

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 9

WARSZAWA, 28 LUTEGO 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O artretyzmie.

Podał

Dr. Marcelli LANDSBERG (Warszawa).

Jedną z najbardziej zawiłych kwestyj medycyny wewnętrznej jest niewątpliwie sprawa tak zw. artretyzmu. Sam termin ten „artretyzm” jest czemś tak nieokreślonym, tak nieuchwytnym, tak nieściśle ograniczonym i tak zachłannym, że, rzecz prosta, klinika może posilkować się rozpoznaniem „artretyzmu” jedynie z wielkimi zastrzeżeniami, albo też — jak to czyni, lub raczej czyniła klinika niemiecka — wogóle nie używać tego terminu. Toteż słowo „artretyzm” jest częściej używane przez pacjenta, aniżeli przez lekarza, chętniej wypowiedziane przez lekarza praktyka, aniżeli przez klinicystę, opierającego się jedynie na danych ścisłych medycyny doświadczalnej. W istocie, w rozpoznaniu „artretyzmu” lubują się pacjenci po części dlatego, że takie nieokreślone i łagodne rozpoznanie zadawała poczucie przyczynowości, tak u każdego chorego człowieka rozwinięte, częściowo zaś dlatego, że jest znacznie przyjemniejsze od rozpoznania sklerozy, władu rdzenia, gruźlicy i innych przewlekłych i groźnych cierpień. Pozatem, zgodnie z przesądem, artretyzm jest wskaźnikiem długowieczności.

Ale czyżby rzeczywiście pojęcie artretyzmu, takie, jak je otrzymaliśmy od wielkich lekarzy francuskich: Boucharda, Bazina i Lancéraux, było rzeczywiście abstrakcją, czczem słowem? Zdaje się, że nie lub niezupełnie.

* * *

Według Boucharda, istnieje cała klasa ludzi, która tem się odróżnia od osobników prawidłowych, że t. zw. przemiana materji czyli wszelkie procesy chemiczne ustroju odbywają się w bardziej zwolnionem tempie, aniżeli „de norma”.

Jakież są tego skutki? Otóż, jak wiadomo wszelkie produkty pokarmowe, jak białka, węglowodany i tłuszcze, ulegają — dzięki pracy ustroju — daleko idącemu rozpadowi, aby zamienić się wreszcie na t. zw. końcowe produkty przemiany materji, jak woda, CO₂ i mocznik. Oczywiście, że te sprawy chemiczne przebiegają dosyć skomplikowanymi drogami i przez cały szereg t. zw. pośrednich produktów przemiany materji — wspomnę o glikogenie, kwasach tłuszczowych, kw. szczawikowym, o rozmaitych purynach. Otóż w tych przypadkach, w których szybkość tworzenia się i wydalania końcowych produktów przemiany materji jest zahamowana, następuje pewne przeładowanie ustroju owymi pośrednimi produktami przemiany materji.

W żółci zjawia się nadmiar cholesteroliny, w moczu — nadmiar szczawianów lub fosforanów, w naczyniach krwionośnych — nadmiar soli wapniowych, w pochewkach ścięgowych, w stawach — nadmiar moczanów, w gruczołach potowych skóry zbierają się szczawiany i kw. tłuszczowe; nieokreślone bliżej kryształki odkładają się w oskrzelach, w ependymie 3 komory, jednym słowem, tworzą się wszędzie, we wszystkich jamach ustroju złogi z owych nadmiernie zebranych patologicznych już związków chemicznych. W ten sposób powstają cierpienia stawowe, neuralgie na tle oksalemji, pryszczycy, łuszczycy, furunkulozy — na tle kw. tłuszczowych, wydzielanych przez gruczołki potowe, pokrzywka, przelotne obrzęki, dusznica oskrzelowa, migrena, skleroza naczyń krwionośnych i nerek — oto wszystko są, wg. Boucharda i jego szkoły, skutki owego, ralentissement de la nutrition, bradytrophie Landouzyego, i te właśnie choroby lub zespoły chorobowe wchodzą w skład tego hipersyndromu, który we Francji został nazwany „arthritisme” lub neuro arthritisme, w Anglii litemją.

Czy rzeczywiście istnieje taki zachłanny, że się tak wyrażę zespół, ogarniający niemal całą patologję?

Otóż z biegiem czasu wraz z doniosłymi od-

kryciami z dziedziny bakterjologii przedewszystkiem, z wielkiego syndromu artretyzmu zaczęły powoli odpadać wszelkie przewlekłe cierpienia natury zapalnej, odpadły cierpienia nerwowe, jak wiał rdzenia lub stwardnienie rozsiane.

Wykryto cukrzycę trzustkową — i odkrycie to zadało potężny cios teorii artretyzmu — gdyż po raz pierwszy znaleziono *sedes morbi* tak klasycznej choroby przemiany materji całego ustroju, jaką jest cukrzyca. Dermatologia okaże się również mało litościwa dla tej Bazina: i tutaj zakażenie coraz wybitniejszą odgrywa rolę. Powstało pojęcie o obcym białku, o alergji i anafilaksji, które również uczyniło wyłom w wielkim gmachu artretyzmu.

Jeszcze bardziej, niż klinika, przyczyniły się do załamania teorii wielkiego klinicysty francuskiego — badania doświadczalne nad chemizmem ustroju — przedewszystkiem więc prace niemieckich fizjologów i chemików. Okazało się, że pojęcie o *ralentissement de la nutrition* jest pojęciem nieuzasadnionem, że sprawy chorobowe, tak kunsztownie przez francuską szkołę spojone w jedną harmonijną całość, nie mają żadnych wspólnych ogniw i są przejawami poszczególnych cierpień częściowo t. zw. przemiany materji, a po części wywołane są przez schorzenia poszczególnych narządów. Wspomnę tylko kilka nazwisk: E. Fischera, Minkowskiego, Voita i Pettenkoffera, Naunyna, Senatora, Leydena, Kossela, Noordena, Embdena, Abderhaldena i wielu, wielu innych, którym to badaczom zawdzięczamy, jeżeli nie stworzenie, to rozbudowanie zapoczątkowanej przez genialnego Claude Bernarda nauki o przemianie materji.

*

*

*

Zdawaćby się mogło wobec tego, że pojęcie artretyzmu, jako nieodpowiadające naukowym danym ani ze strony kliniki doświadczalnej, ani teorii, to znaczy patologji i terapii zwierząt doświadczalnych, powinno zniknąć z horyzontu.

Tymczasem tak nie jest. Słowo artretyzm lub cały szereg terminów, które to słowo zastępują, poczynają coraz to częściej zjawiać się pracach autorów klinicznych, starających się oświecić omawiane wyżej sprawy na podstawie zupełnie ścisłych naukowych danych. Wraz z rozwojem pojęcia o konstytucji, znowu zaczynamy się spotykać z ubranem w nowe szaty pojęciem o urazach, że wspomnę tylko prace Martiusa, Lichtwita, J. Bauera, Gudzenta z pośród niemieckich autorów, a Loepera z pośród francuskich klinicystów.

Jest to jakby reakcją na zbyt wielkie rozdrobienie patologji, na pęd ku coraz to większemu wyodrębnianiu coraz to nowych jednostek chorobowych: umysł ludzki, stale dążący w kierunku syntezy, stara się i tutaj, opierając się już nie na genialnej intuicji Boucharda, lecz na zasadzie szczegółowych, zmuśnionych badań tych samych właśnie przeciwników teorii bradytrofizmu, stworzyć pewną całość, pewien zespół chorobowy, czy konstytucjonalny. Oczywiście nie będzie to już ów hipersyndrom szkoły francuskiej, owo pojęcie które może ogarnąć wszystkie niemal

przejawy patologji człowieka. Pojęcie „nowoczesnego artretyzmu” nie jest jeszcze skryształizowane, ale, jak, wspomniałem, coraz bardziej zarysowują się podwaliny tego „*arthritismus redivivus*”.

I rzeczywiście z punktu widzenia lekarza klinicysty, a jeszcze bardziej z punktu widzenia lekarza praktyka coraz bardziej zachodzi potrzeba ustanowienia pewnego zespołu, któryby mógł objąć na pierwszy rzut oka tak różne, a przecież pokrewne sobie sprawy chorobowe.

Niechaj służy, jako przykład, tak często się powtarzająca historia lekkiej cukrzycy, zjawiającej się u kobiety w okresie przekwitania płciowego. W młodości zdrowa, po pierwszym lub drugim porodzie napady kamicy żółciowej, później dolegliwości stawowe lub mięśniowe, później dolegliwości, związane z menopauzą, wreszcie cukrzyca, zazwyczaj łagodna, jak zwykle u otyłych osobników. Kiedy zaczynamy się rozpytywać co do anamnezy rodzinnej, usłyszymy, że jedno z rodziców cierpi na dolegliwości podagryczne, wśród rodzeństwa są cierpiący na astmę, dolegliwości skórne, rwę kulszową, kamicy nerkową.

Znamy rodziny, dotknięte kamicią wątrobową i nerkową z wczesną miażdżycą naczyń. Istnieją rodziny w których u rozmaitych członków występują naprzemian wszelkie cierpienia wielkiego syndromu Boucharda. Wiemy, i jest wielokrotnie stwierdzone, że gruźlica — przynajmniej jej cięższe przejawy, jest w takich rodzinach nieznana. Już we wczesnem dzieciństwie osobnik „artretyczny” zdradza pewne charakterystyczne cechy skórne: jest to *strophulus infantum*, uporczywe ekzemy, nieco później sprawa ta ucicha, rozpoczyna się natomiast cały szereg cierpień ze strony aparatu chłonnego: częste anginy, przerosty muszki nosowych, gruczolów chłonnych, furunkuloza, ekzemy; po dojściu do dojrzałości płciowej procesy te gasną — *habitus arthriticus* przejawia się nieco później w postaci najprzeróżniejszych cierpień, których charakterystyczną i bodaj że jedyną wspólną cechą jest skłonność do wytwarzania złogów patologicznych. Ta złogotwórcza cecha jest właśnie, zdaniem naszym, tem ogniwem, które wszystkie te stany patologiczne wiąże w jedną całość.

Swojego czasu, chcąc znaleźć pewne cechy wspólnoty w poszczególnych jednostkach chorobowych, zgrupowanych przez szkołę francuską w owym wielkim zespole, w związku z pracami Garroda, dopatrywano się w kwasie moczowym owej *materialis peccans* wszystkich tych cierpień. Było to zrozumiałe tembardziej, że — szczególnie we Francji — najczęstszym przejawem owego zespołu była dna, choroba u nas rzadka — i stąd właśnie pochodzi nazwa „*arthritisme*” (Gintra). Zaczęto rozpatrywać wszystkie niemal przejawy patologji ludzkiej pod kątem widzenia wadliwej przemiany kwasu moczowego. Być może, że dzięki tej modzie poznaliśmy i pogłębiliśmy wiadomości nasze o tym tak ważnym związku. Dowiedzieliśmy się, że kw. moczowy nie jest pochodną białka, lecz nukleinów, w których kwas ten jest z białkiem związany. Poznaliśmy zawikłane drogi rozpadu owych nukleinów, sprawy utleniania, amidacji i dezamidacji, które i u człowieka doprowadzają do trioksydnuaminopurynu — do kw. moczowego. Dowiedzieliśmy się o egzogenicznym i endogenicznym kw. moczowym, o tem że znaj-

duje się on jako ciało prawidłowe we krwi, że wydzielanie jego jest zależne nie tylko od nadmiernego wprowadzania do ustroju nukleinów, lecz pośrednio i ciał białkowych. Stwierdzonem zostało, że każdemu napadowi dny towarzyszy wzmożenie się kw. moczowego we krwi, i że po napadzie, który można scharakteryzować jako odczyn zapalny miejscowy na złogi moczanu sodu, owa hiperuricemja słabnie. Dowiedzieliśmy się, że przemiana purynów jest w niezmiernie wysokim stopniu zależna od wątroby, i że jej cierpienia również prowadzą do hiperuricemji. Stwierdzono to klinicznie i doświadczalnie. Ale nie sama tylko wątroba, lecz i czynniki regulujące jej działalność — a więc układ nerwowy i gruczoły dokrewne odgrywają rolę pierwszorzędną w przemianie związków jądrowych. Jednakowoż mimo niepomierne go wprost nawału prac, poświęconych sprawie przemiany purynów prawidłowej i chorobowej, pozostała bez odpowiedzi pewnej, stanowczej, kwestja dominująca, czy kwas moczowy jest końcowym produktem przemiany purynów u człowieka, czy też nie, t. j. czy kwas moczowy ulega dalszemu rozpadowi. Podczas gdy jedni, jak Lichtwitz, uważają kw. moczowy za ostateczną postać związków purynowych, inni, jak Schittenhelm, twierdzą, iż kw. moczowy, dzięki zaczynom urikolitycznym, rozpada się na drobniejsze związki, jak alloksan i mocznik. Jest to sprawa kardynalna, gdyż sprawa hiperuricemji może być ujęta z dwóch punktów widzenia: nadmiar kw. moczowego we krwi może być skutkiem nadmiernej jego produkcji w wątrobie, lub też może być spowodowany przez niedokładny jego rozpad, również lokalizowany w wątrobie. Przyszłość powinna wykażać, który z tych poglądów się ostoi.

Ale nie tylko ta zasadnicza sprawa roli kwasu moczowego w przemianie purynowej, lecz i jeszcze jedna nadzwyczaj dla patologji ważna kwestja uricemji nie jest dostatecznie wyjaśniona. Tak samo jak hiperglikemja niezawsze jest wskaźnikiem cukrzycy, tak samo i hiperuricemja nie zawsze wskazuje na obecność dny. Oczywiście nie masz napadu typowej, regularnej dny bez hiperuricemji, lecz ileż istnieje rzeczywistych podagryków z dną nietypową, albo nawet czasem i typową (w okresie nienapadowym) bez uricemji zwiększonej. Jako normę uricemji uważają od 2 do 3,6 miligramów $\%$, lecz znani są dnowi o uricemji, nie przewyższającej tej „normy”; z drugiej zaś strony znane są hiperuricemje w marskości nerek, w cierpieniach organicznych wątroby, w białaczce.

Hiperuricemja nie jest więc objawem patognomicznym dla dny, tembardziej zatem nie można uważać jej za coś charakterystycznego i dla zespołu artretyzmu, którego częścią składową jest owa skaza moczanowa.

Coprawda, u wielu osobników, wykazujących cechy owego artretyzmu, jak u cierpiących na ekzemę, pokrzywkę, neuralgię, nieokreślone bóle stawowe, kamicę wątrobową i nerkową — spotykamy dosyć często liczby kw. moczowego, przewyższające 4 mg. $\%$; jednakowoż stwierdzenie samego faktu hiperuricemji nie uprawnia nas do stwierdzenia, że ów nadmiar moczanów we krwi jest jedną, jedyną przyczyną tych stanów chorobowych, gdyż, jak wyżej wspomniałem, cały szereg osobników, dotkniętych temi samemi chorobami,

nie wykazuje hiperuricemji, a z drugiej strony znamy sporo przypadków nadmiaru kw. moczowego we krwi bez żadnych objawów owego „artretyzmu”.

Muszą więc być inne jeszcze czynniki, poza samym nadmiarem kwasu moczowego, które to czynniki powodują odkładanie się złogów patologicznych.

Jakież są, lub mogą być owe czynniki? Co się tyczy samego kw. moczowego, to wiemy, że rozpuszczalność jego nie jest czemś stałym, a zależy jak od jego rozmaitej budowy chemiczno-fizycznej (Gudzent), tak i od składu rozpuszczalnika (Lichtwitz, Pinkussen). Dlatego też w jednym przypadku przy wielkim nadmiarze moczanów we krwi nie stwierdzamy osadzania się soli, w innych zaś zjawiają się strąty, pomimo stosunkowo niskiej uricemji. Zresztą, jak wiemy, złogi patologiczne, nawet typowo dnowe składają się nie tylko z moczanów: wchodzi tutaj w rachubę i cholesteryna i szczawian wapnia i fosforany i węglany i bilirubina, nie mówiąc już o rzadziej spotykanych materiałach złogowych, jak kw. homogentyzynowy, cystyna lub barwniki patologiczne.

I tutaj spotykamy się z podobnym objawem: znamy przypadki cholesterynemji z wyraźnemi złogami cholesterynowymi: np. w *Xanthoma diabeticum* lub w kamicy żółciowej t. zw. niezapalnej, i odwrotnie znamy przypadki kamicy bez cholesterynemji patologicznej, przypadki oksalemji bez kamicy szczawianowej, i szczawianowe złogi w miedniczkach nerkowych bez oksalemji. Co się tyczy tej ostatniej sprawy, to ostatnio Loeper wraz ze swymi współpracownikami opisał pewien zespół, który nazwał oksalemicznym. Zespół ten cechuje: hipotonja, wielka wrażliwość i chwiejność układu nerwowego roślinnego, skłonność do furunkulozy i innych cierpień skórnych. Jak widzimy, jest to część syndromu Boucharda. Być może, że ten zespół Bouchardowski, o ile się wogóle ostoi, rozpadnie się na poszczególne skazy: moczanową, szczawianową, wapniową, fosforanową, cholesterynową i t. d., i w ten sposób zginie całkowicie. Jednakowoż to niezwykle częste występowanie poszczególnych skaz u jednego i tego samego osobnika, a jeszcze częściej u rozmaitych członków jednej rodziny przemawia, mojem zdaniem, za istnieniem czynników — ogniw, łączących wszystkie te „skazy”. I jeszcze jedno: rozbierając pokrótce owe skazy, zastanawialiśmy się nad faktem stwierdzonym, iż nie tylko nadmiar danych soli powoduje ich strąty i osady, że sama tylko hiperuricemja nie da dny, że sama tylko cholesterynemja nie wywoływała kamicy cholesterynowej.

Musimy więc dla tych dwóch przyczyn szukać innego jeszcze czynnika, t. j. takiego procesu ustrojowego, któryby mógł z jednej strony wyłumaczyć sprawę tworzenia się złogów przy nadmiarze lub nawet i bez nadmiaru soli złogotwórczych, a z drugiej strony mógł być uważany za ogniwo, za cechę wspólną wszystkich cierpień złogowych.

* * *

Jeżeli wyparujemy na łaźni wodnej 1 litr zupełnie przezroczystego moczu, otrzymamy, rzecz jasna, pewien osad, składający się z części stałych, w tym

moczu rozpuszczonych. Jednakże osad ten nie da z litrem destylowanej wody prawdziwego roztworu: otrzymamy litr mętnego płynu. Zjawisko to da się objaśnić w sposób następujący: mocz jest roztworem przesyconym, a sole, w nim rozpuszczone, utrzymują się w stanie prawdziwego roztworu jedynie dzięki obecności pewnych, bliżej nie zdefiniowanych, ciał kolloidowych t. zw. kolloidów ochronnych. Owe kolloidy (lipoidy, białka, nukleiny) nie tylko w moczu wykazują swe własności ochronne, ale i w innych sokach ustroju, jak krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym. (Przypomnę tylko, że na tej zasadzie jest oparta próba złotowa Langego z płynem mózgowo-rdzeniowym).

Otóż i w tych właśnie płynach ustrojowych obecność kolloidów wpływa w sposób bardzo wydatny na większą lub mniejszą rozpuszczalność danych soli. Przemawiają zatem badania Schadego, Lichtwitza, Gudzenta, Pinkussena. Zależnie od zmian w budowie tych kolloidów zwiększa się lub się też zmniejsza zdolność do tworzenia się osadów, — czyli, o ile chodzi o ustrój żywy — złogów.

Wiemy bowiem, iż w roztworze przesyconym może do pełnego czasu panować równowaga, z chwilą jednak „zakażenia” takiego zupełnie przezroczystego roztworu przez maleńki nawet kryształek soli, znajdującej się w danym roztworze, sprawa osadzania się tych soli występuje z niezmierną szybkością.

Tak samo dzieje się w ustroju: wokół jądra kamienia żółciowego czy moczowego osadzają się coraz to nowe warstwy soli. Jeżeli chodzi o kamienie żółciowe, to charakterystycznym jest, że pomiędzy każdą nową warstwą jest jakby błonka białkowa — ów stracony „kolloid ochronny”.

Wiemy, że układ kolloidów osocza — i, prawdopodobnie, tkanek — bardzo żywo reaguje na wszelkie urazy zewnętrzne i wewnętrzne. Owa reakcja kolloidowa ustroju, kolloidoklaza Widala daje się stwierdzić przy t. zw. crise hemoclasique. Otóż ciekawe jest, że w napadach wszystkich tych cierpień, które nie są pochodzenia zakaźnego, a zaliczane są przez szkołę Boucharda od zespołu artretyzmu, występują charakterystyczne dla crise hémoclasique znamiona: leukopenja obwodowa, zaburzenia w krzepliwości krwi, spadek ciśnienia tętniczego oraz wskaźnika refraktometrycznego surowicy.

Jak przed 8 laty wykazałem, jednym z objawów „crise” jest również przyspieszone opadanie krwinek w cytrynianowym osoczu. A czy to wzmożone osadzanie krwinek nie jest analogiczne ze wzmożonym osadzaniem innych cząsteczek, rozpuszczonych lub „zawieszonych” we krwi lub w sokach ustroju? Niewątpliwie tak, gdyż, jak wykazują badania Fahraeusa, Oettingena i innych, sprawa opadania krwinek pod względem fizyczno-chemicznym nie wiele się różni od procesów wypadania nieograniczonych cząsteczek.

Tak więc musimy przypuścić, iż we krwi od czasu do czasu pod wpływem rozmaitych czynników, następstwa zmian w jej kolloidach (przede wszystkim białka z ich chwiejnym stosunkiem albuminów do globulinów), występują straty substancji nieorganicznych. Jest bardzo prawdopodobne, że i lokalnie w tkankach odbywają się te

same sprawy. Dlaczego np. guzy dnawe zjawiają się prawie że zawsze w tych sanych charakterystycznych narządach, jak zresztą i inne złogi. Podkreślić należy, że tak się dzieje tylko z pewnym prawdopodobieństwem, gdyż dowodów doświadczalnych na takie ujęcie kwestji dotychczas nie posiadamy.

Jednakże takie oświecenie sprawy znajdujemy w pracach całego szeregu krytycznych skądinąd klinicystów, zarówno niemieckich, jak i francuskich.

Loeper np. ujmuje całą kwestję tworzenia się złogów, jako skutek chwiejności kolloidów ustroju, jako „astatolyse”.

Gudzent nieco ostrożniej wyraża się, uważając napady skazy złogotwórczej za przejawy alergji.

To samo widzimy w doświadczeniach Widala, i tutaj jako *primum nocens* wystawiają sprawę nadwrażliwości ogólnej czy lokalnej, jako przyczynę występowania napadów u osobników wrażliwych.

Taka chwiejność kolloidów ustroju wszystkiego, rzecz prosta, wyjaśnić nie może. Jest to, zdaniem naszym, li tylko jeden z czynników, powodujących wyżej wspomniane przejawy skazy złogotwórczej. Zasluguje czynnik ten na szczególną uwagę tylko dlatego, że właśnie on jest tą cechą wspólną, łączącą wszelkie cierpienia złogowe, artretyczne, a więc skazę moczanową, cholesterynową, szczawianową, węglanową, fosforanową.

Jak wyżej wspomniałem, jest rzeczą prawie pewną, że jednym niezmiernie ważnym czynnikiem w powstawaniu złogów chorobowych jest przesylenie ustroju związkami złogotwórczymi. Substancje te, w zależności od charakteru skazy, mogą być różne, i owa różnorodność i wielorakość zespołu artretycznego da się właśnie wytłomaczyć przez tę właśnie różnorodność materji złogowej. Po za tym czynnikiem, nie mniej ważną rolę odgrywa w sprawie powstawania choroby złogowej owa chwiejność kolloidów ustroju. Przesycenie solami da nam ten stan, który nazwiemy skłonnością ustroju do danego schorzenia, a zaburzenia w sferze kolloidowej doprowadzą do tworzenia się osadów, czyli do napadów danego cierpienia.

Tak mniej więcej przedstawia się strona fizyczno-chemiczna patogenazy zespołu artretycznego. Co się tyczy strony fizjopatologicznej tej sprawy, to bardzo wiele momentów przemawia za tem, że *primum movens* skazy artretycznej jest wątroba, owa centralna pracownia chemiczna ustroju. Co się tyczy przemiany ciał nukleinowych, to możemy z wszelką pewnością stwierdzić pierwszorzędną rolę, jaką odgrywa w tych sprawach komórka wątrobową. Dość wskazać na badania Manna i Magatha, Fischlera, Schittenhelma aby się przekonać o znaczeniu wątroby dla przemiany purynów. Ale nie tylko dane doświadczalne, lecz i klinika i codzienna praktyka lecznicza wskazuje nam na wątrobę, jako na narząd, regulujący sprawy przemiany ciał jądrowych. To samo wiemy o cholesterynie, chociaż tutaj wchodzi w rachubę prawdopodobnie inne narządy. To samo wiemy o szczawianach wapnia, o cystynie, o kwasie homogentyzynowym. Naturalnie, że nie tylko wątroba, lecz i inne narządy wchodzi tutaj w rachubę, ale zdaje się, że wśród narządów, produ-

k u j ą c y c h owe substancje złogotwórcze, najwybitniejszą rolę odgrywa wątroba. Rzecz prosta, że nawet przy prawidłowym wytwarzaniu się owych substancyj złogowych w przebiegu przemiany materii ustroju może dojść do przesycenia ustroju wtedy, kiedy wydalanie tych ciał z ustroju ulega zahamowaniu. Mowa tu o nerkach i, być może skórce, które to narządy są, jak wiadomo, jedy-nymi aparatami, usuwającymi z ustroju odpadki, powstające ze spraw chemicznych ustroju.

Odgrywają one zapewne rolę bardzo ważną, lecz, jeżeli wspomnimy o czynniku kolloidowym, to znów powrócimy w stronę tego narządu, który reguluje, że się tak wyrażę, izokolloidyzm ustroju, a więc do wątroby. Rzecz oczywista, że nie mam tu na myśli jakowychś organicznych, makroskopowych schorzeń wątroby, jako przyczynę wszelkich cierpień artretycznych, pozwalam sobie jednak wyrazić przypuszczenie, że przyczyną przesycenia ustroju substancjami złogotwórczymi z jednej strony i chwiejności kolloidów ustroju z drugiej strony jest niedomoga czynnościowa wielkich gruczołów ustroju, a przedewszystkiem wątroby.

Tak samo jak cukrzyca może być rozmaitego pochodzenia, tarczycznego, nadnerczowego, nerwego, wątrobowego, to jednakże ostatecznie jest ona spowodowana przez absolutny lub stosunkowy hipoinsulinizm. To samo, przypuszczam, dzieje się w cierpieniach, należących do zespołu skazy złogotwórczej.

Rzecz prosta, że owa funkcjonalna niedomoga wątroby może być wywołana jak przez jej niedorozwój lub schorzenie, tak i przez czynniki, panujące nad czynnością wątroby, a więc czynniki ustrojowe, jak układ nerwowy ośrodkowy i roślinny oraz układ gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym. Z czynników zaś egzogenicznych rolę pierwszorzędną odgrywają sprawy pokarmowe, a więc przekarmianie, nadmiar ciał białkowych i, być może, w pewnej mierze i awitaminoza.

Wydawałoby się więc, że w istocie powracamy do starych też Boucharda, Bazina i Landouzy, że, rzeczywiście, ów wielki syndrom istnieje, albowiem wszelkie zaburzenia przemiany materii, tworzące ów zespół, nie są względem siebie zupełnie obce i wykazują wiele cech wspólnych.

Cechami temi są: 1) rodzinne występowanie owych schorzeń,

2) alergiczne ich cechy, jak napadowość, przyczem napady tego lub innego cierpienia często występują na tle nadwrażliwości,

3) przesycenie ustroju wytworzonymi w nadmiernej ilości lub niedostatecznie z niego wydalonymi substancjami złogotwórczymi,

4) skłonność do tworzenia się osadów i złogów, „astatolyse“ Loepera, jako przejaw chwiejności kolloidów ustroju.

Jak widzimy, niema tutaj owego Bouchardowskiego *ralentissement de la nutrition*, gdyż, jak wiadomo, w żadnym z cierpień artretycznych nie udało się stwierdzić zmniejszenia spraw utleniania. Jednakowoż i tutaj spotykamy się z pewnymi wskazówkami w kierunku tego właśnie zwolnienia przemiany materii.

Kilka lat temu zwrócił uwagę Bickel, iż istnieje cały szereg stanów patologicznych, nacechowanych niedostatecznym spalaniem węgla w ustroju.

Przejawia się ta niedomoga utleniania w ten sposób, że stosunek organicznego węgla do azotu w moczu wzrasta na korzyść węgla. Owa „dys-oxydative Carbonurie“ stwierdza się przedewszystkiem w cukrzycy, kiedy to w moczu spotykamy większe lub mniejsze ilości węglowodanów; ale i w innych cierpieniach, jak w awitaminozach (Bickel), cierpieniach alergicznych (Bickel), w sprawach dnaowych (Meyer-Bisch), w astmie oskrzelowej, również stwierdzamy w moczu nadmiar węgla w stosunku do azotu. Być może, że ta właśnie „dyzoksydacyjna karbonuria“ jest przejawem bradytrofji Landouzyego.

O ile jednakże mniej lub więcej zbliżamy się do starych pojęć o artretyzmie, o ile dopuszczamy istnienie owego zespołu, to zakres tego zespołu powinien ulec znacznej zmianie, znacznej redukcji.

Przedewszystkiem muszą odpaść wszelkie cierpienia stawowe, wynikające wskutek zakażenia, chociaż i tutaj musimy się zastrzedz, że właśnie „artretycy“ są specjalnie skłonni do stawowych lokalizacji ogólnej zresztą infekcji. Dlatego też sprawa wyodrębnienia cierpień stawowych infekcyjnych od cierpień stawowych powstających li tylko na tle zбочzenia przemiany materii, jest bardzo zawikłana.

Dotyczy to przedewszystkiem cierpienia zwanego przewlekłym reumatyzmem, które to cierpienie może być wywołane przez najrozmaitsze czynniki etiologiczne i patologiczne. Dosyć wspomnieć o ostatnio czynionych próbach klasyfikacji t. zw. przewlekłego reumatyzmu (Umbert, Gudzent), aby przekonać się o trudności zagadnienia.

To samo tyczy się spraw złogowych, jak kamica żółciowa lub nerkowa. I tutaj, obok spraw endogenicznych, zakażenie, jako czynnik, zakłócający równowagę kolloidów, może odegrać pierwszorzędną rolę. Tak samo i w sprawach skórnych, poza czynnikami ustrojowymi, które stanowią tło, skłonność do samego cierpienia, ostatecznym agent provocateur cierpienia jest uraz bakteryjny, mechaniczny lub chemiczny.

Tak samo muszą być wyodrębnione z zespołu artretyzmu cierpienia, wynikające bezpośrednio z zaburzeń czynności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, jak: cukrzyca trzustkowa, otyłość przysadkowa, jak również zespół przysadkowo-płciowy; cierpienia kostne, wynikające na tle zaburzeń w gruczołach przytarczycznych (*ostitis fibrosa*), lub jajnikach (*periarthritis climacterica*).

W ramach więc tego zespołu pozostaną jedynie wszystkie te cierpienia, które klinicznie przedstawiają się jako choroby, powstające na tle złogów, lub też jako napady cierpień, spowodowanych przez nagłe zakłócenie równowagi kolloidów w ustroju przesyconym rozmaitemi związkami, składającą nieszkodliwymi dla danego ustroju. Przeróżne więc endogeniczne cierpienia skórne, kamica nerkowa lub żółciowa, migreny, newralgie, dna prawidłowa i nieprawidłowa, niektóre postacie t. zw. przewlekłego reumatyzmu, wszystkie cierpienia alergiczne, oto kliniczne przejawy artretyzmu w naszym pojęciu tego słowa.

W ten sposób pojmowany zespół artretyzmu, zdaniem mojem, powinien się utrzymać i utrzymywać się nie jako pojęcie o wielkim zespole chorobowym, lecz o pewnej skłonności ustrojowej do tworzenia się złogów patologicznych, skłonności, która

pod wpływem czynników wewnętrznych czy zewnętrznych doprowadza do najrozmaitszych cierpień.

Do czynników wewnętrznych zaliczymy zbroczenia przemiany materii krystaloidów i kolloidów, wynikające z nieprawidłowego działania wątroby, gruczołów o wydzielinie wewnętrznej i układu nerwowego roślinnego i centralnego. Czynniki zewnętrzne będą sprawy odżywiania i zakażenia. Obadwa te momenty mogą wpłynąć ujemnie na

kardynalne procesy: na regulację prawidłowego poziomu związków złogotwórczych, a więc cholesteryny, kw. moczowego, szczawikowego, fosforanów, wapnia, na wzajemne ustosunkowanie się elektrolitów, na utrzymanie PH z jednej strony i na izokolloidalność ustroju z drugiej.

Co się tyczy samego słowa „artretyzm“, to być może, że zostanie one zastąpione przez inne, bardziej trafne określenie owej skazy złogowej.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału wewnętrznego Szp. Dz. Jezus w Warszawie.

(Ordynator: Józef SKŁODOWSKI)

Przypadek rażenia prądem elektrycznym. Późne wystąpienie objawów błędnikowych. Pomyślny wpływ nakłucia lędźwiowego.

Podał

Henryk PUSZET (Warszawa).

J. Z., robotnik, lat 33, dotąd zawsze zdrowy, został przywieziony na oddział szpitalny dn. 11/X.1928 r. z powodów następujących:

Przed 2 dniami w czasie pracy stracił nagle przytomność i upadł. Gdy po paru minutach oprzytomniał, miał gwałtowne zawroty głowy, nieznosny szum w uszach i wymioty. Podczas leżenia w domu w ciągu 2 dni doznał nieznacznej poprawy; wymioty ustąpiły, miał jednak nudności i nadal silny szum w uszach i zawroty głowy. Podaje, że od 10-ciu dni chwilami ciemniało mu w oczach zdawało mu się, że upadnie i, jak sobie teraz przypomina, zataczał się zawsze w stronę prawą. Trwało to chwilę, przytomności nigdy nie stracił, nie padał i pracy nie przerywał. Zdarzało się to początkowo rzadko, 1 — 2 razy dziennie, później coraz częściej aż do wybuchu obecnego cierpienia. W końcu podaje, że przed 3-ma tygodniami został silnie rażony prądem elektrycznym; stojąc na wilgotnej ziemi, dotknął trzymaną w rękę żelazną rurą przewodnika prądu elektrycznego o napięciu stałym 110 Volt, służącego do oświetlenia. Prąd trząśł nim mocno; przeraził się bardzo i podobno krzyczał, a po oderwaniu się od rury upadł, lecz szybko wrócił do przytomności, czuł się zupełnie dobrze i dalej pracował.

Nie pije, nie pali, chorób wenerycznych nie przechodził; ma żonę i dwoje dzieci, wszyscy zdrowi; żona nie roniła.

Badanie na oddziale wykazało:

Stan ogólny — dobry, narządy wewnętrzne bez zmian, ciepłota normalna, tętno 64 — miarowe, ciśnienie krwi 14.0 — 8.0 (Pachon). Mocz normalny. Pacjent odczuwa stale nieznosny szum w uszach, zwłaszcza w prawym, który porównywa do „turkotania motoru“. Ma zawroty głowy, wszystkie otaczające przedmioty kręcą mu się przed oczami i to stale w jednym kierunku z prawa na lewo. Ma nadal nudności. Musi leżeć, nie ruszając głową, bo przy najmniejszym ruchu dolegliwości raptownie się wzmagają. Przy próbach stania lub siedzenia chory natychmiast zatacza się w stronę prawą i pada. Badanie neurologiczne poza lekką sztywnością karku jest ujemne. W szczególności dno oka bez zmian, oczopląsu niema, próba Baranego wypadła nieco słabiej, niż normalnie. Słuch jest wyraźnie przytępiony w uchu prawym, o czym chory dotąd nie wiedział; błona bębenkowa tegoż ucha wykazuje

niewielkie zmiany nieżytowe; nerwy ślimakowe bez wyraźnych zmian. Nakłucie lędźwiowe dało płyn czysty, wodnisty, wypływający pod dużym ciśnieniem; wypuszczono go 10 cm³. Badanie płynu nie wykazało zmian: białka — 0,03%, Nonne — Apelt ujemny, limfocytów 2 w polu widzenia, Wassermann — ujemny.

Po nakłuciu lędźwiowym objawy chorobowe nieco złagodniały. Nudności ustąpiły, chory mógł siadać, jednak przy staniu i chodzeniu musiano go podtrzymywać, gdyż zaraz padał w stronę prawą; zawroty i szum trwały nadal. Zwiększyła się sztywność karku.

Wyraźnie określony jednokierunkowy charakter zawrotu i padanie chorego stale w jedną stronę w połączeniu z szumem w uszach i wymiotami dowodzą cierpienia błędnika. Do pełnego obrazu zespołu Menière'a brak tu jedynie objawów ocznych, mianowicie oczopląsu i zboczenia gałek ocznych. Jest przytępienie słuchu w uchu prawym i szum w niem bardziej dokuczliwy, niż w lewym, lecz to możnaby przypisać dawnemu nieżytowi jamy bębenkowej. Chwilowe zamroczenia z zataczaniem się w stronę prawą, jakie miewał pacjent od 10-ciu dni przed wybuchem choroby, należy niewątpliwie uważać za poronne objawy błędnikowe.

Zachodzi pytanie, czy uraz elektryczny z przed 3-ch tygodni, który spowodował tylko krótką utratę przytomności, jest przyczyną obecnego stanu. Problem ten, interesujący pod względem naukowym, czasami może mieć praktyczne znaczenie sądowo-lekarskie (w danym przypadku mało aktualne z powodu wyzdrowienia chorego). Brak jakiegokolwiek innej etiologii w danym przypadku, z drugiej zaś strony liczne już dziś obserwacje kliniczne pozwalają odpowiedzieć na to pytanie z wielkim prawdopodobieństwem twierdząco.

W pracy Jellinka¹⁾, najlepszego znawcy tej dziedziny, znajdujemy przykłady, jak późno nieraz ujawniają się skutki rażenia elektrycznością. Opisane są nawet nagłe zejścia śmiertelne po upływie szeregu dni od chwili rażenia (t. zw. *exitus dilatus*), aczkolwiek przez cały czas osoby te nie miały żadnych dolegliwości. Te opóźnione skutki działania prądu elektrycznego na organizm ludzki przypominają analogiczne działanie promieni Roentgena lub radu.

W jednym z ostatnich numerów „Wiener Klinische Wochenschrift“ Jellinek²⁾ omawia pomyślny wpływ nakłucia lędźwiowego w cierpieniach centralnego układu nerwowego, spowodowanych rażeniem przez prąd elektryczny. Już oddawna spo-

¹⁾ Der elektrische Unfall 1927 r.

²⁾ 1928 r., 18.

strzegął on na sekcjach osób, porażonych elektrycznością, bardzo silny obrzęk mózgu. W doświadczeniach na zwierzętach przekonał się, że prąd elektryczny wywołuje wzmoczenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, i że objaw ten utrzymuje się po przerwaniu prądu, a nawet jeszcze wzrasta. Wyrazem niezwykle wzmoczonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, względnie obrzęku mózgu u ludzi, zmarłych wskutek wstrząsu elektrycznego, są spostrzeżenia sekcyjne, gdzie stwierdzano wgłębienie się mózdzku i mostu w otwór potyliczny. W jednym przypadku, w dwie godziny po rażeniu prądem, u osobnika w okresie głębokiej nieprzytomności i drgawek nakłucie lędźwiowe spowodowało natychmiastową poprawę, powrót świadomości i wyzdrowienie. Na zasadzie swych badań i obserwacji autor jest gorącym zwolennikiem wypuszczania płynu mózgowo-rdzeniowego we wszystkich przypadkach rażenia prądem elektrycznym, gdzie podejrzewać tylko można wzrost ciśnienia lub obrzęk mózgu.

Po tygodniu wykonaliśmy powtórne nakłucie. Tym razem płyn trysnął strumieniem i po paru sekundach wypełnił probówkę. Obawiając się zbyt nagłego spadku ciśnienia, zmuszony byłem hamować odpływ płynu. Wypuściłem około 25 cm³. Badany po 1/2 godzinie, chory podawał, że czuje wielką poprawę, widzi

jaśniej i dalej, a szum w uszach i zawroty głowy ustąpiły zupełnie. Następnego dnia chory stał i chodził bez zataczania się, musiał tylko wyteżać uwagę, by nie ruszać głową i oczami, bo wtedy występowało kołowanie widzianych przedmiotów. Również podczas chodzenia z zamkniętymi oczami zataczał się jeszcze w prawo. Sztwność karku ustąpiła; skarżył się na bóle głowy, które zmniejszały się przy niskim ułożeniu i po paru dniach ustąpiły. Miał jeszcze nieco szumu w uchu prawem.

Ta wybitna poprawa utrzymała się przez kilkanaście dni. Zdecydowaliśmy się nakłuć chorego po raz trzeci; przy tej sposobności zmierzaliśmy ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Było ono jeszcze spore, bo 45 cm. według Claude'a (norma 25 — 28 cm.). Po wypuszczeniu kilku cm³ płynu ostatnie drobne objawy błędnikowe ustąpiły całkowicie. Resztki szumu w prawym uchu znikły, chory mógł szybko kręcić głową bez zawrotu i chodzić pewnie z zamkniętymi oczami. Z zaleceniem 2-tygodniowego odpoczynku pacjent został wypisany ze szpitala.

Z opisu powyższego przypadku wynika, że cierpienie błędnika zależało tu od niezwykle wysokiego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, i że nakłucie lędźwiowe jest właściwą metodą leczenia tego rodzaju zaburzeń, spowodowanych urazem elektrycznym. Przez obniżenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego nakłucie lędźwiowe dawało nam za każdym razem szybką poprawę i doprowadziło do wyleczenia.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Ropomocz niemowlęcy w świetle współczesnych poglądów.

Podał

A. FESTENSZTAT (Warszawa).

Sprawa ropomoczu niemowlęcego była ostatnio przedmiotem wielu badań, wśród których na szczególne omówienie zasługują prace Schiffa, Bauera, Helmholtza, Franka i Schönfelda, zdążające do wyjaśnienia tej sprawy chorobowej.

Ropomocz jest, jak wiadomo tylko objawem. Ustalenie jego nic nam nie mówi ani o lokalizacji procesu chorobowego, ani o jego charakterze anatomicznym.

Pod względem symptomatologicznym piurje niemowlęce możemy podzielić na dwie grupy.

Dla grupy pierwszej charakterystyczny jest ostry początek, burzliwy przebieg przy ciężkich objawach ogólnych: podniesiona nietypowa ciepłota, znaczny niepokój, lęk w oczach, charakterystyczna bladłość, często z żółtawym odcieniem skóry; czasem występują drgawki i inne objawy mózgowe; nieraz dochodzi do zespołu toksycznego: zamroczenie, głęboki oddech, biegunka, wymioty; innym znów razem występują obrzęki twarzy i dolnych kończyn.

Do drugiej grupy przypadków ropomoczu niemowlęcego należą schorzenia bez tych ciężkich objawów — ropomocz zostaje wykryty przypadkowo.

Patogeneza ropomoczu niemowlęcego. Schiff, badając sekcyjnie przypadki piurji niemowlęcej, często nie stwierdzał żadnych zmian anatomicznych ani w nerkach, ani w miedniczkach, ani też w pęcherzu — nawet przy pomocy badania mikroskopowego.

W innych dość licznych przypadkach znajdował ropnie nerkowe, położone głównie w części korowej nerek. Przytem wielkość tych ropni wahała się od rozmiarów mikroskopowych do wielkości pięciogroszówki.

Wreszcie w nieznacznej liczbie przypadków ropomoczu niemowlęcego udało się Schiffowi i stwierdzić anomalję w budowie dróg moczowych.

Należy podkreślić, że badanie sekcyjne tych przypadków ropomoczu niemowlęcego, które klinicznie rozpoznawać można było jak *pyelitis* lub *pyelocystitis*, w bardzo licznych przypadkach nie wykazało zmian ani w miedniczkach ani w pęcherzu.

Przy badaniu bakteriologicznym tych wszystkich przypadków przeważnie stwierdzano obecność *bact. coli commun.*

Już z tego widzimy, że sam fakt stwierdzenia w moczu obecności ciałek ropnych i lasecznika okrężnicy nie pozwala nam wnioskować ani o loka-

lizacji danego procesu chorobowego, ani o jego zmianach anatomicznych. Natomiast ta okoliczność, że różnorodne zmiany kliniczne i anatomiczne i różnorodne momenty etiologiczne (o czym mowa będzie dalej) powodują u niemowląt jednakowe zmiany w moczu, pozwala przypuszczać, że w okresie niemowlęctwa układ dróg moczowych wykazuje tę samą chwiejność, co i przewód pokarmowy. A więc tak samo, jak na różnorodne zaburzenia chorobowe niemowlę reaguje biegunka, — i przy tem na podstawie tej biegunki nie możemy określić, jakie to jest zaburzenie chorobowe — podobnie układ dróg moczowych w różnorodnych schorzeniach może zareagować ropomoczem (a niekiedy i cylindrurją). Pewne światło na patogenезę piurji niemowlęcej rzuciły badania doświadczalne, podjęte ostatnio przez Schiffa i Bauera. Prace te były oparte na następującej obserwacji klinicznej: niemowlęta, u których występuje nagły spadek wagi i wysuszenie organizmu, wykazują często zespół nerkowy: piurję i cylindrurję; kiedy niemowlęta te odpowiednio nawodnić, zespół nerkowy znika.

Kierując się tą obserwacją, Schiff i Bauer doprowadzali niemowlęta do stanu odwodnienia i stwierdzali u nich ropomocz, który znikał po nawodnieniu. (W niektórych przypadkach autorzy stwierdzili w pierwszych dniach po odwodnieniu osad charakterystyczny dla zapalenia nerek, ale niebawem krwinki i wałeczki znikały, a pozostawały tylko ciała ropne). Taką postać ropomoczu wymienieni autorzy nazywają Dehydratationspyurie.

Inne badania Schiffa wykonane były celem wyjaśnienia patogenезy ropni nerkowych, powodujących piurję niemowlęcą. Do eksperymentu użyte zostały młode myszy. Jednej grupie autor wprowadził dożylnie *bacterium coli*, drugiej — paciorkowce, trzeciej — gronkowce. Lasecznik okrężnicy żadnych zmian patologicznych w nerkach nie wywołał. Natomiast po wprowadzeniu gronkowców lub paciorkowców już po upływie jednej doby makroskopowo można było stwierdzić ropnie nerkowe. Zjawisko to występowało systematycznie.

Analogiczne badania były wykonane przed kilku laty przez Helmholtza w Ameryce, a w ostatnich czasach przez Francka w Pradze.

Badania Schiffa, Helmholtza i Francka zasługują na specjalną uwagę z dwóch względów: 1) można było ustalić w nerkach zwierząt doświadczalnych takie same zmiany histologiczne, jakie występują w tych narządach u niemowląt z ropniami nerek; 2) pomimo bakterjemji tworzenie się ropni konstatowano jedynie w nerkach, podczas gdy inne organy pozostawały nietknięte. Badania te wykazują, że ropomocz, spowodowany przez obecność ropni nerkowych, jest odrębnym i samodzielny schorzeniem; przytem ropnie te powstają na drodze hematogennej.

Helmholtz i Schiff ustalili również, że w ropniach nerkowych u niemowląt najczęściej występują gronkowce i łańcuszkowce, podczas gdy z moczu tych dzieci można wychodować przeważnie *bact. coli*. Wrotami wejścia dla infekcji w wielu przypadkach są gronkowcowe schorzenia skóry. Jednakże w wielu innych przypadkach — zdaniem Schiffa i Francka — ropnie nerkowe niemo-

włat występują pierwotnie. Są to te przypadki, w których choroba zjawia się nagle w pełni zdrowia.

Djagnostyka piurji niemowlęcej. Rozpoznawanie ropomoczu w okresie niemowlęctwa naogół jest trudne.

Stosunkowo najłatwiej daje się rozpoznać ropomocz dehydratacyjny (naskutek odwodnienia) u niemowląt, które wykazują raptowny spadek wagi i wysuszenie.

Ropnie nerkowe można rozpoznać z pewnem prawdopodobieństwem wtedy, kiedy spostrzeżać się omówiony już wyżej zespół objawów ostrych (gorączka, niepokój, objawy mózgowie, toksyczne); przytem występuje charakterystyczna bledź twarży z żółtawym odcieniem. Najcenniejszym objawem jest tutaj ta bledź twarży, ponieważ pozostałe objawy — wraz z ropomoczem — mogą występować i bez ropni w nerkach, poprostu jako reakcja ustroju na wkroczenie złośliwej infekcji; w takich przypadkach — przy wysokiej ciepłocie, przy ciężkich objawach ogólnych, przy obfitym ropomoczem — nerki, badane histologicznie, nie wykazują żadnego odchylenia od normy.

Ropomocz w związku z infekcją, występującą poza układem dróg moczowych, a zwłaszcza w związku z infekcją górnych dróg moczowych, jest sprawą względnie częstą w okresie niemowlęctwa.

Wreszcie ustalenie anomalji rozwojowej dróg moczowych, która również wywołuje ropomocz niemowlęcy, jest trudne z tego względu, że w tym wieku cystoskopia jest prawie niemożliwa do wykonania.

Rokowanie i leczenie piurji niemowlęcej. Rokowanie w przypadkach ropni nerkowych naogół jest złe, aczkolwiek niezawsze beznadziejnie; możliwe jest czasem całkowite wyleczenie; za tem przemawiają dane anatomiczne.

Rokowanie ropomoczu dehydracyjnego całkowicie zależy od zasadniczego schorzenia: z chwilą usunięcia zaburzeń w gospodarce wodnej znika ropomocz. W przypadkach tego rodzaju rokowanie znacznie pogarsza się w razie powikłania wtórną infekcją; wtedy nerki, stanowiące *locus minoris resistentiae*, mogą ulec cięższemu schorzeniu organicznemu.

Schiff przytacza przypadek niewątpliwej piurji dehydracyjnej, w którym po przebytych katarze górnych dróg oddechowych wystąpiły ropnie nerkowe.

Rokowanie ropomoczu na tle anomalji dróg moczowych zależy od rodzaju tej anomalji.

Leczenie ropomoczu niemowlęcego nie jest ustalone. Różnorodne metody lecznicze są odbiciem różnych poglądów na istotę tego cierpienia.

Escherich, który pierwszy opisał to cierpienie u dzieci, mówił o *colicystitis*. Zdaniem tego badacza *bact. coli* przenika do pęcherza, a stąd do moczowodów, miedniczek i nerek; mielibyśmy więc do czynienia ze wstępującą infekcją. Ze tak jest istotnie, tego miałby dowodzić fakt, że u dziewczynek częściej występuje ropomocz, aniżeli u chłopców.

Schiff sceptycznie odnosi się do tej argumentacji i przeciwstawia jej dość śmiało następujące rozumowanie: znany jest cały szereg takich

schorzeń, które chętniej atakują płeć żeńską lub męską; tak więc na płasawicę chorują przeważnie dziewczęta. Dlaczego tak jest — niewiemy; w każdym bądź razie nikt nie będzie sądził, że przyczyną tego jest krótsza cewka moczowa u dziewcząt.

Pozatem Schiff kwestionuje fakt infekcji wstępującej w drogach moczowych; w każdym bądź razie nie tak łatwo może ona ujawnić czynność chorobotwórczą. Na dowód tego autor ten przytacza spostrzeżenie Schönfelda z kliniki Bessaua. Schönfeld obserwował noworodka, który miał wrodzoną *atresiam ani* i przetokę odbytniczo-pęcherzową — a więc najlepsze warunki dla infekcji wstępującej; pomimo to Schönfeldowi udało się stwierdzić w moczu *bact. coli* i leukocyty dopiero wtedy, kiedy dziecko to ukończyło trzy miesiące.

Autorzy, którzy idąc za Escherichem, dotychczas sądzą, że ropomocz niemowlęcy jest skutkiem *colicystitis*, przedewszystkiem leczą pęcherz. Jednak badania anatomiczne dowodzą, że zapalenie pęcherza tylko w wyjątkowych przypadkach może być przyczyną ropomoczu niemowlęcego.

Inni autorzy uważają, że istotą ropomoczu niemowlęcego jest *pyelitis* i wobec tego leczą miedniczkę środkami antyseptycznymi (urotropina, salol, metylenblau). Tymczasem anatomicznie niezmierznie rzadko stwierdza się zapalenie miedniczek u niemowląt.

Szereg autorów stoi na tem stanowisku, że zmiany w drogach moczowych wywoływane są przez obecność *bacterium coli*, wobec tego starają się stworzyć takie warunki, które uniemożliwiają wzrost tej bakterji (przez zakwaszenie lub alkalizację moczu).

Szkoła Schiffa odnosi się do tej terapii z pewnem zastrzeżeniem, ponieważ inną rolę przypisuje ona *bacterium coli*: drobnoustrój ten w przeważającej ilości przypadków nie jest chorobotwórczy, nie wywołuje on ropomoczu, a tylko dzięki schorzeniu dróg moczowych powstają przychylne warunki dla jego rozwoju. Za tem przemawiają następujące dane: 1) w przypadkach ropni nerkowych można wyhodować ziarniaki ze samych tych ropni — podczas gdy mocz zawiera *bacterium coli*; 2) możliwa jest colibakterjemja bez ropomoczu; 3) ze spostrzeżeń Schönfelda znane są przypadki, w których jałowy mocz zawierał ciała ropne,

a dopiero po pewnym czasie stwierdzano obecność *bact. coli*.

Z tego widocznem jest, że w większości przypadków *bact. coli* nie jest czynnikiem, wywołującym ropomocz; drobnoustrój ten przypomina *soor*, który również nie wywołuje tych schorzeń, w jakich występuje.

Z tego też względu Schiff sceptycznie zapatruje się na bakterjobójcze leczenie ropomoczu. W każdym bądź razie podawanie kwasów nie doprowadza do takiego stopnia zakwaszenia moczu, przy którym giną *bact. coli*.

Podawanie salolu, urotropiny i t.p. w przypadkach ropni nerkowych nie może doprowadzić do zadawalających wyników; zastosowanie leczenia operacyjnego jest niemożliwe, ponieważ *nephritis abscedens* u niemowląt jest zawsze sprawą obustronną. Wobec tego lekarzowi pozostaje tylko ogólne wzmocnienie organizmu dziecka, a przez to samo podniesienie siły jego odporności. W tym celu jedni podają witaminy, inni stosują proteinoterapię; niektórzy naświetlają niemowlęta lampą kwarcową.

Przy leczeniu ropomoczu dehydracyjnego należy przedewszystkiem zastosować odpowiednią dietę, która usunęłaby zaburzenie w odżywianiu. W razie objawów ciężkich należy podawać duże ilości płynów i węglowodanów, a małe ilości białka.

Leczenie ropni nerkowych szczepionką nie daje żadnych wyników; w przypadkach piurji dehydracyjnej lub anomalji dróg moczowych jest ono zbędne.

* * *

Z ostatnich prac omawiających ropomocz niemowlęcy możnaby wyciągnąć następujący wniosek ogólny: dotychczasowe rozpoznanie kliniczne *pyelitis* lub *pyelocystitis* u niemowląt należy we wszystkich prawie przypadkach odrzucić, ponieważ to rozpoznanie nic nam nie mówi, często jest niedokładne, a rzadko kiedy odpowiada zmianom anatomicznym.

Zamiast terminu *pyelitis* należałoby dla bardzo licznych przypadków wprowadzić następujące:

1) Dehydrationspyurie, 2) ropnie nerkowe, 3) anomalia dróg moczowych, 4) ropomocz jako odczyn układu moczowego na infekcję, atakującą inne układy (infekcję taką możnaby nazwać pararetralną na podobieństwo infekcji parenteralnej).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Fizjologia normalna i patologiczna.

W. HEUPKE i A. V. MARX. **Badania nad trawieniem zawartości komórek zamkniętych.** (Arch. f. Verd.-Krank. Tom 44, N. 1/2 1928).

W szeregu prac dawniejszych autorzy wykazali, że podczas gotowania potraw roślinnych otoczki komórkowe niezawście pękają.

Mimo to, jak wykazano, trawienie skrobi i białka z takich zamkniętych komórek może się odbywać w stopniu zadawalającym.

Wnioskują więc z tego, że fermenty trawienne przenikają przez otoczkę komórkową, bądź co bądź zresztą, zmienioną przez soki trawienne.

W pracy obecnej autorzy zajęli się sprawą trawienia tłuszczów z komórek zamkniętych.

Badania zostały przeprowadzone zarówno na zwierzętach jak i na ludziach.

Do badań użyto głównie orzechów. Wykazano także doświadczalnie, że czynnikiem decydującym nie są ani kwasy żółciowe, ani alkalja (z jelita), ani też fermenty wewnętrzkomórkowe nie wystarczają, by strawić tłuszcz z komórek zamkniętych.

Wszelkie zabiegi, zdążające do wywołania trawienia tłuszczów z komórek zamkniętych *in vitro*, okazały się bezskuteczne.

Natomiast w warunkach naturalnych, a więc w jelicie

zwierzęcem lub ludzkim trawienie takie odbywa się zupełnie dobrze.

Przypuszczalnie więc lipazy mogą również przechodzić poprzez otoczkę błonnikową.

Zjawiska tego autorzy dotychczas nie mogą objaśnić. Badania dalsze są w toku.

B. Goldstein.

H. ROSIN. O hormonach serca. (Wraczebnoje Obożrenje. 1928 N. 7 — 8).

Autor omawia mniej lub więcej szczegółowo dotychczasowe prace, dotyczące zagadnienia hormonów serca, w pierwszym rzędzie prace Demora, Haberlanda. Zwardemakera, Lewyego i inn. Dochodzi on do wniosku, iż dotychczasowe dane o hormonach serca większego znaczenia dla kliniki i leczenia schorzeń serca nie mają. Nie mniej uważa on istnienie tego rodzaju ciał za więcej, niż prawdopodobne. Niezbędne jest bardziej ściśle wyosobnienie opisanych dotychczas ciał, by można było uważać zagadnienie chormonów serca, a z niem i wielu innych zjawisk za rozwiązane. Dlatego też niezbędne są dalsze badania.

K. Chodkowski

I. STARR. O zmianach w histaminowym odczynie skórny. (Journ. Am. Med. Ass. N. 26 Tom 90. r. 1928).

Po wprowadzeniu drobnej ilości histaminy doskórnie powstaje odczyn w postaci bąbla, jak po ukąszeniu komara. Odczyn ten składa się z 3 części: 1) miejscowego rozszerzenia naczyń włosowatych i drobnych naczyń (czerwona plama), 2) bardziej rozległego odruchowego rozszerzenia tętniczek (halo), wreszcie 3) wzmożonej przepuszczalności ścian naczyń iowych (wzniesienie).

Autor przypuszcza, że rozmaite bodźce, wywołujące podobny bąbel, działając na skórę, uwalniają jakąś substancję podobną do histaminy, która działa w powyżej opisany sposób. Dowodzi on doświadczalnie, że w razie zatrzymania krążenia w odpowiednim odcinku, nie powstają ani bąble ani zaczerwienienie. Również w razie zanurzenia skóry w wodzie o temperaturze 12°C odczyn jest znacznie opóźniony.

Badania Lewisa wykazały także, że podobnie zachowuje się odczyn również w razie patologicznego zamknięcia naczyń. Np. podczas gdy u zdrowego człowieka odczyn histaminowy na skórze nogi jest szybki, to w przypadkach upośledzonego krążenia odczyn jest opóźniony lub niezupełny nawet wtedy, kiedy klinicznie żadnych zmian nie stwierdza się jeszcze.

Przy odczytywaniu wyników ujemnych trzeba uwzględnić także inne czynniki patologiczne. Tak na przykład Lewis stwierdził, że gorąca kąpiel do 45° znosi zupełnie lub częściowo odczyn. Bąble nie powstają również w razie zwródnienia nerwów skórnych.

Przestrzeń skóry, na której niedawno zrobiono bąbel, jest oporna na ponowne jego wystąpienie.

Cały szereg bodźców świetlnych, promienistych, ciepłych, chemicznych oraz mechanicznych znosi wrażliwość skóry. Niekiedy skóra wogóle nie reaguje na odczyn histaminowy.

U pacjentów z pokrzywką bąble histaminowe nie są większe, niż zwykle.

Trzeba także wyłączyć zwyczajny odczyn skóry na zimno zewnętrzne.

Pierwszy stopień zaburzenia krążenia wyraża się w odczynie jako opóźnienie jego wystąpienia. Dalszym stopniem jest opóźnienie wraz ze zmniejszeniem natężenia odczynu, wreszcie ostatnim najsilniejszym stopniem jest zupełny brak bąbla. Miejsce nakłucia wygląda wtedy tylko jako czerwony punkt bez obwódki i wzniesienia. Brak zaś tego punktu wskazuje raczej na błąd w technice.

U osobników niedokrewnych (hemoglobiny mniej niż 40%) występuje tylko bąbel bez widocznego zaczerwienienia.

W przypadkach normalnych odczyn zaczyna występować w 2½ minuty, po 5 minutach zaś jest zupełnie wyraźny.

U niektórych pacjentów cukrzyczych stwierdzono odczyn opóźniony, zanim jeszcze wystąpiły objawy kliniczne. Dane te zostały potwierdzone przez badania kalorymetryczne.

W wypadku zamknięcia naczyń kończyny dolnej miejsce operowania może być określone przez szereg prób histaminowych, wykonywanych na skórze chorej kończyny.

Odczyn histaminowy przypomina w zarysie ogólnym odczyn zapalny. Wskazuje on, że tkanki są chore i nie mogą się skutecznie bronić przeciwko działaniu urazów zewnętrznych.

B. Goldstein.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

W. SCHREYER. O naświetlaniu gruźlicy krtani i tocznia śluzówki jamy ustnej lampą łukową Wesselyego. (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 19, z. 5)

Naświetlania tą lampą w gruźlicy krtani nie doprowadziły do pozytywnych rezultatów, osiągnięto natomiast bardzo dobre wyniki w przypadkach różnego rodzaju zmian swoistych na śluzówce jamy ustnej.

Dodatnie działanie światła tłumaczyć należy wpływem bezpośrednim na siedlisko zmian chorobowych, a nie na cały ustrój.

J. Tencer.

W. BERGER. Przyczynek do zagadnienia podwójnych strun głosowych. (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 19, z. 5).

Autor badał chorego, który od dłuższego czasu leczył się z powodu chrypki. Lekarze rozpoznawali zwykły nieżyt przewlekły krtani. Badanie laryngoskopowe wykazało, iż z każdej strony znajdują się podwójne struny głosowe. Pod zaczerwienioną i obrzękłą struną głosową prawdziwą można było zauważyć jeszcze jedną strunę w postaci białej wąskiej tasiemki, znajdującej się bardziej przyśrodkowo.

Analogicznych przypadków opisano niewiele. Należy uważać, iż chodzi w nich o zaburzenia rozwojowe, polegające na obecności „szczeliny“, która przebiega wzdłuż struny prawdziwej. Szczelinę podobną wykazują stale struny głosowe niektórych zwierząt (goryl, kot, świnia).

J. Tencer.

C. WIETHE. Przyczynek do badania nowotworów przerzutowych krtani. (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 21, 1928).

Nowotwór krtani pochodzenia wtórnego niczem się nie różni w przebiegu klinicznym od nowotworu pierwotnego. Dotyczy to zarówno siedliska nowotworu jak i jego wzrostu i wpływu na ruchomość strun głosowych. Nowotwory wtórne nie dają jednakże przerzutów do gruczołów chłonnych rejonowych. Na drodze badania histopatologicznego nie sposób stwierdzić, czy dany nowotwór jest pierwotny, czy też wtórny. Rokowanie w przypadku przerzutowego nowotworu krtani jest niepomyślne. W razie rozpoznania u chorego nowotworu krtani należy przeprowadzić dokładne badanie narządów wewnętrznych w poszukiwaniu ewent. nowotworu pierwotnego.

J. Tencer.

Th. BORRIES. Rozpoznawanie ropni mózgowych i podoponowych przy pomocy nakłucia lędźwiowego. (Ann. d. mal. de l'oreille etc. N. 5, 1928).

Istnieją przypadki, w których płyn mózgowo-rdzeniowy jest zupełnie przejrzysty i jałowy. W licznych natomiast przypadkach ropni mózgu płyn ten jest mętny. Zależy to wówczas od wtórnego zapalenia opon mózgowych, które ujawnić się daje jedynie dzięki badaniu mikroskopowemu. Ten „ménigite minimale“, jak go autor nazywa, odznacza się dobrem rokowaniem

niekiedy ustępuje on nawet w takich przypadkach, w których ropień mózgu nie został opróżniony.

Dokonywując kilkakrotnego nakłucia łądźwiowego w ciągu szeregu dni w poszczególnym przypadku ropnia mózgu, spostrzega się często że płyn m.-rdz. stale zmienia na lepsze swój wygląd i skład, podczas gdy ogólne objawy mózgowie pogarszają się. To rozszczepienie objawów jest wielce znamienne dla ropni mózgu.

J. Tencer.

LANNOIS i JOUVE. Zaburzenia ruchowe w obrębie nerwu trójdzielnego pochodzenia usznego. (*Annales des maladies de l'oreille*... N. 7 1928).

Prócz zaburzeń czuciowych w sferze nerwu V-go spotykają się rzadziej zaburzenia ruchowe, które przebiegają pod postacią spastyczną lub paralityczną. Pierwsza przejawia się szczękocięciem, druga zanikiem szeregu mięśni unerwionych przez V n.

Autor opisuje 3 przypadki należące do tej ostatniej grupy. Ojaśnienie tych stanów znajduje L. w przejściu stanu zapalnego z wierzchołkowych komórek kości skalistej na gałązkę ruchową V n.

E. Weinkiper.

J. TERRACOL. Oczopląs a szyjny spłot sympatyczny—Badania doświadczalne. (*Annales des maladies de l'oreille*... N 11. 1927).

Mechanizm powstawania oczopląsu (Ny) doświadczalnego mimo bardzo licznych prac nie jest jeszcze dość oświetlony.

Przeciwko naogół przyjętej teorii Baranego o mechanizmie powstawania Ny wysuwane są bardzo poważne zarzuty. Zwolennicy teorii odruchowej szukają mechanizmu tego bądź to na drogach n. *Jacobsoni* (IX p), bądź to gałązki usznej X p, lub gałązek V p.

Ostatnio poruszono sprawę odruchu naczyniowego. Lecz wysunięty zarzut (brak objaśnienia dla zmian kierunku Ny przy zmianach ustawienia głowy) uwypuklił niedostateczność tej teorii. A jednak autor bierze ją w obronę, opierając się na takich zjawiskach, jak:

1) angiospazmy błędnika — vertige qui fait entendre — Lermoyez;

2) na działaniu terapeutycznym adrenaliny w pewnych zawrotach głowy — prace Verneta.

3) na doświadczeniach Kobraka — szczególnie ważnych w tej kwestii.

Dzięki pracom Kobraka stwierdzono, że i przy minimalnej różnicy w T⁰ otrzymujemy Ny. Mechanizm ruchu chłonki nie da się inaczej wyjaśnić, jak tylko na drodze fizjologicznej — na drodze naczynioruchowej.

Te objawy naczynioruchowe były przedmiotem prac Lannoisa i Gaillarda. Autorzy ci dokonali na 6 kółkach przesunięcia nerwu współczulnego na szyi i zniszczenia spłotu szyjnego górnego i obserwowali opóźnienie w czasie powstawania Ny i zmniejszenie czasu trwania czyli otrzymali wyniki o dużym znaczeniu teoretycznym. Badania te były przeprowadzone na zwierzętach.

Trzeba było je wykonać na ludziach, co też uczynił częściowo T.

W doświadczeniu pierwszym zastrzyknął nowokainę z adrenaliną w okolicę gang. cervic. sup. i stwierdził prócz objawu Cl. Bernard-Hornera dodatkowo — bóle głowy, zawroty, Ny obrotowy w stronę zastrzyknięcia — objawy trwały 8 — 10 godzin. Wykonanie zastrzyknięcia jest dość trudne, i z powodu bliskości innych nerwów (IX, X p.) nigdy nie możemy być pewni, czy zastrzyknięcie zostało wykonane dokładnie.

Dokonano 3 seryj prób.

1) Zastrzyknięcie nowokainy w okolicę gangl. cervic. super.

2) przecięcie gangl. cervic. super.

3) sympatektomia okołonaczyniowa na tętnicy szyjnej wewnętrznej.

W wynikach swych T. podkreśla oczywistą rolę naczyniowego odruchu w produkcji Ny i fakt, że woda ciepła dała Ny w stronę przeciwną (czyli ucha nie badanego). Przy zadziaaniu wodą ciepłą na badane ucho T. stwierdził zaostrenie się słuchu, które wynika według autora z nadmiernego ukrwienia grzebieni słuchowych. Czy nie należy przypuszczać, że takie przekrwienie dotyczy również grzebieni błędnika — zapytuje T.

E. Weinkiper.

Choroby płuc.

P. P. VINSON i inni. O wartości bronchoskopji w rozpoznawaniu nowotworów płucnych. (*Journ. of the Am. Med. Ass.* Tom 91 N 18, rok 1928).

We wczesnych przypadkach raka pierwotnego oskrzeli — rentgenogram wykazuje typowe jednostronne zaciemnienie okolicy wnęki z nacieczonymi brzegami, z wyglądem niedodmy lub też czasem rozstrzeni oskrzelowej, zależnej do bronchostenozji.

Obecność jednego chociażby z powyższych objawów wystarcza naogół do zalecenia bronchoskopji.

Zmiany złośliwe są dość pospolite w drzewie oskrzelowym. Najważniejszymi objawami są: kaszel, płwocina, krwioplucie, strata wagi, duszność, bóle w piersiach, gorączka i chrypka.

Głównym przejawem chorobowym jest częściowe czy zupełne zamknięcie oskrzela.

Nowotwory drzewa oskrzelowego są naogół bardzo złośliwe. Leczenie jest bardzo mało skuteczne. Ze względu na umiejscowienie nowotworów w górnej części oskrzeli, przylegających do tchawicy, leczenie chirurgiczne jest technicznie utrudnione. Czasem acz rzadko udaje się usunąć nowotwór poprzez bronchoskop.

Cierpienie bywa rozpoznawane w połowie mniej więcej przypadków i to głównie dzięki bronchoskopji.

Naświetlanie promieniami Roentgena może dać pewien wynik, aczkolwiek zazwyczaj krótkotrwały.

B. G.

B. P. STIVELMAN. O radiodjagnostyce nowotworów płuc. (*J. A. M. A.* Tom 91, N. 22. r. 1928).

Wczesne przypadki nowotworów płuc, szczególnie umiejscowione w okolicy wnęki lub rozsiane wzdłuż oskrzeli, nie mogą być rozpoznane wogóle bez pomocy radiodjagnostyki.

Natomiast wczesne guzy oskrzelopochodne, o ile nie zamykają oskrzela lub nieprzerastają opłucny, mogą ująć uwadze radiologa, choć istnieją wyraźne niekiedy objawy kliniczne.

Guzy położone w środku bez względu na ich pochodzenie widoczne są w obrazie rentgenowskim w bardzo wczesnych okresach.

W przypadkach istnienia rozległych wysięków pierwotne guzy płuc mogą być rozpoznane jako takie dopiero po usunięciu płynu z ewentualnym następczym rozcięciem jamy opłucnej powietrzem.

Samoistne ropniaki wolne lub otorbione w przestrzeni międzypłatowej, jakoteż ropnie płuc pochodzenia nie metapneumonicznego, o ile występują u osobników w wieku powyżej lat 45, są zawsze podejrzane na nowotwór bez względu na wynik badania rentgenologicznego.

W przypadkach wątpliwych mogą rozstrzygnąć zdjęcia w pozycjach skośnych, bronchografia z lipiodolem, a najlepiej bronchoskopja, możliwie wcześniej wykonana.

B. G.

W. H. PARK. O leczeniu zapalenia płuc płatowego zapomocą surowicy swoistej. (*Journ. of the Am. Med. Ass.* Tom 91, N. 20. 1928).

Przy wprowadzeniu dożylnem surowicy przeciw pneumokokowej typu I otrzymali autorzy wyniki bardzo dobre. Śmier-

telność w porównaniu z przypadkami nieleczonemi w ten sposób zmniejszyła się o 42%.

W przypadkach zakażenia szczepem II surowica odnosi skutek tylko o ile zostanie podana we wczesnych okresach. W przypadkach ciężkich i późniejszych okresach nawet wielokrotne podawanie surowicy nie miało żadnego skutku dodatniego. W przypadkach wcześniej leczonych natomiast wyniki były dobre tak, że śmiertelność przeciętna dla typu II zmniejszyła się o 22%, wobec nieleczonych surowicą.

W przypadkach typu III pneumokoków leczenie surowicą miało nieznaczny tylko efekt. Prawdopodobnie chodziło tu o słabsze działanie przeciwciał swoistych wobec grubej otoczki którą ten właśnie szczep posiada.

Co się tyczy typu IV, to nie jest on czysty, a prawdopodobnie składa się z całego szeregu podgrup. Skuteczna jest tu tylko własna surowica swoista.

Surowica, stosowana przez autorów, jest końską, przygotowana w specjalny sposób.

Jeżeli się uda przygotować odpowiednią surowicę dla części typu IV, to około 70% chorych będzie mogło korzystać z dobrodziejstw surowicy swoistej. Szczególnie wrażliwe są na surowicę przypadki z bakteriami we krwi.

B. G.

R. Z. CECIL i W. D. SUTLIFF. O leczeniu zapalenia płuc płatowego zapomocą stężonej surowicy przeciwpneumokokowej. (J.A.M.A. Tom 91, N. 26. 1928).

Oczyszczona surowica przeciwpneumokokowa, zazwyczaj bywa przygotowywana w postaci wielowartościowej szczepów I, II i III.

Skuteczność tej surowicy w przypadkach, wywołanych szczepami I i II, jest dość wysoka; w przypadku szczepu III prawie żadna.

O ile zastrzyknąć małej zakażonej śmiertelnymi dawkami hodowli pneumokoków śródżylnej surowicę swoistą — to następuje od razu oczyszczenie krwi i rezolucja wysięku zapalnego. U człowieka śródżylne zastrzyknięcie surowicy działa w sposób następujący: w przypadkach szczepu I, ciepłota szybko opada dwoinki znikają z krwi, i stan poprawia się szybko. Nawet, w późnych okresach można jeszcze liczyć na poprawę. W typie II leczenie jest skuteczne li tylko w okresach wczesnych. W typie III efektów leczniczych nie stwierdzono. W typie IV działanie surowicy jest wogóle wątpliwe.

Zestawiając wyniki statystyczne leczenia zapalenia płuc płatowego zapomocą surowicy swoistej — otrzymujemy potwierdzenie danych doświadczalnych, a mianowicie, że w typie I śmiertelność opada po leczeniu swoistem znacznie, w typie II — mniej, zaś w III wcale.

B. G.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

E. P. JOSLIN. Cholesteryna we krwi chorych na cukrzycę. (Am. Journ. of Med. Sciences. Kwiecień (N. 4) 1928 r.)

Autor uważa, że, dopóki nie udowodni się, iż ilość cholesteryny we krwi chorego na cukrzycę jest niska, należy dawać mało jajek, zaś u osób, nadto dotkniętych miażdżycą, nawet tylko 1 jajko dziennie. Poza jajkami cholesteryny niema w zwykłych pokarmach w większej ilości: w jarzynach niema jej prawie wcale, nieznaczne ilości w sadle, więcej natomiast w oliwie i olejach roślinnych (1 — 2%). Autor zastanawia się nad zagadnieniem celowości podawania jaj starcom, osłabionym, więziom, umysłowo chorym. Bada także, czy wśród osobników, wyróżniających się długowiecznością, jajka zajmowały poważne miejsce w jadłospisie.

B. Goldstein.

D. W. KRAMER. Cukrzyca a nadmierne ciśnienie krwi (Am. Journ. Med. Sciences. Tom 178, zes. I. 1928).

Wśród chorych na cukrzycę spotyka się bardzo często osobników o wysokim ciśnieniu krwi.

Na 500 przypadków cukrzycy stwierdził u 195 (39%) ciśnienie, które wynosiło 150 mm. rtęci lub jeszcze więcej.

Obecność nadmiernego ciśnienia u chorych na cukrzycę może być uzależniona od rozmaitych czynników; patogeniza ich niemal zawsze jest ta sama: występuje przeważnie w starszym wieku, najczęściej w 60-ych latach.

Dotyczy to zresztą zarówno pacjentów cukrzyczych 36,2%, jak i osobników, nie cierpiących na cukrzycę, a mających wysokie ciśnienie (39,1%).

Osobniki, nie cierpiące na sprawy nerkowe, a mające wysokie ciśnienie, skłonne są z czasem do zapadania na cukrzycę.

Natomiast jest rzeczą bardzo mało prawdopodobną, ażeby sama cukrzyca, jako taka, wpłynęła, dzięki zwiększonej zawartości cukru we krwi, na powstawanie miażdżycy.

B. Goldstein.

E. WIECHMANN. Nadmierne ciśnienie krwi a cukrzyca. (Dt. Arch. f. Klin. Med. Tom 161, zeszyt 1/2).

Autor zwrócił uwagę na tę okoliczność, że pośród chorych cukrzyczych ciśnienie wzmożone spotyka się częściej, aniżeli u osobników o zdrowej przemianie w tym samym wieku.

U hipertoniców dość często stwierdza się zwiększenie ilości cukru we krwi, podobne do stanów cukrzyczych. U tych hipertoniców rozmieszczenie cukru pomiędzy osoczem a krwinkami jest nienormalne i przypomina stan, występujący w cukrzycy.

Różnica pomiędzy zawartością cukru we krwi tętniczej a żylniej jest u hipertoniców na czczo mniejsza, aniżeli u osób normalnych. Różnice te zwiększają się wybitnie po doprowadzeniu cukru gronowego. Wahania te dochodzą do 0 — 43 mg. na 100 cm.³ osocza (norma 30 — 74 mg.‰).

Przepuszczalność tkanek dla cukru gronowego jest zarówno u hipertoniców, jak i w cukrzycy zmniejszona.

Podanie na czczo hipertonicowi 20 gr. cukru gronowego i powtórzenie tej dawki po 1 godzinie podnosi silnie krzywą glikemiczną. Tak samo zachowują się chorzy na cukrzycę, natomiast nie widać tego u zdrowych.

Autor przypuszcza więc, że pomiędzy hipertonią a cukrzycą istnieje bliska zależność. Rodzaj hipertoni (anatomiczna czy czynnościowa) nie odgrywa większej roli.

Uważa też autor większość hipertoniców za mających zaburzenia przemiany węglowodanowej w stanie utajonym czyli za cukrzycę utajoną.

B. Goldstein

E. VOGT. O istocie i leczeniu cukromoczu ciężarnych. (Therapie der Gegenwart 1928 N. 7).

U niektórych ciężarnych występuje w moczu cukier w ilościach od 0,5 do 1,5%. Cukier ten zazwyczaj znika już w pierwszych dniach po porodzie.

Różni się ta postać cukromoczu od prawdziwej cukrzycy brakiem pragnienia i głodu, wielomoczu, swędzenia, zakażeń gronkowcowych i t. d. Również normalnie zachowuje się ilość cukru we krwi. Po wprowadzeniu pewnej ilości glukozy do ustroju normalnego, względnie ciężarnej z cukromoczem, hiperglikemja utrzymuje się najwyżej przez 2 godziny, u cukrzyczych zaś znacznie dłużej.

Rokowanie tych spraw jest przeważnie dobre. Leczenie jest naogół zbyteczne. Należy tylko unikać nadmiaru cukru w pożywieniu.

Zdarzają się jednak, w rzadkich wprowadzie przypadkach, przejścia w cukrzycę.

Co do istoty cierpienia to większość autorów jest zdania, że nerki w okresie ciąży przepuszczają cukier. Przyczyny zaś tego zjawiska należy doszukiwać się w zmianie czynności przysadki mózgowej, oraz układu roślinnego.

W ostatnich czasach użytkowano nawet tę właściwość nerek ciężarnych do łatwiejszego przepuszczania cukru dla celów rozpoznawania wczesnych okresów ciąży. Mniej więcej podobnie układają się stosunki w t. zw. próbie florydzykowej w ocenianiu ciąży.

Do tej samej grupy należy próba z adrenaliną u ciężarnych, przy której to próbie występuje cukromocz.

Większość autorów skłonna jest obecnie do odrzucenia prób cukromoczowych jako środka rozpoznawczego wczesnej ciąży.

Co się tyczy cukru mlecznego i jego występowania w moczu podczas ciąży, to jest to poniekąd zjawiskiem fizjologicznym.

Szczególnie często widuje się taki cukromocz u karmiących kobiet w pierwszych dniach po porodzie. Objasnia się galaktozurją b. prosto — przy powstawaniu pewnego nadmiaru mleka i nieodprowadzaniu go nazewnątrz składniki jego zostają wessane i m. niemi np. cukier mleczny, który w następstwie zjawia się w moczu. Częstość tego zjawiska u kobiet w położu autorzy oceniają na 80%.

Wykrywa się cukier mleczny w sposób następujący: redukuje, jest prawoskrętny, nie fermentuje drożdży piwnych, lecz ulega fermentacji kw. mlecznego.

O ile taki mocz skłóćimy octanem ołowiu i będziemy gotować przez dłuższy czas, potem zaś dodamy amoniaku, wystąpi różowe zabarwienie (Próba Rubnera).

B. G.

Choroby nerwowe i psychiczne.

K. MEIER. Badania następne chorych, poddanych sympatektomji. (Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. T. 142. Z. 2. 1928).

W. LEHMANN. Stałe poprawy po sympatektomji okołotętniczej. (Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. T. 143. Z. 2. 1928).

O wartości nowych metod leczniczych w chirurgji, i o wskazaniach do nich zwłaszcza w pograniczu chirurgji i interny, decydować winny przypadki chroniczne, leczone różnymi innymi sposobami i czas dłuższy obserwowane po dokonanych zabiegach. Z tego słusznego i jedynie racjonalnego stanowiska wychodząc, prof. Meier z kliniki wrocławskiej Küttnera i prof. Lehmann z kliniki getyngeskiej poddają rewizji własne przypadki kliniczne, w których dokonano przed laty denerwacji okołotętniczej (*sympathectomia periarterialis*).

Metoda ta miała to szczęście, że dwukrotnie zrodzona (Higier 1900, Lériché 1917) tyle powabu i sympatii znalazła w oczach chirurgów, że stała się bodaj najaktualniejszą w chirurgji. A rzucili się na nią bezkrytycznie mniej i więcej powołani, mniej i więcej obeznani z podstawami fizjopatologii roślinnej, stosując ją wszędzie, gdzie była i nie była wskazana, zaczynając od zwykłej nerwicy wazomotoryjnej, a kończąc na ciężkiej organopatji w rodzaju dusznicy bolesnej, zaczynając od owrzodzenia goleni, a kończąc na wrzodzie okrągłym dwunastnicy. Nic też dziwnego, że nie podołała metoda temu, czego się nie podjęła, nie dotrzymała tego czego nie obiecała.

K. Meier na zasadzie 20-tu ściśle lata całe obserwowanych przypadków swoich uważa za główną domenę tego zabiegu zachorzenia z objawami bólowymi i troficznymi natury naczynioruchowej, kaulgiczne dolegliwości, trudno gojące się owrzodzenia, nawet porentgenowskie.

Nie wiele odmiennie brzmią wyniki Lehmana z Getyngi, które wysuwają na pierwszy plan męczące, a nie podda-

jące się leczeniu akroparestezje Schultze'go, i chorobę zgorzeli symetrycznej Raynau'da. W nerwicach naczynioruchowych i zespole bólów kaulgicznych sympatektomja więcej daje od wszystkich metod zachowawczych, gdyż często usuwa momentalnie i na zawsze uporczywe wieloletnie bóle napadowe. W chorobach skórnych, zapalnonerwowych (sklerodermja) sympatektomja okazała się mniej pewną. W cierpieniach organicznych naczyń niezbyt posuniętych, gdzie przeważa komponent nerwowo-spastyczny w innerwacji naczyń, nie należy lekceważyć wskazania do denerwacji okołotętniczej, która usuwa bóle na zawsze lub na dłuższy okres czasu.

Osobiste zadowolenie sprawia mi jako referentowi ta okoliczność, że w swojej monografji z r. 1900 wyraźnie wskazałem jako główny teren operacyjny te właśnie jednostki chorobowe i ten właśnie czynnik funkcjonalny wazokonstrykcyjny, które powyżsi chirurdzy, bogaci w doświadczenie osobiste, wymieniają. Wprawdzie znacznie więcej od nich akcentowałem i dotąd jeszcze akcentuję postać kliniczną, zwaną *endarteriitis obliterans*, przebiegającą stale z bólami i chromaniem przestankowem, często z ograniczoną zgorzelą, rozwijającą się nieraz już w latach młodzieńczych i w wieku męskim na tle konstytucjonalnem, tu i owdzie rodzinno-dziedzicznem, bez domieszki cukrzycy, przymiotu lub alkoholizmu.

Postać ta, jednocześnie atakująca tętnice i żyły i tkankę otaczającą je, postać, prowadząca do zwężenia i zarastania naczyń, zdaje się nie mieć wlewu wspólnego z pospolitą arterjosclerozą starczą.

H. Higier.

C. J. BARBORKA. O leczeniu padaczki zapomocą diety kwasorodnej. (J. Am. Med. Ass. Tom 91. Nr. 2. 1928).

W ostatnich latach zaczęto uważać padaczkę pierwotną za cierpienie, przebiegające m. in. z alkalozą, i chciano zapomocą przesunięcia odczynu ustrojowego wpłynąć na przebieg, względnie częstość napadów.

Miedzy innymi proponowano dietę taką, która doprowadza do kwasicy, a że wiadomą jest rzeczą, iż głód wogóle, a głód węglowodanowy w szczególności sprzyja powstawaniu ciał ketonowych i kwasicy, oparto tę dietę na głodówkach i ograniczaniu ilości węglowodanów przy obfitem podawaniu tłuszczów. W przypadkach cięższych, w których dieta ketorodna nie osiąga skutku, pacjent pozostaje na głodówce przez 7—10 dni, przyczem otrzymuje dziennie tylko sok z dwóch pomarańczy oraz 1—2 litry wody. Po okresie głodówki stopniowo wraca się do powyższej diety ketorodnej.

Co się tyczy powrotu do diety normalnej, to zależy on od przebiegu choroby.

Autor przytacza statystykę, z której wynika, że na 32 chorych, trzymanych przez czas dłuższy na powyższej diecie ketorodnej, 19 się poprawiło, zaś u 13 osób poprawy nie stwierdzono.

B. Goldstein.

S. FLEXNER i F. W. STEWART. O ochronnem działaniu surowicy ozdrowieńców po zapaleniu rogów przednich rdzenia. (J. Am. Med. Ass. Nr. 6. Tom 91 1928).

Stosowanie surowicy ozdrowieńców w przypadkach zapalenia rogów przednich rdzenia oparte jest na doświadczeniach na małpach.

Doświadczenia te szły w 2 kierunkach: jedne wykazały, że jad poliomyelityczny oraz surowica ozdrowieńca, zmieszane razem, nie wywołują doświadczalnie schorzenia. Druga próba polegała na tem, że surowica ochronna, zastrzyknięta śródoponowo, nawet w 18—24 godziny po wprowadzeniu zarodka do mózgu, wystarcza do zapobieżenia skądinąd nieuchronnemu zakażeniu. Nie robi różnicy używanie surowicy ochronnej ludzkiej czy małpiej, chodzi tylko o to, by surowica była od ozdrowieńca.

Działanie zapobiegawcze surowicy ochronnej szczególnie wyraźne jest, jeżeli zastrzyknąć surowicę do przestrzeni podjąłkowej przez nakłucie lędźwiowe. Naogół wystarczają nieznaczne już ilości surowicy do zapobieżenia zakażeniu.

Działanie ochronne wynosi mniej więcej około 4 dni, przyczem przy użyciu surowicy homologicznej (małpiej np. dla małp) jest trwalsze, aniżeli po użyciu surowicy heterologicznej.

W przypadkach rozpoznania choroby tej u dzieci, względnie jeżeli chodzi o działanie zapobiegawcze, wystarcza zastrzyknąć podskórnie 10 cm³ surowicy, jeśli chodzi o dziecko mniejsze, 20 cm³ dziecku starszemu. W przypadkach szczególnie ciężkich i długotrwałych należy powyższą dawkę po pewnym czasie powtórzyć.

B. G.

W. L. AYCOCK i E. H. LUTHER. Porażenia w przebiegu choroby Heine-Medina. (J. Am. Med. A. Nr. 6. Tom 91 1928 r.).

Autorzy rozróżniają przypadki lekkie, w których wogóle nie dochodzi do porażeń, oraz przypadki cięższe, w których porażenia mięśni występują, przyczem, jeżeli porażenia obejmą

także mięśnie oddechowe (przeponę), stają się przyczyną bezpośrednią śmierci chorego.

W ciągu pierwszych 3 dni choroby trwa t. zw. okres przedporażenny, porażenia mogą jednakże wystąpić znacznie później.

Co do skuteczności leczenia choroby Heine-Medina za pomocą wstrzykiwania surowicy ozdrowieńców autorzy podają co następuje: przeciętna liczba zapadających na porażenia w przypadkach leczonych surowicą, wynosi 19% wobec 63,6% w przypadkach nieleczonych; z pośród leczonych chorych 5,7% zapadło na porażenia znaczniejszego stopnia wobec 46% nieleczonych.

Trzeba zaznaczyć, że liczba i natężenie porażeń zwiększa się wraz z czasem, który upłynął od chwili powstania cierpienia do czasu zastrzyknięcia surowicy. Tak np. pacjenci, którym zastrzyknięto surowicę już pierwszego dnia choroby, rzadziej ulegają porażeniom, aniżeli tacy, którym podano surowicę dopiero na 2 lub 3 dzień.

Wczesne rozpoznanie umożliwia wczesne leczenie, co daje z kolei mniejszą śmiertelność, rzadsze ilościowo zapadanie na porażenia mięśniowe oraz łagodniejszy ich przebieg.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

— Weichardt zastosował gumę do żucia do dezynfekcji jamy ustnej, nasyciwszy ją silargelem (przetwór koloidalny chlorku srebra z kwasem krzemowym). Tabletki, zawierające 6% silargelu, wyrabia firma Heyden. W. wychodził z zasady, że podczas żucia cały obszar błony śluzowej jamy ustnej łatwiej wchodzi w zetknięcie ze środkiem przeciwnieślnym, że wzmacnia się czynność gruczołów ślinowych, i że długotrwała praca mięśniowa, połączona z żuciem, sprzyja lepszemu ukrwieniu miejscowemu i części sąsiednich. Doświadczenia z gumą silargelową wykazały, że po 2 — 2½ godzinnej żuciu liczba mikro-ów z 17,534 spadła na 6,950. Szczególnie ważny wynik tego żucia stanowi zupełne zniknięcie paciorkowca hemolizującego po intensywnym wielokrotnym żuciu gumy silargelowej.

(Klin. Woch. 1929. N. 8.).

— Senator zaleca rozróżnić poza nerkowym i sercowym 6 rodzajów wzmożonego ciśnienia tętniczego: 1. miażdżycowe, 2. zakażno-toksyczne, 3. wewnątrzwydzielnicze, 4. spastyczno-nerwowe, 5. pletoryczne, 6. psychiczne. Leczenie: 1) 2) małe dawki jodu; 3) klimakton, ovobrol. 4) środki nasenne i nitryty; 5) upusty krwi; 6) psychoterapia.

(D. med. Woch. 1928. str. 1756).

— Loewenstein zaleca postępowanie zapobiegawcze przeciwko błonicy, polegające na wcieraniu w skórę hodowli, zobojętnionych za pomocą formaliny. Uodpornienie następuje w 50 — 60 dni od ostatniego wtarcia i osiąga szczyt dopiero w 4 miesiącu. Metoda ta jest zupełnie niewinna i łatwa do przeprowadzenia.

(D. med. Woch. 1929. N. 2.).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dn. 13 czerwca 1928 r.

Przewodniczący wice-prezes gen. Dr. Kłott. Obecnych członków — 27, gości — 7.

I. Protokół poprzedniego zebrania odczytany i przyjęty.

II. Dr. Józef Kucharski przedstawia chorych z oddziału chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba.

1) Przypadek pierwszy dotyczył chorego 18-letniego, który od trzech tygodni leczył się na oddziale wewnętrznym z powodu wrzodu okrągłego żołądka. Nagle 31.V b. r. po spożyciu obiadu dostał gwałtownych bólów w jamie brzusznej z zatrzymaniem gazów. Brzuch wzdęty, tętno 120, ciepłota normalna, wymiotów, nudności brak. Operacja natychmiastowa. Otwarto jamę brzuszną w linii środkowej od góry do pępka. Stwierdzono płyn wolny oraz balonowaty twór o rozmiarach 40 × 30 cm., który się okazał żołądkiem silnie rozszerzonym i wypełnionym treścią. Przebiecia nie stwierdzono. Za pomocą zgłębnika wydobyto 1½ litra treści. Po zapadnięciu się żołądka stwierdzono bliźnię tuż przy odźwierniku na przedniej jego ścianie. Jelita cienkie okazały się rozdęte — przekrwione, grube zaś zapadnięte. Nasada kreski jelit cienkich wykazała guz skręcony spiralnie. Po odkręceniu o 180° kreska ułożyła się normalnie. Jamę brzuszną

zaszyto. Przebieg pooperacyjny dobry. Mieliśmy więc do czynienia ze skrętem jelit cienkich i następczą ostrą rozstrzenią żołądka.

2) Przypadek drugi. Chory 36 lat, dostarczony przez Pogotowie z raną ciętą-klutą brzucha w okolicy wyrostka ślepego, nieco w prawo od l. środkowej, nie krwawiącą przy ruchach oddechowych. Brzuch nieco wzdęty, więcej w podbrzuszu, niebolesny, nie wykazuje wolnego płynu. Ciepłota normalna tętno 84. Gazy oddaje z pewną trudnością. Mimo tego dobrego stanu postanowiono skontrolować ranę pod narkozą; przedłużono ją w l. środkowej i stwierdzono krwotok do jamy brzusznej. Cięcie powtórnie przedłużono do pępka. Stwierdzono ranę klutą lewego płata wątroby, przechodzącą na wylot. Wlot i wylot zamknięto szwami katgutowymi. Między szwy włożono kawałek wyciętego mięśnia prostego i przetrzucono ściec. Ranę brzuszną zaszyto naглуcho. Przebieg pooperacyjny dobry. Stąd wniosek że można w pewnych razach przy obrażeniach wątroby, zwłaszcza ranach klutych, obejść się bez tamponady.

3) Preparat wyrostka robaczkowego usunięto z powodu appendicitis gangraenosa.

W dyskusji Dr. Trzeciak wskazuje że przypadek, zdemontrowany przez prelegenta służy jako potwierdzenie możliwości zaszywania jamy brzusznej naглуcho w razie rany klutej wątroby. Co do pierwszego przypadku, to mowa podnosi za-

sługę prelegenta, że skontrolował jamę brzuszną, gdyż skręt jelit cienkich należy do schorzeń śmiertelnych.

III. Doc. Dr. Abramowicz: „*Powikłania oczne przy znieczuleniu rdzeniowym*“. Praca ukaże się w druku.

Dyskusja. Prof. Szmurło zaznacza, że sprawa, poruszona przez prelegenta, nie przestaje być aktualną. Mówca zwraca uwagę na innego rodzaju powikłania, przytaczając dwa przypadki, w których po nakłuciach lędźwiowych nastąpiło porażenie ośrodka oddechowego i śmierć.

IV. Dr. Lewand: *Przypadek ropnia mózgowego pochodzenia usznego*.

W dyskusji Prof. Szmurło: Rozpoznanie ropni mózgowych bywa nieraz trudne, gdyż objawy ogólne nie są charakterystyczne, chorzy są często nieprzytomni. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego odgrywa znaczną rolę, choć i ono może dać fałszywe wskazania. Dodatkowe metody badania nic właściwie nie dają. Co do leczenia, to wyniki dotąd otrzymywane, są przeważnie fatalne; nierzadko się zdarza, że nawet po upływie roku powstają nowe ropnie. Zdaniem mówcy rokowanie będzie tem lepsze, im dłużej trwa ropień. Wówczas może się wytworzyć *membrana limitans*.

(Wedł. Pamiętnika Wil. Tow. Lek. 1928, z. 6.).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Kühnel zachwalał surowicę *końską normalną, jaką środkiem skracający przebieg róży*—na posiedz. tow. lek. wiedeńskich (W. m. W. Nr. 6). Wniosek ten jest oparty na 285 przypadkach, spostrzeganych w ciągu szeregu lat. Były to tylko przypadki ciężkie z naciekami w tkance podskórnej, z ogólnym zamroczeniem, suchym językiem, skłonnością do ropień i z miejscowymi zmianami hemolitycznymi. W pozostałych 477 przyp. surowica nie była stosowana, jako uznana za zbyt cenną. Zazwyczaj wystarczało jedno zastrzyknięcie w ilości 20 cm. sz. pod skórę, by na 4—5 dzień sprawa się zatrzymywała; u 15-tu chorych wprowadzono surowicę dwukrotnie w odstępie przynajmniej pięciodniowym, w dwóch — trzykrotnie.

O *nasłótnem uodpornianiu przeciwko błonicy według Löwensteina* zdawali sprawę Baar i Grabenhofer na posiedz. pediatr.

w Wiedniu w grudniu r. ub. Próby robiono z przetworami, dostarczającami przez Löwensteina i zawierającami prócz jadu błoniczego, zmienionego przez działanie formaldehydu w t. zw. toksoid, jeszcze i zabite pątki. Przed użyciem Löwenstein sprawdzał nieszkodliwość preparatu. Ośmiokrotne wtarcie toksoidu w skórę brzucha świni uodporniało je przed następczym doskórniem wprowadzaniem jadu błoniczego.

Na 203 dzieciach dokonano 509 wcierań.

Żadnych szczególnych odczynów nie odnotowano. W 110 przypadkach kontrolowano odczyn Schick'a i w 74 (67,27%) doprowadzono do odczynu ujemnego. W ciągu 6 tygodni od początku odparniania w 56,8% przypadków otrzymano odczyn ujemny. W ciągu 4 miesięcy jeszcze w 5 przypadkach doprowadzono do ujemnego odczynu. Dwoje dzieci po upływie 6 miesięcy znów wykazywało odczyn dodatni. Wcierania wykonywano 1 raz na tydzień. Po dwóch wtarciach było 58% odczynów ujemnych, po 3-ch—68,2%, po 4—5-ciu 70,8%. W czasie odparniania 20 dzieci dostało błonicę nosa, w tem 12 po 1-razowym wtarcu i jedno po czterokrotnem.

(W. m. W. Nr. 7).

O *wydzielaniu żołądkowem pod wpływem podrażnienia śluzówki nosa* referowali na posiedzeniu lekarzy szpitali paryskich w lutym r. b. Garin, Fröncent, Amie i Delorme. Próby przeprowadzono na 30 chorych gruźliczych. Przy pomocy tolidy Einhorna stwierdzili oni, że drażnienie śluzówki nosa przez wdychanie soli angielskich wywołuje wydzielanie soku żołądkowego czynnego. Podobny efekt otrzymuje się przy użyciu innych substancji, nie należących do rzędu pokarmowych jak mięta i inne.

(Pr. méd. Nr. 15).

Według Priborano i Lacommea *w mleku kobiet chorych na gruźlicę, udaje się stwierdzić zarazkę gruźliczą przesączalną*. Na posiedz. lutowym tow. biolog. w Paryżu autorzy ci wzmiankowali o tem, że w 3 przypadkach na cztery udało im się przez wstrzyknięcie świnom morskim aseptycznie pobranego mleka otrzymać zmiany podobne do tych, które przypisuje się zarazkowi przesączalnemu. W ten sposób, zdaniem ich, noworodek, pochodzący od kobiet gruźliczych, może ulec zakażeniu nie tylko w czasie swego życia wewnątrzmacicznego lecz i przez ssanie mleka chorej karmicielki.

(Pr. méd. Nr. 14).

Z j a z d y.

Zjazd Lekarzy Powiatowych Województwa Poznańskiego w Bydgoszczy.

W dniach 9 i 10 lutego r. b. odbył się w Bydgoszczy zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poznańskiego, na który przybyli 33 lekarze.

Zjazd powitał imieniem miasta Bydgoszczy wiceprezydent Dr. T. Chmielański, dziękując zjazdowi za zaszczyt wyróżnienia miasta Bydgoszczy i prosząc, ażeby uczestnicy zjazdu byli względni przy ocenie usiłowań miasta w sprawie utrzymania na odpowiednim poziomie instytucji i urządzeń sanitarnych.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, podkreślając dodatnie znaczenie zjazdów, mających się odtąd odbywać kolejno w miastach powiatowych, albowiem uczestnicy zjazdów, zwiędzając instytucje sanitarne w poszczególnych powiatach na terenie Województwa, będą mogli wyrobić sobie skalę porównawczą przy faktycznej ocenie tych urządzeń, w związku z już funkcjonującymi lub mającymi powstać podobnymi instytucjami na terenie ich powiatów.

W imieniu Wojewody poznańskiego zagał zjazd Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publicznego Dr. Górecki, poczem przystąpiono do wykonania porządku dziennego.

Jak ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, na terenie województwa poznańskiego dokonane zostały w 1928 r. w dziedzinie zdrowotności publicznej między innymi następujące ulepszenia.

Zakończono budowę, względnie przybudowę szpitali i pawilonów dla chorych zakaźnych w Bydgoszczy, Grodzisku, Wie-

luniu, Inowrocławiu, Jarocinie, Zdunach, Mogilnie, Obornikach, Poznaniu, Śmiglu, Wolsztynie i Zninie.

Stacje opieki nad matką i dzieckiem, kuchnie mleczne oraz żłobki powstały lub zostały ulepszone w Bydgoszczy, Chodzieży, Grodzisku, Inowrocławiu, Jarocinie, Kościanie, Lesznie, Mogilnie, Ostrzeszowie, Poznaniu, Pleszewie, Rawiczu i Śmiglu.

Kąpieliska ludowe, łaźienki i natryski urządzono w Bydgoszczy, Fordonie, Gnieźnie, Gostyniu, Jarocinie, Kościanie, Międzychodzie, Ostrzeszowie, Szamotułach, Środzie, Śmiglu i Śremie.

W dziedzinie wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego zorganizowano opiekę lekarską, urządzono boiska, strzelnice i t. p. w Chodzieży, Gostyniu, Inowrocławiu, Trzcinicy, Lesznie, Odolanowie, Ostrzeszowie, Poznaniu, Rawiczu, Rakoniewicach i Stęszewie.

Higiena szkolna doznała poprawy przez zaangażowanie w szereg miast lekarzy szkolnych, względnie wyznaczenie przez kilka sejmików pewnych kwot, umożliwiających zwiedzenie wszystkich szkół powszechnych i zbadanie uczniów przez lekarzy powiatowych. W Kościanie, Ostrzeszowie i Szamotułach powstały nowe gmachy szkolne ze wszystkimi nowoczesnymi urządzeniami.

Akcja sanitarno-porządkowa zrobiła duże postępy. Skanalizowano całkowicie lub uzupełniono kanalizację w Gnieźnie, Koźminie, Wronkach, Śremie i Mosinie. W wielu miejscowościach urządzono nowe i odremontowano stare bruki i chodniki, zaadaptowano ulice i place, odremontowano domy, znacznie posunięto sprawę uporządkowania śmietników i ustępów. Komisje sanitarne wykazywały wzmogłą działalność przez częste lustracje miejsc i lokali użyteczności publicznej.

W dalszym ciągu porządku dziennego Inspektor lekarski

Dr. Zmigrod wygłosił referat pod tytułem: „Podstawy prawne i technika dla przeprowadzenia zarządzeń sanitarno - porządkowych i dla podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju”, w którym przytoczył obowiązujące na obszarze Województwa Poznańskiego przepisy i rozporządzenia, normujące te sprawy. Referat ten, zawierający szereg przepisów pruskich, dotychczas obowiązujących w Województwie Poznańskim, był wysłuchany z żywym zainteresowaniem.

Naczelnny lekarz m. Poznania Dr. Szulc przedstawił projekt schematu organizacji sanitariatu samorządowego.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był oględzinom miejskiego schroniska dla niemowląt, łazienek ludowych w Szwederowie, miejskiej stacji dla chorych na gruźlicę, schroniska dla starców i sanatorium dla chorych na płuca w Smukale. Wszystkie te instytucje stoją na należytych poziomach, są dobrze urządzone i prowadzone, co niejednokrotnie podkreślali uczestnicy zjazdu

Przegląd terapeutyczny.

Z przychodni niesienia pomocy lekarskiej ubogiej ludności żydowskiej (Wołyńska 7).

Leczenie nadżerek części pochwowej buljonem szczepionkowym Besredki.

Podał

Dr. Med. Nikodem SZENKER (Warszawa).

Nadżerki części pochwowej są bardzo rozpowszechnioną chorobą kobiet. Usadawiają się one dookoła ujścia zewnętrznego szyi macicznej i zajmują jedną jej wargę, częściej obie, w postaci plam czerwonych, często z niebieskawym odcieniem, wyraźnie odgraniczają się od tkanki zdrowej; prawie zawsze pokryte są śluzowo-ropną wydzieliną i często krwawią przy dotyku. Wielkość ich niekiedy może dojść do rozmiarów srebrnej dwuzłotówki. Odróżniamy erozję rzekomą: wgłębienie, pozbawione nabłonka płaskiego, — od erozji prawdziwej, którą cechuje ubytek tkanki. O ile zjawiają się wygórowania, naskutek rozrostu nabłonka cylindrycznego, zamiast normalnie znajdującego się tutaj płaskiego nabłonka, mówimy o „*pseudo-erosio papillaris et follicularis*”.

Znajdujemy je u osób, cierpiących na cały szereg innych chorób kobiecych, a więc na *metroendometritis*, *salpingoophoritis*, *peri-i parametritis*, w przypadkach zmian położenia i formy macicy, pęknięć szyi macicznej i krocza. Znajdujemy je również u osób niedokrewnych, nerwowych i słabych.

Przebieg tego cierpienia bywa niejednokowy. Jedne erozje goją się bardzo szybko, inne nie goją się wcale. Zależy to widocznie od niejednokowej budowy patologo-anatomicznej erozji, jak również od różnych chorób kobiecych współistniejących i konstytucji samych chorych.

Do leczenia tych erozji używamy całego arsenału środków odkażających, ściągających i przypalających, działających bezpośrednio na nadżerkę; stosujemy także wstrzykiwania wewnątrz-maciczne. Próbuja również leczyć je za pomocą sposobów operacyjnych, jak zaszywania krocza, szyi i t. d.

Niektórzy autorzy odrzucają zupełnie w niektórych przypadkach leczenie miejscowe. Opitz twierdzi, że kobiety o podłożu neuropatycznym skłonne są do zapaleń szyi macicznej, i że leczenie nerwicy usuwa wydzielinę i, co za tem idzie, nadżerkę. Niezawsze jednak udaje się za pomocą tych wszystkich środków erozję wyleczyć. Bardzo często pozornie wyleczone — powstają nanowo po dłuższym lub krótszym czasie.

Część pochwowa i jej nadżerka leżą w tym odcinku kanału płciowego, w którym według Heurleina znajduje się przeszło 20 gatunków różnych bakterij. Flora ta składa się z różnych koków, pałeczek, tlenowców i beztlenowców, streptokoków, stafilokoków, diplokoków, laseczki okrężnicy, laseczników gruźlicy i t. d. Znajdując się w tak niepomyślnych warunkach, erozje goją się źle i dają często recydywy. W tym wypadku można porównać erozję z ranami otwartymi, które z tych samych powodów wymagają dłuższego okresu czasu, ażeby pokryć się ziarniną i wytworzyć bliznę. Przekonawszy się, jak dobrze działa buljon szczepionkowy Besredki na rany otwarte, zdecydowałem się wypróbować ten środek i na erozjach.

Badanie drobnowidzowe wydzielin erozji, przeprowadzone na 42 przypadkach, dało obrazy, naogół mało różniące się od siebie. Różnice spostrzegałem tylko ilościowe. Przeważały zawsze strepto-stafilo-diplostrepto- i diplokokki. W 6 przypadkach prócz wyżej wymienionych znalazłem również *go*, w 2 przypadkach *tbc.*, a w 3 przypadkach *b. coli*.

Nie wszyscy autorzy używają tych samych przesączów. Niektórzy używają autoszczepionki i to ogrzanej, inni zaś zwykłej, stałej i filtrowanej. W naszym materiale stosowaliśmy przesącz wieloważny wyrobu firmy Klawe.

Technika leczenia b. prosta. Do szyi macicznej wkłada się na 24 godziny sacek gazowy, przepojony przesączem. Nazajutrz sacek zostawał usunięty, poczem wkładałem do pochwy tampon, przepojony tymże przesączem, bezpośrednio przylegający do nadżerki. Tak naprzemian robiłem 5 — 6 razy. Następnie używałem tylko tamponów, przylegających do nadżerek, co 2 dzień. Tampon nie powinien leżeć dłużej ponad 24 godz. Liczba tamponów, która niezbędna była do wyleczenia nadżerki, była różna. Większość przypadków wymagała nie więcej, niż 10 — 12 — 15 tamponów, a w 2 przypadkach użyłem 20 tamponów. W 11 przypadkach nawet po 20 tamponach nie zauważyłem poprawy.

W niektórych przypadkach przy wkładaniu sáčków niekiedy spostrzegałem wzmagającą się ropną wydzielinę, która trwała przez 2 — 3 dni, następnie znikła prawie zupełnie. Jest to zrozumiałe, jeżeli wziąć pod uwagę, że leukocyty, dzięki fagocytozie, pomagają ustrojowi w walce z infekcją.

Materiał mój składa się z 42 przypadków. W tem miejscu pozwolę sobie przytoczyć kilka historii chorób, które zobrazują przebieg leczenia i osiągnięte wyniki.

I. Pani S. Sz. 29 lat. Nadżerka wielkości złotówki srebrnej. Prócz tego *metroendometritis chr. retroversio uteri*, bolesność więzła krzyżowo-macicznego. Wydzielina z szyi i erozji wykazała strepto-, staf., diplokokki. Po 5 sączkach szyjowych upławy wyraźnie się zmniejszyły, erozja zbladła. Po 6 tamponach erozja zupełnie blada, wydzielina skąpa. Po 10 tamponach erozja zmniejszyła się wyraźnie.

II. Pani S. R. 32 lata. Nadżerka wielkości 20-groszówki. *Endometritis, retroflexio, descensus vag.* Wydzielina: strepto-stafilocoki, pałeczki pochwowe. Po 5 sączkach i 10 tamponach erozja zupełnie znikła.

III. Pani N. O., lat 31, erozja tylko na tylnej wardze. Wydzielina b. obfita, strepto-, stafil-, diplostreptokokki, koki *Go*. Po 5 sączkach wydzielina mniejsza, bardziej śluzowa. Po 20 tamponach nadżerka zbladła, lecz nie znikła.

IV. Pani SE., erozja wielkości 20-groszówki, wydzielina: strepto-, stafilocoki, *b. coli*; krwawi przy dotyku; wydzielina skąpa. Po 6 sączkach wydzielina b. się zwiększyła i przybrała charakter ropny. Po 15 tamponach wydzielina wróciła do normy. Nadżerka nie goi się. Po 20 tamponach stan bez zmiany.

V. Pani S.A. lat 24. Nadżerka wielkości 50-groszówki. *Endometritis, adnexitis bilateralis*. Wydzielina: strepto-, stafilocoki pałeczki pochwowe. *tbc.* Po 5 sączkach wydzielina bez zmian. Po 10 tamponach erozja zaczyna wyraźnie blednąć, lecz się nie zmniejsza. Po 15 tamponach erozja znów przybrała kolor czerwony z niebieskawym odcieniem. Po 20 tamponach stan bez zmiany.

VI. Pani K. M. lat 36. Nadżerka duża, wielkości 2-złotówki, wydzielina b. obfita, strepto-, stafilo-, diplostreptokokki. *Salpingoophoritis bilateralis*. Po 6 sączkach wydzielina wyraźnie mniejsza. Po 12 tamponach erozja blednie, po 15 tamponach

zaczyna się zmniejszać, po 20 tamponach erozja jeszcze jest, lecz ma wielkość 10-groszówki

VII. R.R. nadżerka wielkości 20-groszówki. Żadnej wydzieliny; strepto-, stafil-, diplokokki, pałeczki. *Ruptura colli uteri*. Po 6 sączkach wydzielina się powiększa. Po 12 tamponach erozja blednie. Po 16 tamponach wydzielina znikła, i nadżerka zmniejsza się, po 20 tamponie erozja znów czerwona i wyraźnie powiększyła się.

VIII. Pani P. W. 27 lat. Nadżerka b. czerwona, wielkości 50-groszówki, wydzielina obfita. żółta. Strepto-, stafilo-, diplokokki. *Endometritis, ruptura perinei*. Po 6 sączkach wydzielina jest skąpa i bardziej śluzowa. Po 12 tamponach erozja blada i mniejsza, po 18 tamponach wyleczona.

Wyniki leczenia, przeprowadzonego na 42 przypadkach, są następujące: zupełnie wyleczonych 21, z wyraźnym polepszeniem 10 i zupełnie niewyleczonych również 10. Jeden przypadek w trakcie leczenia dał recydywę. Wyniki leczenia nadżerek, w których nieznajdywałem zarazków *Go, tbc., b. coli*, należy zaliczyć do dobrych; natomiast erozje z wydzieliną zawierającą te zarazki, nie poddawały się temu leczeniu wcale, albo w słabym stopniu.

PIŚMIENNICTWO

Besredka. Immunisation locale. Saupauet. Nouv. de med. et biolog. fran. N. 7 1925 rok. Menge u. Kränig. Bakteriologie der weibl. Genit. Manna af Heurlik. Bacteriol. Untersuch. der Genitalsekrete. Bułgakov. Wraczebnoje dieło N. 12 — 14 1925 rok. Trudy 7-owo Wsesojuznawo Sjezda Ginekologow i Akuszorow.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Lekarze w Polsce.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 8).

Rozsiedlenie lekarzy w Polsce jest bardzo nierównomierne. Pod tym względem nasuwają się celem uwypuklenia różnic dwa rodzaje podziału: a) według dzielnic i województw (Tablice II i III); b) według wielkości osiedli, ściśle biorąc podział na miasta duże — powyżej 100.000 ludności, miasta mniejsze z ludnością od 25 — 100.000 i wreszcie osiedla wiejskie i miejskie poniżej 25.000 mieszkańców (Tablica IV).

Podział według dzielnic historycznych wydaje się być z wielu względów najstuszniejszy, gdyż jest uzasadniony stanem ekonomicznym jak również kulturą, wytwarzanymi w ciągu stuleci przyzwyczajeniami i całym bytem ludności; zresztą, tylko mówiąc o dzielnicach, możemy uwzględnić prawdopodobny przyrost ludności i operować ludnością i lekarzami z roku 1928.

Najlepiej zaopatrzone są pod względem pomocy lekarskiej województwa centralne i południowe, które rozporządzają jednym lekarzem na

2.700 mieszkańców. Dalej idą województwa zachodnie, które mają jednego lekarza na 3500 mieszkańców, wreszcie — województwa wschodnie — jednego na 5.200, a więc prawie dwa razy mniej, niż była Kongresówka i Małopolska. Uderza przedewszyst-

Tablica III.

Lekarze w Polsce według dzielnic na 1/I 1928 r.

	Ludność wg. szacunku Główn. Urzędu Stat. w dn. 1/I 1928 r.	Powierzchnia km. ²	Liczba lekarzy w dn. 1/I 1928 r.	Na 1 lekarza przypada lud. ności (zaokrąglone w setkach).	Na 1 lekarza przypada km. ² (zaokrąglone w setkach).
Woj. centralne	12.573.713	137.811	4 578	2 700	30
Woj. wschodnie	5.053.684	124.355	978	5 200	127
Woj. zachodnie	4.486.299	47.144	1.266	3.500	37
Woj. południowe	8.099.266	79.080	2.934	2.700	27
P o l s k a	30.212.962	388.390	9.757	3.100	40

T A B L I C A I V.

Rozsiedlenie lekarzy zależnie od wielkości osiedli w końcu roku 1926, na podstawie danych, nadesłanych przez Izby Lekarskie.

	L. ludności w dn. 1/1 1926 r.	L. ludności w końcu r. 1926	Na 1 lekarza przypada lud- ności
Wszystkie miasta powyżej 100.000 mieszkańców w 1921 r. w/g. obecnego podziału	2.820.075	3.966	700
Miasta liczące 25.000 — 100.000 mieszkańców	1.243.169	908	1.400
Miasta poniżej 25.000 mieszkańców i okręgi wiejskie	25.447.851	2.869	8.900
POLSKA	29.511.095	7.784	3.800

Liczbę ludności na 1/1 1926 w miastach powyżej 100.000 mieszkańców i w całej Polsce wzięto z Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1928.

Liczby ludności w miastach od 25.000 do 100.000 mieszkańców i w okręgach wiejskich obliczono na podstawie przybliżonego procentu przyrostu ludności od roku 1921 do roku 1926 dla całej Polski, po wyłączeniu 10-ciu największych miast według Roczników Głównego Urzędu Statystycznego.

kiem, że województwa zachodnie, które są najbogatsze i najkulturalniejsze, i które *a priori* uważamy za posiadające najwięcej lekarzy, zajmują dopiero trzecie miejsce, co jeszcze raz najwymowniej świadczy, że czynnik zamożności aczkolwiek niewątpliwie bardzo ważny, sam przez się nie jest decydujący, przynajmniej, jeżeli mowa o krajach lub społeczeństwach, różniących się między sobą pod wielu innymi względami.

Podział na województwa jest mniej słuszny, jako bardziej arbitralny, niezawsze wypływający z istoty rzeczy, lecz często z potrzeb administracyjnych. Poza tem, mówiąc o województwach, musimy wobec braku danych operować ludnością z roku 1921, a lekarzami z lat późniejszych, co nie jest zupełnie słuszne. Tem niemniej podział taki posiada duże znaczenie choćby z tego względu, że wykazuje niekiedy bardzo znaczne różnice między województwami, znajdującymi się w tych samych dzielnicach.

Z podziału według dzielnic wypływa, że najmniej lekarzy mają Kresy Wschodnie, jeżeli jednak wziąć podział według województw, widocznem jest, że niektóre województwa centralne współzawodniczą pod tym względem z województwami kresowemi. Załączona mapa wykazuje, że jeżeli miasta wojewódzkie włączyć do obszarów wojewódzkich, to najbardziej upośledzone pod względem liczby lekarzy są województwa: nowogródzkie (jeden lekarz na 6.300 mieszkańców) i wołyńskie (1 : 6.100), dalej

idąc: tarnopolskie (1 : 5.300), kieleckie (1 : 5.200), lubelskie (1 : 5.000) i dopiero na szóstym miejscu znajduje się Polesie (1 : 4.800) — najuboższe, najrzadziej zaludnione. Pośrednie miejsce zajmują województwa: poznańskie (1 : 3.000) i pomorskie (1 : 4.400), najwięcej zaś posiadają lekarzy województwa: wileńskie (1 : 2.300), krakowskie (1 : 2.100) i lwowskie (1 : 2.000). Województwo warszawskie zajmuje pierwsze miejsce, ale włączenie Warszawy, przeszło milionowej stolicy, wywiera znacznie większy wpływ na zmianę liczby lekarzy w całym województwie, niż włączenie innych miast wojewódzkich.

Województwa, posiadające najmniej lekarzy, (patrz mapa) zaczynają się w Małopolsce i wrzynając się daleko w głąb kraju, tworzą pośrodku szeroki pas od granicy rosyjskiej aż do granicy niemieckiej. Dalej,

T A B L I C A V.

Liczba lekarzy w miastach z ludnością powyżej 100.000 w latach 1926 — 1927.

(na podstawie danych z Izby Lekarskich i z Naczelnej Izby Lekarskiej.)

M I A S T A	L. ludności na dzień 1/1 1927 r.	L. lekarzy	Na 1-go lekarza ludności	Wg. prof. Cieszyńskiego	Wg. Dr. Cz. Wroczyńskiego
Warszawa	1.028.982	1.714	600	440	550
Lwów	238.303	612	390	320	280
Kraków	191.385	444	430	370	330
Poznań	226.827	232	980	1.000	760
Wilno	170.796	302	560	—	380
Łódź	578.069	416	1.400	1.260	880
Sosnowiec	101.997	62(54)	1.600	2.000	—
Lublin	111.589	83	1.300	—	—
Bydgoszcz	108.065	69	1.600	1.600	—
Katowice	115.697	73(56)	1.600	1.600	—

Według najnowszych danych w Warszawie i w Katowicach w roku 1928 liczba lekarzy zwiększyła się jeszcze; w Warszawie wynosi 1 : 490, w Katowicach 1 : 1.400, a we Lwowie na 1/1 1929 aż 1 : 270 (sic!). Liczby w tablicy V nie zgadzają się z danymi prof. A. Cieszyńskiego i D-ra Cz. Wroczyńskiego (w broszurce o zawodzie lekarza). Wspomnieni autorzy naogół mają wyższe liczby lekarzy, operując inną ludnością zwykle według spisu z roku 1921. Dla niektórych z liczb cytowanych nie mogłem nigdzie znaleźć żadnego uzasadnienia. Mając oświadczyć liczby z trzech źródeł podobne, oparłem się na nich. Dane z Sosnowca i Katowic są najmniej pewne; w nawiasie umieszczone są dane z dwu źródeł. W Katowicach liczba 73 lekarzy jest najsłuszniejsza, jako pochodząca z imiennego spisu nadesłanego przez miejscowy związek lekarzy. Powstaje pytanie, czy w niektórych miastach nie pozostają w spisach lekarzy zmarli i ci, którzy wyjechali, wskutek czego listy niepomierne rosą.



Liczby oznaczają ludność, przypadającą na jednego lekarza a) w województwach, włączając miasta wojewódzkie, b) w 6 największych miastach.

W województwach ludność wzięta z r. 1921, lekarze z roku 1928.

W 6 miastach i ludność i lekarze dotyczą lat 1926/7.

województwa poznańskie i białostockie z jednej strony, pomorskie i poleskie z drugiej — należą do tej samej grupy, co zasługuje na podkreślenie. To, że niektóre województwa kresowe, jak wileńskie i poleskie, zdolne są do utrzymania znacznie większej liczby lekarzy, niż kieleckie i lubelskie, a wileńskie znacznie przewyższa wszystkie województwa zachodnie, nawet poznańskie, posiadające również uniwersytet, naprawdę wywołuje zastanowienie. Można by wprawdzie zrobić jedno zastrzeżenie, że we wszystkich porównaniach według województw popełniamy pewną niedokładność, nieuwzględniając przyrostu ludności, który w województwach wschodnich wynosi 21%, a w wojew. zachodnich około 9%, ale wywołuje niewielkie zmiany w stosunku wzajemnym lekarzy między dzielnicami.

Trzeba przytem dodać, że województwa wschodnie, a w pewnej mierze i Kongresówka, w rzeczywistości utrzymują więcej personelu leczącego, niż wypadaloby z wymienionych powyżej liczb lekarzy. Na wschodzie bowiem jest dotąd bardzo dużo felczerów, praktykujących samodzielnie, co należy uwzględnić we wszystkich obliczeniach, dotyczących byłej Kongresówki i Ziemi Wschodnich. Felczerów dotąd posiadamy według urzędowego spisu na rok 1928 pokazną liczbę, bo 2.335, z czego na samą Warszawę przypada 408. Ze wspomnianej pracy prof. B. Sawickiego wynika, że w roku 1914, według urzędowych źródeł, było w Kongresówce 1.645 felczerów, a według innych danych, bliższych rzeczywistości, około 2.000, w Warszawie — 345. Już te liczby wykazują, że pomimo zamknięcia szkół felcerskich dziś mamy bodaj nie mniej felczerów, niż w roku 1914, w Warszawie tak jest w rzeczy samej. A trzeba dodać, że oprócz felczerów zarejestrowanych, uprawnionych do praktyki, istnieje obecnie duża, parokrotnie większa grupa nieuprawnionych, i liczba tych ostatnich wcale nie wykazuje tendencji zniżkowej, ponieważ sanitariusze z wojska polskiego uzupełniają szeregi. Według pracy D-ra D. Kieżewicza „Zdrowotność i lecznictwo w północno-wschodnich województwach Rzeczypospolitej Polskiej” („Nowiny Społeczno-Lekarskie NN. 19, 21, 23 przeszłego roku i N. 1 roku bieżącego) samych szkolnych felczerów dawnego typu Kresy (nie wiadomo dlaczego autor województwo białostockie włączył do Kresów) posiadają 592 felczerów, a praktykujących w 5 województwach kresowych 1.500 — 2.000, a więc 1½ razy więcej, niż lekarzy. Jeżeli tak jest w rzeczywistości, a osobiście zebrane przeze mnie dane potwierdzają w ogólnych zarysach te obliczenia, to Kresy Wschodnie leczą się znacznie więcej, niż Kresy Zachodnie i mają pomoc lekarską dość udostępnioną pomimo trudnych warunków komunikacyjnych, bo znaczny odsetek felczerów mieszka po wsiach. Inna rzecz, jaka jest ta pomoc, a jaka być powinna. Ale nawet pomijając felczerów, jeżeli na Kresach Wschodnich, dzielnicy najuboższej i najmniej kulturalnej, posiadającej 20% ogółu obywateli, mieszka 15% (liczby D-ra Kieżewicza) lekarzy całego państwa — nie wykazuje to wcale upośledzenia, jeżeli stać na punkcie widzenia nie życzeń, lecz rzeczywistości i brać pod uwagę liczby ogólne, a nie rozsiedlenie.

Rozsiedlenie lekarzy według wielkości osiedli potwierdza znane z obserwacji zjawisko, że więk-

sze miasta więcej posiadają lekarzy, niż małe (tablica IV). A więc w miastach z ludnością powyżej 100.000, na jednego lekarza przypada 700 mieszkańców, w miastach z ludnością 25.000 — 100.000 dwa razy więcej, bo — 1.400, a w miastach poniżej 25.000 mieszkańców i w okręgach wiejskich (razem) — 8.900. To samo widzimy i zagranicą, ale nie można tego ująć w postaci prawa, że, im większe miasto, tem więcej posiada ono lekarzy. Szereg innych czynników wchodzi tu w grę. Bardzo duża różnica jest między dużymi miastami. Zupełnie naturalnie na pierwsze miejsca wysuwają się miasta uniwersyteckie, które (nasze miasta) naprawdę mogą współzawodniczyć z wielkimi miastami na zachodzie Europy, gdzie, wogóle biorąc, lekarzy jest przynajmniej dwa razy więcej niż w Polsce. Według wszelkich danych, pewna część lekarzy w miastach, posiadających uniwersytety, praktyką się nie zajmuje, a jednak zarejestrowana jest w Izbach Lekarskich. W miastach, mających 100 — 200 tysięcy mieszkańców, odgrywa to pewną rolę. Dalej idą miasta nieuniwersyteckie, głównie przemysłowe, w których jeden lekarz przypada na 1.300 — 1.600 mieszkańców. Ta różnica tłumaczy się między innymi tem, że miasta te nie posiadają klinik, nie są ośrodkami, przyciągającymi chorych z jednej strony, lekarzy z drugiej. Pewien wpływ może mieć także specjalny skład ludności, przeważnie robotniczej i ubezpieczonej w Kasach Chorych.

Wśród miast od 25.000 do 100.000 mieszkańców było w roku 1926 dziewięć, które miały poniżej 1.000 mieszkańców na jednego lekarza. W miastach, jak Brześć n/Bugiem, Drohobycz, Przemyśl, Równe, Stanisławów, Stryj, Tarnów, Tarnopol, Toruń na jednego lekarza przypada od 350 do 1000 mieszkańców, a więc miasta te, liczbowo biorąc, są nie gorzej uposażone pod względem pomocy lekarskiej, niż miasta uniwersyteckie. I wśród małych miasteczek poniżej 25.000 ludności spotykamy szereg takich, które mają mniej, niż 1000 mieszkańców na lekarza. To właśnie jest najlepszym dowodem, że podział na wielkość osiedli i zależnie od tego liczbę lekarzy, nie może być brany zbyt dosłownie, im mniejsze bowiem miasto, tem mniej służy ono własnym potrzebom, tem większy teren okoliczny przypada na jednego lekarza. Nawet ściąganie chorych z całego kraju do stolicy nie może być zrównoważone z naturalnem ciążeniem okolicy w promieniu kilkunastu — kilkudziesięciu kilometrów do Brześcia lub Równego. Dlatego też twierdzenie, że taki lub inny odsetek lekarzy zamieszkuje miasto, bez wskazania, jaki teren miasta te zaopatrują w pomoc lekarską, jest niewystarczające. Można tylko mówić o skoncentrowaniu w wielkich miastach, które w ściślejszym znaczeniu obsługują stosunkowo niewielki teren kraju. U nas w 10 miastach zamieszkiwało w 1926/27 roku 51% lekarzy, a w miastach tych było zaledwie 10% ludności. Odgraniczyć mniejsze miasta od wsi jest bardzo trudno, a wobec niedokładności naszych danych — wprost niemożliwe.

Pewne jednak twierdzenia wydają się tu i dziś zupełnie uzasadnione. Przedewszystkiem więc po wyłączeniu miast wojewódzkich najlepiej zaopatrzone są w pomoc lekarską województwa zachodnie, gdzie sieć pomocy lekarskiej jest najbardziej równomierna. Najgorzej stoją pod tym

względem województwa kresowe, (po uwzględnieniu przyrostu ludności porównanie wypadłoby jeszcze mniej korzystnie dla Kresów), co się nie zgadza z porównaniem globalnym, t. j. kiedy miasta wojewódzkie tworzą z całym obszarem województwa całość. Różnice pod tym względem są bardzo znaczne. Miasta kresowe nieuniwersyteckie współzawodniczą pod względem liczby lekarzy o pierwszeństwo z miastami uniwersyteckimi, które też skarżą się na nadmiar lekarzy, ale zato same obszary niekiedy mają lekarzy bardzo mało. Województwo poleskie zajmuje tu pierwsze miejsce, mając jednego lekarza na 11.000 mieszkańców, gdy tymczasem w poznańskim stosunek ten wynosi 1:4.500. A według osobiście przeze mnie zebranych danych w miastach powiatowych i okolicy jest nie lepiej. Większość lekarzy rezyduje w miastach: w Nowogrodku 10 z ogólnej liczby 14 w całym powiecie, w Nieświeżu 8 z 14, w Lidzie 18 z 30, w Słonimie 9 z 13, w Sarnach 8 z 13 i t. d. Stąd olbrzymie tereny powiatowe wiejskie na wschodzie nie posiadają lekarzy, choć mają felczerów. Trudno jednak temu zaradzić.

Nie wydaje mi się słuszne twierdzenie, że lekarze uciekają ze wsi; lepiej byłoby powiedzieć, że nie chcą i w najbliższej przyszłości nie będą jeździli na wieś, czy to do małych miasteczek. Leka-

rze, jak i każdy inny zawód, muszą w wyborze miejsca kierować się ogólnym dążeniem i dlatego będą zawsze szukali chleba w możliwie najkulturalniejszym środowisku, a więc w możliwie największych osiedlach. Trudno też przypuszczać, by w dzisiejszych warunkach województwa kresowe z ich upośledzeniem pod każdym niemal względem, z gęstością zaludnienia 20 — 40 na klm², miały dostateczną choćby w stosunku do obszaru i należytą pomoc lekarską. Przytem należy dodać, że liczba lekarzy na Kresach dziś jest sztucznie wysoka ze względu na lekarzy uchodźców i reemigrantów. Dla tego też wzrost liczby lekarzy w województwach wschodnich będzie prawdopodobnie bardzo powolny. Można z dużym prawdopodobieństwem powiedzieć, że po zastąpieniu pewnej liczby felczerów w niektórych z województw, np. wileńskim lub nawet poleskim, lekarze prędko nie znajdą możliwych warunków egzystencji. Być może że pewien wyjątek stanowią województwa: wołyńskie i nowogrodzkie. Trzeba jednakże dodać, że przyrost lekarzy na Kresach może być powstrzymywany dążeniem do podniesienia stopy życiowej co będzie tem wyraźniejsze, im bardziej oddalimy się od lat wojny i rewolucji rosyjskiej.

(C. d. n.)

Życiorys.

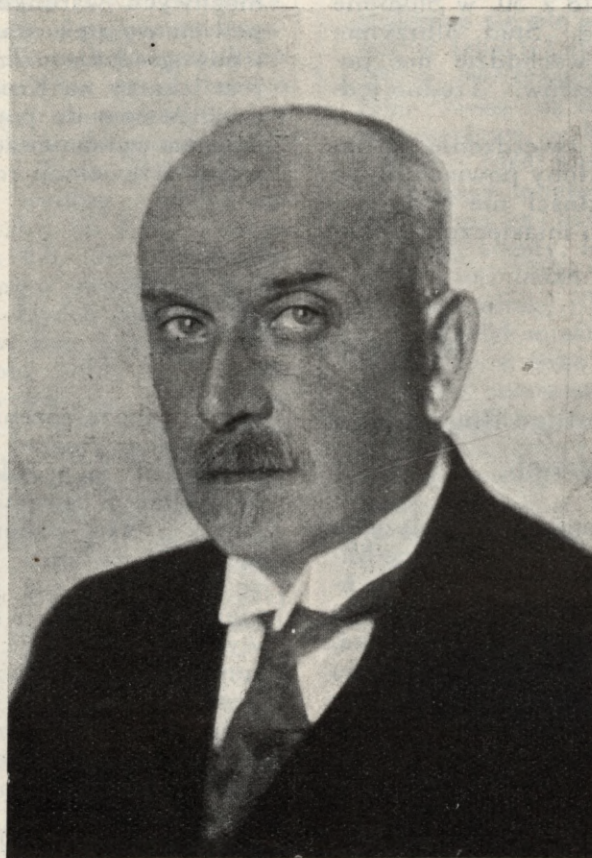
Działalność ś. p. D-ra Wincentego Boguckiego w Polsce odrodzonej.

Po objęciu władzy w Rosji przez bolszewików ś. p. Dr. Bogucki, jako członek (Wice-Minister Spraw Wewnętrznych) b. rządu Kiereńskiego, musiał, oczywiście, w ciągu dłuższego czasu ukrywać się przed groźną czczewczajką, i dopiero na początku 1921 r., po przezwycięzeniu wielkich, połączonych niejednokrotnie z niebezpieczeństwem dla życia przeciwności, udało mu się przedostać do Polski przez zieloną granicę, w bliskości m. Korca. Natychmiast po przybyciu do Warszawy wstępuje do Wojska Polskiego w charakterze lekarza do szczególnych zleceń przy Szefie Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych, w randze ppułk. W tym okresie z polecenia władz przełożonych bada stosunki zdrowotne na Kresach Wschodnich, gdzie stacjonowane były większe formacje wojskowe, i na skutek repatriacji powstawały ogniska duru plamistego. W maju 1921 r., po wyjściu do emerytury ś. p. D-ra Polańskiego, Dr. Bogucki występuje z wojska i obejmuje stanowisko naczelnika wydziału zdrowia Mtu m. st. Warszawy. Poznawszy w czasie swej krótkiej służby wojskowej braki w organizacji punktów kwaterunkowych dla repatriantów na pograniczu sowieckim, ś. p. Dr. Bogucki, natychmiast po objęciu nowego stanowiska, zwrócił uwagę władz miarodajnych na zagrażającą stolicy i całemu krajowi powrotną falę epidemii duru plamistego w związku z repatriacją i z właściwą Mu energią i zrozumieniem istoty zagadnienia przedsięwziął wszystko, aby temu nieszczęściu zapobiec. Całą

akcję zabezpieczenia stolicy przed wtargnięciem i rozwojem groźnej epidemii duru plamistego przeprowadził zwycięsko. Uporawszy się względnie pomyślnie z ostreymi chorobami zakaźnymi, Dr. Bogucki, jako higienista-społecznik, szeroko ujmujący swe zadania, doskonale rozumiał, że walka ze złem, które już powstało, jest konieczna, lecz niezwykle ciężka i kosztowna, że wobec tego cały wysiłek organizacji sanitarnej winien iść w kierunku zapobiegawczym, w kierunku systematycznego tworzenia takich warunków bytowania ludności, w których choroba i śmierć były jej najrzadszym gościem. Znając dokładnie fatalny stan sanitarny naszych miast i miasteczek, szczególnie w b. Kongresówce, i będąc głęboko przekonany o niecierpiącej zwłoki potrzebie wysunięcia na pierwszy plan gospodarki samorządowej zagadnień, dotyczących ochrony zdrowia publicznego, ś. p. Dr. Bogucki stara się usilnie, zarówno na terenie stolicy, jak i innych większych miast Polskich, urobić zarządy tych miast oraz opinie publiczną w kierunku zrozumienia doniosłości tych zagadnień. W tym celu już w końcu 1921 r. w porozumieniu ze Związkiem miast i Zarządem stolicy, organizuje pierwszy Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich, który odbył się w dniach 28, 29 i 30 stycznia 1922 roku w Warszawie, w sali Rady Miejskiej. Na Zjeździe tym ś. p. Dr. Bogucki wygłosił referat o Organizacji służby zdrowia w samorządach, w którym nakreślił zasadniczy program dla gmin miejskich w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego na najbliższy okres. Zapoczątkowane przez D-ra Boguckiego Zjazdy lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich odbywały się następnie corocznie w większych miastach Polski: I-szy

w Warszawie, II-gi w Poznaniu, III-ci w Łucku, IV-ty w Krakowie, V-ty w Wilnie i VI-ty w Łodzi i miały niezwykle doniosłe znaczenie propagandowe. Na zjazdach tych poruszane były najżywotniejsze sprawy z dziedziny zdrowotności publicznej w samorządach miejskich, a mianowicie: I-szy Zjazd w Warszawie w 1922 r. poświęcony był sprawom organizacji służby zdrowia w samorządach, stosunku rządu do samorządów w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego, organizacji walki z chorobami zakaźnymi, propagandy zasad higieny społecznej oraz zagadnieniom, dotyczącym polepszenia stanu sanitarnego nadzwyczaj zaniedbanych pod tym względem miast i miasteczek Polski; II-gi Zjazd w Poznaniu w 1923 r. obradował głównie nad sprawami walki z gruźlicą i głodem mieszkaniowym oraz organizacją szpitalnictwa; III-ci Zjazd w Łucku w 1924 roku poświęcony był głównie sprawom uzdrowotnienia kresów wschodnich; IV-ty Zjazd w Krakowie w 1925 r. poruszył sprawę opieki społecznej nad matką i dzieckiem oraz higieny szkolnej; V-ty Zjazd w Wilnie w 1926 r. poświęcony był sprawom Państwowej organizacji służby zdrowia, szkolenia personelu sanitarnego oraz najważniejszym i najpilniejszym potrzebom Wileńszczyzny w dziedzinie zdrowotności publicznej; VI-ty Zjazd w Łodzi w 1927 r. obradował nad zagadnieniami z dziedziny higieny pracy oraz zobrażował szkodliwość, jakie powstają ze skupienia większych fabryk w gęsto zaludnionych osiedlach ludzkich.

Prezesem i duszą tych wszystkich Zjazdów był ś. p. Dr. Wincenty Bogucki. Poświęcając swą pracę, energję i wiedzę zagadnieniom ochrony zdrowia publicznego o charakterze ogólnym, ś. p. Dr. Bogucki, przy wydatnej pomocy Zarządu miasta, systematycznie i planowo dążył do ulepszenia organizacji sanitarnej stolicy i podniesienia stanu zdrowotnego jej mieszkańców. W miarę zwiększania się budżetu Wydziału zdrowia, stale, z roku na rok rozszerzała się jego działalność. Dzięki inicjatywie D-ra Boguckiego, zamiast istniejących małej pracowni chemicznej i bakteriologicznej, mieszczących się w bardzo nieodpowiednich, ciasnych lokalach, zorganizowany został w domu miejskim ul. Nowogrodzka Nr. 82 Instytut Higieniczny, składający się z 3-ch działów: 1) nowoczesnej urządzonych pracowni badania artykułów żywności i przedmiotów użytku domowego, 2) wzorowej pracowni bakteriologiczno-epidemiologicznej i 3) propagandy higieny wśród najszerszych warstw ludności stolicy.



Jednocześnie usprawniona została działalność zakładów sanitarnych miejskich: przewóz chorych zakaźnych, izolowanych, dezynfekcja; trakcja konna została zamieniona na automobilową. Zwrócono również baczną uwagę na udostępnienie ubogiej ludności stolicy korzystania z kąpielisk miejskich i plaży na Wiśle. Udoskonalisz istniejącą organizację sanitarną miejską, Dr. Bogucki, zgodnie z nowoczesnymi prądami higieny społecznej, śmiało kroczy naprzód w kierunku zapobiegawczym i organizuje na terenie stolicy szereg stacyj higieny zapobiegawczej, t. zw. Ośrodków Zdrowia. I-szy taki „Ośrodek” powstał w roku 1925 na Amelinie, w Mokotowie; dziś mamy ich już 7 przeważnie na krańcach miasta. Każdy z tych „Ośrodków” składa się z szeregu poradni do walki z chorobami i kłes-

kami społecznymi, jak ze śmiertelnością niemowląt, gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, alkoholizmem i t. p. Działalność „Ośrodków” rozwija się nadzwyczaj pomyślnie, zakres ich działania zwiększa się stale i wpływa dodatnio na zmniejszenie się chorobowości i umieralności, sprzyja wydatnie uświadomieniu najszerszych warstw ludności stolicy w zakresie spraw, dotyczących ochrony zdrowia publicznego.

Zywa i pełna inicjatywy indywidualność ś. p. D-ra Boguckiego nie mogła pomieścić się w ramach zadań, związanych bezpośrednio z Jego stanowiskiem Naczelnika Wydziału zdrowia. Dr. Bogucki bierze bardzo czynny udział prawie we wszystkich instytucjach społecznych, działających na terenie stolicy. W roku 1923 powołany zostaje na członka Zarządu Głównego Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, w r. 1924 na Prezesa Warszawskiego Tow. Przeciwgruźliczego i członka

Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej, w r. 1926 na Doceńta Wolnej Wszechnicy Polskiej, wreszcie w r. 1927 na Wice-Prezydenta m. st. Warszawy.

Na terenie Towarzystwa Higienicznego ś. p. Dr. Bogucki niejednokrotnie poruszał bardzo ważne i aktualne zagadnienia, jak np. sprawę mieszkaniową; powołana z Jego inicjatywy dla oświecenia tej sprawy specjalna komisja opracowała broszurkę „O koniecznej potrzebie natychmiastowego wznowienia ruchu budowlano-mieszkaniowego”, i memorał w tej sprawie złożony został władzom miarodajnym przez Towarzystwo Higieniczne i Towarzystwo Przeciwgruźlicze. Jako prezes Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, ś. p. Dr. Bogucki wielce się przyczynił do rozwoju i materialnego ugruntowania tej instytucji uzyskując dla niej znaczne zapomogi od Zarządu

miasta i Kasy Chorych. Wzorowo urządzona Centralna Przychodnia Przeciwgruźlicza na Miodowej powstała wyłącznie dzięki jego zabiegom. Wykłady ś. p. Dr. Boguckiego z tej dziedziny higieny społecznej na Wolnej Wszechnicy Polskiej cieszyły się wielkim uznaniem słuchaczy.

Na stanowisku Wice-Prezydenta m. st. Warszawy Dr. Bogucki wykazał niezwykłą pracowitość, energję i znajomość gospodarki samorządowej; z wielkim zapałem przystąpił do uporządkowania i reorganizacji podległych Mu wydziałów, utworzył Komitet do walki z bezdomnością, roz-

wijał zakres działania Opieki Społecznej, wyjednał znaczne kredyty na tworzenie kolonij i półkolonij letnich dla ubogiej diatwy Warszawy, brał nadzwyczaj czynny udział w Komitecie Pomocy Ofiarom trzęsienia ziemi w Bułgarii i t. p.

Nieubłagana i nad wyraz tragiczna śmierć przerwała pasmo życia wielkiej miary działacza społecznego i człowieka niezwykle wrażliwego na niedolę ludzką.

Cześć Jego pamięci!

Dr. Julusz Maleciński (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

— Dn. 22 stycznia r. b. z okazji inaguracji nowego lokalu i 100-go posiedzenia Zrzeszenia Lekarzy Rzeczyposp. Polskiej, obecny prezes, kol. Bregman przedstawił cele i działalność Zrzeszenia, zaś były prezes, kol. Róbin zobrazował historję powstania i rozwoju Zrzeszenia. Po tych przemówieniach kol. Z. Bychowski wygłosił bardzo interesujący odczyt z życia i działalności prof. Uniwersytetu Warszawskiego. Ludwika Hirszfelda. Odczyt ten wkrótce ukaże się na łamach „Warsz. Czasop. Lekarskiego”.

— W poniedziałek dnia 25.II.1929 r. o godz. 8 m. 20 wieczorem w lokalu Klubu Lekarzy Polskich (Miodowa 14) odbyło się zebranie odczytowe, na którym zostały wygłoszone sprawozdania ze zjazdów:

- 1) Sierakowski S. — sprawozdanie ze zjazdu serologów w Kopenhadze.
- 2) Słonimski P. — wrażenia ze zjazdu anatomów i histologów w Leningradzie.
- 3) Sterling-Okuniewski St. — sprawozdanie ze zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie.

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszków do uzdrowisk swoich zamiast do obcych, urządziła wzorem 3-ich lat ubiegłych w siedzibie swej (Widok 23) w lutym, marcu i kwietniu r. b. sejmę odczytów z dziedziny balneoterapii i klimatoterapii polskiej.

Odczyty te są bezpłatne, przeznaczone dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

W Środę 27 lutego, godz. 20³⁰.

Doc. Dr. med. Antoni Sabatowski (Lwów). Kąpiele borowinowe i mułowe oraz ekspertyza tych materiałów kąpielowych.

Na odczyt ten będą zaproszeni uczestnicy Walnego Zjazdu Związku Uzdrowisk Polskich.

W piątek 8 marca, godz. 2³⁰.

Dr. med. Władysław Podsoński, (Lwów — Lubień Wielki). Lubień Wielki źródło siarczany i znaczenie siarki w organizmie.

— W dniu 13.XII.1928 r. w sądzie pokoju przy ul. Zielnej 27 odbyła się rozprawa w sprawie używania tytułu doktora fil. w reklamach przez Oskara Wojnowskiego. Wojnowski został skazany na 500 zł. grzywny. Ukazany zaapelował do Sądu Okręgowego, jednakże wkrótce rekurs wycofał, wobec czego wyrok uprawomocnił się. Sprawa używania nielegalnego tytułu została wszczęta przez Departament Służby Zdrowia Min. S. Wewnętrznych.

— Komunikat Zarządu Koła Medyków. Biuro Pośrednictwa Pracy Koła medyków S. U. W. dostarcza z pośrednictwem lekarzy i studentów medycyny wykwalifikowanych pracowników w zakresie różnych specjalności na posady lekarzy, zastępców lekarzy, felczerów, laborantów analitycznych, laborantów bakteriologicznych, pielęgniarek(rzy) na dyżury dzienne i nocne przy chorych, robiących opatrunki, zastrzyki, masaże i t. p. zabieg.

Łaskawe zapotrzebowania nadsyłać pod adresem:

Biuro Pośrednictwa Pracy Koła Medyków S. U. W.

Warszawa, Chałubińskiego 5 tel. 114-86.

— Otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze!

W numerze Kurjera Porannego z dn. 20 lutego b. r. został umieszczony obszerny wywiad, dotyczący Poradni Wychowania Fizycznego II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Jako dyrektor Kliniki oraz Poradni niniejszem oświadczam, że ten wywiad został udzielony bez mojego upoważnienia i bez porozumienia się ze mną na własną rękę przez lekarza Poradni podczas trwającej od dłuższego czasu mojej choroby. To oświadczenie podaję za pośrednictwem poczytnego czasopisma Pańskiego do wiadomości ogółu, jestem bowiem stanowczo przeciwny uprawianiu przez zakłady naukowe oraz ich personel autoreklamy w jakiegokolwiek bądź formie.

Warszawa, 22.II.1929 r.

Z wysokim szacunkiem

prof. Dr. Witold Orłowski.

— Konkurs fotograficzny dwutygodnika „Dziecko i Matka”

Niejednokrotnie poruszano na łamach „Dziecka i Matki” sprawę fotografowania dzieci. Zawsze kładziono nacisk na unikanie specjalnego pozowania (co daje dobre rezultaty tylko przy współudziale artysty-fotografa), i obieranie za temat charakterystycznych momentów z życia dziecka. Warunkom tym najlepiej odpowiada fotografia amatorska. Dla zachęcenia rodziców do robienia zdjęć rodzajowych Redakcja „Dziecka i Matki” ogłasza konkurs fotograficzny na serję złożoną z 6-ciu zdjęć amatorskich, najlepiej odzwierciedlających codzienne życie dziecka. Zdjęcia powinny być wyraźne, „ostre” i na bieżącym papierze. Tematy najzupełniej dowolne: dziecko może być fotografowane przy jedzeniu, myciu, zabawie na tle przyrody, w otoczeniu rówieśników i t. p. Ostatni termin nadsyłania fotografii: 1-szy październik 1929 r. Niezależnie od wyników konkursu, Redakcja zastrzega sobie prawo umieszczania w każdym terminie nadsyłanych fotografii na łamach pisma. Serje nagrodzone zostaną reprodukowane w całości w jednym z październikowych lub listopadowych numerów, z podaniem szczegółowych motywów nagrodzenia.

Koperta z nadsyłanymi zdjęciami musi być adresowana: Redakcja „Dziecka i Matki” — Warszawa, Pl. Zamkowy 99, z napisem: „Konkurs fotograficzny” i musi zawierać kupon z numeru 2-ego „Dziecka i Matki”.

Wszystkie fotografie z jednej serji powinny mieć na odwrotnej stronie godło lub nazwisko biorącego udział w konkursie.

Pierwszą nagrodę stanowić będzie ubranko lub sukienka dla dziecka do lat siedmiu, podług wieku i miary.

Drugą nagrodę: dziesięć książek dzieciennych.

Trzecią nagrodę: roczna prenumerata „Dziecka i Matki”.

— Dnia 10 b. m. odbyło się w Poznaniu przy udziale 30 członków doroczne zebranie Rady Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Na posiedzeniu tem dokonano wyboru zarządu na trzyletnią kadencję w skład którego wyszli pp. prof. Gantkowski

z Poznania jako naczelnik, dr. Krysiwicz z Poznania i dr. Steinborn z Torunia jako zastępcy naczelnika, dr. Wieleński z Poznania jako pisarz, dr. Matuszewski z Poznania jako skarbnik, dr. dr. Dymiński, Jagielski i Rabbski z Poznania oraz Dubiski z Ostrowa jako członkowie Zarządu.

Między innymi zajmowała się Rada Izby Lekarskiej P. P. sprawą obecnego zatargu między Związkiem Lekarzy Z. P. a Kasami chorych na terenie Izby lekarskiej P. P.

Po wysłuchaniu referatu o genezie zatargu i obecnej jego fazie, Rada Izby lekarskiej P. P. powzięła następującą uchwałę:

Rada Izby Lekarskiej P. P. uważa, że podstawę racjonalnego lecznictwa stanowi wolny wybór lekarza przy systemie gabinetowym. Zmiana tego systemu na system ambulatoryjny musiałaby w naszych warunkach z natury rzeczy ograniczyć wolny wybór lekarza i wpłynąć ujemnie na poziom lecznictwa przez zmechanizowanie pracy lekarskiej i przez usunięcie szlachetnej konkurencji między lekarzami jako nieodzownego warunku postępu nauki lekarskiej.

Ubezpieczeni w Kasach Chorych winni pozatem mieć możliwość korzystania ze wszystkich zakładów leczniczych i pobierania lekarstw ze wszystkich aptek. Rozwój lecznictwa winien iść w kierunku budowania szpitali i sanatoriów, których brak daje się we znaki ubezpieczonym w Kasach Chorych obu województw.

Wobec tego, że postulaty Związku Lekarzy Z. P. mają przede wszystkim na oku dobro ubezpieczonych, Rada Izby Lekarskiej P. P. uważa stanowisko Związku Lekarzy Z. P. w obecnym zatargu za słuszne i zwraca się z apelem do miarodajnych czynników, by dążyły do zlikwidowania zatargu tego w interesie dobra publicznego w jaknajkrótszym czasie.

Rada Izby Lekarskiej P. P. potępia postępowanie tych nielicznych jednostek z pośród lekarzy, którzy w obecnym zatargu dla korzyści materialnych podcinają byt swych kolegów i uchylają tem samem etyce lekarskiej, która była, jest i być musi podstawą życia lekarskiego ku dobremu zdrowia publicznego oraz ładu i porządku w lecznictwie.

— W dn. 9 i 10 kwietnia r. b. odbędzie się w Wiedniu uroczysty obchód 100-ej rocznicy urodzin wielkiego chirurga i uczonego Teodora Billrotha. Komitet obchodu zaprasza lekarzy całego świata do uczestnictwa w tej uroczystości. Sekretariat komitetu mieści się w Wiedniu Porzellangasse 22.

— Naukowa wycieczka lekarzy na francuską Rivierę i do francuskiej Afryki północnej.

Dzięki zaproszeniu towarzystwa lekarskiego na Rivierze (Société Médical de climatologie et d'hygiène du Littoral Méditerranée) wybiera się grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) z końcem marca pod kierownictwem prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha (Wiedeń) do Nicei. Prezes tow. lekarskiego na Rivierze osobiście zajmie

się oprowadzaniem uczestników wycieczki po zakładach leczniczych i pokazaniem im zabytków sztuki w Nicei, Cannes, Mentonie, Monte Carlo. Dalszy plan wycieczki: Marsylja, stąd nastąpi wyjazd do Algeru. Uczestnicy wycieczki zamierzają dojechać do wnętrza Afryki, aż do Biskry.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I, Biberstrasse 11, I Stock, Tür 6.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

— Dr. med. Stanisław K o p c z y ń s k i. Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce. Warszawa, Książnica-Atlas, 1929.

— Dr. med. Edward C z a r n e c k i. Przyczynek do fizjologii nadnerczy. Wilno Tow. Wyd. Pogoń, 1928.

— Stanisław K l e j n. Krew w gruźlicy. Odb. z wydawnictwa „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą.

— Doc. Dr. Stanisław K l e j n. Leczenie niedokrewności złośliwej. Odb. z Nr. 2 tygodnika naukowego „Medycyna“ 1928.

— T e n ż e. Niedokrewność złośliwa. Medycyna w monografiach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Zesz. XII, 1928.

— T e n ż e. Małopłytkowość (Thrombopenia). Med. w monograf., wykł. Klin. i pogląd. prac. nauk. Zesz. XI, 1928.

— T e n ż e T. zw. wątroba zastoinowa a tama wątrobową. Odb. z „Polskiej Gazety Lek.“ 1927, Nr. 43.

— T e n ż e Stauungsleber und Lebersperre. Odb. z „Wiener Mediz. Wochenschr.“ 1928 N. 46.

— Dr. A. K o b r y n e r. Organolipazy w surowicy krwi. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.“ 1927. N. 16.

— T e n ż e, Uwagi o fizykalnem badaniu chorych. Odb. z N. 39 tygodn. nauk. „Medycyna“ 1928.

— Dr. Stefan S t e r l i n g - O k u n i e w s k i. Sur l'importance que présente la découverte du virus tuberculeux filtrant pour le phtisiologie. Odb. z „Lyon Médical“, 1928 NN. 48 i 49.

— Doc. Dr. S t. S t e r l i n g — O k u n i e w s k i i Dr. M. R o s n o w s k i. Przyczynek do epidemiologii i kliniki włośnicy. Warszawa. Biblioteka szkoły podchorążych sanitarnych i główna księgarnia wojskowa. 1929.

— Piotr S ł o n i m s k i. O architektonice kory mózgowej. Odb. z „Wszecchiata“. 1928 N. 10.

— Pierre S ł o n i m s k i. Les thrombocytes contiennent ils de l'hémoglobine? Odb. z „Comptes rendus de l'Association des Anatomistes. Prague (2 — 4 avril 1928).

TREŚĆ: M. LANDSBERG. O artretyzmie. — H. PUSZET. Przypadek rażenia prądem elektrycznym. Późne wystąpienie objawów błędnikowych. Pomyślny wpływ nakłucia lędźwiowego. — A. FESTENSZTADT. Ropomocz niemowlęcy w świetle współczesnych poglądów. (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — N. SZENKER. Leczenie nadżerek części pochwowej buljonem szczepionkowym Besredki. — M. KACPRZAK. Lekarze w Polsce (c. d.) — J. MALECIŃSKI. Działalność ś. p. D-ra Wincentego Boguckiego w Polsce Odrodzonej. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. LANDSBERG. Sur l'arthritisme. — H. PUSZET. Un cas du coup de courant électrique. — A. FESTENSZTADT. La pyurie infantile au point de vue des recherches modernes (Rév. gén.) — N. SZENKER. Traitement des érosions de la partie vaginale de l'utérus par l'antivirus de Besredka. — M. KACPRZAK. Les médecins en Pologne. (Suite). — J. MALECIŃSKI. Feu Dr. Vincent Bogucki.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.