

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. 13

WARSZAWA, 28 MARCA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału dla chorych nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. E. FLATAU).

Zespół kurczowo-torsyjny w wieku starszym.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

(Ciąg dalszy -- p. Nr. 12).

Przypadek II. W początku października 1920 r. chory 68-letni, który jest rybakiem w Sierpcu, spędził całą noc nad brzegiem rzeki. Nazajutrz rano poczuł silny kłujący ból w lewym uchu i wzdłuż grzbietu nosa, zaś w dwa, trzy dni potem zauważył, że trudno mu jest mówić z powodu tego, że język skręcał mu się i kurczył mimowoli w jamie ustnej. Wkrótce potem wystąpiło pewne utrudnienie chodzenia, ponieważ lewa noga sztywniała mu i od czasu do czasu drżała przy chodzeniu. Analogiczne zaburzenia wystąpiły wkrótce potem w lewej kończynie górnej. Choremu trudno było posługiwać się nią przy ruchach dowolnych z powodu drżenia i ruchów mimowolnych. Podczas chodzenia musiał nadmiernie wyrzucać prawą kończynę górną również mimowolnie. W tym czasie mniej więcej wystąpiły silne bóle w lewym boku, wskutek których, jak chory twierdzi, nastąpiło nienormalne ustawienie lewego ramienia, a mianowicie: prawie stałe przyciąganie go do klatki piersiowej.

Wszystkie zaburzenia te w ostatnich czasach uległy spoutęgowaniu, co specjalnie dotyczy zaburzeń mowy, która wskutek coraz częściej chwytającego pacjenta kurczu języka stała się coraz bardziej utrudniona i niewyraźna.

Pozatem uskarża się chory na pewne trudności przy oddawaniu moczu i na pewne zaparcie stolca, w którym ostatnio ukazuje się krew. Na bóle głowy nie cierpiał, przytomności nie tracił, żadnego udaru nie miał. Nie było również nigdy drgawek. Miał trzynastoro dzieci, żona roniła trzy razy. Palił po 30 i więcej papierosów dziennie. *Lues negatur*. Rzeźączka przed 40 laty.

St. praesens. Wzrost wysoki, odżywianie mierne, budowa prawidłowa. Stwardnienie naczyń obwodowych. Tętno 88. W płucach i narządach jamy brzusznej nic szczególnego.

Czaszka nie bolesna. Żrenice równe, wąskie, reagują na

światło niezbyt żywo. Dno oczu normalne. Siła wzroku zachowana. Ruchy gałek ocznych normalne. Twarz od czasu do czasu przekrzywia się w prawą stronę wskutek mimowolnego skurczu, jednakże niema żadnego osłabienia ani w obrębie górnej, ani dolnej gałązki nerwu twarzowego. Język przy wysuwaniu stale w wybitny sposób zbacza na lewo. Wysunięty z poza jamy ustnej język znajduje się stale w kurczu, który ogarnia głównie prawą jego połowę i który jest prawie stały, zwalnia jednak od czasu do czasu niezupełnie — i wtedy język wykonywa kurczowe ruchy mimowolne w kierunkach bocznych, przeważnie z prawej strony na lewą, cofa się nieco ku tyłowi, pęcznieje en masse lub też bardziej spłaszcza się. O ile język spoczywa na dnie jamy ustnej, wtedy nie zbacza i wykazuje ruchy mimowolne kurczowe znacznie mniejsze, niż przy wysunięciu.

Żucie i połykanie prawidłowe. Mowa niewyraźna, utrudniona: chory mówi, jak gdyby miał kłuski w ustach. Brak jakichkolwiek cech niemoty. Podniebienie miękkie przy fonacji porusza się słabo. Odruch gardzielowy zniesiony.

Siła mięśniowa w kończynach górnych i dolnych dobra, jednakowa z obu stron, i nigdzie nie stwierdza się niedowładu.

Odruchy z mięśnia trójkłowego i szprychowe słabe. Odruchy kolanowe umiarkowane, stopowe słabe, brzuszne bardzo słabe, mosznowe żywe, podeszwowe normalne. Wszystkie odruchy obustronnie jednakowe żywe.

Wszystkie rodzaje czucia dokładnie zachowane.

Ruchy mimowolne i kurczowe.

W pozycji stojącej lub siedzącej uderza przede wszystkim nienormalne ustawienie kończyny górnej, która ogarnięta jest kurczem, stabilizującym kończynę w ten sposób, że bark stale nadmiernie uniesiony jest ku górze, a ramię prawe stale doprowadzone jest do klatki piersiowej. Na tle tej stałej nienormalnej pozycji rozgrywa się cały szereg mimowolnych ruchów i kurczów w okolicy lewej połowy szyi, lewego stawu barkowego, lewego ramienia i lewej połowy klatki piersiowej, których charakter po części przypomina płasawiczy, bardziej jednak zbliża się do typu *spasmus mobilis*. Widać mianowicie od czasu do czasu dość szybkie kurcze w lewym *m. sterno-cleido-mastoideus* i w lewym *m. trapezius* w postaci nieznacznego wzruszania ramion, najczęściej zaś w *m. deltoideus* i *m. pectoralis major*, co powoduje szybkie unoszenie barku i szybkie doprowadzenie ramienia do klatki piersiowej.

W prawej kończynie górnej widać od czasu do czasu odprowadzanie ramienia od klatki piersiowej, którego charakter jest zupełnie odmienny od ruchów w lewej kończynie, mianowicie ruch ten jest dość powolny i rytmiczny, co zwłaszcza wyraźnie występuje podczas chodzenia.

Co się tyczy kończyn dolnych, to ruchy mimowolne w nich są znacznie mniejsze. W prawej kończynie dolnej występuje od czasu do czasu ruch mimowolny w zginaczach ud i podudzi i rozginaczach stopy, którego charakter jest równocześnie kurczowy i rytmiczny i przypomina ruch krawiecki szycia nogą na maszynie. W lewej kończynie dolnej ruchy mimowolne widać tylko w dystalnym odcinku, głównie w stopie i palcach — i tutaj charakter ich zbliża się zupełnie do płasawiczego.

W pozycji stojącej widoczne jest skrzywienie tylne i boczne kręgosłupa z wypukłością, zwróconą w stronę prawą.

Podczas chodzenia chory stawia nieco sztywno lewą kończynę dolną, lewa kończyna górna doprowadzona jest nadmiernie do klatki piersiowej, prawa zaś unosi się rytmicznie ku górze.

Podczas dziewięcioletniego pobytu w szpitalu nie zaszła jakaś zmiana zasadnicza w opisanych ruchach, tylko niektóre konstelacje hiperkinetyczne uległy nasileniu, inne natomiast osłabieniu. Ruchy, najbardziej wypadające w oczach, dotyczą twarzy, lewej kończyny górnej i prawej kończyny górnej, przy czem charakter każdego z tych ruchów jest odmienny. W twarzy ruchy te przypominają najbardziej grymas płasawiczy, jeżeli jednak wejrzeć bliżej w mechanizm tego ruchu, to uderza mniejsza jego błyskawiczność niż w płasawicy i karykaturalny wyraz, który ruch ten nadaje mięśniom twarzy, oraz nadzwyczajna jego jednostajność. Bez najmniejszej przerwy widoczne są grymasy twarzy, nadające jej wyraz obrzydzenia, twarz nie wykazuje przytem wyrazu bólu lub cierpienia natury moralnej, lecz przypomina grymas po napiciu się np. octu lub czegoś bardzo przykrego. Przytem niewątpliwie mięśnie prawej połowy twarzy (*buccinatorius*, *zygomaticus*, *levator alae nasi et labii superioris*, w mniejszym stopniu *orbicularis orbitae*) są niewątpliwie po prawej stronie w stanie silniejszego kurczu, niż po lewej. Twarz prawie nigdy nie pozostaje w spokoju, grymas jednak nigdy nie jest rytmiczny. Natomiast prawie zupełnie rytmiczny jest ruch żuchwy, która w sposób stereotypowy porusza się w prawą i lewą stronę (*m. m. pterygoidei*). Pod wpływem rozmowy lub wzruszenia wszystkie te ruchy nasilają się, pogłębiają się zmarszczki na czole, szpary oczne zaciskają się prawie zupełnie — i twarz nabiera dziwnie groteskowego i niesamowitego wyrazu. Jeżeli polecić choremu wysunąć język, to widać, że bierze on żywy udział w ruchach, jest wyprężony i zwija się, jak kłęb, koło podłużnej osi w lewą stronę. Co się tyczy lewej kończyny górnej, to jest ona prawie zawsze silnie przyciągnięta do tułowia i rozgięta w stawie łokciowym. Sama dłoń wraz z wyciągniętymi palcami przyciśnięta jest do zewnętrznej powierzchni klatki piersiowej. Cała kończyna jest zawsze zlekka uniesiona ku górze. Ruchy w kończynie tej nie mają charakteru płasawiczego, ale zbliżają się raczej do kurczu torsyjnego, lecz niedokształconego. Kończyna ta prawie nigdy nie pozostaje w spokoju, lecz w przerwach kilkosekundowych przeszywa ją kurcz, podczas którego następuje rotacja całej kończyny ku wewnątrz, zupełne wyprostowanie w łokciu, bardziej lekkie zgięcie w stawie nadgarstkowym oraz lekki ruch pronacyjny dłoni i wyprostowanie wszystkich palców. Jednocześnie cała kończyna unosi się w barku do góry. Cały charakter tego ruchu określić można jako węzowato-spazmodyczny.

Jeżeli polecić choremu chodzić, to proces chodzenia nie wpływa zasadniczo na charakter ruchu w lewej kończynie górnej, jedynie przyłączają się słabo zaznaczone ruchy całej kończyny, towarzyszące fazom chodzenia i oprócz tego nasila się sam kurcz, szczególnie w pronacyjnym odchyłaniu dłoni, w wyprostowaniu i odprowadzaniu palców.

Odmienny zgoła typ hiperkinetyczny napotykaemy w prawej kończynie górnej. Ruch ten występuje najwyraźniej przy chodzeniu i przypomina zupełnie ruch dowolny, który wykonywany przy biciu: chory zgina silnie przedramię w łokciu i unosi całe ramię do góry w ten sposób, że ramię wystawia ku przodowi nie podnosząc go nigdy ponad linię pionową, następnie opuszcza silnie przedramię ku dołowi i stereotypowo powtarza nieustannie ten sam ruch. Podczas ruchu tego dłoń i palce są albo zgięte albo rozgięte, nie widać jednak ruchów opisanych w lewej dłoni — mianowicie — ani ruchów pro — i supinacyjnych, ani ruchów wyprostnych w palcach, co najwyżej, zjawia się od czasu do czasu przy najmniejszym napięciu kurczu krótki kurczowy supinacyjny ruch dłoni.

Cały ten zespół ruchowy jest tak dziwaczny, że na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie histerycznego, przy dokładniejszej jednak obserwacji widać, że ruch ten ma charakter mimowolny i przypomina niewątpliwie t. zw. ruchy wrzeczomodo-wolne Kleista. Pod wpływem chodzenia i wzruszeń nasila się on znacznie, przy zupełnym spokoju staje się słabszy, czasem nawet ustępuje — i wtedy widać słabe kurczenie się mięśni, które zbliżają go raczej do postaci spazmodycznej. W każdym bądź razie w prawej kończynie górnej kurczom ulegają zupełnie inne grupy mięśniowe, aniżeli w lewej.

Oprócz tych trzech rodzajów kurczów u pacjenta naszego daje się spostrzegać często jeszcze ruch w *m. platysma myoïdes*, który do pewnego stopnia przypomina *tic spasmodique*.

W porównaniu z powyższymi kurczami w twarzy i kończynach górnych ruchy mimowolne w kończynach dolnych są nieco słabsze, niż przedtem. Występuje tutaj słabo zaznaczona hiperkineza, której charakter najbardziej zbliżony jest do płasawicy.

Zauważyć należy pewną ten lencję chorego do hamowania ruchów kończyn górnych, właściwą chorem, dotkniętym kurczem torsyjnym — mianowicie obejmowanie wzajemne dłoni, przeważnie prawą dłonią lewej dłoni, albo też krzyżowanie kończyn górnych w celu powstrzymania męczącego kurczu.

Subiektywnie chory skarży się na prawie stały ból w lewym boku, który niekiedy nasila się w postaci przeszywającej bolesnej strzały, promieniującej od lewej sutki w dół i nazewnątrż. Oprócz tego skarży się chory na ból w postaci ukłucia igłą wzdłuż grzbietu nosa i uchu lewym, przy czem wyraźnie zaznacza, że sensacja ta zupełnie przypomina ból, który powstał na początku choroby.

W przypadku niniejszym uderza ostry niemal początek choroby, która, nie powodując żadnych dających wkręcić się klinicznie zaburzeń ogniskowych, wywołuje cały szereg zjawisk hiperkinetycznych, wykazujących charakter różnorodny i dających się podzielić na pięć kategorii. 1) Pierwszą kategorię stanowią ruchy twarzy, które na pierwszy rzut oka przypominają grymasy płasawicze, niekiedy zaś zbliżone są do ticu, jednakże od jednych i od drugich różnią się swą jednostajnością, mniejszą szybkością oraz karykaturalnością wyrazu, potęgują się wyraźnie podczas rozmowy i pod wpływem wzruszeń, nadając twarzy wyraz obrzydzenia lub zdziwienia. Jest to typ ruchów kurczowych, który można określić jako *pseudoekspresyjny*. 2) Następną kategorię ruchów mimowolnych stanowi kurcz, który od czasu do czasu daje się spostrzegać w obrębie *m. platysma myoïdes* i który charakterem swoim najbardziej przypomina t. zw. *tic spasmodique*. 3) Trzecią kategorię hiperkinezy stanowią ruchy mimowolne w kończynach dolnych, zwłaszcza w stopie i palcach, które ukształtowaniem swoim najbardziej zbliżone są do płasawicznych. 4) Jeszcze odmienny typ ruchów mimowolnych spostrzegamy w obrębie prawej kończyny górnej, gdzie przypomina on ruch dowolny przy rąbaniu drzewa oraz w prawej kończynie dolnej, którego charakter jest równocześnie kurczowy i rytmiczny i przypomina ruch krawiecki szycia nogą na maszynie. Ruchy te mają charakter przymusowy, wzmagają

się podczas chodzenia i przypominają opisane przez Kleista t. zw. ruchy wrzekomo-dowolne („Pseudospontanbewegungen“). 5) Wreszcie najbardziej stałą i charakterystyczną kategorię stanowią ruchy w obrębie lewej kończyny górnej i języka, które nadają całej obserwacji niniejszej zupełne swoiste piętno. W lewej kończynie górnej składają się na nie składniki kurczu stałego, utrzymujące kończynę stale uniesioną w barku, przyciągniętą do tułowia i rozgiętą w stawie łokciowym, oraz kurczu ruchomego, przesuwającego ją w przerwach kilkosekundowych i skręcającego całą kończynę nawewnątrz w sposób węzowato—spazmodyczny. Analogiczny charakter mają również ruchy kurczowe, ogarniające język, a głównie jego prawą połowę, zwijające go w kłęb około osi podłużnej w lewą stronę. Wszystkie te ruchy mają charakter najbardziej zbliżony do postępującego kurczu torsyjnego w postaci wyraźnej lecz niedokształconej.

Cały powyższy zespół hiperkinetyczny wskazuje na sprawę chorobową w okolicy wielkich jąder podstawnych, powodującą obraz kliniczny, zbliżony najbardziej do postępującego kurczu torsyjnego. Za przypuszczeniem tem przemawiają również zaburzenia czuciowe w postaci bólów w lewym uchu, lewej połowie grzbietu nosa oraz lewym boku powodujących sensację ostrej strzały bolesnej, promieniującej od lewej sutki w dół i nazewnątrz, których charakter, trwałość i natężenie wskazuje niewątpliwie na ich pochodzenie centralne — najprawdopodobniej wskutek wciągnięcia w sprawę również wzgórka wzrokowego.

Nie wdając się narazie w ściślejszą definicję zespołu hiperkinetycznego w obu opisanych przypadkach, stwierdzić musimy jednak dwie cechy zasadnicze, które są im wspólne, a mianowicie: 1) pozapiramidowy charakter ruchów mimowolnych oraz 2) wiek starczy, w którym rozwinął się obraz chorobowy. Otóż doświadczenie i przegląd piśmiennictwa lat ostatnich przekonywa nas, że układ nerwowy starczy szczególnie skłonny jest do reagowania na różnorodne szkodliwości natury zewnętrznej lub wewnątrzpochodnej za pomocą ostrych i przewlekłych zespołów pozapiramidowych o rozmaitym przebiegu i ukształtowaniu. Pozwalam sobie tutaj uszeregować różnorodne zespoły te w następującym zestawieniu:

A. Ostre zespoły pozapiramidowe wieku starczego.

1. Połowicza płasawica starcza: *hemichorea senilis prae- i paraapoplectica*.
2. Ostra połowicza atetoza starcza (Richter)
3. *Hemiballismus* (Kusmaul)
4. Ostre zespoły prądkowia o charakterze udarowym.
 - a) *Syndrome strié à début apoplectique et à expression choreo-athétotique et pseudo-bulbaire* (Lhermitte i Cornil).
 - b) *Embolische Striatumapoplexie* (Schwartz i Goldstein).
5. Hemitonja udarowa (Bechterew).

B. Przewlekłe zespoły pozapiramidowe wieku starczego.

1. Stężenie mięśni pochodzenia miażdżycowego (*arteriosclerotische Muskelstarre*—

Förster, myosclérose progressive retractile-Lejaune.

2. Spastyczna pseudoskleroz (Jakob-Kirschbaum).

3. Zespół prądkowia pochodzenia dezintegracyjnego (*syndrome strié d'origine lacunaire-Lhermitte*).

4. Przewlekłe nienagminne zapalenie prądkowia (Richter).

5. Zespół parkinsonizmu z objawami wrzekomo-opuszkowymi (Brisaud, Sterling, Lhermitte — *syndrome pallidal*).

6. Choroba Parkinsona (*paralysis agitans*).

7. Zespół bladawy o symptomatologii klinicznej zniekształcającego zapalenie stawów (Freund i Rotter, Lhermitte).

9. *Degeneratio-pyramido-pallidalis progressiva* (Lhermitte).

10. Postaci przejściowe pomiędzy starczem i miażdżycowym stężeniem masy mięśniowej a chorobą Parkinsona (Urechia, Mihalescu i Elekes).

11. Zespół prądkowia z objawami otępienia starczego (Freund i Rotter).

12. Złożony zespół systematyzowany z zajęciem 2 układów: *pallidum + striatum i dentatum + brachia conjunctiva* (Freund i Rotter).

Z ostrych zespołów pozapiramidowych wieku starczego na specjalne zaznaczenie zasługuje t. zw. hemiballizm Kusmaula oraz zespół hemitonji udarowej, opisany przez Bechterewa, a to ze względu na historyczne niejako znaczenie tych zespołów, których właściwy charakter ujęty został przez ich odkrywców jeszcze na długi czas przed skonsolidowaniem nauki o znaczeniu węzłów podkorowych i o zjawiskach pozapiramidowych. Bechterew, jak wiadomo, sądził, że opisany przez niego typ kliniczny powstaje wskutek podrażnienia drogi piramidowej w okolicy węzłów podstawnych, zaś zjawisko hemiballizmu wiązane jest obecnie z zajęciem *corpus Luysii*. Co się tyczy połowicznej płasawicy starczej, to, jak wiadomo, poprzedzać ona może wystąpienie udaru apoplektycznego albo też stanowić jego następstwo. Sam jednak miałem sposobność spostrzec i opisać przypadek połowicznej płasawicy u starca, która rozwinęła się w sposób ostry bez żadnych uprzednich, ani następnych objawów niedowładu (*chorea paraapoplectica*). Analogiczne uwagi poczynić należy w stosunku do ostrej atetozy połowicznej, która należy do wielkich rzadkości klinicznych. Nowszym badaniem histopatologicznym zawdzięczamy również poznanie ostrych zespołów prądkowia o charakterze udarowym, w których badania anatomiczne Schwartz i Goldsteina wyodrębniły typ górny, uwarunkowany w znacznej liczbie przypadków zmianami embolicznymi, oraz typ dolny natury raczej krwotocznej.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z pracowni anatomo-patologicznej Szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

O szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Terryego)

Podał

A. SIEDLECKA Prosektor Szpitala (Warszawa).

Już od szeregu lat badania histologiczne stały się niezbędne dla chirurga, ginekologa, laryngologa, okulisty, a nawet niekiedy dla internisty. Nietylko kliniki uniwersyteckie i szpitale wielkomięskie uciekają się do pomocy anatomo-patologa, ale również — i to coraz częściej — lekarze z prowincji. Najwięcej badamy wycinków t. zw. próbnych (eksploracyjnych), niekiedy jednak wykonujemy badania histologiczne *ex tempore*, podczas operacji. Chory leży na stole operacyjnym w uśpieniu; wycinek, wzięty przez chirurga natychmiast jest badany — i chirurg na odpowiedź, która ma zdecydować o rozmiarach zabiegu, czeka 5 do 10 minut. Badania takie zwykle wykonywane są za pomocą mikrotomu zamrażającego. Z odpowiedniego miejsca otrzymanego kawałka tkanki — sporządzamy ($1\frac{1}{2}$ do 1 min.) niewielki wycinek (grubość 4—5 mm, o powierzchni mniej więcej 1 cm²) i wrzucamy do wrzącej formaliny 15—20% na 1—2 min., następnie krajemy na mikrotomie zamrażającym (1—2 min.), wreszcie barwimy hematoksyliną i eozyną, lub tylko hematoksyliną (1 min.), rozprostowujemy na szkiełku przedmiotowym i przykrywamy (w kropli gliceryny) szkiełkiem pokrywkowym ($1\frac{1}{2}$ do 1 min.), wreszcie przeglądamy.

Champany skrawki wykonywa odręcznie, z utrwalonych wycinków, barwi je *in toto* hematoksyliną i ogląda w olejku goździkowym. Leroux nieutrwalony wycinek zamraża chlorkiem etylu, kraje na mikrotomie Minot, skrawki barwi toluidyną i ogląda w fizjologicznym roztworze. Herrenschildt kraje utrwalone wycinki na mikrotomie zamrażającym, barwi toluidyną, ogląda w glicerynie.

U nas badania *intra operationem* stosunkowo mało są stosowane, aktualność jednak tych badań wzrasta wobec podnoszonej przez wielu szkodliwości pobierania wycinków próbnych. Zabieg ten może niekiedy pobudzać pozostałe komórki nowotworowe do bardzo szybkiego rozplemu, względnie sprzyjać rozsianiu się sprawy nowotworowej. Przemawiają za tem prace doświadczalne Nahtera nad myszami rakowatymi i spostrzeżenia kliniczne. Küttner z Wrocławia podkreśla szkodliwość „wycinków próbnych” w przypadkach mięsaków, które po tym zabiegu stają się szczególnie złośliwe, i wspomina o katastrofalnym wpływie pobrania wycinka u Fryderyka III. Podobne stanowisko zajmują m. i. Ladwig (z uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej w Lipsku) i Champy. Badania podczas operacji wymagają jednak dużego pośpiechu, skąd wypływa szczególna waga metody, podanej przez Benjaminą Taylora Terryego z Rochesteru,

która pozwala niezmiernie łatwo badać mikroskopowo wycinki, wymagając na zabiegi przygotowawcze nieledwie kilkunastu sekund tylko

Metoda ta polega na następującem:

1. Skrawki z wycinków utrwalonych lub nieutrwalonych robimy odręcznie, za pomocą bardzo ostrego noża (lub brzytwy), grubość skrawków nie powinna przekraczać 1 mm. 2. Otrzymany skrawek kładziemy na szkiełku przedmiotowym i powierzchnię jego pendzlujemy barwnikiem, przygotowanym według recepty Terryego przez firmę Leitz — polychromes Methylenblau neutral nach Terry.

Warstwa powierzchniowa barwi się natychmiast, warstwy głębsze zaś (niezabarwione!) dobrze przepuszczają światło i są niewidoczne. Oglądając więc „preparat” taki pod mikroskopem w silnym świetle, widzimy tylko warstwę zabarwioną, powierzchnię, nie grubszą od skrawków, sporządzonych na mikrotomie zamrażającym (i barwionych *in toto*). Po pewnym czasie (po kilkunastu minutach) barwnik z powierzchni przenika wgłąb tkanek — obrazy mikroskopowe stają się zupełnie niewidoczne.

E. Christeller (Berlin) w marcu 1928 r. ogłosił wyniki swych badań histopatologicznych, wykonanych metodą Terryego; wyniki te są doskonałe, autor gorąco zaleca samą metodę. Na dołączonych do pracy rysunkach z preparatów raka skóry, jednego wykonanego metodą Terryego, drugiego — za pomocą mikrotomu zamrażającego i zabarwionego hematoksyliną — eozyną, widzimy, iż preparat 1-szy wg. Terry) jest znacznie wyraźniejszy. Christeller poleja cały szereg wskazówek, jak należy wykonywać skrawki.

Sabrazès i Magrou (grudzień 1928) zalecają do badań metodą Terryego barwnik własny. Barwnik ten ma przedewszystkiem tę zaletę, że nie jest tajemnicą firmy handlowej (jak barwnik Terryego).

Oto jego przepis:

Błękit toluidynowy RAL, albo Grübler	1 gr.
Alkohol absolutny	10 cm. ³
Kwas karbolowy	3 gr.
Woda destylowana q. s. ad	100 cm. ³

Rozetrzeć błękit w alkoholu, dodać kwasu karbolowego, następnie dolać wody, lepiej ogrzanej do 50—60°

Do oglądania skrawków S. i M. zalecają aparat oświetlający własnej konstrukcji. Składa się on z drewnianego pudełka, w którym jest umieszczona ruchoma lampa elektryczna żarówka $\frac{1}{2}$ w t; w przedniej ścianie pudełka w odpowiednim otworze znajduje się kula szewcka. Wewnętrzna powierzchnia pudełka jest wywalowana lśniącą białą farbą.

Sabrazès i Magrou wypowiadają wielkie uznanie dla metody Terryego; rozpoznanie można ustalić w przeciągu 30—60 sekund.

Pomysł Terryego imponuje prostotą i łożeniem, zupełnie zaś olśniewa szybkość i łatwość otrzymywania preparatów histologicznych. Metoda

ta nie tylko może oddawać nieocenione usługi przy stole operacyjnym, ale i podczas sekcji. Prosektor niekiedy nie jest w stanie ustalić rozpoznania na podstawie wyglądu makroskopowego, lub też trudno mu jest zdecydować, które miejsca narządu zmienionego należy wziąć do badania mikroskopowego — tu zastosowanie metody Terryego przeważnie rozstrzyga kwestję. Podnosi jeszcze zalety tej metody nieskomplikowany zespół narzędzi: mikroskop, nóż, flaszka z barwnikiem, naczynko z wodą, szkiełka przedmiotowe, pendzelek — oto cały komplet przyborów.

Od paru miesięcy zaczęłam stosować w mojej pracowni metodę Terryego i z wyników jestem bardzo zadowolona. Muszę zaznaczyć, że lepsze wyniki otrzymałam, barwiąc błękitem toluidynowym (według przepisu Sabrazés i Magrou), niż oryginalnym barwnikiem Terryego. Nietylko barwienie jest intensywniejsze, kolory żywsze, obrysy komórek ostrzejsze, ale i sama technika barwienia jest łatwiejsza, gdyż barwnik jest nieco gęstszy i pokrywa tylko powierzchnię, a nie podpływa pod skrawek.

Co się zaś tyczy lampy Sabrazés i Magrou, to pomysł ten nie jest nowy: podobnych pudełek z kulami szewckimi od wielu lat używa do mikroskopowania zakład Anat. Pat. Uniw. Warsz. Preparaty, robione według metody Terryego, wymagają, według mnie, tylko silnego źródła światła, wszystko jedno, czy silna lampa będzie umieszczana w pudełku z kulą szewcką, czy to będzie Lucifer Leitz'a, czy zwyczajna lampa biurkowa, czy intensywne światło dzienne. Im światło jest silniejsze tem obrazy mikroskopowe są bardziej przejrzyste.

Podam teraz technikę badania.

Utrwalanie. Najlepsze wyniki otrzymywałam z materiału, utrwalonego w formalinie (10 — 20%) w sposób zwykły. Z materiału utrwalonego w alkoholu skrawki wykonać łatwo; jeśli wycinki utrwalane były małe, to barwienie udaje się znakomicie, jeśli zaś utrwalono większe kawałki — obrazy mikroskopowe są niewyraźne i ustalić rozpoznanie jest bardzo trudno (wada utrwalania?). Sabrazés i Magrou z materiału, utrwalonego w alkoholu, otrzymywali bardzo złe wyniki. Z tkanek nieutrwalonych (o ile nie są one zbyt miękkie!) otrzymujemy cienkie (1 mm) skrawki bez trudności; barwią się one jednak lepiej, gdy je zanurzymy przed barwieniem na parę sekund do 15—20% formaliny. Jeśli nieutrwalona tkanka, jest bardzo miękka to nawet ostry nóż miażdży ją, i otrzymujemy nie skrawek, lecz kaszowate strzępki. W tych przypadkach (jeśli chodzi o pośpiech) wrzucamy kawałki badanej tkanki do wrzącej formaliny 15 — 20% na 1 — 1½ minuty i dopiero z tak utrwalonego materiału robimy skrawki.

Wykonywanie skrawków. Z badanego narządu wycinamy blok mniej więcej wielkości 1 cm³, może to być zresztą nie sześciąt, a długi prostopadłościan czworokątny, o podstawie = 1 cm². Do wykonywania wycinków posługujemy się nie korkową, lecz parafinową płytką (stopione odpadki parafiny lub brudną parafinę z termostatu zlewam do płaskiego kartonowego pudełka; gdy parafina ostygnie, karton zdzieram i otrzymuję, płytką doskonale nadającą się do robienia wycinków i lepszą od kor-

kowej deseczki, gdyż nie nasiąka płynami tkankowymi i utrwalającymi, łatwo oczyścić ją myciem lub oskrobaniem, a pozatem — nic nie kosztuje. Do tej płytki można wycinek przytwierdzić szpilkami lub przytrzymać go wskazującym palcem lewej ręki; z unieruchomionego w ten czy inny sposób wycinka ścinamy ostrym nożem skrawek, grubości co najwyżej 1 mm. Wycinki bardzo małe wolę jednak trzymać w ręku, opierając na dużym palcu (nie posługując się płytką); jeśli tkanka jest dość spoista, można w ten sposób otrzymać skrawki cieńsze nawet od 1 mm.

Nóż musi być bardzo ostry, lepiej, by był szeroki i cienki; można (zwłaszcza jeżeli wycinki są małe) używać noży do golenia Gillette. Podwójny nóż Valentino nie bardzo się nadaje, gdyż noże w nim są umocowane nie równolegle do siebie, lecz pod kątem, tak, iż skrawek ma kształt klina. Cała trudność metody Terryego polega właśnie na wykonywaniu jaknajcieńszych i jaknajrówniejszych skrawków.

Barwienie. Skrawek bezpośrednio z noża za pomocą igły preparacyjnej lub pincety zsuwamy na szkiełko przedmiotowe. Zwilżamy go kroplą wody (można używać do tego pipety lub położyć kroplę palcem); następnie ustawiamy szkiełko pionowo i wycieramy starannie spływającą ze skrawka wodę. Wtedy umoczoną w barwniku pendzelkiem szybko i delikatnie smarujemy powierzchnię skrawka, usuwając nadmiar barwnika suchym pendzelkiem (należy uważać, aby barwnik nie rozlewał się poza skrawek!). Znowu nalewamy kroplę wody, przykrywamy szkiełkiem pokrywkowym, i możemy już oglądać preparat. Można też barwić inaczej, nie posługując się pendzelkiem: na szkiełko przedmiotowe kładziemy mały kawałeczek bibuły, zanurzony uprzednio w barwniku, i układamy na tej bibule skrawek, lekko go przyciskając. Jądra komórek barwią się granatowo lub fioletowo, zaródki — niebiesko, lub liljowo, krwinki — czerwono, włókna mięsne — niebiesko, włókna klejodajne — jaskrawo różowo, amyloid — zielonkawo lub zielononiebiesko. Dla uwidocznienia tłuszczu można barwić skrawek sudanem III, później zaś polichromem lub toluidyną — obrazy są bardzo demonstracyjne. Oglądać skrawki możemy pod małym (około 100) i dużym (około 200) powiększeniem, a nawet z immersją. Badanie trwa od 30 do 60 sekund. Metodę Terryego stosowałam w całym szeregu przypadków, wyniki moich spostrzeżeń podaję poniżej (materiał ułożyłam według narządów).

Serce. Wycinki naogół wykonać łatwo. Budowę mięśnia widać dość dobrze, ale skrawki muszą być cieńsze od 1 mm. W przypadkach zapalenia mięśnia sercowego nacieki zapalne pomiędzy włóknami mięsnymi są widoczne dobrze, charakter wielu komórek można sprecyzować. Jest to bardzo ważne dla obducenta, który niekiedy z wyglądu makroskopowego nie może orzec, czy ma do czynienia z przerostem serca, czy ze sprawą zapalną. Barwnik w zaniku brunatnym źle jest widoczny, nawet gdy w skrawkach mrożonych widzimy go dużo.

Naczynia. W skrawkach narządów — ściany naczyń posiadają bardzo wyraźną budowę. Zmiany szkliste, złogi amyloidu (dzięki metachromatyzmowi barwieniu) rozróżniamy b. dobrze. Obrazy ognisk miażdżycowych z kryształami cholesteryny

są tak nadzwyczajnie jasne, że niekiedy nawet ładniejsze, niż w preparatach mrożonych i parafinowych. W przypadkach zmian kiłowych w tętnicy głównej wyraźnie dostrzegamy nowowytworzone naczynka krwionośne w błonie mięsnej i wewnętrznej i nacieki dookoła naczyń.

Gruzoły limfatyczne. Skrawki wykonywać łatwo; utkanie jest dość wyraźne, ale tylko w ogólnych zarysach — widać większe i mniejsze pasma tkanki łącznej, istotę korową i rdzenną, ale poszczególne komórki nie są wyraźne. Przerzuty rakowe nadwyczaż nadają się do badania — obrazy mikroskopowe są doskonale, rozpoznanie ustalamy przeważnie bez wątpliwości: w 30 przypadkach nie miałam ani razu pomyłki (porównanie ze skrawkami parafinowymi). Zmiany gruczłicze (gruzelki, serowacenie) rozróżniamy również bez trudności. W 4-ch badanych przypadkach ziarnicy złośliwej ustalić rozpoznania nie mogłam.

Śledziona. Skrawki ze stwardniałego narządu wykonać łatwo; w przypadkach, w których spoistość śledziona jest niezmienniona lub zmniejszona, skrawki otrzymać bardzo trudno. Obrazy mikroskopowe są przeważnie fatalne. Nawet w dobrze opłukanych wycinkach jest tak dużo krwi, że skrawek jest mało przejrzysty — czerwony; elementy komórkowe bardzo niewyraźnie odcinają się od ciemnego tła. Z 10 badanych przypadków gruczłicy tylko w 2-ch stwierdziłam bez żadnych wątpliwości obecność gruzelków. Śledziona, według mnie, jest to narząd, który tylko w małym stopniu nadaje się do badań metodą Terry'ego. Jedynie przypadki skrobiawicy rozlanej dają dobre wyniki.

Krtan — nagłośnia, struny głosowe dają nadzwyczaj dobre wyniki. Zarówno nabłonek pokrywający, błona podśluzowa z gruczolami, jak i chrząstka barwią się doskonale, obrazy są zupełnie wyraźne. Skrawki nawet bardzo cienkie — wykonać łatwo. W skrawkach z brodawczaków, nowotworów złośliwych, ziarniny gruczłiczej — rozpoznanie przeważnie ustalamy bez trudności.

Płuca. Z płuca zdrowego lub rozedmowego wycinki wykonać bardzo trudno, pozatem barwnik przenika przez pęcherzyki płucne dość znacznie włąb, tak, że warstwa ubarwiona, czyli istotna grubość preparatu jest bardzo znaczna, i obrazy są niewyraźne. Widać pęcherzykową budowę narządu, składowych elementów ściany nie odróżniamy, z trudnością dostrzegamy naczynka krwionośne. (Lepiej nie pendzlować wycinków z płuc, a barwić je na przepojonej barwnikiem bibule — barwnik znacznie mniej przenika włąb pęcherzyków płucnych.) Nowotwory płuc dają dobre wyniki, komórki nowotworowe barwią się dobrze, widać wyraźnie wzajemny stosunek komórek do siebie i do podścieliska. Obrazy zapalenia płuc galaretowatego są wyraźne i ładne; w wielu przypadkach ładniejsze, niż w preparatach parafinowych, gdyż tkanki nie są skurczone przez alkohol, ksylol i t. p. Gruczłicze zapalenie oskrzeli, gruczłicę włóknistą i guzkową — rozpoznajemy zupełnie dobrze; gruzelki prosówkowe, ulegające serowaceniu, nie dają zwykle wyraźnych obrazów — komórki nabłonkowe barwią się źle i nie odcinają się od otoczenia. Zapalenie płuc zrazikowe, płatowe mało nadają się do badania: w wysięku prawie nie rozróżniamy komó-

rek, zlewają się one ze sobą i z komórkami ścian pęcherzyków. Z zawałów krwotocznych nie udało mi się ani razu otrzymać zadawalających preparatów.

Język — skrawki otrzymać łatwo, obrazy są przejrzyste. Gruzlicę i nowotwory (raki) rozpoznajemy bez trudności. W jednym przypadku guzów skrobiowatych podstawy języka amyloid barwił się trawiasto zielono, wyraźnie widać było komórki otaczające złoży amyloidu, gruczłoły ślinowe, nabłonek pokrywający i t. d.

Przełyk — skrawki, pomimo że różne części ściany posiadają rozmaitą spoistość (śluzówka, podśluzowa, mięśniówka), — wykonywać łatwo i obrazy mikroskopowe są przeważnie wystarczające dla celów rozpoznawczych. W przypadkach raków, blizn, a nawet łuszczycy (1 przypadek) i gruczłicy (1 przypadek) mogłam z pewnością ustalić rozpoznanie.

Zołądek, jelita. Skrawki naogół wykonać trudno, udawało mi się otrzymywać cienkie skrawki tylko z bardzo małych kawałeczków (mniejszych nawet od $\frac{1}{2}$ cm²). W takich małych skrawkach utkanie jest dość wyraźne. Nowotwory (rak śluzowy, walcowatokomórkowy, gruczolakorak) — przeważnie, o ile nie są zbyt miękkie, nadają się w zupełności do badania metodą Terry'ego, gdy zaś są bardzo miękkie — powierzchnia skrawka pokrywa się zmiażdżonymi komórkami, barwiącemi się intensywnie, co zupełnie uniemożliwia rozpoznanie.

Wątroba. Utkanie narządu widzimy wyraźnie, lecz obrazy mikroskopowe nie są przejrzyste, nawet w cienkich skrawkach. Zmiany tłuszczowe, skrobiawicę rozpoznajemy bez wątpliwości. W marskościach dostrzegamy pasma tkanki łącznej, ale kanaliki wrzekome i nacieki nie są dobrze widoczne, obrazy są zlewne, zamazane. Obecności barwników (lipofuscyn, żółci, hemosyderyny) domyślałam się raczej z ciemnego zabarwienie komórek, samego barwnika właściwie nie rozróżniamy. Gruzlica prosówkowa, nowotwory dają bardzo dobre wyniki — obrazy są zupełnie przejrzyste.

Trzustka — skrawki wykonać trudno; rozpoznanie mogłam postawić tylko raz, w przypadku raka głowy trzustki.

Skrawki z nerek sporządzamy bardzo łatwo. Metoda Terry'ego zupełnie zawodzi w przypadkach zmian mięsnych, nawet tłuszczowych a także w zawałach, natomiast zwyrodnienie skrobiowate rozpoznajemy bez żadnej wątpliwości, wykrywając nawet drobnutkie złoży amyloidu w kłębkach i w ścianach naczyń. W przypadkach drobnych guzków nerek, których makroskopowo tak często nie możemy różniczkować (gruczolaki, włóknaki, tłuszczaki, drobne przerzuty nowotworowe, gruzelki prosówkowe odosobnione), przeważnie rozpoznajemy łatwo, z czem mamy do czynienia. Sprawy zapalne, zwłaszcza kłębuszkowe zapalenia, wymagają bardzo subtelnego badania, zawodzi tu każda metoda szybka; jednakże pewne usługi i tu może nam oddać metoda amerykańska, np. w razie wątpliwości co do okresu zapalenia kłębuszkowego. W jednym z takich przypadków, gdzie dane kliniczne i obraz sekcyjny przemawiały raczej za sprawą ostrą, wykryłam w skrawkach, wykonanych metodą Terry'ego, bardzo wyraźne „półksiężce“, świadczące o późniejszym okresie choroby.

Z pęcherza moczowego miałam wyniki złe: skrawki otrzymać trudno, ściana rozwarstwia się, barwnik przenika głęboko szczelinami.

Macica — w skrobankach (o ile tylko kawałeczki są większe) obrazy mikroskopowe są dobre, kształty gruczołów są wyraźne, nabłonek wysięłający barwi się dobrze. Ogniska komórek rakowych rozpoznajemy bez trudności. W przypadkach niezupełnie typowych, gdzie rozpoznanie nawet w preparatach stałych sprawia pewne trudności metoda Terryego nie nadaje się. Badanie włókniakomięśniaków daje bardzo dobre wyniki — włókna tkanki łącznej, zabarwione różowawo, odcinają się ostro od niebieskawych włókien mięsnych.

Sutek. Raki w 15 przypadkach były rozpoznane bez pomyłki, w 2-ch tylko obrazy mikroskopowe były tak niewyraźne, że rozpoznania ustalić nie mogłam. W przypadkach gruczolakowłókniaków obrazy nie zawsze są wyraźne; jeśli skrawek jest nieco grubszy (skrawki cienkie wykonać trudno) ma się wrażenie, że nabłonek wysięłający cewki nawarstwia się, co może symulować nowotwór złośliwy. Spraw zapalnych w sutku nie badałam.

Jądra, najądrza: badałam tylko grzlicę tych narządów — obrazy mikroskopowe były zupełnie jasne i nie budziły wątpliwości. W 1 przypadku kilaków jądra ustalić rozpoznania nie mogłam, jedynie wyłączyłam sprawę nowotworową.

Z gruczołu krokowego skrawki wykonać bardzo łatwo, obrazy mikroskopowe są bardzo ładne. Cewki wraz z wysięłającym nabłonkiem i ciałkami skrobiowatymi barwią się doskonale. W podścielisku odróżniamy wyraźnie włókna mięsne (niebieskie) od tkanki łącznej (różowej).

Mózg. Parokrotnie badałam skrawki z mózgu niezmiennego; widzimy tylko poszczególne fragmenty utkania, więc komórki nerwowe, jądra komórek glejowych, obrazy są jednak niewyraźne. W 2-ch badanych przypadkach glejaków widać było tylko dużo jąder, cały obraz był tak zamazany, że nie było mowy o jakimkolwiek rozpoznaniu. Uważam, że mózg zupełnie nie nadaje się do badań metodą Terryego. W przypadkach grzliczego zapalenia opon podstawy mózgu (nawet gdy zmiany były tak dyskretne, że makroskopowo nie mogłam ustalić rozpoznania z pewnością) postępowałam tak: wycinałam kawałek opon, ostrożnie preparując zdejmowałam je z mózgu, rozprostowywałam na szkiełku (w wodzie) i następnie pendzlowałam barwnikiem. Obrazy mikroskopowe były nadzwyczaj ładne: wśród wiązek tkanki łącznej widać naczynia krwionośne, skupienia dużych, jasnych komórek, limfocytów oraz drobne ogniska serowate, otoczone komórkami nabłonkowatymi i dużymi jasnymi komórkami, tak charakterystycznymi dla grzliczego zapalenia opon.

Ze skóry skrawki cienkie otrzymywać bardzo trudno, wskutek tego obrazy mikroskopowe są bardzo niewyraźne. W przypadkach raków (z komórek podstawnych i płaskokomórkowych) rozpoznanie ustalamy przeważnie z łatwością. W 2-ch przypadkach czerniaków skóry rozpoznałam nowotwór złośliwy, lecz barwnika nie mogłam dostrzec, podczas gdy w preparatach parafinowych, a nawet mrożonych widać go było dużo. W 2-ch przypadkach grzlicy skóry — gruzełki, zserowacenia były

tak wyraźne, że rozpoznanie nie przedstawiało trudności.

Tkanka tłuszczowa. Skrawki, w przeciwieństwie do mrożonych, wykonywać bardzo łatwo, i obrazy mikroskopowe są bardzo wyraźne; szczególnie jeżeli barwimy skrawek z początku sudanem III, a później roztworem toluidyny lub barwnikiem Terryego.

Z narządów wydzielania wewnętrznego badałam tylko tarczycę i nadnercza. W skrawkach z wola koloidowego i miąższowego (łatwo otrzymać cienkie skrawki) obrazy są zupełnie zadowalające, nabłonek wysięłający pęcherzyki i koloid barwią się wyraźnie. Nadnercza natomiast tylko w małym stopniu nadają się do badania — skrawki cienkie otrzymać trudno — obrazy są niewyraźne.

Z wyżej podanych spostrzeżeń nad zastosowaniem metody Terryego należy wyciągnąć następujące wnioski: 1. Większość nowotworów (zwłaszcza t. zw. nowotwory złośliwe) rozpoznajemy łatwo — prawie we wszystkich narządach. 2. Grzlica również nadaje się do badania, szczególnie w tych narządach z których są zwykle pobierane wycinki do badania rozpoznawczego. 3. Niektóre tkanki (przeważnie bardzo dobrze ukrwione) i narządy (jak śledziona, mózg, płuca) są mało — lub wcale nie odpowiednie do badania metodą Terryego.

Za pomocą wszelkich szybkich metod badania histologicznego otrzymujemy preparaty dalekie od doskonałości, metoda Terryego przewyższa inne zarówno ze względu na szybkość i prostotę wykonania, jak i na jakość preparatów histologicznych (w najlepszych przypadkach preparaty mrożone są niedużo lepsze); wzięwszy więc to pod uwagę, mogą w zupełności przyłączyć się do zdania Christellera, Sabrazès i Magrou, najgoręcej zalecając metodę Terryego, przede wszystkim jako szybką metodę badania podczas operacji, pozatem jako metodę pomocniczą, orientacyjną dla obducenta i histopatologa. W mojej pracowni stosuję (*intra operationem*) obok metody Terryego jednocześnie dawny sposób badania z mikrotomem zamrażającym; zanim — w przypadkach wątpliwych! — przejrzę parę skrawków, przygotowanych odręcznie metodą Terryego, pomocnik wykona już preparaty mrożone. W wielu jednak przypadkach rozpoznanie ustalam od razu i daję odpowiedź, nie czekając na skrawki mrożone.

Odczytywanie skrawków, wykonanych metodą Terryego, oprócz ogólnego doświadczenia histopatologicznego, wymaga jeszcze szczególnej wprawy, przyzwyczajania do tych, bądź co bądź, swoistych obrazów.

Należy tylko jedno jeszcze zrobić zastrzeżenie: nie można zapominać o granicach możliwości stosowanej metody. Hornowski powiada: „o ile chodzi o typowy nowotwór, rozpoznanie (szybką metodą) może być łatwo zrobione, o ile jednak mamy do czynienia z wątpliwościami klinicznymi, co najczęściej ma miejsce, należy zaniechać szybkiego badania, a robić preparaty *lege artis*”. Musimy więc pamiętać, że wszelkie szybkie metody

powodują częstsze omyłki, niż to ma miejsce, gdy rozpoznawanie ustalamy z preparatów doskonałych, i że metoda Terry'ego również jest tylko metodą pomocniczą w histopatologii.

PIŚMIENICTWO.

1. Champy. Bul. d. l'association franç. p. l'étude du cancer; 1923 r. T XII, str. 603. 2. Christeller Erwin. Klin. Wochenschrift. 1928 r. N 10; str. 448. 3. Herrenschildt Bul. d. l'association franç. p. l'étude du cancer; 1924 r. TXIII str. 2. 4. Hoffheinz S. Zentralblatt f. Chir. 1927 r. N 40; str. 2498. 5. Hornowski J. Posiedzenia naukowe Tow. Lek. Lwowskiego w r. 1909; str. 134. 6. Küttner. Zentralblatt. f. Chir. 1927 r. Nr. 8; str. 471. 7. Ladwig. Münch. med. Wochensch. 1923 r. N. 32; str. 1049. 8. Lāwen A. Zentralblatt f. Chir. 1926 r. N 25, str. 1554. 9. Leroux Ch. Bul. d. l'assoc. franç. p. l'étude du cancer 1923 r. TXII str. 612. 10. Idem. Ibidem; 1924 r. TXIII str. 161. 11. Nahter. Arch. f. klin. Chir. 1922 r. T 119; wg. Ladwig'a. 12. Sabrazès J. et Magrou E. Annales d'anat. pathol. et d'anat. norm. 1928 r. N 9; str. 563. 13. Terry T. B. Münch. med. Wochensch. 1924 r. N. 46 str. 1612. 14. Winkler, Tietze. Zentralblatt f. Chir. 1927 r. N. 8. str. 470.

(Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie).

(Kierownik: Dr A. LANDAU).

Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej.

Podali

Anastazy LANDAU, Jerzy GLASS i St. KAMINER (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 11 i 12).

Rozmieszczenie chloru we krwi w niektórych schorzeniach jamy brzusznej.

Poza przypadkami kwasicy nerkowych i cukrzycy spostrzegaliśmy kwasicę niegazową u chorego z rakiem żołądka i zrakowaceniem rozległym otrzewny. (Przyp Nr. 40 tabl. VII. Rozpoznanie kliniczne i sekcyjne: *Ca. ventriculi. Peritonitis*

carcinomatosa). Niski zasób zasad w osoczu (48.7 obj. CO₂%) przy wybitnie kwaśnym moczu (Ph.-5.4) wskazywał na umiarkowaną kwasicę niegazową. Klinicznie objawiała się ona ustawiczną sennością chorego. Kwasice tego rodzaju, jak wiadomo, nie należą do rzadkości w tych stanach chorobowych i prowadzą nieraz nawet do ketonurji i śpiączki (Magnus-Lévy, Klemperer, Litten, M. Labbé).

Badanie rozmieszczenia chloru we krwi w tym przypadku wykazało normalną zawartość chloru w osoczu, wzmożenie natomiast stężenia chloru we krwi całkowitej (3.19 gr.) i w krwinkach (2.06 gr.) oraz zwiększenie wskaźnika (0.58). Zawartość białka w surowicy w tym przypadku była znacznie obniżona (4.23 gr.%). Stwierdzono więc tu obok hipalbuminemji, typowej dla procesu rakowatego, wzmożenie stężenia chloru w krwinkach i zwiększenie ich wskaźnika chlorowego, czyli cechy wielce charakterystyczne dla stanu kwasowego.

Zbadano dalej 4 przypadki zwężeń przewodu pokarmowego. Zwężenia te i zespoły serologiczne które występują w ich przebiegu, stanowią obecnie przedmiot naszych systematycznych badań^{45), 46)}. Przypadki te podane są w tablicy VII-ej.

W pierwszym z nich (przyp Nr. 44) mieliśmy do czynienia z przemijającym stanem alkalozy niegazowej, wywołanym uporczywymi wymiotami zależnymi od zwężenia dwunastnicy przez wrzód bliznowaty. Alkalozja ta nawarstwiona była przemijająco na trwały stan alkalozy gazowej, zależnej od zaburzeń w krążeniu i oddychaniu. Przypadek ten ogłoszony został przez Landaua, Glassa i Pekielisa;⁴⁵⁾ chcemy tu jedynie zwrócić uwagę na charakterystycznie niski wskaźnik chlorowy (0.46) i na znaczne obniżenie stężenia chloru w krwinkach (1.53). Zmiany te zależą tu prawdopodobnie od trwałego stanu alkalozy gazowej i są wyrazem odwracalnego procesu, obserwowanego *in vitro*, który polega na tem, że przy niskiej prężności CO₂,

⁴⁵⁾ A. Landau, J. Glass i R. Pekielis, P. Gaz. Lek. Nr. 1, 1929.

⁴⁶⁾ A. Landau i J. Glass, P. Gaz. Lek. Nr. 35, 1928

TABLICA VII.

Rozmieszczenie chloru we krwi w chorobach przewodu pokarmowego.

Nr.	Nazwisko	Rozpoznanie	Zasób zasad w osoczu	Objętość ‰ krwinek	Chlor w gr. na litr.			Wskaźnik chlorowy krwinek
					Krew całkowita	Osocze	Krwinki	
40	Z. Bul.	<i>Ca. ventric. Peritonitis carcinomatosa</i>	49.7	32.9	3.19	3.55	2.06	0.58
41-a	J. Koc.	<i>Volvulus flexurae lienalis coli. Inanitione per magna</i>	65.2	42.4	2.20	2.80	1.28	0.46
41-b	"	(2 godz. przed śmiercią) .	23.6	38.3	1.99	2.59	1.31	0.51
42	K. Mat.	<i>Stenosis duodenojejunalis incipiens</i>	58.4	51.0	2.63	3.30	1.88	0.57
43	M. Man	<i>Stricture ilei juxta-Bauhiniana tbc.</i>	62.3	41.7	2.63	3.20	1.91	0.59
44	J. Wit.	<i>Stenosis duodeni incompleta ex ulcere. Emphysema pulm.</i>	70.0	41.6	2.41	3.26	1.53	0.46

w przeciwstawieniu do tego, co się spotyka w stanach kwasicy, jon chlorowy powraca z krwinek do osocza, odbiera kation sodowy dwuwęglanom i uwalnia w ten sposób dwutlenek węgla.

W dwu następnych przypadkach (Nr. 42 — *Stenosis duodeno-jejunalis intermittens*, Nr. 43 — *Stricture ilei juxta-Bauhiniana tbc.*) — stwierdzono prawidłowy zasób zasad w osoczu, nieznaczne zmniejszenie zawartości chloru we krwi całkowitej i w osoczu, normalne stężenie chloru w krwinkach i zwiększony nieznacznie wskaźnik chlorowy krwinek (0,57 i 0,59). Są to jedyne nasze dwa spostrzeżenia, gdzie wskaźnik chlorowy zwiększony (wskutek opadnięcia zawartości chloru w osoczu, przy prawidłowej zawartości chloru w krwinkach) wskazywał na kwasicę, której innych objawów pozatem nie stwierdzono. Nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć, co było przyczyną wysokiego wskaźnika w tych dwu przypadkach. Może mieliśmy tu do czynienia z utajonym stanem kwasicowym, o bardzo nieznacznym nasileniu; w przyp. Nr. 43 stan ten mógł być zależny od utraty zasad wskutek uporczywych biegunk.

Czwarty wreszcie przypadek (Nr. 41a i 41b) dotyczy chorego z rozpozn.: *Volvulus flex. lien. coli. Peritonitis incip. Inanitione permagna*. Chcemy tu zwrócić jedynie uwagę na zmiany w rozmieszczeniu chloru we krwi. Badania wykonane były dwukrotnie. Przy drugim badaniu, wykonanym na 2 godziny przed śmiercią, stwierdzono, że zasób zasad w osoczu opadł z pierwotnej liczby 65.2 obj. CO₂% na 23.6 obj. CO₂%. Było to zapewne wyrazem kwasicy niegazowej, wywołanej wzmożonym rozpadem białek ustrojowych oraz zaburzoną sprawnością nerek, o czym świadczył podniesiony znacznie za życia poziom mocznika (1.28 gr. na litr) oraz zmiany zapalne w nerkach stwierdzone na autopsji. Wraz ze spadkiem zasobu zasad zmniejszył się poziom chloru w osoczu (z pierwotnej liczby 2.80 na 2.59 gr.), opadł poziom chloru we krwi całkowitej (z 2.20 na 1.99 gr.), jednocześnie jednak zawartość chloru w krwinkach wzrosła minimalnie z 1.28 na 1.31 gr. na litr, a wskaźnik chlorowy wzrósł z 0.46 na 0.51. Mimo tak znacznej kwasicy wskaźnik ten nie przekroczył normy, jednak zwiększenie się jego za drugim badaniem było tu wiernym odbiciem zakwaszenia ustroju. Hipochloremja, którą tu za pierwszym i drugim badaniem stwierdzaliśmy, zależna była prawdopodobnie od demineralizacji, wywołanej uporczywymi, długotrwałymi biegunkami.

Rozmieszczenie chloru we krwi w kwasicach gazowych.

Zbadane zostały 2 przypadki kwasicy gazowych. Podane są one w tablicy VI-ej.

Przyp. 39. Był to chory z daleko posuniętą rozedmą płuc. Wysoki zasób zasad w osoczu (74.9 obj. CO₂%), wybitnie kwaśny moczu (Ph. — 5.4), tak charakterystyczna wreszcie dla hiperkapnii anoksemicznej purpurowo-czerwona sinica twarzy — składały się na typowy obraz kwasicy gazowej, opisywanej tylokrotnie w rozedmie przez Scotta, Dautrebanda, Meakinsa i innych. Rozmieszczenie chloru we krwi było tu następujące: w osoczu stwierdzono znaczne obniżenie zawartości chloru (3.09 gr.), we krwi całkowitej stężenie chloru było nieznacznie zmniejszone (2.41), natomiast łądunek chlorowy krwinek znajdował się na górnej granicy normy (1.88), a wskaźnik chlorowy był znacznie zwiększony i wynosił 0.61. Zwiększenie to znaczne wskaźnika chlorowego krwinek wskazywało na przegrupowanie chloru tego samego rodzaju, co w kwasicach niegazowych.

Przypadek drugi, oznaczony Nr. 38, dotyczył chorego z daleko posuniętą, rozpadową, obustronną gruźlicą płuc. Zwiększony zasób zasad w osoczu (71.9 obj. CO₂%), przy wybitnie kwaśnym moczu (Ph. 5.3) wskazywał również, jak i w przypadku poprzednim, na kwasicę gazową. Kwasicę tego rodzaju, opisywane są przez Dautrebanda i Davisa⁴⁷⁾ ostatnio zaś przez Delorea⁴⁸⁾ który na 87 przyp. gruźlicy płuc daleko posuniętej stwierdził w 60 przyp. skompensowaną kwasicę gazową. Badanie rozmieszczenia chloru w naszym przypadku wykazało znaczne zmniejszenie zawartości chloru w osoczu (2.95 gr.), zmniejszenie stężenia chloru we krwi całkowitej (2.26 gr.), natomiast prawidłową liczbę chloru w krwinkach i znacznie zwiększony wskutek tego ich wskaźnik chlorowy (0.60). W tym przypadku również zwiększony wskaźnik chlorowy był przejawem stanu kwasicowego.

W obu tych przypadkach mieliśmy do czynienia niejako *in vivo* z dokładnym powtórzeniem doświadczeń Hamburgera i Gürbera. Nadmierne nagromadzenie kwasu węglowego we krwi (hiperkapnia), wywołane zmniejszeniem powierzchni oddechowej płuc, spowodowało wypchnięcie HCl do

⁴⁷⁾ cyt. Labbé. Acidose et alcalose.

⁴⁸⁾ Delore. ref. Arch. d. malad. de l'Appar. Digest. et de la Nutr. Nr. 2, 1927.

TABLICA VI.

Kwasice gazowe.

Nr.	Nazwisko	Rozpoznanie	Zasób zasad w osoczu	Objętość % krwinek	Chlor w gr. na litr.			Wskaźnik chlorowy krwinek
					Krew całkowita	Osocze	Krwinki	
38	J. Sko	<i>Tbc. consump. pulm. utriusque. Nephrosis</i>	71.9	55.0	2.26	2.95	1.77	0.60
39	E. Kil	<i>Emphysema pulm. Polycythemia secundaria . . .</i>	74.9	55.2	2.41	3.09	1.88	0.61

krwinek, czego wyrazem było zwiększenie znaczne wskaźnika chlorowego, a pozostały jon sodowy, łącząc się z anjonem węglanowym, wzmacnia rezerwę alkaliczną, celem wyrównania zachwianej równowagi kwasowo - zasadowej. Hipochloremja

osocza i zwiększenie wskaźnika chlorowego krwinek jest tu potwierdzeniem doświadczeń, robionych *in vitro* i wyrazem udziału układu sodowo-chlorowego w tworzeniu zasobu zasad osocza.

(Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Oddz. Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza w Warszawie
(Ordynator: Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI)

Antivirus Besredki,

jako nowa metoda zwalczania chorób, spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami.

Podał

Dr. N. PRYŁUCKI (Warszawa).

„Antivirus” Besredki ma to być ciało, znajdujące się prawdopodobnie wewnątrz drobnoustroju (gronkowca i paciorkowca) obok mocno związanego z drobnoustrojem jadu, powodującego ciężkie schorzenia skórne, a niekiedy i śmierć. Oba te ciała — „virus” i „antivirus” — są ściśle swoiste i oba posiadają specjalne powinowactwo do aparatu skórniego. Ale „antivirus”, w przeciwieństwie do „virusu”, łatwo opuszcza ciało bakterji i działa antagonistycznie w stosunku do „virusu”. Ciało to (antivirus) ma się znajdować w postaci rozpuszczonej w przesączach 8 — 10 dniowych hodowli gronkowcowych i paciorkowcowych na płynnych pożywkach (buljon) i nadaje im cały szereg nader ciekawych a pod wieloma względami b. cennych własności.

Do najwybitniejszych własności „antivirusu” należy, że jest on:

a) Nietoksyczny, nawet gdy pochodzi z b. zjadliwych szczepów.

b) Ciepłotały; można bowiem ogrzewać przesącz („antivirus-bouillon”¹⁾) przez 30 minut do 100° C. lub 20 min. do 130° C., nie powodując utraty własności swoistych, w przeciwieństwie do ciepłochwijnego jadu, ginącego w tej temperaturze.

c) Niszczący drobnoustroje i jest swoisty.

In vitro wyraża się to w tem, że gdy się na takim przesączu, np. gronkowcowym, posieje gronkowce, nie będą one rosły (lub będą rosły b. źle), zachowując jeszcze przez pewien czas swą żywotność, tracąc atoli odrazu zdolność do rozmnażania. Tego działania, niszczącego drobnoustroje, nie spostrzega się, jeżeli się na dane drobnoustroje podziela innym przesączem, np. na gronkowce przesączem durowym. Szkodliwy wpływ ciała, niszczącego drobnoustroje, ujawnia się również *in vivo*:

jeżeli się wprowadzi zwierzęciu pod skórę jednocześnie 2 cm.³ przesączu buljonowego i 1 cm.³ dobowej hodowli, np. gronkowców, — zwierzę dotknięte będzie chorobą w stopniu znacznie mniejszym, niż po wprowadzeniu samych gronkowców lub gronkowców ze zwykłym buljonem.

d) Posiada wybiórcze powinowactwo do skóry, jak np. gronkowiec, z którego pochodzi; pozatem łatwo przenika do otaczających tkanek.

e) „Antivirus” może wywołać miejscową odporność tkanek na zakażenie drobnoustrojami, z których pochodzi, i właściwie stosowany, może dać nawet odporność ogólną. Zwierzę, tak uodpornione, przeciwstawia się nawet śmiertelnej dawce drobnoustrojów. Najlepszy efekt otrzymuje się przez zastosowanie naskórne przesączów (w postaci okładów), zwł. jeżeli dzieje się to na większej powierzchni; wyjątkowo dobry efekt dają śródskórne zastrzykiwania, t. zw. warstwowe (en nappe), gdyż wtedy działa się właśnie na większą powierzchnię; zastrzyknięcia podskórne lub dootrzewnowe są mało skuteczne. Odporność taka zjawia się już następnego dnia po zastosowaniu przesączów buljonowych, czy to w postaci okładów naskórnych czy to iniekcji śródskórnych i dochodzi do skutku bez udziału ciała odpornościowych, albowiem we krwi tak uodpornionych zwierząt nie udało się wykryć obecności ciał odpornościowych (aglutynin, precypityn i t. p.).

Te dwa momenty — zjawienie się odporności miejscowej już w krótkim czasie po zastosowaniu naskórnem lub śródskórnem odpowiednio przygotowanych przesączów, oraz brak udziału ciał odpornościowych — przemawiają, zdaniem Besredki, za tem, że ma się tu do czynienia z oddziaływaniem na komórki chwytnie (receptyjne) skóry, t. j. ze skórną wakcynacją (cutivaccination), która, jak wiadomo z poprzednich doświadczeń Besredki, wywoływała odporność miejscową niemal w 24 godziny po zabiegu. Tam również nie można było wykryć we krwi ciał odpornościowych, i odporność ogniskowała się w skórze lub do niej tylko się ograniczała. Różnica polegałaby tylko na tem, że przy wakcynacji skórnej kładzie się na wygoloną czy odwłosioną skórę zwierząt (świnek morskich) okłady, nasyczone starą buljonową hodowlą gronkowców, zabitych ogrzewaniem do 60° C. — zaś przy uodpornianiu przesączami buljonowymi stosuje się „antivirus”, otrzymany z ciał bakteryjnych w po-

¹⁾ AVB = skrót antivirus-bouillon.

staci czystej i o wybitniejszych zdolnościach uodparniających. Ma to być jeszcze jednym potwierdzeniem słuszności starej maksymy, że „*corpora non agunt nisi soluta*“, która była myślą przewodnią Besredki, gdy przystępował do prób uodparniania miejscowego za pomocą przesączów z płynnych hodowli bakteryjnych, zamiast martwych ciał bakteryj.

Jakże powstaje ta odporność miejscowa i jak należy ją rozumieć?

Schematycznie, według Besredki, różne fazy zakażenia, prowadzące do odporności, można sobie uzmysłować w sposób następujący:

a) Bez względu na natężenie zakażenia, zawsze pierwsze odzywają się na nie białe ciała krwi; podczas wniknięcia drobnoustrojów do skóry lub do błon śluzowych, one pierwsze stawiają czoło napadowi. Wtedy, gdy im się nie udało pochłoniąć wszystkich bakterij, zakażenie już rozwija się w sferze komórek chwytanych. Jeżeli zakażenie nie jest ciężkie, i drobnoustroje nie przekroczyły strefy komórek chwytanych, wyzdrowienie może być zagwarantowane. Komórki chwytne, mając silne powinowactwo do bakterij, pochłaniają większą część jadu (*virus*), poprzednio już zmienionego i uwolnionego przez leukocyty. Zapobiegając uogólnieniu się zakażenia, komórki przytem same się uodparniają. W pewnym momencie ich „apetyt“ jest zaspokojony, nowe porcje jadu już nie są przyjmowane. Ich odporność polega zatem na niezdolności do dalszego wiązania jadu. Ta odporność zjawia się o wiele, wiele wcześniej od pojawienia się ciał odpornościowych, zaś udział tych ostatnich w procesie wakcynacji i odporności czynnej nie jest dowiedziony.

b) Jeżeli zakażenie jest ciężkie, i leukocyty tkankowe są bezsilne, bakterje kontynuują swój niszczący pochód, natrafiając atoli na następną barjerę w postaci komórek chwytanych. Ostatnie z narażeniem życia pochłaniają ile tylko mogą jadu. Jeżeli nie są one w stanie pełnić swego zadania tarczy obronnej lub jeżeli są przeładowane, wtedy los organizmu zależy już wyłącznie od wyniku walki między jadem a fagocytami krwi.

Prawie ten sam obraz otrzymamy, gdy wprowadzimy szczepionkę, żywą czy martwą, pod skórę, do krwi lub do jamy brzusznej. Też same fagocyty odezwą się pierwsze. One bioją na siebie główny ciężar pracy: trawia bakterje, uwalniają jad w ścisłym tego słowa znaczeniu, ten zaś zostaje natychmiast pochłonięty (związany) przez komórki chwytne. Resztę można sobie wyobrazić w sposób następujący:

„Bakterje, według naszego przypuszczenia, powiada Besredka, składają się ze zrębu białkowego z jednej i z jadu w znaczeniu ścisłym — z drugiej strony. Oba te ciała są swoiste. Zręb zdolny jest dawać ciała odpornościowe (aglutyniny, precypityny), sam jad do tego nie jest zdolny, ale może być, jak się już rzekło, łatwo zmodyfikowany przez leukocyty.

Przemiany, którym ulega jad wewnątrz fagocytów są, najprawdopodobniej, tego samego rodzaju, co i procesy, zachodzące w dojrzałych hodowlach bakteryjnych, a doprowadza-

jące do powstania ciała nazwanego „antivirus“.

Co zachodzi po wewnątrzkomórkowym strawieniu bakterij?

Ciała odpornościowe, odpowiadające zrębowi bakteryjnemu, zjawiają się we krwi. Jad zaś, już w większym lub mniejszym stopniu unieszkodliwiony przez fagocyty, natychmiast po uwolnieniu zostaje pochłonięty (związany) przez komórki chwytne, które wtedy już nie są zdolne więcej wchodzić w reakcję z nową ilością jadu i *ipso facto* nie są już wrażliwe.

Przychodzi chwila, zwłaszcza przy powtórnych iniekcjach bakterij, gdy powinowactwo komórek chwytanych do jadu jest już ostatecznie nasycone. Od tego momentu począwszy jad (a raczej to nowe ciało), zwolniony z fagocytów, nigdzie nie jest przyciągany, krąży on we krwi obok ciał odpornościowych zrębu. Surowica, zawierająca w ten sposób wolny zmodyfikowany jad („antivirus“) i ciała odpornościowe, nabiera zdolności do wywoływania biernej odporności.

Istota terapii antiwirusowej polegałaby więc na tem, że się organizmowi oszczędza tej złożonej pracy przez to, że się odrazu wprowadza w miejsce, zaatakowane zakażeniem, rozpuszczone ciała lecznicze, otrzymane z drobnoustrojów *in vitro*, pozbawia się jady bakteryjne punktu zaczepnego, zaś same bakterje możliwości rozmnażania. Innymi słowy: dana tkanka zostaje uodporniona przeciwko bakterjom, mającym do niej powinowactwo.

Besredka rokuje wielką przyszłość przesączom z hodowli bakteryjnych na buljonie w terapii chorób, wywołanych przez gronkowce i paciorkowce.

Bowiem liczba chorób, wywoływanych przez te drobnoustroje, jest ogromna, i, mimo że ogniska ropne mogą być zlokalizowane w najróżnorodniejszych tkankach i narządach ustroju — nie należy wszakże zapominać, że ognisko pierwotne prawie zawsze (jeśli nie wyłącznie), znajduje się w skórze lub błonach śluzowych. Niezależnie więc od tego, czy mamy do czynienia z ropniem w nerce, czy z zapaleniem ropnem szpiku kostnego — wrotami zakażenia był aparat skórny, do którego ziarenkowce ropotwórcze, zwł. gronkowce, mają tak możne powinowactwo.

Nie należy również zapominać i o tem, że, podług Besredki, gronkowce i paciorkowce pozbawione są wszelkiej zdolności wywoływania ciał odpornościowych. Niezliczone doświadczenia, zmierzające do wykrycia ciał bakterjobjęczych lub innych przeciwciał we krwi chorych lub leczonych ludzi i zwierząt, spełżyły na niczem. Uodpornienie przeciwko tym drobnoustrojom udaje się tylko z wielkim trudem¹⁾.

Według autora okłady z AVB mogą oddać wielkie usługi w klinice. Jako skutek działania swoistego okładów powoli znika czynnik zakaźny, następnie zjawia się obfity przypływ leukocytów, ułatwia się wydalanie elementów, przeciwdziałających wyleczeniu (wzgl. gojeniu). Okłady niejako

¹⁾ Przyp. redakcji. Pogląd Besredki w tej sprawie nie zgadza się z poglądami większości autorów i z faktycznym stanem rzeczy.

„ochładzają“ proces zapalny. Dzięki tym (jałowym) przesączom z drobnoustrojów dział opatrunków chirurgicznych zyskuje nową stronicę, choć niewątpliwie nie ostatnią jeszcze.

Swoiste okłady, przyrządzone z przesączów hodowli bakteryjnych, działają jednocześnie na bakterje, hamując ich szybkie rozmnażanie, oraz na komórki, aktywując ich zdolności obronne.

Innemi słowy, podług wyrażenia Besredki, okłady swoiste łączą w sobie zalety opatrunku antyseptycznego i aseptycznego, nie mającich wad. Mają nawet tę przewagę, że posiadają zdolność swoistego oddziaływania na komórki i na drobnoustroje.

„AVB“ może oddać nieocenione usługi, jako środek profilaktyczny podczas takich zabiegów, jak operacje, w postaci szczepień przed operacją — i po niej. „Przez zwilżenie tkanki, idącej pod nóż, przez zamoczenie narzędzi operacyjnych, rąk operatora, serwetek, jedwabiu do szycia i t. p. odpowiednim AVB — terytorjum operowane może być ochronione przed zarazkami, które tam się znajdują w stanie nieczynnym“.

* * *

Teoria Besredki w świetle krytyki fachowej.

Teoria Besredki o miejscowym uodparnianiu tkanek przeciwko zakażeniu gronkowcami i paciorkowcami przy pomocy przesączów z buljonowych hodowli bakteryjnych, zawierających t. zw. „antivirus“, nie została bez echa. Wywołała ona żywe poruszenie w świecie lekarskim i dała pochop b. wielu badaczom-serologom i lekarzom-klinicyście do przyrządzania takich przesączów, czy to ściśle według przepisu Besredki, czy to w najrozmaitszy sposób zmodyfikowanych („Histan“), i wypróbowania ich, tak na materiale laboratoryjnym, jak i w klinice.

Doniesienia licznych autorów, które się zjawiały w prasie lekarskiej europejskiej i amerykańskiej, wywołały b. ożywioną dyskusję, toczącą się dotychczas na łamach wielu czasopism naukowych.

Bardzo wiele miejsca i uwagi poświęca się w tych pracach kwestji swoistości przesączów buljonowych oraz kwestji udziału ciał odpornościowych w procesie uodparniania tkanek.

Obok tego poddawane są b. ściślej analizie wyniki terapeutyczne, uzyskane przez b. wielu klinicystów podczas stosowania różnych przesączów; celem jej jest znalezienie wytlumaczenia zjawisk, spostrzeganych w trakcie stosowania AVB w najróżnorodniejszych jednostkach chorobowych, spowodowanych przez inwazję drobnoustrojów ropotwórczych, przedewszystkiem gronkowców i paciorkowców.

Bardzo poważnie została zakwestjonowana przez liczny szereg badaczy swoistość przesączów bakteryjnych. Uważają oni, że w świetle wyników ich doświadczeń obecność w przesączach jakiegos ciała „antagonistycznego“, skierowanego wyłącznie przeciw swemu gatunkowi drobnoustrojów nie została dowiedziona (Schweinburg, Képinow, Jessner, Eisler, Lange, Wei-

chardt i inni). Niektórzy na poparcie swego poglądu przytaczają fakt, że okładami z czystego buljonu (Freedlander i Toomay, Rivers, Mallory i Marble), a nawet przez zastrzykiwanie zwykłego roztworu fizjologicznego soli kuchennej (Dold) oraz jałowego buljonu, moczu, tuberkuliny, nukleiny, surowicy lub krwi i t. p. (Isaëff) można u świnek morskich wywołać miejscową odporność, co prawda krótkotrwałą, na późniejsze zakażenie czy to gronkowcami, czy to nawet b. zjadliwymi paciorkowcami, równie dobrze, jak przesączami swoistymi. Jednocześnie zostały wysunięte również poważne zarzuty przeciwko istnieniu w przesączach specjalnego składnika („antivirus“), czynnie hamującego rozwój bakterji. Jedni bronią stanowiska Besredki, potwierdzając wyniki, osiągnięte przez niego (Kosmodemjanski i Panina) oraz dowodząc, że przesącze zawierają wprost bijące w oczy swoiste własności hamowania rozwoju bakterji i rozpuszczania ich (Brumlik); ma to dochodzić do skutku przez działanie „antivirus“ z jednej strony bezpośrednio na bakterje, zaś z drugiej — przez zmianę podłoża w sposób niekorzystny dla ich rozmnażania (Lehndorff i Brumlik), co *in vivo* ma się wyrażać we wzmożonej fagocytozie (Besredka, Citron, Lehndorff, Brumlik i inni). Inni w tym samym czasie albo zupełnie nie uznają własności bakterjobójczych AVB (Hajos), albo też usiłują tłumaczyć ten proces *in vitro* dawnym znanym już zjawiskiem samego „wyczerpania podłoża“ (Epstein) lub wyczerpania podłoża łącznie ze zmianą koncentracji jonów wodorowych w pożywce (Schweinburg, Lange, Louros, Müller i in.); zaś *in vivo* rozpad bakterji jest prawdopodobnie uwarunkowany przez wpływ pobudzający AVB na dotkniętą zakażeniem tkankę, która w celach samoobrony zaczyna energicznie produkować ciała bakterjobójcze (Epstein).

Bardzo ciekawy pogląd wypowiada Weichardt. Nie uznając zupełnie swoistości przesączów, powiada on, iż można wykazać, że streptokokowy AVB w dużym rozcieńczeniu zawiera produkty rozpadu, pobudzające paciorkowce (i prątki błonicy) do wzrostu. Zaś nierozcieńczone hamują (co już dawno stwierdzono). Ta własność podudzenia w małej ilości i hamowania rozwoju bakterji w dużej ilości jest charakterystyczna dla nieswoistości takich mieszanin produktów rozpadowych.

Do pomyslenia więc jest, że takie przesącze, użyte w postaci okładów czy płukań w odpowiednim stężeniu, mogą bardzo czynnie hamować wzrost bakterji, a jednocześnie działać na komórki w sensie podniesienia ich zdolności odczynowej i w ten sposób pobudzić do żywszej czynności już fizjologicznie istniejące zdolności obronne.

Wiadomo też, że przez takie nieswoiste pobudzanie komórek lub tkanek, uczulonych już przez proces chorobowy, można je pobudzić do swoistej czynności obronnej.

Z drugiej zaś strony — może również się zdarzyć, że w częścicach, oddalonych od ogniska chorobowego, rozcieńczenie AVB może być takie, że dojdzie tam nie do zahamowania, lecz, odwrotnie, do pobudzenia drobnoustrojów, znajdujących się w tych tkankach.

Szukając wytłumaczenia niewątpliwych własności terapeutycznych AVB i zjawisk, zaobserwowanych podczas jego stosowania, szereg autorów próbuje punkt ciężkości tego nader zawilego i ciekawego zagadnienia przenieść wyłącznie na wywołujące (antygeny), zawarte, ich zdaniem, w przesączach (Epstein, Eberth i Saschina, Citron, Nobel i inni).

Epstein rozróżnia własności przeciwbólowe od procesów, rozgrywających się w tkankach i warunkujących efekt terapeutyczny; często wprost błyskawicznie występujący wpływ przeciwbólowy natychmiast po rozpoczęciu stosowania AVB gronkowcowego czy paciorkowcowego — chce on odnieść na rachunek alkalicznej reakcji przesączów (przytem okazuje się, że przesącze gronkowcowe i *b. coli* wykazują znacznie wyższy stopień zasadowości, podczas gdy rosnące paciorkowce przez tworzenie kwasów obniżają stopień zasadowości przesączów paciorkowcowych). Nagłe zniesienie bólu wskazuje raczej na toczący się odczyn fizykochemiczny (wyładowanie elektryczne i t. p.), niż na nagle powstającą zmianę nastawienia biologicznego tkanek. Co się zaś tyczy widocznego

efektu leczniczego zakaźnych stanów zapalnych i ropienia, — efektu, spowodowanego przez okłady z przesączów — autor myśli, że polegać to ma przede wszystkim na mobilizacji komórek, które pod wpływem swoistych i nieswoistych ciał bodźcowych reagują wzmożoną produkcją ciał ochronnych.

Zasadniczo zatem Epstein stoi na stanowisku, że można byłoby przyjąć istnienie odporności skóry i innych tkanek; ale w każdym bądź razie dochodzi ona do skutku przy współdziałaniu własnych ciał ochronnych ustroju. Potrzebne byłoby więc współdziałanie wywoławcza (antygeny), nazwanego przez Besredkę „*antivir*” — i własnego aparatu komórkowego (komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego), jako produkującego ciała ochronne, aby stworzyć odporność miejscową ustroju, powstającą równolegle ze zniszczeniem drobnoustrojów. Antygen, zawarty w AVB, jest bezwątpienia swoisty, ale pewnem też jest, że obok tych ciał swoistych istnieją również i nieswoiste ciała bodźcowe, wywołujące podczas stosowania miejscowego nieswoiste odczyny ochronne w aparacie komórkowym ogniska zapalnego.

(C. d. n.),

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

M. HOCHREIN i R. MEIER. O zawartości kwasu mlekowego we krwi. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom. 161, zesz. 1/2)

Z pośród rozmaitych schorzeń, w których przebiegu występuje zwiększenie ilości kwasu mlekowego, należy na pierwszym miejscu wymienić cierpienia wątroby, zmniejszające liczbę komórek czynnych tego narządu.

Także w schorzeniach układu krążenia spotyka się często zwiększenie ilości kw. mlekowego. Mechanizm tego zjawiska może być dwojaki: bezpośrednie działanie upośledzonego krążenia lub też zmiany wtórne w mięszu wątrobowym na tle długotrwałego zastoj.

Spotyka się także osobników z nadmierną ilością kw. mlekowego, a bez niewydolności serca czy wątroby, i bez cierpienia płuc.

Są pacjenci, przeważnie gorączkujący, często z zapaleniem gardzieli, wśierdzia, stawów lub nerek. Ponieważ stan nadmiernej zawartości kw. mlekowego we krwi trwa dłużej niż właściwy okres gorączki, należy przypuszczać, że nie sama gorączka, jako taka, lecz inne, narazie nie znane czynniki mają tutaj znaczenie decydujące. Chodzi tu prawdopodobnie nie o czynniki sercowe lub wątrobowe, lecz o zaburzenia przemiany ustrojowej.

B. Goldstein.

J. HEITZ i Gilbert DREYFUS. Odczyn skórny Aldricha i Mac Clurea a czynność wątroby. (Paris Medical N 38/1928 r.)

Wprowadzony przez Aldricha i Mac Clurea sposób badania wodochłonności tkanek przez zastrzyknięcie do skóry drobnej ilości płynu dotychczas był uważany za wskaźnik miarodajny dla wykrywania utajonych obrzęków czy to pochodzenia sercowego, czy też nerkowego.

Mianowicie, szybkie wchłanianie się powstającego bąbla, oznaczająca zwiększoną wodochłonność tkanek, i co zatem idzie większą skłonność do obrzęków.

Atoli prócz serca i nerek może wchodzić w grę także i wątroba. Wątroba bowiem fizjologicznie spełnia rolę regulacyjną w stosunku do gospodarki wodnej ustroju.

Z tego założenia wychodząc, autorzy zbadali szereg przypadków cierpień wątroby bez obrzęków, względnie z obrzękami tylko na stopach (próba była wykonana na przedramieniu) i przekonali się, że w większości przypadków następowało przyspieszone wessanie się płynu z bąbli podczas próby Aldricha.

Przyspieszenie to, aczkolwiek nie jest ściśle proporcjonalne do uszkodzenia czynności wątroby, dowodzi co najmniej istnienia takiego uszkodzenia.

Trzeba się liczyć z okolicznością, że nie wszystkie czynności wątroby cierpią jednocześnie lub w jednakowym stopniu w razie schorzenia wątroby tego czy innego typu.

B. Goldstein.

I. S. RAVDIN i M. E. MORRISON. Chlorki surowicy w żółtaczce zatorowej. (Arch. of. Int. Med. Tom 42, N 4. 1928).

Autorzy podają wyniki badań doświadczalnych nad zachowaniem się chlorków w surowicy 1) po podwiązaniu wspólnego przewodu żółciowego, 2) usunięciu woreczka żółciowego i podwiązaniu przewodu rzeczonego, 3) usunięciu tylko woreczka żółciowego.

W I i III grupach zmniejszenia chlorków w surowicy nie stwierdzono. W grupie II zmniejszenie było wyraźne, aczkolwiek zmienne co do natężenia, o ile tylko zamknięcie przewodu było zupełne, a pęcherzyk usunięty.

B. Goldstein.

C. J. KRANTZ. Przemiana podstawowa w limfoblastomatach. (Am. Journ. Med. Sciences. Tom 176, N. 4 1928).

Autor zajmuje się badaniem przemiany podstawowej na materiale, obejmującym 30 chorych z limfoblastomatem, z wyłączeniem przewlekłej leukemii limfatycznej.

Przemiana podstawowa w tych razach jest powiększona, nie tylko w przewlekłych białaczkach limfatycznych, lecz także

we wszystkich innych typach uogólnionego limfoblastomatu. Zwiększona przemiana i towarzyszące jej objawy mogą być zmniejszone przez odpowiednie zastosowanie promieni rentgenowskich i radonu.

Leukopenia nie jest przeciwwskazaniem do terapii świetlnej w przypadkach o zwiększonej przemianie.

Przemiana podstawowa ma znaczenie prognostyczne i służy do celów kontroli leczenia.

B. G.

Lecznictwo.

M. H. BARKER i J. P. O'HARE. O stosowaniu salirganu w obrzękach. (J. A. M. A. Tom 91 N. 26 r. 1928).

W całym szeregu przypadków obrzęków salirgan okazał się skutecznym środkiem. Zawiodł on tylko w 4 przypadkach—które ze względu na stan serca trudne były do wyrównania, zresztą w tych przypadkach inne środki również zawiodły.

Sam mechanizm działania mocropędnych środków, zawierających związki rtęci, jest niezupełnie zrozumiały. Odnosi go wszakże autor do układu naczynioruchowego, zwiększonego ciśnienia w kłębuszkach nerkowych i t. p.

Szczególnie wskazany jest salirgan w zaburzeniach krążenia, wysiękach otrzewny na tle marskości wątroby oraz w nefrozach.

Działa także w przypadkach wysięków na tle nowotworowym lub zapalnym.

Salirgan, jak nowasurol, jest bardziej skuteczny w obecności soli zakwaszających, jak, na przykład, amonowych, z których najbardziej się nadają chlorek i azotan amonowy.

B. G.

K. F. MAZCY. O śródżylnym stosowaniu chininy. (J. of. the Am. Med. Ass. Tom. 91. N 18. r. 1928).

Omawiając zagadnienie śródżylnego stosowania chininy w przypadkach zimnicy, autor stwierdza, że należy ten sposób wprowadzania chininy do ustroju ograniczyć do niektórych specjalnych przypadków. Zastrzykiwać *chininum bihydrochloricum* w ilościach do 0,6 gr. najlepiej w dużej ilości płynu fizjologicznego i dbać o to, by wlewanie odbywało się możliwie wolno.

B. G.

Znieczulanie.

F. DRIAK i H. WOLF. Operacje na twarzy w znieczuleniu przy pomocy skopolaminy, pozbawionej własności trujących. (Nark. u. Anaesth. z. 12 r. 1928).

Autorzy posługują się w operowanych przez siebie przypadkach połączeniem skopolaminy z efedryną w następującym stosunku: 0,001 *scopolamin. hydrobromic.* + 0,025 *ephedrin. hydrochloric.* Przy tej metodzie całkowicie udaje się uniknąć niebezpiecznego spadku ciśnienia, jaki wywołuje skopolamina, usypiające zaś jej działanie nie doznaje żadnej szkody. Ażeby osiągnąć pożądaną wynik przy użyciu możliwie małych dawek, wstrzykują autorzy na pięć kwadrans przed zabiegiem połowę wyżej wymienionej dawki z dodatkiem 0,01 morfiny. Drugą połowę dawki wstrzykują tuż przed lub podczas zabiegu, z ponownym podaniem 0,01 morfiny.

Dalsze zwiększanie dawki skopolaminy (z odpowiednim dodatkiem efedryny) byłoby najprawdopodobniej dla chorego nieszkodliwe, jest jednak w przypadkach operacji na szczękach i w gardzieli niepożądane, gdyż, wywołując zbyt głęboki sen, uniemożliwia czynną współpracę chorego, która ma znaczenie dla pomyślnego przebiegu operacji i okresu pooperacyjnego.

Autorzy zwracają uwagę, że efedryna może być całkowicie zastąpiona przez stosunkowo tańszą, syntetycznie otrzymaną efentoninę Merc'a.

Jan Srebrny.

STEGEMAN. Znieczulanie do operacji chorych na chorobę Basedowa. (Chirurg. Nr. 4).

Autor, podając nową przez siebie opracowaną metodę znieczulania chorych na chorobę Basedowa, wychodzi z następujących założeń:

1. Dla dotkniętego chorobą Basedowa operacja w znieczuleniu miejscowym oznacza b. silny uraz psychiczny (niepokój, strach przed operacją), co dla niezmiernie wrażliwego układu nerwowego u tych chorych przedstawia kolosalne niebezpieczeństwo;

2. znieczulenie eterowe wyłącza wprawdzie niebezpieczeństwo urazu psychicznego przez wyeliminowanie świadomości chorego, natomiast upośledza znacznie stan jego w pierwszych dniach po operacji przez częste nudności i wymioty.

Metoda znieczulania, podana przez autora, polega na jednoczesnym zastosowaniu uspiania awertynowego i narkozy narcylenowej. Dwa te środki doskonale się wzajemnie dopełniają. Awertyna obniżająca ciśnienie krwi, kompensuje narcylen, działający w sensie odwrotnym

Niebezpieczeństwo eksplozji narcyleny usunął autor przez zbudowanie specjalnej aparatury.

Dodatnie strony metody polegają na tem, że

1. chory pod wpływem lawatywki awertynowej zasypia u siebie w pokoju, co pozwala bez wstrząśnięć psychicznych i niepokoju przenieść go do sali operacyjnej i przygotować do operacji;

2. że narcylen mniej szkodliwy od eteru, poprzedzony snem awertynowym, już w minimalnych dawkach daje wymaganą głębokość snu, przyczem nudności pooperacyjne są prawie bez znaczenia;

3. że 3 — 4 godzin trwający sen awertynowy, a później stan zamroczenia, trwający do wieczora, zmniejsza i łagodzi podniecenie chorych po operacji, co znów z kolei broni serce od wyczerpania.

Jako stronę ujemną, której autor nie przypisuje większego znaczenia, trzeba zanotować wzmożone krwawienia podczas operacji.

N. p. o.

S. WEISS i D. DAVIS. O znaczeniu dośrodkowych odruchów skórnych dla powstawania i usuwania bólów trzewiowych. (Am. Journ. of Med. Sciences Tom 176, Nr. 4, 1928).

Odruchy dośrodkowe bólowe mają dość ścisły związek z mechanizmem bólów trzewiowych. Bóle takie mogą zupełnie ustać, jeżeli odnośne odruchy dośrodkowe, idące od skóry, zostaną zniesione.

Tak na przykład u chorych, mających wyraźnie umiejscowione silne bóle trzewiowe, znieczulenie nowokainowe odpowiedniego pola skóry przynosi natychmiastową ulgę.

Badania doświadczalne wykazały, że w przypadkach drażnienia pewnych okolic przełyku, przebiegającego z silnymi bólami, bóle te znikają po znieczuleniu odpowiedniego pola skór nego, natomiast zjawiały się w innym miejscu. Stan ten trwał dopóty, dopóki trwało znieczulenie, poczem bóle umiejscowiły się w pierwotnym miejscu.

W miejscu znieczulenia dało się stwierdzić pewne uczucie nieprzyjemne, napięcie lub ściskanie, lecz nie bolesność. Pochodzenie tego uczucia jest jeszcze sporne.

Pomimo ustania bólów po znieczuleniu sensacje z trzewi mogą dochodzić do układu nerwowego ośrodkowego.

Stosunki te wzajemnego oddziaływania pomiędzy trzewiami a skórą są obustronne i mogą być wykorzystane dla celów leczniczych.

Podobieństwo tego mechanizmu do t. zw. znieczulenia parawertebralnego nasuwa myśl, że i w niem chodzi raczej o zniesienie pewnych odruchów skórnych.

B. G.

Choroby narządów trawienia.

JACOBSON. Urotropina w kamicy żółciowej. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLII Z. 4).

Autor bardzo zaleca urotropinę, jako środek dezynfekcyjny dróg żółciowych. Specjalne wskazanie stanowią chroniczne zakażenia tych dróg. Skuteczne są jedynie duże dawki, kt. jednak w dość znacznej liczbie przypadków powodują podrażnienie pęcherza. J. sam obserwował w ciągu ostatniego roku 3 razy krwimocz, kt. zniknął wkrótce po odstawieniu urotropiny. Przy stosowaniu tego preparatu w cierpieniach miedniczek nerkowych i pęcherza krwimocz nie obserwowano. Powstaje on przez wchłanianie toksyn przy wyjąławianiu dróg żółciowych i stąd przez uszkodzenie nerek. Dlatego też duże dawki urotropiny (3,5 — 6,0 gr. doustnie lub 2,0 — 4,0 dożylnie) należy dawać przez krótki przeciąg czasu (3 — 4 dni zrzędu), badając jednocześnie mocz.

Józef Nusbaum.

HELD i GROSS. Leczenie wewnętrzne cierpień wątroby i dróg żółciowych. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLII Z. 4).

Z prób na badanie czynności wątroby miarodajne jest określanie bilirubiny w surowicy wg. H i j m a n s v a n d e r B e r g h a, wzgl. wskaźnika żółtaczkowego wg. M e u l e n g r a c h t a. Doświadczalnie wykazano, iż we wszystkich cierpieniach wątroby ciała proteinowe drażnią komórki wątrobowe, tłuszcze zaś są źle trawione. Pożywienie powinno się składać głównie z węglowodanów, w tem dużo owoców i jarzyn, białko zaś — ograniczone do 60 — 70 gr. na dobę. W okresach ostrych cierpień wątrobowych, przebiegających z żółtaczką, należy w pierwszych dniach podawać glukozę, w cięższych zaś przypadkach — insulinę.

W cierpieniach pęcherzyka żółciowego — tłuszcz również powinien być ograniczony, chory winien jeść często, a niedużo na raz.

Józef Nusbaum.

ZWEIG. Cierpienia żołądka symulowane przez inne schorzenia. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLII Z. 4).

Często rozmaite przypadki chorobowe objawami swemi wskazują na cierpienie układu pokarmowego mimo, iż żadnych zmian w nim stwierdzić się nie daje. W początkowym okresie gruźlicy mamy brak apetytu, ściskanie i uczucie pełności po jedzeniu, niekiedy nawet bóle, trwające miesiącami.

Zaburzenia te spotykamy również w przebiegu gruźlicy: tutaj najprawdopodobniej powstają one wtórnie przez działanie toksyn gruźliczych.

Znane są dolegliwości żołądkowe w początkowym stadium ciąży. Z. opisuje mężczyznę z ciężkimi objawami żołądka, u którego obserwacja szpitalna pozwoliła rozpoznać guz mózgu, kt. kiłowe pochodzenie potwierdziła szybka i nadzwyczajna poprawa po kuracji swoistej.

Istnieje również ścisły związek dolegliwości żołądkowych z cierpieniami ucha wewnętrznego.

Józef Nusbaum.

STEINITZ i SCHERESCHEWSKY. Działanie alkoholu, podawanego przez odbytnicę, na wydzielanie soku żołądkowego. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLII Z. 4).

W 52 przypadkach badano za pomocą zgłębnikowania frakcjonowanego wpływ ławatyw odżywczych, zwłaszcza alkoholu, na wydzielanie soku żołądkowego. Prawie we wszystkich stwierdzono silnie drażniące działanie ławatywy jednorazowej, składającej się z 300 ccm. 5% alkoholu, na wydzielanie kwasu. Działanie to rozpoczyna się przeważnie już po 15 — 30 min., a kończy po 60 — 90 min.

Całkowita ilość chloru i soku niezawsze idzie w parze ze zwiększaniem się kwasoty. Ławatywy kroplowe z alkoholu mają

działanie drażniące słabsze, lecz dłuższe. Inne płyny, podawane przez odbytnicę (woda, roztwór fizjologiczny, roztwory cukru i t. d.), na wydzielanie soku żołądka bądź wcale nie wpływają, bądź w b. słabym stopniu.

Józef Nusbaum.

NELKEN. Klinika i patogeneza wrzodu żołądka i dwunastnicy. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLII Z. 4).

Z przeglądu 289 historii chorób z pewnym rozpoznaniem wrzodu wynika, iż cierpienie to bywało u mężczyzn najczęściej w 30 — 40 roku życia, zaś u kobiet między 20 a 30 rokiem. W 17,4% przypadków stwierdzono w anamnezie rodzinnej schorzenie żołądkowe, przyczem w 10% — rodzice i rodzeństwo cierpieli na raka żołądka. Nadkwaśność można było stwierdzić jedynie w 39% przypadków. Względnie często obserwowano również zupełny brak kwasu (w 5,2%).

Józef Nusbaum.

E. SATTLER. O wczesnych objawach rozpoznawczych przedziurawienia żołądka i dwunastnicy. (Ar. f. Verd. t. 41 z. 1 — 2).

Autor dzieli objawy rozpoznawcze na grupy następujące:

1) Wywiady; 2) ogólne objawy — wstrząs; 3) możliwość szerzenia się zakażenia pod względem anatomicznym; 4) objawy czynnościowe: a) ból, b) skurcz mięśni brzucha, c) wymioty; 5) objawy fizyczne: a) oglądanie, b) obmacywanie, c) wypukiwanie, d) wysłuchiwanie; 6) zachowanie się stolca i gazów.

B. Goldstein

GUTTMANN i JAHIEL. O rozpoznaniu wrzodu trawiennego pooperacyjnego. (Arch. des mal. de l'app. dig., Grudzień 1927).

Autorzy na zasadzie spostrzeganych przypadków przytaczają następujące cechy wrzodu trawiennego pooperacyjnego: 1) okresowość, 2) gwałtowność bólów, 3) bóle występują zazwyczaj w kilka godzin po jedzeniu i znacznie później, aniżeli w innych wrzodach trawiennych, 4) umiejscowienie niskie — poniżej pępka najczęściej po lewej stronie, czasem po prawej stronie. Radiologicznie stwierdza się bolesność okolicy zespolenia; plama kontrastowa w okolicy zespolenia pozostaje stała na zdjęciach serjowych (odpowiednik niższy we wrzodzie żołądka); wreszcie dane, otrzymywane przy wypełnianiu pętli odprowadzającej zapomocą zgłębnika Einhorna.

B. Goldstein.

Choroby oczu.

NORDMANN i LIEON. Stosunek oczopląsu wzrokowo-ruchowego do oczopląsu błędnikowego, wywołanego sztucznie. (Revue d'oto-neuro-ophtalmologie, Maj 1928).

Autorzy występują przeciw ogólnie przyjętemu pogładowi, jakoby oczopląs wzrokowo-ruchowy miał przewagę nad oczopląsem błędnikowym, wywołanym sztucznie (naprz. za pomocą przemywania ucha zimną wodą lub drażnienia ucha prądem galwanicznym). Jeżeli wywołać oczopląs błędnikowy zapomocą silnych bodźców, wówczas udaje się niekiedy stwierdzić przewagę tego typu oczopląsu nad oczopląsem wzrokoworuchowym. Autorzy przytaczają 12 przypadków w których wywoływali oczopląs błędnikowy przemywając ucho coraz większymi dawkami zimnej wody, wywołując jednocześnie oczopląs wzrokoworuchowy stwierdzali, że przy stałym drażnieniu błędnika oczopląs błędnikowy nie występował (czyli przewagę miał oczopląs wzrokoworuchowy). Przy silniejszym drażnieniu błędnika coraz większymi ilościami zimnej wody powstawało współzawodnictwo obydwu oczopląsów, które z początku powodowało ustanie wszelkiego drżenia, poczem wolno występował oczopląs błędni-

kowy, który stopniowo ulegał nasileniu. Przy zmniejszeniu ilości wody objawy te występowały w kierunku odwrotnym.

W. Arkin

H. COPPER. Impregnacja gałki ocznej solami miedzi. (Archives d'ophtalmologie, paźdz. 1928 r.).

Priestley Smith opisał przypadek, w którym po 15 miesiącach od czasu skaleczenia oka spostrzegał liczne złotawe i błyszczące punkciki wzdłuż naczyń siatkówki. Goldzieher obserwował plamki żółtawe i czerwone z połyskiem metalowym w okolicy tarczy i plamki żółtej w oku, zranionem przed 10 laty. Podobny przypadek opisał Ertl — oko było ranne przed 1½ rokiem. W przypadkach opisanych przez Haaba i autora podobnych błyszczących punkcików nie było. Z drugiej strony żaden z poprzednich autorów nie wspominał o plamkach białawo-niebieskawych, które autor spostrzegał w swoich przypadkach. Autor zaznacza, że, bez względu na to, czy obce ciało (miedziane) znajdowało się wewnątrz gałki ocznej przez dłuższy czas, czy też nie, widział wyraźnie zielonkawe zabarwienie siatkówki i skurzonego wysięku w ciałku szklistem oraz w przedniej komorze gałki. Zabarwienie to było słabo zielonkawe w wewnętrznych częściach gałki ocznej, jaskrawo zielone w kącie przedniej komory. Obecność soli miedziowych w wysiękach wewnątrz skaleczonej gałki ocznej prof. Sloes ujawniał przy pomocy żelazocyanku sodowego i kwasu octowego. Autor zaznacza, że to niebieskawe zabarwienie nie było następstwem konserwacji wyłuszczonej gałki i można je było widzieć bardzo wyraźnie w kącie przedniej komory jeszcze przed wyłuszczeniem.

S. Hindes

Karl SAFAR. O sfałdowaniu tęczy, spowodowanym zmięknieniem gałki. (v. Graef. Archiv. f. Ophthalmol. 1928 r. T. 121).

Autor opisuje 2 przypadki zmięknienia gałki — jedno z powodu skaleczenia, drugie z powodu zwichnięcia soczewki. W obu przypadkach spostrzegał na tęczy linie koncentryczne, okrężne, które, jak wykazało badanie mikroskopem rogówkowym, powstały wskutek sfałdowania tęczy. To sfałdowanie tęczy nastąpiło wskutek zmniejszenia objętości gałki, przyczem szerokość tęczy nie mogła być wyrównana zwiększeniem żrenicy z powodu zaniku zwieracza żrenicy.

W. Arkin

M. LAUTERSTEIN. O działaniu trakuminy w chorobach oczu. (Zeitschrift f. Augenheilkunde, październik 1928 r.).

Trakumina jest nowym połączeniem Cu, a mianowicie, jest to tróchlorobutylmalonowy kwas Cu.

Używa się pod postacią maści, o składzie następującym:
Rp. Tracumini 0.5 — 1.0

Adipis lanae

Aq. destil aa. 1.0

Vaselini amer. albi ad 10.0 M. f. ungt.

Autor leczył trakuminą 160 chorych na jaglicę, zarówno przebywających w szpitalu, jak i zgłaszających się do ambulatorium. W przeciwstawieniu do innych ściągających i dezynfekcyjnych środków, stosowanych w leczeniu jaglicy, nie słyszał od chorych skarg na bóle, palenie i t. p. objawy z wyjątkiem przypadków, w których zajęta była sprawa chorobową rogówki.

Po założeniu do worka spojówkowego maści trakuminowej autor spostrzegał jedynie niewielkie zaczerwienienie spojówek, występujące po kilku godzinach.

Leczenie skombinowane trakuminą wraz z innymi sposobami (wyciskanie, masaż kuleczkowy i t. p.) potęgowało wzajemnie działanie.

Wbrew twierdzeniom Grimmingera i Naroga uważa trakuminę, jako środek słabszy w porównaniu z *arg. nitr.* i *cupr.*

sulf. i jako b skuteczne poleca naprzemienne używanie trakuminy i *arg. nitr.* Duże przerosty brodawkowe i grudki przy stosowaniu tego leczenia znikają w szybkim czasie.

Leczenie trakuminą powikłań rogówkowych w jaglicy nie ma jednolitej opinii u autorów.

Grimminger i Naróg nie widzieli złego działania trakuminy na gojenie się owrzodzeń rogówki, łuszczyki i t. d.

Natomiast Lauterstein spostrzegał dłuższe i bardziej oporne leczenie spraw rogówkowych, a nawet pogorszenie.

Naogół 5% maść trakuminowa lepiej jest znoszona od 10%, ale nawet przy stosowaniu 5% maści widział w niektórych przypadkach wyraźne pogorszenie.

Dobrze znoszona jest maść trakuminowa w łuszczyce jagliczej jedynie w zastarzałych przypadkach oraz w jaglicy z towarzyszącą *con, eczematosa*; w świeżych naciekach pierwszeństwo oddaje lapisowi.

W innych schorzeniach oczu autor potwierdza spostrzeżenia Grimmingera o dobrym działaniu tego środka w nieżytach grudek.

W kilku przypadkach *blepharitis ulceroae* stosowanie 5% maści dało szybkie wyleczenie.

N. Essigman

KUMER i SALLMAN. O zmianie zabarwienia tęczy po naświetlaniu radem. (Arch. fur ophtalmol. Bd. 121—1928).

Naświetlanie radem stosuje się często u dzieci dla usunięcia naczynek powiek. Niejednokrotnie słyszy się przytem zapytania matek, czy naświetlanie nie szkodzi oczom. Pytanie powyższe usiłowano wyjaśnić na drodze doświadczalnej, chociaż wyniki tych prób nie dadzą się całkowicie przenieść na stosunki ludzkie.

Po naświetlaniu radem nowonarodzonych kotów i psów nawet niewielkimi ilościami miękkich i twardych promieni stwierdzano w oczach różne zmiany: przedwczesne otwieranie szpar powiekowych, zaćmę i zmianę zabarwienia tęczy. Z drugiej strony spostrzegano niejednokrotnie zaburzenia w rozwoju poszczególnych części oczu u dzieci, których matki były naświetlane promieniami Roentgena a podczas ciąży.

Badając wszystkie dzieci naświetlane radem z powodu nowotworów powiek, autorzy zauważyli w 6-ciu przypadkach zmianę w zabarwieniu tęczy. Po stronie naświetlanej ciemna tęcza nabierała barwy ciemniejszej, co było zależne od nagromadzenia barwnika w przedniej warstwie granicznej. Niebieskie tęczówki nabierały barwy szarej. Szaro — i zielono-brązowe tęczówki barwy nie zmieniały.

U osób dorosłych, u których często bywa niejednokrotne zabarwienie tęczy zmian opisanych nie było.

Sposób naświetlania nie odgrywał roli ze względu na jednakowe dawki w różnych przypadkach.

W 4-ch przypadkach prócz tego stwierdzono stałe zwiększenie żrenicy, które jednak mogło być tylko przypadkowe.

W. Arkin.

UYEMURA. 2 przypadki idiopatycznej hemeralopji ze szczególnymi zmianami na dnie oczu. (Klinische Monatsblätter, listopad 1928).

Hemeralopja idiopatyczna jest następstwem braku witaminy D. Wielu autorów było zdania, że w tej chorobie żadnych zmian na dnie oczu nie ma, inni znajdowali wąskie tętnice, rozszerzone żyły, zmętnienie siatkówki i t. d.

Autor podaje 2 przypadki hemeralopji idiopatycznej ze zmianami na dnie oczu, dotąd nienotowanymi w piśmiennictwie. 1 przypadek dotyczy 14 letniego chłopca, pochodzącego od zdrowych rodziców, ze sobą nie spokrewnionych, który od pewnego czasu uskarża się na coraz dokuczliwszą kurzą ślepotę. Wassermann ujemny — *vis.* pr. 1.2, lew. 1.5. Na spojówkach gałkowych plamy Bitota. Ośrodki łamiące bez zmian. Na

dnie oka stwierdza się liczne białe-żółtawe punkciaki, rozsiane po całym dniu z wyjątkiem plamki żółtej i okolicy tarczy nerwu wzrokowego. Naczynia siatkówki — normalne. Pigmentacji brak. Pole widzenia normalne. Adaptacja o zmroku silnie zmniejszona.

2 przypadek dotyczy 10-letniego chłopca, uskarżającego się od krótkiego czasu na hemeralopję. *Vis. o. u.* = 1.2. Dno oczne obustronnie o zabarwieniu białoszarym, zmętniałe w stopniu niewielkim. Zmętnienie to wybitnie występuje wzdłuż naczyń. Tarcza i plamka żółta — normalne.

Na obwodzie — szereg drobnych i okrągłych ognisk

o białe żółtem zabarwieniu. Pole widzenia normalne. Adaptacja o zmroku zmniejszona.

Autor podaje, że w piśmiennictwie nie znalazł przypadków z wyżej opisanymi zmianami na dnie oczu. Charakterystyczne dla tej sprawy było to, że zmiany te powoli ustępowały pod wpływem kuracji tranowej. Zmiany powyższe o charakterze przejściowym tłumaczy Ujemura awitaminozą, co między innymi znajduje potwierdzenie w tym, że nie stwierdzało się ich w okolicy plamki żółtej i tarczy n. wzr., a więc w obrębie miejsc o dobrym unaczynieniu, a co za tem idzie i odżywianiu.

N. Essigman.

Wskazówki praktyczne.

— Friedemann na zasadzie doświadczenia, opartego na obserwacji 700 przypadków *plonicy, leczonych surowicą*, utrzymuje, że leczenie to, zastosowane we właściwym czasie i w dostatecznej mierze, nigdy nie zawodzi.

(Klin. Woch. 1929. N. 9).

— Banti i Kretzmar otrzymywali doskonałe wyniki leczenia *choroby Basedowa* kombinacją *neodormu* z *iodem*: już w krótkim czasie po zastosowaniu tego leczenia stwierdza się wybitne podniesienie wagi i spokojniejsze zachowanie się chorych, którzy i podmiotowo czują się znacznie lepiej.

(Klin. Woch. 1929. N. 9).

— Według Kalla leczenie *lupus erythematodes* za pomocą *triphalu* daje najlepsze wyniki kosmetyczne. Środek ten, ostrożnie stosowany, nie jest niebezpieczniejszy, niż każda inna śródżylnie zastosowana sól metaliczna. W przypadkach *psoriasis*

universalis trifal daje również dobre wyniki, choć nawroty nie są wyłączone.

(D. m. Woch. 1928. N. 49).

— Dietel leczy z powodzeniem *brodawki osobników młodocianych* (*verrucae planae juveniles*) za pomocą *śródkórnego zastrzykiwania mleka*. Technika jest następująca: wyjąławia się świeże mleko krowie na kąpieli wodnej; 0,1 ctm³ tego mleka zastrzykuje się w 2 — 4 miejscach śródkórnym. Zastrzykiwania powtarza się 2 razy tygodniowo. Liczba zastrzykiwań jest rozmaita i czasem trzeba było 20, a nawet więcej zastrzyknięć. Wyleczenie następuje bez pozostawienia blizn lub zaników.

(D. m. Woch. 1928. N. 50).

— Według Vogta liczba oddechów zdrowego dziecka wynosi u noworodka 36 na minutę i spada w ciągu pierwszego roku życia na 20 — 25.

(Monatsschr. f. Kindhik. T. 42).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja Kliniczna

Posiedzenie z dn. I. XII. 1928 r.

Pokazy:

1. Herman i Karbowski. *Przypadek nowotworu przysadki leczony radem.*

Chora B. przybyła poraz I-y na oddział Dra Flatau 7. XI. 27 r. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Zawsze zdrowa. Obecna choroba od 15 mies. Na 3 m. przed przybyciem na oddział zauważyła, iż widzi tylko połowę wyrazów przy czytaniu, zwł. okiem lewym. W ciągu 3 — 4 mies. napady bólów głowy 3 krotnie. Perjod od 15 r. życia. W roku zeszłym przez 4 mies. brak perjodu. Mocz oddaje prawidłowo. Utr. ła. Przedmiotowo: gruczoł tarczowy wyczuwalny. Owłosienie pod pachami i koło sromu prawidłowe. Narządy wewnętrzne — bez zmian. Węch po stronie prawej upośledzony. Dno oczu prawidłowe. *V. oc. d.* $\frac{5}{6}$; *oc. s.* — palce z 1 metra. Pole widzenia — niedowidzenie połowicznie skroniowe, zwł. na barwy. Oczopląsu niema. Inne nerwy czaszkowe, oraz kończyny górne i dolne — bez zmian. Odruchy prawidłowe. Badanie zatok i jamy nosowej — zmian nie wykazało. 16/XII — nakładła lędźwiowie — płyn wodojasny, pleocytozy niema. Nonne-Appelt (—) Guillaumin (—) Pirquet (++) Krew — cytologicznie — bez zmian. Wassermann — we krwi i płynie (—), Roentgen — zmian w siódle nie wykazywał. Naświetlania promieniami X w grudniu i styczniu bez efektu. Tak samo wstrzykiwania dożylnie 40% roztworu glukozy. Wzrok stale pogarszał się, tak iż w kwietniu 28 r. wynosił: oka pr. — $\frac{5}{60}$, oka l. palce przed okiem; *hemianopsia bitempor.* utrzymała się, przyczem pole widzenia i w nosowych częściach wybitnie się zmniejszyło.

15/V Karbowski usunął muszlę środkową i górną i otworzył zatokę klinową. 28/5 — Chora dostała miesiadczy po

8 tyg. przerwie, 8/V usunięto przegrodę zatoki. 9/VI poprawa wzroku, liczy palce okiem l. z 3 m. 26/VI Floksztumpf wprowadził 20 mgr. radu, w filtrze kauczukowym do zatoki klinowej lewej na 24 godz. 27/VI to samo — do zatoki prawej. Dalsza poprawa wzroku: (9/VIII) *v. oc. d.* — palce z 4 m; *oc. s.* — $\frac{5}{15}$. *Hemianopsia bitemp.*, upadek wzroku, zaburzenia miesięczkowania, bóle głów, przrost wagi, brak jakichkolwiek objawów, wskazujących na *sclerosis multiplex*, stały postęp choroby przemawiają za guzem przysadki. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na poprawę wzroku już po otwarciu zatoki klinowej, co stoi w związku z pewnego rodzaju miejscowym odciążeniem i ułatwieniem odpływu żylnego; nadto zasługuje na uwagę dalsza poprawa po zastosowaniu radu.

Dyskusja: Srebrny zgadza się z rozpoznaniem guza przysadki, poprawę wzroku po otwarciu zatoki klinowej uważa jednak nie jako skutek odciążenia, lecz jako wpływ korzystny na zmiany w błonie śluzowej zatoki.

W odpowiedzi — Karbowski: zmian w błonie śluzowej zatoki nie było. Herman: otwarcie przedniej ściany zatoki stanowi pewne odciążenie (*decompressio*) również i dla odpływu żylnego.

2. Karbowski i Floksztumpf. *Przypadek raka krtani leczony radem.*

Chory 46 l. zwrócił się w lutym b. r. z powodu chrypki i uczucia obcego ciała w gardle. Badanie wykryło nowotwór o powierzchni wrzodzącej wielkości fasoli w miejscu lewej struny głosowej rzekomej. Ruchy lewej połowy krtani były ograniczone. Z wywiadów wynikało, że chory był już pod obserwacją lekarzy, że badanie pod drobnowidzmem wyciętego kawałka guza wykazało *carcinoma basocellulare* (Paszkiewicz). Choremu zaproponowano operację, na którą chory się nie zgodził. Od połowy lutego do połowy kwietnia chory leczył się gdzieindziej. Wyniki dwumiesięcznej kuracji były następujące: na wadze chory stracił 7 kilo. Nowotwór krtani, który

obejmował tylko strunę głosową rzekomą, znacznie się powiększył: struna głosowa rzekoma, więc nalewkowo - nagłośniowy i nalewka tworzyły jeden guz, szpara głosiłniczna zwężona. Wobec tego, że chory nie zgodził się na wyluszczenie krtani, zastosowaliśmy leczenie radem. Po dokonaniu przecięcia krtani wprowadzony został rad do wnętrza krtani 16 mmgr. na 4 doby; po usunięciu radu z krtani choremu nałożono kołnierz, zawierający 40 mmgr. radu, na 10 dni. Badanie krtani po trzech tygodniach 15.V.28 wykazało: guz znikł, konfiguracja nalewki o tyle zmieniona, że stwierdza się dwa zgrubienia wielkości soczewicy; brak rzekomej struny głosowej, na jej miejscu blizna; struna prawdziwa lewa ma wygląd i kształt normalny; ruchy lewej nalewki nieco ograniczone; głos zachowany, donośny. Od czasu stosowania radu przeszło 7 miesięcy. Nawrotu dotychczas nie stwierdzono. Ogólny stan chorego bardzo dobry.

Dyskusja:

Srebrny przytacza przypadki raka krtani, w których stosował naświetlanie radem. Rad był nakładany w postaci kołnierza. Wyniki były b. niepomyślne. Nowotwór uległ rozpadowi, i chorzy ginęli od zachyłkowego zapalenia płuc.

W odpowiedzi Karbowski zaznacza, że w 8 przypadkach raka krtani stosował z Floksztumpfem rad. Były stosowane różne sposoby aplikacji — krwawe i niekrwawe. Obkładanie nowotworów igłami radowymi po uprzednim wyluszczeniu chrząstek daje długo trwającą martwicę, co wika bardzo dalszy przebieg. K. uważa, że sposób bezkrwawy zastosowany w przytoczonym przypadku przyczynił się do dobrego wyniku leczenia. Tkanki niezmiennione przez uprzednie zabiegi chirurgiczne znoszą lepiej większe dawki radu.

Odczyt:

Świder. *O wczesnych postaciach gruźlicy płuc u dorosłych i stosunku ich do gruźlicy płuc dziecięcej.*

Do lat ostatnich panował w dziedzinie fizjologii pogląd, że gruźlica płuc u dorosłych zaczyna się wyłącznie w szczytach i stąd szerzy się ku dołowi. Była to zatem teoria a iko-kauzalnego szerzenia się sprawy chorobowej. Autor niemiecki, Redekera, wystąpił z koncepcją, że gruźlica u dorosłych w przeważającej liczbie przypadków zaczyna się poniżej obojczyka, a tylko w niewielkim odsetku przypadków — w szczytach. Do wniosku tego doszedł R. na podstawie dokonywanych przez siebie serjowych zdjęć rentgenowskich, co pozwoliło ustalić nieznaną zupełnie dotychczas cykl rozwojowy wczesnych postaci gruźlicy płuc u dorosłych. Badania R. wykazały zarazem, że — wbrew dotychczasowym zapatrywaniom — istnieją u dorosłych postaci gruźlicy, ustępujące bez śladu. Dotychczas bowiem sądzono, że zmiany gruźlicze u dorosłych, w przeciwstawieniu do zmian chorobowych u dzieci, nie mogą ustępować w zupełności, a ulegają zwłóknieniu, zserowaceni, zwapnieniu. Istniała zatem dotychczas przepaść między gruźlicą płuc dziecięcą, którą cechowały zmiany wysiękowe, ustępujące bez śladu, oraz gruźlicą płuc u dorosłych, gdzie nic podobnego nie spostrzegano.

Do pogłębienia różnic w poglądach na gruźlicę płuc dziecięcą oraz gruźlicę płuc u ludzi dorosłych przyczyniła się również nauka Rankego. Nie wszvstko bowiem w tej nauce było słuszne. Na teorię Rankego składają się 2 koncepcje: jedna o zależności zmian patologicznych ustroju od jego stanu immunobiologii — i ta ostała się również w świetle badań nowszych, — i druga: o ściślejszej kolejności występowania u danego osobnika różnych postaci gruźlicy. W myśl zatem tej ostatniej koncepcji wszelkie zmiany gruźlicze występują zawsze w tym samym porządku chronologicznym. Otóż ponieważ wiek dziecięcy poprzedza, naturalnie, wiek dojrzałości płciowej, a gruźlica „drugorzędowa” Rankego — gruźlicę „trzeciorzędową” — utożsamiono zupełnie dowolnie i błędnie gruźlicę drugorzędową z gruźlicą płuc dziecięcą, zaś trzeciorzędową z gruźlicą płuc u dorosłych. I jako dziwne spostrzeżenia kliniczne traktowano później występowanie zmian „trzeciorzędowych” u dzieci, ukazywały się specjalne prace, poświęcone temu zagadnieniu. Z czasem dopiero poczyniono szereg spostrzeżeń, przemawiających za tem, że niema istotnej różnicy między gruźlicą płuc u dorosłych, a gruźlicą płuc dziecięcą; że gruźlica u dorosłych zaczyna się, podobnie jak u dzieci, zawsze jako ostra sprawa wysiękowa, a zatem pod znakiem wzmożonej alergii ustrojowej.

Do tych zmian wysiękowych, które mogą się u dorosłych cofać, należą właśnie opisane przez Assmanna nacieki podobojczykowe. A. traktuje je jednak, jako nietypowe postaci gruźlicy, gdy według Redekera stanowią one punkt wyjścia właściwej gruźlicy płuc u dorosłych.

Prelegent omówił dalej szereg spostrzeganych przez siebie w Centr. Przychodni Warsz. Tow. Przeciugruźl. przypadków wczesnych postaci gruźlicy płuc u dorosłych, demonstrując odpowiednie szkice zmian w płucach wg. prześwietleń, dokona-

nych przez radiologa Przychodni, p. Dr. Werkenhina. — Prelegent ustalił 5 zasadniczych typów klinicznych wczesnych postaci gruźlicy płuc u dorosłych; zwrócił uwagę na to, że istnieć mogą zmiany, które nie dają żadnych objawów klinicznych, a wykrywa się je tylko przypadkowo.

Naciek wczesny (— podobojczykowy) jest przeważnie następstwem zakażenia zewnętrznego (exogennego); może on zarówno ustąpić bez śladu, jak i ulec zserowaceni. W tym ostatnim przypadku może jeszcze nastąpić wyleczenie; tworzy się t. zw. jama wczesna bez rozległych zmian w otoczeniu. Lub też, wskutek aspirowania mas serowatych, następuje rozszerzenie się sprawy chorobowej w postaci wystąpienia licznych ognisk przerzutowych zarówno w samym płucu, jak i szczytach. Ogniska te mogą również ustąpić, lub też ulegają zwłóknieniu, częściowo — zserowaceni; stają się dalej punktem wyjścia zmian nowych — jednym słowem: podstawą „właściwej”, przewlekłej włóknisto — jamistej gruźlicy. Związka „złośliwa” co do tworzenia nowych przerzutów są wtórne ogniska szczytowe. Wg. Redekera zatem początek gruźlicy — to ognisko, usadowione poniżej obojczyka. Dopiero wtórnie zostaje zajęty szczyt i wtedy dopiero rozwija się postępująca ku dołowi „właściwa, trzeciorzędowa” gruźlica płuc u dorosłych.

W klinice tej przewlekłej postaci gruźlicy zasługują na uwagę, jako odrębna postać wtórnych przerzutów mnogich, t. zw. nacieki wtórne („Tochterinfiltrate” Redekera), t. j. nie małe ogniska przerzutowe, a ogniska duże, okrągłe, o ostrych zarysach — a więc o cechach nacieków wczesnych. Występują one z reguły w płucu drugim. — Na zasadzie spostrzeganych i demonstrowanych przez prelegenta przypadków (szkieł płucnych) dochodzi on do wniosku, że gruźlica płuca drugiego rozwija się naogół w ten sam sposób, co płuca pierwotnie dotkniętego chorobą, t. j. przechodzi ona w płucu drugim ten sam cykl rozwojowy, co w płucu pierwszym.

Spostrzeżenia autorów obcych, dotyczące wczesnych postaci gruźlicy, oparte były na wynikach radiografii kl. piersi, spostrzeżenia prelegenta — na wynikach radioskopji. Wynika stąd, że dokonywanie prześwietleń, a nie konieczne radiografji, również może przyczynić się do wykrywania wczesnych zmian w płucach. To też w celach racjonalnej walki społecznej z gruźlicą należy wykonywać w przyszłości nie tylko serjowe prześwietlania osobników już chorych, ale również, jak to czynił R., masowe prześwietlania wszystkich, pozornie zdrowych jeszcze, członków rodziny danego gruźlika (chwilowo utajony typ nacieku wczesnego!). — Terapia polega na usunięciu chorego z „atmosfera gruźliczej” oraz na możliwie szybkim zastosowaniu odmy pierśowej, która zapobiega rozpadowi ogniska i szerzeniu się sprawy chorobowej.

Posiedzenie z dn. 15.XII. 1928 r.

Odczyt:

Landsberg. *O artretyzmie.*

(Wydrukowany w Warsz. Czasop. Lekar. Nr. 9 r. 1929).

Dyskusja: A. Landau, Srebrny, Jelenkiewicz.

J. Chmielewski: W ostatnich czasach zaznaczył się kierunek, poddający krytyce tak zw. „artretyzm” z punktu widzenia osobnej grupy nozologicznej. Odczyt prelegenta jest próbą rehabilitacji dawnego pojęcia i dawnej nazwy. Według Ch. „szkaza artretyczna”, choć oparta na innych podstawach biochemicznych, niż to starał się ustalić Bouchard i jego epigoni, istnieje i nie da się wykreślić z patologji. Za tem przemawia klinika. Sama jednak nazwa jest nieudana, daje powód do pomieszania pojęć i powinna być zastąpiona przez odpowiedniejszą. Proponowano różne nazwy; (Fernernt naprz. — „diathése dystrophique”) lecz wszystkie były nieodpowiednie. Ze szkazy artretycznej wyłączyć trzeba szereg cierpień, wywołanych niedomogą gruczołów dokrewnych, jak nap. bóle stawów i mięśni w okresie przekwitania, które dobrze leczą się wyciągami jajników i bromem, pewne stany zaburzeń gruczołu tarczowego. Odnośnie leczenia „artretyzmu” Ch. zaznacza, iż błędnie wyłącza dotąd z diety podawanie pomidorów i szpinaku.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu lutowym berlińsk. tow. lek. Mühsa m mówił o spostrzeganych przez siebie 5 przypadkach choroby Gauthera. Wszystkie dotyczą żydów i 4 u bliźszego rodzeństwa. W trzech przypadkach stwierdzono zmiany na dżiastach z krwawieniami. Obraz krwi wykazywał anemię, leukopenję i zmniejszenie liczby płytek. Rozpoznanie jest łatwe, o ile udaje się

stwierdzić przy nakłóciu śledziony lub szpiku kostnego komórki Gaucher. W jednym z przypadków omyłkowo rozpoznano trombopenję i wycięto śledzionę, co doprowadziło do poprawy stanu. Wskutek tego operowano inne, z których jeden zmarł w 14 dni po zabiegu z powodu ropiastego zapalenia płuc. W każdym razie usunięcie śledziony jest zdaniem M., skuteczniejsze, niż inne sposoby leczenia.

(D. m. W. N II)

Zgorzel młodzieńcza zdarza się obecnie o wiele częściej w Niemczech. Schum (Berl. tow. chirurg 14.1.) uważa, że jedynym środkiem racjonalnym jest usuwanie części dotkniętych. Zmiany anatomiczne są inne nieco niż w zgorzeli starczej; podobnie inne zmiany daje kiła. Etiologicznie pewną rolę zdaje się odgrywać wrodzony niedorozwój naczyń, przypadkową przyczyną jest przeziębienie. Zaczem przemawiać może fakt, że wśród chorych tego rodzaju sporo jest dawniejszych marynarzy i żeglarzy.

(D. m. W. N. II)

W tow. biolog. paryskim Hedon opowiedział historję psa zupełnie pozbawionego trzustki, którego udało się utrzymać w dobrym stanie w ciągu 4 lat dzięki insulinie i podawaniu surowej trzustki. W piątym roku stwierdzono u psa objawy charłactwa trzeba było zwiększyć dawki insuliny, które jednak już były źle znoszone. Pies padł przy objawach śpiączki z azotemją. Na sekcji wykryto w nerce objawy sklerozy i zwyrodnienie tłuszczowe nabłonka kanalików.

(Pr. méd. N 22)

Guiser demonstrował na posiedzeniu marcowym akademii lekarskiej sztukę 50-centymową śróbinkę, którą usunął przy pomocy bronchoskopji górnej po 16 latach od chwili utkwienia w oskrzeli człowieka 59-letniego, leczonego przez długi czas na rzedmę. Pozatem G. pokazywał haczyk żelazny, który pozostał 7 miesięcy w tchawicy dziecka 21-miesięcznego, śróbkę, usuniętą po 3-ch miesiącach z oskrzela trzyletniego dziecka, operowanego z powodu ropnego zapalenia opłucny.

(Pr. méd. N. 22).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Kilka uwag w sprawie chorób zakaźnych wśród żydów i chrześcijan.¹⁾

(Ze szpitala dla chorych zakaźnych w Częstochowie).

Podał

Ignacy KONIECPOLSKI, Naczelný Lekarz szpitala (Częstochowa).

Szlakiem wojny i jej nieszczęsnych następstw idą, jak powszechnie wiadomo, ciężkie i długotrwałe epidemie, które ofiary swoje znajdują przede wszystkim wśród ludności ubogiej, żyjącej w złych warunkach higienicznych.

Niektóre choroby zakaźne, jak na przykład dur plamisty, które przed wybuchem ostatniej wojny europejskiej spotykały się w Częstochowie sporadycznie, podczas wojny i po części już po jej ukończeniu stały się chorobami endemicznymi.

W należytem zrozumieniu racjonalnej walki z chorobami zakaźnymi trzeba było wówczas zająć się izolacją chorych; z drugiej znowu strony trzeba było zabezpieczyć temuż choremu należytą opiekę, co było koniecznością humanitarną.

Z tych to względów powstał w Częstochowie w 1915 roku Miejski Szpital dla chorych zakaźnych.

Największa frekwencja chorych była w szpitalu w latach wojny i na tę frekwencję złożyły się dwa czynniki, a mianowicie: samo nasilanie epidemii z jednej strony, z drugiej zaś pewien przymus władz okupacyjnych.

W referacie niniejszym przedstawiam niektóre dane statystyczne co do przebiegu duru plamistego, duru brzusznego i szkarlatyny, porównawczo u chrześcijan, jak i u żydów, przyczem muszę podkreślić, że do statyki tej z różnych względów nie wszyscy chorzy szpitalni zostali włączeni między innymi nie

rozporządzam, statystyką chorych z lat 1919—1921, to jest z czasów mej służby wojskowej.

Na dur brzuszny ogółem leczonych chrześcijan (mężczyzn i kobiet) za wyżej wskazany okres czasu włącznie do roku 1923 było 1.381 przypadków, z tych śmiertelnych 162, czyli śmiertelność wynosiła 11,72%.

Mężczyzn było 668 ze śmiertelnością 12,87%, kobiet zaś w tym samym okresie 713 ze śmiertelnością 10,65%.

Wśród żydów chorych na dur brzuszny w tym okresie czasu stwierdziliśmy 728 przypadków z odsetkiem śmiertelności 9,31.

Większej różnicy w śmiertelności między kobietami i mężczyznami nie mamy tu do zanotowania.

Zestawiając powyższe cyfry, widzimy przede wszystkim, że wśród chrześcijan u kobiet odsetek śmiertelności jest niższy, niż u mężczyzn.

Wśród chorych na dur plamisty było 2.219 chrześcijan, odsetek śmiertelności wśród nich 12,12; mężczyzn było 1.032 ze śmiertelnością 14,43%, kobiet zaś 1.187 ze śmiertelnością 10,11%.

I tu widzimy, że wśród chrześcijan chorych na dur plamisty śmiertelność mężczyzn była w porównaniu ze śmiertelnością kobiet znacznie większa.

Żydów chorych na dur plamisty było 1.131 z odsetkiem śmiertelności 7,25, przyczem mężczyzn było 580 ze śmiertelnością 8,27%, kobiet zaś 551 ze śmiertelnością 6,17%.

Z zestawienia powyższego możemy wywnioskować: 1) wśród kobiet chorych na dur plamisty procent śmiertelności jest niższy, niż wśród mężczyzn, i 2) śmiertelność żydów na dur plamisty jest znacznie niższa, niż chrześcijan.

Uboższa w dane jest nasza statystyka chorych na szkarlatynę.

Na ogólną liczbę 144 chorych pochodzenia aryjskiego odsetek śmiertelności był 6,4%, wśród 77 chorych semickiego pochodzenia śmiertelność była nieco mniejsza, a mianowicie 6%.

O ważności czynnika rasowego w odporności semitów na gruźlicę pisano dużo.

¹⁾ Wyjątek z pracy p. t. Czynniki rasowe w ostrych chorobach zakaźnych w świetle statystyki Miejskiego Szpitala dla chorych zakaźnych w Częstochowie, odczytanej na I Zjeździe Tozu w Warszawie w r. 1928.

Własnych materiałów z tej dziedziny nie posiadam, ale przytaczam nieco danych obcych, dotyczących środowiska polskiego.

W statystyce dra Biegańskiego dotyczącej Częstochowy, na ogólną liczbę 421 chorych było 343 chrześcijan i 78 żydów przy o połowę tylko mniejszej ludności żydowskiej w tem mieście.

Podług Sterlinga i innych pisarzy śmiertelność u chrześcijan jest o połowę większa, niż u żydów.

Statystyka Sokołowskiego obejmuje 4.861 chorych na gruźlicę i wykazuje przewagę śmiertelności na suchoty po stronie ludności chrześcijańskiej.

Mimowoli nasuwa się pytanie, czem objaśnić tę różnicę w przebiegu niektórych chorób zakaźnych, a w szczególności duru plamistego wśród ludności aryjskiej i semickiej, jakie czynniki wchodzi tu w grę?

W chwili obecnej nie posiadamy danych naukowych, któreby interesujące nas zagadnienie rozstrzygnęły kategorycznie. Dr. Biegański, mniejszą złośliwość w przebiegu gruźlicy wśród żydów objaśnia tem, że żydzi, żyjąc w środowisku najbardziej zagrożonem, przystosowali się do niego przez dobór naturalny, bądź przez odporność nabytą i jej dziedziczenie. Pogląd powyższy może poniekąd tłumaczyć ową dziwną sprzeczność, że ludność żydowska, źle odżywiana, uboga, a najczęściej, zwłaszcza w małych miasteczkach, żyjąca w złych wa-

runkach higienicznych, jednakże na gruźlicę mniej choruje, niż ludność chrześcijańska, znajdująca się wogóle w warunkach względnie lepszych.

Wprost przeciwne zjawisko, jak dr. Kacprzak podaje w swym artykule „Sprawy sanitarne w Stanach Zjednoczonych“, spotyka się wśród ludności murzyńskiej w Ameryce.

Ci ostatni, niżsi kultura, o wysokiej rozrodczości dają bardzo wysoki odsetek śmiertelności na gruźlicę, przyczem, jak wiemy cierpienie to wśród nich jest bardzo rozpowszechnione.

Statystyka, przeprowadzona w Rosji w ostatnich latach wojny, obejmująca niektóre choroby zakaźne, jak dur plamisty, dur brzuszny, niezbiecie dowiodła, że śmiertelność wśród żydów w przebiegu najrozmaitszych durów jest znacznie mniejsza. Fakt powyższy nie da się w zupełności wytłumaczyć tem, iż wśród żydów rzadziej spotyka się nadużycie wysokości, zakażenie kiłowe, które bezwzględnie wywierają szkodliwy wpływ na siłę odpornościową organizmu i tem samem na przebieg choroby.

Czynnik społeczny również nie wyjaśnia całkowicie tej sprawy.

Obserwacje osobiste, doświadczenia kliniczne wielu autorów, jak i badania teoretyków (Dungera, Hirszfelda i wielu innych) zdają się przemawiać jak najwyraźniej za rolą konstytucji, jako czynnika w tej sprawie, jeśli i niedecydującego, to w każdym razie wielkiej wagi.

Wiadomości bieżące.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesłało następujący Okólnik do Panów Wojewodów.

W sprawie zakładania przychodni przeciwjagliczych i udzielania pomocy rządowej na ich utrzymanie.

W myśl art. 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333 z 22. III. 1928) obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy wśród ludności oraz zapewnienia chorem jagliczym możliwości odpowiedniego leczenia ciąży na odpowiednich związkach komunalnych. Związki komunalne są obowiązane w pierwszym rzędzie, jeśli na ich terenie szerzy się jaglica, utworzyć i utrzymywać specjalne przychodnie przeciwjaglicze (art. 7).

Już na skutek wezwania Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) — okólnik L. Z. Z. 7838. 26 z dn. 20 września 1926 — i z pomocą finansową Rządu pewna liczba związków komunalnych utworzyła i prowadzi przewidziane przez powyższe rozporządzenie przychodnie przeciwjaglicze, wszakże liczba tych przychodni ciągle jest jeszcze niedostateczna i wiele związków komunalnych, na których terenie szerzy się jaglica, nie przystąpiło do uruchomienia przychodni.

Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) zwraca się do Panów Wojewodów, aby w myśl ust. 2 art. 7 wzmiankowanej ustawy wezwali gminy i powiatowe związki komunalne, na których terenie szerzy się jaglica, do uwzględnienia w budżetach samorządowych odpowiednich kredytów na prowadzenie przychodni przeciwjagliczych.

Jednocześnie zechce Pan Wojewoda zwrócić uwagę interesowanych samorządów, że w myśl ust. 3 art. 6 w mowie będącego rozporządzenia mogą zwrócić się za pośrednictwem Pana Wojewody do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o udzielenie zapomogi na urządzenie i prowadzenie przychodni przeciwjagliczej.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) w pierwszym rzędzie udzielać będzie zapomogi tym związkom komunalnym, gdzie jaglica szerzy się endemicznie i gdzie najbardziej odczuwać się daje brak przychodni przeciw-

jagliczych przy uwzględnieniu siły finansowej danego samorządu, przytem jednak wysokość zapomogi naogół nie może przekraczać $\frac{1}{3}$ ogólnych wydatków na te przychodnie.

Wszelkie wnioski w sprawie udzielania zapomóg rządowych samorządom na urządzenie i prowadzenie przychodni przeciwjagliczych z kredytu budżetu na rok 1929/30 zechce Pan Wojewoda jaknajrychlej, a w każdym razie przed dniem 1 kwietnia 1929 r. przesłać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi V Służby Zdrowia) do rozpatrzenia, gdyż z powodu ograniczonych kredytów na ten cel późniejsze wnioski prawdopodobnie nie będą mogły być uwzględnione. —

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Piestrzyński

— Departament Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. komunikuje nam następujące szczegóły w sprawie niektórych zasadniczych postanowień projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Do szeregu informacji, które Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) otrzymało dotychczas od rządów: Czechosłowacji, Szwecji, Danii i Austrii w sprawie obaw, wyrażonych przez sfery lekarskie, co do rzekomego szkodliwego wpływu niektórych postanowień projektu rządowego ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przybyły jeszcze informacje ze strony rządu Rzeszy Niemieckiej, które poniżej podaje się w tłumaczeniu:

Urząd Spraw Zagranicznych ma zaszczyt zakomunikować Poselstwu Polskiemu na Jego notę z dnia 10 przeszłego miesiąca Nr. 4001 następujący kwestionariusz Pana Prezydenta Państwowego Urzędu Zdrowia, rozesłany do członków Państwowej Rady Zdrowia w miastach: Berlinie, Monachjum, Dreźnie, Karlsruhe i Hamburgu jakoteż otrzymane nań odpowiedzi.

I. Czy żądanie przedłożenia świadectwa lekarskiego od osób wysoce podejrzanych, że są dotknięte chorobą weneryczną i że chorobę tę szerzą, działało odstraszaająco na dane osoby co do szukania pomocy lekarskiej?

Pytanie to spotkało się z ogólnym zaprzeczeniem. Prze-

ciwnie § 4 ust. 1¹⁾ daje rękojmię zastosowania opieki sanitarnej względem szczególnie niebezpiecznych i zagrożonych osób obojej płci, a tem samem stwarza możność wdrożenia wczesnego ich leczenia.

II. Czy względny przymus zgłaszania chorych²⁾ oddawał tychże w ręce niepowołanych doradców?

Niema oznak, wskazujących na wzmoczone zwracanie się chorych do osób, nieposiadających uprawnień do wykonywania lecznictwa. Przeciwnie, stwierdzono, że wenerycy, którzy pozostawali w leczeniu u partaczy, porzucili ich i udali się pod opiekę lekarską.

III. Czy zniesienie reglamentacji spowodowało wzmoczenie się stanu liczebnego przypadków chorób wenerycznych?

Na pytanie to można w ogólności dać odpowiedź przeczącą. Wskazuje się przytem na jedyną, istniejącą obecnie, statystykę, wydaną w tym względzie przez Związek Lekarzy Wielkiego Berlina, która to praca ogłoszona została w „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ z r. 1928 Nr. 45 str. 1893.

Berlin, dnia 3 lutego 1929.

Do

Poselstwa Polskiego
w Berlinie.

— Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża rozesłał do 16 Okręgów P. C. K. następujące pismo ogólne.

Rok rocznie kraj nawiedzają powodzie, a w roku bieżącym, wobec wielkich opadów śnieżnych, katastrofa powodzi poważnie zagraża wielu miejscowościom kraju.

W ślad za klęską powodzi idą klęski głodu i chorób zakaźnych, przesładować dotkniętą powodzią ludność; z powodu długotrwałych mrozów tu i owdzie zaczyna pojawiać się i szerzyć dur planisty.

Polski Czerwony Krzyż w myśl par. 1 pkt. 2-gi statutu jest powołany do organizowania i uruchomienia akcji ratowniczej dla ludności, poszkodowanej na skutek epidemii lub klęsk żywiołowych. By akcją tego rodzaju należycie przeprowadzić, trzeba być do niej przygotowanym; a w szczególności należy zapewnić sobie dysponowanie odpowiednio wyszkolonym personelem i przygotować niezbędne zasoby materiałowe.

Zarząd Główny P. C. K. w dniu 3.XI 1928 okólnikiem Nr. 10 wezwał wszystkie Okręgi i Oddziały do opracowania programu prac na 1929 rok, wskazując kolejno zadania, jakie należy wypełniać w zakresie wyszkolenia personelu i gromadzenia zasobów materiałowych, oraz do umieszczenia w preliminarzu budżetowym odpowiednich kwot na realizację tego programu. Rozwijając program prac na zasadzie powyżej zacytowanego okólnika, Zarząd Główny miał na względzie praktyczne zastosowanie jego do bieżących potrzeb społeczeństwa. Niestety, do obecnej chwili zrealizowanie programu, nakreślonego w okólniku Nr. 10, nie było możliwe. Z konieczności przeto akcja ratownicza, jaką P. C. K. z wiośnią ewentualnie uruchomi, nie będzie mogła być rozwinięta w skali należytej. Jednak mimo to należy poczynić wszystko możliwe, aby z jednej strony przyspieszyć i osiągnąć choć częściowe zrealizowanie programu prac P. C. K. do wiosny, jednocześnie czyniąc należyte przygotowania, aby posiadane w obecnej chwili zasoby zużytkowane były jaknajlepiej.

W tym celu należy:

1) zbadać przedewszystkiem, w jakich miejscowościach należy oczekiwać, że ludność może być dotknięta klęskami żywiołowymi oraz chorobami epidemicznymi;

2) nawiązać porozumienie z władzami państwowymi i samorządowymi co do współpracy na tych terenach, mając na względzie przy podziale czynności uruchomienie ze strony P. C. K. odpowiednich jednostek, jak szpitale, punkty sanitarno-żywnościowe i t. p. wraz z fachowym personelem i pod gołdem P. C. K., natomiast należy starać się o to, aby lokale i środki finansowe na przeprowadzenie akcji dostarczyły miejscowe władze rządowe.

1) Właściwa władza sanitarna ma prawo zażądać od osób, podejrzanym w wysokim stopniu o chorobę weneryczną i szerzenie tej choroby, przedłożenia świadectwa lekarskiego tylko w wyjątkowo uzasadnionych przypadkach od lekarza, wskazanego przez właściwą władzę sanitarną lub poddania się badaniu przez lekarza urzędowego. Na wniosek lekarza badającego od osób takich można zażądać wielokrotnego przedkładania takich świadectw.

2) Lekarz, leczący osobę, cierpiącą na chorobę weneryczną, w okresie zaraźliwym obowiązany jest podać do wiadomości władzy sanitarnej, wspomnianej w § 4, jeżeli chory usuwa się z pod leczenia i obserwacji albo jeżeli jest on niebezpieczny dla otoczenia z powodu swego zawodu lub stosunków osobistych.

we lub samorządowe. Rzecz prosta, że P. C. K. winien jednocześnie pociągnąć jaknajszersze sfery społeczne do świadczeń, zwłaszcza w naturze, zbierając odzież, żywność i t. p.

3) w zakresie przygotowania odpowiedniego personelu — natychmiast przystąpić do zorganizowania kursów podinstruktorskich drużyn ratowniczych, a następnie do organizowania samych drużyn ratowniczych, aby chociaż częściowo można było uruchomić je na wiosnę;

4) w sprawie pomocy lekarskiej i sanitarnej — z zapasów, posiadanych w Okręgu i Oddziałach, przygotować należy małe jednostki szpitalne (np. 15 — 25 łóżek), celem uruchomienia ich, jako szpitali epidemicznych. Zarząd Główny w razie nagłej potrzeby gotów będzie udzielić pomocy i z własnych zapasów dostarczyć urządzenia szpitalne oraz dezynfekторы z kompletem natrysków;

5) w zakresie pomocy żywnościowej — Okrąg bądź poszczególne Oddziały powinny z posiadanych zasobów zorganizować punkty odżywcze. Zarząd Główny posiada w rezerwie kilka kuchni polowych i odpowiedni sprzęt, by w razie wyjątkowej potrzeby kierować je do określonych miejscowości;

6) w zakresie zorganizowania przewożenia chorych — użyć posiadane 4-kołowe wozy sanitarne i w tym celu niezwłocznie porozumieć się z władzami wojskowymi, o ile wozy te są oddane do dyspozycji władz wojskowych. Rzecz prosta, że należy jednocześnie uruchomić i wszelkie inne środki transportowe, posiadane przez Okrąg bądź Oddziały (np. samochody). Nadmieniam się, że wozy dwukołowe, ze względu na opóźnienie wykonania, nie będą mogły być dostarczone Okręgami i Oddziałami w tym czasie.

Zarząd Główny oczekuje, że Zarząd Okręgu natychmiast przystąpi do rozpatrzenia i wykonania wytkniętych zadań i prosi o nadsyłanie do Zarządu Głównego szczegółowych sprawozdań o poczynionych w tym zakresie przygotowaniach, uprzedzając jaknajwcześniej o ewentualnej konieczności dostarczenia sprzętu przez Zarząd Główny.

Prezes: (—) Z. Zaborowski

Dyrektor: (—) L. Rutkowski

— Od prezydium Polskiego Tow. Pedjatrycznego w Warszawie otrzymaliśmy pismo następujące:

Chcąc podnieść poziom naukowy młodszych kolegów pedjatrów, chcąc ich zachęcić do większej pracy nad sobą, Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego opracował przepisy niniejsze, które w sposób prosty i nieprzesadzający miejscowych zwyczajów precyzują trzy punkty następujące:

A. kto ma prawo nazywać siebie pedjatrą,

B. jakie stanowiska powinny być przez pedjatrów obsadzone,

C. w jaki sposób powinny być oceniane kwalifikacje zgłaszających, chęć kandydatów.

W nadziei, że życzliwe stanowisko prasy lekarskiej w stosunku do naszego projektu może w znacznym stopniu przyczynić się do szlachetnej konkurencji młodego pokolenia pedjatrów na polu pracy naukowo i społeczno-lekarskiej, Zarząd Pol. Tow. Pedjatrycznego zwraca się do Pana Redaktora z uprzejmą prośbą o wydrukowanie rzeczonego projektu z odpowiednią wzmianką w Jego poczytnym piśmie.

Z poważaniem

Prezes Tow.: Dr. Kopeć

Sekretarz: (podpis nieczytelny).

Opinia Zarządu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego w sprawie obsadzania stanowisk pedjatrycznych w instytucjach leczniczych oraz społeczno-hygienicznych.

A. Lekarz mianujący się pedjatrą powinien odpowiadać następującym warunkom: ogółem mieć conajmniej trzy lata praktyki lekarskiej szpitalnej, przyczem jeden rok winien być poświęcony pracy na oddziale chorób wewnętrznych dla dorosłych, dwa lata zaś pracy w szpitalnictwie dziecięcym, przyczem konieczne jest zaznajomienie się z chorobami zakaźnymi i wieku niemowlęcego. Zaświadczenie z odbytej praktyki winno być potwierdzone przez szefów instytucji, w których dany kandydat pracował.

B. Przez pedjatrów winny być obsadzone następujące stanowiska zarówno czasowe jak stałe:

1. Wszystkie stanowiska w instytucjach leczniczych, udzielających pomocy wyłącznie lub między innymi dzieciom do lat 14-u włącznie (szpitale, ambulatoria szpitalne i społeczne,

kasy chorych, pomoć lekarską dla urzędników oraz inne instytucje lecznicze i społeczne). Lecznictwo ludności w tym wieku powinno znajdować się wyłącznie w rękach lekarzy pediatrów.

2. Lekarzy szkolnych w szkołach powszechnych i średnich.
3. W stacjach opieki nad niemowlętami i dziećmi.
4. We wszelkiego typu żłobkach.
5. Ochronkach, bursach, domach sierot oraz innych zakładach wychowawczo-społecznych dziecięcych.
6. W przychodniach przeciwgruźliczych, przeciwkółowych, przeciwrheumatycznych, przeciwkrzywicznych, przeznaczonych dla dzieci do lat 14.

C. Na stanowiska asystentów klinicznych oraz szpitalnych przyjmowani są kandydaci według przepisów obowiązujących w danym zakładzie leczniczym. Na stanowiska ordynatorów i kierowników szpitalnych winni być wyznaczani lekarze na zasadzie konkursu, według norm przyjętych w danej miejscowości.

D. Inne stanowiska wymienione wyżej winny być obsadzone na zasadzie konkursu. Konkurs ten winien wziąć pod uwagę kwalifikacje lekarzy pod względami następującymi:

1. Dotychczasowej działalności lekarskiej i społecznej.
2. Lat pracy pediatrycznej.
3. Pracy na polu naukowym.
4. Wyszczolenia w kierunku specjalnym, odpowiadającym danemu stanowisku (w stacjach opieki nad niemowlętami, w żłobkach, domach wychowawczych pierwszeństwo mają lekarze pracujący na oddziałach szpitalnych niemowlęcych); na stanowiska lekarzy szkolnych pożądana są w pierwszym rzędzie lekarze, posiadający wykształcenie w dziedzinie wychowania fizycznego, higieny szkolnej oraz psychologii dziecięcej; dla objęcia posad w przychodniach przeciwgruźliczych pierwszeństwo mają lekarze, pracujący nad gruźlicą wieku dziecięcego.

E. Powyższe kwalifikacje powinni oceniać lekarze fachowcy. W razie jeśli dana instytucja nie posiada w swym Zarządzie odpowiednich sił fachowych, mogących ocenić kwalifikacje kandydatów, pożądana jest, aby została powołana specjalna komisja złożona z fachowców, albo też dana instytucja winna zwrócić się do odpowiedniej organizacji naukowo-lekarskiej z prośbą o ocenę kwalifikacji zgłaszających się kandydatów.

— Związek Uzdrawisk Polskich nadesłał nam następujący komunikat.
Praca nad podniesieniem uzdrawisk polskich.

Dążenia i starania o należyty rozwój organizacyjny uzdrawisk polskich zyskały w dniach ostatnich poważną podstawę. Podstawą tą jest Pierwszy (i to pierwszy nie tylko w Polsce, ale i w Europie) Kurs Instrukcyjny dla działaczy i pracowników komisji i zarządów uzdrawiskowych, oraz samorządów zainteresowanych uzdrawiskami. Kurs przeprowadzony został przez Państwową Szkołę Higieny przy pomocy Departamentu Służby Zdrowia M. S. W., a z inicjatywy i przy współpracy Związku Uzdrawisk Polskich. Trwał on od 28. II. do 10. III. 29 r.

Kurs objął 47 godzin wykładów z dziedziny ustawodawstwa uzdrawiskowego, przemysłowego, sanitarnego i administracyjnego, z dziedziny zagadnień aprowizacyjnych i kontroli środków żywności, zagadnień budżetowych i kredytowych uzdrawisk, organizacji spraw gospodarczych i spółdzielczych na terenie uzdrawisk, spraw sportu i wychowania fizycznego w uzdrawiskach, a wreszcie organizacji pracy w komisjach uzdrawiskowych.

Wykładowcami Kursu byli znawcy przedmiotów, których kierownictwo Kursu znalazło wśród wyższych urzędników ministerjalnych, wśród wykładowców Państwowej Szkoły Higieny, lekarzy uzdrawiskowych i działaczy uzdrawiskowych. W szczególności na Kursie wykładali: Radcowie ministerjalni Ministerstwa Spraw Wewnętrznych K. Prökl, Inż. E. Zaczynski, A. Hujda, H. Wohl i W. Czapinski, z Ministerstwa Robót Publicznych Naczelnik J. Szymkiewicz i Radcowie M. Weinfeld i M. Okęcki, z Ministerstwa Przemysłu i Handlu Radca R. S. Slaski, z podród Profesorów Państwowej Szkoły Higieny Dr. M. Kacprzak, Inż. A. Szniolis, Inż. S. Zmigrod i Docent Dr. S. Weil, z Lekarzy uzdrawiskowych Dr. I. Dembicki (Ciechocinek) i Dr. E. Lewicka (Druskieniki), wykładali wreszcie Dyrektor Związku Uzdrawisk Polskich J. St. Szerbiński.

Wykłady Kursu uzupełnione były wysoce interesującymi wycieczkami: do doskonale prowadzonych biur i urzędów Komisji Klimatycznej Otwocka, do Ośrodka Zdrowia Amelin w Mokotowie, do Instytutu Przyrodoleczniczego Im. Marszałka Piłsudskiego, do Zakładów Motoru i do Magazynów Balneotechnicznych Firmy Szulc w Warszawie.

W Kursie wzięło udział 43 słuchaczki i słuchacze u uzdrawisk i letnisk: Busko, Bukowina, Ciechocinek, Druskieniki,

Hel, Horyniec-Zdrój, Inowrocław, Jaremcze, Krynica, Nadworna, Niemirów-Zdrój, Otwock, Rabka, Rymanów Zdrój, Szczawnica, Truskawiec, Ustron, Wejherowo, Zakopane, Zaleszczyki i Gdynia.

Słuchaczami byli lekarze uzdrawiskowi, dyrektorzy zakładów i komisji uzdrawiskowych, członkowie komisji uzdrawiskowych i członkowie zarządów gminnych w uzdrawiskach. Frekwencja słuchaczy na Kursie była bardzo wysoka.

Słuchacze Kursu otrzymali przy jego zakończeniu odpowiednie świadectwa.

Zamknięcie Kursu odbyło się w sposób uroczysty w Auli Państwowej Szkoły Higieny. Zagaił je krótkim sprawozdaniem z przebiegu Kursu jego Kierownik Dr. J. Lubczyński, poczem Dr. W. Przywieczerski Naczelnik Wydziału Zakładów Leczniczych i Uzdrawisk Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. wyraził żywe zadowolenie Departamentu z urzędzenia i przebiegu Kursu, który niewątpliwie będzie pierwszym ogniwem w dziedzinie zawodowego szkolnictwa uzdrawiskowego.

Dyrektor Państwowej Szkoły Higieny B. Minister Chodźko wygłosił następnie dłuższe przemówienie, pełne głębokich poglądów na wartość społeczną naszych uzdrawisk, z których zaczynają korzystać obecnie coraz to szersze warstwy społeczeństwa, organizowane w dobrowolnych i przymusowych instytucjach ubezpieczeniowych.

Dyrektor Związku Uzdrawisk Polskich J. St. Szerbiński przedstawił historię zorganizowania Kursu i złożył szczerze podziękowanie Państwowej Szkole Higieny i jej Dyrektorowi, Departamentowi Służby Zdrowia i Prelegentom za prace podjęte około Kursu, słuchaczom zaś za tak liczny ich udział w pracach Kursu.

Członek Zarządu Z. U. P. Inż. W. Kryński stwierdził z zadowoleniem fakt organizowania naszego przemysłu uzdrawiskowego, stanowiącego tak poważny czynnik gospodarczy naszego państwa, na zasadach wiedzy i nauki. Senior zaś Słuchaczy Kursu Burmistrz M. Górczyński z Otwocka złożył imieniem Słuchaczy Kursu podziękowanie wszystkim tym, którzy organizacją Kursu się zajęli oraz zapewnił, iż korzyści Kursu dla jego słuchaczy i uzdrawisk są wprost bezcenne.

Sekretarz Komisji Klimatycznej J. Lazar z Ustronia na Śląsku wygłosił wreszcie podniosłe przemówienie, podkreślające wartości uzdrawisk w dziedzinie potęgowania miłości ojczyzny i zakończył staropolskim „Bóg zapłać” dla tych wszystkich, którzy nad podniesieniem uzdrawisk pracują.

Przebieg Kursu stwierdził w całej pełni, jak trafna była myśl jego urzędzenia oraz stanie się niewątpliwie bodźcem do dalszej rozbudowy uzdrawiskowego kształcenia zawodowego.

Spis Słuchaczy Pierwszego Instrukcyjnego Kursu dla działaczy i pracowników komisji i zarządów uzdrawiskowych oraz samorządów zainteresowanych uzdrawiskami.

1. Busko Zdrój Rieradzki Tadeusz i Żelichowski Michał
2. Bukowina Cwiżewicz Tadeusz
3. Ciechocinek Czechowski Antoni i Rzadkowski Wincenty
4. Druskieniki Malinowski Michał
5. Gdynia Zakrzewski Władysław
6. Hel Bienkiewiczówna Janina i Kierzkowska G.
7. Horyniec Zdrój Inż. Dembiński Wojciech i Prezes Karłowski Stanisław
8. Inowrocław Kortus Walenty
9. Jaremcze Radca Jasiński Jan
10. Krynica Zdrój Jodłowski Franciszek i Pawelec Jan
11. Nadworna Dr. Giełczyński S. i Inż. Br. Kułakowski
12. Niemirów Zdrój Nowakowski Feliks
13. Otwock Burmistrz Górczyński Michał, W-Burmistrz Reiner Maksymil., Ławnik Żukowski Olgierd i Dr. Mierosławski Ludwik
14. Rabka Chrzasczyński Władysław.
15. Rymanów zdroj Dr. Woytkowski Jan
16. Szczawnica Poseł Stadnicki Hr. Adam, Kalinowski Jan.
17. Truskawiec Inż. Jarosz Aleksander
18. Ustron. Lazar Jerzy
19. Wejherowo Miedzianowski J.
20. Zakopane Dr. Mastalerz Kazimierz
21. Zaleszczyki Datko Julian
22. Istebna Mickiewicz Adam
23. Częstochowa Zebrowski Leon
24. Warszawa Czarnowski August, Ostaszewski J., Ilczuk Leonard, Poznańska Marja, Weber Stanisław, S. Sitek, Tajchmanowa J., Vogtowa J.
25. Parczew Hurkówna Józefa

Poza wymienionymi brały udział w Kursie w formie słuchania poszczególnych luźnych wykładów dwie osoby z Warszawy.

— W Klubie Lekarzy Polskich dnia 25.III r. b. o godz. 8.30 odbyło się zebranie dyskusyjne, na którym Dr. J. Bujalski wygłosił referat p. t. „Projekty zmian w ustawodawstwie Kas Chorych według projektu wniesionego do Sejmu przez Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej“.

— Ratownictwo w wypadkach nieszczęśliwych przy pracy.

Dnia 19 marca r. b. w ministerstwie pracy i opieki społecznej odbyła się z inicjatywy Głównego Inspektoratu Pracy konferencja, poświęcona opracowaniu metod postępowania w wypadkach nieszczęśliwych przy pracy. Dr. Raciążek, który przewodniczył zebraniu z ramienia Głównego Inspektoratu Pracy, naszkicował panującą obecnie braki w dziedzinie doraźnej pomocy ofiarom wypadków nieszczęśliwych przy pracy, poczem wystąpił z wnioskiem opracowania i niezwłocznego wprowadzenia na teren zakładów przemysłowych podręcznych skrzynek ratunkowych, któreby mogły być użyte na miejscu wypadku jeszcze przed nadejściem lekarza. W wyniku dyskusji, w której wzięli udział przedstawiciele: departamentu zdrowia M. S. W. (dr. Głuszkiewicz), dep. zdr. M. S. Wojsk. (mjr. Złotogórski), Polsk. Czerw. Krzyża (dr. Zembrzuski), Og. Państw. Zw. Kas Chorych (dr. Kłuszyński), Warsz. Pogotowia Ratunkowego (dr. Białokur) i inni, uchwalono przystąpić niezwłocznie do opracowania typu skrzynki ratowniczej, zawierającej najważniejsze środki ratunkowe w wypadkach obrażeń przy pracy.

— Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa. Międzynarodowy Komitet Organizacyjny: Prezes — Dr. René Sand 2, avenue Velasquez, Paryż (8), Sekretarz — Dr. E. H. Lewinsky-Corwin, 2 East 103 d. Street N. York.

Z inicjatywy Komitetu Międzynarodowego, obejmującego przedstawicieli władz administracyjnej, lekarzy, pielęgniarzy oraz przedstawicieli zainteresowanych stowarzyszeń narodowych, w dniach od 13 do 15 czerwca 1929 zbierze się pierwszy Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa w Atlantic City (miejscowość kąpielowa pod Filadelfją). W tym samym mieście od 17 do 21 czerwca odbędzie się sesja amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnictwa. Członkowie Kongresu Międzynarodowego są najuprzejmiej zaproszeni do wzięcia udziału w tym drugim zgromadzeniu, które dopełni obrady Komitetu Międzynarodowego.

Od dnia 13 do 21 czerwca w Atlantic City będą otwarte: Wystawa Międzynarodowa Naukowa i Wystawa Międzynarodowa handlowa, obie poświęcone szpitalnictwu.

Od 5 do 11 czerwca uczestnicy Kongresu będą gośćmi Komitetu Amerykańskiego, który zawiezie ich do Bostonu, do Montrealu, do wodospadów Niagary, do Rochester, do Waszyngtonu i do Baltimore. Podczas tej wycieczki zwiedzą oni liczne szpitale.

Program Kongresu został ustalony w sposób następujący: 13 czerwca — posiedzenie ranne: przemówienia przedstawicieli różnych państw, biorących udział w Kongresie, uchwalenie regulaminu, wybór prezydium.

Posiedzenie popołudniowe: dyskusja na temat wpływu planów szpitali na koszty ich budowy i utrzymania, jak również na skuteczność leczenia (referent — S. S. Goldwater, N. York). 14 czerwca — posiedzenie ranne: dyskusja na temat dochodów szpitalnych (referent — prof. Groeber, Jena).

Posiedzenie popołudniowe — dyskusja na temat roli szpitali publicznych i szpitali prywatnych (referent dr. W. H. Mansholt, Groningen).

15 czerwca — posiedzenie ranne — dyskusja na temat szpitali psychiatrycznych (referent będzie wyznaczony) i szpitali dla chorób chronicznych (referent — prof. J. Tandler, Wiedeń).

Posiedzenie popołudniowe — dyskusja na temat: Stowarzyszenia narodowe szpitalnictwa i stworzenie Stowarzyszenia Międzynarodowego Szpitalnictwa (referenci — pp. Brizon i A. Gouachon. — Lyon).

Przygotowanie drugiego Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa.

Głosowanie wniosków.

Mowa zamknięcia.

Referaty będą rozdane zawczasu. Zgłoszenia, odnoszące się do tematów, wymienionych powyżej, będą mogły być przed stawione na dorocznej sesji amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitalnictwa.

Wystawa Naukowa będzie podzielona na sekcje narodowe, zorganizowane przez komitety, zajmujące się propagandą w każ-

dym kraju. Bardzo obszerne pomieszczenie jest im oddane bezpłatnie do dyspozycji. Komitety narodowe poniosą koszty transportu okazów i ich ubezpieczenia podczas przewozu, jak również koszty urządzenia stoisk.

Te same zasady obowiązują dla wystawy Handlowej z tą różnicą, że pomieszczenie będzie wydzielone po cenie kosztu. Każdy Komitet przyjmuje lub odrzuca przesyłki swych ziomków, powodując się zasadą, że wystawa ma za zadanie pokazanie ważnych postępów, osiągniętych w przemyśle w zakresie zarządzania szpitali i przedmiotów, któremi się one posługują. Okazom, przywożonym na wystawę, zostało zapewnione zwolnienie od cła.

Adres Sekretariatu Kongresu: Atlantic City, Ritz - Carlton Hotel.

Akademja Medyczna w Nowym Yorku (2 East 103 d. Street) ofiarowuje swoje usługi członkom Kongresu podczas całego czasu trwania ich pobytu w N. Yorku. Zobowiązuje się dostarczać im pocztę podczas wyjazdów.

Do chwili obecnej liczne rządy i narodowe stowarzyszenia szpitalnictwa podały już swych delegatów. Jest rzeczą bardzo ważną, aby wszystkie kraje były reprezentowane na Kongresie przez swych najwybitniejszych fachowców.

Regulamin.

Cel Kongresu.

Celem Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa, mającego odbyć się w Stanach Zjednoczonych w r. 1929, jest ułatwienie stosunków między zarządami szpitalnymi, publicznymi i prywatnymi, pośredniczenie w wymianie informacji i wymiana zdań między osobami, interesującymi się na całym świecie sprawami szpitalnictwa.

Organizacja.

Pierwszy Kongres Międzynarodowy Szpitalnictwa organizuje Komitet Wykonawczy Międzynarodowy, wybrany w Paryżu we wrześniu 1927 r. i sierpniu 1928 r. przy współudziale komitetów narodowych krajów uczestniczących.

Przyjmowanie członków.

Członkami Kongresu mogą być osoby, urzędy i instytucje:

a) delegowane przez władze publiczne (związkowe, narodowe, prowincjonalne lub departamentowe, kantonalne lub miejskie) lub przez narodowe stowarzyszenia szpitalnictwa;

b) zapisane na własną prośbę przez Narodowe Stowarzyszenia Szpitalnictwa, które zawiadania o tem sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego;

c) zapisane przez sekretarza generalnego Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego, gdy idzie o kraje, które nie posiadają Narodowego Stowarzyszenia Szpitalnictwa;

d) zaproszone na jego własną odpowiedzialność przez jednego z członków Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego.

Składki.

Składka członkowska wynosi 5 dolarów. Daje ona prawo do otrzymywania sprawozdań i protokołów.

Prezydium.

Prezydium będzie wybrane na pierwszym posiedzeniu Kongresu na wniosek Komitetu Wykonawczego.

Języki.

Każdy przemawia w języku swego wyboru.

Przemówienia będą przetłumaczone w streszczeniach na takie języki, jakie będą postanowione stosownie do okoliczności. Sprawozdania i protokoły będą wydane po francusku, po angielsku i po niemiecku.

Wnioski.

Kongres nie formułuje wniosków, dotyczących kwestyj technicznych.

Międzynarodowy Komitet Wykonawczy.

Delegaci, obecni na zebraniach we wrześniu 1927 i w sierpniu 1928 r., tworzą Międzynarodowy Komitet Wykonawczy do chwili otwarcia Kongresu. Komitet ma prawo kooptowania nowych członków.

Program wycieczki, urządzonej dla członków Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa.

Środa 5 czerwca. Obiad w hotelu w N. Yorku. Spotkanie na dworcu centralnym o 10 godz. wieczorem w spe-

cyjnym pociągu Pullmanowskim, przeznaczonym dla członków Kongresu.

Czwartek, 6 czerwca. Przyjazd do Bostonu o godz. 7,05 rano, wyjazd o 9 godz. wieczorem.

Piątek, 7 czerwca. Przyjazd do Montreal o godz. 7,30 rano, wyjazd o godz. 6,25 wieczorem.

Sobota, 8 czerwca. Przyjazd do wodospadów Niagary o godz. 10 rano.

Niedziela, 9 czerwca. Wyjazd o godz. 8,10 rano. Przyjazd do Rochester o 11 rano. Wyjazd z Rochester o 7 godz. wieczorem.

Poniedziałek, 10 czerwca. Przyjazd do Waszyngtonu o godz. 8,45 rano.

Wtorek, 11 czerwca. Odjazd o godz. 9 rano. Przyjazd do Baltimore o godz. 9,52. Wyjazd z Baltimore o godz. 5,13 wieczorem. Przyjazd do Atlantic City o godz. 8 wieczorem.

Organizacja podróży.

Kompanja American Express jest urzędowym agentem Kongresu w sprawach, dotyczących przejazdu członków Kongresu. Ofiarowuje swoje usługi, celem zamówienia kabiny do podróży tam i z powrotem, pokoju w hotelu, biletów kolejowych lub miejsc zarezerwowanych, słowem postara się zaspokoić wszystkie ich żądania. W szczególności udzieli im informacji co do podróży, które zechcieliby odbyć po ukończeniu Kongresu, aby zakończyć swą wizytę do Stanów Zjednoczonych.

Członkowie Kongresu są proszeni o skomunikowanie się z Kompanją American Express, najbliższą ich miejsca zamieszkania, wskazując datę, kiedy chcieliby przybyć do N.Yorku, rodzaj hotelu, w jakim chcieliby zamieszkać i zaznaczając, czy wezmą udział w wycieczce (5—11 czerwca), organizowanej bezpłatnie (koleje, wagony sypialne, hotele, posiłki, autocarv itd.) przez Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitalnictwa.

Nie należy zapominać, że wszystkie statki, jadące z Ameryki do Europy w drugiej połowie czerwca i pierwszej połowie lipca, są przepełnione. Jeśli kabina na drogę powrotną nie będzie w porę zamówiona, członkowie Kongresu mogliby znaleźć się w trudnym położeniu. Jest więc rzeczą konieczną jaknajwcześniej poczynić odpowiednie kroki.

Najniższe ceny przejazdu przez ocean Atlantycki są następujące w dolarach:

	Do Nowego Yorku	z Nowego Yorku
I klasa	177,50 do 272,50	206,25 do 300 —
II klasa	140 — " 157,50	140 — " 157,50
III klasa dla turystów	120 — " 125 —	120 — " 125 —

Podróż III klasą „dla turystów“ tam i z powrotem 200 do 210 dolarów.

W II klasie jedyną zniżką, przyznaną przy podróży w obie strony, jest 5% dla pasażerów wyjeżdżających z N.Yorku po 15 lipca.

W I klasie żadna zniżka nie będzie przyznana.

Czynione są jednak kroki, aby uzyskać zniżkę od ceny

przejazdu do Ameryki. Członkowie Kongresu są proszeni o zwrócenie się w tej sprawie do Kompanji American Express, która poinformuje ich jak tylko zapadnie odpowiednia decyzja.

W Nowym Yorku ceny hotelowe są następujące: w hotelu pierwszorzędnym za pokój z łazienką 4 do 5 dolarów dziennie (za 1 osobę) lub 7 do 8 dolarów (za dwie osoby). Naogół hotele nowojorskie nie udzielają pension. Wszystkie trzy posiłki dziennie (a la carte) kosztują około 3,50 do 4,50 dolarów dziennie.

W Atlantic City większość hoteli daje kompletne pension za 6 do 10 dolarów. Członkowie Kongresu mają prawo do 10%owej zniżki od tych cen.

Karta zgłoszenia

Nazwisko

Tytuł

Adres

zapisuje się jako członek Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa i przesyła sumę pięciu dolarów, jako składkę członkowską.

(Przesłać taką kartę i składkę do dra Lewinsky-Corwin, 2 East 103 d. Street, N.York).

— III-ci Zjazd Francuskich Towarzystw otoneuro-okulistycznych odbędzie się w Bordeaux 17, 18, 19, 20 maja 1929 r.

Referat główny obejmuje: „Bóle głowy w oto-neuro-oftalmologii“

Referentami obrano pp. Halphena, Monbruna, Tournay (Paryż).

Komunikaty i demonstracje chorych mogą dotyczyć tylko referatu głównego.

Będą poczynione kroki w celu otrzymania dla uczestników Zjazdu ulgowej 50% taryfy na kolejach.

W sprawach, dotyczących zjazdu, należy zwracać się do p. sekretarza głównego — Professeur agrégé Velter 38. Avenue du Président Wilson, Paris, 16c arrond.

— Klinika Oto-ryno-laryngologiczna profesora Portmanna (Bordeaux).

I-o Kurs anatomji patologicznej z dziedziny oto-rino-laryngologii rozpocznie się 3 czerwca (od 3 do 20 czerwca) i będzie prowadzony przez prof. Portmanna.

Kurs polega na wykładach teoretycznych, zajęciach praktycznych, demonstracjach i badaniu preparatów makro- i mikroskopowych.

II-o Kurs uzupełniający dla lekarzy-laryngologów w języku francuskim. Kurs odbędzie się od 1 do 14 lipca. Szczegółowy program będzie ogłoszony.

III-o Kurs uzupełniający dla lekarzy-laryngologów w języku angielskim odbędzie się od 22 lipca do 24 sierpnia.

TREŚĆ: WŁ. STERLING. Zespół kurczowo-torsyjny w wieku starczym (c. d.). — A. SIEDLECKA. O szybkiej metodzie badania histologicznego (metoda Terrygo). — A. LANDAU, J. GLASS i St. KAMINER. Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej (C. d.). — N. PRYŁUCKI. Antiviruses Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób, spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. KONIECPOLSKI. Kilka uwag w sprawie chorób zakaźnych żydów i chrześcijan. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. STERLING. Le syndrome dystonique de la vieillesse. (Suite). — M. SIEDLECKA. Sur une méthode prompt de l'examen histologique (méthode de Terry). — A. LANDAU, G. GLASS et St. KAMINER. Recherches sur la distribution du chlore dans le sang (suite). — U. PRYŁUCKI. L'antivirus de Besredka, comme une nouvelle méthode de la lutte contre les maladies, causées par l'infection staphylo-et streptococcique. (Rev. gén.) — J. KONIECPOLSKI. Quelques remarques concernant les maladies infectieuses parmi les juifs et chrétiens.

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.