

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. 20

WARSZAWA, 16 MAJA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Leczenie gościa, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul“.¹⁾

Podał

Mieczysław GOLDBAUM (Warszawa).

Od lat kilku cierpienia gościcowe zaczynają się wysuwać na czoło zagadnień medycyny naukowej i higieny społecznej. Rządy i społeczeństwa wniknęły nareszcie w całą głębię klęsk, jakie te cierpienia ludzkości zadają, i zaczynają je otaczać w szybkim tempie wzrastającą opieką społeczną.

W Anglii istnieje komitet międzynarodowy, kierujący systematycznie prowadzoną wszędzie walką z gościcem. Wkrótce powstały na całym obszarze W. Brytanii podkomitety oraz we wszystkich prawie krajach europejskich, a nawet poza Europą, bo w Japonii, komitety narodowe. W końcu lata r. 1928 powstał również w Warszawie komitet narodowy polski, który już rozpoczął swoją działalność. Komitet ten powstał z inicjatywy b. Ministra Zdrowia Publicznego, dra W. Chodźki, który też objął jego przewodnictwo.

Hasło do walki międzynarodowej z cierpieniami gościcowymi dała właściwie dopiero wielka wojna światowa z jej następstwami: rozwojem prawodawstwa socjalnego oraz przewartościowaniem socjologicznym i ekonomicznym. Statystyki bowiem Kas Chorych, związków pracowników górniczych, kolejowych i t. d. wykazały z zatrważającą dobitnością, że wydatki, ponoszone przez te instytucje na zasiłki dla chorych i inwalidów skutkiem gościa, oraz koszty ich leczenia przewyższają o wiele ciężary, powstające wskutek wszelkich cierpień gruźliczych, razem wziętych. Ze statystyki Zimmera wynika, że w berlińskiej Kasie Chorych w ciągu lat 1923—1925 choroby narządów ruchu przewyż-

szały gruźlicę 8,2 razy pod względem liczby chorych i 3,4 razy pod względem liczby dni chorobowych. Angielskie Ministerstwo Zdrowia stwierdziło, że w r. 1924 $\frac{1}{6}$ wszystkich chorych spośród ubezpieczonych w W. Brytanii przeciwko chorobie, składała się z „reumatyków”. W r. 1922 było w Anglii z powodu cierpień gościcowych straconych około 3 milionów tygodni pracy.

Olbrzymie te liczby dostatecznie wskazują rozmiary klęski gościcowej, i z jak wielką energią walkę z nią prowadzić należy.

Gościec jest rozpowszechniony na całej kuli ziemskiej. Nawet kraje, silnie opromienione słońcem i o względnie wielkiej suszy, jak np. Egipt, nie są od tej klęski wolne. Szkielety, znalezione w Egipcie z przed kilku tysięcy lat, dowiodły, że istniała ona już w czasach przedhistorycznych.

Zanim przejdę do właściwego mego tematu, t. j. do sprawy leczenia cierpień gościcowych, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul“, które poczytuję za wielki postęp w lecznictwie, uważam za konieczne poruszyć choć w jak-najkrótszym zarysie sprawy czysto teoretyczne, dotyczące tego przedmiotu, t. j. patologię i patogenezę gościa i dny, ich etiologię, postacie, w jakich się przejawiają, wreszcie klasyfikację, wszystkie bowiem te sprawy ściśle są z lecznictwem związane.

Gościec mięśniowy (według Lorentza—*myalgia*) cechuje się bólami ciągnącymi, rwącymi, kłującymi, świdrującymi, które, według Schmidta, polegają na nerwobólu czuciowych nerwów mięśniowych. Natężenie tego bólu może być tak silne, że odbiera choremu łaknienie i sen, skutkiem czego ubywa im wagi, stają się nerwowi i niezdolni do pracy.

Bóle te mają często charakter wędrujący, przechodząc z jednej grupy mięśniowej na drugą lub przeskakując całe części ciała. Mogą one jednak trzymać się uporczywie pewnych grup mięśniowych (*lumbago*, *myalgia cervicalis* s. *caput obstipuum*, *myalgia capitis*, *deltoides* i t. d.) w ciągu tygodni lub nawet miesięcy. Chore grupy mięśniowe wykazują obrz-

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego w Tow. Lekarskiem Warsz. 5 III. 1929.

mienia i zgrubienia, bolesne przy palpacji, lub też wywołują odruchowo napięcie zdrowych grup mięśniowych w celu uwolnienia się od bólu skutkiem zmiany pozycji ciała. Takie odruchowo skurczone mięśnie bolesności żadnej nie dają. Schade opisuje stwardnienia, wyczuwane w większości przypadków w mięśniu chorym, i upatruje ich przyczynę w zjawisku koloidalno-chemicznym, występującem w postaci zmiany konsystencji zarodki, i dlatego oznacza tę sprawę patologiczną mianem „myogelozą”. Objaw ten, ze względu na przewagę objawów podmiotowych (bóle) w goścu mięśniowym, niezmiernie ułatwiających symulację, (*lumbago* u murarzy w czasie zimowego bezrobocia), posiada szczególnie ważne znaczenie dla Kas Chorzych.

Do powstania gościa mięśniowego potrzebne jest zadziałanie znacznej różnicy temperatury, spowodowanej przez przeciąg powietrza, siadanie lub kładzenie się na zimnej i wilgotnej ziemi, dotykane się chłodnych przedmiotów i wiele innych jeszcze podobnych czynników na ciało, zmęczone i silnie spocone skutkiem wysiłków cielesnych lub sportów.

Przyjąć jednakże należy, że wszelkie przyczyny zewnętrzne wtedy dopiero stają się wywołującym czynnikiem chorobowym, jeśli działają na organizm z usposobieniem konstytucjonalnem, t. j. specjalnie osłabioną odpornością wrodzoną mięśni, stawów i nerwów, jako narządów, mających wspólne zarodkowe pochodzenie mezenchymalne. Przypuścić również można współistnienie djatezy naczynioruchowej, t. zw. spazmofilji, oddziałującej na najłżejsze wpływy zimna zwięzieniem naczyń, które znów ze swej strony powoduje w mięśniach zaburzenie w utlenianiu, zmiany koloidalno-chemiczne i nerwobóle.

Nie można pominąć milczeniem hipotezy, wypowiedzianej przez wielkiego znawcę gościa i dny, prof. Gudzena z Berlina, w jego znakomitem dziele „Gicht und Rheumatismus”. Upatruje on daleko idące pod wielu względami podobieństwo gościa z ostrym napadem dny, który, jego zdaniem, poczytywać należy za zjawisko anafilaktyczne, za odczyn alergiczny na wzór gorączki siennej, wielu przypadków dychawicy oskrzelowej i obrzęku Quinckego. Gudzent przypuszcza mianowicie, że wskutek działania zimna lub innych czynników zewnętrznych powstają w ustroju substancje, zwane allergenami, na które przy istniejącej djatezie konstytucjonalnej ustrój oddziałuje nadwrażliwością, a na potwierdzenie faktu, że zimno może powodować ciężkie zmiany fizyczno-chemiczne w pewnych komórkach, przytacza znaną hemoglobinurję napadową wskutek działania zimna, („Kältehämoglobinurie“).

Sprawa gościa stawowego jest o wiele więcej złożona, niż gościa mięśniowego. Najbardziej odpowiednia i przyjęta przez klinikę niemiecką jest klasyfikacja, wprowadzona przez Pribrama, Hissa, Hoffę i Wollenberga w stosunku do przewlekłego gościa stawowego.

Rozróżnia ona następujące kategorie:

1) Wtórny przewlekły gościec stawowy, jako następstwo ostrego gościa stawowego.

2) Pierwotny przewlekły gościec stawowy. (*Polyarthritis chronica progressiva prima-*

ria). Postać ta zaczyna się zawsze samoistnie, ma przebieg odrazu przewlekły i stale postępujący oraz występuje symetrycznie, zaczynając się najczęściej od drobnych stawów palcowych, dłoni lub stóp. Dzieli się ona na dwie odmiany: a) wysiękową, w której następuje rozrost torebki stawowej, i b) suchą, której towarzyszy zniekształcenie stawu i kurczenie się torebki stawowej.

3) *Mono — i oligoarthritis deformans*, powstająca bądź w wieku starczym (*malum coxae senile*), bądź wskutek urazów.

4) Ankiлоzy kręgosłupa. (choroby Pierre Marie, Bechterewa i Strümpella).

5) Guzki Heberdena, występujące na stronie grzbietowej ostatnich stawów palcowych.

Zaznaczyć odrazu należy, że klasyfikacja ta niezupełnie odpowiada rzeczywistości, i zatrzymujemy ją tylko w braku lepszej. Jednolite pod względem klinicznym postacie chorobowe różnią się niekiedy znacznie pod względem anatomo-patologicznym lub etiologicznym, tak, iż niejednokrotnie tworzą istotny zamęt w tej dziedzinie. Niekiedy jedyną jednolitą cechą tych postaci chorobowych stanowią skargi chorego na ból i ograniczenie ruchów oraz wielce przewlekły przebieg cierpienia. A orientowanie się wczesne w rozpoznaniu danej postaci chorobowej i określenie jej dalszego przebiegu doniosłą gra rolę w rokowaniu i leczeniu.

Badanie kliniczne, oparte na oglądaniu, wymacywaniu, badaniu czynności stawu i uzupełnione rentgenografią, decyduje, czy dane ograniczenie ruchów, spowodowane zostało zanikami, czy kontrakturami mięśni, stanami zapalnymi tkanek okołostawowych, czy też łącznotkankowymi lub kostnymi zrostami końców stawowych długich kości i t. d.

Badanie narządów wewnętrznych daje rozpoznaniu podstawy etiologiczne. Cierpienia serca, jego zastawek lub mięśnia, cierpienia naczyń i nerek mogą wskazywać na przebyty ostry gościec stawowy lub poważniejsze zakażenie paciorkowcowe albo też kiłę. W podobny sposób rozpoznajemy jako podstawę przewlekłego gościa stawowego przebyłą rzeżączkę, gruźlicę lub zaburzenia w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym. Niezbędne jest badanie migdałów i uzębienia, gdyż niejednokrotnie stanowią one źródło zakażenia, wiodącego do gościa stawowego. Należy w kale chorych szukać pasożytów. Krew powinna być stale badana pod względem zawartości hemoglobiny, czerwonych i białych ciałek krwi oraz na eozynofilję. O potrzebie badania na odczyn Wassermana zbyteczne jest wspominać. Gudzent radzi badać w niektórych przypadkach odczyn skórny, występujący po zaszczepieniu pewnych środków pokarmowych, w celu wykrycia ewentualnej nadwrażliwości w tym kierunku.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych, będących następstwem przewlekłych spraw zapalnych w goścu stawowym, główne, a przede wszystkim pierwotne zmiany sadowią się bądź w chrząstkach, bądź w błonie maziowej torebki stawowej. Mamy tu więc *arthritis* lub *synovitis*.

Chrząstki stawowe, jako pozbawione u ludzi dorosłych zupełnie naczyń krwionośnych, ulegają zanikowi skutkiem sprawy zwyrodniającej, wciągającej, jako czynnik drażniący, tkanki, otaczające

sprawę chorobową. W ostatecznym wyniku daje to mniej lub więcej znaczne unieruchomienie stawu.

Udział błony maziowej wyraża się jako *synovitis exsudativa fibrinosa* lub *synovitis sicca fibrinosa*. Stawy mają wtedy powiększoną objętość i charakterystyczny kształt wrzecionowaty.

Pośrednio uczestniczą w gośćcowych sprawach stawowych kości i okostna, tworząc *periostitis fibrosa*, bądź osteofity. Często ulegają zanikowi mięśnie wskutek unieruchomienia stawów, bądź wpływów toksycznych, jakoteż występują niekiedy zmiany w ścięgnach i pochewkach ścięgnowych. Skóra również przybiera barwę siną, błyszczą i jest ścięczała wskutek sprawy zanikowej. Paznokcie stają się łamliwe.

Co się tyczy zmian w narządach wewnętrznych, najważniejsze są *endo- i myocarditis*, jako sprawy, omal że stałe i charakterystyczne w ostrym gościcu stawowym i jego pozostałości—w gościcu stawowym przewlekłym wtórnym—, natomiast w pierwotnym gościcu stawowym przewlekłym sprawy te spotykamy niezmiernie rzadko, dopiero w wieku podeszłym, przy bardzo długim istnieniu choroby.

Znane są jeszcze *iritis, iridocyclitis i episcleritis rheumatica*.

Coraz więcej i poważniej zajmują uwagę badaczy cierpienia gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, mające odgrywać ważną rolę w powstawaniu cierpień gośćcowych stawowych.

Wśród cierpień stawowych wymienić jeszcze pozostaje stojącą poniekąd na uboczu postać kliniczną, znaną pod nazwą *hydrops articulorum intermittens*. Wylew ten nie jest natury zapalnej, lecz powstaje wskutek zmian naczynio-ruchowych, które, tak samo jak *oedema Quincke*, poczytywać prawdopodobnie należy za odczyn alergiczny.

Przechodząc do sprawy etiologii gościa stawowego, w rzędzie czynników, wywołujących przewlekłe cierpienia stawowe, na naczelnem należy postawić miejscu ostre choroby zakaźne. Odra i szkarlatyna, tyfus i paratyfus, zakażenia pneumo-, meningo- i gonokokowe, róża i t. d., mogą wywoływać powikłania ze strony stawów, jako wtórne przewlekłe zapalenia tych ostatnich. Poczesne miejsce pod tym względem zajmuje kiła. Według Ponceta, 80% przypadków przewlekłych cierpień stawowych uznanych zostaje przez badania serodjagnostyczne, odczyn tuberkulinowy, odczyn Pirqueta i t. d., za utajoną gruźlicę, („gruźlica zapalna”). Gudzent jednakże na podstawie istniejącego piśmiennictwa uważa teorię Ponceta za co najwyżej prawdopodobną, lecz bynajmniej nie dowiedzioną.

Amerykański badacz Rosenow odkrył jakoby swoisty zarazek „*micrococcus rheumaticus*”, obecny prawie stale w gruczołach, leżących obok chorych stawów. Ponieważ jednak jednocześnie znajdował tam paciorkowce, gronkowce oraz inne koki, nie można zarazkowi temu przyznać roli chorobotwórczej, i sprawę tę należy nadal uważać za otwartą.

Codziennie doświadczenie przy łóżku chorego stwierdza, że stawy oddziałują stanem zapalnym na bardzo różnorodne zakażenia, umiejscowione w najrozmaitszych miejscach ciała. Amerykanie są

zdania, że zawsze istnieje jakieś pierwotne ognisko, które nazywają „focal infection”, z którego zarazki lub produkty ich przemiany materji—toksyny—przenoszą się na serce, nerki, układ nerwowy, a w końcu dotykać mogą i stawów. Najczęstszymi takimi ogniskami pierwotnymi są przede wszystkim migdałki i cały pierścień chłonny jamy nosowogardzieliowej, zęby, ropotok zębodołowy, sprawy ropne w drogach żółciowych i moczowych, cierpienia narządów kobiecych, wyrostka robaczkowego i t. d.

Należy przypuszczać, że oprócz zakażeń i zaburzeń wewnątrzwydzielniczych w etiologii przewlekłego gościa stawowego wchodzi w grę inne jeszcze nieznanne czynniki. Nie jest np. wyłączona możliwość powstawania przewlekłych cierpień stawowych wskutek działania pasorzytów zwierzęcych lub ich toksyn. (*Lambliia intestinalis i Anguillulosis*). Nie ulega również wątpliwości, że różne produkty nieprawidłowej przemiany materji mogą też wywoływać przewlekłe zmiany w stawach np. alkaptonurja przy dłuższym trwaniu wywołuje *osteoarthritis deformans*, jako *arthritis alkaptonurica*.

Schittenhelm i Schlecht opisali w r. 1918 t. zw. *polyarthritis enterica*, jako rodzaj samozatrucia w następstwie czerwoni lub nieswoistych nieżytych kiszki.

Korzystny wpływ diety roślinnej i suchej diety Schrotta na przebieg przewlekłych zapaleń stawowych oraz skuteczne ich leczenie przez usuwanie z pożywienia tych pokarmów, na które istnieje nadwrażliwość skórna, dały impuls Gudzentowi do wypowiedzenia poglądu, że może w przewlekłych zapaleniach stawów, podobnie jak w ostrym napadzie dny, mamy do czynienia ze zjawiskami allergicznymi, z djatezą anafilaktyczną. Rolę allergenów, t. j. substancji, wywołujących te odczyny allergiczne, grałyby zatem ogniska zakaźne, pożywienie, bądź substancje, powstające pod wpływem trawienia.

Wiele spostrzeżeń klinicznych i statystyk wskazuje, że $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ kobiet, dotkniętych przewlekłymi cierpieniami stawów, sprowadza początek swego cierpienia do okresu przekwitania. Lecz nie tylko naturalne lub sztuczne przerwanie czynności jajników ma pozostawać w związku przyczynowym z *arthritis chronica*. Spostrzegano niejednokrotnie kombinację choroby Basedowa z tą chorobą. Istnieją w piśmiennictwie wskazówki co do udziału również nadnerczy, grasicy oraz przysadki mózgowej. Istnieją także spostrzeżenia, dotyczące zaburzeń wielogruzołowych. Powszechnie są znane cierpienia stawowe w wrodzkiej i jamiistości rdzenia, (zaburzenia troficzne).

Inną znów kategorię przyczyn przewlekłych cierpień stawowych stanowią urazy, zakłócenie równowagi w statyce ciała, wreszcie zaburzenia odżywiania z powodu miażdżycy naczyń krwionośnych.

Pewnem jest wreszcie i stale spostrzeganiem zjawiskiem, że chorzy, dotknięci przewlekłymi zapaleniami stawów, odczuwają dżdżyste, wietrzne i zimne zmiany pogody, jako obostrzenie trapiących ich bólów. Są oni jakoby barometrami zmian atmosferycznych.

Nad wszystkimi wszelako czynnikami pato-

genetycznymi góruje stanowczo moment konstytucjonalny, pewne upośledzenie wrodzone mezenchymalnych składników narządów ruchowych.

Z kolei parę słów powiedzieć należy o zapaleniach stawów w dnie.

Najpewniejszym objawem klinicznym są tu ostre napady dny, cechujące się napadowymi zapaleniami stawów.

Drugim objawem dny, występującym u większości chorych—lecz bynajmniej nie u wszystkich,—są złogi moczanowe, głównie w stawach, ale i w powięziach, ścięgnach, mięśniach, skórze, wreszcie w nerkach. Złogi w stawach wywołują zmiany ich kształtów i ograniczenia funkcji.

Częstym zjawiskiem w dnie jest zwiększenie zawartości kwasu moczowego we krwi. W następstwie dny powstaje stale miażdżyca naczyń krwionośnych, zarówno w nerkach (dna nerkowa), jak i w mózgu, sercu, aorcie.

Uprzywilejowaniem miejscem dla ostrego napadu dny jest podstawowy staw palucha. Lecz i inne stawy nie są od tego zabezpieczone. Okuliści opisują przypadki napadów dny ocznej. W piśmiennictwie nowszym znajdujemy wskazówki istnienia ostrych napadów dny i w narządach wewnętrznych.

Najważniejsze dla naszego celu są zmiany stawowe, powstałe na tle dny. Ostre napady, nawet często się powtarzające, mogą kończyć się zupełnym *restitutio ad integrum*. O ile zaś nie następuje wyleczenie, pozostają trwałe zmiany, jakoto zgrubienie więzów stawowych, bolesność całej okolicy stawu, w stawie pozostaje niekiedy wysięk. Następują zmiany zapalne, do których przyłączają się złogi moczanowe. Przy ruchach biernych, zwłaszcza w stawie kolanowym, odczuwa się delikatne tarcie lub trzeszczenie, powodowane, być może, przez złogi moczanowe. Następują tu, podobnie jak w przewlekłym gościecu stawowym, obrzmienia miękkich części, otaczających staw, oraz rozrosty kości, doprowadzające do zniekształcenia stawów. Rozwija się obraz, cechujący rękę i stopę dnawą i przebiegający głównie w stawach palców dłoniowych i stopowych.

Najnowszy pogląd na przyczynę powstawania ostrego napadu dny, wypowiedziany przez Gudzenta i Llewellyn Jonesa, a przyjęty przez Lichtwiza, Widala i jego szkołę, poczytuje napad dny za zjawisko alergji.

Opis kliniczny nerwobólów, jako każdemu lekarzowi dobrze znanych, pomijam dla braku miejsca milczeniem, by w paru słowach dotknąć sprawy dotychczasowych metod leczenia gościa, dny i nerwobólów.

(C. d. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Państwowego Zakładu Higjeny, Dział Bakterjologii (Dyrektor — L. Hirszfeld) i Zakładu Anatomji Patologicznej U. W. (Kierownik L. Paszkiewicz).

O własnościach serologicznych tkanki normalnej i rakowej¹⁾.

Podali

L. HIRSZFELD, W. HALBERÓWNA i J. LASKOWSKI (W-wa).

Od czasu doświadczeń Dungerna, któremu udało się uodpornić zwierzęta nabłonkiem tchawicy i stwierdzić odrębność swoistą tych komórek, były wielokrotnie czynione próby scharakteryzowania poszczególnych narządów normalnych zapomocą metod serologicznych. Badania wykazały, że poszczególne narządy mogą posiadać swoistość serologiczną, która jednak przeważnie nie jest absolutna. Prócz przeciwciał swoistych dla narządu powstają zwykle u zwierząt uodpornionych również przeciwciała gatunkowe. Jedynie poszczególne tkanki, np. soczewka lub komórki zrogowaciałe, posiadają wyłącznie swoistość narządową.

¹⁾ Praca wykonana dzięki zapomozie udzielonej przez Polską Akademię Umiejętności z funduszu ś. p. Tysskowskiego.

Odczyt wygłoszony dn. 24/III 29 r. na II Polskim Zjeździe Przeciwrakowym w Warszawie.

Surowice odpornościowe pozwoliły zatem odróżniać dwie cechy: gatunkową i narządową. Nowsze badania dowiodły, że nie tylko substancje białkowe, ale i ciała lipoidalne posiadają własności antygenne. Jeżeli uodporniamy zwierzęta zawieszoną wodną narządów lub krwinek, to otrzymujemy surowice, które reagują również w postaci strątu lub odchylenia dopełniacza z wyciągami alkoholowymi użytego antygeny. Badania Witebskiego i Steinfelda, Georgiego, Fischera i innych wykazały, że swoistość narządowa w wysokim stopniu zależy od ciał lipoidalnych, przyczem lipoidy nieidentyczne u rozmaitych gatunków zwierząt. Lipoidy zastrzyknięte wywołują w ustroju przeciwciała jedynie wtenczas, jeśli są otoczone substancją białkową (surowica świńska). Lipoidy nie są bowiem antygenem pełnowartościowym, a wywołują przeciwciała tylko w pewnych warunkach doświadczalnych. Nasuwało się przypuszczenie, że istnieje swoistość serologiczna raka, związana również z ciałami lipoidalnymi, które zatem umożliwiłyby nam odróżnianie tkanki rakowej od tkanki normalnej.

Drugim zagadnieniem, ściśle związanym z pierwszym z punktu widzenia serochemji, była sprawa zróżniczkowania grupowego narządów i raków. Badania Dungerna i Hirszfelda u psów zdawały się wskazywać na to, że nerka może zawierać substancje grupowe. Podobne spostrzeżenia poczynione były przez Halberównę i Hirszfelda w stosunku do śródbłonna aorty ludzkiej.

W związku z temi badaniami Hirszfeld wyraził przypuszczenie, że poszczególne narządy mogą być różniczkowane grupowo i zastanawiał się, czy grupy poszczególnych narządów zawsze odpowiadają grupie krwi. Należało liczyć się z możliwością, że niezawsze tak jest, i że istnieją odrębności antygenne grupowe w obrębie narządów jednego i tego samego osobnika.

Ponieważ u człowieka spotykają się przeciwciała dla antygenów nieobecnych w krwiobiegu, to takie odchylenia serologiczne mogłyby ew. wpływać na normalny przebieg rozwoju, oznaczać pewien *locus minoris resistentiae*. Ostatnie badania Witebskiego, Kriczewskiego i Schwarzmanna, Landsteiner'a i Levine'a, Shirai i Yamakami oraz Ioshidy dowiodły, że narządy mogą posiadać również własności grupowe. Witebski stwierdził je w kilku badanych rakach. Badania te jednak nie były wykonane na większej liczbie przypadków, wykazały one, co prawda, możność różniczkowania grupowego narządów i raków, nic nie mówiąc, czy takie różniczkowanie jest cechą stałą narządu, czy spotykają się czasami w narządach grupy inne, niż w krwinkach, względnie narządy, pozbawione własności grupowych, właściwych danym krwinkom. Nie znajdujemy też żadnych bliższych danych, dlaczego zawartość antygenów grupowych w poszczególnych narządach jest różna, jaką rolę gra różniczkowanie grupowe w ustroju, czy zmienia się w poszczególnych stanach patologicznych i t. p. Zagadnienie to jest szczególnie ważne w stosunku do raka. Sachs i jego uczniowie podają kilka przypadków, w których rak posiadał własności grupowe, nie wiemy jednak, czy nowotwory zawsze posiadają cechy grupowe swego nosiciela, czy cechy te grają jakąś rolę w rozroście nowotworu, lub ew. w odczynach odpornościowych ustroju, czy można zapomocą surowic przecwgrupowych zmniejszyć rozrost grupowo różniczkowanego nowotworu i t. d.

Widzimy zatem szereg nowych czynników nieznanych i niezbadanych w stosunku do raka. Cel wszelkich dociekań serologicznych w sprawie raka, wyodrębnienie ew. substancji swoistej, nie mógł, naszym zdaniem, być zrealizowany bez uwzględnienia poszczególnych antygenów lipoidalnych, swoistych dla narządu, grupy lub gatunku.

Badania nasze musiały mieć zatem zasięg szerszy. Należało zbadać, jakie narządy i jakie nowotwory posiadają własności grupowe. Dopiero po uprzedniej analizie, umożliwiającej stwierdzenie cechy grupowej w tkankach, można było przystąpić do zagadnienia zasadniczego, czy poza swoistością grupową, narządową i gatunkową istnieje w raku jakieś x serologiczne, nieobecne w tkance normalnej.

Pierwsza część naszej pracy będzie się týczyła rozprzestrzenienia cech grupowych w narządach. Musimy zaznaczyć, że antygeny grupowe, lipoidalne dają się stwierdzić przedewszystkiem w obrębie grupy A. Antygeny O i B nie reagują zwykle z surowicami homologicznymi w sposób dość swoisty. Następująca tablica wykazuje rozprzestrzenienie własności grupowych w tkankach osobników grupy A.

TABLICA Nr. 1.

Rozprzestrzenienie własności grupowych w narządach.²⁾

Narządy grupowe		Narządy bezgrupowe
Bezwzględne	Względne	
Krwinki	Nerka	Mózg
Płuca	Nadnercze	Mózdzek
Żołądek	Tarczycza	Rdzeń
Jelito	Surowica	Przysadka
Trzustka	Pęcherz mocz.	Wątroba?
Śledziona?	Mięsień	Jądro?
Serce		Skóra
Grasica?		Kość
Macica?		Łożysko
Sutek?		
Raki		

Badania nasze wykazały zatem, że należy odróżniać tu trojakiemu typu narządy:

a) narządy, gdzie własności grupowe znajdują się zawsze, jak płuca, krew, żołądek i t. p.

b) narządy, gdzie własności grupowe czasami są wyraźne, czasami nie występują, np. nerka, nadnercze.

c) narządy, w których nie można stwierdzić własności grupowych zupełnie, np. mózg, skóra.

Znak pytania oznacza, że liczba badań jest niewystarczająca lub wyniki niewyraźne do definitywnego zaliczenia danej tkanki do pewnej grupy. Podział, podany przez nas, musi być, naturalnie, uważany za prowizoryczny. Musimy się liczyć z możliwością, że niektóre narządy bezgrupowe, wzgl. grupowo bezwzględne będą musiały być na mocy dalszego doświadczenia zaliczone do substancji grupowo względnych i t. d.

Widzimy zatem, że niektóre narządy w warunkach normalnych własności grupowych nie posiadają, inne zaś własności te mają tylko czasami. Narządy takie chcielibyśmy nazwać narządami grupowo względnymi, odróżniając je od tkanek grupowo bezwzględnych, jak np. krew. Różnice te nie polegają na obecności krwi, różniczkowanej grupowo. Wynika to choćby z tego, że płuca rozdmowne lub żołądek z tą stosunkowo małą ilością krwi należą do narządów grupowych bezwzględnych, podczas gdy np. wątroba zwykle własności grupowych nie posiada. Dlaczego narządy względne u jednego osobnika grupę posiadają, u drugiego nie, nie jesteśmy w stanie chwilowo odpowiedzieć: czy są to indywidualne, konstytucjonalne cechy, nie mające żadnego znaczenia dla ustroju, czy też warunkują one pewne zmiany patologiczne, czy też przeciwnie są ich skutkiem? Badania te są w toku. Natomiast chcielibyśmy tutaj podkreślić, że rak pierwotny należy do tkanek bezwzględnie grupowych, t. zn., że zawiera stale antygeny grupowe, właściwe krwi danego osobnika.

Badania nasze dowodzą, że z punktu widzenia swoistości grupowej rak nie jest elementem obcym w ustroju.

Tkanka raka jest zatem różniczkowana grupowo, należy do narządów grupowo bezwzględ-

²⁾ Tablica opiera się na przeszło 10,000 dokonanych prób. Protokoły szczegółowe będą ogłoszone w innem miejscu.

nych.³⁾ Co będzie jednak, jeśli tkanka rakowa tworzy przerzuty w narządach, normalnie nie posiadających własności grupowych? Czy rak daje łatwiej przerzuty do narządów, w których znajduje podłoże serologiczne dla niego odpowiednie, a zatem w tkankach, zróżniczkowanych grupowo? Czy występują pewne odczyny w związku z przerzutami zróżniczkowanej grupowo tkanki rakowej do tkanek, pozbawionych cech grupowych? Pytania te można było rozstrzygnąć w przypadkach raka żołądka z przerzutami i bez przerzutów w wątrobie. Następująca tablica wykazuje nam obecność substancji grupowej w wątrobie w przypadkach raków żołądka i dwunastnicy.

Własności grupowe wątroby w przypadkach raków żołądka i dwunastnicy.

	Przypadki					
	Rakowe			Nierakowe		
	+++	±	—	+++	±	—
Z przerzutami	3	—	—	—	—	—
Bez przerzutów	2	3	5	—	—	8

Widzimy zatem, że w zbadanych przypadkach raka żołądka wątroba nawet w miejscach, oddalonych od przerzutów, reaguje z surowicami anty A, nabiera zatem cech grupowych obecnych w raku, nieobecnych w wątrobie normalnej. W 9 przypadkach raka żołądka bez przerzutów stwierdziliśmy 1 raz wyraźnie substancje grupowe, w 3 przypadkach odczyn był słabo zaznaczony. W 1 przypadku raka dwunastnicy bez przerzutów w wątrobie ta ostatnia zawierała antygeny grupowe.

Jak wspomniano, krew zawiera substancję grupową. Można by zatem wyobrazić sobie, że wątroba w otoczeniu przerzutu jest przekrwiona, czemu zawdzięcza zjawianie się własności grupowych. Tłumaczenie takie wydaje się nam nieprawdopodobne, ponieważ przekrwione, zastoinowe wątroby nie dawały nam zwykłe odczynów grupowych, czyli że zawartość krwi nawet w tych warunkach była niewystarczająca do nadania wątrobie cech grupowych. Zresztą, wątroby w naszych przypadkach specjalnego przekrwienia nie wykazywały. Dlatego skłaniamy się do przypuszczenia, że element A znajduje się w wątrobie w związku z istnieniem tej cechy w raku. Sądzymy, że grupowo zróżniczkowany rak nacieka narząd w sposób, dalej sięgający, niż to możemy zauważyć zapomocą zwykłych badań makroskopowych. Analogicznie do pojęcia przerzutów anatomicznych chcielibyśmy wprowadzić pojęcie przerzutów biochemicznych, któreby polegały na istnieniu substancji chemicznej w miejscach oddalonych od pierwotnego nowotworu.

Na czym polega istota przerzutów biochemicznych, nie możemy chwilowo odpowiedzieć. Być może, poszczególne komórki rakowe, przedostawszy się do wątroby, tworzą niewidoczne przerzuty, które się jednak dają stwierdzić na drodze serologicznej. Przerzuty biochemiczne byłyby zatem serologicznym

wyrazem mikroskopowych przerzutów anatomicznych. Z drugiej strony możliwym byłoby, że nowotwór w czasie swojego wzrostu emanuje substancje grupowe, lub, że obok wzrostu mamy do czynienia z rozpadem i rozpuszczaniem tkanki rakowej, których produkty przenikają do otaczającej tkanki bezgrupowej. Jeśli pierwsze przypuszczenie jest słuszne, to badania serologiczne nie miałyby większej wartości dla oceny zasięgu nowotworowego, niż badania mikroskopowe. Jeśli drugie przypuszczenie więcej odpowiada istocie rzeczy, to badania serologiczne przez możność stwierdzenia przerzutów biochemicznych byłyby metodą subtelniejszą, niż analiza mikroskopowa. Nie jest bowiem wyłączone, że tkanka nowotworowa, bogata w lipoidy grupowe, wpływa na zwiększenie zawartości izoaglutynogenów, krążących w ustroju, i że badania ilościowe, prowadzone w tym kierunku, będą mogły dać pewne wskazówki rozpoznawcze (odczyny ilościowo swoiste).

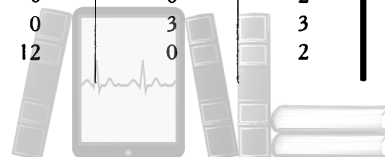
Badania poprzecznie wykazywały zatem zróżniczkowanie grupowe raków. Jeżeli więc uodpornimy zwierzęta zawiesiną komórek rakowych, to otrzymamy u niektórych zwierząt przeciwciała grupowe, u innych będą dominowały przeciwciała gatunkowe. Surowice tego typu będą reagowały albo z tkankami wszystkich ludzi, albo przynajmniej z tkanką ludzi tej samej grupy, do której należała tkanka rakowa, użyta do zastrzyknięcia. Rzeczywiście, badania nasze potwierdziły te przypuszczenia. W szeregu doświadczeń używaliśmy do zastrzykiwań lipoidów w połączeniu z surowicą świnią, a zatem skorzystaliśmy z własności wyciągów alkoholowych raka, jako haptenu. Otrzymane przeciwciała zasadniczo nie różniły się od przeciwciał, wywołanych zapomocą tkanki rakowej, zawieszanej w soli. Często jednak otrzymywaliśmy w tych przypadkach surowice zupełnie nieswoiste. Bardzo często króliki wogóle nie dawały przeciwciał. W ten sposób musieliśmy zbadać przeszło 200 królików, które były uodpornione bądź to krwią, bądź narządami, bądź wreszcie tkanką rakową, ażeby móc zorientować się w sprawie swoistości serologicznej tkanek normalnych i rakowych.

Następująca tablica wykazuje liczbę uodpornionych królików.

Liczba uodpornionych króli	Użyty antygen	Przeciwciała swoiste	Przeciwciała nieswoiste	Surowice ujemne
47	nowotwory	6	18	23
41	krwinki A	7	24	10
50	" O	0	44	6
14	" B	0	10	4
21	nerka	1	3	17
8	przysadka	0	0	8
5	mózg	1	1	3
4	wątroba	0	0	4
3	jądro	0	0	3
2	żołądek	0	0	2
2	jajnik	0	0	2
6	płuco	0	3	3
14	ant. Forssmana	12	0	2

217 króli

³⁾ Do tej pory nie mieliśmy możności zbadania raków, wychodzących z narządów, pozbawionych cech grupowych.



Z tablicy powyższej widać, że zaledwie w 6 przypadkach udało się otrzymać surowice w sposób swoisty reagujące z rakami różnego pochodzenia. Widzimy zatem, że tylko w niektórych przypadkach otrzymaliśmy surowice odpornościowe, swoiste dla lipoidów raka, dające wyraźne odchylenie dopełniacza z przeważną większością raków. Jest sprawą niezmiernie wagi, że surowice te prawie nigdy nie reagowały z narządami ludzi nierakowych. W 1 tylko przypadku mieliśmy odczyn dodatni z wyciągiem żołądka, w drugim z wyciągiem wątroby i płuc. W pierwszym przypadku sekcja wykazała guz mózgu, w drugim raka pęcherzyka żółciowego z przerzutami w wątrobie.

Następująca tablica wykazuje dobitnie istnienie w rakach pewnego ciała, rozpuszczalnego w alkoholu, obecnego w większości zbadanych raków, nieobecnego prawie we wszystkich zbadanych narządach.

Obecność antygeny rakowego w rakach i narządach różnych grup.

Grupy	O +—	A +—	B +—	AB +—	Razem +—	Liczba ogólna
Raki	5 4	12 5	3 5	1 2	21 16 ¹⁾	37
Żołądki	0 5	0 9	1 ¹⁾ 3	0 2	1 19	20
Nerki	0 6	0 9	0 3		0 18	18
Wątroby	0 5	1 ⁵⁾ 7	0 3		1 15	16
Płuca	0 4	1 ⁶⁾ 4	0 3		1 11	12
	3 63					66

Tablica powyższa wykazuje zatem, że istnieje w rakach swoisty element serologiczny natury lipoidalnej, niezależny od własności grupowych, wzgl. gatunkowych ustroju. Niepodobniestwem jest jeszcze mówić, w jakim stopniu jest ta swoistość rakowa absolutna, jest ona w każdym razie bardzo daleko idąca. Zauważamy, że nie wszystkie raki reagują z naszymi surowicami przeciwrakowymi. Polegać to może na zjawisku, że substancja rakowa nie jest jednakowa w różnych nowotworach. Być może, raki, pochodzące z tego samego podłoża anatomicznego, należą do jednej grupy, być może zróżniczkowanie serologiczne nie będzie się pokrywało z różnicami anatomicznymi. Musimy się też liczyć z możliwością, że te antygeny rakowe są w niektórych rakach nieobecne lub też znajdują się w stanie, nie nadającym się do stwierdzenia (np. w postaci haptenu połowicznego). W doniesieniu obszernym rozpatrzmy dokładnie wszystkie możliwości, podając rozpoznanie mikroskopowe poszczególnych nowotworów. Chcielibyśmy zaznaczyć jedynie, że tkanka, z której nowotwór pochodzi, bynajmniej nie musi zawierać elementów antygenicznych rakowych. Mogliśmy to stwierdzić zarówno w badaniu bezpośrednim, jak i zapomocą absorbcji: surowica przeciwrakowa,

absorbowana lipoidami żołądka, reaguje nadal z lipoidami raka.

W tkankach, otaczających nowotwór, nie udało się nam dotychczas stwierdzić z bezwzględną pewnością swoistej substancji rakowej (patrz wyżej — przerzuty biochemiczne). Być może, uda się to przy zastosowaniu ulepszonej techniki. Badania te są w toku.

Badania nasze wykazały zatem:

1) że istnieją narządy i tkanki grupowe, bezgrupowe i grupowo względne,

2) że raki należą do tkanek bezwzględnie grupowych,

3) że w narządach bezgrupowych, jak np. w wątrobie, występują w otoczeniu raka cechy grupowe,

4) że istnieje swoistość rakowa, uwarunkowana obecnością ciał rozpuszczalnych w alkoholu (lipoidów).

W jakim kierunku powinny iść dalsze badania serologiczne?

Istnienie swoistych antygenów rakowych jest warunkiem *sine qua non* racjonalnej seroterapii guzów złośliwych, jak również punktem wyjścia metod rozpoznawczych. Widzieliśmy z prac nad antygenami grupowymi, że istnieje możliwość zjawiania się przerzutów biochemicznych w związku z ogniskiem nowotworowym. Można by więc sobie wyobrazić, że swoiste lipoidy rakowe naciekają analogicznie do grupowych, a pochodzących z raka, nie tylko najbliższe otoczenie, ale przechodzą również do wydzielin i płynów tkankowych, przyczem krążą w nich w postaci wolnej lub też związanej z zawartymi tam składnikami morfologicznymi. Gdyby przypuszczenie nasze odpowiadało rzeczywistości, to badanie wymienionych składników ustrojowych na drodze dokładnych oznaczeń serologicznych mogłoby wykryć w nich pewne odchylenia natury jakościowej lub ilościowej i dać nam czułą metodę rozpoznawczą schorzeń rakowych.

Równolegle należy przeprowadzić badania kliniczne i sprawdzać, czy w czasie rozwoju raka nie powstają w ustroju swoiste odczyny biologiczne w rodzaju alergii skórnej, czy też odpowiednich przeciwciał we krwi, dających odchylenie dopełniacza i t. p.

Otrzymane wyniki upoważniają również do podjęcia prób w kierunku seroterapii nowotworów złośliwych. W jakim stopniu surowice odpornościowe koni okażą się swoiste i będą posiadały zdolność wybiórczego atakowania *in vivo* tkanki rakowej, rozstrzygnąć może eksperyment, oparty na doświadczeniu laboratoryjnym i klinicznym. Widzieliśmy, jak rzadko króliki dają surowice swoiste, nie wiemy, czy i jak często otrzymamy odpowiednie surowice u koni. Wysłana tutaj także musimy sprawę uodparniania chorych lipoidami rakowymi, jako haptenami⁷⁾, tembardziej, że przebieg ew. odczynów serologicznych ustroju można sprawdzić *in vitro*. Wykryta przez nas swoistość serologiczna niektórych tkanek rakowych i ew. możność stwierdzenia przerzutów biochemicznych upoważnia do prowadzenia badań systematycznych w tym kierunku.

⁷⁾ Badania kliniczne prowadzone wspólnie z pp. Dr. K. Ołódziejskimi Dr. Flokstrumpfem nie są objęte tem sprawozdaniem.

¹⁾ W tej liczbie znajdują się 4 łącznotkankowce, 1 rak wątpliwy, a poza tem raki płuc i sutka i tylko 1 rak żołądka.

⁵⁾ Guz mózgu.

⁶⁾ Guz pęcherzyka żółciowego z przerzutami w wątrobie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Podstawy leczenia gruźlicy kostno-stawowej.

Podał

N. PIWKO (Warszawa).

Sprawa leczenia gruźlicy kostno-stawowej pozostaje ciągle jeszcze w dużym stopniu przedmiotem żywej dyskusji, w której krzyżują się i wzajemnie zwalczają poglądy najrozmaitszych szkół i kierunków. I nic dziwnego. Wiele czynników składa się na to, że różnice zdań istnieją i długo zapewne trwać jeszcze będą. Przyczyny szukać należy przede wszystkim w tem, że cierpienie, ujmowane jako poszczególne przypadki chorobowe, poza jedną wspólną cechą: wspólnego zarazka gruźlicy — odznacza się znaczną różnorodnością. Są mianowicie pewne przypadki, które nadają się bardziej dla jednej metody leczniczej, inne znów dla drugiej.

Bardzo poważnym czynnikiem, utrudniającym jednolite postępowanie, jest długotrwałość choroby, która rozciąga się na lata całe. Rzadko chory pozostaje pod jednolitym kierunkiem od początku do końca choroby, rzadko spotykamy zakłady, stosujące wszelkie możliwe metody leczenia.

Wreszcie inaczej kształtują się poglądy na tę sprawę ordynatorów luksusowych sanatoriów, inaczej kierowników ambulatorjów i szpitali, w których materiał chorych rekrutuje się zpośród nizin społecznych.

Dopóki jednak gruźlica stawów i kości będzie przywilejem biedy i nędzy ludzkiej, dopóki sanatoria społeczne pozostawać będą w sferze ideałów, te tylko metody postępowania będą miały przewagę, które operują środkami najprostszymi, najtańszymi i najłatwiej ogółowi dostępnymi.

Ten właśnie moment społeczny uwzględniła przedewszystkiem metoda Lorenza, która przez swoją prostotę zdobyła sobie powszechne prawo obywatelstwa. Pierwszy Lorenz podkreślił znaczenie leczenia ambulatoryjnego, odsuwając na plan drugi leczenie klimatyczne, wprowadzając dla chorego, dotkniętego gruźlicą, bardzo korzystne, niemniej jednak kosztowne, a tem samem dla szerokich mas niedostępne.

Kierunek ten na Zachodzie zyskał sobie bardzo wielu zwolenników i w zastosowaniu praktycznym osiągnął wyniki zupełnie dodatnie. Tembardziej u nas, gdzie zarówno warunki klimatyczne, jak i gospodarstwo są naogół niesprzyjające, zasługuje on na jaknajszersze zastosowanie.

Należałoby w tem miejscu może podkreślić, że zainteresowanie dla gruźlicy chirurgicznej jest obecnie na Zachodzie coraz żywsze, walka z nią energiczna i intensywna, a liczba przypadków złych i zaniedbanych coraz mniejsza.

* * *

W dobie obecnej ścierają się właściwie dwa zasadnicze kierunki, reprezentowane przez szkołę

wiedeńską (Lorenz) z jednej i szwajcarską oraz francuską (Rollier), (Callot) z drugiej strony.

Zanim przystąpię do wyłuszczenia zasad postępowania w klinice Lorenza, chcę słów kilka powiedzieć o kierunku, o którym się dużo dziś słyży i mówi — o leczeniu klimatycznym. Główni pionierzy tego kierunku, Rollier i Bernhard, wychodząc z założenia, zresztą, słusznego, że gruźlica stawów czy kości jest tylko sprawą wtórną u osobnika dotkniętego już gruźlicą, kładą główny nacisk na leczenie ogólne chorego. Uważają, że naczelnem zadaniem leczniczem jest wzmocnienie organizmu i pobudzenie go do walki z infekcją gruźliczą, niezależnie od tego, gdzie się ona umiejscowiła. Decydujący przytem wpływ przyznają leczeniu słońcem górskiem. Jest w tym poglądzie niewątpliwie pewna przesada. Czyżby wyniki, jakie osiąga Rollier w Leysin, były zależne tylko od działania promieni słonecznych? Prawdopodobnie i inne czynniki, jak doskonałe warunki klimatyczne, dobre odżywianie, odgrywają tu niemniej ważną rolę. Metoda Rolliera, stosowana przez innych autorów, ale już w nizinach, nad morzem, daje, jak wykazują prace Kisch, Callot, równie dobre wyniki. Decyduje więc nie słońce górskie, które nie odznacza się jakimiś specyficznymi własnościami leczniczymi, lecz całokształt warunków, mających na celu podniesienie stanu ogólnego chorego. Warunki takie są osiągalne wszędzie tam, gdzie chory może przebywać na świeżem, czystym powietrzu, obok jednoczesnego dobrego odżywiania się.

Jeśli pobyt w sanatorium górskiem ma pewną przewagę, to tylko tę, że liczba dni słonecznych w roku jest tam większa, co nawet zimą daje choremu możliwość korzystania z kąpieli słonecznych i powietrznych. Przewaga ta nie jest znów tak wybitna, i dlatego wszystkie drogi, które prowadzą przez słońce i powietrze, prowadzą do celu, t. j. do wzmocnienia organizmu w jego walce z infekcją.

Nasuwa się tylko pytanie, czy w każdym przypadku gruźlicy kostnej i stawowej wskazany jest pobyt w sanatorium, czy przebieg choroby podlega przez to zasadniczej zmianie, czy okres choroby ulega wybitnemu skróceniu? Na pytanie to odpowiem słowami Menarda, który, działając na terenie Berck sur Mer, na zasadzie swego bogatego doświadczenia do takich dochodzi wniosków: „Nie nastąpiła jednak zasadnicza zmiana w rozwoju gruźlicy, jako takiej, nie ulega przerwaniu, jak choroby luetyczne przez leczenie rtęciowe lub arsenikowe, lecz idzie swoją długą drogą dalej, i jej przebieg nie jest na tyle skrócony, jak to sobie laicy wyobrażają. Gruźlica kostna przedstawia, jak wszędzie indziej, tę samą różnorodność form bez lub ze zniszczeniem kości. Nie wyobrażajcie sobie tylko, że *coxitis*, która przychodzi nad morze tuż na początku swego powstania, przyjmie przez to najlepszą formę anatomiczną. W połowie tylko przypadków pozostaje łagodna w tym sensie, że ruchy

w stawie pozostają całkowicie lub częściowo zachowane.“

Jak z powyższego wynika, przy leczeniu klimatycznym nie tylko szybszego powrotu do zdrowia, ale nawet wyraźnych zmian *in plus* się nie zauważa. Z ostatniej uwagi autora wynikałoby, że jedynym jasnym punktem w terapii klimatycznej jest to, iż w połowie przypadków otrzymuje się całkowicie lub częściowo wolne stawy. Argumentem tym operuje również Rollier. Wynik leczenia dobry, czy zły uzależnia się więc od tego, czy staw wyleczony jest wolny, czy sztywny. Obawa tych autorów przed opatrunkami gipsowymi bierze tu swój początek.

Zupełnie odrębne stanowisko zajmuje szkoła Lorenza, która uważa, że wynik leczenia jest zgoła niezależny od tej czy innej formy postępowania. Forma anatomiczna schorzenia decyduje o jakości zejścia. Tam, gdzie zajęta jest tylko maziówka, pomimo leczenia opatrunkami unieruchamiającymi, ruchomość stawu będzie zupełna. Niestety jednak formy te należą do rzadkości, w większości przypadków dochodzi do zniszczenia powierzchni stawowych, chrząstek i kości, a temu przebiegowi sprawy chorobowej wszak żadne leczenie klimatyczne nie jest w stanie przeszkodzić. Naturalnem zejściem w tej formie schorzenia będzie zrost kostny (*ankylosis*). W tych warunkach mocny kostny zrost stawowy jest ostatecznym i upragnionym celem postępowania terapeutycznego. Wszelka bowiem, nawet nieznaczna ruchomość w zniszczonym i zniekształconym stawie jest źródłem niestających cierpień dla chorego, stałych nawrotów, tendencji do przykurczów. Jakżeż się często zdarza, że chorzy z t.zw. wolnymi stawami błagają o uwolnienie ich od tego „dobrodziejstwa“, bo z kończyną usztywnioną w prawidłowym ustawieniu mają całkowity spokój i sprawność kończyny zupełnie dobrą. I dlatego nasze usiłowania terapeutyczne winny być właśnie nastawione w kierunku ułatwienia tego naturalnego procesu, a nie przeszkadzania mu przez rozstęp powierzchni stawowych, przy stosowaniu wyciągów. Widzimy więc, że ten jedyny świetlany punkt w terapii klimatycznej w świetle rzeczowej krytyki nie wygląda znów tak zachęcająco. Leczenie ogólne w żadnym razie nie powinno wyłączać leczenia miejscowego i *vice versa*. Jednostronność w jakimkolwiek kierunku jest dla chorego szkodliwa. Nie należy sobie wyobrażać, że przez wysłanie chorego na powietrze i słońce spełniliśmy swoje zadanie. Leczenie miejscowe bodaj czy nie powinno być bardziej uwzględnione, aniżeli ogólne, nie znaczy to jednak jeszcze, że to ostatnie może być zaniedbane lub zaniechane. Tylko ta metoda ma rację bytu, która uwzględnia hormonalne współdziałanie obu tych czynników. Jeżeli o leczeniu ogólnem da się krótko powiedzieć: światło, słońce, powietrze, dobre odżywianie, to o leczeniu miejscowemu musimy poświęcić nieco więcej uwagi.

Ponieważ gruźlica chirurgiczna umiejscawia się najczęściej w okolicach stawów, naczelnem naszym zadaniem jest staw taki unieruchomić i chronić od wszelkiego urazu, ucisku, czynnych i biernych ruchów. Cel ten osiągnąć możemy niekoniecznie przez przykucie chorego do łóżka, co zgoła dla stanu ogólnego chorego nie jest rzeczą obojętną. O ile krótkotrwałe leżenie jest względnie dobrze przez chorego znoszone, o tyle o dłuższej trwa-

jącem powiedzieć już tego nie można. Stan ogólny chorego zaczyna się z dnia na dzień pogarszać, zwłaszcza, jeżeli uwzględnimy opłakane warunki higieny domowej u przeważającej liczby tej kategorii chorych. Jeżeli do tego dodamy uszczerbek, jaki chory ponosi przez usunięcie go od pracy, zawodu, nauki szkolnej, to każdorazowo te momenty dokładnie zważywszy, ograniczymy leżenie w łóżku do koniecznego *minimum*.

Niema zresztą, jak twierdzi Haas, żadnej racji do wyłączenia zdrowych stawów z funkcji przez przykucie chorego do łóżka wtedy, gdy jeden tylko z tych stawów jest chory. Naskutek takiego postępowania zostaje upośledzona sprawność i stawów zdrowych, muskulatura całego ciała, wyeliminowana z czynności, zmniejsza swą wydajność. Przysłać jednak trzeba, że leczenie klimatyczne, a więc powietrze i słońce, mogą ujemne skutki wielomiesięcznego, a nawet wieloletniego leżenia w znacznej mierze złagodzić.

Skazywanie chorego z gruźlicą kończyny dolnej na leżenie w łóżku przez cały okres choroby jest jeszcze z tego względu nieusprawiedliwione, że wszak inne całkiem kryteria stosujemy wobec osobnika z gruźlicą kończyny górnej. Temu ostatniemu pozwalamy wszak na zupełną swobodę ruchów. A przecież jesteśmy w stanie zadośćuczynić zasadniczym wymogom leczniczemu na kończynie dolnej bez unieruchomienia pacjenta w łóżku.

Staw gruźliczy w swoich stadiach początkowych ma dwie zasadnicze cechy:

1) Przyjmuje pewne charakterystyczne dla każdego stawu chorobowe ustawienie, t. j. takie, jakie staw przyjmuje podczas snu. Pochewka stawowa i więzadła są wtedy wolne od napięcia. A więc dla stawu biodrowego położeniem takim będzie zgięcie, odwiedzenie i skrócenie nazewnątrż, dla stawu kolanowego — zgięcie, dla stawu skokowego — położenie końskie, dla stawu łokciowego — zgięcie, dla stawu dłoniowego — zgięcie dłoniowe.

2) Położenie to zostaje przez odruchowy skurcz mięśni utrwalone. Ma to na celu chronienie automatyczne stawu od ruchów i tarcia zapalnie zmienionej maziówki. Wszelkie próby zmiany tego położenia wywołują ból dotkliwy.

Jeżeli staw w tem położeniu unieruchomimy, bóle natychmiast ustępują, przyczem chory ze swoim unieruchomionym stawem potrafi doskonale i bez bólu chodzić. Jest to dowodem, że nietylko ucisk na powierzchnie stawowe, ale ruch w stawie powoduje ból. Gdybyśmy jednak spróbowali w narkozie położenie to poprawić, to, pomimo unieruchomienia, bóle trwałyby nadal i musieliśmy wnet do położenia poprzedniego powrócić.

Celowość, jaką wszędzie w naturze spostrzegamy, i tu znalazła swój wyraz. Chory staw przyjmuje położenie, które jest dla niego najmniej bolesne i przeto daje mu najlepsze warunki do samowyleczenia. Spastyczny skurcz mięśniowy to położenie utrwała i chroni jednocześnie od urazu i ruchów. Natura sama nakreśliła nam drogę, którą musimy kroczyć, i dlatego nasze pierwsze zadanie terapeutyczne będzie polegało na unieruchomieniu stawu w położeniu, które jest dla niego najmniej bolesne czyli w położeniu jakie mu nadaje choroba.

W tych postaciach schorzenia, gdzie sprawą chorobową dotknięta jest tylko maziówka, takie

postępowanie całkowicie wystarczy. Tam jednak, gdzie mamy do czynienia z formą kostną zapalenia stawów, t. j. tam, gdzie proces doprowadził do zniszczenia powierzchni stawowych, samo unieruchomienie już nie wystarczy. Aby chory taki mógł chodzić bez bólu i obawy zniszczenia zmienionych powierzchni stawowych, należy kończynę również odciążyć, t. zn. przenieść ciężar ciała z pominięciem schorzałego stawu na miejsce bardziej dośrodkowo, niż chorego staw, leżące. A więc tak w celu odciążenia stawu skokowego za punkt oparcia dla aparatu ortopedycznego, wzgl. dla opatrunku gipsowego, połączonego z podstawką metalową (Gehbuegel), posłużą kłykie kości piszczelowej, dla odciążenia stawu kolanowego i biodrowego — guz siedzeniowy. W ten sposób pacjent, chodząc, nie opiera się na zmienionym stawie, lecz w pierwszym przypadku na kłykciach kości piszczelowej, w drugim — na guzie siedzeniowym.

Dwa więc zasadnicze postulaty winny być w leczeniu ortopedycznym gruźlicy stawowej przestrzegane: unieruchomienie i odciążenie. Doświadczenie kliniczne przypisuje przytem unieruchomieniu znacznie ważniejszą rolę, niż odciążeniu. Zauważono bowiem, że staw, dostatecznie odciążony, ale niedokładnie unieruchomiony, powoduje bóle, wówczas gdy ten sam staw, dokładnie unieruchomiony, ale bez odciążenia nie jest bolesny. Odciążenie nie powinno być jednak doprowadzone do tego stopnia, by spowodowało rozstęp powierzchni stawowych. Mijałoby się to z naszym celem terapeutycznym, którego spełnienie widzimy w osiągnięciu zrostu kostnego. Brak kontaktu powierzchni stawowych zaszkodziłby temu naturalnemu zejściu procesu chorobowego.

Gdy ostre objawy miną, gdy sprawa ulegnie pewnemu zagojeniu, możemy aparaty, odciążające kończynę, usunąć i zadowolić się tylko unieruchomieniem. Kończynę możemy wtedy bez szkody, a może nawet z jej pożytkiem obciążać, co ma działać w sensie przyspieszenia procesu gojenia.

Leczenie w ten sposób od początku do końca może być przeprowadzone ambulatoryjnie, daje ono choremu swobodę ruchów, możliwość przebywania na świeżym powietrzu, co jest niezmiernie ważne dla jego wyglądu zewnętrznego, apetytu i samopoczucia. Chory nie zostaje również wytracony ze swego codziennego życia i zawodu, co znów ma kolosalne znaczenie społeczne. W niektórych tylko przypadkach, gdy przebieg choroby komplikuje się przez zjawienie się gorączki, ropnia śródstawowego — musimy chorego położyć na kilka dni do łóżka.

W metodzie postępowania kliniki Lorenza leczenie wyciągami większego zastosowania nie znalazło; stałoby to w sprzeczności z zasadniczymi postulatami leczniczymi, już wyżej wyłuszczone: przykuwa chorego do łóżka i wywołuje rozstęp powierzchni stawowych. Tylko wtedy, gdy przykurcze są zbyt znaczne, możemy wyciąg zastosować; powolne, a przez to niebolesne wyprostowanie kończyny choremu szkody nie przyniesie.

Postępowaniu kliniki Lorenza zarzucono, że hodzi przykurcze. Zarzut taki jest jednak nieślusny, przykurcze, jakieśmy już wyżej wskazali, w każdym przypadku wystąpić muszą, uważaliśmy je nawet za wyraz celowości natury. Tylko minimalna liczba przypadków, i to niezależnie od metody postępowania, leczy się bez przykurczu.

Zamiast jednak poprawiać nieprawidłowe ustawienie stawu wtedy, gdy proces jest jeszcze czynny, co grozi jego zaostrzeniem, a nawet uogólnieniem sprawy gruźliczej, odkładamy to do zupełnego wyleczenia i wystąpienia w stawie zrostu kostnego. Prosty zabieg chirurgiczny (*osteotomia*) bez niebezpieczeństw już wtedy poprawia ustawienie.

Głównym więc celem, do którego dążyć należy, jest jaknajszysze wyleczenie, a nie przeciwdziałanie przykurczom. Wskazanie ortopedyczne z natury rzeczy i konieczności odsunąć trzeba na plan drugi. W każdym razie zaniechać należy bezwarunkowo zbyt gwałtownego wyprostowania przykurczu w narkozie. Skutki w postaci rozsiania gruźlicy długo na siebie czekać nie dadzą.

Streszczając się, ujmijmy zasady postępowania w gruźlicy stawowej (Lorenz) w następujące normy:

1) przeciwwskazana jest narazie zmiana wadliwego ustawienia;

2) w położeniu tem należy staw jaknajdokładniej opatrunkiem gipsowym unieruchomić.

Tylko wrazie bardzo wybitnych przykurczów, uniemożliwiających chodzenie, można w narkozie lekko i delikatnie ustawienie poprawić, nie przekraczając jednak ustawienia chorobowego;

3) obciążenie stawu jest dozwolone, jeżeli nie powoduje bólu;

4) w formie maziówkowej gruźlicy stawowej odciążenie stawu jest zbyt uczne, natomiast w formach destrukcyjnych niezbędne;

5) gdy objawy ostre minęły, i skurcz spastyczny ustąpił miejsca wtórnemu przykurczowi, korekcja ustawienia jest przeciwwskazana, ponieważ rozrywa blizny i grozi obostrzeniem się sprawy;

6) dopiero, gdy sprawa chorobowa uległa zagojeniu w ustawieniu nieprawidłowym, można przystąpić do korekcji, przyczem nie odbywa się to przez redressement forcé, lecz drogą osteotomii pozastawowej.

Większość chorych dzięki tej metodzie może być leczona ambulatoryjnie, a leczenie szpitalne rezerwujemy tylko dla względnie niewielkiej liczby chorych, przyczem decyduje tu tylko stan ogólny chorego. Ścisłe jednak wskazania w tym względzie nie dadzą się przeprowadzić, w każdym poszczególnym przypadku należy postępować indywidualnie.

(Dok. nast.).



Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

ADLER i SCHIFF. Obserwacje nad działaniem diety wątrobowej szczególnie na cholesterynę we krwi. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. B. 161.5-6, 1928).

Pod wpływem diety wątrobowej wzrasta się liczba erytrocytów dzięki pobudzeniu aparatu krwiotwórczego — jak chcą jedni, lub dzięki zahamowaniu przemiany krwi, jak chcą inni autorzy. Ponieważ przemiana krwi i żółci w ścisłym stoją związku, przeto ciekawe jest, jaki wpływ wywiera dieta wątrobowa na różne składowe części żółci. Po podawaniu wątroby stwierdzono we krwi chorych na niedokrewność złośliwą obniżenie bilirubiny, w stolcu — urobiliny, natomiast wyraźne wzmożenie cholesteryny, co tem jest dziwniejsze, że ilość cholesteryny we krwi chorych na niedokrewność zwykle jest normalna lub mniejsza od normy (przed rozpoczęciem kuracji wątrobowej).

U ludzi zdrowych, pod wpływem diety wątrobowej, zwiększa się liczba erytrocytów, bilirubina we krwi, urobilinogen w stolcu i cholesterolna we krwi podnoszą się.

Autorzy podawali hepatrat — preparat. nie zawierający cholesteryny. Przypuszczają oni, że pod wpływem wątroby przedłuża się czas życia erytrocytów, a zwiększona cholesterynemja może stoić w związku z kurczeniem się, jak to wykazali Minot i Murphy, czerwonych krwinek.

Z innych obserwacji charakterystyczna ma być występująca po diecie wątrobowej swoista zielono-żółta fluorescencja moczu i alkoholowych wyciągów kału.

R—t.

SCHAEFER. O znaczeniu polipeptidazy dla rozpoznania guzów złośliwych. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. 161.5-6, 1928).

Ferment, rozszczepiający dipeptyd — glicyltryptofan (glicyltryptofanaza lub dipeptidaza), znajduje się we wszystkich komórkach, soku jelitowym, surowicy, przesiąkach i moczu każdego ustroju ludzkiego.

W organizmie, gdzie ulegają wskutek zmian chorobowych rozpadowi komórki, ferment ten znajduje się w znacznie większej ilości. Rozszczepiające działanie tego fermentu stwierdza się przez wykazanie wolnego tryptofanu. Do tej próby używa się surowicy chorego, którą miesza się z roztworem glicyltryptofanu.

Jeżeli surowica zawiera ferment w nadmiarze, to glicyltryptofan rozkłada się na amino kwasy składowe.

Reakcja powyższa nie jest specyficzna dla raka, ale w olbrzymiej liczbie przypadków (86,5%) wykazuje, że surowica rakowatych posiada wzmoczoną zdolność rozszczepiania dipeptydów. Może ona mieć znaczenie rozpoznawcze w różniczkowaniu guzów złośliwych przewodu pokarmowego z innymi schorzeniami tegoż przewodu.

R—t.

Mc. Kim MARRIOT i A. F. HARTMANN. Nowe poglądy na kwasicę. (Journ. of. the Amer. Med. Ass. Tom 91, Nr. 22, r. 1928).

Najważniejszymi warunkami do powstawania odchył od normy w odczynie surowicy są: silne odwodnienie, cukrzyca i zapalenie nerek.

W przypadkach odwodnienia — zachodzi utrata dużych ilości dwuwęglanu sodowego już to z sokami trawiennymi, już to wskutek zaburzeń w krążeniu. W leczeniu takich stanów autorzy uważają za wskazane doprowadzenie wody oraz NaHCO₃ u dzieci oraz w przyp. biegunki na drodze dootrzewnowej starając się utrzymać odczyn w przybliżeniu fizjologiczny t. j.

Ph = 7.4, ewentualnie za pomocą wpuszczenia do alkalicznego płynu CO₂.

W cukrzycy część dwuwęglanów zostaje wydalona i poniekąd zastąpiona przez związki kwaśne. Sumaryczna ilość elektrolitów jest mniejsza, atoli ciśnienie osmotyczne jest duże wskutek obecności dużej ilości cukru. Leczenie opiera się na podawaniu insuliny oraz płynów. Jednakże podawanie zasad przyspiesza proces bardzo wybitnie.

W stanach zapalnych nerek ostrych i przewlekłych, jeżeli istnieje stan uremiczny, zmniejsza się ilość zasad na korzyść kw. mlekowego. Ciśnienie osmotyczne zostaje wyrównane przez zwiększenie stężenia mocznika. Leczenie sprowadza się do doprowadzenia tlenu, środków kojących oraz zasad jako takich lub też w postaci diety alkaliczującej.

B. Goldstein.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

J. GRAEFF. Angina rheumatica z punktu widzenia anatomo-patologicznego (Peritonsillitis rheumatica). (D. m. W. N. 42 1928).

Swoiste ustosunkowanie się spraw migdałkowych do cierpień reumatycznych nasuwa konieczność klinicznego wyodrębnienia obrazu *angina rheumatica*. Za tem przemawiają również spostrzeżenia anatomo-patologiczne.

Reumatyzm stawowy jest pod względem klinicznym i anatomicznym cierpieniem zakaźnym, wywołanym przez nieznaną zarazek, który na drodze krwionośnej wywołuje w luźnej tkance łącznej ściśle określony odczyn tkankowy. Autorowi udało się wykazać powyższe zmiany i w obrębie migdałków ich charakter niczem nie różnił się od zmian, spotykanych w innych narządach. Podstawę anatomiczną tworzy t. zw. guzek Aschoffa, umiejscowiony nie w obrębie tkanki limfatycznej migdałka, lecz w tkance łącznej, zwł. leżącej w pobliżu mięśni (*m. constrictor pharyngis*). Podobne umiejscowienia wspomnianych guzków Aschoffa spotyka się w obrębie stawów i serca.

Obok tych charakterystycznych okołomigdałkowych i śródmięśniowych ognisk spotyka się w przegrodach między węzłami limfatycznymi, a niekiedy i w tkance łącznej podnabłonkowej zupełnie podobne nacieczenia, nie posiadające jednak cech zupełnie swoistych.

Klinicznemu pojęciu *angina rheumatica* odpowiada swoisty odczyn tkankowy w obrębie migdałków, *peritonsillitis rheumatica*.

Dalsze badania muszą rozstrzygnąć czy omawiane zmiany w migdałku są równoczesne ze zmianami w innych miejscach, czy też stanowią zmiany pierwotne.

M. Goldman junior.

G. SPIESS. Konieczność wczesnego prześwietlenia promieniami Roentgena z zastosowaniem masy kontrastowej w przypadkach połknięcia ciała obcego. (Z. f. Hals., Nas., u. Ohr. t. 21, 1928).

Zranienia ścian przełyku, wywoływane przez połknięte ciało obce, są dość częste. Niejednokrotnie dochodzi następnie do zapalenia śródpiersia. Dlatego też należy dokonać zdjęcia rentgenowskiego w każdym przypadku połknięcia ciała obcego, niezależnie od tego, czy zostało ono stwierdzone w przełyku i następnie usunięte, czy stwierdzone nie zostało. Tylko w ten sposób można się przekonać, czy ciało obce nie wywołało uszkodzenia ścian przełyku. Zdjęcia należy dokonać jaknaj-

wcześniej, aby ewentualny zabieg operacyjny nie był spóźniony w razie stwierdzenia przedziurawienia przełyku.

J. T e n c e r.

W. LANGE. Plastyka przewodu słuchowego przy pomocy zwykłego cięcia podłużnego na granicy tylnej i górnej ściany. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. 21., 1928).

Plastyka, stosowana zazwyczaj po operacji doszczętniej, ma tę stronę ujemną, że zmusza do usuwania z błoniastego przewodu słuchowego części miękkich, które mogłyby w dużej mierze wypełnić jamę operacyjną. Konieczność ta uwarunkowana jest dążeniem do uruchomienia płatów skórnych. Dlatego też B á r á n y radzi plastyki wcale nie stosować. Jednakże postępowanie tego rodzaju nie prowadzi zwykle do celu.

Autor wykonywa plastykę w ten sposób, że rozcina przewód słuchowy albo na granicy tylnej i górnej ściany, albo też w górnej ścianie. Uzyskany płat, którego nie ścięcza przyciska do ścian kostnych jamy operacyjnej. Plastyka ta nadaje się jedynie do przypadków niepowikłanych,

J. T e n c e r.

G. BRUHL. Powikłania wewnątrzczaszkowe w ropniach uszów z przedziurawieniem środkowym błony bębenkowej. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. t. 21, 1928).

Podana jest ciekawa historia choroby. Osobnik, który od szeregu lat miał ropotok z obydwu uszów, nagle zachorował wśród objawów, wskazujących na zajęcie zatoki poprzecznej po stronie prawej.

Badanie otoskopowe wykazało obecność przedziurawień środkowych obydwu błon bębenkowych oraz skąpą wydzielinę niecuchnącą. Została wykonana operacja doszczętna. Znaleziono w wyrostku sutkowym ziarninę oraz nieznaczny ilość ropy, kość zaś w wielu miejscach była krucha. Nie stwierdzono natomiast śladu perlaka. Chory wyzdrowiał. Po upływie 3 miesięcy znów nagle zachorował na drugie ucho. Otoskopowo stwierdzono w uchu tem przedziurawienie środkowe oraz nieznaczny ilość ropy i ziarniny, nakłucie zaś mózdzku wykazało obecność ropnia.

Przypadki podobne należą do rzadkości. Autor przypuszcza, że w rokowaniu zapaleń ucha środkowego z przedziurawieniem środkowym kierować się należy badaniem słuchu. Znacznie obniżony słuch przy zdrowym uchu wewnętrznym ma wskazywać na poważne zmiany w zachyłku, które prowadzić mogą do powikłań wewnątrzczaszkowych w razie zaostrenia się sprawy chorobowej.

J. T e n c e r.

P. CARCO. O częstości ropni Citelliego. (Revue de laryngol. d'otol. et de rhin., N. 7, 1928).

Ropnie Citelliego spotyka się znacznie częściej, niż ropnie Bezolda. Rozpoznanie ropnia Citelliego na drodze klinicznej niezawsze jest możliwe. Należy zwracać dokładną uwagę na umiejscowienie się zbiornika ropy. W ropniu Citelliego znajduje się on ztyłu i poniżej wierzchołka wyrostka sutkowego, w ropniu zaś Bezolda — na samym wierzchołku. Znaczenie posiada również określenie punktu największej bolesności. Ból, umiejscowiony nieco ku tyłowi od wierzchołka wyrostka, przemawia za ropniem Citelliego.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy obydwo rodzajami ropni daje się przeprowadzić w sposób pewny dopiero na stole operacyjnym. Podczas operacji nietrudno jest ustalić, czy ropień w częściach miękkich szyi powstał drogą próchnicy wierzchołka wyrostka sutkowego (ropień Bezolda), czy też rozwinął się wskutek nagromadzenia się ropy naokoło zatoki (ropień Citelliego).

O ile rozpoznano ropień Citelliego, to należy w czasie operacji na wyrostku sutkowym obnażyć zatokę, by nie dopuścić do wystąpienia powikłań.

J. T e n c e r

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

∞ Dr. A. von DOMARUS. Einführung in die Hämatologie. Zugleich vierte Auflage des Taschenbuches der klinischen Hämatologie. 14. Textabb. u. 3 farb. Taf. Leipzig. Georg Thieme 1929.

Krótki ten podręcznik zaliczyć trzeba do bardzo udanych. Treścią swoją, przy względnie małej objętości, przekracza on ramy skromnego tytułu i ujmując, wcale nie powierzchownie, całokształt współczesnej hematologii. Materiał ujęty szeroko nie tylko z punktu widzenia hematologii ścisłej, ale również wy maga kliniki ogólnej.

Pierwsze dwa rozdziały książki obejmują technikę badań. Uwzględnił tu autor, poza badaniami klasycznymi, również najnowsze metody badań klinicznych. Z badań tych obszerniej omawiane jest badanie bilirubiny we krwi, oznaczanie urobiliny i urobilinogenu w kale, badanie szybkości opadania krwinek, oznaczanie grup krwi. Opisy badań są jasne i dokładne, tak, iż posługujący się nimi klinicyści poczęści nie potrzebują uciekać się do bardziej szczegółowych podręczników. W opisie badań morfologicznych autor nie pomija drobnych szczegółów praktycznych. Uzupełnienia i poprawki, jakie wskazane są w omawianych rozdziałach, wydają się nieliczne. Autor zapomniał podać metodę mierzenia czerwonych krążków za pomocą okularu pomiarowego („Messokular“). W badaniach odporności krwi podaje zbyt małe stężenie zasadniczego roztworu soli kuchennej (0,5%) do przyrządzenia poszczególnych roztworów. W opisie metod badania krzepliwości krwi na przytoczenie zasługuje, według nas, metoda A c h a r d a i B i n e t a.

Morfologia krwi opracowana jest według poglądów, najbardziej ustalonych. Opisy są szczegółowe, przymiotem bardzo obrazowe, pod względem dydaktycznym bez zarzutu.

Teorię powstawania komórek krwi i ich wzajemnego do siebie stosunku autor omawia treściwie, podaje odnośne poglądy i fakty. Na miejscu pierwszym umieszcza teorię dualistyczną, następnie przytacza fakty, przemawiające za teorią unitarystyczną i w końcu wzmiankuje o teorii trialistycznej.

W rozdziale o narządach i tkankach krwiotwórczych autor poświęca więcej miejsca roli czynnościowej śledziony, między innymi podaje też zmiany we krwi po usunięciu śledziony.

Uwzględniona jest również morfologia i rola czynnościowa układu śródbłonkowo-siateczkowego. Wytknąć należy autorowi, że komórki gwiaździste wątroby nazywa komórkami Kupf e r a, podczas gdy B r o w i c z był pierwszy, który je opisał. Pomimo małych rozmiarów podręcznika autor znajduje dostatecznie miejsca na rozdział o normalnej i patologicznej fizjologii krwi, rozpatrując tu stronę chemiczną i fizyczno - chemiczną, ściśle według najnowszych zdobyczy w tej dziedzinie.

Druga połowa podręcznika poświęcona jest chorobom krwi, końcowe zaś rozdziały hematologii ważniejszych cierpień. I w tej części, nie mniej niż w poprzedniej, wysuwają się duże zalety książki D o m a r u s a. Opisy poszczególnych cierpień są jasne, zwięzłe i treściwe. Zachowana jest proporcja poszczególnych rozdziałów. Dość szeroko uwzględniona jest strona praktyczna i leczenie. Zbyt może krótko omawia autor leczenie niedokrwistości złośliwej metodą W h i p l e a, co zapewne w wydaniu następnym uzupełni. W rozdziale o czerwienicy autor zbyt śmiało odrzuca rolę śledziony w powstawaniu tego cierpienia. Występowanie czerwienicy wtórnej w gruźlicy śledziony i najnowsze prace nad leczeniem erytremii przez podawanie doustne śledziony (prace te ukazały się po wydaniu podręcznika) nie przemawiają za poglądem autora.

Wyodrębniona przez S c h u l t z a agranulocytoza umieszczona jest w rozdziale o chorobach posocznicznych, jako zespół hematologiczny, a nie jako jednostka samoistna.

W całości krótki podręcznik D o m a r u s a, noszący tytuł wstępu do hematologii, ze względu na ilość treści i wysoki jej

poziom, może zająć miejsce widoczne obok wyczerpujących dzieł hematologii.

R. Hertz.

H. MEINERTZ. Leczenie niedokrewności złośliwej ze szczególnem uwzględnieniem usunięcia śledziony. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. T. 162, z. 3 — 4, 1928).

Autorka poddaje gruntownej analizie środki lecznicze stosowane w niedokrewności złośliwej (n. z.), a mianowicie: arszenik, wstrzykiwanie i przetaczanie krwi, usunięcie śledziony oraz dietę wątrobową.

Każdy z tych środków posiada inny mechanizm działania, skąd dadzą się wysunąć pewne wnioski co do patogeny anemii złośliwej.

A. Autorka zaobserwowała tuż po usunięciu śledziony wzrost liczby erytrocytów, zwiększenie się liczby normoblastów, leukocytozę, zjawienie się większej liczby eozynofiliów.

Przebieg choroby zmienia się w ten sposób, że ostre remisje znikają, natomiast wahania chorobowe są nieznaczne i powolne.

Środki (arsen, transfuzje) które już nie działały, po usunięciu śledziony zaczynają działać znowu.

Autorka ujmuje wpływ powyższego zabiegu operacyjnego na przebieg n. z. jako usunięcie hemolizującej czynności śledziony. Szpik kostny wytwarza prawda mniej wartościowe ciała czerwone, które jednak w nieobecności śledziony wystarczają do życia ustroju.

B. Działanie arsenu i transfuzji ma polegać na pobudzeniu szpiku kostnego, który nabiera własności wytwarzania ciałek czerwonych, opornych na działanie hemolityczne śledziony. Tak więc autorka uważa, że często nie hemoliza, lecz łatwo ulegające zniszczeniu ciała czerwone są przyczyną n. z.

C. Działanie diety wątrobowej można sobie wyobrazić w ten sposób, że zawiera ona ciała, których brakło przy budowie normalnych erytrocytów, lub też posiada ona działanie odtruające, t. zn. znosi wpływ jądów, hamujących prawidłowe wytwarzanie się erytrocytów.

R—t.

PULFER H. W sprawie ominięcia trudności związanych z leczeniem niedokrewności złośliwej wątroby. (D. m. W. N. 3, 1929).

Wprowadzenie od 2 lat wątroby do leczenia niedokrewności złośliwej dało wyniki nadszpodziewanie dobre. Jednakże w przeciągu tego czasu zdarzały się przypadki, w których nie osiągnięto pomyślnego rezultatu. jedynie skutkiem nieprzewidywanego wstrętu chorych do spożywania wątroby, jak również i jej preparatów, oraz wskutek trudności dostarczania wątroby w tak dużych ilościach, jakie nieraz są konieczne do przeprowadzenia leczenia.

W dwóch przypadkach autor mając doczynienia z podobnymi trudnościami, zastosował z bardzo dobrym wynikiem łatwy z wątroby, przyrządzony w sposób następujący: wątroba zmielona zostaje rozcieńczona mlekiem i przetarta przez b. gęste sitko, poczem dodaje się 15 kropli nalewki opiumowej. Tak przyrządzoną masę wprowadza się wolno *per rectum* po uprzednim oczyszczeniu ścianki.

Ten sposób postępowania nadaje się również do zastosowania w ciężkich przypadkach i skutecznie może zastąpić drogę preparaty do zastrzykiwań.

S. Luxenburg.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

SABOURAUD. O niebezpieczeństwie maści z octanem talu, używanych przeciwko nadmiernemu uwłosieniu. (Bulletin de la Soc. Derm. Nr. 1, 1929).

Autor stosował 1% octan talu w maści w ciągu 20 lat,

zalecając wielkość 2 ziarenek zboża wcierać co wieczór przez kilka miesięcy tylko w skórę wargi górnej.

Zawsze objaśniano pacjentkę, że gdyby stosowała za dużo maści, to włosy mogą wypaść nawet z miejsc odległych.

Kiedy recepta autora przeszła do formularzy. Sabouraud przewidział nieszczęśliwe wypadki. Zaczęto stosować maść 2 — 3%, nie zwracając uwagi na możliwe niebezpieczeństwo.

Pierwszy Vatrin z Nancy stwierdził bolesne zapalenie wielonerwowe obwodowe z porażeniem nerwów strzałkowych po stosowaniu w ciągu 4 miesięcy 2½% maści z octanem talu (wcierano kawałek maści wielkości migdała). Bóle zmniejszyły się po zastosowaniu tiosiarczanu sodu do żyły. Liar z Paryża obserwował zapalenie nerwów na kk. dolnych po 90 gramach maści, zawierającej 2 gramy octalu talu, wartych w wargę górną w ciągu kilku tygodni.

Hudelo spozstrzegł przypadek zatrucia żołądkowo-kiszeczkowego po maści z octanu talu, w kilka dni później wypadły włosy na głowie; brwi, włosy pod pachami i w pachwinach pozostały. Objawy zapalenia nerwów nie wystąpiły.

Ravaud stwierdził u chorej po doustnem zastosowaniu octanu talu — wypadnięcie włosów z uwłos. części głowy, które wystąpiło w zwykłym czasie, ale jednocześnie z bólami w nogach, głowy i wymiotami. Leczone chorobą tiosiarczanem sodu.

Lortat-Jacob w r. 1899 widział przypadek grzybicy uwłosionej części głowy u dziecka, któremu w celach epilacji dano proszki z octanem talu. Wystąpiło ostre zapalenie nerek z białkoczem i obrzękami, zakończone śmiercią.

Berland.

KROMAYER. 6 przypadków pęcherzycy wyleczonych zapomocą Spirocidu (D. m. W. 6.1929).

1. Pęcherzyca liściasta, leczona spirocidem po 2 tabletki dziennie — 2 dni z rzędu, dzień odpoczynku. Dawkę stopniowo podwyższano do podwójnej bez objawów zatrucia. Leczenie trwało prawie 8 miesięcy z wielokrotnymi przerwami po 1 do 2-ch tygodni. Zużyto ogółem 600 tabletek leku. Wynik dobry. Od 3-ch lat — bez pęcherzy; czerwone łuszczące się plamy, występujące i teraz na twarzy i szyi, uważa autor za objawy pęcherzycy, która pod wpływem leczenia spirocidem przyjęła lekki przewlekły przebieg.

2. Pęcherzyca zwykła — zużyto 172 tabletki, po 3 miesiącach bez objawów.

3. Pęcherzyca zwykła — zużyto 82 tabletki w ciągu 40 dni.

Nawrót po 2 miesiącach. W ciągu miesiąca codziennie po 3 tabletki Spirocidu. Po 3 miesiącach kilka strupów wielkości soczewicy na skroniach.

4. Pęcherzyca zwykła — zużyto 60 tabletek Spirocidu w ciągu 30 dni. Bez nawrotu w ciągu 5 miesięcy.

5. Pęcherzyca zwykła — 112 tabletek w ciągu 60 dni. Po 5 miesiącach od czasu do czasu małe, szybko się gojące, pęcherze. Chory wybrał jeszcze 60 tabletek po opuszczeniu szpitala.

6. Pęcherzyca swędząca — kąpiele z KMnO_4 , puder. W ciągu 8 miesięcy wielokrotnie usuwano Spirocid z powodu podrażnienia kiszek. Zużyto ogółem 440 tabletek Spirocidu w ciągu 246 dni.

Co się tyczy liczby zużytych tabletek Spirocidu, to jest ona znaczna w stosunku do 60 tabletek, używanych średnio w leczeniu kiły. Biegunkę spozstrzegano tylko w 2 przypadkach. Trzeba podnieść, że dla uniknięcia gromadzenia arszeniku w ustroju, po kilkotygodniowym leczeniu Spirocidem był on na 1 do 2 tygodni zaniechany.

Berland.

H. SOWADE. Niebezpieczeństwo „częściowego odczynu” krwi u chorych na kiłę i zdrowych. (D. m. W. Nr. 4, 1929)

Niebezpieczeństwo odczynu Wassermann'a leży w nie.

prawidłowej ocenie wyników. Występowanie „odczynu częściowego”, który także może się zdarzyć i w innych sprawach chorobowych, bez danych w wywiadach i bez dodatniego wyniku badania klinicznego, nie ma znaczenia; nie należy też, opierając się na tem, przeprowadzać leczenia swoistego. Dopiero kilkakrotnie powtórzone badanie, dające ten sam wynik, posiada swe znaczenie. Dodatnie w kierunku kiły wywiady przy ujemnym wyniku badania klinicznego, z obecnością „częściowego odczynu” we krwi nie przemawiają na korzyść zakażenia kiłą i wymagają ponownego badania krwi. Podobnie dodatni „częściowy odczyn” we krwi, przy braku odpowiednich wywiadów i danych klinicznych nie posiada znaczenia. Natomiast kilkakrotnie powtórzony silny dodatni odczyn we krwi przemawia za kiłą, niezależnie od innych danych. Z tego założenia wychodząc, autor przy obecności dodatniego „częściowego odczynu” odpowiada chorym, iż „krew mają zdrową”, notując sobie konieczność powtórzenia badania. Ponieważ każdorazowy wynik odczynu zależy od najprzeróżniejszych warunków, wyłania się konieczność ścisłej obserwacji klinicznej w każdym przypadku i wykonywania różnych odczynów (Sachs-Georgi, Dold, Meinicke, Müller-Balling), aby w ten sposób ujednolicić wyniki i w niektórych razach nie niepokoić bez potrzeby chorych, uwzględniając ich stan psychiczny. S. Luxenburg.

Choroby oczu.

AMSLER. Stan obecny poglądów na przyczyny odklejenia siatkówki. (Bull. de la Soc. Française d'Ophtalmologie Tom 41., 1928).

Cierpienia jagodówki odgrywają najważniejszą rolę w odklejeniu siatkówki. Rozbieżność zdań dotyczy tylko sposobu powstawania odklejenia oraz przyczyn schorzeń jagodówki, które mogą odklejenie w ten lub inny sposób wywołać.

Przyczyny te możemy podzielić na 3 grupy: zwyrodnienie, zaburzenia w odżywianiu i zapalenia. Do pierwszej grupy należą krótkowzroczność dziedziczna oraz zmiany starcze. Do drugiej zaburzenia sercowo-nerkowe i skazy. Do trzeciej grupy należą schorzenia gruczołów dokrewnych, zatok, przeziębienie i infekcja kiłowa, gruźlicza i gościecowa. Należy tu również uwzględnić stan ogólny i wrażliwość osobniczą.

Co się tyczy sposobu powstawania odklejenia, możemy odróżnić dwa zasadnicze kierunki. Jedni szukają przyczyny po za siatkówką i tłumaczą powstawanie odklejenia przez wysięk, który siatkówkę unosi. (Abadie, Wessely, Holth, Sourdille, Weckers. Marbaix). Inni natomiast tłumaczą powstawanie tego cierpienia wpływami działającymi przed siat-

kówką. A więc obniżenie ciśnienia śródgałkowego, spowodowane zaburzeniami w czynności nabłonka rzęskowego (Lagrange) lub też zmiany w ciałku szklistem, które mogą powodować kurczenie się i wytwarzanie się pasemek, odciągających siatkówkę od podłoża (Deutschmann), albo też powodują pęknięcia siatkówki (Gonin) lub zresztą jedynie tylko hipotonję (Lagrange, Kummel).

Nie jest jeszcze czas powiedzieć, która z tych wszystkich teorii jest najślusniejsza. Najprawdopodobniej odklejenie siatkówki jest ostatnim aktem rozmaitych procesów, które odbywają się nie tylko w gałce ocznej, ale w całym ustroju, a wszelkie nasze zabiegi uzależniają się od objawów zasadniczych. Ci, którzy kładą wszystko na karb hipotonji, starają się ciśnienie śródgałkowe podnieść za pomocą t. zw. uszczelnienia kąta przesącza. Inni dążą do zamknięcia otworów w samej siatkówce. Wreszcie, gdy siatkówka jest wzniesiona przez płyn, który się pod nią zbiera, staramy się płyn ten usunąć i zapobiec ponownemu jego wytwarzaniu. Wszystkie te zabiegi są w gruncie rzeczy wykonywane „in extremis” i stanowią poniekąd tylko „nagłą pomoc”. Nie można się tem zadowolnić, i należy przypuszczać, że dalsze badania w dziedzinach, stojących na pograniczu okulistyki, nauczą nas zapobiegania tej poważnej chorobie.

A. Zamenhof.

GRADLE i EISENDRATH. Czas odruchu normalnej źrenicy. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. Marzec - Kwiecień 1923).

Autorzy wykonali zdjęcia kinematograficzne źrenic za pomocą aparatu z biegiem automatycznym, przyczem szybkość przesuwania się taśmy kontrolowana była uprzednio na zdjęciach poruszającego się metronomu i wynosiła 0,0625 sekundy na każde zdjęcie.

Badania wykonywane były w pokoju zupełnie zaciemnionym, po trzyminutowej adaptacji. Jako źródło światła służyła mała lampa łukowa, umieszczona na odległości 75 cm. pod kątem 20° do linii wzrokowej.

Obrazy, otrzymane w ten sposób, rzucane były na ekran, i źrenica mierzona w powiększeniu, a obliczenia sprowadzono następnie do wymiarów rzeczywistych, porównyując z wielkością rogówki, jako wielkością dla danej osoby stałą. Z doświadczeń tych wynika, że zwężenie źrenicy rozpoczyna się w 0,1875 sek z szybkością 5,48 mm. na sekundę, co daje zmniejszenie się źrenicy o 2,4 mm. W przeciągu następnych 0,3125 sek. źrenica zmniejsza się tylko o dalsze 0,42 mm z szybkością 1,34 mm. na sekundę.

A. Zamenhof.

Wskazówki praktyczne.

— Bier utrzymuje, że działanie leku zmienia się, jeżeli przed jego użyciem zastosować ten sam lek w dawce małej. Już w r. 1900 stwierdził B., że po zastrzyknięciu dożylnym małej ilości krwi zwierzęcej większa dawka tejże krwi, zastrzyknięta po upływie 3—4 minut, nie wywołuje żadnych groźnych objawów. Radzi przeto Bier znieczulenie lędźwiowe wykonywać w ten sposób, aby w 20 minut po zastrzyknięciu do worka rdzeniowego 1 ctm³ 1% roztworu nowokainy zastrzyknąć 2—2,5 ctm³ 3% roztworu tego leku. Dolegliwości przy tem postępowaniu są mniejsze, i znieczulenie trwa dłużej.

(Ztbl. f. Chir. 1929 N. 12).

— Do uspiania awertynowego Els radzi nie przekraczać dawki 0,125 na kilo wagi ciała—u kobiet zatem dawać 6—8 gr., u mężczyzn 8—10 gr. Dodatek eteru do 30 gr. nie jest szko-

dliwy. W razie wystąpienia ciężkiej asfiksji oddaje dobre usługi wdychanie kwasu węglowego.

(Ztbl. f. Chir. 1929 N. 12).

— Berger i Bogdanovic donoszą o nowym przetworze *Efedralinie*, stanowiącym kombinację *efedryny* z *adrenaliną*. Kombinacja ta, dzięki efedrynie hamuje wywoływane przez adrenalinę wzmoczenie ciśnienia krwi i utrzymuje je dłużej na pożądanym poziomie.

(Münch. med. Woch. 1929 N. 15).

— Barcz i poleca leczenie *obrzęków, towarzyszących ciąży*, wyciągiem z *tarczycy*. Obrzęki w czasie stosowania tego przetworu znikają. Wyciąg z tarczycy ma także zapobiegać rzucańce porodowej.

(Ztbl. f. Gyn. 1929 N. 4).

— *Egopil*, połączenie sporyżu z hormonem przysadki, doskonale nadaje się, według *Liepmanna*, do tamowania *krwotoków w położnictwie i ginekologii*. Po jednym lub dwóch zastrzyknięciach następowało zupełne ustanie lub przynajmniej wybitne zmniejszenie się krwawienia. W niektórych przypadkach wypada działanie zastrzyknięcia wesprzeć podaniem trzykrotnie 30 kropel *per os*. (D. m. Woch. 1929 N. 3).

— *Laken* chwali leczenie lampą kwarcową *wysiękowego zapalenia opłucny*. Naświetlania powinny być stosowane na samym początku choroby, w okresie gorączkowym z odległości 1 metra w ciągu 2 minut, ze stopniowym powiększaniem czasu działania lampy o 2 minuty, aż do 30 minut z uwzględnieniem odczynu skórno.

(Sv. Läkartidu 1928 N. 50).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

101 posiedzenie z dn. 12/II 1929 r.

Lubelski. a) *Pokaz chorego po wycięciu żołądka metodą Reichel-Polya z powodu owrzdzenia zstępującej części dwunastnicy.*

Metoda operacyjna owrzdzenia zstępującej części dwunastnicy dotychczas przez chirurgów nie została definitywnie ustalona. Warunki anatomiczne nie pozwalają na wycięcie owrzdzenia w tej części dwunastnicy, i usiłowania chirurgów skierowane są do wytworzenia warunków, sprzyjających zagojeniu (zbliznowaceniu) owrzdzenia. Wykonywane w tym celu operacje tworzą nowe drogi dla przejścia treści pokarmowej z żołądka do jelit z omijaniem owrzdzenia dwunastnicy. Na początku wykonywano tylko zespolenie żołądkowo-jelitowe, ale pomimo zespolenia treść żołądkowa przechodziła przez dwunastnicę, a owrzdzenie nie goiło się; później do tej operacji dodano wyłączenie odźwiernika, podwiązując go dookoła nitką jedwabną. Okazało się, że nitka przecina wszystkie warstwy i drożność w odźwierniku powraca. Dlatego zaczęto stosować wycięcie odźwiernika i części żołądka (w dużych żołądkach, z dużą kwasotą — *Pauhet*) z zamknięciem na głucho dwunastnicy i utworzeniem zespolenia żołądka z jelitem cienkim.

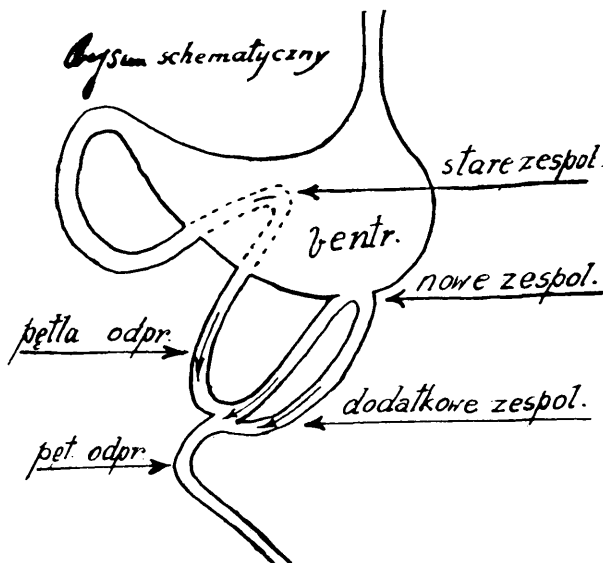
Ostatnio największym uznaniem cieszy się wycięcie żołądka metodą *Reichel-Polya*, przy której po wycięciu odźwiernika i części przyodźwiernikowej żołądka całą poprzeczną przeciętą powierzchnię żołądka zespalamy z jelitem cienkim, którego pętlę przeciągamy przez otwór, utworzony w krezce poprzecznej. Dla ułatwienia operacji wykonywamy t. zw. „*decolement*”, t. j. po przecięciu więz żołądkowo-poprzecznicowego oddzielamy żołądek (o ile są zrosty) od krezki poprzecznej i unosimy go razem z siecią ku górze. Metodą *Reichel-Polya* operowaliśmy przypadek, obecnie pokazywany. Dotyczy on chorego K. D., lat 28, który przed rokiem dostał silnych bólów w dołku podsercowym i krwawych wymiotów; chory był leczony, i nastąpiła poprawa. Przed 6-ciu miesiącami bóle i krwawe wymioty powtórzyły się; chory wstąpił do szpitala na oddział *D-ra Lewina*, był tam systematycznie leczony i na żądanie wypisał się z poprawą. Ale już po dwóch tygodniach wrócił ze znacznym pogorszeniem: bóle i wymioty po każdym spożyciu pokarmów; bóle w nocy; chory nie śpi, chudnie. Treści żołądkowej nie badano. W kale — krew. Badanie rentgenowskie wykazało zrosty w obrębie dwunastnicy i odźwiernika. Rozpoznano owrzdzenie żołądka. Przy operacji stwierdziliśmy owrzdzenie modelowate na wewnętrznej powierzchni zstępującej części dwunastnicy, mocno zrośnięte z główką trzustki i dokonaliśmy wycięcia żołądka wyżej opisaną metodą. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Od czasu operacji bóle i wymioty ustały.

Lubelski. b) *Pokaz chorego po powtórnie dokonanej zespoleniu żołądkowo-jelitowym przed dwoma laty.*

Kiedw przed dwoma blisko laty chory był pokazywany z powodu powtórnie dokonanej zespolenia żołądkowo-jelitowego, wyrażono wątpliwość co do skuteczności zabiegu. Pomimo ciężkiej pracy fizycznej (chory pracuje w masarni) dolegliwości żołądkowe od czasu powtórnie wykonanej operacji nie powtórzyły się, i samopoczucie chorego jest bardzo dobre. Przebieg przypadku był następujący:

Chory Z. K. lat 45 przed 14 laty był operowany przez jednego z chirurgów warszawskich z powodu owrzdzenia żołądka. Przed 5-ciu laty wróciły bóle w dołku podsercowym, kwaśne odbijania, wymioty, a 2 lata temu chory wstąpił na oddział w celu poddania się operacji. Badania stwierdziły: naczczko w żołądku — duże zaleganie, ogólna kwasota — 50; kwas solny — 30. Po śniadaniu próbnym ogólna kwasota — 70, kwas solny wolny 45. Zdjęcie rentgenowskie wykazało 26-o godzinne

zaleganie treści pokarmowej w żołądku, t. j. niedostateczną sprawność zespolenia, które znajdowało się bardzo wysoko nad dużą krzywizną żołądka. Operacji dokonano w znieczuleniu miejscowym ($\frac{1}{2}\%$ nowokaina + adrenalina). Wobec tego, że na miejscu zespolenia stwierdzono mocne zrosty pętli jelita z przednią ścianą żołądka i zrost żołądka z tylną otrzewną brzucha, zaniechano planowanego z góry wycięcia żołądka, a dokonano nowego zespolenia przedniej ściany żołądka z pętlą jelita cienkiego w odległości 40 cent. od starego zespolenia. Prócz tego wykonano dodatkowe zespolenie odprowadzającej pętli starego zespolenia z odprowadzającą pętlą nowego zespol.



lenia. W ten sposób treść pokarmowa z żołądka przez wszystkie pętle zespolenia zawsze przedostawała się do odprowadzającej pętli nowego zespolenia. Po operacji w przeciągu paru dni u chorego było jeszcze zaleganie w żołądku, które usuwano zgłębnikiem. — Kiedy zaleganie ustało, chory zaczął przyjmować płynne pokarmy i w trzy tygodnie po operacji wypisał się w dobrym stanie zdrowia.

Lubelski. c) *Pokaz dwóch chorych po usunięciu kamieni z miedniczek nerkowych.* (Przyczynek do szwu miedniczki i moczowodu).

W kwestji postępowania chirurgicznego po usunięciu kamieni z miedniczki nerkowej (moczowodu), szkoła niemiecka trzyma się ściśle zasady zaszycia miedniczki nerkowej, a tam, gdzie to się nie udaje, pokrywa ubytki w miedniczce przy pomocy operacji wytwórczej, tak np. *Payer* pokrywa ubytek płatem uszupulowanym, wziętym z otoczki własnej nerki. — Szkoła francuska mało zwraca uwagi na zaszycie miedniczki (moczowodu), a niektórzy zupełnie jej nie zaszycją (*Marrion*).

W licznych przypadkach usuniętych przeze mnie kamieni z miedniczek nerkowych i moczowodów zasadniczo otwory operacyjne miedniczek i moczowodów zaszyczałem, ale w przypadkach ścieńczenia ścian, gdzie ściany się urwały, szwów nie nakładałem; pomimo to, jak w jednym, tak i w drugim przypadku rany się goiły dobrze i przetoki moczowej nie było. W pokazywanych dwóch przypadkach — w jednym po usunięciu kamienia miedniczkę nerkową zaszyczałem, w drugim — szwu nie nałożyłem; w obu przypadkach jednakowo nastąpiło zagojenie.

Przypadek pierwszy dotyczy chorej K. S., lat 38, która skarży się na bóle w prawym boku od 2-ch lat. Badanie moczu: 1) B — 0,9%. 2) leukocytów 20 — 30, 3) czerwonych krwinek (wyług.) 8 — 10. Mocznika we krwi 0,48%. Chromocystoskopia stwierdziła normalną sprawność lewej nerki. Zdjęcie rentgenowskie wykazało kamień w prawej miedniczce. Cięciem Guyon'a usunięto kamień z miedniczki; nałożono szew dwupiętrowy. Zagojenie rany po dwóch tygodniach.

Przypadek drugi dotyczy chłopca 18-o letniego Al. A., który cierpi na bóle w prawym boku od 2-ch lat. Badanie moczu: 1) B — 0,6% 2) białych ciałek 60 — 80, 3) czerwonych ciałek wyług. 20 — 30, 4) wałeczki ziarniste. Chromocystoskopia wykazała normalną sprawność lewej nerki. Zdjęcie rentgenowskie wykazało kamień w miedniczce prawej wielkości małego kasztana. Po usunięciu kamienia na drodze operacyjnej z powodu kruchości ścian miedniczki zaszyć nie było można. W 10 dni po operacji ustało wydzielanie się moczu z rany operacyjnej. Po 4-ch tygodniach rana zagoiła się zupełnie.

Rozprawa

Szenkier omawia szczegółowo sprawę przetoki pooperacyjnej po usunięciu kamieni z miedniczki nerkowej na podstawie własnych spostrzeżeń. Przyczyną dawnych przetok były przecięcia nerek. Najważniejszym czynnikiem jest sposób cięcia. Gdy cięcie prowadzone jest wzdłuż miedniczki, rany pooperacyjne goją się bez przetok.

Lewinson zaznacza, że istnieją różne poglądy w sprawie szwu miedniczkowego. Niektórzy autorowie uważają ten szew za zbędny. Natomiast Garré, Casper i inni uważają ten szew za niezbędnie konieczny. Co do poruszonej sprawy usuwania kamieni z moczowodów, L. zwraca uwagę, że jest rzeczą ważną, aby nie nacinać moczowodu w miejscu kamienia, gdyż w tym razie moczowód się nie goi i wytwarza się przetoka, a należy kamień przesunąć powyżej lub poniżej i dopiero w tych miejscach naciąć.

Kohan omawia metodę operacyjną na żołądku według Eiselsberga oraz nowoczesne metody pyelotomii.

Adelfang omawia przyczyny zalegania w żołądku po zespoleniach i wpływ na zmianę kształtu żołądka.

D. Kohan. *Operacyjnie wyleczony przypadek uchyłki przełyku.*

Chory lat 59 podał w wywiadzie tak charakterystyczne szczegóły (14 lat trwania zaburzeń w połykaniu, zwracanie dawno spożytych pokarmów, obrzmiewanie szyi po wypiciu większej ilości płynu), że rozpoznanie uchyłki nasuwało się b. łatwo. Rentgenowskie zdjęcie w 2 płaszczyznach wykazują (pokaz zdjęć) duży okrągły cień w kształcie gruszki z podstawą na poziomie 6 szynowego kręgu, a opuszczający się do śródpiersia do poziomu 3 piersiowego. — obraz typowy dla górnego uchyłka „pulsyjnego”. Daleko posunięte wyniszczenie chorego zmusiło nas do nałożenia w pierwszym rzędzie przetoki żołądkowej i dopiero po 5 tygodniach wykonana została operacja usunięcia uchyłki w miejscowym znieczuleniu. Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki.

Dwa momenty wpływały ujemnie na statystykę operacyjną uchyłków przełyku (20% śmiert. — Hacker), mianowicie 1) stosowanie uspięcia ogólnego, przyczem separowanie uchyłki, prawie zawsze wypełnionego płynem, sprowadzało często zachyłkowe zapalenie płuc, oraz 2) przeprowadzanie pokarmów przez

przełyk zaraz po operacji, co było przyczyną ustawicznego puszczania szwów, na ranę przełyku założonych, a stąd ropienie rany z powikłaniami w postaci zapalenia śródpiersia, nadżarcia naczyń krwionośnych i t. p. W naszym przypadku, operowanym w znieczuleniu miejscowym, chory w ciągu 3 tygodni był odżywiany wyłącznie przez przetokę żołądkową. Kontrola rentgenowska po operacji wykazuje obecnie zupełnie normalne stosunki.

Rozprawa

Lubelski zaznacza, że uchyłki są trudne do operowania, gdy się znajdują w środkowej części, lub też nad wpustem.

Orzech uważa, że przed operowaniem w danym przypadku należało założyć sondę à demeure i odżywiać chorego tym sposobem.

(Dok. nast.)

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Petzetakis spostrzegał dodatni wpływ podawania świeżej śledziny w przypadku choroby Vaqueza. Po jednodniowym spożywaniu 250 gr. dziennie ciśnienie tętnicze opadło wraz z zmniejszeniem się liczby krwinek czerwonych (o 1. 100.000 w milim. sześć.) wobec tego P. spróbował tego sposobu leczenia w dwu jeszcze innych przypadkach tego cierpienia i zastrzega sobie podanie w przyszłości wyników leczenia.

(Tow. lek. szpit. w Paryżu — Pr. méd. Nr. 32).

Pehu i Dufourt zdawali sprawę na posiedz. kwietn. tow. lek. szpit. w Paryżu z przypadku nacieku epituberkulicznego płuca prawego, spostrzeganego w ciągu 5 lat. U dziecka 22-miesięcznego stwierdzono zwłóknienie natury gruźliczej w okolicy prawego płata górnego tylko dzięki badaniu promieniami Röntgen'a. Sprawa ustępowała niezwykle wolno i dopiero po upływie 15 miesięcy obraz stał się prawie prawidłowy. Była to więc postać gruźlicy, we Francji przez Ribadeau — Dumas nazwana „forme curable de la tuberculose ganglio — pulmonaire” w Niemczech przez Eliasberg i Neuland „naciekiem epituberkulicznym”.

(Pr. méd. Nr. 32).

O swych badaniach nad rozpoznawaniem gruźliczego zachorzenia gruczołów tchawiczo — oskrzelowych mówili w kwietniu w Akademii lekarskiej Delille, Lestocquoy i Vibert. Uważają oni, że dane co do zakażenia rodzinnego mają większe znaczenie, niż objawy ogólne i odczyn skórny. Stłumienia Guéncau de Mussy i Baréty są przejawem zajęcia tkanki płucnej, a nie zachorzenia głębokich leżących gruczołów. Objaw d'Espine'a jest przeceniany. U niemowląt duże znaczenie posiada t. zw. *stridor expiratorius* i kaszel dwutonowy Marfana. Radioskopia nie jest wystarczająca do stwierdzenia zmian chorobowych w gruczołach. Natomiast radiografia przedmiotowa daje możliwość ujawnienia gruczołów około tchawiczych i międzyoskrzelowych prawych, zaś zdjęcie w profilu — gruczołów międzytchawiczo oskrzelowych i części gruczołów międzyoskrzelowych lewych.

(Pr. méd. Nr. 34).

Z j a z d y.

VI-y Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Rzymie.

(Ciąg dalszy — p. Nr. 19).

Drugi dzień Zjazdu poświęcony był sprawom klinicznym. Przewodniczył Sir Robert Philip, wiceprezesami byli: prof. Koranyi, prof. Bezançon, prof. Brauer, prof. Viola i prof. Maragliano. Odczyt o rozpoznawaniu gruźlicy dziecięcej wygłosił prof. Rocco Jemma z Neapolu. W godzinnym wykładzie, wypowiedzianym z iście południowym temperamentem i werwą, prof. Jemma przeszedł kolejno najgłośniejsze postaci gruźlicy u dzieci i omówił ich rozpoznanie. Mówca podkreśla, że żadna metoda laboratoryjna, ani czysto techniczna nie może dorównać wynikom badania klinicznego. Również ważne jest zebranie dokładne wywiadów, gdyż stwierdzenie źródła zakażenia rodzinnego lub pozarodzinnego może rozstrzygać w wahaniach rozpoznawczych. Nie odrzucając bezwzględnie znaczenia dziedziczności, mówca nadaje największe znaczenie zakażeniu. Prof. Jemma, specjalną uwagę

zwraca na postaci ukryte, których rozpoznanie wymaga długich studiów nad ustrojem dziecięcym i odrębnymi jego właściwościami. Zajęcie gruczołów tchawiczo-oskrzelowych stanowi dla pediatrów najważniejszą postać gruźlicy, i pierwszym zadaniem lekarza, który chce u dziecka wykryć gruźlicę, jest poszukiwanie tego mianowicie umiejscowienia. Niemniej jednak ważne jest stwierdzenie, że gruźlica samego miąższu płuc u dzieci spotyka się częściej, niż dawniej przypuszczano, i może przejawiać się nie tylko w postaciach ostrych (prosówka i rozlane zmiany serowate) z rokowaniem bardzo złym, — lecz również w ograniczonych ogniskach, w których ustrój przeciwstawia się rozszerzaniu się dalszemu sprawy. Te dane rozpoznawcze zawiązujemy częściowo radiologii, udoskonalonej technicznie. Autor nie sądzi jednak, żeby radiologii należało poświęcać specjalny rozdział, gdyż wszelkie dane radioskopowe lub radiograficzne tracą wiele na swej wartości, jeśli rozpatrywać je oddzielnie, bez szarmonizowania z danymi semiologii klinicznej w ścisłym znaczeniu tego słowa, kliniczne bowiem dane winny w każdym bądź razie pozostawać podstawą dociekań diagnostycznych.

I ten odczyt wywołał bardzo ożywioną dyskusję, w której zabierali głos najwybitniejsi klinicyści całego świata, jak prof. Philip, prof. Opie, prof. Bernard, Blumel, Klein-

schmidt, Jaquerod, prof. Bezançon, prof. Ronzoni, prof. Mendel, Heitman, Wallgren, prof. Zublin, prof. Delille, Heimbeck, Hamburger, Wiese i inni, Z Polaków dłuższe przemówienie wygłosił dr. Stefan Rudzki o rozpoznaniu gruźlicy w wieku dojrzewania; opierając się na 1700 własnych przypadkach, autor podaje główne wytyczne rozpoznawcze; w 75% była tu reaktywacja dawnej sprawy gruźliczej, w 25% zakażenie dodatkowe zewnętrzne; w 40% była czynna sprawa gruźlicowa, w 10% zajęcie błon surowiczych, w 50% zmiany gruźlicze w płucach i, im młodszy jest osobnik trzeciego dzieciństwa, tem częściej zdarza się zajęcie jedynie gruźli; ważnem jest jednak zwrócenie uwagi nie tylko na gruźlię okołotchawiczną i okołoskrzelową, lecz również na gruźlię zatrzewną; mówca demonstruje szereg zdjęć rentgenowskich, ilustrujących częstość rozległych zmian wapniejących w gruźli jamy brzusznej; co do płuc, najczęstsze umiejscowienie jest okołowołnowe, następnie podobojczykowe, najrzadziej szczytowe. Z metod rozpoznawczych wielkie znaczenie ma radioscopia i radiografia.

Z mówców biorących udział w dyskusji, większość przychyliła się do wniosków prof. Jemmy, podkreślając lub uzasadniając te lub inne szczegóły. Prof. L. Bernard potwierdza niezawodność podanych przez siebie wspólnie z dr. Debré przed 10 l. praw o zakażeniu się niemowląt (trwanie kontaktu, wiek i siła kontaktu, ciężkość infekcji); niemiecscy autorzy (Blumel, Kleinschmidt), uważają, że większość dzieci zachorowuje dzięki zakażeniu pozarodzinnemu; istnieje natomiast typ konstytucji fizycznej, uspasabiającej do gruźlicy. Jaquerod (Leyssin) podkreśla częstotliwość postaci gruźlicy płucnej w wieku drugiego dzieciństwa i w wieku młodzieńczym, postać, odpowiadającą tramite Bezançon i Braum; rozpoznawanie opiera się jedynie na radiografii, wykazującej rozsięgnięte zgrubienia cieni oskrzelowo-naczyniowych. Prof. Bezançon nadaje największe znaczenie objawom czynnościowym i ogólnym; radiologia jest bardzo pomocna, lecz wymaga dużo rozwoju w interpretacji. Autorzy włoscy i skandynawscy podkreślali konieczność dłuższej obserwacji dzieci podejrzanych o gruźlicę. Na tuberkulinę zapatrywania były rozbieżne; gorącym zwolennikiem znaczenia odczynu tuberkulinowego był Heitman (Oslo); silny i wyraźnie zaznaczony odczyn z niebieskawo-brązowym odcieniem nasuwa podejrzenie cierpienia gruźliczego. Wielu autorów poświęciło szereg uwag — nie nowych zresztą — odróżnianiu gruźlicy czynnej od nieczynnej. Wallgren (Szwecja) podkreślał specjalne znaczenie rumienia guzowatego, który jest odpowiednikiem u dzieci odczynu dodatniego tuberkulinowego; różnica polega na tem, że rumień guzowaty zawsze przemawia za czynnym okresem choroby. Jeżeli rumień występuje późno, świadczy to o pogorszeniu sprawy gruźliczej. Armand Delille i Lestocquoy (Paryż) zaznaczają konieczność radiografii płuc (a nie tylko radioscopii) i poszukiwania bakterij Kocha w treści żołądkowej naczcz. Heimbeck (Norwegia) występuje przeciwko teorii o powstawaniu gruźlicy dorosłych z gruźlicy dziecięcej; mówca udawadnia, że — przynajmniej w Norwegii — większość zakaża się gruźlicą w wieku 15 — 25 lat; autor opiera się na częstości występowania dodatniego odczynu tuberkulinowego podług wieku. Hamburger (Austria) uważa za ważniejszy od odczynu skórno odczyn podskórny, występujący po zastrzykiwaniu tuberkuliny w stopniowo wzrastających dawkach (od 0,01 do 1 mg.); jeżeli odczyn jest ujemny po tej ostatniej dawce, można wykluczyć gruźlicę z bardzo rzadkimi wyjątkami; odczyn tuberkulinowy śródskórny mają taką samą wartość, jak odczyn skórny.

Wiese (Niemcy) zwraca uwagę na konieczność odróżniania *habitus phthisicus secundarius* (zależny od przebytej już gruźlicy) od wrodzonej *constitutio asthenica*, w której gruźlica bardzo rzadko występuje a jeśli bywa, to ma przebieg łagodny, — wtedy gdy postaci ciężkie zdarzają się przedewszystkiem u dzieci kwitnących; mówca przestrzega przed nadawaniem większego znaczenia metodom rozpoznawczym fizycznym, badanie radiologiczne jest niezbędne. Prof. Bergamini (Parma) stwierdza znaczenie rozpoznawcze objawu Gozzoliego, polegającego na nabrzmiewaniu żył na bocznej powierzchni klatki piersiowej na linii pachowej środkowej; objaw ten zawsze przemawia za zakażeniem gruźliczem; zdarza się on najczęściej w pierwszym dzieciństwie. Farris (Kanada) zwraca uwagę na ciekawy fakt, że częstość występowania odczynu tuberkulinowego spada, i wynosi obecnie w Kanadzie poniżej 40%, gdy dawniej dosięgała 90% i więcej; spadek ten — w miarę postępu walki z gruźlicą — będzie coraz to większy i gruźlica występować będzie w coraz ostrzejszej postaci. Szereg włoskich autorów podkreśla znaczenie rozpoznawcze symphoreakcji i enzymoreakcji, Livi i Ribaudi i Menniti, odczynu Leone, autoseroreakcji Landolfi i Papale, odczynu Marfan i Mantoux.

Trzeci dzień Zjazdu — 27 września — poświęcony był tematowi społecznemu. Przewodniczył dr. Hamel, wiceprezesa byli dr. Rist, prof. Ascoli, dr. Rudzki. Podkreślić tu należy, że po raz pierwszy od czasu powstania Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego do prezydium Zjazdu powołany został Polak.

Odczyt programowy wygłosił dr. William Brand (Londyn) na temat zapobiegania gruźlicy w okręgach wiejskich.

Autor w obszernym i wyczerpującym wykładzie podał zasady organizacji profilaktyki przeciwgruźliczej w Wielkiej Brytanii z podkreśleniem specjalnych właściwości okręgów wiejskich, polegających przedewszystkiem na konieczności przystosowania się do miejscowych trudności administracyjnych. Za najpierwszy warunek walki skutecznej z gruźlicą czy to w okręgach wiejskich, czy miejskich uważa autor przygotowanie opinii publicznej, a to w tym celu, żeby społeczeństwo brało w pracy społecznej udział czynny i inteligentny. Najpierwszem zadaniem jest popularyzacja przez szkoły i specjalne wykłady podstawowych zagadnień higieny z uwzględnieniem specjalnem chorób, których można uniknąć, z gruźlicą na czele. Mówca przytacza podstawy kampanji wychowawczej, podjętej przez Związek przeciwgruźliczy Wielkiej Brytanii, a polegającej na uświadomieniu całego społeczeństwa o możliwości uniknięcia gruźlicy, o objawach pierwotnych tej choroby i jej uleczalności. Angielski mówca bardzo mocno podkreśla fakt, że zgłaszanie każdego przypadku gruźlicy stanowi zasadniczą część walki zarówno na wsi jak i w miastach. Wiadomości tą drogą zdobywane, muszą być ściśle i prowadzone z dnia na dzień. Organizacja brytyjska opiera się na dwóch podstawach: przychodni i zakładach przeciwgruźliczych. Autor przytacza znane zasady organizacji przychodni podług systemu R. Philpa, uważając, że mogą one być zastosowane tak samo w okręgach wiejskich, jak i w ośrodkach miejskich, pod warunkiem posiadania do dyspozycji personelu przeszkolonego.

Mówca zatrzymuje się dłużej nad podstawową rolę higienistki-wywiadowczynie, która zwłaszcza na wsi ma pierwszorzędne pole do działania. Następnie zwraca on uwagę na leczenie domowe gruźlicy, stanowiące w Wielkiej Brytanii część składową systemu ubezpieczeń narodowych; ubezpieczeni mają zapewnić opiekę lekarską w domu; leczenie takie musi mieć zabezpieczone pewne podstawy, jak odpowiednie warunki mieszkaniowe, dostarczenie normalnego odżywiania rodzinom niezamożnym, kontrola lekarska środków profilaktycznych, zainteresowanie się lekarza chorym i poświęcenie mu odpowiedniej ilości czasu. Chory, powracający z sanatorium, musi znaleźć w domu odpowiednią opiekę lekarską i pielęgniarską.

W bardzo ożywionej dyskusji zabierali głos przedstawiciele wszystkich narodów, przodujących w walce z gruźlicą.

Prof. K. Faber (Danja) w obszernym referacie podaje wynik walki z gruźlicą w swym kraju i podkreśla, że śmiertelność z gruźlicy wśród kobiet z okręgów wiejskich jest znacznie wyższa, zwłaszcza w wieku od 15 do 24 lat, niż u mężczyzn z pośród ludności wiejskiej; zależy to od większego niebezpieczeństwa zakażenia u kobiet z powodu pracy ich wewnątrz mieszkań. Próba walki planowej z zakażeniem domowym w okręgu Vejle zachęciła do rozszerzenia tego rodzaju walki na inne części kraju.

Sir R. Philip (Szkocja) podkreśla konieczność popularyzowania wiedzy o gruźlicy nie tylko wśród mas, lecz i w uniwersytetach, gdzie nie zdają sobie nieraz sprawy z koniecznych zamierzeń w tym kierunku; Philip wspomina o świeżo przeprowadzonej kampanji kształcenia popularnego w całej Anglii, na co poświęcono 120 tys. funtów szterlińskich, zebranych na mocy subskrypcji publicznej. Propaganda, na której czele stał właśnie dr. Brand, dała wymienione wyniki.

Dr. Nelbach (Stany Zjednoczone) opisuje organizację walki z gruźlicą w Ameryce Północnej, gdzie główną rolę odegrywa ochotnicze Stowarzyszenie z pielęgniarkami, jako filarami działalności zapobiegawczej; wywiadowczynie-pielęgniarki obowiązane są objeżdżać najdalsze punkty okręgów wiejskich. W okręgach tych wielkie znaczenie ma też walka z gruźlicą bydłą.

Dr. Kayser-Petersen (Niemcy) podaje organizację walki z gruźlicą w Niemczech. Kasy ubezpieczeń państwowych zajmują się wiele gruźlicą, tworząc przychodnie równoległe z sanatoriami. W Turyni w ostatnich czasach powstało 11 ośrodków miejskich i 14 ośrodków wiejskich walki z gruźlicą.

Dr. Dumarest (Francja) podkreśla znaczenie stałe i międzynarodowe faktu, że niezbędne jest zabezpieczenie się od migracji zakaźnych gruźliczych. Mówca stwierdza niezbędność obowiązkowego zgłaszania gruźlicy, oraz konieczność sy-

stematycznego odkażania w gminach, uznanych za stacje klimatyczne.

Dr. Maher (Stany Zjednoczone) udawadnia, że wśród Indian amerykańskich gruźlica panowała jeszcze przed przybyciem białych, nie jest tedy gruźlica synonimem przeludnienia i cywilizacji. Mówca jest zwolennikiem centralizacji walki z gruźlicą, obejmującej zarówno okręgi miejskie, jak wiejskie. Liczba lekarzy po wsiach w Ameryce zastraszająco się zmniejsza z roku na rok.

Dr. Furumi (Japonja) również ubolewa nad tem, że w wielu wsiach japońskich brak jest lekarzy. Uważa za niezbędne ulepszenie organizacji sanitarnej w fabrykach (gdzie robotnicy zakażają się i z gruźlicą wracają na wieś), popularyzację higieny, ułatwienie leczenia w okręgach wiejskich.

Prof. Harbitz (Norwegja), podkreśla właściwości swego kraju, posiadającego liczne szpitale po 20 — 25 łóżek, rozproszone w okręgach wiejskich i przeznaczone dla tych chorych gruźliczych, których w myśl ustawy przeciwgruźliczej z 1900 roku przymusowo usuwa się z mieszkań, jako zagrażających otoczeniu. Szpitale takich jest przeszło 100, z których większość jest w gminach wiejskich. W ciągu pierwszych dwudziestu lat bieżącego stulecia w porównaniach z ostatnimi 20 latami ubiegłego stulecia śmiertelność z gruźlicy na wsi zmniejszyła się o 50% w pierwszym dzieciństwie, o 20 — 30% w wieku 6 — 15 lat, o 10 — 15% w wieku 31 — 70 lat, w innych okresach spadek śmiertelności jest mniejszy, a u kobiet nawet jest zwiększenie zgonów o 10%.

Włoscy mówcy podkreślali trudności walki z gruźlicą na wsi ze względu na gorsze warunki higieniczne; Czerwony Krzyż Włoski otrzymał od Rządu 6 milionów lirów na rozszerzenie istniejących zakładów przeciwgruźliczych i tworzenie nowych.

Dr. Burnand i Raouf Hassan (Egipt) opisują walkę z gruźlicą w Egipcie, gdzie śmiertelność z tej choroby na 15 milionów ludności wynosi w przybliżeniu 20 tys. rocznie.

Dr. Armand Delille (Francja) stwierdza konieczność zapobiegania gruźlicy u dzieci w okręgach wiejskich, gdzie, dzięki skupieniu ludności w nocy, zakażenie rodzinne jest niemięjsze, niż w miastach. Jest za „placement familial” podług Granchera, dzięki któremu otrzymano spadek śmiertelności wśród dzieci, pochodzących od rodziców gruźliczych, z 40% na 0,1%.

Dr. Neander (Szwecja) podaje, że w kraju tym jest 200 przychodni wiejskich dla chorych; Szwecja ma 9000 łóżek czyli 102 łóżka na 100 zgonów z gruźlicy, co jednak uważane jest w Szwecji jeszcze za niedostateczne, i liczbę łóżek chcą powiększyć. Dążenie jest do reformy higieny mieszkaniowej.

Prof. Benedetti (Rzym) stwierdza, że we Włoszech ośrodek walki z gruźlicą w postaci przychodni jest pod kierunkiem „Rady przeciwgruźliczej”; najważniejsza jest rola lekarzy — inspektorów higieny (medici condotti), którzy będą przechodzili specjalne kursa w nowotworzonym przez Rząd Instytucie fizjologii, również bardzo ważna jest rola wywiadowczyń higienistek.

Mówcy z Kanady, Finlandji, Brazylii, Hiszpanji, Węgier oraz liczni lekarze włoscy podali bliższe szczegóły o walce z gruźlicą w swych krajach, specjalnie na wsi.

Z polskich uczestników dr. Marja Skokowska-Rudolfa (Warszawa) podała bardzo ciekawy opis „osrodków zdrowia” wprowadzony w Polsce na wzór Stanów Zjednoczonych i łączących walkę z gruźlicą z innymi społecznymi zagadnieniami; dr. Tomasek L(wów) przedstawił dotychczasowe metody walki z gruźlicą we wsi w Małopolsce Wschodniej; dr. Danielski (Lwów), podkreślając duże znaczenie tlenu w leczeniu gruźlicy, proponuje urządzać leżalnie na wysokich wzgórzach, kombinowane z inhalatorami, a w miarę dalszych postępów techniki awiatycznej widzi przyszłość w sanatorjach napowietrznych (aërosanatoria).

Poza programowi referentami — w myśl zwyczajów przyjętych na zjazdach — wygłoszono kilka publicznych wykładów.

Pierwszy wykład miał prof. Morelli z Padwy, uczeń i następca Forlaniniego; przemówienie poświęcone było prof. Forlaniniemu i jego pracom o odmie sztucznej. Mówca przytacza szereg cytat z oryginalnych 4 podstawowych prac Mistrza, wydanych przez fundację Karola Forlaniniego. Są to prace o leczeniu chirurgicznym gruźlicy płucnej o leczeniu suchot płucnych za pomocą odmy sztucznej, o etiologii i patogenieze rozedmy płucnej i o wydechu przerywanym. Morelli, jako najbliższy przyjaciel i współpracownik Forlaniniego, udawadnia, że koncepcja odmy sztucznej bynajmniej nie powstała dzięki stwierdzeniu, że naturalna odma u gruźliczych lub wysięk opłucnowy mogły czasami polepszyć stan gruźlicy; przeciwnie, odma była tylko potwierdzeniem wszelkich uprzednich teoretycznych rozważań Mistrza nad gruźlicą

płucną. Mówca starał się interpretować myśli Forlaniniego o odmie z punktu widzenia czysto mechanicznego, jako oparte go na fizjologii patologicznej; jest tedy za przerwaniem licznych dyskusyj „często zbędnych i niebezpiecznych” o odpowiedniej chwili do rozpoczęcia leczenia, o intensywności ucisku, o znaczeniu wzrostów opłucnowych i ich usuwań, o odmie obustronnej, o operacji nerwu przeponowego etc. Stojąc na gruncie mechanicznym, łatwiej się rozumie twierdzenie Mistrza, że płuco ciężko chore powinno się wyleczyć pod uciskiem odmy, a drugie mniej chore — dzięki wzmózonej wentylacji. Morelli jest zdecydowanym przeciwnikiem wzrostów opłucnowych, których za wszelką cenę należy unikać, i w czasie zapalenia wysiękowego opłucnowego powinno się wypuszczać wysięk i stale zastępować go gazem aż do ukończenia stanu zapalnego.

Na zakończenie swego pięknego przemówienia, utrzymanego w podniosłym tonie, prof. Morelli podkreśla, że obowiązkowe ubezpieczenie przeciwko gruźlicy, zdecydowane przez Mussoliniego i wprowadzone już w życie, wysunęło Włochy na pierwsze miejsce w gigantycznej walce z gruźlicą. Wyrazem entuzjazmu, jaki zapanował we Włoszech, jest decyzja przemysłowców zbudowania wielkiego instytutu przeciwgruźliczego imienia Benito Mussoliniego dla studiów nad gruźlicą i chorobami płucnymi. Na czele tego instytutu z woli Duce ma stanąć najbliższy uczeń Mistrza Forlaniniego — prof. Morelli.

Drugi wykład miał w Auli Uniwersyteckiej Włoski Minister Ekonomji Narodowej A. Martelli. Podał on zarządzenia, poczynione przez Rząd faszystowski w sprawie walki z gruźlicą: jest to prawo z 27 czerwca 1927 r. nakazujące obowiązkowe tworzenie Zrzeszeń prowincjonalnych przeciwgruźliczych (Consorzi Antitubercolari) oraz prawo z 27 października 1927 r., zarządzające obowiązkowe ubezpieczenie przeciwgruźlicze. To ostatnie prawo, ogłoszone w parę miesięcy po ustawie o pracy, zrealizowało jedną z podstawowych zasad tej Ustawy z zakresu opieki społecznej, nadało zupełnie nowy kierunek walk z gruźlicą i w sposób skuteczny powiększyło środki na walkę z gruźlicą. Mianowicie, opierając się na zasadzie ubezpieczeń, prawo to obciążyło niewielką kwotą ubezpieczonych (około 35 lirów rocznie na osobę) i zyskało w ten sposób ogromne środki niezbędne do tej walki, wynoszące według przybliżonych obliczeń 300 milionów rocznie. W ten sposób rozwiązana została sprawa finansowa bez nadmiernego obciążenia skarbu kraju. Konieczność znalezienia niezwłocznie środków na walkę z gruźlicą spowodowała wydanie tego prawa przed zatwierdzeniem ogólnego prawa o ubezpieczeniach na wypadek choroby, będącego jeszcze w opracowaniu. Z prawa przeciwgruźliczego korzystają nie tylko pracownicy z włączeniem rybaków, podlegający już ubezpieczeniu obowiązkowemu na wypadek niezdolności do pracy i starości, lecz również członkowie ich rodzin, — co obejmuje razem około 20 milionów osób czyli prawie połowę ludności Włoch. W konsekwencji tego prawa liczne środki finansowe i lekarskie, przeznaczone już uprzednio na walkę z gruźlicą, będą mogły być zużyte w całości na inne potrzeby ludności. Całą akcję przeciwgruźliczą Rząd przekazał Kasie Narodowej Ubezpieczeń Społecznych. Minister uważa, że dzięki temu prawu powstaną zakłady lecznicze dla umieszczania gruźliczych i instytucje po - sanatoryjne w rodzaju Kolonij pracy. Chodzi tu o zwalczenie fałszywych uprzedzeń wśród ubogiej części ludności i o zamianę pierwiastka dobroczynności na kwestię prawa. Minister Martelli uważa to prawo za pierwszy krok w szerokim programie Rządu faszystowskiego. Dalsze sprawy, podlegające rozwiązaniu, będą następujące: rozszerzenie ubezpieczeń na inne klasy, w pierwszej linii na nauczycieli szkół powszechnych określenie początkowych okresów gruźlicy i źródeł zakażenia; podział gruźliczych na przypadki, wymagające umieszczenia w zakładzie leczniczym, i na przypadki, nadające się do leczenia w domu bez przerywania pracy.

Niezmiernie ważne zapoczątkowanie Rządu Włoskiego wzbudziło ogólne zaciekawienie całego Zjazdu.

Muszę tu zaznaczyć, że myśl obciążenia całej ludności nie wielkim podatkiem na walkę z gruźlicą, jako najpewniejszym środkiem uzyskania niezbędnych funduszy, była przeze mnie poruszana jeszcze w 1918 r. w uzasadnieniu do projektu Ustawy przeciwgruźliczej; również w odczycie programowym na II-im Ogólnopolskim Zjeździe przeciwgruźliczym we Lwowie w d. 11 IX. 1926 podniosłem, że u nas koszty walki z gruźlicą, postawionej na modłę państw, najlepiej stojących w tym względzie, wyniosłyby nieco tylko więcej niż 1 złoty rocznie, na głowę ludności.

Niestety, w Polsce nic dotąd się nie zrobiło w tym kierunku w drodze ustawodawczej. Rząd zaś faszystowski, obciążając swą ludność podatkiem 35 lirów rocznie, uzyskał niezbędne fundusze na walkę z gruźlicą.

(Dok. nast.)

Dr. Stefan Rudzki (Warszawa).

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Inwestycje w Zdrojowiskach Polskich.

Podał

Inż. Eugenjusz J. ZACZYŃSKI (Warszawa).

(Obszerniejszy artykuł na ten temat ukaże się w zbiorowej pracy Departamentu pod tytułem „Dziesięciolecie Polskiej Służby Zdrowia”).

W roku 1924-ym, kiedy wprowadzono w obieg złotego, kiedy weszliśmy w pierwszy okres powojennej stabilizacji, wszystkie zdrojowiska polskie, posiadające w dniu dzisiejszym t. zw. „charakter użyteczności publicznej”, były już czynne i w znacznej mierze usunęły już zniszczenie wojenne. Od tej chwili zaczęły też wszystkie czynić większe lub mniejsze inwestycje, które miały spowodować wszechstronny ich rozwój. Nie wchodząc w szczególności inwestycyjne poszczególnych zdrojowisk, należy się jednak zastanowić i zbadać dziś, po pięciu latach tej akcji inwestycyjnej, jaki wpływ wywarły dokonane w tym okresie inwestycje na rozwój zdrojowisk, i czy idą one w należytych kierunku.

Pod względem frekwencji kuracjuszków wszystkie zdrojowiska wykazują stały wzrost w tym okresie. Ogólna frekwencja w uzdrowiskach polskich, posiadających charakter użyteczności publicznej, w latach 1924 — 1928 przedstawiają się następująco:

Rok	Zdrowiska	Stacje klimatyczne	Razem
1924	69.678	44.328	114.006
1925	76.415	51.709	128.124
1926	92.485	57.511	149.996
1927	113.423	67.577	181.000
1928	130.285	69.506	199.791

Frekwencja w zdrojowiskach wzrosła zatem w tym okresie o 87%, zaś frekwencja ogólna o 75%, czyli że napływ kuracjuszków do zdrojowisk był silniejszy, aniżeli do stacyj klimatycznych.

Dla zdrojowisk jednak, jako tych wielkich lecznic naturalnych, gdzie środkami, przywracającymi zdrowie i siły, są przede wszystkim kąpiele mineralne i borowinowe oraz zabiegi z działu przyrodolecznictwa, bardziej charakterystyczny aniżeli rozwój samej frekwencji, który jest zupełnym i rzeczywistym sprawdzianem rozwoju w stacjach klimatycznych, jest wzrost liczby wydanych kąpielei mineralnych, borowinowych i innych zabiegów leczniczych, który przedstawia się w tym samym okresie następująco:

Rok	Liczba wydanych kąpielei i innych zabiegów leczniczych
1924	1.122.670
1925	1.154.620
1926	1.347.608
1927	1.696.723
1928	1.845.671

Liczba zabiegów, wydanych w roku 1928-ym, w porównaniu z rokiem 1924-ym wykazuje zatem wzrost o 65%, choć liczba kuracjuszków wzrosła znacznie więcej.

Ponieważ intensywność leczenia w zdrojowisku, jak również w znacznej mierze rentowność zdrojowiska zależy przede wszystkim od liczby zabiegów leczniczych, jaka może być wydana każdemu kuracjuszkowi stale i bez trudności, przeto można stwierdzić, że zdrojowisko rozwija się we właściwym kierunku i dobrze tylko wtedy, gdy wzrasta co roku nie tylko frekwencja, t. j. liczba kuracjuszków, lecz również i to przede wszystkim liczba wydanych zabiegów. Z tego powodu jedynie słusznym sprawdzianem rozwoju, w stosunku do zdrojowisk, może być przeciętna liczba zabiegów leczniczych, przypadająca na 1-go kuracjusza, czyli „na głowę”.

Rozwój tego wskaźnika przedstawia się następująco:

1. Razem we wszystkich zdrojowiskach:

Rok	Przeciętna liczba zabiegów leczn. wydanych na 1 kuracj.
1924	16.11 zabiegów na głowę
1925	15.11 „ „ „
1926	14.59 „ „ „
1927	14.96 „ „ „
1928	14.17 „ „ „

Przeciętnie 14.99 zabiegów na głowę.

2. W poszczególnych zdrojowiskach:

Miejscowość	Liczba zabiegów leczn. wydanych na 1-go kuracj.					
	1924	1925	1926	1927	1928	
Busko	22.54	23.78	21.78	24.20	21.98	zabieg na głowę
Ciechocinek	27.82	25.57	24.04	24.14	24.14	„ „
Drusieniki	9.95	12.83	15.51	12.48	11.11	„ „
Inowrocław	19.63	18.98	17.03	20.60	18.00	„ „
Krynica	15.02	13.98	12.89	13.42	12.08	„ „
Morszyn	11.29	9.74	8.65	11.89	11.51	„ „
Nałęczów	3.92	3.74	4.67	9.49	9.22	„ „
Rabka	8.15	7.34	6.78	5.66	6.24	„ „
Rymanów	5.79	5.75	4.85	4.98	4.99	„ „
Solec	26.29	25.67	26.18	24.94	24.75	„ „
Szczawnica	3.08	3.20	3.06	3.43	3.65	„ „
Truskawiec	18.75	13.43	14.56	17.57	16.81	„ „
Żegiestów	11.23	12.72	13.50	12.07	10.62	„ „

W zestawieniu tem opuszczono Krzeszowice, Lubień Wielki i Swoszowice, gdyż w zdrojowiskach tych leczy się bardzo znaczny procent osób, stale dojeżdżających do kąpielei, nie objętych wykazem frekwencji.

Powyższe zestawienia wykazują, że:

1. Liczba wydanych zabiegów na głowę w poszczególnych zdrojowiskach waha się bardzo silnie, bo np. w roku 1928-ym od 24,75 w Solcu do 3,65 w Szczawnicy. Jeżeli przeciętną roczną określimy jako 100%, to otrzymamy następujące cyfry stosunkowe:

Rok	Maksimum	Przeciętna	Minimum
1924	27.82 = 173%	16.11 = 100%	3.08 = 19%
1925	25.67 = 170 „	15.11 = 100 „	3.20 = 21 „
1926	26.18 = 179 „	14.59 = 100 „	3.06 = 21 „
1927	24.94 = 167 „	14.96 = 100 „	3.43 = 23 „
1928	24.75 = 175 „	14.17 = 100 „	3.65 = 26 „

2. Tak przeciętna roczna, jak i maksimum stale z roku na rok maleją.

3. Minimalna liczba zabiegów, wydanych na 1-go kuracjusza powoli, lecz stale wzrasta.

Wobec tych uwag, wysnutych na podstawie oficjalnych danych, winny tak czynniki rządowe, jak i zarządy zdrojowisk prywatnych zrewidować obecną politykę inwestycyjną i dociec, gdzie leży przyczyna tego, że zdrojowiska rozwijają się tylko pozornie, t. zn. tylko pod względem liczby przybywających do nich corocznie kuracjuszy, zaś faktycznie wcale nie idą naprzód, lecz stale niemal wszystkie chylą się ku upadkowi.

Wydaje się wskazanem, by nowe inwestycje szły w kierunku powiększenia wydajności źródeł mineralnych, liczby kabin kąpielowych i innych urządzeń leczniczych, a nie głównie, jak to się dziś niemal we wszystkich zdrojowiskach dzieje, w kierunku inwestycji hotelowo-mieszkalnych.

Życiorysy.

Dr. Dawid Nisenson.

(Wspomnienie pośmiertne).

Dr. Dawid Nisenson urodził się w r. 1859 w Warszawie, gdzie też ukończył I gimnazjum i wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego w r. 1891. W grudniu tegoż roku zaczął pracować, jako wolonariusz, w Szpitalu Starozakonnych w Warszawie, a od czerwca 1892 r. do 1 marca 1896 r. jako lekarz-asystent na oddziale chorób płucnych.

Od r. 1894 pracuje jednocześnie i jako lekarz przychodni dla chorych wewnętrznych i dzieci przy tymże szpitalu i funkcje te pełni dalej, po przeniesieniu wspomnianej przychodni do gmachu Warszawskiej Gminy Wyznaniowej, z właściwą sobie sumiennością i zamiłowaniem aż do ostatnich prawie dni swego życia.

W r. 1895 udaje się do Berlina i do Wiednia w celu uzupełnienia studjów w zakresie gruźlicy i chorób dziecięcych.

Po powrocie do Warszawy między r. 1896—1902 bierze żywy udział w warszawskim życiu lekarsko-społecznem a także w licznych kongresach zagranicznych i zwiedza najważniejsze sanatoria dla chorych na gruźlicę w Niemczech, Austrii i Szwajcarii.

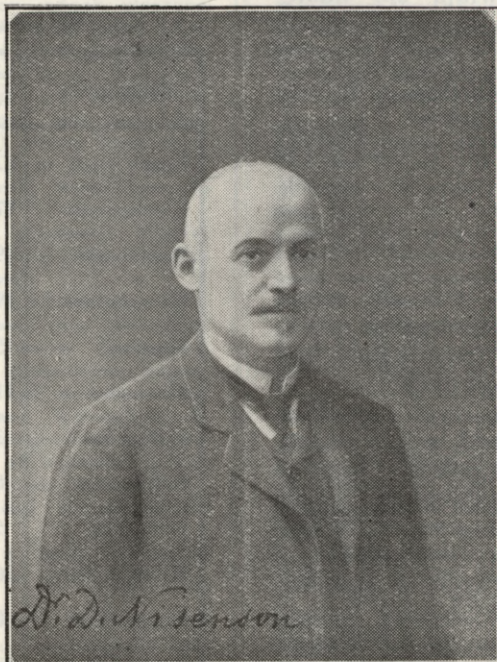
W r. 1905 podczas wojny rosyjsko-japońskiej

został powołany na ordynatora szpitala w Irkucku, gdzie przebywał do końca tegoż roku. Po powrocie do Warszawy w początkach roku 1906 obejmuje swe dawniejsze stanowisko w przychodni Gminy Żydowskiej. Po wybuchu wojny europejskiej w r. 1914 wstępuje jako ochotnik do lazaretu

Czerwonego Krzyża w charakterze ordynatora i przez rok cały pełni te funkcje bezinteresownie.

Dn. 12 czerwca 1917 r. powołuje pierwszą żydowską poradnię przeciwgruźliczą przy Tow. „Brijus — Zdrowie” na pl. Żelaznej Bramy 4, którą prowadzi w trudnych warunkach bez przerwy do chwili jej reorganizacji, t. j. do 5.XII 1926 r. Śledząc bacznie rozwój nowoczesnej akcji przeciwgruźliczej i rozumiejąc doskonale jej potrzeby, od chwili otwarcia poradni marzył o stworzeniu sanatorium, a w szczególności o sanatorium dla dzieci; plany swoje w niezmiernie ciężkich czasach dla wszelkiej akcji społecznej potrafił zrealizować; dzięki Jego inicjatywie w znacznej mierze powstało sanatorium „Brijus” w Otwocku, mieszczące się w najpiękniejszej części u-

zdrowiska. Dzięki gruntownej znajomości społecznej walki z gruźlicą Nisenson zdawał sobie sprawę z braków technicznych poradni Tow. „Brijus”, którą z takim umiłowaniem i z taką ofiarnością prowadził od r. 1917, i dlatego przez szereg lat starał się o przygotowanie opinii i o zgro-



madzenie odpowiednich funduszków dla postawienia poradni na nowoczesnym poziomie.

Pelen entuzjazmu w sierpniu r. 1926 udaje się do Berlina, Drezna i Wiednia celem zapoznania się ze stanem walki z gruźlicą, a w szczególności z najnowszymi organizacjami poradni i sanatorjów przeciwgruźliczych. Po powrocie z wielką energią i z wielkim zapasem nabytego doświadczenia lekarsko-społecznego przystępuje do organizacji nowoczesnej poradni przeciwgruźliczej przy ulicy Granicznej 15 i od czerwca 1927 r. prowadzi swą ukochaną placówkę prawie do ostatnich dni swego życia.

Jako kierownik poradni, odznaczał się niezwykłą sumiennością i bezinteresownością w stosunku do pacjentów, którzy tłumnie zgłaszali się, przyciągani zarówno Jego wielkim doświadczeniem, jak i wielką życzliwością. Dla lekarzy poradni — swych asystentów — był pięknym wzorem lekarza-społecznika o nieskazitelnej etyce obywatelskiej i zawodowej; wszystkich traktował z wielką życzliwością i przyjaźnią, dążąc stale do postawienia powierzonej sobie placówki na jaknajwyższym poziomie społeczno-lekarskim.

Ogłosił następujące prace:

1. Referat „Doświadczenia nad działaniem thiocolu w gruźlicy“ (Heukeshofen) Medycyna 1899 r. Nr. 15.
2. Kilka uwag o ambulatorjach dla chorych gruźliczych. Medycyna i Kronika Lekarska 1918 r. Nr. 52.
3. Gruźlica w Warszawie w okresie 7-letniej wojny. Patrz: Trzeci przyczynek do statystyki chorób zakaźnych w okresie 7-letniej wojny europejs. Lekarz wojskowy 1921 r. Nr. 47.
4. Z dziedziny gruźlicy wieku dziecięcego. Zdrowie 1922 r. Nr. 11.
5. Gruźlica a wiek dziecięcy w świetle liczb. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1925 r. Nr. 8.

Z dziedziny chorób wewnętrznych:

1. Przypadek nerwobólu kiszki. Gazeta Lekarska, 1895 Nr. 2.
2. Kilka uwag o leczeniu dławca błoniczego. Medycyna 1899, Nr. 4.

3. Przypadek ostrego zwężenia krtani wskutek oparzenia gorącym kartoflem. Medycyna 1899, Nr. 15.
4. Kilka słów o ambulatorjach szpitalnych. 1902 r. Nr. 16.
5. Kilka uwag z powodu ostatniej epidemii (1912) płonicy u nas. Medycyna i Kronika Lekarska 1913 r. Nr. 24.
6. Kilka słów o epidemii płonicy w Warszawie w 1913 r. Medycyna i Kronika Lekarska 1914 r. Nr. 12.
7. O rzadkiem powikłaniu przypadku płonicy ze skazą krwotoczną (*diathesis haemorrh. agica*), podczas panującej epidemii w 1913 r. Medycyna i Kronika Lekarska 1914 r. Nr. 30.
8. Przypadek płonicy powikłanej gośćcem wielostawowym, zapaleniem wśierdzia i zapaleniem nerek. Medycyna i Kronika Lekarska 1915 r. Nr. 20.
9. Ostatni wykład ś. p. Prof. Ignacego Baranowskiego. Gazeta Lekarska 1919 r. Nr. 10.
10. Wojna a choroby zakaźne w Warszawie. Gazeta Lekarska 1919 r. Nr. 34.
11. Z dziedziny instytucji opieki społecznej nad dzieckiem żydowskim w ostatnim dziesięcioleciu. Das Kind (Dziecko) 1924 r. Nr. 11.
12. Gruźlica a Żydzi. Praca w rękopisie. 1927 r.

Pozatem obdarzony wybitnym talentem popularyzatorskim przez długie lata na łamach prasy codziennej kształcił szerokie warstwy publiczności w zakresie higieny i medycyny społecznej. Obok wielkich zasług D-ra Nisersona na polu walki z gruźlicą należy wymienić także niezwykle zasługi Zmarłego jako lekarza społecznika, który najlepsze lata swego życia poświęcił pomocy dzieciom-sierotom będąc od lat 14-tu jednym z najwybitniejszych członków Zarządu T-wa opieki nad dziećmi. Wreszcie Zmarły należał do najpopularniejszych lekarzy praktyków swego pokolenia, niosąc pomoc ludziom niezamożnym często bezinteresownie, nie raz z uszczerbkiem dla swego zdrowia, na poddaszach i w suterrenach

Nic więc dziwnego, że pogrzeb D-ra Nisersona był wzruszającą demonstracją wszystkich warstw naszego społeczeństwa, a w szczególności społeczeństwa żydowskiego, dla którego Zmarły położył niespożyte zasługi.

Cześć Jego świetlanej pamięci!

Dr. Paradistal (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, w sprawie kursu kierowników Ośrodków Zdrowia

Od kilku lat daje się zauważyć w Polsce prąd w kierunku tworzenia Ośrodków Zdrowia, których zadaniem ma być ujęcie całokształtu zagadnień w dziedzinie Zdrowia Publicznego na pewnym terenie. Akcja ta, popierana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia), doprowadziła do stworzenia w tym czasie przeszło 100 takich jednostek. Jednakże lekarze, stojący na czele tych instytucji, niezawsze są w posiadaniu niezbędnych wiadomości specjalnych, a bez tego prawidłowa działalność Ośrodka Zdrowia jest nie do pomyslenia.

Celem doksztalcenia lekarzy-kierowników Ośrodków Zdrowia urządza Państwowa Szkoła Higieny specjalny kurs 3-tygod-

niowy, mający na celu zapoznanie słuchaczy z organizacją i działalnością wzorowych Ośrodków Zdrowia.

Kurs według programu, przesłanego w załączeniu, rozpocznie się 17.VI r. b. i będzie trwał do 6.VII r. b. Pierwszeństwo przyjęcia na kurs będą mieli lekarze, delegowani przez samorządy i organizacje społeczne. Wpisowe wyniesie 15 zł., koszt pobytu i utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higieny — 5,50 zł. dziennie od osoby. Zgłoszenia będą przyjmowane w Sekretarjacie Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie, ul. Chocimska 24, do dnia 8.VI. 1929.

Uprasza się Pana Wojewodę, aby dane powyższe zechciał podać do wiadomości P. P. Starostów i organizacji społecznych, zainteresowanych tą sprawą z tem, żeby odpowiedni kandydaci-lekarze byli skierowani do Państwowej Szkoły Higieny.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia

(—) Adamski

PROGRAM

kursu instrukcyjnego dla lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia.

Kurs ma na celu wprowadzenie lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia w zagadnienia, związane z kierownictwem takich instytucji. Wykładowcy mają za zadanie zapoznać słuchaczy z techniką pracy we wzorowym Ośrodku Zdrowia w poszczególnych działach, zwracając specjalną uwagę na stronę organizacyjną i wykonawstwo, a sprowadzając stronę teoretyczną zagadnienia do najniezbędniejszego minimum.

- | | |
|--|-----------|
| 1. Medycyna zapobiegawcza w działalności lekarza | — 1 godz. |
| 2. Zasady ogólne organizacji i działalności ośrodków Zdrowia | — 3 " |
| 3. Rola pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia | — 1 " |
| 4. Administracja i biurowość Ośrodka Zdrowia | — 2 " |
| 5. Ośrodek Zdrowia a opieka społeczna | — 1 " |
| 6. Organizacja i działalność poszczególnych działów: | |
| a) Dział higieny otoczenia | — 8 godz. |
| b) Dział walki z chorobami zakaźnymi | — 4 " |
| c) Dział walki z chorobami społecznymi | — 15 " |
| d) Dział opieki nad matką i dzieckiem | — 6 " |
| e) Dział higieny szkolnej | — 2 " |
| f) Dział propagandy i popularyzacji higieny | — 2 " |

Razem 45 godz.

Kurs ma trwać trzy tygodnie, czyli 18 dni. Godziny ranne (9—12) mają być poświęcone wykładom, z wyjątkiem trzech dni, przeznaczonych na zajęcia praktyczne z higieny otoczenia. Wobec tego wykłady zajmą $(18-3) \times 3 = 45$ godzin. Od 14-ej do 18-ej przewiduje się pracę w poradniach i w Ośrodkach Zdrowia.

— Okólnik Min. Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów w sprawie IV-go kursu trachomatologicznego dla lekarzy.

W Państwowej Szkole Higieny w Warszawie odbędzie się w czasie od 4 do 12 czerwca r. b. IV kurs trachomatologiczny dla lekarzy. Zadaniem tego kursu będzie zaznajomienie lekarzy, zainteresowanych akcją zwalczania jaglicy, w pierwszym zaś rzędzie lekarzy, ordynujących w przychodniach przeciwigagliczych i innych instytucjach leczniczych dla chorych jagliczych, oraz lekarzy sanitarnych i higienistów (powiatowi, miejscy, rejonowi, szkolni i t. p.), sprawujących bądź nadzór nad akcją zwalczania jaglicy, bądź mających obowiązek zapobiegania szerzeniu się jaglicy, ze współczesnymi poglądami na istotę jaglicy, na metody leczenia, zapobiegania oraz organizowania społecznej walki z jaglicą.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o powiadomienie interesowanych lekarzy o mającym się odbyć kursie oraz jednocześnie o polecenie podległym władzom, aby właściwych lekarzy, którzy dotychczas takiego kursu nie przesłuchali, wezwwały do wzięcia w nim udziału oraz udzieliły wszelkich niezbędnych ułatwień kandydatom, którzy na ten kurs zamierzają się udać.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) jednocześnie powiadamia, że pewnej liczbie kandydatów, poleconych przez Województwo, a którzy nie otrzymają delegacji służbowej od swej władzy bezpośredniej, będzie mogła być przyznana zapomoga w wysokości kosztów podróży i djet odpowiedniego stopnia służbowego na czas trwania kursu.

Kandydaci, ubiegający się o taką zapomogę, winni za pośrednictwem swej władzy bezpośredniej przed 15 maja r. b. przesłać do Departamentu Służby Zdrowia podania, zaopatrzone w następujące załączniki:

1. Krótkie curriculum vitae.
2. Poświadczenie bezpośredniej władzy o delegowaniu kandydata na kurs bez prawa do zlikwidowania kosztów podróży i djet.

Kandydaci, którym zapomogi zostaną przyznane, będą niezwłocznie o tem powiadomieni.

W załączeniu przesyła się program kursu i warunki przyjęcia.

Dr. Piestrzyński
 Dyrektor Departamentu Służby
 Zdrowia.

PROGRAM

IV-go kursu trachomatologicznego dla lekarzy, który się odbędzie od 4 do 12 czerwca 1929 r. w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie (ul. Chocimska Nr. 24).

I część — Wykłady.

1. Medycyna zapobiegawcza a praktyka lekarska (Wykład wstępny) — Dr. Chodźko (Warszawa).
2. Etiologia jaglicy (1 godz.) — Prof. Noiszewski (Warszawa).
3. Współczesne poglądy na istotę jaglicy i jej leczenie (1 godz.) — Prof. Szymański (Wilno).
4. Symptomatologia jaglicy (2 godz.) — Prof. K. Majewski (Kraków).
5. Patogeneza jaglicy (1 godz.) — Doc. Melanowski (Warszawa).
6. Epidemiologia i statystyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
7. Profilaktyka jaglicy (2 godz.) — Dr. Zachert.
8. Higiena oka i zapobieganie ślepotcie (1 godz.) — Doc. Melanowski.
9. Leczenie nieżytyłów spojówki (2 godz.) — Dr. Wojno (Warszawa).
10. Leczenie jaglicy prostej (2 godz.) — Dr. Zachert.
11. Leczenie jaglicy powikłanej (1 godz.) — Doc. Melanowski.
12. Organizacja walki społecznej z jaglicą (2 godz.) — Dr. Zachert.
13. Organizacja i zadania przychodni przeciwigagliczej (1 godz.) — Dr. Zachert.

II część — 30 godz. zajęć praktycznych w klinikach okulistycznych i oddziałach szpitalnych oraz w przychodniach przeciwigagliczych w zakresie rozpoznawania, leczenia i zapobiegania jaglicy.

Kandydaci, pragnący wziąć udział w kursie, winni przesłać do Sekretariatu Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa Chocimska 24), najpóźniej do dnia 20 maja r. b., piśmienne zgłoszenie z podaniem wieku i zajmowanego stanowiska i przebiegu pracy (curriculum vitae). Opłata za udział w kursie wynosi: za wykłady 10 zł., za zajęcia praktyczne 15 zł.

Liczba uczestników w zajęciach praktycznych jest ograniczona do 40.

Uczestnicy kursu mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higieny.

— W czasie od dnia 14 — 31 maja Państwowa Szkoła Higieny organizuje cykl odczytów z Higieny Społecznej dla kobiet, których działalność zawodowa lub społeczna ma styczność z zagadnieniami zdrowia publicznego.

Odczyty w liczbie 15 zostaną wygłoszone w Państwowej Szkole Higieny przez prelegentów — specjalistów i dotyczą spraw ruchu ludności, umieralności niemowląt, djetetyki, wycho-

wania higienicznego, wychowania fizycznego, higieny pracy, walki z ostrymi chorobami zakaźnymi oraz walki z chorobami społecznymi jako to: gruźlica, choroby weneryczne i alkoholizm

W ostatnim odczycie Dr. W. Chodźko, b. Minister Zdrowia Publicznego, ujmie zagadnienie zdrowia publicznego z punktu widzenia społeczno-ekonomicznego.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	7/IV-13/IV	14/IV-20/IV	21/IV-27/IV
Dżuma	0	0	0
Ospa	2 (zg. 0)	0	4 (zg. 0)
Cholera	0	0	0
Dur brzuszny	166 (zg. 14)	126 (zg. 10)	141 (zg. 10)
Dur rzekomy	0	0	0
Dur osutkowy	67 (zg. 2)	79 (zg. 3)	88 (zg. 7)
Dur powrotny	0	0	0
Czerwonka	13 (zg. 4)	5 (zg. 0)	1 (zg. 0)
Płonica	242 (zg. 12)	243 (zg. 16)	246 (zg. 13)
Błonica	156 (zg. 15)	179 (zg. 12)	178 (zg. 12)
Zapal. op. mózg. . .	28 (zg. 5)	46 (zg. 16)	25 (zg. 8)
Odra	188 (zg. 4)	210 (zg. 1)	123 (zg. 3)
Róża	94 (zg. 4)	82 (zg. 2)	81 (zg. 4)
Krztusiec	91 (zg. 10)	77 (zg. 2)	78 (zg. 5)
Malarja	12 (zg. 0)	7 (zg. 0)	8 (zg. 0)
Posoczn. połóg. . .	27 (zg. 7)	34 (zg. 6)	14 (zg. 4)
Trąd	0	0	0
Jaglica	287 (zg. 0)	308 (zg. 0)	239 (zg. 0)
Wąglik	4 (zg. 0)	0	0
Nosaczka	0	0	0
Włośnica	9 (zg. 0)	2 (zg. 0)	0
Wścieklizna	0	0	0
Zatrucie jad. kiełb. .	0	0	0
Choroba Heine-Medina	0	1 (zg. 0)	0
Inne choroby zakaźne	187 (zg. 8)	207 (zg. 13)	153 (zg. 17)

— Towarzystwo chirurgów Polskich. Komunikat zjazdowy.

XXV Zjazd Towarzystwa chirurgów Polskich odbędzie się — zgodnie z uchwałą ostatniego Zjazdu — w roku bieżącym w Wilnie. Obradować on będzie jako sekcja chirurgiczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w dniach 26, 27 i 28 września 1929 r. Na zjeździe w Krakowie ustalono następujące tematy programowe dla Zjazdu wileńskiego:

1) Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc — referent prof. dr. M. Rutkowski z Krakowa;

2) Gruźlica nerek — referent prof. dr. H. Schramm ze Lwowa, korreferent doc. dr. T. Pisarski z Krakowa.

Zarząd Towarzystwa, zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe prosi o zgłaszanie wykładów i referatów na ręce wiceprezesa Towarzystwa i gospodarza sekcji chirurgicznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich prof. dra K. Michejdy pod adresem: Wilno Klinika Chirurgiczna U. S. B. Prelegenci, życzący sobie umieszczenia swych wykładów w Pamiętniku Zjazdu Lekarzy i Przyrodników powinni zgłosić temat, jak również nadesłać streszczenie wykładu, przed dniem 31 sierpnia 1929 r.

Udział w Zjeździe należy zgłosić kartką pocztową również przed dniem 31 sierpnia 1929 r. Zniżki kolejowe dla uczestników Zjazdu są przewidziane w granicach zwykłych (66%-owa zniżka w drodze powrotnej). Rozmieszczeniem uczestników Zjazdu zajmie się sekcja mieszkaniowa Zjazdu Lekarzy

i Przyrodników, którą kieruje dr. Henryk Rudziński, naczelnik Wojew. Wydziału Zdrowia Wilno ul. Wielka 51. Do niego zwracać się należy w sprawie mieszkań.

Warszawa w kwietniu 1929 r.

Prezes Towarzystwa

(—) Leon Kryński

— W Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w piątek 10 maja, odbyły się ostatnie tegorocznej serii odczyty.

Dr. Zdzisław Reich z Truskawca. Podstawy leczenia zdrojowego w Truskawcu.

Dr. St. Sroczyński, lekarz zakładowy. O zdrojowisku inowrocławskim.

— Zjazd Lekarzy w Paryżu.

Najbliższy Zjazd lekarzy w Paryżu, zorganizowany staraniem czasopisma „Revue Médicale Française” i jego współpracowników, odbędzie się od 9 do 14 czerwca 1929 r. i będzie dostępny dla wszystkich lekarzy francuskich i obcych, jak również dla studentów medycyny.

Biuro Komitetu ukonstytuowało się w następujący sposób:

Przewodniczący: p. Profesor Delbet.

Wiceprzewodniczący: pp. profesorowie Sergenti Desgrez.

Komisarz generalny: p. profesor Balthazard

Sekretarz generalny: p. dr. Leon Tixier,

Pomocnik sekretarza generalnego: p. Deval, kierownik laboratorium Wydziału Lekarskiego.

Skarbnik: p. dr. Leon Giroux, były kierownik kliniki Wydziału Lekarskiego.

Zjazd będzie otwarty w Pałacu Wystaw miasta Paryża (Porte de Versailles), gdzie została urządzona wystawa pod protektoratem Francuskiego Komitetu Wystaw i pod kierownictwem p. Jean Faure, przewodniczącego Izby Syndykatu Fabrykantów wyrobów farmaceutycznych. Po południu dłuższe referaty zostaną wygłoszone w nowej sali Pałacu Wystaw przez p. p. profesorów Delbet i Sergenti, przez dr. Lesne, lekarza szpitali, i t. d.

Zróżnicowany program, racjonalnie rozłożony, pozwoli uczestnikom zjazdu przyglądać się pokazom, które odbędą się przy współudziale wszystkich kierowników klinik Wydziału Lekarskiego, szpitali publicznych i prywatnych oraz asystentów Instytutu Pasteura, Instytutu Radowego i t. d.

Komitet uroczystości, pod przewodnictwem p. dr. Henri de Rothschild, ułożył program szczególnie wspaniały:

Niedziela, 9 czerwca: wielkie przyjęcie w Pałacu Wystaw: orkiestra i numery teatralne, bufet.

Wtorek, 11 czerwca: Wieczór w Operze.

Czwartek, 13 czerwca: Wycieczka autocarem do doliny Chevreuse, śniadanie w Rambouillet, zwiedzanie pałacu Rambouillet i Dampierre, opactwa Port-Royal-des-Champs, podwieczorek w opactwie Vaux-de-Cernay.

Piątek, 14 czerwca: uczestnicy Zjazdu będą przyjęci przez stacje klimatyczne i uzdrowiska, w warunkach szczególnie przyjemnych i korzystnych.

Komitet: oprowadzać będzie codziennie panie po największych magazynach i muzeach, zapraszać na koncerty, herbatki i t. p.

Mużna już zgóry przewidzieć, że powodzenie Zjazdu lekarzy w roku 1929 będzie daleko większe, niż w latach ubiegłych, dzięki temu że Komitet, bogaty w doświadczenia poprzednich Zjazdów, mógł wprowadzić pożądane ulepszenia.

Udział: 50 franków dla uczestników zjazdu, 20 franków dla pań i studentów medycyny. (Należność płatna czekiem albo

przekazem pocztowym na rachunek „Journées-Médicales“, konto I. 155-60, Paryż).

We wszystkich kwestjach zwracać się do: p. dra. Léon Tixier, 13, Rue de Verneuil, Paris (7 e).

— Zeszyt 4-ty „Wiedzy i Życia“ rozpoczyna praca wybitnej autorki francuskiej p. Dawid-Neel p. t. „Tybet mistyczny“.

Niezmiernie ciekawy materiał etnograficzny znajdujemy w następnej pracy p. K. Zawistowicz p. t. „O niektórych zabiegach magicznych w polskich obrzędach weselnych“.

Inż. J. Jacynowski przenosi czytelnika w krainę północną, na piękną wysepkę morza Niemieckiego — Helgoland.

Wszyscy, interesujący się pracą kulturalną w zakresie bibliotekarstwa znajdują w artykule p. L. Rotensznejna p. t. „Z teorii i praktyki bibliotekarstwa“ nader cenne wskazówki, zestawienia i opis metody amerykańskiej, która doprowadziła do wspaniałego rozkwitu czytelnictwa w Ameryce.

Analogiczny obraz rozwoju rodzimego czytelnictwa na terenie Warszawy znajduje się w artykule p. A. Krzyżanowskiej p. t. „O czytelnictwie i bibliotekach powszechnych“.

Z racji 50-lecia urodzin najsłynniejszego w naszych czasach filozofa A. Einsteina podany został szkic monograficzny p. t. „Albert Einstein“.

Kronika, przegląd najnowszych zdobyczy wiedzy i techniki uzupełniają czwarty zeszyt „Wiedzy i Życia“.

„Poradnia Bibliograficzna“ przychodzi z pomocą czytelnikom w wyborze najodpowiedniejszej lektury periodycznej.

— Według postanowienia bawarskiej Izby Lekarskiej okręgowy związek lekarzy wybrał 24 lekarzy, którzy mają prawo orzekać w sprawach sztucznego poronienia. Tyczy się to postanowienie i pacjentek prywatnych. Lekarz, uważający za wskazane dokonanie poronienia, wybiera z pośród owych wybranych lekarzy jednego internistę i jednego specjalistę i zwraca się do związku z wnioskiem o zbadanie chorej, zarządzając przy tem opis choroby. O ile obaj rzeczoznawcy wypowiadają tę samą opinię — sprawa jest jasna. W razie rozbieżności zdań decyduje ostatecznie ekspert, również wybierany przez ogólne zebranie. Przypadek odrzucony może być powtórnie badany w razie wysunięcia nowych motywów, ale przez tych samych rzeczoznawców. Wszystkie propo-

zycje co do dokonania poronienia i decyzje komisji są przechowywane w Związku. Specjalne urządzenie kartotek umożliwia wykorzystanie materiału w celach naukowych bez uwidocznienia nazwisk pacjentek. Żaden z członków komisji nie może brać udziału w leczeniu ciężarnej przed lub w czasie poronienia, nie może wykonywać nawet zdjęć rentgenowskich, ani uśpienia chorej. Honorarium za badanie skierowuje się do Związku, który po pewnym czasie postanawia, jak zużytkować te pieniądze.

(Wedł. D. m. W. Nr. 17).

— SPROSTOWANIE. Zarząd Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej niniejszem uprzejmie prosi o sprostowanie w artykule p. n. „Zjazdy — VI Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Rzymie“, iż przedstawicielami Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej na powyższym Zjeździe byli: Dr. Magnus z e w s k a Jadwiga i Dr. F e d e r m a n Michał, którzy jednocześnie byli delegatami Sekcji Higieny Szkolnej Wydziału IX Magistratu.

Wymieniony w artykule p. Dr. M i o d u s z e w s k i, jako przedstawiciel Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej, do Zarządu Ligi nie należy.

Sekretarz, Człon. Zarządu:
(podpis nieczytelny)

NADESŁANO DO REDAKCJI.

Stefan Sterling-Okuniewski i Zofja Pęska. Rak pierwotny pęcherzyka żółciowego. Odb. z „Nowotworów oraz Biulet. Polsk. Kom. do zwalcz. raka“ Nr. 19 — 20.

Stefan Sterling-Okuniewski i Wanda Paszkowska. Wątroba olbrzymia w przebiegu raka żołądka u osobnika młodego. Odb. z „Nowotw. oraz Biulet. Polsk. Kom. do zw. raka“. Nr. 19 — 20.

Stefan Sterling-Okuniewski i Wanda Paszkowska. Gruźolak tarczycy. Odb. z „Nowotw. oraz Biulet. Polsk. Kom. do Zw. raka. Nr. 19 — 20.

Edward Rosset. Łódź w latach 1860—70. Zarys historyczno-statystyczny. Przedruk z „Rocznika Łódzkiego“. 1928.

Zachert. Statistique du trachome en Pologne. Odb. z „Revue du Trachome“. 1929 Nr. 1.

Dr. Zachert Marjan. Przyczynek do historii organizacji walki z jaglicą w Polsce. Odb. ze „Zdrowia“, 1929 Nr. 4.

TREŚĆ: M. GOLDBAUM. Leczenie gościa, dny i nerwobólów szczepieniami skórnymi „Cutivaccin Paul“. — L. HIRSZFELD, W. HALBERÓWNA i J. LASKOWSKI. O własnościach serologicznych tkanki normalnej i rakowej. — N. PIWKO. Podstawy leczenia gruźlicy kostno-stawowej. (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Eugeniusz J. ZACZYŃSKI. Inwestycje w Zdrojowiskach Polskich. — PARADISTAL. Dr. Dawid Nisenson (Wspomnienie pośmiertne). — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. GOLDBAUM. Traitement du rhumatisme, de la goutte et des névralgies par le „Cutivaccin Paul“. — L. HIRSZFELD, W. HALBER et J. LASKOWSKI. Sur les propriétés sérologiques du tissu normal et cancéreux. — N. PIWKO. Les bases du traitement de la tuberculose des os et des articulations. (Rev. gén.). — E. J. ZACZYŃSKI. Les investissements dans les stations thermales polonaises. — PARADISTAL. Feu dr. David Nisenson.

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.