

2. Z a g a d n i e n i e r e f o r m y u b e z p i e c z e Ń s p o ł e c z n y c h, n a t l e p o w s z e c h n e j i s c a l e n i o w e j s ł u ż b y z d r o w i a.

Ubezpieczenia społeczne kroczą uporczywie po zupełnie fałszywej i niespołecznej drodze. Zamiast świadczeniom zapobiegającym przez wprowadzanie biurokratycznych utrudnień, niesłychaną rozbudowę administracji, centralizację, obniżanie zakresu i poziomu świadczeń. Fundusze ubezpieczenia chorobowego i części leczniczo-zapobiegawczej wypadkowego winny być na służbie nie administracji asekuracyjnej, lecz jednolitej polityki zdrowia. Tymczasem wprzęgnięte zostały do rydwanu ubezpieczeń długoterminowych wraz z ich czysto finansowym i administracyjnym światopoglądem i administracją.

Zasada scalenia ubezpieczeń zbankrutowała prawie całkowicie zarówno w Polsce, jak i zagranicą, i utrzymuje się jedynie tylko dlatego, że trudno zaraz burzyć to, co nakładem wielu kosztów i trudu zostało stworzone. Jednak nie można tolerować stanu, gdzie do wspólnego wora asekuracyjnego wrzucano zupełnie odmienne ryzyka ubezpieczeniowe i odmienne sposoby zwalczania tych ryzyk. Wypaczyło to ideę ubezpieczeń społecznych, stworzyło z nich aparat, stojący na usługach martwej doktryny finansowo-asekuracyjnej. Administracja kosztuje w ubezpieczalniach powyżej 40%, na zapobieganie wydaje się zaledwie 2—3%, na pomoc lekarską 12%. Lekarze są manekinami w rękach biurokracji. Ubezpieczenia w swej dzisiejszej organizacji nie zdały egzaminu nawet tam, gdzie chodzi o obronę kraju. Likwidacja dotychczasowego dorobku organizacyjnego i materialnego w lecznictwie, zniesienie ambulatoriów, zmniejszenie liczby szpitali, prawie zupełne zniesienie zębolecznictwa, wydanie robotników rolnych na pastwę sabotażu ustawy ze strony pracodawców rolnych, zniesienie odpowiedzialnej opieki specjalistycznej, obniżenie poziomu nauki lekarskiej, materialne zniszczenie lekarzy, oto niektóre pozycje z bilansu szkód, jakie poczyniły ubezpieczenia społeczne w swej obecnej organizacji wszędzie tam, gdzie przy organizacji odpowiedzialnej winny być i mogą być największym dobrodziejstwem. Wreszcie nie można pominąć *curiosum*, że, mimo iż ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe pochłania rocznie stokilkadziesiąt milionów, straty gospodarce wskutek wypadków przy pracy i chorób zawodowych wynoszą 250 milionów rocznie, to znaczy więcej, niż oba ubezpieczenia razem wzięte ściągają składek. Ta horrendalna liczba jest rezultatem nieróbstwa ubezpieczeń w zakresie zapobiegania wypadkom, mimo że jest to obowiązkiem tych instytucyj. Odpowiednio zorganizowana akcja zapobiegawcza w ramach powszechnej służby zdrowia, akcja, prowadzona przez odpowiedzialnych ludzi na odpowiednich miejscach, może dać oszczędności w gospodarce społecznej drugie tyle, ile kosztują same ubezpieczenia.

Ubezpieczenie chorobowe i leczniczo-zapobiegawcza część ubezpieczenia wypadkowego, wraz ze swymi stukilkudziesięciomilionowymi wpływami winny być niezwłocznie wyodrębnione od ubezpieczeń długoterminowych, a włączone następnie do sieci powszechnej i scalonej służby zdrowia. Winny one obok szpitalnictwa i służby lekarsko-samorządowej stać się w przyszłości jedną z głównych podstaw tej sieci. Sama część asekuracyjno-finansowa winna ograniczyć się do działalności czysto finansowej, rentowej, odszkodowawczej, zasiłkowej, a część fachowo-lecznicza i zapobiegawcza musi być za wszelką cenę wyodrębniona i zabrana z niepowołanych, bo niefachowych rąk administracji. Ta zasadnicza reforma bę-

dzie zarazem jedynym dla ubezpieczeń ratunkiem przed nieustanną gospodarką deficytową i pogłębiającą się depopularyzacją. Celem ubezpieczeń jest bowiem nie tylko świadczenie na rzecz już powstałych chorób naskutek wypadków, ale zapobieganie im. Miljonowych wydatków na świadczenia, będące głównie następstwem zaniedbań w zapobieganiu, można uniknąć jedynie przez przesunięcie działań w kierunku powszechnego zapobiegania, zapobiegania poza warsztatami i przy warsztatach pracy wedle planowej polityki zdrowotnej. Zaś zapobieganie na wielką skalę może być zorganizowane nie przez biura ubezpieczalni, lecz jedynie przez sieć powszechnej i w fachowym Ministerstwie Zdrowia scalonej służby zdrowia.

Rozbudowany i silnie w posadach utwierdzony aparat biurokratyczny ubezpieczeń będzie najsilniejszym wrogiem powszechnej i scalonej służby zdrowia. Z tem trzeba się liczyć i w tym kierunku należy odpowiednio urabiać opinię publiczną i lekarską, ciał ustawodawczych i rządu, aby rozpęd maszyny biurokratycznej, wtłaczającej zdrowie publiczne w tryby bezdusznego biurokratyzmu, wstrzymać.

### 3. Sprawa upaństwowienia świadczących zdrowotnych a zawodów lekarskich.

Należy rozróżnić dwie rzeczy: upaństwowienie świadczeń zdrowotnych od upaństwowienia zawodu lekarskiego. Powszechna i scalona służba zdrowia będzie upaństwowieniem w pewnym zakresie świadczeń zdrowotnych, ale nie powinna, nie może być upaństwowieniem zawodu lekarskiego. Te dwie rzeczy nie są i nie mogą być synonimami. Podobnie, jak wymiar sprawiedliwości jest monopolem państwowym, a pomimo to sędziowie są w swych wyrokach zasadniczo niezależni, wyrokują wedle swej najlepszej wiedzy i sumienia, podobnie jak opieka religijna jest monopolem kościelno-państwowym, i tylko księża, a nikt inny mają wymiar pociechy religijnej w swym ręku, tak też i wymiar zdrowia może być monopolem państwowym, a lekarze muszą być w swych działaniach niezależni i w tem znaczeniu winni pozostać wolnym zawodem. Dlatego hasło powszechnej i scalonej służby zdrowia, usymbolizowane w M-twie Zdrowia, musi być połączone z hasłem: „Wymiar zdrowia tylko w rękach lekarskich!” Jedynym hamulcem w rozdawnictwie świadczeń zdrowia przez lekarzy może być tylko stan finansowy organizacji, nie może zaś być urzędnik administracyjny. Mówiąc o wymiarze zdrowia, mam na myśli nie tylko ordynację w gabinecie i przepisywanie recept, gdyż jestto jedynie mała cząstka zadań lekarskich, ale umiejętności i autorytatywne dysponowanie całym aparatem sanitarnym scalonej służby zdrowia, który to aparat stanie się w rękach lekarzy bronią znacznie silniejszą od recepty.

Upředzenia, dość silnie wśród lekarzy rozpowszechnione, jakoby scalenie agend zdrowia i powszechna służba zdrowia musiały być połączone z upaństwowieniem i zurzędniczeniem stanu lekarskiego, należy tedy rozwiać, a we wszystkich działaniach, które przedsięwzięmiemy dla osiągnięcia celu, mieć stale na uwadze to niebezpieczeństwo, na jakie może być wystawiona nasza idea, jeśliby jej wykonanie w nieodpowiednich, nielekarskich miało leżeć rękach.

Wzrost wydatków na agendy zdrowia po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego z 20 milionów franków szwajcarskich na 25 milionów fr. szw., był zależny nie od zwiększenia świadczeń na rzecz spraw zdrowotnych, lecz powstał wskutek wzrostu wydatków administracyjnych z powodu podziału agend M-stwa Zdrowia Publicznego między kilka ministerstw. Dla osiągnięcia celu należałoby skojarzyć wysiłki wszystkich, dążących do przywrócenia M. Z. P. i wydać wspólną ich pracę, udawadniającą konieczność i pilną potrzebę tej restytucji. Należy zwrócić uwagę społeczeństwa na koszty wyprodukowania pełnowartościowego człowieka i jego amortyzacji (na tę sprawę zwraca się obecnie szczególną uwagę w Niemczech) oraz straty, jakie ponosi społeczeństwo, gdy wskutek niedostatecznej akcji zapobiegawczej człowiek taki przedwcześnie przestaje pracować. Należy prowadzić w tym duchu akcję uświadamiającą wśród ludności, w prasie i t. d. (streszczenie własne).

Dr. Szwarc uważa, że na zebraniu niema właściwie kogo przekonywać o konieczności przywrócenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, gdyż ci, co przyszli, są dostatecznie o tem przekonani. Niestety szczupłe grono zebranych dowodzi niewielkiego zainteresowania temi sprawami wśród lekarzy. W r. 1923 Naczelna Izba Lekarska wypowiedziała się za zniesieniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego, gdyż osoba ministra była jej ze względów politycznych niemiła. Tak samo zachowali się posłowie-lekarze, którzy kierowali się przy głosowaniu motywami natury polityczno-osobistej, a nie lekarskimi. Przez dopuszczenie do likwidacji Ministerstwa

Zdrowia Publicznego utopiono wraz ze zdrowiem publicznym i sprawą lekarskie. Z roku na rok wzrasta liczba zapadnięć na tyfus plamisty, wzrasta śmiertelność z duru plamistego, który zagląda do stolicy. Ogólna śmiertelność jest u nas wyższa niż w innych krajach, z gruźlicy np. wynosi u nas 17 na 10.000, podczas gdy w Niemczech tylko 7. Śmiertelność niemowląt dochodzi do 20%. A przecież już dawno powiedział D i s r a e l i, że pierwszym nakazem dla polityka, ministra jest troska o zdrowie narodu, a G l a d s t o n e uważał, że państwem powinien kierować lekarz lub inżynier. Nawet mały Gdańsk posiada Ministerstwo Zdrowia, w którym skupiono wszystkie sprawy, dotyczące zdrowia, podczas gdy u nas po zlikwidowaniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego podzielono jego agendy pomiędzy 7 ministerstw, a prócz tego sprawami zdrowia zajmuje się 16 stowarzyszeń. Liczba łóżek szpitalnych jest minimalna, nie pozostaje w żadnym stosunku do liczby ludności. Liczba lekarzy szkolnych, zwłaszcza jeżeli chodzi o szkoły powszechne, jest zupełnie niewystarczająca i sprowadza badania szkolne do fikcji, gdy na lekarza przypada po kilka tysięcy dzieci. Walka z gruźlicą jest prowadzona w sposób bardziej niż niezadawalający, przyczem zupełnie się zapomina o wsi, przykład innych państw, wbrew dawnym poglądom, dowodzi, że gruźlica, a szczególnie jej postać, wywołana przez prątki typu bydłowego (perlica), spotyka się dwa razy częściej na wsi, niż w mieście. Część tych spraw oddano samorządom, rozmaitym instytucjom, których akcja nie jest skojarzona, podczas gdy we Francji utworzono w tym roku w każdym departamencie urząd inspektorów higieny, którzy mają nadzorować i koordynować działalność tych instytucji. Mówi się, że jest u nas zbyt wielu lekarzy; jest to względny nadmiar, gdyż w stosunku do pracy, która powinna być wykonywana, a która leży dotąd odłogiem, mamy zbyt mało lekarzy. Liczba lekarzy w Polsce, obliczona w stosunku do ilości ludności, stawia ją na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Gdyby rozbudowano w należyty sposób szpitalnictwo, gdyby opieka lekarska w szkołach była na właściwym poziomie, to tylko te dwie gałęzie pracy lekarskiej wymagałyby około 5.000 lekarzy. A tymczasem lekarze muszą się imać z braku właściwej pracy różnych ubocznych zajęć, jako przedstawiciele i agenci firm farmaceutycznych i t. d. Sprawy zdrowia, mające tak doniosłe znaczenie dla Państwa, potraktowano po macoszemu. Ministerstwo Zdrowia Publicznego skasowano prawie bez żadnego protestu, a coby powiedziano, gdyby np. chciało się znieść Ministerstwo Rolnictwa. Wskutek braku resortu, w którymby się ogniskowały sprawy zdrowia i lekarzy, lekarze są traktowani po macoszemu. Spraw podatkowych lekarzy nie udaje się w żaden sposób uregulować, podczas gdy np. rzemieślnicy, czując się pokrzywdzeni, znajdują obronę w Ministerstwie Przemysłu. Wyznacza się skandaliczne taksy lekarskie, podczas gdy żadnemu innemu zawodowi nikt się nie ośmiela narzucać stawek zarobkowych. Mówca proponuje wybór komisji celem opracowania odpowiedniego memoriału do władz.

Dr. M. Abramowicz uważa, że dobrze się stało, iż na posiedzeniu niema tych, do których powinny trafić argumenty mówców, nie dlatego, że sprawa jest zła, przeciwnie, jest ona bardzo ważna i pilna, lecz dlatego, że przytoczone argumenty są niewłaściwe. Np. szerzenie się duru plamistego zależy nie od braku Ministerstwa Zdrowia Publicznego, lecz od okropnego stanu ekonomicznego, niskiego poziomu kulturalnego ludności i t. p. Ważnem jest podkreślenie, że niema takiego działu administracji państwowej, w którymby niefachowcy załatwiali sprawy innych zawodów, a tymczasem u nas jedynie o zdrowiu stanowią wszyscy prócz lekarzy. Sprawa ta posiada doniosłe znaczenie również z punktu widzenia obrony kraju. Bezrobocie doprowadza do tego, że lekarze zapominają, czego się nauczyli, nie uzupełniają swych wiadomości, a przecież z nich będzie się rekrutował korpus lekarski Armji na wypadek wojny. Sprawa zwalczania chorób nagminnych musi być skupiona w jednym ręku, jeżeli ma dać wyniki. W ubezpieczalniach leczą chorych lekarze na rozkaz nielekarzy. O sprawach zdrowia stanowią ludzie niekompetentni. Do poprawy stanu sanitarnego kraju nie przyczynia się stan szpitalnictwa: odczuwa się brak szpitali, nadmierne ich różniczkowanie na szpitale miejskie, sejmikowe, brackie i t. p., fatalny stan istniejących szpitali (brak wody w pewnych szpitalach prowincjonalnych, niedostateczny personel pielęgniarski nawet w szpitalach warszawskich i t. p.). Kierownictwo tych wszystkich spraw musi się znaleźć w rękach lekarzy. Jeżeli te sprawy zaś mają być skupione w jednej instytucji, wynika z tego jasno konieczność restytucji Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Dr. Knappe zwraca uwagę, że wprowadzić prelegent cytował memoriał Polskiego Towarzystwa Medycyny



Spolecznej przeciwko skasowaniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego, lecz nie wspominał, że wogóle powstanie tego Ministerstwa było zasługą Towarzystwa, zaś pierwszym Ministrem zdrowia w Polsce był wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Zniesienie Ministerstwa Zdrowia Publicznego było następstwem walk partyjnych tak, że nawet lekarza-endecka nie można było przekonać o konieczności utrzymania tego ministerstwa. Dr. Polański, prezes Polskiego Towarzystwa Higjienicznego, Dr. Bogucki i inni uważali, że tylko skasowanie Min. Zdr. Publ. i oddanie władzom administracyjnym spraw zdrowotnych poprawi sprawy sanitarne, ponieważ Minister Zdrowia Publicznego nie może wydawać rozkazów starostom i policji, może to natomiast uczynić Minister Spraw Wewnętrznych. Sprawy sanitarne przekazano po zlikwidowaniu Min. Zdr. Publ. Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w Min. Spr. Wewn., lecz wkrótce przeniesiono je z Min. Spr. Wewn. do Min. Pracy i Opieki Społecznej, która nie posiada egzekutywy, jak jej nie posiadało Min. Zdr. Publ. Lecz wyjście z tej sytuacji było proste przy zachowaniu Min. Zdr. Publ.: odpowiednie rozporządzenia mógł wydawać Minister Zdr. Publ. w porozumieniu z Ministrem Spr. Wewn. Ubezpieczalnie wydają pieniądze państwowe, lecz wpływające ze składek ubezpieczonych, a te w miarę potęgawania się kryzysu maleją. Ubezpieczalnie ściągają składki, lecz nie wydają pieniędzy na swe właściwe cele, zapobieganie i leczenie, tylko na inne (np. pożyczki i t. d.).

W odpowiedzi wyjaśnia Dr. Odrzywołski, że motywem skasowania Min. Zdr. Publ. były argumenty oszczędnościowe, a potem wskutek zwiększenia się kosztów administracyjnych wzrosły te wydatki, pomimo że w dziedzinie zdrowia robiono mniej, niż uprzednio. Sprawa zużywania się ludzi i w związku z tem obliczanie wartości człowieka (a nie wydatków na zdrowie) były poruszone przez prof. Janiszewskiego. Wykazał on, że od r. 1924 do 1930 wzrosły wydatki ogólne o 83%, wydatki zaś na opiekę społeczną — o 305%, gdyż coraz większy musiał być zasięg opieki nad ludźmi niezdolnymi do pracy. Po odjęciu wydatków, związanych z bezrobociem, wzrost wydatków na opiekę społeczną wyniósł jednak 293%. Jednocześnie z Min. Zdr. Publ. w r. 1924 zostało skasowane Min. Pocht i Telegrafu, a agendy jego włączone do Min. Komunikacji, lecz w rok później zostało ono reaktywowane, choć jest to tylko ministerstwo administracyjne. W sprawie Min. Zdr. Publ. ukazało się ostatnio nieco prac drukowanych, lecz i tego jest niewiele. Nie było natomiast przez długi czas wystąpień czynnych w postaci memorjów do władz, uchwał, poruszania tych spraw w Ciałach Ustawodawczych. Dopiero ostatnio można zanotować podobne uchwały. Prelegent nie chciał wchodzić w swym odczycie w argumenty, przemawiające za reaktywacją Min. Zdr. Publ., lecz omówił tylko sprawy stosunku lekarzy do zniesienia i reaktywacji Min. Zdr. Publ. Argumentów, przemawiających za przywróceniem Min. Zdr. Publ., jest bar-

do dużo. Do argumentów, przytoczonych przez przedmówców, dodaje argument dr. Ostromeckiego, który zwrócił uwagę, że wobec braku Min. Zdr. Publ. oszczędności ogólne samorządów były mniejsze, niż ich oszczędności na zdrowiu pomimo pogarszania się stanu sanitarnego kraju. To samo dotyczy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Istnieje obecnie nagła potrzeba koordynacji wszystkich posunięć w sprawach zdrowotnych kraju i oszczędzania na wydatkach admiastrowania sprawami zdrowia. Za tą samą sumę pieniędzy można dużo więcej zrobić, skupiając całą działalność zdrowotną w jednej instytucji. Trzecim zasadniczym argumentem, przemawiającym za przywróceniem Min. Zdr. Publ., jest fakt, że obok terytorjum człowiek jest największym majątkiem Państwa, a troska o jego zdrowie stanowi najważniejsze zadanie Państwa. Inicjatywa do utworzenia Min. Zdr. Publ. wyszła z Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, gdyż było to wówczas palącą potrzebą. Obecnie istnieje również taka nagła potrzeba. Proponuje, by uchwalił dalsze studia nad tą sprawą, wystąpienie z inicjatywą do władz i t. p. Apeluje do Zarządu Towarzystwa, by podjął starania o reaktywację Min. Zdr. Publ.

### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 27 lutego 1936 r. (Med. Klin. Nr. 24/1936) K. Glaesner mówił o *leczeniu choroby wrzodowej*. Prelegent zalecił przed kilku laty leczenie wrzodów żołądka i dwunastnicy pepsyną. Wstrzykiwania pepsyny nie stanowiły jednej z odmian leczenia bodźcowego. Na zdjęciach rentgenowskich, które robiono przed leczeniem i po niem, mógł dostrzec prelegent, że wrzód się goi, czasami nawet zadziwiająco szybko, przyczem znikają dolegliwości i utajone krwawienia. Również zbliżowaciale wrzody nadają się do leczenia.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 27 lutego 1936 r. (Med. Klin. Nr. 24/1936) F. Nagl pokazywał przypadek, stanowiący  *przyczynek do patogeny nadcisnienia*. Prelegent spostrzegł przez dłuższy czas chorego z powodu tachikardji, gorączki i dreszczów. W przypadku tym nie mogło chodzić o posocznicze zapalenie osierdzia, gdyż nie było leukocytozy, przesunięcia obrazu Arne'tha wlewo, zaś posiew ze krwi wypadł jałowo. W ciągu pięciu lat również obraz pozostał bez zmiany. Istniało nadcisnienie, wahające się od 180 do 200 mm. Hg., przemiana podstawowa była wzmoczona o 50 do 200% bez objawów nadcisnienia gruczołu tarczowego. Poza tem pacjent wykazywał stale drżenie i nadmierne pocenie się. Należy przyjąć u chorego istnienie zaburzeń w ośrodku, regulującym przemianę materji, oraz w ośrodku regulacji cieplnej, a także nadcisnienie, wywołane ośrodkowo. Czynność nerek była prawidłowa. Dreszcze i podniesienie ciepłoty tłumaczy prelegent niedostatecznością procesów wyrównawczych w ośrodku cieplnym.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Nowe zadania medycyny pracy w polityce społecznej.

Podał

Dr. Jan HOZER (Warszawa).

Trudno mówić o nowych zadaniach i drogach medycyny społecznej, a medycyny pracy w szczególności, tam, gdzie nie stanęło się dotąd nawet na poziomie państw zachodnich zprzed lat dwudziestu, a w niektórych częściach kraju na poziomie zprzed lat pięćdziesięciu. Następstwem braku jednolitej polityki społeczno-zdrowotnej jest rozdrobnienie i rozkojarzenie agend zdrowotnych w Państwie na kilkanaście odrębnych organizacji, nieustanne uszczuplanie świadczeń na rzecz zdrowia publicznego, zbytnie opóźnianie organizacji leczenia zbiorowego przez czynniki niefachowe, brak zrozumienia dla zagadnień medycyny społecznej. Jesteśmy krajem, w którym nie wygasają ogniska endemji, gotowe w każdej chwili — jak

np. endemja tyfusu plamistego — do rozpalenia się w pożar powszechnej i groźnej epidemji. Pod względem szpitalnictwa i zdrowotności wsi stoimy na najniższym poziomie. Nie jesteśmy przygotowani do sanitarnej obrony kraju na wypadek wojny. Straty gospodarcze wskutek zaniedbań w higjienie i bezpieczeństwie pracy wynoszą rocznie 250 milionów złotych! Wartość biologiczna obywateli spada, a sprawność naszych sił roboczych obniża się!

Dlatego musimy bacznie śledzić prądy i kierunki współczesnej polityki społecznej w kraju i zagranicą i w polityce tej wyłobić zdecydowane tory dla medycyny społecznej. Medycyna pracy jest bowiem jedną z najpotężniejszych broni w rękach polityki społecznej, który umie się nią posługiwać i musi w przyszłości odegrać olbrzymią rolę w bardzo wielu dziedzinach tej polityki. Jesteśmy krajem, któremu pod rygiorem utraty bytu politycznego i fizycznego nie wolno cofać się ustawicznie wtył w porównaniu z potężnymi sąsiadami. Z

olbrzymią dynamiką sił, rozbudzonych przez rewolucyjne ruchy polityczno-społeczne, państwa ościenne realizują oddawna szereg niesłychanie doniosłych idei w dziedzinie gospodarczej, militarnej, populacyjnej, zdrowotnej i w ochronie pracy. Idee medycyny społecznej stoją tam wprawdzie na usługach imperjalizmów lub doktryn politycznych, jednak może właśnie dlatego realizowane są w tempie rekordowym, konsekwentnie i z pomocą całej aparatury państwowej.

W naszym kraju mamy warunki po temu aby wszystkie idee medycyny społecznej urzeczywistnić niezależnie od wszelkich jednostronnych lub sezonowych kierunków politycznych, a jedynie w myśl specyficznie polskiej racji stanu, praw biologicznych i zasad nauki.

Na czoło wybija się zagadnienie o c h r o n y p r a c y. Jestto zagadnienie polityki socjalnej w najszerszym tego słowa znaczeniu. Z jednej strony zalega się ono o wszystkie dziedziny medycyny ścisłej i społecznej, z drugiej o wszystkie tryby i dźwignie ruchów socjalnych. Jedną z naczelnych tez polityki socjalnej jest czuwanie nad tem, aby wskutek walki klas, grup i jednostek nie uległy zniszczeniu wartości społeczne, gospodarcze i kulturalne, a wytwórczość aby służyła dobrobytowi obywateli i państwa, rozwijając się w miarę narastania potrzeb społecznych.

Wytwórczość musi być skojarzona z zagadnieniem utrzymania sprawności sił roboczych oraz zdrowia ogółu i jednostki!

Medycyna społeczna stoi w ścisłym stosunku do wszystkich procesów społecznych i gospodarczych oraz do samej wytwórczości jako takiej. Motorem wytwórczości jest sprawność sił roboczych w stopniu niemniejszym, niż inne bodźce natury społecznej, gospodarczej lub militarnej. Sprawność sił roboczych należy tedy podtrzymywać i zabezpieczać, rozwijać i przedłużać, oraz planowo zużytkowywać!

Nietylko od „rozładowania bezrobocia“, ale od sprawności sił roboczych, uwarunkowanej zdrowiem — zależy wynik walki o byt polityczny i gospodarczy naszego kraju!

Mimo wzrostu przeciętnej długowieczności, przeciętny okres pełnej sprawności naszych sił roboczych — skraca się!

Robotnik dzisiejszy już w 40 roku życia przestaje być pod względem sprawności siłą pełnowartościową. Wykazuje zmiany patologiczne w krążeniu, spadek ogólnej żywotności, objawy przedwczesnego zużycia sił i przedwczesnego starzenia się. Jeszcze gorzej dzieje się w świecie pracujących zarobkowo kobiet. Sprawność ich załamuje się jeszcze wcześniej. Nieraz widzimy kobiety młode, o wyglądzie kilkanaście lat starszym ponad swój wiek. Do tego przyczynia się fakt, że kobieta poza zajęciami zarobkowymi pełni funkcje macierzyńskie, wychowawcze i domowo-gospodarcze. Pracuje tedy nieraz więcej, niż robotnik, a w każdym razie ponad swoje siły, bez dostatecznych wypoczynków i dostatecznej ochrony pracy. Nieodpowiednie dla ustroju kobiecego zajęcia zawodowe i przeciążenie powodują ponadto powstawanie cierpień ginekologicznych, zbroczeń psychicznych i t. p. Zmiany te wpływają nietylko w wysokim stopniu na sprawność roboczą, a pośrednio na wytwórczość, ale są szkodliwe z punktu widzenia potomstwa. Niezależnie od płci, do przedwczesnego zużywania się sił roboczych przyczynia się współczesne tempo,

charakter i za długi czas pracy, złe warunki materialne i higieniczne, monotonia pracy wskutek daleko idącego zróżniczkowania faz pracy i mnóstwo nowych szkodliwości, które zjawily się i mnożą w epoce rozkwitu współczesnej wytwórczości.

Wskutek tych wszystkich szkodliwości okres czasu, przez który robotnik fizyczny lub pracownik umysłowy pracuje jako pełnosprawna siła, staje się krótszy. Jeżeli dla przeciętnego robotnika odliczymy lat 18 na wychowanie i wykształcenie zawodowe, to, przyjmując przeciętną długowieczność na lat 65, a pełną sprawność roboczą do 40-go roku życia, widzimy, że robotnik dzisiejszy pracuje jako pełnosprawna siła zaledwie lat około 22. Nie o wiele inaczej przedstawia się sprawa u pracownika umysłowego. Wiek, do którego możemy liczyć pełną sprawność, jest wprawdzie dłuższy, i możemy go przyjąć jako sięgający do lat 45—47, jednak wskutek dłuższego wykształcenia zawodowego granica przesuwana się wzwyż i okres pełnej sprawności — począwszy od 24-go roku życia, to jest od dnia wypuszczenia na rynek pracy — wypada również tylko na lat około 22. Wskutek dłuższej i częstszej specjalizacji bywa nawet znacznie krótszy.

Prócz zjawiska zmniejszenia się czasu pełnej sprawności, które utrwaliło się, a w ostatnich czasach nawet pogłębia się, musimy w latach najbliższych liczyć się z ujemnymi następstwami wejścia na rynek pracy mniejwartościowego potomstwa wojennego, jakoteż z perspektywą kilkoletniego deficytu sił roboczych z powodu małej wojennej rozrodczości. Ten jakościowy i ilościowy deficyt w stanie posiadania pełnosprawnych i wykwalifikowanych sił roboczych, może wystąpić w okresie dla kraju najniebezpieczniejszym!

Zagadnienia powyższe nabierają szczególnej ostrości przy rozpatrywaniu ich z punktu widzenia obronności kraju.

Czekająca nas epoka walk z użyciem wszechstronnych środków agresji i obrony będzie wymagała przede wszystkim sprawnej wytwórczości w przemyśle wojennym, pomocniczo-wojennym i ogólnym. Wytwórczość ta zależy od utrzymania pełnosprawnych i wykwalifikowanych sił roboczych, pełnosprawnej armji pracy, która, zmobilizowana na usługi państwa, przekroczy wielokrotnie liczbę dziś zatrudnionych sił roboczych. Chodzi nietylko o dostateczną ilość takich sił, ale przede wszystkim o odpowiednią jakość. Wprawa i doświadczenie, nabywane w ciągu lat pracy zawodowej, są jednym z najcenniejszych czynników wytwórczości. Gospodarstwo społeczne i siła obronna kraju ponosi dotkliwą stratę przez każdy ubytek lub zmniejszenie się okresu sprawności pracownika wykwalifikowanego i doświadczonego. Wychodzimy tu daleko poza zagadnienie „rozładowania“ bezrobocia, które nietylko nie spycha wtył problemu utrzymania i przedłużenia sprawności sił roboczych, ale czyni go jeszcze ostrzejszym. Przedwczesnej straty pracownika pełnowartościowego nie zastąpi przyjęcie na rynek pracy stu pracowników niewykwalifikowanych i niepełnowartościowych dla wytwórczości. Czynniki, walczące z bezrobociem, nie mogą nad tą kwestją przejść do porządku dziennego i działać na krótką metę. Charakter prac dzisiejszej epoki nacechowany jest jej jakością a nie ilością.

Wynika stąd hasło: przedłużyć okres



pełnej sprawności zawodowej do możliwego maksimum! Do urzeczywistnienia tego hasła potrzeba jednolitej polityki społeczno-zdrowotnej, współdziałania szeregu sił i skoordynowania wielu działań. Różnorodne zagadnienia łączą się tu ze sobą tak ściśle, że najodpowiedniejszą nazwą dla instytucji państwowej, powołanej do prowadzenia jednolitej polityki społeczno-zdrowotnej, byłaby nazwa: Ministerstwo Zdrowia i Polityki społecznej. Obecna nazwa: Ministerstwo Opieki Społecznej jest nieodpowiednia, gdyż poruszone zagadnienia wykraczają daleko poza „opiekunstwo społeczne”.

Podstawę działalności w terenie w zakresie poruszonych spraw stanowiłaby organizacja, opierająca się na: lekarzach, inżynierach, psychotechnikach, związkach zawodowych, kierownictwie przedsiębiorstw i zakładów pracy, ubezpieczeniach społecznych, szkolnictwie i instytucjach naukowych, oraz organach nadzoru państwowego (inspekcji pracy i t. d.). Trudno w ramach programowego artykułu rozwijać zasady takiej organizacji, na której spoczywałyby tak szerokie i doniosłe zadania. Na tem miejscu pragnę jedynie podnieść z naciskiem, że, jeśli organizacja ta miała wywiązywać się ze swych zadań w sposób zadawalający, musiałaby mieć zapewnione odpowiednie f a c h o w e kierownictwo i odpowiednie moralne, ustawowe i organizacyjno-społeczne warunki działalności. Wiele zagadnień ochrony pracy nie dało się dotychczas rozwiązać skutecznie tylko dlatego, że wplątane one były zbyt silnie w walki klasowe i zatargi pracobiorców z pracodawcami wraz ze wszystkimi walki tej zaognieniami. W tych warunkach rzeczowe rozwiązywanie zagadnień było często niemożliwe z powodu znacznej przewagi argumentów natury emocjonalnej, bojowej. Znaleźć one mogą rozwiązanie spokojne, rzeczowe i skuteczne tylko na gruncie wskazań medycyny społecznej, która w walce, rozgrywanej się na podłożu czysto materialnych lub politycznych pobudek, zajmuje nie raz stanowisko zupełnie odrębne i o b j e k t y w n e. Dzięki swemu ogólnoludzkemu nastawieniu, bezstronności, naukowemu, biologicznemu ustosunkowaniu się do zjawisk, zachodzących w dziedzinie pracy, medycyna społeczna może działać zdecydowanie kojąco na jałowe walki klasowe, zapobiegać destrukcyjnym przejawom walki o byt i w ten sposób odegrać najważniejszą rolę w całokształcie polityki społecznej. Wiemy, że np. walka o skrócenie czasu pracy, prowadzona pod sztandarem walk klasowych, zakończyła się wprowadzeniem 8-godzinnego dnia pracy. Jednak wzrastające nowoczesne tempo pracy wprowadziło tak wiele nowych dla zdrowia i sprawności roboczej szkodliwych czynników, że można śmiało twierdzić, iż szkody stały się jeszcze dotkliwsze, aniżeli by je mógł powodować za długi czas pracy. Reakcja pracodawców poszła tu w kierunku skompensowania własnych strat w zyskach — przez silniejsze wykorzystanie sił roboczych, zwiększone tempo pracy i ściślejsze związanie człowieka z maszyną. Na przykładzie tym widzimy, że walki klasowe prowadzą nieraz do zwycięstw pozornych, które w rezultacie niezawsze wychodzą na korzyść zwycięzcy, lecz grupy, która z pobudek egoistycznych broni swego stanu posiadania lepiej. Podobnie, jak dobrodziejstwo 8-godzinnego dnia pracy dano jedną ręką, a odebrano drugą, taki sam los grozi 40-godzinnemu tygodniowi pracy, o który toczą się obecnie walki klasowe na terenie związków zawodowych i przedsiębiorstw oraz w Lidze Narodów (Międz. Biurze Pracy). Ponieważ jest rzeczą stwierdzoną, że

zmniejszanie czasu pracy podnosi jej wydajność, nie ulega wątpliwości, że pracodawca przemysłowy w razie zwycięstwa postulatów o 40-godzinny tydzień pracy, będzie starał się znów skompensować straty przez większe wyzyskanie sił roboczych w jednostce czasu. Doświadczenie uczy, że należy się liczyć zawsze z bezwzględny egoizmem jednostek i grup, które dla osiągnięcia maksimum zysku w minimum czasu niewątpliwie to uczynią bez oglądania się na dalszą przyszłość, na całość wytwórczości krajowej, na względy ogólnospołeczne i zdrowotne.

Gdyby jednak w kształtowaniu się ochrony pracy decydowały wskazania i metody działania medycyny społecznej, gdyby medycyna społeczna wywalczyła sobie właściwy autorytet w polityce społecznej, wówczas nie byłoby zwycięzców i zwyciężonych, ani zwycięstw pozornych, a walki społeczne zatracalyby stopniowo charakter destrukcyjny i nabierały charakteru twórczego. Medycyna pracy dąży bowiem do stworzenia takiego *optimum* w kształtowaniu się i wyzyskaniu sił roboczych, stworzenia takich warunków pracy w procesie wytwórczym, roztoczenia takiego nadzoru i opieki nad pracującym człowiekiem, aby dać wytwórczości jaknajwiększą i najdłuższą sprawność tych sił i uzgodnić wymagania wytwórczości z możliwościami czynnika ludzkiego. Dąży do tego, aby w ramach wymagań całego procesu produkcyjnego praca nie zużywała człowieka w sposób intensywniejszy, aniżeli to jest usprawiedliwione samym charakterem pracy i normalnym, fizjologicznym procesem używania się ustroju ludzkiego. Proces używania się człowieka, pracującego w dzisiejszych warunkach nie jest procesem fizjologicznym, lecz patologicznym. Wymaga wkroczenia medycyny społecznej i nadania jej egzekutywy wszędzie tam, gdzie dotychczas wskutek jednostronnego doktrynerstwa politycznego lub społecznego, walk egoizmów grupowych i jednostkowych dzieją się rzeczy z jej wskazaniami sprzeczne. Dlatego w organizacji ochrony pracy winna medycyna pracy mieć stanowisko n a d r z ę d n e, zaś w całej polityce społecznej r ó w n o r z ę d n e.

Prawdy te nie były wyraźnie głoszone i nie dotarły, gdzie trzeba: do związków zawodowych i przedsiębiorstw, do sfer politycznych, czynników ustawodawczych i rządowych. O braku zrozumienia dla wartości medycyny pracy w rozwiązywaniu gordyjskich węzłów, splątanych przez chaotyczne i bezplanowe walki klasowe i polityczne w świecie pracy, świadczy choćby tylko brak lekarskich inspektorów pracy, jako czynnika stałego, r ó w n o r z ę d n e g o lub od wypadku do wypadku d o m i n u j ą c e g o w tym organie nadzorczym ochrony pracy. W nieustannych walkach świata pracobiorców z pracodawcami nie można ograniczać się do formalnego rozjemstwa w sprawach o czas pracy, urlopy, płace i t. p. Rozjemstwo takie bywa paljatywem, nie rozwiązującym żadnej kwestji zasadniczo, zupełnie bezstronnie i w interesie ogólnym. Niestosowanie w rozjemstwie wskazań medycyny społecznej wskutek obsadzania stanowisk rozjemców przez ludzi, będących w medycynie pracy laikami, będzie dopóty mścił się przez ustawiczne zamieszki w świecie pracy, dopóty zmuszać do nielogicznych i tchórzliwych kompromisów z posmaczkami politycznym, dopóki na rozjemcę w całym szeregu spraw spornych i zatargów nie zostanie wyznaczony f a c h o w y r e p r e z e n t a n t m e d y c y n y p r a c y! Dla przeprowadzenia całokształtu zadań ochrony pracy trzeba rozwią-

zania całego szeregu zagadnień natury rzeczowej. Nie tylko w poszczególnych zawodach, zakładach, działach i fazach pracy i życia jednostki w zakładzie i poza zakładem pracy, ale w dziedzinie gospodarczej i polityki społecznej wogóle. Zadania ochrony pracy nie ograniczają się do przepisów o zabezpieczeniu maszyn, lecz do czynnika ludzkiego w najszerszym tego słowa znaczeniu. Wymagają biologicznego sposobu myślenia czynników technicznych w wytwórczości, a technicznego i gospodarczego światopoglądu ze strony reprezentantów medycyny pracy. Nagła przemiana pojęć co do istoty ochrony sił roboczych nie jest możliwa. Potrzeba na nią dłuższego czasu i systematycznej akcji uświadamiającej ze

strony powołanych ku temu czynników. Technicy winni być wychowywani w duchu biologicznego, a lekarze społeczni w duchu technicznego światopoglądu. Inaczej postulaty medycyny pracy nie znajdą na terenie zakładu pracy zrozumienia i traktowane będą jako wkraczanie czynnika obcego w wewnętrzne sprawy produkcji.

Zagłębiając się w las problemów ochrony pracy, dochodzimy do wniosku, od którego wyszliśmy, że są one rozwiązywalne tylko przez natychmiastowe i zdecydowane wkroczenie na drogę jednolitej polityki społeczno-zdrowotnej w Państwie pod kierownictwem samodzielnego resortu Ministerstwa Zdrowia i Polityki Społecznej!

## Wiadomości bieżące

— Przez całe 13 lat redagowania „Warsz. Czas. Lek.” staraliśmy się, w miarę możliwości, ujednostajnić pisownię. Zdarzały się jednak bez wątpienia od czasu do czasu niedopatrzności, za które czytelników przepraszamy. Od dnia 1 września r. b. obowiązuje nowa pisownia, bardzo dżwiła, obfitująca w mnóstwo wyjątków i wywołująca już z różnych stron wiele zastrzeżeń. Pomimo to uważamy sobie za obowiązek stosowanie się do zasad nowej ortografii, chociaż zdajemy sobie sprawę z trudności, na jakie będziemy tu narażeni. W najbliższej przyszłości musimy być przygotowani na prawdziwy w tej dziedzinie chaos, z czasem jednak, miejmy nadzieję, trudności dadzą się opanować. Prosimy przeto szanownych i łaskawych naszych współpracowników, ażeby zechcieli zasady nowej pisowni uwzględnić, sami zaś będziemy również czuwać nad ich przestrzeganiem. Z dniem dzisiejszym wprowadzamy zasadę pisania rzeczowników, kończących się na *ia*, oraz 6 i 7 przypadku liczby pojedynczej i 6 liczby mnogiej przymiotników, zaimków i imiesłowów, jednakowych we wszystkich rodzajach: *ym, im; ymi, imi*.

— Emerytowany profesor okulistyki Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie Juliusz Szymański został mianowany profesorem honorowym tegoż Uniwersytetu.

— Na tegorocznym posiedzeniu sekcji dla Spraw Zdrojowisk i Uzdrowisk Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, odbytym w Krynicy, uchwalono, że doroczne następne posiedzenie odbędzie się w r. 1937 w Druskiénikach. Uchwałę tę powzięto ze względu na przypadającą w r. 1937 setną rocznicę istnienia Zakładu w Druskiénikach.

— Zarząd Zdrojowiska Inowrocław, pragnąc umożliwić w III sezonie korzystanie z kuracji jak najliczniejszemu rzeszom kuracjuszy, organizuje obecnie bardzo tanie i korzystne ryczałty. Całkowity pobyt z oddzielnym pokojem w pensjonacie wraz z utrzymaniem, opieką lekarską, kartą kuracyjną i t. d. wynosi na przeciąg 2 ty-

godni zł. 119, na przeciąg 3 tygodni zł. 174.50 i na przeciąg 4 tygodni zł. 226.

— W Nr. 34/35 Wien. Med. Wochenschrift czytamy: „Między członkami nowo wybranego Parlamentu Brytyjskiego znajduje się 23 lekarzy. Do nowej Izby Francuskiej wybrano 15 lekarzy. Nowy Polski Prezydent Ministrów, generał Składkowski, był z początku chirurgiem; podczas wojny poświęcił się na stałe służbie wojskowej”.

ZMARLI.

Stanisław Serkowski, bakteriolog, b. profesor Uniwersytetu Warszawskiego — w Warszawie.

J. Jadaśohn, b. profesor dermatologii i syfilologii Uniwersytetu Wroclawskiego — w Zurychu.

Juliusz Tandler, b. profesor anatomii Uniwersytetu Wiedeńskiego — w Moskwie.

## Résumé des articles originaux.

H. BROKMAN, J. BRILL, J. FRENZEL. **Une réaction dans le rhumatisme (BBF) sur la base de plus de 300 observations cliniques.**

Le principe de la réaction est ce de la réaction de Bordet-Gengou. Dans ce but était préparé un extrait du foie des enfants morts à la suite de rhumatisme. La réaction était pratiquée dans 324 cas — 178 enfants et 146 adultes. Dans 133 cas de polyarthrite chronique secondaire la réaction était positive chez 110, négative chez 23 malades. Dans 191 autres cas on pouvait supposer une étiologie rhumatismale ou une coïncidence avec la maladie de Bouillaud, c'est pourquoi le résultat positif n'était pas inattendu. Une discordance nette avec le résultat attendu négatif, basé sur le diagnostic clinique, était dans 12 cas. Il est probable, que c'était à cause d'une infection rhumatismale latente.

J. HOZER. **Nouveaux problèmes de la médecine du travail dans la politique sociale.**

Une efficace protection du travail exige une politique sociale uniforme sous la direction d'un ressort indépendant du Ministère de la Santé et de la Politique Sociale.

TREŚĆ: M. BIRO. O chorobie Tay-Sachsa. — H. BROKMAN, J. BRILL, J. FRENZLOWA. Odczyn na reumatyzm (BBF) na podstawie z górą 300 przypadków materiału klinicznego. — E. HERMAN i J. MERENLENDER. Opis kliniczno-anatomiczny przypadku choroby Cushinga. — L. DMOCHOWSKI. Badania P. Mendeléeff nad liposarcoma Murraya i nad czynnikami wpływającymi na wzrost nowotworów (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. HOZER. Nowe zadania medycyny pracy w polityce społecznej. — Wiadomości bieżące. SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO. Recherches sur la maladie de Tay-Sachs. — H. BROKMAN, J. BRILL et M-me J. FRENZEL. Une réaction dans le rhumatisme (BBF) sur la base de plus de 300 observations cliniques. — E. HERMAN et J. MERENLENDER. Description anatomo-clinique d'un cas de maladie de Cushing. — L. DMOCHOWSKI. Recherches de M-me Mendeléeff sur le liposarcome de Murray et sur les agents influant sur la croissance des néoplasmes (Rev. gén.). — J. HOZER. Nouveaux problèmes de la médecine du travail dans la politique sociale.