

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. 16

WARSZAWA, 18 KWIETNIA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Co wiemy o odporności w gruźlicy?¹⁾

Podał

Prof. R. KRAUS (Wiedeń).

(Dokończenie—p. N. 15).

Nanowo musi być poddana doświadczeniu kwestja, czy szczep B. C. G., zupełnie osłabiony i niezdolny do wytwarzania żadnej gruźliczej sprawy u zwierząt wrażliwych, również posiada własności uodparniające.

Mieliśmy także sposobność przerobić doświadczenia Petroffa. Petroff był tak uprzejmy i przesłał nam swe kolonje R i S, hodowane na płytkach Petroffa, co umożliwiło nam zająć się morfologią i chorobotwórczością kolonij. Przy wstrzykiwaniu śródtrzewnowem kolonij R (oryginalnych) nie otrzymano zmian innych, niż od szczepu B. C. G. Kolonje S (oryginalne) wstrzykiwano świnkom śródtrzewnowo po 9 i 18 mg. Po miesiącu okazało się, iż zwierzęta mają gruźlicę uogólnioną w odróżnieniu od zwierząt, zakażonych kolonjami R. Zmiany w sieci były wysokiego stopnia, znaleziono małe ogniska gruźlicze w śledzionie, wątrobie i liczne większe ogniska w obu płucach. Próba tuberkulinowa śródtrzewnowa wypadła u zwierząt, zakażonych kolonjami S, inaczej, niż u zwierząt, zakażonych kolonjami R lub szczepem B. C. G. Udało mi się także otrzymać na płytkach Petroffa kolonje S ze szczepu B. C. G. Nr. 6. Kolonje te wstrzyknięto śródtrzewnowo po 5, 10, i 20 mg. Okazało się po 4 tygodniach, że zmiany w sieci są większe, niż przy stosowaniu szczepu wyjściowego, nie było jednak gruźlicy uogólnionej. Nie dało również uogólnienia zakażenie dojadrowe. W drugim doświadczeniu znów wstrzyknięto świnkom śródtrzewnowo po 10 — 20 mg. kolonji S. I tu nie znalaz-

no zmian, jakie dają kolonje S oryginalne. U jednego tylko zwierzęcia znaleziono gruźlicę w wątrobie i śledzionie; zwierzę to padło po wstrzyknięciu śródtrzewnowem tuberkuliny. Mogliśmy więc, jak dotąd, rzeczywiście otrzymać kolonje S, lecz ich chorobotwórczość nie różni się znacznie od szczepu wyjściowego B. C. G. Nr. 6.

Studja, przeprowadzone z Fujioka nad losem prątków B. C. G. w organizmie wrażliwym, wykazały stosunki podobne do tych, jakie z Beltrami obserwowałem przy szczepieniu wąglika. Po wstrzyknięciu dużej ilości prątków B. C. G. śródtrzewnowo, można w pewnym stadium wykazać prątki w narządach mikroskopowo i w hodowli, później tylko mikroskopowo, wreszcie nie można ich wykazać nawet przy pomocy mikroskopu. Celem ustalenia mechanizmu odporności przeprowadzamy badania również w stosunku do ustroju, obdarzonego naturalną odpornością jak również uodpornionego czynnie, podobnie jak to miało miejsce w stosunku do szczepień wąglikowych u owiec. Stwierdzenie faktu, że szczep B. C. G. daje się z narządów po pewnym czasie znów na pożywkach hodować, nie zmieniając swych własności, posiada prawdopodobnie znaczenie praktyczne. Należy uważać za konieczne, by w przypadkach śmierci u ludzi szczepionych oraz zmarłych, czy to z powodu gruźlicy czy też innej przyczyny, wykonywano hodowlę z narządów, otrzymanych przy sekcji celem stwierdzenia, czy obecne są tam zjadliwe laseczniczki gruźlicy typu ludzkiego, względnie bydłowego, czy też są tam tylko laseczniczki typu B. C. G. Na tej zasadzie da się ustalić, czy, jak to przyjmują niektórzy, szczep B. C. G. może być przyczyną śmiertelnych postaci gruźlicy, np. zapalenia opon mózgowych. Znalezienie laseczników zjadliwych chorobotwórczych przemawiałoby za infekcją naturalną, znalezienie laseczników osłabionych, które wywołują jedynie zmiany miejscowe, przemawiałoby za typem B. C. G. A. Ascoli, Kurt, Schern, Beltrami i ja przeprowadzaliśmy podobne różnicowanie dla lasecznika wąglika i szczepionki wą-

¹⁾ Wygłoszone dn. 7 stycznia r. b. w Państwowym Zakładzie Higjenu w Warszawie.

glikowej w przypadkach śmierci u bydła uodpornionego.

Z chwilą, gdyśmy za pomocą naszych badań doświadczalnych wykazali, że szczep B. C. G. stanowi virus fixe, i że jego osłabienie jest stałe, że nawet w dużych ilościach nie jest on chorobotwórczy, zostało w ten sposób dowiedzione, że szczep ten posiada pierwszy warunek, jakiego wymagamy od szczepionki, mianowicie jest nieszkodliwy.

W dalszych doświadczeniach staraliśmy się poznać jego własności antygenne. Doświadczenia Calmettea i jego współpracowników, doświadczenie Wilberta na małpach, liczne doświadczenia A. Ascoliego i Tschechnowitzera, Guerina na wołach, Seltera i Blumberga, Bruno Lange i Lydtina i in. na świnkach wykazały dostatecznie własności uodparniające szczepu B. C. G. Aby tę własność jaskrawiej wykazać, zastosował Gerlach ze mną, jako wskaźnik, zakażenie skórne u małp. Poprzednie moje doświadczenia z Grossem i Volkiem wykazały, że, stosując szczepy zjadliwe typu bydlęcego lub ludzkiego, można w skórze małp wywołać procesy gruźlicze postępujące. By wykazać skutek szczepienia B. C. G., wstrzyknęliśmy małpom typu Macce podskórnie laseczniki B. C. G. jeden raz lub trzy razy i po pewnym czasie stosowaliśmy u nich śródskórnie (na skórze brwi) laseczniki zjadliwe typu ludzkiego lub bydlęcego. Podczas gdy zwierzęta kontrolne wykazywały zmiany typowe postępujące, aż do gruźlicy gruczołów chłonnych i ogólnej włącznie, zwierzęta, uodpornione na to samo zakażenie, nie zareagowały żadnym odczynem, wskazującym na zakażenie (Zeitsch. f. Immunitätsf.). Doświadczenia te dowodzą, że szczep B. C. G. jest nie tylko nieszkodliwy, lecz wywołuje również odporność na zakażenie. Należy zaznaczyć, że wykazanie odporności musi się opierać na założeniach ilościowych, jak to wykazały klasyczne doświadczenia Römera. Gdy się stosuje przy reinfekcji dawki niezmiernie duże, jak np. czynił to Nobel, który u świńek morskich stosował 1 mg szczepu typu ludzkiego o niesprawdzonej zjadliwości, wtedy nie należy się również dziwić, gdy się odporność nie daje ujawnić; mimo to jednak zwierzęta jego przeżyły. Dlatego też podobne doświadczenia na zwierzętach powinny być robione przy uwzględnieniu warunków ilościowych za pomocą dawek bezwzględnie śmiertelnych, lecz niezbyt dużych. Przecież od szczepienia ochronnego wymagamy, by było ono skuteczne w warunkach naturalnych człowieka i zwierzęcia.

Od 15 do 18 października 1928 r. odbywała się w Paryżu konferencja w sprawie szczepień B. C. G. przeciwko gruźlicy; na konferencji tej zapadły postanowienia następujące:

Postanowienia Komisji Bakterjologicznej.

Pierwszą kwestją, omawianą tutaj, była nieszkodliwość szczepu B. C. G. Jednogłośnie wypowiedziano opinię, że rezultaty, otrzymane doświadczalnie, ustalają ostatecznie, że szczep B. C. G. stanowi szczepionkę nieszkodliwą (vaccin inoffensif). Komisja jest zdania, iż całość opublikowanych wyników prac doświadczalnych na zwierzę-

tach laboratoryjnych przejrzyście dowodzi, że szczep B. C. G. nie prowadzi do gruźlicy postępującej (tuberculose evolutive, progressive tuberculosis).

W celu otrzymania wyników badań porównawczych, które miałyby służyć za podstawę do wyprowadzenia wniosków na przyszłej konferencji, upoważniono szereg zakładów naukowych do opracowania omawianych zagadnień według specjalnie dla tego celu ustalonego planu pracy.

Postanowienia Komisji Weterynaryjnej.

Z całości zebranych danych doświadczalnych i jednomyślnego przekonania praktyków, stosujących szczep B. C. G. u bydła, wynika, iż szczepienie według techniki Calmettea i Guerina jest dla bydła nieszkodliwe. Te same dane doświadczalne, jak również spostrzeżenia nad praktycznym stosowaniem szczepu B. C. G. u bydła wskazują na to, że szczep ten posiada własności ochronne w stosunku do zakażenia gruźliczego doświadczalnego i naturalnego. Te ustalone własności uodparniające zachęcają do dalszego rozszerzenia doświadczeń nad szczepieniem ochronnem bydła szczepem B. C. G. Przeprowadzenie tych doświadczeń winno być uskutecznione na polu bakteriologii i anatomii patologicznej w różnych krajach według międzynarodowego planu pracy pod kontrolą władz weterynaryjnych i autorytetów powołanych w ścisłym kontakcie z Komisją, wyłonioną dla opracowania tego zagadnienia przez Sekcję Higieny Ligi Narodów. Wszędzie, gdzie to jest możliwe, winny być doświadczenia przeprowadzane ściśle według prawideł określonych.

Postanowienia Komisji Klinicznej.

Z dokumentów, przedstawionych Komisji, wynika 1) że szczep B. C. G., zastosowany u noworodków *per os* w ciągu pierwszych 10 dni życia, nie jest w stanie wywołać złośliwych zmian gruźliczych, tak samo, jak nie wywołuje tych zmian, będąc wstrzyknięty podskórnie u starszych dzieci i dorosłych; 2) że szczepienie B. C. G. wywołuje pewien stopień odporności.

Niezbędne są jednak dalsze spostrzeżenia nad uodparnianiem, obejmujące większy okres czasu i oparte na jednolitej podstawie. Badania te winny dać nam gruntowne dane co do zapadalności i umieralności wśród szczepionych, znajdujących się w różnym wieku i różnych środowiskach. Zanim to nastąpi, nie może Komisja zawyrokować ostatecznie o wartości szczepień ochronnych B. C. G. Do tego celu wzywa ona Komitet Statystyczny Ligi Narodów do zebrania i zbadania dat zapadalności i śmiertelności dzieci w pierwszym okresie życia (zarówno szczepionych, jak i nieszczepionych). Jednocześnie zostają wypracowane i zalecone do uwzględnienia ogólne wytyczne, dotyczące rejestracji najważniejszych faktów z przebiegu choroby przez klinicystów oraz ustalenia godnych zanotowania szczegółów, spostrzeganych podczas autopsji.

Na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Berlinie dnia 7 VI. 1910 roku (Zeitschr. f. Hyg. Bd. 67) uczynił Robert Koch, na krótko przed śmiercią,

przegląd epidemiologicznego przebiegu gruźlicy w różnych krajach w ciągu ostatnich lat 50. W tem pamiętnem oświadczeniu zwrócił uwagę Koch na dościsłe spostrzeżenie, które pierwszy zrobił Farr w Anglii i później potwierdził Hirsch w Niemczech, mianowicie, na obniżenie się umieralności na gruźlicę płuc. Na zasadzie porównawczej statystyki umieralności wskazał Koch, że w krajach, jak n. p. Anglja, Szkocja, Danja, Ameryka Północna, jak również i w poszczególnych dużych miastach, jak Londyn, Hamburg, Kopenhaga, daje się zauważyć obniżenie umieralności jeszcze przed odkryciem lasecznika gruźlicy. Zjawisko to jednak nie występuje wszędzie: w Japonji, Norwegji i Irlandji sprawa ma się inaczej. Na przyczynę tego zjawiska składają się, według Kocha, liczne czynniki. Że nie chodzi tutaj o zmianę charakteru rodzaju gruźlicy, wskazuje przykład Anglii i Irlandji. Być może słuszne jest zapatrywanie, że na zjawisko to wpłynęło odkrycie zakaźności gruźlicy przez Villemina, a szczególnie odkrycie lasecznika Kocha, bowiem nowe zdobycze rozkwitającej nauki (higjeny) doprowadziły do reformy warunków mieszkaniowych, odżywiania, prawodawstwa społecznego Anglii i Niemiec. Na znaczenie izolacji gruźlików wskazuje Koch, jako na moment dużej wagi, który w jego systemie zwalczania gruźlicy okazał się tak owocny. Wskazują na to dane statystyczne New Yorku, Berlina i Norwegji, gdzie obniżenie śmiertelności wiąże się z izolacją osób, wydzielających prątki, a więc z poprawą metody pielęgnowania chorych. Dziś widzimy, że te wytyczne opieki społecznej są uznane powszechnie i uwzględniane przez prawie wszystkie państwa cywilizowane. Na zasadzie statystyki powojennej można stwierdzić obniżenie umieralności z powodu gruźlicy także i w tych krajach, gdzie ono przed tem na skutek braku dostatecznej opieki społecznej spostrzegane nie było. Fakt ten jest pocieszający, należy się jednak zastanowić, czy wykorzenienie gruźlicy ludzkiej możliwe jest do osiągnięcia metodami, stosowanymi w walce z tyfusem, dżumą, malarją, żółtą febrą i gruźlicą bydła według zasady Banga. Należy się również zastanowić, czy spadek śmiertelności, osiągnięty w Ameryce Północnej, Anglii i Niemczech, nie stanowi *maximum* tego, co higjena dać może. Pozwolę sobie tu przytoczyć słowa Brauera, wypowiedziane przez niego na otwarciu założonego przezeń Niemieckiego Instytutu Badawczego nad gruźlicą w Hamburgu: „Utopją jest izolacja wszystkich nosicieli gruźlicy w domach dla gruźlików; sposób zakażenia oraz zakaźności w gruźlicy opiera się na zupełnie innych zasadach, niż w syfilisie i malarji; skutki, które można osiągnąć w tamtych chorobach, są w gruźlicy nie do osiągnięcia za pomocą metod równoległych”.

Jesteśmy jeszcze dalecy od wielkiego celu, do którego w pierwszej linii winniśmy dążyć, mianowicie, do zwalczania gruźlicy wśród ludu. Za pomocą środków, które mieszczą się w słowach „zwalczanie epidemji i zapobieganie zakażeniu”, możemy osiągnąć osłabienie gruźlicy, nie zaś jej wykorzenienie. Dlatego też prócz opieki socjalnej należy szukać także innych dróg. Należy posiłkować się bronią, która okazała się wyjątkowo skuteczną w zwalczaniu epidemji, a więc szczepieniami ochronnymi i terapią doświadczalną.

Po wyżej powiedzianem należy zadać sobie pytanie, czy jesteśmy uprawnieni do stosowania postępowania Calmettea mimo wykazanej zjadliwości szczepu B.C.G. Należy podkreślić ogólnie, że przy stosowaniu szczepień ochronnych najlepsze rezultaty można uzyskać przez stosowanie żywych, osłabionych zarazków. Do szczepień ochronnych w ospie, wścieklicznie u człowieka i węgliku u zwierząt stosuje się osłabione, lecz do pewnego stopnia zjadliwe zarazki. Tak np. *virus fixe*, stosowany u ludzi podskórnie, chroni ich przed wściekliczną, wstrzyknięty domózgowo królikowi wywołuje wścieklicznę. Jeszcze inny przykład: szczepionka, chroniąca bydło przed węglikiem, zabija myszy i świnki morskie. Tak samo stosowanie żywych uczulonych bakterij tyfusowych metodą Besredki nie wywołuje następstw szkodliwych.

Streszczając mój pogląd na szczepienia metodą Calmettea, stwierdzam, że jest jeszcze za wcześnie oddawać tę metodę do rąk lekarzy praktyków. Ażeby uchronić metodę szczepienną od przecenienia albo niedocenienia i oprzeć ją na trwałych podstawach, winny być przeprowadzone dokładne próby pod kierunkiem klinik oraz innych zasługujących na zaufanie zakładów. Dopiero, gdy badania kliniczne oraz sekcyjne przypadków, w międzyczasie zmarłych, przekonają nas o nieszkodliwości metody z jednej strony i jej skuteczności z drugiej, będzie można metodę oddać w ręce szerokiego ogółu. Ale i wówczas musi być zorganizowana piecza państwowa zarówno nad przygotowaniem szczepionki, jak i nad kontrolą szczepionych, jak to się dzieje dziś w Instytucie Pasteura w stosunku do szczepień przeciw wścieklicznie.

Obok gruźlicy niemowląt alfa i omęga zagadnienia gruźlicy są suchoty dorosłych. Jeśli uda się przy pomocy szczepionki Calmettea uodpornić niemowlęta na gruźlicę, będziemy zaledwie o krok od szczepienia, a właściwie rewakynacji dzieci, znajdujących się w okresie dojrzewania. Jednakże warunki są tutaj bardziej powikłane, i pozostaje pod znakiem pytania, czy szczepienie ochronne da się tutaj przeprowadzić podobnie, jak to ma miejsce w stosunku do niemowląt, narażonych na zakażenie i mających ujemny odczyn Pirqueta. Według Moellera, Wichmanna, Koopmanna wprowadzenie żywych zjadliwych laseczników do organizmu gruźliczego i reagującego dodatnio na tuberkulinę, jest nieszkodliwe. Na zasadzie danych doświadczalnych można stwierdzić, że wielokrotne wstrzyknięcie żywych laseczników gruźlicy wpływa dodatnio na sprawę gruźliczą. Sorgo przedsięwziął w Wiedniu podobne próby leczenia szczepem B. C. G. chorych na suchoty płucne. Folck stosował w wilku i gruźlicy skóry śródskórnie B. C. G. Z tego wynika, że wprowadzenie żywych laseczników szczepu B. C. G. do ustroju z utajoną gruźlicą lub też tylko alergicznego jest nieszkodliwe, co rozstrzyga sprawę w sensie możliwości szczepienia dorosłych.

W ten sposób mamy możność ostrożnie przystąpić do tego ważnego w zwalczaniu gruźlicy zagadnienia. Być może, uda się przez wakynację, wzgl. rewakynację podskórną szczepem B. C. G. uodpornić ludzi dorosłych na suchoty.

W ten sposób należy mieć nadzieję, że spełnią się nasze życzenia i cel walki z gruźlicą zo-

stanie osiągnięty. Dopiero wtedy urzeczywistnioneby zostały słowa, wypowiedziane przez Behringa w jego pamiętnym odczycie na Zjeździe Przyrodników w 1902 r. w Kassel, że szczepienie ochron-

ne przeciw gruźlicy uczyni zbyt częstymi wszystkie sanatoria dla gruźlików, podobnie jak zbyt częstymi stały się po wprowadzeniu szczepionki Jennerowskiej domy dla chorych na ospę.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki Chirurgicznej 2-jej U. W.
(Dyrektor: Prof. Dr. Z. RADLIŃSKI)

i

Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.
(Dyrektor: Prof. Dr. L. PASZKIEWICZ)

O mięsaku limfatycznym.

Podał

Dr. med. Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).
st. asyst. Klin. Chir. 2-jej U. W.

(Ciąg dalszy -- p. Nr. 15).

Objawy kliniczne.

Klinicznie można wyodrębnić następujące postacie miesaka limfatycznego.

1. Mięsak limfatyczny obwodowych gruczołów limfatycznych.
2. Mięsak limfatyczny śródpiersia (gruczoły limfatyczne i grasicą).
3. Mięsak limfatyczny gruczołów zaotrzewnowych.
4. Mięsak limfatyczny gardzieli.
5. Mięsak limfatyczny przewodu pokarmowego (żołądek i jelita).
6. Mięsak limfatyczny innych okolic i narządów ciała.

Każda z powyższych postaci ma swoje własne oblicze, co najlepiej wykażą odpowiednie przypadki.

Mięsak limfatyczny obwodowych gruczołów limfatycznych i śródpiersia.

1. Mięsak limfatyczny gruczołów szyi i śródpiersia (przyp. własny).

Chłopczyk 10 letni od 3-ich lat ma na szyi parę guzków poniżej prawego ucha, każdy wielkości dużego orzecha laskowego. Guzy te stopniowo zaczęły się coraz bardziej powiększać i zespalać ze sobą. Od miesiąca zauważono trudność w oddychaniu i głośny szmer oddechowy (*stridor*). Przy badaniu stwierdzono na szyi po stronie prawej guz wielkości $1\frac{1}{2}$ pięści pacjenta, dość twardy, składający się z szeregu guzków, zespolonych ze sobą. Guz ten, mało ruchomy, ze skórą niespolony, wypełnia prawie cały dół nadobojczykowy. Z tyłu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego za górnym jego odcinkiem znajduje się drugi guz wielkości jaja gołębiego, twardy, o powierzchni gładkiej, ruchomy. Nad guzem widać sieć rozszerzonych żył. Obwodowe gruczoły limfatyczne innych okolic ciała nie są powiększone. Badanie promieniami Roentgena wykryło zaciemnienie górnej części klatki piersiowej w obrębie rękkości mostka, w lewej wnęce dość duży gruczoł.

Badanie krwi: Hb 80%, cz. krwinek 4.200.000, białych 8.500, wśród których leukocytów obojętnochłonnych 71%, eozy-

nochłonnych 6%, przejściowych 9%, limfocytów 14%. Dokonano wycięcia pojedynczego gruczołu na szyi w celu zbadania mikroskopowego. Wynik badania (13): *lymphosarcoma*. Pacjent dostał szereg naświetlań promieniami Roentgena, po których oddech wybitnie się poprawił, sinica warg znikła, guzy na szyi i w śródpiersiu wybitnie się zmniejszyły.

2. Przypadek mięsaka limfatycznego szyi z przerzutem do gruczołu limfatycznego okolicy pachwinowej. (przypadek własny).

Chory lat 46 zauważył przed 3-ma miesiącami na szyi z prawej strony dwa guzki wielkości jaja gołębiego, które na początku żadnych dolegliwości mu nie sprawiały. W cztery tygodnie później guzki zaczęły szybko rosnąć, a od miesiąca wystąpiła duszność, i zaczęły zjawiać się napady ostrych bólów w prawej kończynie górnej i w klatce piersiowej. Przy badaniu chorego stwierdzono na szyi po stronie prawej guz twardy o powierzchni nierównej, prawie że nieruchomy, ze skórą nie zrośnięty. Górny bieg guza sięga połowy przebiegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego, szeroką podstawą wypełnia całkowicie dół podobojczykowy. W lewej pachwinie wyczuwa się guz twardy ruchomy, wielkości migdała. Poza to gruczoły nigdzie nie macalne. W górnej części prawego płuca stwierdza się stłumienie, wydech zaostrożony. Na szyi i w górnej części klatki piersiowej sieć rozszerzonych żył. Badanie promieniami Roentgena wykazało zaciemnienie górnej połowy prawego płuca, prawej wnęki, okolicy dużych naczyń, zależne prawdopodobnie od sięgającego wgłąb klatki piersiowej guza. Lewa komora serca znacznie powiększona.

Badanie krwi: Hb 60%, cz. krwinek 2.912.000, wskaźnik barwnikowy 1,03, białych 7.300; poszczególne postacie białych ciałek krwi: obojętnochłonnych 72%, eozynochłonnych 0%, monocytów 7%, przejściowych 4%, limfocytów 17%.

Odczyn R. W. i S. G. wypadły ujemnie.

W celu wyjaśnienia rozpoznania usunięto gruczoł z lewej pachwiny, leżący na dużych naczyniach.

Wynik badania mikroskopowego (4): *lymphosarcoma*.

Chorego leczono naświetlaniami promieniami Roentgena. W pierwszej serii otrzymał 8 dawek; po upływie miesiąca wypisał się z kliniki.

Stan chorego przedstawiał się, jak następuje. Guz w prawym dole nadobojczykowym pod względem rozmiarów i spoistości bez zmian. Prawa kończyna górna (ręka, przedramię i okolica stawu łokciowego) znacznie obrzęknięta, zabarwienie marmurowate, tętno na prawej tętnicy promieniowej ledwo wyczuwalne. Lekka sinica twarzy, rozszerzenie żył skórnych klatki piersiowej. W prawej połowie klatki piersiowej osłabienie szmerów oddechowych. Wdech i wydech posiadają jednakowy charakter. W dolnej części płuca słychać rozsiane drobno-bańkowe rżenia, przytłumienie na całej przestrzeni.

3. Gerlach podał następujący przypadek m. l. grasicy.

Przypadek dotyczył 3 $\frac{1}{3}$ letniego dziecka z guzem wielkości pięści dziecięcej, sięgającym od dołka jarzmowego do poziomu połowy worka sercowego. Guz ten 4 cm. poniżej chrząstki pierścieniowej spowodował szparowate zwężenie tchawicy na przestrzeni 1 cm., które wywołało zaduszenie. Badanie mikros-

kopowe (15) dały wynik: *lymphosarcoma*. Do górnego biegunu guza grasicy przylegały dwa powiększone gruczoły limfatyczne. W innych gruczołach limfatycznych i w szpiku — brak zmian patologicznych (badania mikroskopowe).

4. Harvier (1921). Przypadek m. l. grasicy z licznymi przerzutami.

Dorośla kobieta, u której stwierdzono rentgenologicznie wielki guz śródpiersia. Pozatem chora ta miała objawy ucisku na żyłę częzłą górną i lewostronne zapalenie opłucny. Chora zmarła. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono wielki guz grasicy (guz śródpiersia), guzy w żyłę częzłej górnej, w sercu, płucach, przeponie, wątrobie i nerkach. Wynik badania mikroskopowego: *lymphosarcoma* grasicy z przerzutami.

Najczęstszym umiejscowieniem mięsaka limfatycznego gruczołów obwodowych są gruczoły szyi. Charakterystyczne według naszych spostrzeżeń jest to, że na początku nowotwór rozwija się jednocześnie w paru sąsiednich gruczołach, które dopiero później zlewają się w jeden wielki guz twardy, mało ruchomy, ze skórą nie związany. Często występują objawy ucisku (rozszerzenie żył skórnych, ostre bóle), łańcuchy gruczołów mogą sięgać do śródpiersia i do podstawy czaszki. Gruczoły innych okolic ciała nie są powiększone. W moim przypadku (2) gruczoł u choroego w pachwinie uważam za przerzut (wystąpił później). Spostrzegaliśmy objawy niedokrewności wtórnej, pozatem innych objawów charakterystycznych brak (leukocytozy, leukopenji, form patologicznych).

Mięsak limfatyczny śródpiersia (gruczołów i grasicy) daje wybitne objawy uciskowe: utrudnienie oddechu, sinicę rozszerzenie żył podskórnych klatki piersiowej, obrzęki kończyn górnych, bóle. Należy podkreślić zadziwiająco pomysne wyniki leczenia promieniami Roentgena, stosowanego w tego rodzaju przypadkach. M. l. grasicy jest bardzo złośliwy, i wszystkie znane mi przypadki zakończyły się szybko śmiercią (zaduszenie).

Mięsak limfatyczny gruczołów zaotrzewnowych.

5. Przypadek m. l. zaotrzewnowego (przypadek własny).

Chory 61 letni zmuszony był zwrócić się o poradę do lekarza z powodu zawrotów głowy, obrzęków nóg, trudności w oddychaniu. Lekarz stwierdził obecność guza w górnej części brzucha po lewej stronie. Od 3-ch tygodni chory odczuwa bóle przy ucisku na okolicę śledziony, od paru dni bóle występują samostnie. Od 15 lat ma cukrzycę. Przeciętnie miewał od 1½% do 3% cukru w moczu. Ilość dobową moczu ok. 2 litrów. Podczas badania jamy brzusznej stwierdzono w górnej jej części po stronie lewej guz gładki, niebolesny, wielkości główki małego dziecka, prawie nieruchomy, z powłokami brzucha niezrośnięty. Wypukowo lewa górna granica guza przechodzi w sfłumienie śledziony.

Badanie moczu: C. g. 1019, odczyn kwaśny, białka ślad, cukier 3%, acetonu i kwasu octoowego nie stwierdzono. W osadzie: białe krwinki 3—4 w polu widzenia, komórki nabłonka płaskiego w niewielkiej liczbie, liczne kryształki szczawianu wapnia.

Badanie krwi: Hb. 65%, krwinek czerwonych 2.700.000 Wskaźnik barw. 1,2, białych ciałek 4.100, w tem obojętnochłonnych 63%, eozylochłonnych 3%, limfocytów 33%, przejściowych 1%.

Badanie chemiczne żołądka. Naczczo wydobyto 10 cm. zawartości, wolnego HCl brak, og. kwasota 4, po próbnem śniadaniu (15 cm.) wynik taki sam.

W kale stwierdzono obecność krwi (próba benzydnowa i gwajakowa).

Ilość cukru we krwi: 0,175%.

Odczyn R. W. i S. G. w surowicy krwi: wynik ujemny. Badanie rentgenologiczne po spożyciu papki kontrastowej i w czasie wlewanki wykazało przewod pokarmowy m. w. prawidłowy, i guz jest niezależny od niego, leży poza zstępnicą w kącie pomiędzy lewą połową poprzecznicy i górną częścią zstępnicy.

Cięnienie krwi: Mx. 140, Mn. 100.

Wziernikowanie pęcherza i badanie czynnościowe nerek nie wykryło nic szczególnego. Po przeprowadzeniu leczenia od-cukrzającego (ilość cukru w moczu spadła z 3% do 0,1%) w znieczuleniu lędźwiowym wykonano próbne otwarcie jamy brzusznej. Podczas operacji wyjaśniło się, że guz wielkości głowy dziecka wychodzi z zaotrzewnowych gruczołów przykręgowych.

Śledziona i lewa nerka — prawidłowe.

W parę dni po zabiegu chory zmarł wskutek moczniczy.

Badanie pośmiertne: obrzęk płuc, przewlekłe zapalenie nerek, zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Wynik badania histologicznego guza: *lymphosarcoma*.

6. L. Berger i A. Weiss (1923) spostrzegali następujący przypadek mięsaka limfatycznego jamy brzusznej z licznymi przerzutami.

U dziecka trzyletniego z dużym guzem brzucha (początek niewiadomy) od 6-u tygodni zaczęło rosnać wole, które, pomimo tracheotomji, zadusiło chorego.

Na sekcji znaleziono w okolicy trzustki guz wielkości głowy noworodka, prócz tego przerzuty do tarczycy i liczne guzki we wszystkich narządach jamy brzusznej. Gruczoły limfatyczne nie były zajęte przez nowotwór. Wynik badania mikroskopowego guza w brzuchu i guzków przerzutowych: *lymphosarcoma*.

Mięsak limfatyczny zaotrzewnowy na początku nie daje objawów, i wykrycie guza jest zwykle przypadkowe. W tej postaci mięsaka limfatycznego również występuje niedokrewność wtórna, bez specjalnych zmian w obrazie krwi.

Mięsak limfatyczny gardzieli.

7. A. Bo (1925) opisał przypadek mięsaka limfatycznego na tylnej ścianie gardzieli (bliższych szczegółów brak), który zupełnie zatkał nozdrza tylne i uniemożliwił oddech. Zastosowano naświetlanie promieniami Roentgena (12 posiedzeń z przerwami po 15 dni), pod wpływem których nowotwór znikł. Po rocznej obserwacji wznowy nie stwierdzono.

8. Ferreri (1922) ogłosił trzy przypadki mięsaka limfatycznego gardzieli. Dwa przypadki dotyczyły jamy nosogardzielowej, w jednym z nich rozwinął się przerzut w śledzionie. W trzecim przypadku nowotwór, umiejscowiony w migdałku, dał przerzuty do gruczołów szyi i śledziony. Wszystkie te trzy przypadki były leczone głębokimi naświetlaniami promieni Roentgena. Dwóch chorych wydawało się (guzy znikły), trzeci (*lymphosarcoma* migdałka) zmarł.

9. Perrier (1921) spostrzegł przypadek mięsaka limfatycznego lewego migdałka u 17-letniej panny. Sam guz był mało ruchomy, gruczoły na szyi po stronie lewej były obrzmiałe znacznie. Chorą leczono naświetlaniem radem z wynikiem dobrym: guz migdałka i przerzut na szyi znikły zupełnie.

Mięsak limfatyczny gardzieli zazwyczaj wychodzi z migdałka lub tkanki limfoidalnej podśluzówkowej tylnej ściany gardzieli, lub z innych

miejsc pierścienia limfatycznego Waldeyera. Daje on przerzuty do gruczołów szyi, względnie do innych odległych narządów do śledziony?). Zależnie od wielkości, guzy utrudniają oddychanie. Należy podkreślić wielkie powodzenie energii promienistej (Roentgen i rad) w leczeniu mięsaków limfatycznych gardzieli.

Mięsak limfatyczny przewodu pokarmowego.

10. Schindler (1922), Mięsak limfatyczny żołądka u 60-letniej pacjentki, która dawniej chorowała na żołądek z objawami wrzodu. Obecnie zaburzenia żołądkowe wzmożyły się. Chora ma częste wymioty. Dokonano gastroskopji, która wykazała: błona śluzowa żołądka usiana wybroczynami, na przedniej ścianie w okolicy krzywizny dużej powierzchnia nierówna, guzowata. Chora zmarła. Badanie pośmiertne wykryło rozległy owrzodziały guz żołądka. Badanie mikroskopowe: *lymphosarcoma*.

11. H. Meyering (1925) opisał przypadek mięsaka limfatycznego żołądka u 41 letniej kobiety, której przed rokiem wycięto woreczek żółciowy z powodu kamicy. Obecnie ma dolegliwości żołądkowe. Rozpoznanie waha się między wrzodem modelowatym a rakiem żołądka. Podczas operacji stwierdzono guz na małej krzywiznie żołądka. Żołądek wycięto. Badanie histologiczne guza: *lymphosarcoma* (wzrost naciekający, przenikanie komórek okrągłych typu limfocytów w wielu miejscach do dróg chłonnych). Po 2 letniej obserwacji brak wznowy, pacjentka czuje się dobrze.

12. Konjetzny (1925) spostrzegał mięsaka limfatycznego żołądka u 31 letniej kobiety, którą operowano z powodu zwężenia odźwiernika na tle wrzodu. W czasie operacji stwierdzono w części odźwiernikowej żołądka guz wielkości małej pomarańczy. Guz wycięto. Badanie mikroskopowe guza: *lymphosarcoma*. Przebieg pooperacyjny gładki. Wkrótce jednak gruczoły limfatyczne szyi, grudki limfatyczne podstawy języka i grudki limfatyczne gardzieli obrzękły. Po naświetlaniu promieniami Roentgena wszystko to znikło, chora jest już 11 lat w obserwacji od czasu operacji, czuje się dobrze, wznowy niema.

13. Ruppert podaje przypadek mięsaka limfatycznego żołądka (mikroskopowo badał Schlagenhauer) u 58 letniej kobiety (cały prawie żołądek nacieczony, gruczoły zajęte), u której wykonał wycięcie żołądka (ruchomość dobra). Chora badana w 14½ lat po operacji była bez wznowy (cyt. w/g. H. Hirschfelda).

Z przeglądu tych czterech przypadków mięsaka limfatycznego żołądka możnaby wyciągnąć wniosek, że nowotwór ten w żołądku nie jest zbyt złośliwy. Pozatem należy znów podkreślić skuteczność leczenia promieniami Roentgena.

Podobnie jak mięsak limfatyczny żołądka, do rzadkości należy mięsak limfatyczny jelit. G. Simoncelli zebrał w piśmiennictwie 16 spostrzeżeń. Na 13.036 badań pośmiertnych Chiari znalazł go w 13 przypadkach. Przytaczam krótkie opisy znanych mi przypadków z piśmiennictwa ostatnich lat, jako dokładniej zbadanych histologicznie.

14. Giuliani (1928) podaje przypadek mięsaka limfatycznego jelita cienkiego u kobiety 39 letniej która 16 lat temu była zakażona kiłą, od 5 lat miewa napady bólu w brzuchu nad prawym talerzem biodrowym w 2 — 3 godziny po jedzeniu, pozatem czuje się dobrze. Łaknienie zachowane, wypróżnienie niekiedy wolne, nigdy z domieszką krwi.

Od dwóch lat chora zauważyła w dole brzucha guz niebolesny, wielkości pomarańczy. Chora zaczęła chudnąć i w ciągu 1½ roku straciła 15 kilo (waga spadła z 65 kg. na 50 kg.). Przy badaniu chorej stwierdzono: na dwa palce poprzeczne powyżej spojenia łonowego guz wielkości pięści twardy, bardzo ruchomy dający się swobodnie przemieszczać z prawego dołu biodrowego na lewy, nie mający łączności z narządami miednicy małej. Podczas operacji stwierdzono guz wrzecionowaty, obejmujący końcowy odcinek jelita biodrowego w odległości 20 cm. od kątnicy na przestrzeni ok. 12 cm. W bliskim sąsiedztwie od głównego guza znajdowały się na jelicie guzki mniejsze wielkości małych orzechów włoskich. Dokonano wycięcia zmienionego jelita na przestrzeni ok. 20 cm., zespolono jelito za pomocą guzika Murphy. Przebieg pooperacyjny gładki, po miesiącu pacjentka wyzdrowiała.

Usunięty guz na tylnej powierzchni był gładki, na przedniej nierówny, pokryty surowicówką o wyglądzie prawidłowym. Na przekroju stwierdzono znaczne zgrubienie ściany jelita (do 3 cm.), nacieczonej przez tkankę barwy różowawo białej, obejmującej przestrzeń pomiędzy surowicówką a podśluzówką. Śluzówka zachowana całkowicie z wyjątkiem miejsca, najbardziej wystającego nad guzem, gdzie się znajduje niewielki ubytek nabłonka. Odcinek jelita powyżej guza jest rozrzerzony, mięśniówkę ma przerosłą w miejscu tem spostrzegamy parę małych guzków różnej wielkości na przekroju podobnych do głównego guza. Gruczoły krezki wielkości orzecha laskowego. Badanie mikroskopowe dużego guza i mniejszych guzków wykazało obraz typowy dla *lymphosarcoma*.

Po upływie 1½ miesiąca od operacji chora zaczęła miewać znów napady bólów w okolicy pępka i sama zauważyła tuż poniżej pępka guz wielkości orzecha laskowego. Łaknienie było zachowane, wypróżnienia prawidłowe. Wkrótce chora zaczęła chudnąć i tracić siły. Badanie chorej w cztery miesiące po operacji stwierdziło obecność guza nierównego, wielkości pomarańczy, o niewyraźnych granicach, mało ruchomego, zróżniętego z pępkiem. Badanie klatki piersiowej kliniczne i za pomocą promieni Roentgena stwierdziło ogniska przerzutowe w płucu prawem. Chora szybko traciła siły, miała nieustające wymioty, i w dwa miesiące potem, a w pół roku od operacji — zmarła.

Badanie pośmiertne wykryło przerzuty nowotworowe w prawem płucu, w gruczołach okołotchawicznych i przyoskrzelowych, 200 cm.³ płynu niekrwawego w jamie brzusznej, guzki wielkości jaja gołębiego pod otwartą ścianą, powiększenie gruczołów limfatycznych żołądka, dwunastnicy, krezki, wątroba, śledziona i nerki bez zmian. W obrębie jelita cienkiego (na miejscu dawnej rezekcji) guz wielkości głowy noworodka nie zwężający światła jelita. Pod śluzówką jelita cienkiego i grubego na całej ich przestrzeni liczne guzy wielkości od orzecha włoskiego do mandarynki. Jajniki i jajowody zamienione w dwie wielkie masy nowotworowe.

Badanie mikroskopowe guzów dało wynik identyczny z poprzednim — *lymphosarcoma*. Badanie bakteriologiczne zawartości jelita nie wykryło w jego treści obecności prątka kwasu mlekowego.

15. Simoncelli (1924) opisał przypadek mięsaka limfatycznego jelita cienkiego z wgłobieniem. Przypadek dotyczył 20 letniej kobiety, która w maju 1922 r. była uderzona w brzuch, w sierpniu z powodu napadu bólów brzucha usunięto jej wyrostek robaczkowy podkątniczy bez większych zmian. 1-go września chora ponownie była operowana z powodu objawów niedrożności jelit (stawianie się jelit, wyczuwalny sprężysty guz w brzuchu). Podczas operacji stwierdzono wgłobienie jelit cienkich. Wycięto 35 cm. jelita. Chora po 15 dniach wyzdrowiała. W środkowej części wyciętego jelita cienkiego znajdował się pod śluzówką

guzek wielkości orzecha włoskiego. Badanie mikroskopowe: *lymphosarcoma*. W styczniu r. 1923 zjawiły się bóle w brzuchu, a we wrześniu stwierdzono w brzuchu guz. Podczas operacji wycięto guz jelita cienkiego wielkości głowy dorosłego. W listopadzie r. 1923 stwierdzono liczne przerzuty, wkrótce nastąpiła śmierć. Guz jelita ważył 850 gr., światła jelita nie zwęźała, odwrotnie — rozszerzała.

Badanie mikroskopowe: *lymphosarcoma*.

16. Oliva (1922) podał następujący przypadek mięsaka limfatycznego jelita cienkiego z wgłobieniem i ostrą niedrożnością. 30 letni mężczyzna od roku miewa niewyraźne objawy ze strony układu pokarmowego, znacznie schudł. Parokrotnie miewał napady niedrożności jelit, która ustępowała pod wpływem leczenia zachowawczego. Stwierdzono obecność krwi w wypróżnieniach. Ostatni napad niedrożności był bardzo ciężki. Chory przewieziono do szpitala, gdzie stwierdzono nad talerzem biodrowym lewym sprężysty, dosyć ruchomy guz. W czasie operacji znaleziono wgłobienie na przestrzeni 40 cm. jednej pętli jelita biodrowego w bardzo rozszerzoną drugą. Pętla wgłobiona miała na swej powierzchni liczne białawe guzki z wgłębieniami po środku, ze wzniesionymi brzegami, z których najdalsze znajdowały się w odległości 4 m. 50 cm. od kątnicy. Jelito odgłobiono. Chory z początku czuł się dobrze, jednak po 8 dniach zmarł. Badanie pośmiertne i mikroskopowe dało wynik: *lymphosarcoma* jelita cienkiego, wychodzący z pod śluzówki.

17. M. Cholewicki (1928) z oddziału prof. B. Sawickiego spostrzegł następujący przypadek mięsaka limfatycznego kątnicy (*invaginatio ileo-coecalis*). Wiekniak 18 letni zgłosił się w czerwcu r. 1928 z powodu przewlekłej niedrożności jelit, która rozpoczęła się przed dwoma miesiącami nagle gwałtownymi bólami w brzuchu, przeważnie po stronie prawej. Wypróżnienie płynne z domieszką śluzu, ostatnio niekiedy z krwią. Parokrotne wymioty. Badanie wykazało: brzuch umiarkowanie wzdęty, nad prawym talerzem biodrowym wyczuwa się guz walcowaty, twardy, bolesny, mało ruchomy. Przy lekkim masowaniu powłok — stawianie się pęteli jelit, czasem słychać przelewanie się płynnej zawartości jelit. Wlewanka kontrastowa (Dr. G. Drozdowicz) dochodzi do zagięcia śledzionowego okrężnicy. Podczas operacji stwierdzono, że wstępnica wraz z poprzecznicą tworzą walcowaty twór, sięgający do zagięcia śledzionowego. Stwierdzono wgłobienie i przystąpiono do odpochwiania za pomocą wyciskania. Najpierw wyszło jelito kręte, następnie kątnica, pokryta częściowo obumarłą otrzewną. Kątnica tworzyła guz twardy o powierzchni nierównej, wielkości pięści dorosłego mężczyzny. Kątnicę wycięto, zespolono końcami jelita kręte z okrężnicą wstępującą. Powłoki zaszyto doszczętnie. Przebieg gładki. Pacjent w trzy tygodnie od zabiegu opuścił szpital, czując się dobrze. Badanie guza jelita (Doc. W. Czarnocki): między przykątniczym odcinkiem jelita krętego oraz kątnicą w kierunku ku tyłowi znajduje się guz wielkości 100 gramowego słoika, wydłużony, osią długą układający się mniej więcej równolegle do osi podłużnej jelita grubego. Posiada on powierzchnię nierówną, guzowatą, jest stosunkowo dość spoisty, na przekroju szarawo-różowawy; jednolity lub też w niektórych miejscach posiadający utkanie jakby oddzielnych okrągłych ognisk. Guz ten stosunkowo dość łatwo daje się oddzielić na tępo w swoich częściach obwodowych i górnych, natomiast jest ściśle zespolony z tylną powierzchnią kątnicy oraz wyraźnie nacieka ścianę jelita cienkiego tuż przy przejściu w zastawkę Bauhina. Po otwarciu kątnicy znaleziono: w okolicy zastawki Bauhina wał grubości mniej więcej 1 cm., okrężnie przebiegający dookoła tej zastawki, tej samej zbitości, co guz pozakątniczy, w warstwach powierzchownych wyraźnie martwicozmiennych. Od strony jelita cienkiego we środku między tym wałem sterczy twór w kształcie rogu, również powierzch-

ownie obumarły. Otwór w zastawce Bauhina drożny, lecz wyraźnie zwężony. Na zewnętrznej powierzchni bocznej zastawki Bauhina guz wielkości śliwki, oddzielnie leżący od wyżej opisanego wału i guza, w niej sterczącego. Na powierzchni przekroju we wszystkich tych trzech tworach znajdujemy tkankę szarawo-różowawą, unoszącą i ścięnczącą błonę śluzową lub też wyraźnie ją zmartwiającą. Badanie mikroskopowe (12): *lymphosarcoma*.

Pacjent w niespełna 2 miesiące po zabiegu zjawił się w szpitalu ze wznową i licznymi przerzutami w jamie brzusznej.

18. Z. Radliński (1908) podał również przypadek mięsaka limfatycznego kątnicy. Przypadek dotyczył 38 letniego mężczyzny. Dokonano wycięcia kątnicy wraz z przyległym odcinkiem jelita biodrowego (275 cm). Wynik doraźny zabiegu był pomyślny.

19. Rankin (1924) opisał mięsaka limfatycznego jelita cienkiego i kątnicy. 31 letni mężczyzna od 6-iu miesięcy skarżył się na nieokreślone bóle brzucha po stronie prawej i zaparcie stolca. Podczas badania stwierdzono nad prawym talerzem biodrowym miękki owalny, bolesny guz, nad którym ściana brzuszna była napięta. Wynik badania krwi: 11.000 krwinek białych z jądrami wielopłatkowymi. Rozpoznano ropień okołowystkowy. Podczas operacji znaleziono duży guz, obejmujący końcową część jelita biodrowego i kątnicę, oraz powiększenie gruczołów krezkowych. Część jelita cienkiego, kątnicy i wstępnicy wycięto. Gruczołów wszystkich nie udało się usunąć. Badanie mikroskopowe guza: *lymphosarcoma*.

Pacjent zjawił się w 4 miesiące później z olbrzymim nawrotem.

20. Drugi przypadek mięsaka limfatycznego jelita cienkiego Rankina (1924) dotyczył kobiety 42 letniej cierpiącej od dwóch miesięcy na bóle w dolnej części brzucha, z początku rozlane, potem umiejscowione nad prawym talerzem biodrowym. Przy obmacywaniu stwierdzono guz, który zaczynał się po stronie prawej poniżej pępka i sięgał do miednicy małej (badanie *per vaginam*). Podczas operacji okazało się, że guz wychodzi z jelita cienkiego w odległości 30 cm. od kątnicy i jest zrośnięty z macicą i ścianą miednicy. Stwierdzono też liczne przerzuty w gruczołach. Guz wraz z przyległą częścią jelita wycięto. Wielkość guza 14 cm. x 5 cm.

Badanie mikroskopowe: *lymphosarcoma*.

Chora w 12 dni po operacji zmarła na nieżyłowe zapalenie płuc.

21. i 22. Anderson (1922) podał dwa przypadki mięsaka limfatycznego jelita cienkiego. W dwu spostrzeganych przypadkach zmiany dotyczyły dolnego odcinka jelita biodrowego, ściana jelita była znacznie zgrubiała, na śluzówce owrzodzenia, światło jelita rozszerzone, gruczoły krezkowe powiększone. Badanie mikroskopowe: *lymphosarcoma*.

23. Thomas H. Kelley (1924). Mięsaki limfatyczny jelita cienkiego. Z lewej strony pępka wyczuwano guz. Objawów niedrożności nie było, tylko były bóle. Podczas operacji stwierdzono w jelicie cienkim okrężnie naciekający guz na przestrzeni 2 cali. Guz wycięto. Badanie mikroskopowe: *lymphosarcoma*. Na początku wystąpiła poprawa. Jednak po 9 miesiącach pacjent zmarł.

24. 25. 26. St. Graves (1919) podał trzy przypadki mięsaka limfatycznego jelita cienkiego, gdzie pomimo rozległej rezekcji w dwóch przypadkach nastąpiła wczesna wznowa. Trzeci operowany przypadek po 3-ach latach obserwacji bez nawrotu.

27. W przypadku Glińskiego całe jelito grube było zamienione w jedną grubą sztywną rozszerzoną rurę.

28. V. Brunn opisał przypadek wielkiego mięsaka limfatycznego wyrostka robaczkowego (przy ogólnej limfosarkomatozie).

Przeglądając przytoczone przeze mnie wyżej przypadki stwierdzam, że mięsak limfatyczny jelita, umiejscowiony najczęściej w końcowym odcinku jelita biodrowego, ma parę charakterystycznych cech. Prawie zawsze, podobnie jak w mięsaku limfatycznym gruczołów limfatycznych, spotykamy jednocześnie blisko od siebie odrazu parę guzków. Wskutek rozpadu obumarłej mięśniówki światło jelita rozszerza się, a nie zwęża (jak w raku).

Mięsak limfatyczny nie rozwija się w kierunku światła jelita, tylko rozszerza się w luźnej ustęplwej tkance podśluzówkowej i wychodzi z jej układu limfatycznego. Objawy niedrożności występują tylko w przypadkach wgłobienia. Mięsak limfatyczny jelit jest cierpieniem pierwotnym, gruczoły krezkowe są zajęte wtórnie. W przypadku mięsaka limfatycznego jelit chory ma szanse wyzdrowienia na drodze rozległej wczesnej rezekcji, która (rozleglejsza jeszcze, niż w raku) jest wskazana ze względu na wspomniane już wyżej wieloogniskowe załazki guza.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Termoregulacja.

Podala

N. ZANDOWA. (Warszawa).

Złożony mechanizm termoregulacyjny, dzięki któremu ciało nasze zachowuje stałą właściwą mu ciepłotę mimo zmiany warunków zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych nie jest jeszcze poznany z całą dokładnością.

W mechanizmie tym należy odróżniać dwie regulacje: 1) chemiczną i 2) fizyczną (Rubner).

Pierwsza polega na zmianach intensywności spalania paliwa czyli na wahaniach w przemianie materji, druga na szybszym lub powolniejszym biegu nagrzanej substancji poprzez przesła kaloryferów, czyli na tempie krwiobiegu, jak również na zwiększaniu lub zmniejszaniu przekroju owych przesła czyli na grze naczyń krwionośnych.

O spalaniu paliwa, t. j. o wahaniach w przemianie materji, mówią badania chemizmu ciała w stanach hipo- i hipertermji, o zwężaniu i rozszerzaniu naczyń świadczy obserwacja naczyń włosowatych prowadzona *ad oculos* (przy pomocy kapillaroskopu).

Badania kliniczno-laboratoryjne z dziedziny termoregulacji nie uwzględniają czynnika chemicznego i fizycznego oddzielnie, lecz wynik wspólny obu czynników naraz.

Ostatniemi laty zagadnienie termoregulacji stało się przedmiotem licznych prac doświadczalnych. Sherrington stwierdził, że zwierzę, przeniesione z pomieszczenia nagranego do chłodnego, nie tylko nie wykazuje spadku ciepłoty ciała, lecz odwrotnie — pewne jej wzniesienie (o 1° C po 1 — 2 godzinach).

Jest to wskazówką, że organizm zwierzęcy, dążąc do zachowania właściwej mu ciepłoty, uruchamia tyle mechanizmów ogrzewania, iż w rezultacie ostatecznym stwarza nadwyżkę ciepła.

Jeśli rozważyć poszczególne cechy tego procesu, to stwierdzenie, iż części obwodowe (kończyny, uszy, nos) stają się na zimnie chłodniejsze, przema-

wia na korzyść przypuszczenia, że jednym z mechanizmów zaoszczędzania ciepła jest mniejsze jego wydatkowanie na obwodzie. Fakt ten staje się jeszcze bardziej wymowny, jeśli go zestawimy ze spostrzeżeniami Sherringtona, Freunda i in. wykazującymi, że zwierzę z przeciętym rdzeniem nie jest w stanie regulować ciepła w części porażonej i nie wykazuje oziębiecia łap porażonych, o ile będzie umieszczane w niskiej temperaturze.

Ze ten brak ekonomji w wydatkowaniu ciepła na obwodzie wpływa ujemnie na ciepłotę ogólną wewnętrzną ciała, dowodzi fakt, iż zwierzęta takie z przeciętym rdzeniem grzbietowym, zanurzone do połowy ciała w wodzie lodowatej, tracą po 10 min. tak wiele ciepła, iż temperatura, mierzona w pysku spada z 37,9° C do 33,9°, podczas gdy zwierzę normalne w tych samych warunkach wykazuje spadek ciepłoty minimalny, wynoszący zaledwie — 0,4° (Sherrington).

Ziębnienie i nagrzewanie się kończyn zależy w pierwszej linii od gry naczyń włosowatych i drobniutkich tętnic i żył, dla tego też poznanie dziedziny termoregulacji sprowadza się obecnie przede wszystkim do poznania praw, rządzących ukrwieniem włosowatym.

Do niedawna panowało mniemanie, że naczynia włosowate są biernym rezerwuarem krwi, zawartej w tętniczkach, że zatem muszą się one przystosowywać do wymagań, jakie im stawia układ tętniczy: jeśli przynosi on więcej krwi, naczynia włosowate muszą się rozszerzać, by zwiększyć swą pojemność, odwrotnie, kiedy tętniczki się zwężają kapillary przystosowują się odpowiednio i zwężają.

Nawiasem należy podkreślić, że w takim ujęciu sprawy cały szereg zjawisk z życia codziennego pozostawał bez wytłumaczenia. Tak np. błądliwość skóry gorącej lub odwrotnie zaczerwienienie chłodnej nie tłumaczy się należycie, błądliwość bowiem należałoby kłaść na karb zwężania naczyń, któremu teoretycznie musiałoby towarzyszyć oziębiecie narządu; zaczerwienienie zaś zależałoby znowu od rozszerzenia naczyń, które dawałoby ciepło.

Dopiero uznanie autonomii naczyń włosowatych wyjaśniło znakomicie zjawiska kliniczne. Ebbecke (1914), a po nim Krogh (1924) ustalili, że naczynia włosowate posiadają dużą niezależność od układu tętniczego. Ebbecke zauważył, że podczas gdy tętnice zwężają się, naczynia włosowate mogą się rozszerzać i zwiększać liczbę światła widocznych w jednym polu widzenia. Ponieważ ciśnienie wewnątrznacyniowe musi być w tym wypadku niskie, rozszerzanie więc naczyń włosowatych nie może stanowić aktu biernego przystosowania się ciśnienia, lecz jest raczej odruchem nerwowym autonomicznym.

Ukrwienie włosowate decyduje o bladeści lub zaczerwienieniu skóry, zaś ukrwienie tętnicze — o jej ciepłocie. Jeśli więc wyobrazimy sobie moment, kiedy naczynia włosowate się rozszerzają, zaś dopływ do nich krwi tętniczej będzie niewielki wskutek wąskości tętnic, to zrozumiemy, dlaczego skóra zaczerwieniona, może być jednocześnie chłodna. Odwrotnie, wąskie naczynia włosowate stwarzają bladeść skóry, zaś szybki bieg krwi, płynącej z szerokich tętnic, powoduje jej nagrzanie. Zbędne jest dodawać, że skóra blada i chłodna zależy od zwężenia zarówno tętnic, jak i kapillarów, natomiast skóra czerwona i ciepła — zależy od rozszerzenia obu układów.

Według jakich praw i dzięki jakim mechanizmom odbywa się gra naczyń włosowatych, a przede wszystkim jakie nerwy zarządzają nimi?

Oddawna stwierdzono, że nerw współczulny zwęża naczynia włosowate głowy (Steinach i Kahn, Hooker), i przecięcie jego na szyi wywołuje rozszerzenie naczyń z zaczerwienieniem i nagrzaniem twarzy i ucha. Wszystkie inne naczynia włosowate organizmu również znajdują się pod wpływem nerwu współczulnego, który nadaje im należyte napięcie.

Rozszerzenie naczyń włosowatych było uważane przez czas długi za proces bierny, związany z porażeniem nerwu współczulnego i wynikający z usunięcia trwałego napięcia ścian naczyń. Obecnie jednak nie ulega wątpliwości, że rozszerzenie naczyń włosowatych odbywa się czynnie, dzięki istnieniu nerwów rozszerzających. Trudniejsze jest określenie, skąd pochodzą owe nerwy rozszerzające. Bayliss (1902) usuwał odcinek brzuszny nerwu współczulnego i, drażniąc korzonki tylne, spostrzegał rozszerzenie naczyń krwionośnych; szereg badaczy (Doi, Krogh, Harrop i Rehberg) spostrzeżenie to potwierdził.

Zniszczenie nerwu współczulnego usuwa możliwość wpływu jego na rozszerzenie naczyń. Odbywać się ono musi dzięki innym włóknom nerwowym. Narazie jedni z badaczy (Krogh i in.) przyjmują, iż włókna czuciowe powodują rozszerzenie naczyń, inni (Glaser) że czynią to włókna specjalne, należące do układu autonomicznego (błędne). Pochodzić one mają z rogów tylnych i udawać się do obwodu, wspólnie z włóknami czuciowymi.

Ponieważ naogół nie jest zadaniem korzonków tylnych przeprowadzać podnieci w kierunku ośrodkowym, a zatem dla tego poszczególnego zjawiska Bayliss stworzył nazwę prądu „anti-

drome” t. j. biegnącego w przeciwnym, niż zazwyczaj kierunku.

Co się tyczy ośrodków nerwowych, wciągniętych w łańcuch termoregulacyjny, to jest ich cały szereg.

Fakty z życia codziennego pouczają, że pod wpływem myślenia może nastąpić bądź zaczerwienienie bądź zblednięcie skóry. Gdzie jednak w mózgu mieści się ośrodek naczynioruchowy, pobudzany bezpośrednio przez psychikę, nie jest ustalone. Za przypuszczeniem, iż mieści się on w korze mózgowej, przemawia fakt, iż osoby zahipnotyzowane, którym sugeruje się wyobrażenie jakiejś czynności, wykazują rozszerzenie naczyń krwionośnych w obrębie odcinka lub narządu, wciągniętego w treść sugestji (Weber).

Brak jest jednak innych danych, potwierdzających to przypuszczenie.

Pewniej ugruntowana jest teoria, głosząca, iż w obrębie szarych jąder podstawnych mieści się ośrodek termoregulacyjny, a zatem i naczynioruchowy. Tak Aronsohn i Sachs, drażniąc ciało prądkowe wywoływali stan gorączkowy.

Jacob wprowadza pewną zmianę do tych poglądów, a mianowicie, stara się on dowieść, iż ośrodek termoregulacyjny mieści się w istocie szarej okalającej komorze III, stwierdził bowiem, że wprowadzenie do niej substancji drażniących, jak azotan srebra, wywołuje podskok ciepłoty, o ile spłot naczyniasty jest normalnie czynny.

Po usunięciu spłotu nie otrzymuje się hipertermji. Badacze ci przypuszczają, iż wskutek podrażnienia spłotu wytwarza się nadmiar płynu mózgowodzeniowego, który, rozpychając ściany komory, drażni ośrodek termoregulacyjny.

Proces hipertermji można powstrzymać przez wprowadzenie do komory III-ej suprareniny lub tkanki przysadki mózgowej. Z doświadczeń tych Jacob wyprowadza daleko idący wniosek, iż przysadka mózgowa wydziela hormony, które wpływają hamująco na wydzielanie spłotu naczyniastego oraz utrzymują w należyłym stanie ośrodki termoregulacyjne. Do tematu tego powrócę jeszcze poniżej.

Szereg badaczy (Ott, Isenschmid i Krehl, Leschke i Citron) uznaje istnienie ośrodków termoregulacyjnych zarówno w obrębie guza szarego, jak i ciała prądkowego.

Działanie obu ma być ściśle ze sobą związane (Dresel), czego dowodzą doświadczenia Freunda, które wykazały, że po usunięciu ośrodka w międzymózgowiu, drażnienie ciała prądkowego nie wywoła już hipertermji.

Następny z kolei ośrodek termoregulacji ma się znajdować w opuszcze mózgowej. O istnieniu jego mówią dawne prace Klaudjusza Bernarda. Współczesne doświadczenia Aronsohna wykazały, iż, jeżeli nakłuć część boczną rdzenia przedłużonego, to ciepłota ciała podniesie się o 1,5° C. Wreszcie cały rdzeń kręgowy ma również zawierać ośrodki termoregulacyjne, pod postacią komórek współczulnych, mieszczących się w rogach bocznych. Już dawne spostrzeżenia Kl. Bernarda stwierdzały, iż przecięcie rdzenia powoduje zaburzenia termoregulacyjne.

Nowsze badania zmierzały do szczegółowego określenia, w jakim kierunku idą owe zaburzenia. Wyniki tych badań nie są jednak jednobrzmiące.

Schönborn np. dowodzi, że przecięcie rdzenia szyjnego wywołuje podniesienie ciepłoty ciała, Freund i Strassmann, Naunyn i Quincke, że stan poikilotermji, wreszcie Brodie — że powstaje przytem oziębienie ciała, zwłaszcza, o ile cięcie przechodzi poprzez 6-ty odcinek szyjny. Ma to być wywołane uszkodzeniem ośrodka termoregulacji chemicznej, to jest zmniejszeniem produkcji ciepła.

Przecięcie rdzenia w części grzbietowej wywołuje oziębienie ciała, któremu jednak organizm zapobiega do pewnego stopnia, zmuszając ośrodek termoregulacji chemicznej do nadczynności (Freund i Strassmann).

Wszystkie wyżej wymienione ośrodki rozwijają swą działalność w harmonijnem współdziałaniu. Dresel ułożył następujący schemat, tłumaczący ich działanie: ośrodek w ciele prądkowem ma nastawiać cały aparat termoregulacyjny na pewien właściwy danemu osobnikowi poziom, podobnie jak w termostacie specjalny przyrząd czuwa, aby ciepłota trzymała się pewnej stałej normy. Ośrodek w obrębie guza szarego ma naprawiać wszelkie odchylenia od tego poziomu, na jaki nastawiony jest ośrodek w prądkowiu. Czyni to za pośrednictwem ośrodka w rdzeniu przedłużonym, który reguluje utratę ciepła na obwodzie ciała, dzięki grze naczyń krwionośnych.

Za drogi obwodowe, przenoszące impulsy termoregulacyjne, uważać należy nerwy: błędny

i współczulny. Działanie ich jest biegunowo różne.

Wpływ nerwu współczulnego na zwężenie naczyń obwodowych był już podkreślony powyżej. Działanie jego zatem wiąże się ze zmniejszeniem utraty ciepła na obwodzie.

Nerw błędny dawałby antagonistyczne zwiększenie utraty ciepła na obwodzie przez rozszerzenie naczyń włosowatych skóry.

Oba nerwy wpływać muszą również na termoregulację ośrodkową. Wychodząc z założeń teoretycznych, Dresel sądzi, że w harmonji z działaniem na naczyńia obwodowe nerw współczulny musi wzmacniać produkcję ciepła, zaś nerw błędny winien ją hamować.

Jest to jedyna możliwość, gwarantująca należytą ekonomję energii cieplnej.

Fakt, iż nerw współczulny uruchamia ciała palne i przemieszcza je z wątroby do krwiobiegu przemawia na korzyść wymienionego przypuszczenia, iż wzmacnia on produkcję ciepła.

Co się dotyczy nerwu błędnego, to badania Stefaniego i Pariego potwierdzają, że drażnienie tego nerwu zmniejsza produkcję ciepła. Przecięcie obu nerwów błędnych wywołać ma przegrzanie zwierzęcia (Tszeszkow) wskutek odpadnięcia bodźców hamujących.

W ten sposób działanie antagonistyczne układów współczulnego oraz błędnego byłoby całowicie zrealizowane.

(D. c. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

A. STURM i B. BUCHHOLZ. *Przyczynki do poznania przemiany jodowej.* (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 161 Nr. 3—4 1928.).

Badania autorów przeprowadzone na 7 ludzkich zwłokach, 11 psach i 5 morświnkach dały wyniki następujące:

Jod daje się wykazać we wszystkich tkankach i narządach ciała ludzkiego i zwierzęcego.

Przy porównywaniu zawartości jodu w rozmaitych narządach okazało się, że niemal wszystkie gruczoły wydzielania wewnętrznego zawierają więcej jodu, niż wszelkie inne tkanki ustroju, aczkolwiek mniej, aniżeli tarczycę.

Nie obejmuje to jednakże gruczołów płciowych męskich oraz trzustki, które mają normalną zawartość jodu.

Ta zwiększona zawartość jodu w gruczołach dokrewnych stoi w związku z ich czynnością.

U osobników chorych zawartość jodu w tkankach jest zależna od przebiegu choroby. Przewlekłe infekcje zdają się wywoływać zubożenie tkanek w jod. Natomiast ogniska tkanki patologicznej (nacieczenia zapalne, gruźlicze tkanki, rakowate i t.p.) są o wiele bogatsze w jod od otoczenia.

Zawartość jodu w tkankach jest zależna od pory roku (wykazano to na psach) przyczem gruczoł tarczowy nie ma żadnego wpływu na powyższe wahania.

Zawartość przeciętna jodu w całym ciele w stosunku do zawartości jego w tarczycy wzrasta tem bardziej, im mniejsza jest masa ustroju badanego.

Przy ocenianiu absolutnej zawartości jodu w ustroju, gruczoł tarczowy traci swoje dominujące znaczenie, albowiem $\frac{1}{2}$ —

$\frac{2}{3}$ całkowitego jodu ustrojowego mieści się w mięśniach, zaś 0,1 — 0,2 w gruczole tarczowym.

Zupełne usunięcie gruczołu tarczowego nie powoduje zaburzeń rozkładu jodu w narządach pozostałych, lecz wyraźne zmniejszenie jodu w gruczołach dokrewnych.

Należy więc rozróżniać dwa rodzaje jodu w ustroju—dokrewny oraz ogólnotkankowy, przyczem pierwszy rodzaj jest wyraźnie zależny od gruczołu tarczowego.

Gromadzenie jodu w ustroju po podawaniu jodku potasu nie doznaje żadnych zmian po usunięciu gruczołu tarczowego.

8 dni po podaniu jodu zwiększenie daje się stwierdzić li tylko w gruczołach wydaliniczych (skóra, płuca, nerki).

B. Goldstein

M. B. GORDON i D. J. COHN. *Wpływ zewnętrznej temperatury na szybkość sedimentacji.* (Am. J. Med. Sc. Tom 153, zesz. 2, 1928).

Autorzy przeprowadzili badania nad zależnością szybkości opadania czerw. ciałek krwi od ciepłoty otoczenia. Temperatury wysokie przyspieszają sedimentację, zaś niskie ją opóźniają. Ciepłoty średnie dają średnią szybkość sedimentacji. Wpływ temperatury zewnętrznej jest krótkotrwały w przeciwieństwie do wewnętrznej ciepłoty, której działanie jest dłuższe.

B. G.

Choroby narządów trawienia.

C. DREYFUSS. *O nowoczesnych metodach leczenia spraw mięsżowych wątroby.* (Paris médical 1928 r. Nr. 20).

W związku ze stwierdzeniem znaczenia insuliny dla gli-

kopektycznej czynności wątroby wprowadzono insulinę do lecznictwa spraw miękkich wątroby.

Insulinoterapia oraz dowóz jednoczesny węglowodanów zwiększa odporność komórki wątrobowej wobec czynników szkodliwych.

Stwierdzono także, że insulina jest dobrym środkiem żółciopędnym.

Stosuje się insulinę również w nadmiernym wychudnięciu — które jest zarazem jednym z wczesnych objawów niewydolności wątroby.

B. Goldstein.

DEUTSCH i GRUBEL. O rozpoznawaniu torbieli trzustki i o ich zawartości. (Klin. Woch. Nr. 50, r. 1927).

Autorowie opisują jeden przypadek torbieli trzustki, który następował trudności rozpoznawcze; doniosłe znaczenie odgrywa przy rozpoznawaniu tego cierpienia radioscopia. Analiza chemiczna zawartości tej torbieli wykazała obecność lipazy i amylazy trzustkowej oraz brak czynnej trypsyny.

Z. Świder.

P. CARNOT. O nowotworach brodawki Vatera. (Paris medical Nr. 20 z roku 1928).

Anatomicznie nowotwory te dają się podzielić na 3 typy: pierwszy, wychodzący z części dwunastniczej, drugi — z przewodu żółciowego wspólnego i trzeci — z przewodu trzustkowego. Klinicznie natomiast autor dzieli nowotwory te na 2 grupy: 1) z żółtaczką okresową; 2) z żółtaczką ciągłą.

W pierwszej postaci — żółtaczka okresowa dałaby się wytłumaczyć w sposób następujący: nowotwór usadowiony jest w postaci grzyba na ujściu brodawki Vatera. Od czasu do czasu główka grzyba unosi się nieco. Żółć uzyskuje odpływ na pewien czas — żółtaczka znika. Po jakimś czasie — przewód zostaje ponownie zamknięty żółtaczką wraca. Przerwy pomiędzy okresami żółtaczki stają się z czasem coraz to krótsze, w początkach choroby jednak mogą trwać szereg miesięcy.

Postać druga o żółtaczce ciągłej przypomina nieco przebiegiem raka głowy trzustki.

Naogół można powiedzieć, że postać pierwszą widuje się w przypadkach pochodzenia dwunastniczego, postać drugą — ciągłą żółtaczkę — w przypadkach pochodzenia żółciowego i trzustkowego.

W postaci dwunastniczej napotyka się dość często biegunki, krwawienia jelitowe. Również wydobywanie zgłębnikiem krwi z dwunastnicy przemawia raczej za pochodzeniem dwunastniczym nowotworu, aczkolwiek i postacie „przewodowe” mogą nieco krwawić.

Obecność lipazy w ilości normalnej w treści dwunastniczej przemawia za drożnością przewodu trzustkowego czyli łączy sprawę, wychodzącą z przewodu Wirsunga. Zatrzymanie żółci przy obecności lipazy przemawia za wyjściem guza z dróg żółciowych.

Co się tyczy wskazań do zabiegu chirurgicznego, to zasadą jest operować, zanim dojdzie do zatrucia ustroju produktami żółci i nb zakażenia dróg żółciowych.

Toteż skoro po kilkakrotnych przemijających żółtaczkach — ustali się żółtaczka trwała, należy operować, nie czekając na ostateczne wyjaśnienie sprawy. Zarówno bowiem nowotwór, jak i kamica, zamykająca drogi żółciowe, są bezwzględnie wskazaniem, należy więc operować zanim wystąpi cholemia.

B. Goldstein

J. W. LARIMORE. Wrzodziejący nieżyt jelita grubego. (Journ of the Amer. Med. Assoc. № 11 r. 1928).

Autor, omawiając zagadnienie wrzodziejącego nieżytu jelita grubego, skłania się do poglądów Mac Carrisona i Grundzacha co do znaczenia awitaminozy w powstawaniu tego cierpienia.

To też dietetyka tej grupy schorzeń powinna obejmować przede wszystkim takie potrawy, które zawierają dużo witamin, szczególnie zaś obfitują w witaminę B.

Witaminy te przede wszystkim znajdują się w soku świeżych jarzyn i owoców, czyli tych pokarmów, które dotychczas z jadłospisu chorych na nieżyt jelita grubego były prawie zupełnie wyłączone.

Djeta tego rodzaju chorych winna się opierać właśnie na tych potrawach, przygotowanych tak, by jaknajmniej drażniły jelito.

B. Goldstein.

STRASSER. W sprawie biegunek przewlekłych. (Arch. f. Vrdgrkh. T. XLII Z. 4.)

Znane są przypadki biegunek przewlekłych, kt. po dłuższym podawaniu kwasu solnego zostały wyleczone, t. zn. biegunki nie zjawiały się nawet po odstawieniu tego lekarstwa, mimo iż bezsoczność żołą. nadal utrzymywała się.

Według autora gruczoły żołądkowe czynnościowo stoją w ścisłym związku z gruczołami Brunnera, i wydzieliny tych ostatnich są w stanie zastąpić czynność grucz. żołądk. Podobny związek istnieje między sekrecją trzustki a żołądka. Często mimo braku kwasu solnego, a tem samym czynnika, aktywującego prosekretynę dwunastnicy w sekretynę, nie stwierdza się osłabienia czynności trzustki. Przypuszczają, iż rozmaite produkty pokarmowe zawierają substancje, posiadające własności sekretyny. Możliwe jest, iż trzustka nawet bez tych specyficznych bodźców zaczyna działać automatycznie.

Autor uwzględnia bardzo dużą własność bakterjobójczą soku dwunastniczego, dużą ilość substancji obronnych w jelicie cienkim, dalej iż w wielu przypadkach achylji, powodowanej przez dużą resekcję, biegunki nie występują. Wobec tego sądzi, że brak dostatecznych dowodów na to, aby sądzić, że bezsoczność jest jedyną przyczyną biegunek gastrogennych.

Według S. znaczna część ostrych niestrawności ma charakter fermentacyjny, w miarę jednak dłuższego trwania choroby przybiera postać dyspepsji gnilnej. Autor stosuje w przypadkach, nie mających bezwzględnego charakteru fermentacyjnego, terapię, odpowiadającą dyspepsji gnilnej. Rozpoczyna jednorazowo przeczyszczeniem olejem rycynowym, podaje następnie węgiel po 2—4 łyżki stołowe dziennie przez 4—6 dni, nie dłużej, aby nie zniszczyć również bakterji, niezbędnych dla trawienia celulozy.

Józef Nusbaum.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnętrznych.

A. LAWEN. O metodach przygotowawczych, mających na celu zmniejszenie niebezpieczeństwa operacji w chorobie Basedowa. (Chirurg Nr. 5).

Przyczyny śmierci są różnorakie, najważniejszy jest jednak i na plan pierwszy występuje odczyn pooperacyjny, który w *status thymico-lymphaticus* prowadzi przy objawach przyspieszenia tętna, sinicy i stanu maniakalnego do śmierci.

Ta zmniejszona odporność tłumaczy się ścisłym związkiem jaki zachodzi pomiędzy schorzeniem gruczołu tarczowego a zaburzeniami w ukł. nerwowym roślinnym, trzustką nadnerczami i grasicą.

Nasze wysiłki zapobiegawcze winny być skierowane przede wszystkim przeciwko temu najważniejszemu z niebezpieczeństw.

Autor wymienia tu szereg stosowanych środków zapobiegawczych, a więc: 1. operację wykonać w kilku tempach: najpierw podwiązanie tętnic tarczowych a później dopiero usunięcie gruczołu; 2. chory leży przez 6—12 tygodni w łóżku, otrzymuje dietę niedrażniącą, środki nasenne i uspokajające; 3. na-

świecenie prom. Roentgena; autor nie zaleca jednak naświetlania, działanie bowiem promieni R. jest jeszcze niewyjaśnione przytem niezawsze daje wyniki pozytywne, a komplikuje ewentualnie późniejszy zabieg przez wytwarzanie zrostów i niebezpieczeństwo krwawień: 4. ponieważ w chorobie Basedowa mamy do czynienia z podrażnieniem ukł. sympatycznego, usiłuje się cel wysiłków terapeutycznych skierować przeciwko temu układowi i w tym celu stosuje się Gynergin, który działa porażająco na *accelerantes* i zwalnia tętno.

Osobiste doświadczenie autora nie dało dodatnich wyników w tym względzie, mimo to uważa dalsze próby z gynerginem za wskazane; 5. w Ameryce Plummer stosuje w klinice Mayo płyn Lugola; już po 10 dniowym stosowaniu stwierdza się jego dodatnie działanie w sensie opadnięcia przemiany podstawowej, zwolnienia tętna, przyspieszenia na wadze.

Według sprawozdania Pemberton'a z kliniki Mayo z 1825 dokonanych operacji ze stosowaniem jodu przed i po operacyjnym, wprowadzie z uwzględnieniem przemiany podstawowej, wyboru odpowiednich przypadków, stosowania psychoterapii, zdolano śmiertelność zmniejszyć do 0,98%.

Badania innych autorów i samego wreszcie Plumner'a wykazały, że jod jednak nie zmniejsza odczynu pooperacyjnego.

Autor osobiście stosuje jod i wykonywa operację w 2, wzgl. 3 tempach.

Metoda ta dała wyniki nadspodziewanie dobre: z 28 dokonanych operacji, wszystkie z dobrymi rezultatami.

N. p. o.

M. ZJUNGDAL. Zagadnienie obrzęków w chorobie Basedowa. (Wien. Arch. f. Inn. Med. Tom 16, Nr. 1 1928).

Autor przytacza szereg przypadków choroby Basedowa, przebiegających z obrzękami ogólnymi, płynem w otrzewnie i opłucnie a czasem z żółtaczką.

Przebieg choroby był naogół niezbyt ciężki.

Zastanawiając się nad przyczyną obrzęków w przebiegu choroby Basedowa, autor przychodzi do wniosku, że są one pochodzenia zastoinowego, że jednak istnieć musi jeszcze inny jakiś czynnik przyczynowy.

Autor skłania się do przypuszczenia, że czynnik ten działa na rozkurcz serca wskutek czego powstaje specjalny zastój w układzie krążenia.

W warunkach normalnych wydzielina gruczołu tarczowego działa, jak wiadomo, wybitnie odwadniająco-moczopędnie. U chorych dotkniętych chorobą Basedowa działanie to nie występuje. Co więcej o ile takim chorym, cierpiącym na obrzęki, podawać wyciągi z gruczołu tarczowego, to działania moczopędnego nie można stwierdzić.

Natomiast jod u takich chorych działa wprost magicznie, wywołując silne i szybkie odwodnienie oraz poprawę stanu ogólnego.

Co do żółtaczki, to niema ona tak złego znaczenia prognostycznego, jakie jej przypisywano.

Zmiany tłuszczowe w skórze i narządach mięsistych są dość pospolite w przebiegu choroby Basedowa.

B. G.

J. BRAM. O tolerancji chininowej w chorobie Basedowa. (Arch. of Int. Medicine. Tom 52. Zesz 1-szy r. 1928).

Autor stwierdził u 95,6% chorych na wole z wytrzeszczem stosunkowo dużą tolerancję wobec związków cynchoninowych.

Chorzy tacy mogą bezkarnie brać dwie dawki chininy, a nawet, możnaby powiedzieć, wpływa to korzystnie na przebieg choroby.

Na tej zasadzie autor opiera metodę swoją różniczkowania pomiędzy chorobą Basedowa a stanami podobnymi, jak zespół wysiłkowy, wczesne okresy gruźlicy, neurastenja i t. p. cierpienia.

Albowiem chorzy na chorobę Basedowa znoszą doskonale duże dawki chininy, zaś chorzy inni tak dobrze chininy nie znoszą.

Niezależnie od znaczenia rozpoznawczego związków chininy, mają one także znaczenie lecznicze.

Podaje się je w postaci bromków lub siarczanów, przyczem wyniki terapeutyczne są nieraz wcale zachęcające.

B. Goldstein

Marcel LABBÉ. Znaczenie podstawowej przemiany materji w rozpoznawaniu choroby Basedowa. (La presse médicale N. 82, str. 1297).

Opierając się na swoich licznych spostrzeżeniach i badaniach innych autorów, Labbé zalicza wzmocnienie podstawowej przemiany materji do kardynalnych objawów choroby Basedowa. Niejednokrotnie wyniki, otrzymywane z podstawową przemianą materji w chorobie Basedowa, wypływają stąd, że wielu badaczy zapomina, iż w chorobie tej o typowym przebiegu mamy połączenie dwu zespołów chorobowych: tarczyczego i współczulnego.

Zespół tarczyczy z nadczynnością tarczycy podnosi podstawową przemianę materji, zespół zaś współczulny nie wpływa na nią. Dwa te zespoły chorobowe są samodzielne, a zarazem stoją ze sobą w ścisłym związku.

W klinice należy rozróżniać trzy rodzaje przypadków:

- 1) wole z nadczynnością tarczycy;
- 2) zespół współczulny bez nadczynności tarczycy;
- 3) choroba Graves-Basedowa z obu zespołami:

współczulnym i tarczyczym.

Rozgraniczenie tych trzech spraw przedstawia duże trudności a ma duże znaczenie w lecznictwie, i tu określenie podstawowej przemiany materji oddaje znaczne usługi.

W przypadkach z czystym zespołem współczulnym (wytrzeszcz, *tachycardia*, zaburzenia czucioworuchowe, podniesienie ciepłoty, poty, biegunka) podstawowa przemiana materji nie ulega zmianie.

W przypadkach wola z nadczynnością tarczycy (wole, *tachycardia*, wychudnięcie, zaburzenia pamięci, drżenie rąk) podstawowa przemiana materji wzrasta umiarkowanie, nie przekraczając 30 na 100, a w przypadkach typowej choroby Basedowa podstawowa przemiana materji znacznie się podnosi.

Przypadki z nadczynnością tarczycy poddają się naświetlaniu, elektroterapii, leczeniu jodem. W przypadkach z podrażnieniem układu współczulnego poprawa występuje po zastosowaniu środków, działających uspokajająco na układ nerwowy. Wreszcie w typowej chorobie Basedowa tylko preparaty tarczycy dają dobre wyniki.

Wnioski swoje autor popiera 2 przypadkami.

J. Dąbrowska.

MOŁDAWSKI J. W. O wzajemnym stosunku czynnościowym tarczycy i narządów krwiotwórczych. (Wraczebn. Obożrenje 1928. N 9).

Autor przeprowadził badania za pomocą suprawitalnego barwienia krwi nad zachowaniem się krwinek czerwonych w 15 przypadkach osób, cierpiących na chorobę Basedowa, względnie znajdujących się w t. zw. *status praebasedovicus*. Dochodzi on do następujących wniosków:

1. Każde wzmocnienie czynności tarczycy, pierwotne czy wtórne, pociąga za sobą zwiększenie czynności krwinkotwórczej szpiku. Podrażnienie to ma charakter ciągłego i nie jest wprost proporcjonalne do podstawowej przemiany materji chorego. Wzmocnienie czynności krwinkotwórczej szpiku towarzyszy obniżeniu czynności układu wytwarzającego myelocyty i krwinki białe z jądrami wielopłatowymi (układ myeloleukocytotwórczy). Do zasadniczych objawów choroby Basedowa zaliczyć przeto należy wzmocnienie wytwarzania krwinek czerwonych przez szpik,

co wyraża się znacznym zwiększeniem liczby krwinek czerwonych ziarnistych (granulofilocytów).

2. Wzmocnienie tej czynności jest stałym i pewnym objawem *status praebasedovici*.

3. Objaw ten ma znaczenie tylko po wyłączeniu obecności niedokrewności w ustroju, która go może również powodować
K. Chodkowski

V. MENKIN. Względna limfocytoza w nadczynność, tarczycy. (Arch. of Int. Med. Tom 42, N. 3. r. 1928).

Według autora względna limfocytoza zdarza się w 67% przypadków hipertyreoidyzmu.

Zdarza się limfocytoza względna znacznie częściej u chorych, którzy poza zwykłymi objawami mają silny wytrzeszcz.

U takich pacjentów usunięcie (choćby częściowe) tarczycy powoduje zmniejszenie się ogólnych objawów, wytrzeszczu i także limfocytozy, przywracając wzór krwi normalny.

Jak przypuszcza się, limfocytoza ta zależy od podrażnienia nerwu sympatycznego tkanki limfatycznej jak np. śledziony, która się kurczy, jak to wykazali autorzy w pracy poprzedniej.

U pacjentów bez wytrzeszczu o ile limfocytoza była — pozostaje także po usunięciu tarczycy. Mechanizm tej limfocytozy nie jest znany. Przypuszczalnie zależy on od współistniejącego przerostu tkanki limfoidalnej, tak jak np. w grasicy.
B. G.

I. TUCKER. Nadczynność tarczycy bez jej widocznego powiększenia. (The Am. Journ. of Med. Sciences. Tom 176, N. 5, 1928).

Autor przytacza 3 przypadki nadczynności gruczołu tarczowego bez namacalnego jego powiększenia. Trudności rozpoznawcze były tak duże, że szereg lekarzy przeoczył rozpoznanie właściwe.

B. G.

A. E. KOEHLER. O rozpoznaniu różniczkowym podczynności tarczycy i nadnercza. (Journ. Am. Med. Ass. Tom 91 r. 1928).

Śród przypadków, cechujących się niską przemianą podstawową i zwolnieniem przebiegu spraw życiowych, większość (69%) należy do grupy t. zw. hipotyreotycznych, i te też przypadki reagują dobrze na organoterapię tarczyczną.

Mniejszy znacznie odsetek przypadków, bo tylko 15%, na podawanie gruczołu tarczowego nie reagują wcale — są to t. zw. przypadki hiposuprarenalne.

Część wszakże (ok. 16%) przypadków do żadnej z tych 2 grup zaliczyć się nie da.

Przypadki niewydolności tarczycy są najczęściej rodzinne, konstytucjonalne. Występują w okresie dojrzewania lub przekwitania, czasem na tle zwyrodnienia gruczołu tarczowego lub jego usunięcia.

Przypadki niewydolności nadnercza natomiast zdarzają się albo w następstwie spraw zakaźnych lub toksycznych, albo też jako następstwo ostrego przeciążenia nadnercza (duży wysiłek fizyczny). Gros przypadków tej kategorii przypada na ludzi w wieku lat 25 — 40 — kiedy wysiłki takie najczęściej się zdarzają.

O ile w przypadkach zajęcia tarczycy rozwój choroby jest powolny, stopniowo narastając, jednocześnie zmienia się przytem budowa fizyczna i duchowa osobnika, to w przypadkach nadnerczowych najczęściej zmiany występują ostro, mogą się jednakże zatrzymać lub nawet cofnąć.

U tarczycznych wygląd przybiera charakter typowy obrzęku śluzakowatego z wzrostem wagi ciała i suchością skóry. U nadnerczowych natomiast waga ciała spada, zmiany naczynioruchowe są bardzo znamienne i pocenie się obfite.

Cisnienie krwi jest znacznie niższe w przypadku schorzenia nadnerczy, aczkolwiek u tarczycznych też jest obniżone.

Obniżenie ciepłoty także jest wybitniejsze w przypadkach zajęcia nadnercza, przytem u tych chorych podskoki temperatury o 1° pod wpływem czynników psychicznych nie są rzadkością.

Przemiana podstawowa jest jednakowo niska w obydwu cierpieniach, u nadnerczowych podlega ona dużym wahaniom.

Flegmatyczność i senność napotymano w obydwu odmianach, jednakże u nadnerczowych są one raczej wynikiem wyczerpania i zmęczenia.

Zasadniczo różnica pomiędzy obydwoimi stanami sprowadza się do tego, że w przypadkach tarczycznych zmniejszenie procesów oksydacyjnych jest pierwotne, w przypadkach nadnerczowych zaś wtórne, następstwo atonii mięśni i zwiotczenia układu krążenia na tle zakłóconej równowagi układu autonomicznego.

Zaburzenia takie mogą przez dłuższy czas przebiegać skrycie, tak np. niedomoga nadnerczy pod postacią bólów w lędźwiach lub zaburzeń przewodu pokarmowego.

Leczenie powinno być zawsze etiologiczne, t. j. skierowane na przyczynę wywołującą lub też zastępcze. System leczenia zastępczego może się przyczynić także do wyświeślenia rozpoznania, jak np. w przypadku podawania tarczycy. O ile tarczyca nie pomaga — przypadek winien być zaliczony do kategorii nadnerczowych.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

Poza kiłą upatruje Condamin częstą przyczynę poronień nawykowych w przewlekłym stanie zapalnym jamy Douglasa. Stan ten rozpoznaje się po unieruchomieniu zdrowej zresztą macicy oraz po zgrubieniu tkanek, skróceniu i bolesności jamy Douglasa. Leczenie, polegające na mięśnieniu i założeniu pessarium na przeciąg kilku tygodni, powinno być rozpoczęte na początku ciąży albo, lepiej jeszcze, wkrótce po poronieniu.

(Gynéc. 1928 Nr. 4).

W. A. Yokam sądzi, że wole endemiczne ma swój początek już w życiu wewnątrzmacicznym, i dlatego stosuje, jako środek zapobiegawczy u ciężarnych z tarczycą zdrową lub lekko powiększoną — *natrium jodatum*. Wola koloidalna, powiększająca się podczas ciąży, zmniejszają się bardzo szybko pod wpływem jodu. W miejscowościach, gdzie wole występują endemicznie, zauważył Yokam spadek liczby wrodzonego wola z 60% na

40%. Leczenie nadnerczowości w ciąży ma w zasadzie być zachowawcze, jedynie tylko w przypadkach opornych na jod może zająć potrzeba operacji lub poronienia leczniczego.

(Amer. Journ. Obstetr. XV. Nr. 5).

Dittel stosował z dobrym wynikiem pituigan (przetwór z tylnego płata przysadki) w słabych bólach porodowych, niedostatecznym zwinieniu się macicy w okresie połogowym z długotrwałymi krwawieniami, w niekompletnym poronieniu i w celu wywołania poronienia sztucznego. W przypadkach poronienia z gorączką i krwotokami okazuje się pożyteczny dodatek chininy do pituiganu, zaś w krwawieniach atonicznych kombinacja ze sporyszem. Również i w krwawieniach ginekologicznych pituigan działa pomysłnie.

(W. kl. Woch. 1928 Nr. 29).

P o u s opisuje przypadek cięcia cesarskiego, które zmuszony był wykonać z powodu *lepieży* (*condylomata accuminata*), wypełniających pochwę nakształt tamponu, tak, że z trudem można było wprowadzić do niej palec. Lepieże pokrywały także wargi sromne i okolice odbytu. W kilka godzin po wykonaniu cięcia cesarskiego lepieże zaczęły się zmniejszać, a w 8 dni później zauważyć można było na zewnętrznych narządach płciowych zaledwie ślady lepieży. (Bull. Soc. Obstetr. 1928 Nr. 7).

W celu zapobieżenia zapaleniu sutka u karmiących stosuje A n d e r s, od pierwszego dnia po porodzie następujące postępowanie: po gruntownym obmyciu wodą z mydłem piersi nakłada na posmarowane maścią borową brodawki *wyjąłowane kołpaczki aluminiowe*, utrzymywane na miejscu za pomocą odpowiedniego bandaża.

(Wrocł. Tow. Ginek. — maj 1928).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

XXIII posiedzenie naukowe z dnia 22 czerwca 1928.

Prezes — D r o z d o w i c z Sekretarz — A d e l f a n g.
obecnych — 42

Porządek dzienny:

1. B y c h o w s k i G. *Wrodzony niedorozwój połowy ciała.* (Ukaże się w druku).

2. G r u d z i ń s k i. *Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy słowiańskich w Pradze.* (ukaże się w druku).

Elektorowicz z uzupełnia odczyt kol. G r u d z i ń s k i e g o, podając krótkie sprawozdanie z posiedzenia sekcji ginekologicznej poświęconego leczeniu raka szyi macicy energią promieniotwórczą. Prof. Dr. O s t e r c i l wygłosił obszerny referat, przedstawiając cały szereg statystyk czeskich i zagranicznych o zejściach śmiertelnych po operacji W e i t t h e i m a i porównał je z wynikami, otrzymanymi kombinowanym naświetlaniem radem i promieniami R. O s t e r c i l dochodzi do wniosku, że wyniki, otrzymane przez naświetlanie, stoją na równi, a nawet przewyższają wyniki operacyjne. W klinice O. odstąpiono obecnie zupełnie od zabiegów operacyjnych, poprzestając na naświetlaniach. W dyskusji prof. J e r i c bronił celowości zabiegów operacyjnych, stwierdzając, że śmiertelność pooperacyjna w miarę postępów techniki znacznie się zmniejsza. W następnych referatach prelegentów Brna i Bratislavy również podnoszono leczenie raka szyi macicy tak samymi promieniami R, jak i metodą kombinowaną. Obecnie powszechnie stosuje się ostatnią metodę leczniczą, operując tylko w nielicznych przypadkach.

Drugą kwestją, mogącą nas zajmować, była sprawa techniki dozowania.

Powszechnie używa się obecnie metody spektrometrycznej, a dr. P o l l a n skonstruował własny spektromierz, mający być dokładniejszym od istniejących. W Pradze istnieje fabryka aparatów i przyrządów pomocniczych inż. W i n o p a l a, zatrudniająca około 50 robotników i wyrabiająca aparaty o wysoce precyzyjnym wykonaniu.

3. B y c h o w s k i Z. *Zmiany w budowie przysadki na zdjęciach rentgenowskich.*

Ref. przedstawia szereg zdjęć rentgenologicznych ze złoгами w przysadce mózgowej i omawia patogenę schorzeń, wywołujących podobne zmiany. W dyskusji H e r m a n zaznacza, że sprawa znaczenia lokalizacyjnego w budowie siodła tureckiego dla rozpoznania usadowienia guzów mózgu musi ulec rewizji. Przypadki, spostrzegane na oddziale D-ra F l a t a u a, pouczają, że siodło tureckie może ulec daleko idącym zmianom w razie istnienia guzów, tkwiących nie w przysadce, lecz w odległych częściach mózgu. Dzieje się to przedewszystkiem w guzach, idących w parze z wodogłowiem wtórnym, chociaż ma miejsce również i w guzach, nie pociągających za sobą wodogłowia. Należy zwracać uwagę na stosunek siodła do zatoki klinowej. Zwapnienia niewielkie, tkwiące w obrębie siodła, należy zaliczyć do zwapnień fizjologicznych analogicznie do zwapnień w szyszynce.

H i g i e r nie wierzy w wartość dagnostyczną deformacji i zniszczenia siodła i jego wyrostów. Należy rozróżniać zmiany pierwotne przy siedlisku wewnątrzsiodłowym i wtórne w razie ciśnienia wewnątrzczaszkowego wzmożonego. Wskazaniem do naświetlania i interwencji chirurgicznej jest jedynie i wyłącznie obraz kliniczny, nigdy zaś radiograficzny. *Ceteris paribus*, jeśli jest wskazana interwencja, nie będziemy próbowali naświetlania, gdy jest dużo złogów wapniowych.

M e s z — jeżeli jest mowa o cieniach wapniowych, widocznych w obrębie jamy siodła tureckiego, to należy również pamiętać, zwłaszcza u osobników starszych, o złogach, zależnych od *art carotis (arteriosclerosis)*. Wobec bogatego materiału p. prelegenta chciałbym się zapytać, czy widział obrazy siodła, w których zwapnienia zajmują pół siodła, o ostro zarysowanej górnej linii skośnej, idącej od przodu ku tyłowi, i od czego mogą te zmiany zależeć?

G r u d z i ń s k i — przyczyny zmian, względnie zniszczeń siodła tureckiego są dwojakie: guzy przysadki i wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Często nie można rozstrzygnąć, która z tych dwóch przyczyn odgrywa rolę w danym przypadku. Za zwapnienia fizjologiczne należy uważać zwapnienia szyszynki i zwapnienia *plexus chorioideus*. Te ostatnie zwapnienia mogą przez projekcję rysować się na tle przysadki, choć mogą nie mieć z nią nic wspólnego.

D r o z d o w i c z. Zwapnienia w guzach przysadki, jak i we wszystkich innych guzach, nie dopuszczają mechanicznie do stosowania naświetlania tkanek patologicznych, i z tej racji ich obecność, zwłaszcza w większej ilości, staje się przeciwwskazaniem do stosowania leczniczego promieni R.

4. H e r m a n E. *O rentgenologicznie dostrzegalnych złogach wapniowych w mózgu.* (ukaże się w druku).

W dyskusji M e s z zapytuje, czy zółg wapniowy w obrębie zatoki czołowej, który prelegent uważa za kostniak, rzeczywiście znajduje się w zatoce.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

— *Leczenie psoriasis przetworem bismuto-arseno-pirydynowym* daje, według J a n s i o n a, D e b u c q u e t a i P e c k e r a (Akad. Lek. marzec 1929) świetne rezultaty. Środek wprowadza się dożylnie lub domięśniowo co drugi dzień — ogółem robi się 30 zastrzyknięć. Na 53 pacjentów u 45 stwierdzono epidermizację stałą, przytem u 8-iu odnotowano lekki nawrót, ustępujący łatwo pod wpływem tego samego środka; u 6-iu pierwsza kuracja sprawdziła lekką poprawę, choroba jednak powoli ustępuje pod wpływem 3 corocznych kuracji, jeden zmarł z innych przyczyn.

(Pr. méd. Nr. 27)

— R o s e n o w na posiedzeniu tow. królewieckiego, w lutym omawia przypadek *moczówki prostej*, powstałej prawdopodobnie wskutek wytworzenia się guza w mózgu i poprawiającej się pod wpływem naświetlania okolicy przysadki i międzymózdzia promieniami R o e n t g e n a.

(D. m. W. Nr. 15)

— M e y e r (marcowe posiedz. berlińsk. tow. lek.) jest zwolennikiem *chirurgicznego leczenia choroby Basedowa*. Statystyki angielska i niemiecka dowodzą dużej śmiertelności chorych, leczonych wewnątrznie. Naświetlanie R o e n t g e n e m, poza zrostami, sprzyja przeciąganiu się choroby. Zabieg, poparty przedtem niezbyt długim podawaniem sporych dawek jodu, jest w warunkach obecnych, najskuteczniejszy i najmniej niebezpieczny. W dyskusji U m b e r podkreśla, że prócz leczenia chirurgicznego należy wymienić jako często skuteczne leczenie naświetlaniami. Tego samego zdania jest L a z a r u s, według którego na 5000 przypadków naświetlanych udało się uleczyć 50% i otrzymać poprawę w 30%.

(D. m. W. Nr. 14)

Przegląd terapeutyczny.

O działaniu Cibalginy.

Podał

Dr. Ludwik KAWAŁEK, lekarz 6 Baonu Sanitarnego (Lwów).

Cibalgina jest zmyślnym połączeniem dwóch składników, wspierających się wzajemnie w swem działaniu. Pierwszy z nich to dwumetyloamidopiryna, względnie amidopiryna, dobry lek przeciwgorączkowy i kojący, drugi składnik to kwas dwualylobarbiturowy, czyli dial, skuteczny lek uspakajający i nasenny.

Procentowo zawiera cibalgina 88% amidopiryny oraz 12% dialu, połączonych razem na dwualylobarbituran amidopiryny. Nazwa chemiczna długa, — działanie szybkie i pewne. Lek produkowany jest w żółtych pastylkach à 0.25 g., w płynie do zażywania i w ampułkach po 2 cm³ do iniekcji podskórnych, domięśniowych lub dożylnych. Dawkowanie 1 — 2 pastylek, 30 — 60 kropeł, lub 1/2 — 1 ampułki na dawkę, 2—3 razy dziennie.

Jedna pastylka cibalginy zawiera 0.22 g. amidopiryny oraz 0.03 g. dialu. Ponieważ amidopiryny można dać 0.3 — 0.5 g. na dawkę, zaś dialu 0.1 — 0.2 g., okazuje się, że w dawkowaniu cibalginy nie popełni się błędu, podając w razie potrzeby dawkę podwójną, t.j. 0.5 g., a nawet w wyjątkowych przypadkach potrójną t.j. 0.75 g., bez obawy spowodowania zatrucia, uwzględniając nawet synergetyczne działanie obu składników. Nigdy jednakże nie zachodzi potrzeba potrojenia dawki, gdyż dawka podwójna, t.j. 0.5, osiąga zawsze pełny skutek, nawet w przypadkach cięższych.

Stosowałem cibalginę w 104 przypadkach w tutejszej izbie chorych, zawsze z dobrym skutkiem, ku zadowoleniu własnemu i pacjentów.

Z tej liczby:

- 1) 37 przyp. grypy w czasie ostatniej epidemii.
- 2) 8 przyp. pryszczkowego zapalenia gardła i migdałków.
- 3) 14 przyp. kataru górnych dróg oddechowych.
- 4) 2 przyp. ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.
- 5) 3 przyp. bolesnego miesiączkowania.
- 6) 9 przyp. bólu zębów i okostny.
- 7) 15 przyp. silnych bólów mięśniowych.
- 8) 1 przyp. zaccadzenia.
- 9) 4 przyp. stanu po nadużyciu alkoholu.
- 10) 2 przyp. ostrych boleści żołądkowych.
- 11) 2 przyp. kolki żółciowej.
- 12) 1 przyp. poparzenia rąk.
- 13) 1 przyp. nerwobólu nerwu trójdzielnego.
- 14) 2 przyp. nerwobólu międzyżebrowego.
- 15) 2 przyp. zapalenia opłucny.
- 16) 1 przyp. zajęcia kataralnego zatok czołowych.

Jako pacjenci — osoby wojskowe oraz ich rodziny, pozostające pod ciągłą obserwacją. W czasie ostatniej fali grypy podawałem pacjentom, zaraz po ich przyjęciu, po 0.5 g. cibalginy w pastylkach lub w kroplach. Już po 15 — 20 minutach

zaczynały słabnąć łamiące bóle głowy i szarpanie w kościach, aż do zupełnego prawie ukojenia. Pacjent zapadał zwykle w spokojny sen, na przeciąg 2 — 3 godzin.

Zauważyłem, że cibalgina, podawana w kroplach działa n'eco szybciej od pastylek. Czas działania leku różny — od 3 — 5, a nawet 7 godzin, co uzależnić trzeba od ciężkości przypadku, następnie od osobniczej, że tak powiem — „podatności” na cibalginę, następnie od stanu wypełnienia pokarmem żołądka i jelit, co wpływa zawsze na szybkość wchłaniania leku. Szybkość działania uzależnić trzeba od tych samych przyczyn. Z tego też powodu najlepiej przy obserwacjach wprowadzać lek pozajelitowo, a więc w iniekcjach. Cibalgina, wprowadzona podskórnie lub domięśniowo, działa szybko, bo już po 7 — 10 minutach, działa silniej, co jest zupełnie zrozumiałe ze względu na drogę wprowadzenia, i działa dłużej.

Poza działaniem kojąco-nasennym zauważyłem dobre działanie przeciwgorączkowe cibalginy, wahające się w granicach od 0.4 — 1.6° C spadku temperatury. Wahania są dość szerokie, zależne też od ciężkości przypadku, podatności pacjenta i sposobu wprowadzenia, oczywiście, przy równych dawkach. Największy spadek temp. 1.6° C uzyskałem w 30 minut po iniekcji domięśniowej 2 cm³ cibalginy.

Po zastosowaniu pierwszej większej dawki doraźnej prowadziłem dalsze leczenie cibalginą naprzemian z chininofityną, w dawkowaniu normalnem. Bóle w krótkim czasie zupełnie ustawały, temperatura opadała do normy, chorzy czuli się skrzepieni i spali dobrze.

W anginie podawałem cibalginę w celu ukojenia bólu głowy i gardła i obniżenia temperatury. Skutek był zawsze dobry, pacjenci czuli się lepiej. Równocześnie podawałem chininofitynę, — przy równoległym leczeniu miejscowem.

W ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego stosowałem iniekcje doraźne po 2 cm³ cibalginy. Po 10 — 15 minutach następowała znaczna ulga lub zupełne ustanie bólów, z zachowaną tkiwością na ucisk i dotyk w punkcie Mac-Burneya. Chorzy byli po iniekcji zupełnie zdolni do transportu do szpitala.

W bolesnem miesiączkowaniu skutek był zupełnie dobry przy podawaniu po 30 kropeł 3 razy dziennie.

W bólach zębów skutek był różny, zależnie od sprawy chorobowej w zębach, względnie w ozębnie. Polepszenie stanu ogólnego następowało zawsze, gdyż ból albo znikał zupełnie, albo słabł znacznie w swem nasileniu. Czas trwania różny.

Bóle mięśniowe, tak częste u żołnierzy po ćwiczeniach, ustępowały zupełnie po zażyciu cibalginy (od 1 — 2 pastylek).

W jednym przypadku zaccadzenia cięższego stopnia stosowałem cibalginę przeciw silnym bólom głowy i uzyskałem ukojenie, a potem zupełne ustanie bólów i pokrzepiający sen. Przy równoczesnem podawaniu koraminy chory wrócił rychło do zdrowia.

Po ostrem nadużyciu alkoholu stosowałem cibalginę w iniekcji 2 cm³. Ból głowy uspakajał

się, znikało ogólne uczucie „rozbitcia”, ustawały mdłości i skłonność do wymiotów. Równocześnie podawałem sól gorzką. Chory zapadał w sen i budził się znacznie pokrzepiony.

W przypadku ostrych boleści żołądka dawałem iniekcje cibalginy 2 cm³. podskórnie, stosując równocześnie ciepłe okłady i środki przeczyszczające. Skutek był zawsze pomyślny.

W ataku kolki żółciowej dawałem 40 — 50 kropeł jednorazowo z doskonałym wynikiem już po 10 — 15 minutach. Bóle słabły, łagodniały i ustępowały na przeciąg kilku godzin.

W jednym przypadku poparzenia rąk gorącą wodą stosowałem, prócz leczenia miejscowego, cibalginę w celu ukojenia bólów po 2 cm³. podskórnie 2 razy dziennie. Uzyskałem prawie zupełne ukojenie bólów i spokojny sen.

W jednym przypadku nerwobólu nerwu trójdzielnego dawałem 3 r. dz. po 30 kropeł cibalginy z bardzo dobrym skutkiem. Również doskonały był efekt po podaniu cibalginy w nerwobólu międzybrownym. Stosowałem po 30 kropeł 3 r. dz. przy równoczesnym leczeniu lokalnym.

W zapaleniu opłucny stosowałem 3 r. dz. po 30 kropeł cibalginy i 3 r. dz. po 2 pastylki chininofityny z dobrym skutkiem. Bóle i kłucie w boku uspakajały się, temperatura opadała, i przychodził spokojny, kojący sen. Przy równoczesnym leczeniu miejscowym uzyskiwałem rychłe wyzdrowienie.

W jednym przypadku silnego nieżyty zatok czołowych, skutkiem nieżyty błony śluzowej nosa, stosowałem 3 r. dz. po 2 pastylki cibalginy z bardzo dobrym skutkiem.

Cibalgina jest dobrym lekiem. Nie pociąga za sobą przyzwyczajenia, w dawkowaniu jej można zachować dość dużą swobodę bez zbytej obawy, działanie jej jest szybkie i pewne. Po ukojeniu bólów sprowadza pokrzepiający sen i nie wykazuje żadnych szkodliwych działań ubocznych. Nie uszkadza błony śluzowej żołądka i jelit i nie jest groźna dla ośrodka oddechowego. Są to bezsprzecznie duże walory, które pozwalają na szerokie stosowanie cibalginy w każdym przypadku, gdzie chodzi nam o uspokojenie bólów i sprowadzenie spokojnego snu. Są przypadki, oczywiście, w których cibalginę trzeba z konieczności wzmoc-

nić działaniem np. morfiny. Zauważyłem, że działanie jest o wiele silniejsze przy podawaniu cibalginy z chininofityną „Ciba”, tak działanie przeciwbólowe, jak i przeciwgorączkowe, co jest, zresztą, zupełnie zrozumiałe. Bezwzględna przewagę nad morfiną daje cibalginie możliwość stosowania jej bez obawy u dzieci, które są przecież bardzo wrażliwe na opiaty, następnie fakt, że cibalgina nie angażuje zupełnie ośrodka oddechu, — w przeciwieństwie do morfiny, — daje możliwość rozległego stosowania jej w zatruciach gazami bojowymi, kiedy morfiny podawać nie wolno, gdyż poraziłaby ośrodek oddechu.

Cibalgina uspakaja bóle głowy u chirurga, który uległ lekkiemu zatruciu eterem w czasie operacji, co zdarza się bardzo często.

Cibalgina nadaje się doskonale do kojenia bólów po oparzeniach alkalijskimi i kwasami, przypadkowych, względnie samobójczych, stosowana w iniekcjach po 2 cm³. na dawkę, przy ewentualnym równoczesnym podaniu 3% roztworem nowokainy.

Dalej nadaje się doskonale do kojenia tych tępych bólów głowy i klatki piersiowej, które występują po zatruciach fosgenem, chlorem, pallitem, superpallitem, chloronikryną i t. d., kiedy morfiny nie wolno stosować ze względu na ośrodek oddechu; w tych przypadkach najlepsze jest kombinowanie cibalginy z chininofityną, w dawkach zależnych od ciężkości przypadku.

Cibalgina sprzężona w działaniu z chininofityną, nadaje się jako lek bardzo skuteczny po oparzeniach iperytem, czy też luizytem, jako lek, kojący bóle tak przykre dla oparzonego, czy to w okresie powstawania pęcherzy, czy też już w okresie wrzodów. Dobrze łagodzi bóle głowy po zatruciu zepsutym pokarmem, stosowana w tym razie w iniekcjach.

Po tak zwanym „przepaleniu”, występującem u młodych palaczy tytoniu, łagodzi dobrze bóle i szum w głowie, — przy równoczesnym stosowaniu koraminy w małych dawkach. Uspakaja dobrze ból głowy po zbyt długim działaniu promieni słonecznych. Cibalgina odpowiada zupełnie swemu zadaniu, bo koi ból bez równoczesnej szkody dla organizmu.

O d c i n e k.

Ludwik Maurycy Hirszfeld.

Profesor anatomji (1814 — 1876 r.¹⁾

napisał Z. BYCHOWSKI (Warszawa).

Historja medycyny nie cieszy się zbyt popularnością wśród samych nawet lekarzy. Nauka i sztuka lekarska nasuwają obecnie tyle no-

¹⁾ Odczyt wygłoszony 26.1.29 na setnem posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Rzecz. Polskiej.

Materiały do niniejszej pracy stanowiły, oprócz osobistych wspomnień słuchaczy i znajomych Hirszfelda:

1. Fontes et commentationes historiam scholarum superiorum in Polonia illustrantes. Kraków 1900 — 1901 T. VI i T. VIII (Szkola główna Warszawska).

wych zawiłych zagadnień i wymagają od chcących pozostać na poziomie współczesności tytuł fachowych wiadomości i umiejętności operowania najrozmaitszymi złożonymi przyrządami, że istotnie brak czasu na źródłowe badania historyczne.

A jednakże badania takie posiadają swoisty urok, który porównałbym z wędrówką po galerjach

2. Wspomnienia pośmiertne w Gazecie Lekarskiej, Gazecie Warszawskiej, Izraelicie i Tygodniku ilustrowanym z 1876 r.

3. Akta archiwalne, znajdujące się w Archiwum Ministerstwa Oświecenia. Za pozwolenie korzystania z Archiwum składam p. D-rowsi W. Łopacińskiemu serdeczne podziękowanie.

Właściwie mówiąc H. do końca życia pisał się Hirszfeld.

prymitywistów w Sjenie lub Perugji²⁾. Lekarz współczesny ściśnięty w ramach swojej specjalności, których liczba zatrważająco rośnie, jest poniekąd zmechanizowany. Specjalność hamuje polot i zwęża pole widzenia. My prawdopodobnie nigdy już nie zobaczymy takich pełnych bujnej fantazji i twórczej inicjatywy uniwersalistów jakimi byli Paracelsjusz, Brown - Sequard i t. p.

Niech mi więc wolno będzie dziś na uroczystym setnem posiedzeniu Zrzeszenia odciążyć Waszą uwagę od trosk i obowiązków chwili i wyciągnąć z zapomnienia kartkę z naszych dziejów w Warszawie.

Właściwie mówiąc, należałoby kiedyś dokładnie zbadać rolę, którą żydzi odegrali w dziejach rozwoju medycyny. Nie mając stałych warsztatów naukowych, ani katedr uniwersyteckich, a często wogóle pozbawieni nawet stałego miejsca pobytu, prowadzą przeważnie życie koczownicze, zdobywając sobie nierzadko duże powodzenie i uznanie nawet w kołach osób panujących i najwyższych dygnitarzy kościoła. Godna uwagi jest ta okoliczność, że wielu sławnych uczonych w zakresie nauk religijnych cieszyło się także sławą słynnych lekarzy i autorów bardzo rozpowszechnionych w swoim czasie traktatów medycznych (Maimonides i w. in.). Jest bardzo prawdopodobne, że zajęci badaniami nad rytuałem w kierunku „koszer i tref” a także menstruacji, uczeni ci zahaczali często o niektóre kwestje z patologii ludzkiej³⁾ i przez analogję ze spostrzeżeniami nad zwierzętami wyprowadzali z tego odpowiednie wnioski.

W Polsce też znajdujemy szereg wybitnych w swoim czasie lekarzy, których sława sięgała poza granice nawet Polski⁴⁾. Jest to może więcej, niż przypadkowy

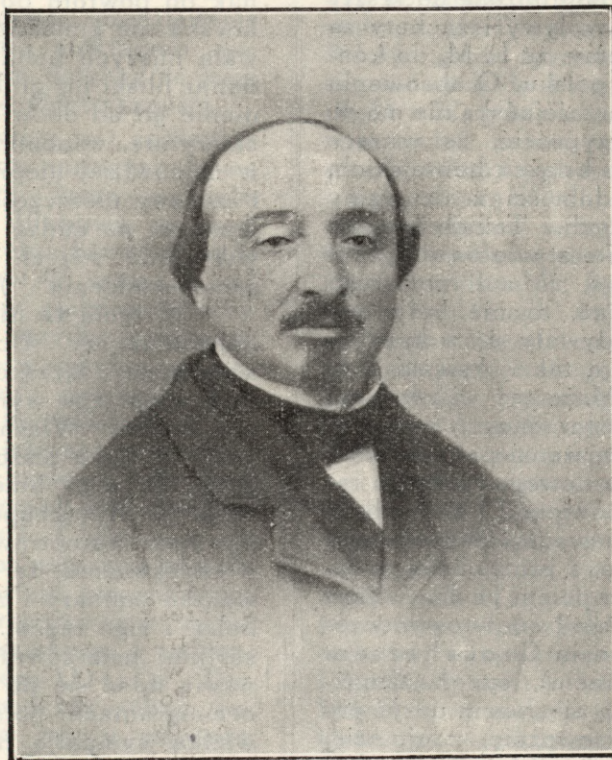
zbieg okoliczności, że i w 19 stuleciu, kiedy anatomja opisowa i fizjologia zostały wyodrębnione w oddzielne nauki ze specjalnemi katedrami uniwersyteckimi, znajdujemy wśród przedstawicieli tych nauk wielu wybitnych żydów, że wspomnę nazwiska Henlego, Schwallego, Romberga (autora pierwszego podręcznika o chorobach nerwowych), Remaka ojca i syna, Cyona, Hermana, Munka, Weigerta, Edingera i w. inych. Szczegół ciekawy, że układ nerwowy był zawsze przedmiotem szczególnego zamięłowania badaczy żydowskich.

Jednym z takich uczonych, którego badania makroskopowe nad układem nerwowym dotychczas uchodzą za klasyczne, był profesor anatomji Ludwik Maurycy Hirszfeld, którego życie i działalność naukową pozwolę sobie tu przedstawić. A czynię to m. in. i z tego względu, że gdybyśmy nie mieli wśród siebie jeszcze jego bezpośrednich słuchaczy i wspomnień współczesnych, cała historia o Hirszfeldzie wydawałaby się jakąś fantastyczną legendą. Tak niezwykle dziwne, zwłaszcza z punktu widzenia naszej obecnej konstrukcji społecznej, były losy, które ten człowiek przechodził.

L. M. Hirszfeld urodził się 3 kwietnia 1814 r. (w niektórych biografjach mylnie podają 1816 r.) w Nadarzynie w Rawskim. Ojciec jego, który nazywał się Hirschfeld, był rytualnym rzeźnikiem. Funkcje rzeźnika rytualnego — „szochet” — wymagają, oprócz dużej zręczności technicznej, także poważnej wiedzy talmudycznej i wysokiego poziomu moralnego. Niezawodnie też i ojciec L.

M. był uczonym. Wiemy zresztą, że syn dla niego do końca życia zachował szczerą pietyzm. Jako małe dziecko, L. M. już uczęszczał do szkoły religijnej, (cheder), gdzie się uczył biblii, a następnie talmudu. W r. 1825, kiedy L. M. liczył 11 lat, ojciec dostał posadę szocheta w Warszawie i zamieszkał na Solcu.

Dla zrozumienia środowiska, dokąd się dostał młody L. M., należy sobie uprzytomnić czem był Solec przed 100 laty. Był to poniekąd oddzielny, zamknięty w sobie świat. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu, kiedy się pytano mieszkańca Solca, czy mieszka w Warszawie, odpowiadał zwykle: nie, na Solcu. Całe ówczesne życie na Solcu koncentrowało się koło znajdującej się tam rzeźni, która dostarczała mięsa Warszawie. Tam więc odbywał się handel bydłem i mięsem, tam mieszkali rzeźnicy, rzeźniczy, obieracze, poganiacze i t. p. Głównym tematem rozmów i zainteresowania w domu rodzicielskim są prawdopodobnie rozmaite przypadki kazuistyczne z dziedziny rytualnego oglądania i badania mięsa. Młody L. M. zapewne nieraz zagląda do samej rzeźni



²⁾ Takiego wrażenia szczególnie doznałem przed wielu laty, kiedy w pierwszym okresie rentgenologii prześledziłem metody rozpoznawania zapalenia płuc, względnie obecności płynu w płucnie, zaczynając od Hippocratesa aż do Roentgena. Z powodu wstąpienia mego do wojska podczas wojny ros. japońskiej praca ta, która mi sprawiała dużo ciekawych emocji, nie została, niestety, dokończona.

³⁾ Talmud opowiada (Bechorot 45A), że na początku II st. po N. Chr. kilku uczonych w celu dokładniejszego zbadania kościoła wyprosiło od władz trupa skazanej na śmierć prostytutki i oczyściło go przy pomocy gorącej wody od miękkich części.

⁴⁾ Por. Dr. M. Bałaban, Jüdische Aerzte und Apotheker aus Italien und Spanien im XVI und XVII Jahrhundert in Krakau, Czernowitz 1912.

H. Higier. Jakim był lekarz żydowski średniowiecza w Europie a zwłaszcza w Polsce, Archiwum historii i filozofii medycyny T. VII.

i przypatruje się rozmaitym dokonywanym tam dosyć złożonym manipulacjom⁵⁾. Może też i ojciec zaczyna go stopniowo kształcić w fachu rzeźnickim, który w pewnym stopniu jest zaszczytny, a pod względem materialnym wcale nienajgorszy. Kolej życiowa młodego L. M. jest wytknięta.

Ale w 16—17-m roku życia w młodym kandydacie na szocheta na Solcu zaczyna nurtować duch rewolty. Zaniedbywać zaczyna nauki talmudyczne. Budzi się pęd do innego, nowego świata, chęć wyzwolenia się z ponurej atmosfery soleckiej zaczyna kielkować. Trudno oczywiście teraz ustalić, kto lub co dało impuls do tych zamierzeń przewrotnych.

Wątpię, żeby odegrały tu rolę jakieś postronne osobiste wpływy. Środowisko, w którym przebywał L. M., było tak szczelnie odgródzone od reszty świata, że jakieś zewnętrzne wpływy i zachęty są tu mało prawdopodobne. Wiemy, że L. M. do końca życia bardzo źle mówił po polsku. O obcowaniu więc z oświeconą młodzieżą chrześcijańską nie mogło być mowy. Raczej należy przypuścić, że w ręce L. M. dostała się jedna z tych ksiąg hebrajskich, które zawierają rozmaite wiadomości z dziedziny medycyny i nauk przyrodniczych. Takich ksiąg nie brakowało w hebrajskiej literaturze nawet XVII i XVIII wieku. A wobec tego, że autorami tych dzieł były powagi talmudyczne, to nie były one uważane za heretyczne i znajdowały się w każdym pobożnym domu. Może lektura takiej książki obudziła w L. M. święty ogień. Może też widok ludzi dumnych i szczęśliwych, nie pogardzanych i poniżanych obudził w L. M. chęć zerwania pęt soleckich i dążenie do zajrzenia do tego nowego, pełnego radości i pokus świata. Dusza bowiem L. M. nie była pozbawiona czynników uczuciowych. Współcześni mówią o nim, że umiał śpiewać, a już na Solcu przywiązał się do skrzypiec, które potem pewną w jego życiu odegrały rolę. Zaprzyjaźnił się w owym czasie z rówieśnikiem swoim Leonem Grossheitem (który później też został lekarzem), synem zamożniejszych rodziców. Zaczynają się razem uczyć potajemnie świeckich nauk (przeważnie, zdaje się, arytmetyki), bez kierownika i bez planu.

Stanowisko lekarza było u żydów zawsze opromienione niezwykłą aureolą. Największe powagi żydowskie uprawiały sztukę lekarską. Przed lekarzem żydem jakby automatycznie rozsypywały się bramy i rozluźniały się więzy rytuału ghetta. Zawód lekarski torował drogę do pałaców i najwyższych władz świeckich i kościelnych. Olśnieni taką świetlaną perspektywą, ci dwaj chłopcy postanawiają zostać lekarzami i w tym celu wybierają się w r. 1833 do Wrocławia. W swojej naiwnej soleckiej nieświadomości byli przekonani, że wystarczy przywędrować do Wrocławia ze świętem pragnieniem zostania lekarzami, a podwoje Uniwersytetu szeroko przed nimi się otworzą. Wszak uczelnie talmudyczne stoją otworem dla każdego — „każdy spragniony może tam wejść i czerpać” — nie wymagają

tam ani egzaminów, ani żadnych dokumentów, dla czegożby wstęp do uczelni świeckiej miał być najeżony jakimś rygorami? Czy zapal do nauki nie jest najlepszym giejtem do tej świątyni? Nietrudno więc sobie wyobrazić ich zdumienie i rozczerwanie, kiedy w dziekanacie zażądano od tych dwóch prawdopodobnie i z zewnętrznego wyglądu nie budzących wielkiego zaufania chłopców patentów dojrzałości, paszportów i zaświadczenia policji. Była to chwila krytyczna w życiu L. M. Gorejący w nim święty ogień oblało strumieniem wody. Jego marzenie okazało się chimera. Atoli, jak powiada Puszkin, ciężki młot, krusząc szkło, wykuwa miecz. Niezrażony L. M. wraz ze współtowarzyszem zostają pewien czas w Wrocławiu, ucząc się niezbędnej łaciny. Brak środków do życia zmusza ich jednak do powrotu do Warszawy. Ale niedola wrocławska nie zmiażdżyła, lecz, przeciwnie, zahartowała naszych bohaterów. W ostatnim swoim podaniu bliski już grobu Hirszfeld, prosząc o zwolnienie go od obowiązków profesorskich i o pełną emeryturę, wspomina te czasy: „Urodzony w nędzy, w najbardziej nieprzyjanych warunkach życiowych i rzucony nieszczęśliwym dla mnie zbiegiem okoliczności na cudzą ziemię, zmuszony byłem użyć wszystkich swoich sił fizycznych i moralnych dla samokształcenia”.¹⁰⁾

W życiu L. M. był to prawdopodobnie okres najsmutniejszy. Ucieczką do Wrocławia spalił za sobą mosty, łączące go z otoczeniem, w którym wyrósł, a do tego wymarzonego brzegu było jeszcze tak daleko! Właśnie w Wrocławiu dopiero się dowiedział, jaka jeszcze go czeka długa, przydługa droga do tego brzegu. Widocznie jednakże i rodzice L. M. niezupełnie stracili nadzieję odzyskania syna marnotrawnego. Udało im się ożenić go, w przekonaniu, że w ten sposób rzuci swoje dziwaczne zamiary i zostanie nazawsze przykutym do Solca i jego rzeźni.¹¹⁾ I ten środek zawiodł. L. M. się nie „ustatkował”. Niemcy go zawiodły. Postanawia udać się do Paryża. Może być, że pogłoski o emigrantach polskich, cieszących się wówczas wielką sympatią nad Sekwaną, rokowały mu tam łatwiejsze osiągnięcie wymarzonego celu. Środków nie ma żadnych. Przez Lipsk i Berlin idzie do Paryża, dosłownie idzie. Towarzyszą mu zapal i — skrzypce. „Całą drogę”, opowiada prof. Girsztowt w pośmiertnym wspomnieniu w Tygodniku Illustrowanym, „z Warszawy do Berlina odbywa pieszo i boso, nocleg znajdując w rowach, a za pokarm używając strączków polnego grochu”. W Berlinie „wypoczywa w szpitalu i po zagojeniu ran na nogach, skutkiem podróży powstałych” „pieszo podąża do Paryża”. „Nie ma paszportu, więc granicę Francji przebywa, wzięwszy za ręce parę dzieci, które na minut kilka stają się aniołami stróżami

¹⁰⁾ Roždennyj w niszczennstwie pri samoj niewygodnoj żyzniennoj obstanowkie i zabroszennij nieszczęstnym dla mienia stiečeniem obstojaatelstw w czużuju stronu ja dołžen był upotrebit wsie swoi siły fiziczeskija i moralnija dla obrazowania siebia.

¹¹⁾ Z tego pierwszego małżeństwa miał córkę. Będąc w Paryżu, prowadził pertraktacje z żoną, żeby do niego przyjechała, na co ona się nie zgodziła. Przysłał jej wtedy rozwód wzamian za co posłała mu córkę. Po powrocie do Warszawy, już jako profesor, żonę swoją materialnie wspierał.

⁵⁾ Szczególnie jedna czynność rytualna wymaga istotnie subtelnego preparowania. Chodzi o zupełne usunięcie *plexus ischiadicus* przy możliwie małym uszkodzeniu znajdujących się w tej okolicy mięśni, t. zw. polędwicy. Wobec tego, że operacja ta niezawsze się udaje, pobożni żydzi mięsa z tylnych kończyn wcale nie używają.

naszego pielgrzyma". W Paryżu utrzymuje się pierwszy czas z gry na skrzypcach po ogródkach, styka się z niektórymi emigrantami polskimi, przychodzi jednakże wkrótce do przekonania, że i tu nie można od razu zasiąść do wielkiego honorowego stołu, że, aby zostać studentem, należy poddać się rozmaitym egzaminom z przedmiotów, które w jego mniemaniu nie miały bezpośredniego związku z jego głównym, jedynym celem, tembardziej, że ma wtedy już przeszło 20 lat. I L. M. wpada na istotnie genialny pomysł. Wstępuje, jako posługacz, do prosektorjum do École pratique de Médecine i tam też zamieszkuje. Widok trupów i preparatów nie odstrasza go. Wszak przyzwyczaił się do tego jeszcze w domu rodzicielskim na Solcu.

Syn kowala i czeladnik introligatorski Faraday dowiadyuje się przypadkowo, przeglądając książki, które oprawia, o istnieniu niektórych zjawisk elektrycznych i tworzy potem dotychczas jeszcze klasyczne podstawy nauki o elektryczności.

W Ecole pratique L. M. zajęty jest „oskrobaniem i bieleniem kości”. Jako posługacz, bywa obecny na wykładach anatomji, którą wykłada słynny wówczas Bourgéry. Właściwie mówiąc, w pewnym stopniu już dopiął celu—bez tych nudnych i uciążliwych egzaminów. W wolnych od obowiązkowych zajęć posługacza godzinach uczy się i przyrządza dla własnego użytku preparaty anatomiczne, które przechowuje w swoim mieszkanku. Legenda niesie, że, kiedy pewnego razu zabrakło Bourgéry preparatu do wykładu, L. M. przyniósł profesorowi swoje własne preparaty. Bourgéry miał być tak zachwycony ich artystycznym wykonaniem, że krzyknął podobno do studentów: „a genoux, messieurs!” I błędząca dotychczas gwiazda Hirszfelda nareszcie weszła w swoją orbitę: Hirszfeld zostaje pomocnikiem prosektora. Zdolności H. w preparowaniu zwracają na niego uwagę wydziału lekarskiego, a zwłaszcza ówczesnego dziekana, słynnego Orfily. Ten ostatni korzysta z pomocy H. podczas sekcji sądowych i nareszcie wyjednywa mu u ministra oświecenia pozwolenie zapisania się w poczet studentów medycyny. Ominawszy więc Scyllę i Charybdę (patent dojrzałości i t. p.) H. w r. 1848 — 14 lat po przybyciu do Paryża — składa rozprawę p. t. Des injections capillaires i uzyskuje stopień doktora medycyny. Ma wtedy lat 34. A już po roku rozpoczyna wykłady anatomji jako „prywatny profesor” w tejże Ecole pratique, gdzie jeszcze niedawno był posługaczem. Zišciło się więc marzenie, które przed 20 laty zaczęło kielkować na ławce chederowej na Solcu. Jak zwierzę apokaliptyczne, przeskoczył przez te wszystkie zatory i przepaście, które mu zagroziły jego bieg w Wrocławiu. Jest profesorem. Z niewolnika Józef staje się namiestnikiem Faraona.

Hirszfeld nie spoczywa na zdobytych już laurach. Jego życie dopiero teraz się zaczyna. W r. 1853 przy pomocy rysownika Leveillé wydaje „Névrologie ou description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme avec leur mode de préparation”. Zyskuje nagrodę Monjou i zostaje laureatem de l'Institut de France (Académie des sciences), i wspólnie z wielu uczonemi francuskimi bierze udział w wydaniu 12-tomowej anatomji, rozpoczę-

tej przez Bourgéry. Sława jego rośnie. Towarzystwa całego prawie świata wybierają go na członka honorowego. Névrologie wychodzi w dwóch wydaniach angielskich (jedno dla Anglii, drugie dla Ameryki). „On l'a mis, pisał o nim w r. 1857 profesor Rostan do Cycurina, à la tête des anatomistes de notre époque”. (Postawiono go na czele anatomów naszej epoki).¹²⁾

Byłoby na pierwszy szut oka oczywiście bardzo ryzykownem rozpatrywać po 70 przeszło latach wartość naukową atlasu Hirszfelda. A jednakże, jeżeli uprzytomnimy sobie, że chodzi tylko o opis i zobrazowanie makroskopowe ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, to przeglądanie tablic H. budzi i obecnie szczerzy podziw i dostarcza obeznanemu z temi sprawami prawdziwe zadowolenie, jeżeli np. zwrócić uwagę na tablicę 6 i 7, 9 i 10, gdzie przedstawiony jest stosunek opon rdzeniowych do korzonków i naczyń, albo na tablicę 21 i 22, gdzie z niespotykaną, zdaje się, w najnowszych nawet podręcznikach dokładnością przedstawiony jest rozkład włókien ciała spoistego i jego stosunek do innych części mózgu i t. d. Szczególnie zaś widać rękę mistrza w opisie i w ilustracjach nerwów obwodowych. Najlepszy dowód, że każda z tych tablic figuruje dotychczas w ostatnich nawet wydaniach najbardziej rozpowszechnionych podręczników anatomji (Raubert-Kopsch i t. d.). „Śmiało wyrzec mogę, pisał H. do polskiego wydania swojej neurologji, która wyszła bez atlasu, że niema cząstki układu nerwowego, której bym wielokrotnie nie preparował”.

Sława i utrwalałoby byt materialny (H. w owym czasie ożenił się po raz drugi z córką zamożnego kupca angielskiego p. Esterą Manson) nie hamują, jak to przeciętnie bywa, rozpędu i zamięłowania do nauki u H. Hirszfeldowie, dopóki starczy siły, nie znają odpoczynku. Wydobywszy z anatomji opisowej wszystko, co przy ówczesnych metodach i środkach można było osiągnąć — zaczyna zdobywać nowe pole pracy. W r. 1857 obejmuje poza swemi obowiązkowymi wykładami anatomji stanowisko chef de clinique na oddziale słynnego wówczas klinicysty prof. Rostana w Hôtel Dieu.

Gruntowna znajomość anatomji nietylko czysto opisowej, a także patologicznej makroskopowej (pomagał wszak Orfily przy sekcjach sądowych) wysuwa go i tu na widoczne miejsce. Podczas nieobecności szefa H. zastępuje go na wykładach. Ogłasza prace kliniczne o charakterze kazuistycznym, w których uderza dokładny opis badania pośmiertnego.

I przy łóżku chorego H. myśli anatomicznie, więc konkretnie, wskutek czego jego prace kliniczne i obecnie czyta się z zaciekawieniem. Piszącego te słowa szczególnie zaintrygowała praca p. t. Tumory mózgowe dyagnozowane podczas życia. Rocznik Towarzystwa Paryskiego polskich lekarzy.

¹²⁾ Posiadam drugie wydanie z r. 1866, którego tytuł brzmi nieco inaczej. Névrologie et esthesiologie. Traité et Iconographie du système nerveux i t. d. Deuxième édition, corrigée et considerablement augmentée. Atlas de 92 planches dessinées d'après les préparations de l'auteur par J. B. Leveillé. Paris. Victor Masson et Fils, in quarto. W pierwszym wydaniu tekst był razem z tablicami, w 2-im wydaniu tekst stanowi oddzielną książkę in quarto.

Poszyt pierwszy. Paryż. 1859. W obliczu współczesnego aparatu rozpoznawczego zawiera ta praca dużo luk. Ale sama tendencja do rozpoznawania przed 70 laty nowotworów mózgu za życia zasługuje na podkreślenie. „Diagnoza tumorów mózgowych”, pisze H. we wstępie, jest jeszcze nieraz zadaniem trudnym do rozwiązania. Trudność ta pochodzi czasem z braku dokładnych wiadomości anatomii układu nerwowego. Następujące 2 spostrzeżenia mogą służyć za dowód, jakim sposobem dzięki wiadomościom anatomicznym można dojść do rozpoznania tego rodzaju chorób w ciągu życia”.

W pierwszym spostrzeżeniu rozpoznanie za życia brzmiało: Tumor nierozległy, przyciskający nerwy jamy ocznej przed ich wejściem do tej ostatniej, t. j. na wysokości szpary klinowej (*fissura sphenoidalis*) albo też tumor położony w głębi jamy ocznej przyciskający nerwy oczodołu i wypychający oko naprzód“. Drugie spostrzeżenie, które na

końcu przytaczam w całości, zatytułowane jest: „Tumor rakowaty w mózdzku cisnący ósmą i dziewiątą parę nerwów”. Jest to prawdopodobnie pierwszy w literaturze opisany — i za życia rozpoznany! — przypadek t. zw. zbioru objawów otworu poszarpanego (*foramen lacerum*) czyli *Avelisa*, sprawa, która dopiero od kilku lat została przez neurologów francuskich bliżej zbadana. Opis topografii guza w stosunku do sąsiednich części mózgu i nerwów obwodowych mógłby znaleźć miejsce i we współczesnej pracy. Inne prace kliniczne Hirsfelda — ogłoszone po francusku w *Gazette des Hôpitaux* i przetłumaczone następnie na język polski przez H. Dobrzyckiego, są tak samo wymownym świadectwem ścisłego anatomicznego myślenia autora przy łóżku chorego.

* * *

(Dok. nastąpi).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z działalności Departamentu Służby Zdrowia.

W dniach 18 i 19 lutego r. b. odbył się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Departamencie Służby Zdrowia) zjazd Naczelników Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich i Komisarjatu Rządu m. st. Warszawy. Z szeregu wygłoszonych referatów przytaczamy niektóre w skróceniu.

W sprawie dotychczasowych wyników akcji sanitarno — porządkowej w kraju mówił Dr. Tu-biasz.

Okólnikiem Nr. 179 (Nr. AP. 11453 z dnia 15. X. 27) zażądał Pan Minister Spraw Wewnętrznych od Wojewodów nadsyłania Ministerstwu miesięcznych sprawozdań o postępach akcji sanitarno — porządkowej. Sprawozdania te obejmują dane następujące: liczba domów mieszkalnych (w miastach i na wsi), liczba domów odnowionych (w miastach), liczba śmietników nakrytych (w miastach) i liczba celowo urządzonych i utrzymanych ustępów (w miastach i na wsi).

Pierwsze sprawozdania zawierały liczne niedokładności, zwłaszcza w niektórych województwach i dlatego nie można przeprowadzić analizy postępów za okres sprawozdawczy według poszczególnych województw. Liczby dla całego państwa (z zastrzeżeniem możliwych pomyłek) stwierdzają, że w okresie od końca 1927 do końca 1928 roku odnowiono 63.966 domów po miastach, co stanowi 12% ich ogólnej liczby. Liczba śmietników wynosiła w listopadzie 1927 — 209 075, a do 1. I. 29 przybyło 84.829, czyli 40,6%. Celowo urządzonych i utrzymanych ustępów było w miastach 420.853, przybyło 107.616, czyli 25,6%; we wsiach 1.373.844 przybyło 1.010.213, czyli 73,5%.

Natomiast liczby, nadsyłane w sprawozdaniach ostatnich, należy uważać, na skutek ciągłych poprawek, za odpowiadające mniej więcej rzeczywistości, i one dają możność przeprowadzenia do-

kładniejszej analizy według województw, co jest uwidocznione na załączonej tablicy.

Z tablicy tej widać, że odsetek domów odnowionych po miastach wynosi dla całego państwa 31,5; odsetek śmietników — 55; odsetek ustępów w miastach — 98,9; a po wsiach — 70,9. Jedno tylko województwo wykazuje normy, wyższe od przeciętnych, we wszystkich punktach — jest to woj. poznańskie. Dwa województwa wykazują odsetki we wszystkich punktach niższe od przeciętnych — są to woj. wołyńskie i tarnopolskie. W pozostałych województwach znajdujemy niektóre odsetki wyższe od przeciętnych, inne zaś niższe.

W sprawie usuwania nieczystości i użytkowania dla celów rolnictwa mówił inż. Zygmunt Rudolf.

W marcu roku zeszłego zostało wydane rozporządzenie Pana Prezydenta Rzeczypospolitej o usuwaniu nieczystości i wód opadowych (Dz. U. Nr. 32 poz. 311). Na podstawie tego rozporządzenia, mającego moc ustawy, zostaną wydane rozporządzenia wykonawcze, normujące: 1) warunki, jakim odpowiadać winny wszelkie publiczne i prywatne urządzenia do usuwania nieczystości i wód opadowych, 2) korzystanie z tych urządzeń, oraz 3) warunki, jakim powinny odpowiadać ścieki, nadające się do bezpośredniego wpuszczania do zbiorników wód powierzchniowych i do ziemi.

Przy opracowaniu wymienionych rozporządzeń Departament Służby Zdrowia bierze pod uwagę, że nieczystości, jako mające wartość nawozową, winny być w ten sposób usuwane i unieszkodliwiane, aby mogły być odpowiednio zużytkowane dla celów rolnictwa.

Według Hoffmanna, człowiek dorosły produkuje rocznie 50 kg. stałych i 450 kg. płynnych wydaliny. W kale tym znajduje się: 0,65 kg. azotu, 0,575 kg. kwasu fosforowego, 0,20 kg. potasu i 0,30 kg. wapnia; w urynie zaś: 3,6 kg. azotu,

Nr.	W O J E W Ó D Z T W A	Liczba domów mieszkalnych		Domy odnowic- ne (w miastach)		Śmietniki (w miastach)		Celowo urządzone i utrzymy- wane ustępy.			
		w miastach	na wsi	Liczba	%	Liczba	%	w miastach		na wsi	
								Liczba	%	Liczba	%
1	Komisarjat Rządu na m. st. War- szawę.	11 373	—	6.428	56,5	10.540	92,7	9.938	87,4	—	—
2	Warszawskie	32.689	224 611	12 770	39,1	20.749	63,5	23.977	73,3	172.884	77,0
3	Łódzkie	39 224	180.734	15 843	40,4	31.763	81,0	34.734	88,6	145.249	80,4
4	Kieleckie	34.968	292 806	12 045	34,4	23.711	67,8	25.618	73,3	214.230	73,2
5	Lubelskie	23.552	264.981	10.022	42,6	11 477	48,7	13 759	58,4	180.579	68,1
6	Białostockie	37.726	176.849	13.695	36,3	24.239	64,3	32 913	87,2	122.505	69,3
7	Wileńskie	21.423	162 680	4.201	19,6	13.807	64,4	15.092	70,4	92.095	56,6
8	Nowogródzkie	18.477	147.543	4 867	26,4	11 245	60,9	15.013	81,3	96.792	65,6
9	Poleskie	25.972	178.384	3.501	13,5	17.145	66,0	19.778	76,2	91.487	51,3
10	Wołyńskie	27.406	260.118	8.158	29,8	12.514	45,7	14.525	53,0	102.160	39,3
11	Poznańskie	45.319	145.042	15.497	34,2	32.162	71,0	93.152	205,5	149.974	103,4
12	Pomorskie	17.261	85 924	3.251	18,8	11.523	66,8	35.824	207,5	87.336	101,6
13	Śląskie	14.138	64.242	3.265	22,9	7.306	51,3	35.796	25,14	82.031	127,7
14	Krakowskie	41.863	290.156	9.777	23,4	16 106	38,5	50.715	12,11	236.610	81,5
15	Lwowskie	60 452	400.356	17.734	29,3	24.018	39,7	46.876	77,5	291.759	72,9
16	Stanisławowskie	37.614	238.789	17.155	45,6	13.553	36,0	30.685	81,6	172 461	72,4
17	Tarnopolskie	44.923	248.472	9.925	22,1	12.036	26,8	30.074	66,9	145.405	58,5
R a z e m ;		534.480	3.61.687	168.134	31,5	293.894	55,0	528.469	98,9	2 384.057	70,9

0,675 kg. kw. fosforowego, 0,90 kg. potasu i 0,135 kg. wapnia. Stąd miasteczko o ludności 10.000 mieszkańców (przyjawszy 50% dzieci) daje rocznie w nieczystościach 31,875 kg. azotu, 9,365 kg. kw. fosforowego, 8,250 kg. potasu i 3,262 kg. wapnia, co po przełożeniu na 22% azotniak z Chorzowa, 16% superfosfat, 25% sól potasową z Kałusza i wapno z Częstochowy, stanowi wartość około 75.000 złotych.

Zagadnienie usuwania nieczystości należy w zasadzie rozpatrywać oddzielnie dla wsi, dla małych miast i dla większych miast.

Na wsi sprawa ta sprowadza się do zaprowadzenia racjonalnie urządzonych gnojowisk i kompostarni. Dobrze jest łączyć ustęp z gnojowiskiem i wytworzony tą drogą nawóz stosować do użytkowania pól. Wielkość gnojowiska należy obliczać według ilości inwentarza, przyjmując 3 — 4 mtr² powierzchni na każdą dużą sztukę. Przy większej liczbie sztuk trzeba z konieczności stosować trzymanie gnoju pod inwentarzem, co przez sfery rolnicze jest uważane za wskazane. Najlepszą ściółką pod wszelki inwentarz bez względu na to, jak długo ściółka jest trzymana pod inwentarzem, jest odpowiednio przygotowany torf (oczywiście, o ile jest na miejscu lub można go tanio nabyć).

W małych miastach można z dobrym wyni-

kiem stosować na posesjach doły kloaczne, z których taborem miejskim (szczelne beczki pneumatyczne) nieczystości są wywożone do znajdującego się na krańcach miasta specjalnego zakładu, przetwarzającego nieczystości te na materiał nawozowy pod nazwą „Surofosfat”. Sposób ten przedstawia się również korzystnie pod względem finansowym. Naprzykład miasteczko Środa w woj. poznańskim już oddawna zamierzało zaprowadzić kanalizację. Wykonanie tego projektu wymagałoby nakładu co najmniej 3 milionów złotych. Przyjmując oprocentowanie tej sumy po 10 od sta rocznie, na opłaty kanalizacyjne należałoby pobierać rocznie 300 tysięcy złotych. Takie obciążenie mieszkańców miasta nie jest możliwe, gdyż podatki ze wszystkich źródeł przynoszą miastu rocznie zaledwie 200.000 złotych. Dalsze obciążenie na samo oprocentowanie pożyczki kanalizacyjnej o 150% ponad wpływy podatkowe nie byłoby możliwe do zrealizowania. Od czasu uruchomienia wytwórni surofosfatu koszty wywozu nieczystości są pokrywane ze sprzedaży nawozu, prócz tego oczekuje się pewnego czystego zysku; stan sanitarny miasta uległ zaś znacznej poprawie.

Kalkulacja dla miasta Śremu, które zamierza produkować surofosfat (10.000 mieszkańców), przedstawia się następująco: koszty inwestycyjne 60.000

złotych, koszty produkcji rocznie 135.000 zł., wartość wyprodukowanego nawozu w ciągu roku 1.500 ton à 105 zł.—157.500 zł. Zysk roczny wynosi 22.500 zł. Na początek potrzebny jest kapitał obrotowy w wysokości 20.000 zł.

Kalkulacja roczna w fabryce surofosfatu w Radomiu przy pełnym ruchu (45.000 mieszkańców): koszty fabrykacji 798.800 zł., robocizna i pensje 109.200 zł., koszty ruchu 193.636 zł., koszty handlowe 442.500 zł., amortyzacja i procenty 59.400 zł., wartość produkcji (15.000 ton à 118 zł. brutto) 1.770.000 zł. Czysty zysk fabryki rocznie wynosi 166.464 zł.

Należy nadmienić, że surofosfat jest nawozem kombinowanym. Podczas gdy w superfosfacie poza ca 16% fosforu reszta nawozu przedstawia dla gleby niepotrzebny balast, to surofosfat poza ca 10% fosforu posiada dalsze 10% próchnicy, 20% wapna i pewne ilości azotu i potasu. Produkcja surofosfatu na wielką skalę w wielu miastach mogłaby podnieść znacznie aktywność naszego bilansu handlowego, zmniejszając import zagranicznych nawozów sztucznych.

Nad tem zagadnieniem warto się zastanowić i głębiej się nim zainteresować. Najprawdopodobniej w mniejszych miastach będzie to najpraktyczniejszy w naszych warunkach sposób usuwania i użytkowania nieczystości.

W większych miastach same kanały nie rozwiązują jeszcze sprawy racjonalnego usuwania nieczystości. Przytoczone na początku rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej wymaga aby projekt kanalizacji zawierał również rozwiązanie problemu oczyszczania ścieków. W związku z urządzeniami do oczyszczania ścieków należy mieć na uwadze, że najwięcej kłopotu przysparza

usuwanie osadów z tych urządzeń i że najodpowiedniejsze pod względem zdrowotnym i rolniczym, a także ekonomicznym są te urządzenia, które dają osad przegniły. Należy dodać, że oczyszczanie ścieków sposobem czynnego osadu daje nie tylko dużą gwarancję pod względem sanitarnym, ale także i pod względem racjonalnego usuwania osadów i wykorzystania ich wartości nawozowej, zwłaszcza przy stosowaniu dołów Imhoffa, jako osadników wstępnych.

W dyskusji nad powyższymi referatami zebrani zgodnie podkreślili wielkie znaczenie uporządkowania miast i miasteczek pod względem kanalizacyjnym. Usuwanie nieczystości winno być celowe i czynione również w myśl wskazówek rolnictwa. Przy otrzymaniu długoterminowego kredytu nawet i małe miasteczka mogą sobie pozwolić na urządzenie kanalizacji. Ze względu na to, iż Polska jest krajem wybitnie rolniczym, sprawa użytkowania nieczystości winna być rozwiązana w porozumieniu ze sferami rolniczymi.

Przybyły na Zjazd P. Minister Spraw Wewnętrznych Sławoj Składkowski w przemówieniu zaznaczył, iż akcja sanitarno - porządkowa osiągnęła dodatnie wyniki w porównaniu do lat ubiegłych, akcja ta winna jednakże być z tą samą intensywnością nadal prowadzona.

W dalszym ciągu dyskusji na tematy powyższe podkreślono konieczność współpracy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Ministerstwem Robót Publicznych, a to celem przestrzegania przez organy budowlane przepisów sanitarnych; celem zaś uporządkowania miast i miasteczek pod względem sanitarnym należy stworzyć stanowiska inżynierów sanitarnych, którzy zajęliby się akcją powyższą w sposób fachowy.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesłało do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, następującą ankietę w sprawie nowopowstałych zakładów leczniczych.

Ministerstwu Spraw Wewnętrznych potrzebne są w możliwie najkrótszym czasie dane, dotyczące wszystkich nowopowstałych względnie nowozbudowanych szpitali i zakładów leczniczych wszelkiego rodzaju za czas od 1. XI. 1918 r. do chwili obecnej, względnie takich zakładów, istniejących przed 1. XI. 1918 r. w których po tej dacie dokonano poważniejszych inwestycji.

Wykaz winien obejmować wszystkie zakłady, do kogokolwiekby należały, a więc także szpitale i lecznice różnych organizacji (np. lo'ejowe, gwreckie etc.), za wyjątkiem szpitali więziennych, sanatoria i lecznice wszelkich związków (np. lecznice Kas Chorych); sanatoria, licznie ostatnio pobudowane względnie założone w Zakopanem przez różne związki, jak Stowarzyszenie Nauczycieli Szkół Powszechnych, Policja Państwowa, urzędnicy Banku Polskiego i t. p., jakoteż zakłady, należące do osób prywatnych, z zaznaczeniem rzymską cyfrą, do której z niżej podanych grup zakład należy.

I. Zakłady nowopowstałe, a więc te, które przed 1. XI. 1918 wogóle nie istniały.

II. Zakłady, które już istniały, ale z nieodpowiednich, wynajmowanych czy rekwirowanych lokali zostały po 1. XI. 18 przeniesione do nowych, specjalnie pobudowanych gmachów.

III. Zakłady, które wprawdzie miały swe gmachy, ale po 1. XI. 1918 zaprowadzono w nich poważne inwestycje, np. dobudowano sale dla chorych, zainstalowano nieistniejące przed-

tem wodociąg, kanalizację, ogrzewanie centralne; urządzono nowoczesną salę operacyjną, Roentgena i t. p., wszystko z podaniem daty inwestycji (wystarczają daty przybliżone, np. „budowę szpitala rozpoczęto w . . . roku, ukończono w . . . r.“, czy „przewiduje się ukończenie w . . . roku“).

NB. W pewnych warunkach zakład może należeć do 2 czy 3 grup, np. szpital zbudowano w 1919 i 20 roku, a w 1926 — 7 dobudowano pawilon i t. p. Należy również podać z odpowiednią wzmianką zakłady, podпадаjące pod jedną z 3 powyższych grup, ale w międzyczasie już zlikwidowane, np. czasowe zakaźne szpitale etapowe Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemjami. Natomiast zakładów, pod żadną z wyżej wymienionych trzech grup niepodpadających, wymienić nie należy.

Załączone 2 egzemplarze ankiety należy wypełnić i nadesłać Ministerstwu do dnia 5 kwietnia 1929 r.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Piestrzyński

ANKIETA

Województwo

Powiat	Nazwa zakładu i miejscowości	Zakład			Rok (lata)	Grupa I, II lub III	Liczby nowych łóż. (przyrost)	Uwagi
		cał.	am sp.	pr.				

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesała do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy następującą interpretację pisma okólnego z dn. 17. X. 1928 r.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych że pismo okólne z dnia 17. X. 1928 Nr. Z. H. 4796, 28 w sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności, spotyka się w instancji niższej względnie w zarządach gminnych z interpretacją, która daje często powód do niezadowolenia szerszych mas z zarządzeń, wydawanych na podstawie tego pisma. Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje wyjaśnienia, dotyczące *meritum* niektórych punktów tego pisma okólnego.

ad 1. Pismo okólne w, maga, by podłoga była szczelna z materiału nieprzepuszczalnego (może być drewniana, cementowa, asfaltowa lub tafelkowa) (w miastach, posiadających sklepy wytworzenie). To samo dotyczy stołów, których blaty mogą być z drzewa (byle nie miały szczelin i szpar, gnieźdzących bród, trudny do usunięcia, a stanowiący dobre podłoże dla rozwoju bakterij), w sklepach zaś pierwszorzędnych można wymagać, by blaty były szklane względnie marmurowe. Żądanie wykładania podłóg tafelkami oraz pokrywania stołów blatami marmuru lub szklanymi we wszystkich sklepach jest nieuzasadnione (obwieszczenie magistratu m. Kowla z dn. 12. XI 28). O ile remont ścian w danych sklepach jest potrzebny, a zbyt trudny do przeprowadzenia w porze zimowej, pozostawia się uznaniu Pana Wojewody (Pana Komisarza), by z uwagi na przeszkody atmosferyczne odroczył termin ten do pierwszych cieplejszych miesięcy, nie później jednak, jak kwiecień -- maj.

ad 2. Postanowienia tego punktu, zwłaszcza dotyczące odosobnienia sklepów od mieszkania, winny być w granicach możliwie dostępnych utrzymane, jako jeden z najważniejszych postulatów higieny. Przepis ten, jako zasadniczy, obowiązuje zdawna i nie wprowadza nic nowego. O ile trudności lokalne nie pozwalają na absolutne odosobnienie sklepu od mieszkania przez zamurowanie istniejących drzwi, należy, by te drzwi były chociażby tak szczelnie zastawione z jednej, zarówno jak i drugiej strony, by uniemożliwiona była bezpośrednia komunikacja z jednego do drugiego.

W przypadku zaś jednego tylko wejścia, prowadzącego przez sklep do mieszkania lub odwrotnie, należy, by właściciel sklepu przy odnawianiu kontraktu lub w drodze porozumienia z właścicielem domu zaopatrzył mieszkanie (względnie sklep) w wejście oddzielne. Przy otwieraniu nowych sklepów przepis p. 2 winien być całkowicie utrzymany.

ad 6. Przepisy p. 6 winny być w zasadzie utrzymane, jednak przysługuje Panu Wojewodzie (Panu Komisarzowi) prawo według swego uznania i odpowiednio do warunków, w jakich odbywa się sprzedaż artykułów, o których mowa w ust. 1 p. 6, (a więc np. w sklepach, spółdzielni lub innych, urządzonych z adawalających pod względem wymogów higieny) czynić indywidualne odstępstwa, które to odstępstwa są w zupełności usankcjonowane wyrazem „z reguły”, podanym w pierwszym zdaniu p. 6

Ministerstwu zależy na tem, by organa administracyjno-wykonawcze były należycie zorientowane co do właściwego interpretowania przepisów przy wprowadzaniu ich w życie, gdyż w przeciwnym razie wydane zarządzenia nie tylko że chybają celu, ale, wywołując niezadowolenie obywateli, osłabiają jednocześnie autorytet władzy.

Co do zdania drugiego ustępu 1. p. 6, to interpretacja jego winna iść w tym kierunku by przepis ten był stosowany zasadniczo tam, gdzie sprzedaż nie jest zróżniczkowana, gdzie niema wcale lub w niedostatecznej liczbie specjalnych punktów sprzedaży przedmiotów użytku codziennego. Ponieważ tego rodzaju warunki handlu (niezróżniczkowanego) spotyka się przeważnie w małych osiedlach podane zostały ogólnikowo, jako odstępstwa od przepisu zdania pierwszego małe osiedla o niewielkiej liczbie sklepów; jednak w przypadku zróżniczkowania handlu przepis ten może obejmować sprzedaż zarówno na przedmieściach np. Warszawy, jak na odległych kresach

W szczególności w sprawie sprzedaży nafty w tego rodzaju sklepach wskazane jest, by sprzedaż ta odbywała się ze zbiorników (sklepowych lub piwnicznych) takiego typu, któryby sam przez się zapewniał w pewnym stopniu warunki higieniczne sprzedaży; jednak i te zbiorniki (sklepowe) winny być umieszczone w miejscu, oddzielonym całkowicie od miejsc sprzedaży i pomieszczenia artykułów żywności.

Pismo okólne z dnia 17. X. 1928 Nr. Z. H. 4796, 28 ma za zadanie przygotowanie i zaznajomienie się z terenem, który w niedługim czasie objęty będzie przepisami, opartymi na podstawie ustawowej i regulującymi w szczególności sprzedaż i urza-

dzenie sklepów z artykułami żywności. Szczupłe ramy pisma okólnego nie pozwoliły na rozwinięcie też w niem podanych i należało się ograniczyć jedynie do wykreślenia wytycznych w kwestiach zasadniczych i palących. Jednak właściwe, umiędzielnienie rozwinięcie tych też ma przy wykorzystaniu zarządzeń ważne znaczenie i na tę stronę sprawy zwraca się specjalną uwagę Pana Wojewody (Pana Komisarza).

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia

Dr. Adamski.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozesała do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy następujący okólnik w sprawie budowy ustępów z kręgów betonowych.

Budowa dołów ustępowych z kręgów betonowych, jako znacznie tańszych przy masowym wyrobie, jest stosowana w wielu Województwach. Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych po zbadaniu całokształtu sprawy zastosowania kręgów betonowych do wymienionego celu podaje do wiadomości Pana Wojewody, co następuje:

1. Zbiornik betonowy (utworzony z kręgów betonowych), wykonany ze zwykłej mieszaniny betonowej i nieotoczony na zewnątrz warstwą gliny, przepuszcza wodę i stać się może groźnym dla wód gruntowych ze względu na przepuszczanie drobnoustrojów chorobotwórczych.

2. Przy wyrobie kręgów betonowych dla utrzymania ich nieprzepuszczalności musi być zachowany pewien stosunek poszczególnych nateriałów, który według Dickerhoffa wynosi:

a) 1 część cementu i 1 cz. piasku, lub b) 1 cz. cementu i 1 cz. piasku, i 1/2 cz. ciasta wapiennego, lub c) 1 cz. cementu, 3 cz. piasku i 1 cz. ciasta wapiennego, lub d) 1 cz. cementu, 5 cz. piasku i 2 cz. ciasta wapiennego.

Lepiej jednak używać zaprawy nie tłustszej, niż 1:2, gdyż b. tłusta 1:1 pęka. Grubość ścian i dna zbiornika, utworzonego z kręgów betonowych, wynosi przy średnicach:

50 cm. — 60 m/m	80 cm. — 80 m/m
60 „ — 65 „	90 „ — 85 „
70 „ — 70 „	100 „ — 100 „

Przez dodanie do zaprawy cementowej preparatu pod nazwą „Kastor” można urządzenie uodpornić na działanie niskiej temperatury oraz różnych wpływów chemicznych i atmosferycznych.

Kastor nie zmniejsza wytrzymałości betonu. Do gotowej mieszaniny betonowej dodaje się „Kastor” aż do otrzymania możliwie jednolitej i jednorodnej masy, obliczając na 165-kilogramową beczkę cementu około 7 kg. preparatu. Większa ilość kastoru może mieć tylko wpływ ujemny.

3. Dotychczasowe obserwacje nad wpływem fekalij i wód gruntowych na trwałość zbiornika betonowego wykazują, że im gładziej jest jego powierzchnia wykończona, tem wpływ staje się słabszym.

4. Ustawienie zbiornika z kręgów betonowych na głębokości przemarzania gruntu nie nastręcza niebezpieczeństwa, ciśnienie zewnętrzne nie może być brane w rachubę, gdy ścianki mają odpowiednią grubość, od wewnątrz zaś prawdopodobnie nie będzie żadnego ciśnienia, gdyż wydaliny będą zamarzać warstwami.

5. W suchym gruncie przy budowie dołu z kręgów betonowych można zastosować już gotowe dno, które należy połączyć spoiną w sposób zwykły, jak poszczególne kręgi ze sobą, używając do tego odpowiedniej mocnej zaprawy. Przy wysokiej wodzie zaskórnej zbiornik trzeba budować sposobem opuszczanym, a dno jego zabetonować pod wodą po ustaleniu się zwierciadła wody.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Piestrzyński.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie dobroci przetworu „piperazyna musująca”.

Przy rewizji aptek w Warszawie pobrano do zbadania 3 flakony piperazyny musującej (Piperazinum effervescent), po-

chodzącej z firmy „Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn” Warszawa, ul. Daniłowiczowska Nr 16. Badanie tego przetworu, dokonane w Państwowym Zakładzie Higieny, stwierdziło, że jedna próba zawierała piperazyny tylko 1,6%, a ponad o 1,62% hexametylentetraminy, druga próba zawierała piperazyny 3,25%, a hexametylentetraminy 1,25%, trzecia próba wreszcie zawierała piperazyny 3,18%, a hexametylentetraminy 0,94%.

W myśl przepisów par. 34. rozporządzenia z dnia 30 czerwca 1926 r. (Dz. U.R.P. Nr 68 poz. 401) przetwór piperazyra musująca, utrzymywany w aptekach, powinien zawsze zawierać 4% piperazyny i nie może zawierać domieszki innych substancji działających. Hexametylentetramina niezawsze może być używana przez tych chorych, dla których wskazane jest używanie piperazyny, a tem samem dodatek jej do przetworu, który powinien zawierać tylko piperazynę, może spowodować znaczne pogorszenie stanu chorobowego osób, dla których używanie hexametylentetraminy nie jest wskazane, a którzy będą ją używać nieświadomie wskutek fałszywego oznaczenia przetworu.

Wobec powyższego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Komisarza Rządu) o polecenie zarządzającym aptekami na podległym obszarze, aby posiadaną na składzie piperazynę musującą tej firmy zbadali na obecność w niej hexametylentetraminy i procentową zawartość piperazyny, a to celem uniknięcia wydawania chorym lekarstwa bądź niepełnowartościowego wskutek mniejszej zawartości piperazyny, bądź też w pewnych przypadkach, szkodliwego wskutek zawartości hexametylentetraminy.

Jednocześnie Ministerstwo zawiadamia, że władze skarbowe twierdziły, iż firma „Argo” w Poznaniu niektóre przetwory farmaceutyczne wyrabiała na spirytusie skażonym, o czym również należy uprzedzić zarządzających aptekami i przypomnieć im o obowiązku badania dobroci wszystkich zakupywanych przez nie środków leczniczych z wyjątkiem surowców, szczepionek i pochodnych arsenobenzolu, opatrzonych opaską kontroli państwowej tych wyrobów oraz specyfików farmaceutycznych, opatrzonych numerem rejestru Ministerstwa Spraw Wewnętrznych lub b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński

— Ukazał się Nr. 7 „Dziecka i Matki” i zawiera artykuły: „Wiosenny niepokój” N. Jastrzębskiej; „Dzieci ambitne” W. Borudskiej, „Rysowanie” Z. Wierzejskiej, „Wychowanie estetyczne” M. Wąsowicz-Sipockowej, „Odżywianie niemowląt, karmienie naturalne” M. Morzkowskiej, „Druskieniki i Inowrocław” dr. m. T. Welfle, „Płonica (Szkarlatyna)” dr. m. F. Gleich, piękna nowela F. Kruszkowskiej „Niegrzeczny Wicus” i wiersz Z. Zawiszanki „Narodziny”.

Numer uzupełniający: rubryka „Matki między sobą”, mody dziecięce, odpowiedzi redakcji oraz arkusz wzorów i tablica kroju.

— Komisja berlińskiej Izby Lekarskiej uchwaliła protest przeciwko podatkowi przemysłowemu wolnych zawodów, widząc w nim niebezpieczeństwo dla strony moralnej zawodu. Lekarze, niemogący z dotychczasowych dochodów płacić tego podatku, musieliby proporcjonalnie podnieść swoje honoraria i w ten sposób obciążyć podatkiem swoich chorych, względnie instytucje ubezpieczeń społecznych, co wniosłoby nowy niepokój do stosunków pomiędzy kasami chorych a lekarzami. Z tych względów należy żądać odwołania powyższego rozporządzenia.

Również w związku ze wspomnianym podatkiem odbyli protestujące posiedzenie przedstawiciele wolnych zawodów w Berlinie.

— Na walnym zebraniu Niemieckiego towarzystwa Chirurgicznego w d. 3 kwietnia r. b. przewodniczący prof. Payr zakomunikował, że zarząd Towarzystwa ponowił swoją poprzednią uchwałę powstrzymania się od udziału w najbliższym t. j. tegorocznym międzynarodowym Zjeździe Chirurgów. Zebranie rezolucję powyższą zatwierdziło.

TREŚĆ: R. KRAUS. Co wiemy o odporności w gruźlicy? (Dok.) — J. RUTKOWSKI. O mięsaku limfatycznym. (C. d.) — N. ZANDOWA. Termoregulacja (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — L. KAWAŁEK. O działaniu Cibalginy. — Z. BYCHOWSKI. Ludwik Maurycy Hirsfeld, Profesor anatomii. — Z działalności Departamentu Służby zdrowia. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: R. KRAUS. Que savons nous sur l'immunité dans la tuberculose? (fin.) — G. RUTKOWSKI. Sur le lymphosarcome (suite). — N. ZANDOWA. La thermorégulation (Rev. gén.). — L. KAWAŁEK. Sur la Cibalgine. — Z. BYCHOWSKI. Louis Maurice Hirsfeld, professeur d'anatomie. — L'action du Departement de Santé.

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.

