

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. 40

WARSZAWA, 22 LISTOPADA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

(Z I-go Oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie).
(Kierownik: Dr. A. LANDAU).

O niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty pochodzenia wsierdźowego i naczynio- wego (choroba Corrigan'a i Hodgson'a).

Studjum kliniczne.

Podali

Anastazy LANDAU (Warszawa) i Jerzy GLASS (Warszawa).

I.

Niedomykalność zastawek tętnicy głównej zajmuje odrębne stanowisko wśród innych wad zastawkowych, zarówno ze względu na swój przebieg i cechy kliniczne, jak i na odmienną często etiologię i patogenezę. Wśród innych wad niema drugiej takiej, któraby następczała czasem tyle trudności rozpoznawczych pod względem etiologii, jak wada aortalna, i niema drugiej takiej wady zastawkowej, gdzieby rozpoznanie to było tak ważne i doniosłe dla rokowania i wyboru drogi leczniczej.

Przyczyna tych trudności rozpoznawczych tkwi w tem, że, podczas gdy wykładnikiem anatomicznym innych wad jest z reguły (o ile pominąć wady względne, czynnościowe) ostry lub przewlekły proces zapalny na wsierdzu i zastawkach, — w niedomykalności zastawek tętnicy głównej proces anatomiczny ma przebieg i cechy często zupełnie odmienne, uwarunkowane przez odrębną etiologię.

Wada ta, opisana dokładnie na początku 18-go wieku przez Vieusens'a, poznana jednak została lepiej dopiero w 100 lat później, dzięki opisom Hodgson'a, Hope'a i Corrigan'a. Jednostki, opisane przez Hodgson'a i Corrigan'a, mimo pewnych cech jednakowych — odbiegały jednak od siebie. Przyczyna tej rozbieżności tkwiła w odmiennej etiologii i w innem podłożu anatomicznym tych obydwu opisów. W roku 1875 Traube pierwszy wyodrębnił dwa główne typy tej jednostki chorobowej, typy, które dotąd utrzymują się w piśmiennictwie i które często dają się ostro odgraniczyć od siebie, a mianowicie: t. zw. niedomykalność zastawek aorty pochodzenia na-

czyniowego, tętniczego i niedomykalność zastawek aorty pochodzenia wsierdźowego. Od autorów, którzy pierwsi opisali te dwie postaci, noszą one nazwy (zwłaszcza w piśmiennictwie francuskim i angielskim) choroby Hodgson'a i choroby Corrigan'a.

Postać wady aortalnej, opisana przez Corrigan'a, jest zarówno co do swej etiologii, jak i patogenezы analogiczna do innych wad zastawkowych. Podłożem anatomicznym tej postaci jest ostry proces zapalny na wolnym brzegu zastawek, prowadzący wskutek tworzenia się zakrzepów, nacieków zapalnych i ognisk martwiczych do powstawania wyrosła brodawkowatych, bądź też większych lub mniejszych ubytków i owrzodzeń. Zmiany te, ulegając późniejszemu bliznowaceniu, prowadzą do zrastania się i kurczenia zastawek, co pociąga za sobą ich trwałe stan niedomykalności. Tętnica główna w tej postaci niedomykalności jest zazwyczaj wolna od wszelkich zmian, lub też są one bardzo nieznaczne. Zmiany te, identyczne z procesami zapalnymi na innych zastawkach, wywołane są też przez te same infekcje: a więc powstają one głównie w następstwie zakażenia reumatycznego lub paciorkowcowego. Opisywane są wprawdzie i inne czynniki etiologiczne, jak laseczki duru brzuszego, pneumokoki Fraenkla, gonokoki i t. d. — praktycznie jednak zarazki te względnie rzadko wchodzi w rachubę. W chorobie Corrigan'a zmiany na zastawkach tętn. głównej zazwyczaj nie są odosobnione i przebiegają bardzo często z równoczesnem uszkodzeniem zastawki dwudzielnej.

Postać Hodgson'a, czyli typ naczyniowy niedomykalności zast. tętnicy głównej, ma zupełnie odmienne podłoże anatomiczne; nie jest on wynikiem pierwotnego usadowienia się procesu zapalnego na zastawkach aorty. Patogeneza zmian anatomicznych jest tu zupełnie inna. Ta postać niedomykalności jest wyłącznie następstwem zmian postępujących w tętn. głównej, które w miarę swego rozszerzania się atakują również i zastawki półksiężycowe.

Względnie do niedawna utarte było mniemanie, że jedyną etiologią tej niedomykalności aorty są zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej. Co-

prawda, już dawniej podejrzewano tu kiłę, jednak nie można było przeprowadzić niezbitego dowodu, że zmiany, o jakich mowa, są istotnie wywołane przez zarazek kiłowy. Dopiero na początku XX-go wieku Doeble i Heller opisali dokładnie obraz zmian anatomicznych w tętn. głównej, ściśle związany z kiłą, nadając mu nazwę *mesaortitis syphilitica*. Z chwilą wykrycia odczynu Wassermann'a pogląd na istotę kiłową tej sprawy chorobowej utrwalił się, a dowód ostateczny przeprowadzony został drogą stwierdzenia obecności krętka błędnego w ścianie tętnicy głównej w tem schorzeniu przez Wrighta, Reutera, Bendę i Schmorla. Dopiero wtedy przyjęło się ostatecznie pojęcie kiłowego zapalenia aorty, a w ciągu ostatnich lat dwudziestu zwrócono uwagę należytą na częstość zmian kiłowych w tętnicy głównej, które, nosząc nazwy różne, jak *mesaortitis luetica*, *aortitis syphilitica*, *aortitis sclero-gummosa*, *fibrosa* i t. d. (Heller, Duerling, Malmsten) — są w istocie swej jednym i tym samym swoistym procesem zapalnym.

Zmiany miażdżycowe lub kiłowe, szerząc się w swej dalszej ewolucji na zastawki półksiężycowe, prowadzą do ich niedomykalności. Ta właśnie postać wady aortalnej nosi nazwę postaci naczyniowej lub tętniczej czyli choroby Hodgsona.

Jakie jest podłoże anatomiczne tych zmian?

Jeżeli chodzi o zmiany miażdżycowe, to te względnie rzadko powodują niedomykalność zastawek aorty. Zajmując głównie błonę wewnętrzną tętn. głównej, miażdżycy prowadzi do zmian szklistych, wapniowych, czasem do ubytków kaszowatych. W miarę przechodzenia na zastawki miażdżycy powoduje ich stwardnienie lub zwapnienie, co wywołuje niedomykalność pierścienia zastawkowego.

Proces kiłowy ma przebieg zupełnie inny. W kiłowym zapaleniu aorty zmiany zaczynają się zwykle w jej części nadzastawkowej i w dość krótkim czasie ogarnąć mogą prawie całą tętnicę główną. Ulubionem ich umiejscowieniem są ujścia pni naczyniowych, odchodzących od aorty. O ile w późniejszych swych okresach zmiany kiłowe są do pewnego stopnia podobne do zmian miażdżycowych, to jednak istnieje szereg cech, które pozwalają oba te procesy rozróżnić. Makroskopowo zmiany kiłowe są mniej żółte i mniej twarde, niż miażdżycowe, b. rzadko prowadzą one do wytworzenia się ognisk kaszowatych lub zwapniałych, mają charakterystyczny przebieg pasmowaty i t. d. Mikroskopowo mają one cechy bardzo typowe: proces anatomiczny zajmuje wszystkie trzy błony (*panaortitis luetica*), nie ograniczając się wyłącznie, jak w miażdżycy, do błony wewnętrznej, a uszkadzając głównie błonę środkową i zewnętrzną. Tworzą się nacieki limfocytowe, głównie dookoła „*vasa vasorum*“, powstają drobne kilaczki, błona sprężysta pęka, w obrębie błony środkowej i zewnętrznej buja tkanka łączna i t. d. — wszystkie te cechy pozwalają łatwo odróżnić zapalne zmiany kiłowe od wstecznych zmian miażdżycowych.

Według klasycznego opisu Doeblego, zmiany te przechodzą ze ściany tętnicy głównej na przyczepy zastawek, prowadzą do ich zgrubienia i kurczenia się. Następnie posuwają się one dalej w kierunku wolnego brzegu zastawek, a bujająca tkanka wrasta między nie i rozpycha je. Wytwa-

rzają się rynienki i żłobki między zastawkami, które są bardzo charakterystyczne dla tej postaci niedomykalności. W dalszym swym przebiegu proces zapalny ogarnia całą zastawkę, dochodząc aż do jej wolnego brzegu. Zastawka staje się twarda, sztywna, skurczona. Zmiany kiłowe atakują przede wszystkim zastawkę tylną, co obok wyżej wzmiankowanych rynienek i żłobków międzyzastawkowych, staje się powodem niedomykalności i powracania krwi z tętn. głównej do lewej komory. Podkreślić należy, że kiła z reguły nie powoduje zrastania się zastawek, jak to ma miejsce w sprawach zapalnych na wsierdziu.

Czasem niedomykalność zastawek aorty może być wywołana też i przez pęknięcie drobnych tętniactw kiłowych na zastawkach (Vaquez), nieraz zaś wytworzyć się może jedynie niedomykalność względna wskutek rozszerzenia odcinka nadzastawkowego aorty, które idzie w parze z rozciągnięciem pierścienia zastawkowego.

Tak więc anatomicznie istnieją duże różnice między postacią Corrigan'a i Hodgsona; za najważniejszą uważać należy tę okoliczność, że w niedomykalności pochodzenia wsierdźowego cały proces anatomiczny sprowadza się wyłącznie do zajęcia zastawek, zaś w chorobie Hodgsona na plan pierwszy wysuwają się zmiany swoiste w tętnicy głównej.

Zapalenie kiłowe, oprócz zajęcia zastawek, na skutek zniszczenia błony sprężystej i zmian łącznotkankowych w błonie środkowej i zewnętrznej prowadzi do zmniejszenia elastyczności tętnicy głównej, czego następstwem będzie rozszerzenie części nadzastawkowej aorty.

Nie ograniczając się do zmian w tętnicy głównej, proces kiłowy, postępując dalej, zajmuje ujścia naczyń wieńcowych, przechodzi na sam mięsień sercowy i t. d.

O ile w przebiegu wsierdźowej niedomykalności tętnicy głównej mamy do czynienia, po przeminięciu ostrego okresu zapalnego, ze zmianami trwałymi, zazwyczaj niepostępującymi — to w razie etiologii kiłowej będzie inaczej. Zarówno klinicznie, jak i anatomicznie, mimo pewnych okresów przycichania, proces ten stale postępuje naprzód, prowadzi do rozszerzenia aorty, tworzenia się tętniaków, przechodzi na śródpiersie, szerzy się na aortę brzuszną, na ujścia naczyń wieńcowych, na mięsień sercowy i t. d.

Tak więc niedomykalność zastawek tętnicy głównej będzie tu tylko jednym z ogniw łańcucha zmian postępujących, a nie, jak w postaci wsierdźowej, „zgliszczami pożaru dawno wygasłego“ (Amblard). Są, co prawda, autorzy, którzy przyjmują możliwość odosobnionych zmian kiłowych na zastawkach serca.

Fournier, Chauffard twierdzą, że kiła może dać odosobnione zwężenie lewego ujścia żylnego (*stenosis mitralis*), Brin, Giroux, Dufour zwracają uwagę na możliwość zmian kiłowych na zastawce dwudzielnej; Gallavardin i Charvet opisują przypadek autopsyjny, w którym, oprócz zmian kiłowych w tętnicy głównej i mięśniu sercowym, stwierdzono wyrosłe brodawkowate, przypominające zwykle zapalenie wsierdzia, mikroskopowo jednak o utkaniu kiłowym. Jeżeli nawet w wyjątkowych razach można na stole sek-

cyjnym znaleźć odosobnione kiłowe zapalenie wsierdza, to jednak zasadniczą cechą kiły jest rozlane uszkodzenie całego układu tętniczego ośrodkowego, i zmiany podobne niemal zawsze wysuwają się na plan pierwszy.

Zrozumiałem więc będzie, że, o ile tak zasadnicze są różnice anatomiczne w obydwu tych postaciach niedomykalności zastawek tętn. głównej, to i klinicznie oczekiwać należy, że postać tętnicza i wsierdziowa dadzą inne obrazy chorobowe.

To też właśnie na podstawie tych odmiennych cech klinicznych wyodrębniono dwa typy niedomykalności zast. aorty: postać Corrigan'a i postać Hodgson'a. W zasadniczych swych rysach typy te podobne do siebie, — w szeregu cech wykazują znaczne różnice. Podobne objawy wynikać muszą z tego, że zarówno jedna, jak i druga postać chorobowa prowadzą do tego samego zaburzenia krążenia między lewą komorą i tętnicą główną; cechy rozbieżne wynikają z jednej strony z odmiennej etiologii, co uwarunkowuje inny zespół objawów towarzyszących, z drugiej zaś strony — z innego podłoża anatomicznego.

Cechy te umożliwiają rozpoznanie różniczkowe, które jest tak ważne tutaj ze względu na rokowanie i leczenie. Mimo jednak, że obrazy kliniczne obydwu tych postaci wykazują znaczne różnice, czasem granice między nimi znacznie się zacierają. To też w żadnej innej wadzie serca nie mamy do czynienia z takim pomieszaniem nazw i pojęć, jak w niedomykalności zast. aorty.

Dla tego też postaramy się w krótkości opisać w postaci typowej podręcznikowej obydwie rodzaje niedomykalności, uwypuklając ich cechy najistotniejsze, nie zatrzymując się nad patogenetą poszczególnych objawów, żeby później, na zasadzie naszego materiału szpitalnego, ocenić dopiero wartość poszczególnych cech rozpoznawczych.

II.

Zespół Corrigan'a, będący tylko szeregiem klinicznych objawów ze strony narządów krążenia, uwarunkowany niedomykalnością zastawek tętnicy głównej, występuje bądź jako część składowa w przebiegu ostrego, czynnego zapalenia wsierdza, bądź też w swej czystej postaci wtedy, gdy proces czynny się zakończył, a pozostała po nim wada zastawkowa aortalna. Wreszcie zespół ten występuje w przebiegu t. zw. powolnego złośliwego zapalenia wsierdza (*endocarditis lenta*), którego ulubioną lokalizacją są zastawki tętn. głównej. Do obrazu klinicznego zespołu tego, w razie czynnego procesu zapalnego, przyłączają się objawy, wynikające z ogólnej infekcji czynnej i postępującej. Objawy te są często wyraźne, czasem znów są ledwie zaznaczone, tak, że jest niepodobiestwem nieraz stwierdzić, kiedy proces zapalny na wsierdzu jest jeszcze czynny, a kiedy się zakończył, zwłaszcza, jeżeli wziąć pod uwagę skłonność tych procesów do obostżeń. Tyczy się to również i złośliwego powolnego zapalenia wsierdza, gdzie trzeba nieraz dużej wytrwałości i doświadczenia klinicznego, żeby tę tak złowrogą sprawę rozpoznać.

Z chwilą jednakże, kiedy rozpoznajemy czynną sprawę zapalną na wsierdzu, całokształt objawów ze strony układu krążenia, świadczących o niedomykalności zastawek tętn. głównej, należy ująć jako zespół pochodzenia wsierdziowego, mówić wtedy musimy o typie Corrigan'a.

Jak wygląda ten zespół w swej postaci czystej, niepowikłanej, t. zn. gdy proces czynny na wsierdzu się zakończył i wygasł, a pozostała po nim niedomykalność trwała zastawek półksiężycowych?

W wywiadach chorych takich stwierdzamy bądź przebyte zapalenie wsierdza, bądź też sprawę chorobową, wskazującą na możliwość jego przebycia.

Chorzy tacy zwykle wspominają o goścu stawowym, o powtarzających się zapaleniach migdałków, o płonicy, róży i t. d. Zwykle podają, że od czasu tej choroby są „słabi na serce“, miewają bicie serca, zawroty głowy, łatwo się męczą, odczuwają duszność przy większych wysiłkach i t. d. Często jednak chorzy ci nie mają żadnych skarg. Jeżeli jest to wada czysta, niepowikłana, to może ona nie dawać czasem żadnych objawów alarmujących, tak, że oddawna niedomykalność zast. tętn. głównej uważana jest za wadę, względnie najlepiej znoszoną. Znane są z czasów wojny opisy ludzi, dotkniętych tą wadą, którzy w stanie zupełnej wydolności przebyli całą kampanię wojenną. Z reguły siła zapasowa serca, a zwłaszcza lewej komory, starczy tu na długo, stąd też ludzie ci względnie długo utrzymać się mogą w stanie zupełnego wyrównania, a zwracają się do lekarza dopiero, gdy siła zapasowa serca słabnie.

Zwykle chorzy, dotknięci tą postacią wady, są to ludzie młodzi lub w średnim wieku, o bladym lub szaro-ziemistym zabarwieniu powłok skórnych i twarzy, o zaróżowionych nieraz policzkach.

Przy badaniu serca stwierdzić się daje:

Uderzenie koniuszkowe przesunięte na lewo i ku dołowi, zwykle w linii sutkowej lub nieco po za nią, w 5-ej lub 6-ej przestrzeni międzyżebrowej, uwypuklające. Jest to według utartej nazwy, nadanej przez Barda, t. zw. „choc en dôme“. Granice lewej komory są powiększone, głównie w swym wymiarze podłużnym, co znajduje swój wyraz w ortodjagramie serca, który wykazuje powiększenie podłużnego wymiaru serca, lewej komory, strzałki i t. d. Na ekranie lewa komora tętni silnie, całe serce przyjmuje t. zw. kształt aortalny, „coeur en bourse“, „Entenherz“.

Najważniejszym objawem osłuchowym jest szmer rozkurczowy, słyszalny najlepiej w punkcie Erb'a lub w „foyer aortique“, w 2-ej prawej przestrzeni międzyżebrowej, czasem zaś tylko na lewym brzegu mostka lub pod wyrostkiem mieczykowatym, „w brzuchu“ (jak to określają autorzy francuscy). Szmer ten zwykle o charakterze miękkim, „lejącym“, silniejszy w pozycji stojącej, o typie szmeru „decrecendo“, zaczyna się zwykle tuż po II-im tonie. Czasem szmer ten jest tak krótki i ledwo słyszalny, że Mackenzie mówi obrazowo, że się otrzymuje wrażenie słuchowe, jakby II-i ton kończył się westchnieniem. II-i ton u podstawy jest albo słaby, albo zupełnie niesłyszalny; zależy to od stopnia uszkodzenia zastawek, jak się

przekonał doświadczalnie na zwierzętach Ferranini, który wysłuchiwał szmery sercowe, wywoławszy uprzednio różnego stopnia sztuczne uszkodzenie zastawek.

Według Romberga, o ile II-i ton nad tętnicą główną słyszy się dobrze, to jest on tylko przeniesiony z tętnicy płucnej.

Oprócz szmeru rozkurczowego, zależnego od powracania krwi z tętnicy głównej do lewej komory, wysłuchuje się bardzo często (wg. Gerharta w 80% przypadków) szmer skurczowy nad aortą, czasem słaby, czasem szorstki, chropawy, propagujący do tętnic szyjowych. Niekoniecznie jest on wynikiem jednoczesnego zwężenia ujścia tętnicy głównej — powstać on może wskutek szybkiego prądu krwi, nagromadzonej w nadmiarze w lewej komorze, który wprawia w drganie zastawki i ścianę aorty.

Przy koniuszku, w wadzie niepowikłanej, wysłuchuje się zwykle I-y ton nieczysty, czasem ze szmerem. Szmer ten zależy może od względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, bądź też przeniesiony jest z podstawy. Czasem, ale to bardzo rzadko, wysłuchuje się szmer przedskurczowy, t. zw. szmer Flinta, zależny według większości autorów od względnego zwężenia ujścia przedsionkowo-komorowego lewego. Szmer ten, o charakterze „crescendo”, nasilający się, uwarunkowuje czasem t. zw. drżenie przedskurczowe okolicy uderzenia koniuszkowego. Najczęściej jednak w chorobie Corrigan'a wysłuchuje się na koniuszku szmer skurczowy, propagujący do pachy, połączony ze wzmocnieniem II-go tonu nad tętnicą płucną, a zależny od prawdziwej niedomykalności zastawki dwudzielnej. Jest to zrozumiałe, jeżeli wziąć pod uwagę częstość zmian na tej zastawce w ostrem zapaleniu wsierdza; według Plescha $\frac{2}{3}$ wad aortalnych pochodzenia wsierdźowego przebiega z jednoczesnym zajęciem zastawki dwudzielnej.

Ze strony układu tętniczego ośrodkowego stwierdza się objawy następujące: w dołku jarzmowym wyczuwa się tętnienie oraz często drżenie skurczowe, t. zw. „frémissement systolique”. W obrębie rękojęści mostka wypukać się daje zwykle stłumienie, zależne od rozszerzenia części nadzastawkowej, ew. łuku aorty, jednak względnie nieznacznego stopnia, wywołane przez wzmoczoną ilość krwi, wyrzucanej przez lewą komorę (Sahli). Objawy powyższe w chorobie Corrigan'a nie są zbyt silnie zaznaczone.

Najcharakterystyczniejsze są natomiast objawy ze strony tętnic obwodowych. To też nie możemy nie przytoczyć obrazowego zwrotu Duroziera, że wadom aortalnym właściwy jest niepokój tętnic przy względnym spokoju serca w przeciwstawieniu do wad zastawki dwudzielnej, gdzie uderzający jest niepokój serca przy spokoju tętnic obwodowych.

Tętno jest zwykle nieco przyspieszone, przeważnie długo bardzo miarowe. Cechą szczególną tętna w chorobie Corrigan'a jest jego chybkość. Tętno to skaczące, łatwo uciskalne — jest wybitnie charakterystyczne dla tej postaci wady; nie jest ono jednak dla niej patognomiczne, gdyż występuje w innych sprawach chorobowych (jak w chorobie Basedowa, nerwicach naczyń ruchowych i t. d.).

Chybkość tętna jest większa w tętnicach, bardziej od serca oddalonych, niż w tętnicach, położonych bardziej dośrodkowo, jak na to zwrócił uwagę Gerhardt. Wyrazem tego będzie objaw Hill-Rowlandsa i Flacka, polegający na tem, że ciśnienie skurczowe w tętnicach udowych jest znacznie wyższe, niż w tętnicach ramiennych.

Naczynia obwodowe wykazują łącznie cały szereg cech szczególnych. Rzeczą, najbardziej rzucającą się w oczy, jest tętnienie widoczne tętnic obwodowych, t. zw. „danse des artères”. Taniec ten powoduje szereg objawów obwodowych, jak objaw wstrząsu głowy Musseta, tętnienie języka (Minerwini), tętnienie języczka (Fr. Mueller), tętnienie podniebienia, objaw Landolfiego, tętno włosowate Quinckego, dalej szereg objawów wysłuchowych, jak podwójny ton Traubego, podwójny szmer Duroziera i t. d.

Mierząc ciśnienie krwi, stwierdza się dwa ważne objawy: 1) obniżenie ciśnienia rozkurczowego, które zamiast zwykłej liczby 60—70, opada do 30—40, czasem nawet do 20 mm. rtęci lub jeszcze niżej; 2) rozległą amplitudę tętna, opisaną po raz pierwszy przez Potaina i uwarunkowaną spadkiem ciśnienia rozkurczowego.

Ciśnienie skurczowe w postaciach niepowikłanych choroby Corrigan'a może być prawidłowe lub nieznacznie wzmożone wskutek tego, że ustrój dąży do utrzymania ciśnienia przeciętnego na poziomie normalnym. Zwykle ciśnienie skurczowe, o ile jest już podniesione, nie przekracza 150—160 mm. rtęci. Amplituda natomiast, czyli t. zw. ciśnienie tętna zamiast normalnych 40 mm.—50 mm. podnieść się może nieraz do 100 mm. rtęci i wyżej.

Przebieg wsierdźowej postaci niedomykalności jest względnie łagodny, jak to już zaznaczyliśmy wyżej. Siła zapasowa mięśnia lewej komory jest duża, to też krążenie utrzymuje się długo w stanie zupełnego wyrównania. Jednakże przy długim trwaniu tej wady lub też wskutek uszkodzenia innych jeszcze zastawek, skutkiem obostrzenia procesu zapalnego na wsierdzu, powikłań hipertensyjnych lub nerkowych — mięsień sercowy słabnie, co pociąga za sobą zwykły obraz niedomogi lewej komory.

Choroba Corrigan'a, choć znoszona lepiej, niż inne wady zastawkowe, ma to do siebie, że z chwilą wystąpienia pierwszych objawów osłabienia mięśnia sercowego — stan ten nie daje się już naprawić na długo, mimo pomocy leczniczej.

Oto są w ogólnych zarysach cechy i przebieg kliniczny niedomykalności zastawek tętnicy głównej pochodzenia wsierdźowego — w swej typowej książkowej postaci.

III.

Niedomykalność zastawek tętn. głównej pochodzenia naczyniowego lub tętniczego (według nomenklatury niemieckiej), typu Hodgsona (według autorów francuskich i angielskich) — przeciwstawia się postaci wsierdźowej tak co do swego podłoża anatomicznego, jak i obrazu klinicznego, przebiegu i rokowania. Jak to już wyżej pisaliśmy, jest ona tylko jednym z przejawów sprawy postę-

pującej, obejmującej całą aortę, a nieraz i cały układ tętniczy. Etiologia jej — to miażdżyca i kiła. Jeżeli niektórzy autorzy podnoszą i inne przyczyny (jak alkoholizm, dna, ołowica, nikotyna i t. d.) to tylko jako czynniki wspomagające, które, przyczyniając się do nadciśnienia, prowadzą do zmian w układzie tętniczym.

Mówiąc o podłożu anatomicznym tych zmian, zaznaczyliśmy, że proces ten, zajmując początkowo część nadzastawkową aorty, rozprzestrzenia się na cały układ krążenia, szerzy się na zastawki, na ujścia tętnic wieńcowych, na mięsień sercowy i t. d.

Stąd też przewidzieć nietrudno, że zależnie od umiejscowienia i rozległości tych zmian — obraz kliniczny będzie różny, gdyż, oprócz cech niedomykalności zastawek tętnicy głównej, będziemy mieli do czynienia z barwnym szeregiem objawów towarzyszących.

Istniały usiłowania, ażeby równolegle do rozległości zmian anatomicznych stworzyć parę typów klinicznych zapalenia kiłowego tętnicy głównej. Schotmueller proponuje podział, który, jak zawsze, musi być z natury rzeczy nieco schematyczny. Podzielił on mianowicie zapalenie kiłowe tętnicy głównej zależnie od umiejscowienia na 4 formy: 1) *aortitis supracoronaria*, gdy dominują objawy zajęcia tętnicy głównej przez proces kiłowy; 2) *aortitis coronaria*, gdzie na plan pierwszy wysuwają się objawy zależne od uszkodzenia tętnic wieńcowych; 3) *aortitis valvularis*, gdy dają się stwierdzić objawy niedomykalności zastawek tętnicy głównej; 4) *aortitis aneurysmatica*, przebiegające już z objawami tętniaka.

Podział ten nie odtwarza jednak zawsze stosunków rzeczywistych, gdyż, mimo że często na plan pierwszy rzeczywiście wysuwają się objawy zależne od tej lub innej lokalizacji procesu kiłowego, to jednak często wszystkie te objawy współistnieją równolegle obok siebie.

Autorzy francuscy dzielą prościej zapalenie kiłowe t. tn. głównej na: 1) aortite sus-sigmoidienne, gdy proces ogranicza się wyłącznie do części nadzastawkowej aorty, nie wciągając weń zastawek półksiężycowych; i na 2) aortite sigmoidienne, gdy wśród innych objawów towarzyszących dają się wyodrębnić objawy niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

Ta właśnie druga postać odpowiada temu, co określamy przez niedomykalność pochodzenia naczyniowego.

Jeżeli wziąć pod uwagę częstość kiłowych zapaleń tętnicy głównej, które Romberg, Pletnew oznaczają na 25 — 30% ogólnej liczby organicznych schorzeń serca i aorty, oraz okoliczność, że mniej więcej w $\frac{1}{3}$ części tych przypadków proces kiłowy przechodzi na zastawki aorty (Douglas Symmers, Wallace, statystyka Klevera z kliniki Leschkego, Stadler, Romberg) — to zrozumiemy, iż ta postać niedomykalności należy do zjawisk powszednich.

Jaki jest obraz kliniczny choroby Hodgsona?

Sprawa zwykle dotyczy ludzi między 40 a 60 laty. Jest to zrozumiałe, jeżeli uprzytomnić sobie, że *aortitis luetica* zwykle ujawnia się w 12 — 30, a przeciętnie 20 lat po zakażeniu (Brin, Giroux, Douglas Symmers), miażdżyca zaś jest przeważnie chorobą ludzi starych. Znane są jednak względy

nie nierzadkie przypadki kiłowego zapalenia tętnicy głównej u ludzi młodszych, poniżej lat 30, zwłaszcza u chorych, leczonych intensywnie salwarsanem, — gdzie pierwsze objawy zapalenia kiłowego tętn. głównej wystąpiły mniej niż w lat 10 po zakażeniu, a w piśmiennictwie znaleźć można nawet szereg przypadków *aortitis luetica*, które rozwinęło się już w pierwszym lub drugim roku infekcji kiłowej (Laubry, Marre, Etienne, Hahn).

Kiłowe zapalenie aorty i jej zastawek nagałuje przeważnie mężczyzn (wg. Greneta w 80% przypadków, wg. Korczyńskiego w 61,2%).

W wywiadach u chorych tych na plan pierwszy wysuwają się skargi, stojące w związku z procesem anatomicznym w układzie tętniczym, a zależne od zmian kiłowych lub miażdżycowych w tętnicy głównej.

Chorzy ci skarżą się często na ból za mostkiem. Ból ten o charakterze tępym lub gniotącym, świdrującym, odczuwany czasem jako palenie (t. zw. „brulûre retrosternale”), zlokalizowany zwykle za mostkiem na wysokości II — III żebra, najczęściej stały, uporczywy, wzmagający się przy wysiłku, połączony czasem z przeczulicą skórą w obrębie mostka lub piersiowej części kręgosłupa (Frank i Worms), czasem przyjmujący charakter napadowy, czasem promieniujący w lewe ramię i w lewą rękę, a nieraz w plecy, jednakże nie przebiegający z uczuciem trwogi śmiertelnej lub innymi objawami duszniczy bolesnej (*urina spastica*, zimne poty i t. d.) — jest najcharakterystyczniejszą skargą chorych, dotkniętych zapaleniem kiłowym tętnicy głównej.

W wypadkach etiologii miażdżycowej bóle są zwykle słabsze i mniej uporczywe. Nie znaczy to, że każdy chory, przychodzący do lekarza z niedomykalnością zastawek tętnicy głównej pochodzenia kiłowego mieć musi te objawy bólowe. Ból aortalny, tłoczony rozmaicie, czy jako *periaortitis*, czy jako nerwoból lub zapalenie nerwów czuciowych, czy też jako objaw ischemiczny — nie zawsze jest stały. Huchard, Barrié, Romberg opisują postaci zupełnie bezbólowe zapalenia kiłowego tętnicy głównej. Jednakże, o ile jest on obecny, to jest to objaw wysoce znamienny. Stąd też jest zrozumiałe, że chorzy z niedomykalnością zastawek pochodzenia kiłowego często wysuwają go w swych wywiadach na plan pierwszy.

Chorzy ci dalej skarżą się na bicie i łatwą pobudliwość serca oraz na duszność wysiłkową. Czasem chorzy, którzy nie mają żadnych objawów bólowych, zgłaszają się do lekarza wskutek duszności napadowej, przeważnie nocnej, zupełnie przypominającej dychawicę oskrzelową. Duszność ta, która jest pierwszym zwiastunem niedomogi mięśnia sercowego, opisana została przez Rosenfelda, jako t. zw. *asthma syphiliticum*. Napady te nie zjawiają się zazwyczaj w niepowikłanym zapaleniu kiłowym tętnicy głównej i są, według Resnika i Keefera, stałym atrybutem niedomykalności zastawek tętnicy głównej pochodzenia kiłowego.

Czasem znów chorzy zgłaszają się do lekarza wskutek napadów duszniczy bolesnej, zależnej od wciągnięcia ujść naczyń wieńcowych w proces kiłowy; czasem znów objawem przewodnim jest dy-

chawica sercowa (*asthma cardiale*) z obrzękiem płuc, a dopiero badanie fizykalne stwierdza wadę zastawkową.

Chorzy ci prócz tego wykazywać mogą cały szereg zaburzeń naczyniowych, jak bóle i zawroty głowy, zaburzenia oczne, uszne i t. d.

Ich zdolność do pracy jest zwykle upośledzona. Huchard przypisywał to niedostatecznemu zaopatrzeniu w krew narządów wewnętrznych i objaw ten nazywał „*symptome méiopragique*”.

Wszystkie te objawy zrozumiałe są, o ile

wziąć pod uwagę rozległość zmian w narządach krążenia, które nie ograniczają się wyłącznie do samej tętnicy głównej, lecz rozprzestrzeniają się na cały układ tętniczy.

Jeżeli dodamy do tego wreszcie, że chorzy ci często wskazują na przebytą kiłę, oraz, że w wywiadach ich brak jest danych, świadczących o przebytej ostrej sprawie zapalnej na wsierdziu — to w sumie wywiady chorych tych są rzeczywiście bardzo charakterystyczne.

(C. d. n.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych „B” Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

(Ordynator: Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

W sprawie ujednostajnienia mianownictwa, dotyczącego grup krwi.

Podał

Dr. Zdzisław ŚWIDER (Warszawa).

W mianownictwie, dotyczącem grup serologicznych krwi, istnieje dotychczas zupełny chaos. Mamy bowiem aż 4 sposoby oznaczania poszczególnych grup krwi: dwa sposoby oznaczania liczbowego i dwa literowego.

Ponieważ warunkiem bezpiecznego przetaczania krwi jest uprzednie określenie zgodności, wzgl. niezgodności krwi dawcy i odbiorcy, zrozumiałe jest, jak zgubne w skutkach dla chorego może być posilkowanie się przez różnych autorów różnymi rodzajami mianownictwa. Albowiem, a dotyczy to zarówno mianownictwa liczbowego, jak i literowego, oznaczane tu są tą samą cyfrą czy literą zupełnie różne własności krwinek i surowic. Przeto czytelnik, nieobeznany bliżej z zasadniczymi różnicami tych odrębnych sposobów oznaczania grup krwi, może zastosować wystudjowane przez siebie reguły przetaczania krwi, a oparte na jakimś jednym z powyższych mianowictw — do przypadku, w którym określił w praktyce grupy krwi, posilkując się przytem mianownictwem odmiennem: innemi słowy zatem — da choremu krew, mogącą być niekiedy dla niego gwałtowną trucizną — krew wrogiej dla chorego grupy.

Kwestję istnienia zupełnego zamętu w mianownictwie grupowym pragnę poruszyć nie tylko ze względu na jej doniosłe znaczenie dla bezpiecznego przetaczania krwi, ale również i dlatego, że posilkowanie się różnym mianownictwem utrudnia wzajemnie porozumiewanie się autorów, zajmujących się badaniem roli grup serologicznych krwi z punktu widzenia antropologii i nauki o konstytucji. Stosowanie przez różnych autorów biegunowo odmiennego mianownictwa uniemożliwia należyte kontrolowanie wyników ich badań i może doprowadzić do zupełnie mylnych wniosków.

Wobec coraz żywszego i u nas interesowania się serologicznymi grupami krwi ukazał się już

szereg publikacyj z różnych klinik uniwersyteckich zarówno chirurgicznych, jak wewnętrznych — prac, omawiających rolę i sposób określania grup krwi do celów transfuzji. Jednak i u nas również posilkują się autorowie różnym mianownictwem, co może przyczynić się do powstania zgubnego dla chorych zamętu w oznaczaniu poszczególnych grup krwi.

W celu bardziej przejrzystego przedstawienia tego zagadnienia uważam za wskazane: omówić najpierw wszystkie 4 rodzaje mianownictwa, dalej wskazać na zasadnicze ich różnice, dotyczące własności krwinek i surowic i dopiero wtedy nawiązać do odnośnych prac polskich, które, jak już wyżej wspominałem, skłoniły mnie właśnie do skreślenia niniejszego artykułu.

* * *

Jansky oraz Moss podali oznaczanie grup krwi liczbowe, przyczem grupa I według Janskyego odpowiada IV-iej wg. Mossa. Już to samo utrudnia bezpośrednie porównywanie wyników badań nad grupami krwi przy użyciu tych różnych oznaczeń. Dlatego też większość autorów skłania się obecnie do przyjęcia mianownictwa literowego Dungerna i Hirszfelda. Cechą istotną tego mianownictwa jest stosowanie dużych łacińskich liter do oznaczania zarówno poszczególnych grup krwi, jak i własności samych krwinek, czyli zawartych w nich aglutynogenów. Na tabl. I porównane są te 3 rodzaje terminologii.

Tabl. I.

Jansky	I	II	III	IV
Moss	IV	II	III	I
Dungern i Hirschfeld	O	A	B	AB

Wyższość tego mianownictwa literowego nie polega jednak wyłącznie na tem, że usuwa ono sprzeczności w oznaczaniu grup krwi według Janskyego oraz Mossa. Nawet gdyby mia-

nownictwo cyfrowe obu tych autorów było zgodne, należałoby przyjąć mianownictwo literowe z tych względów, że tylko ono umożliwia nam uprzytomnienie sobie w każdej chwili wzajemnych stosunków między krwinkami a zawartymi w surowicy zlepkami (aglutyninami). Oznaczenia cyfrowe natomiast nie przemawiają zupełnie do naszej wyobraźni, nie są one formułami mnemotechnicznymi, jak oznaczenia literowe.

Bowiem mianownictwo literowe przypomina nam stale o tem, że istnieją 2 zasadnicze rodzaje krwi ludzkiej, a ściślej mówiąc, krwinek: rodzaje te oznaczamy dużymi literami łacińskimi A i B. Dalej, gdy mianownictwo liczbowe nic nam nie mówi o stosunku grupy krwi I i IV do II (A) i do III (B), mianownictwo literowe przypomina nam stale o tem, że grupa krwi AB dotyczy krwinek, zawierających oba aglutynogeny: zarówno A, jak i B, zaś grupa O oznacza krwinki, niezawierające wcale powyższych chwytników (aglutynogenów) A i B.

Mianownictwo to pozwala nam dalej na oznaczanie zawartych w surowicy różnych aglutynin, skierowanych przeciwko poszczególnym rodzajom krwinek, bez konieczności wprowadzenia jakichś nowych nazw dla tych zlepek. A zatem do grupy krwi „A” zaliczamy osobników o krwinkach „A” oraz o aglutyninach „anti B”, czyli skierowanych przeciw krwinkom „B”. Grupa krwi „B” obejmuje krwinki o aglutynogenie „B” oraz aglutyninach w surowicy „anti A”. Istnieje zatem wzajemny antagonizm między krwinkami a surowicami tych 2 zasadniczych rodzajów krwi ludzkiej. Stosunki krwinek do aglutynin w pozostałych 2 grupach łatwo już wyprowadzić, jeśli tylko pamiętać o prostej, a oczywistej regule (reguła Landsteina), że nigdy w surowicy danego osobnika nie możemy spotkać, w warunkach fizjologicznych, aglutynin, skierowanych przeciw własnym jego krwinkom. Wynika stąd zatem, że u osobników z grupą krwi „AB”, t. j. o krwinkach, zawierających oba aglutynogeny, niema wcale aglutynin: ani „anti A”, ani też „anti B”. Natomiast surowica osobników, należących do grupy O, zawiera jednocześnie te oba rodzaje aglutynin. Stosunki wzajemne krwinek, czyli zawartych w nich aglutynogenów, oraz surowic, czyli zawartych w nich aglutynin, w poszczególnych grupach krwi przedstawione są na tabl. II. O wynikających stąd regułach przetaczania krwi będzie mowa później.

Tabl. II.

Krew (czyli krwinki) należy do grupy:	O	A	B	AB
Surowica tej krwi zawiera zlepniki	anti A i anti B	anti B	anti A	—
Wzór ogólny	$O_{\alpha\beta}$	A_{β}	B_{α}	$AB,$

Na tablicy tej podaliśmy w rubryce trzeciej przyjęte dla oznaczania grup krwi skróty: anti A oznaczone tu jest przez greckie α , zaś anti B przez greckie β . Jednak mianownictwo to wikła już co-

kolwiek sprawę i dlatego lepiej nie posiłkować się temi skrótami. Jeśli zaś podaję je wogóle, czynię to dlatego, że trzeba wspomnieć o nich za chwilę przy rozpatrywaniu innego jeszcze literowego (a zatem już czwartego z kolei) sposobu oznaczania grup krwi.

Guthrie (cyt. pg. Verzára) stosuje oznaczanie grup krwi literowe, w którym duże litery łacińskie określają własności surowic, zaś małe litery łacińskie — własności krwinek. Gdyby było odwrotnie, t. j. gdyby duże litery łacińskie służyły, podobnie jak w mianownictwie Dundera i Hirszfelda, do oznaczania własności krwinek, zaś do oznaczania własności surowic (aglutynin) służyłyby małe litery łacińskie (a, b) zamiast proponowanych przez D. i H. greckich α i β , — nie byłoby w tem jeszcze nic złego. Byłoby to raczej rzeczą gustu chcieć oznaczać zawartą w surowicy aglutyninę anti A przez α lub a małe, zaś aglutyninę anti B — przez β lub b małe.

Natomiast zastosowanie dużych liter łacińskich A i B do oznaczania aglutynin, a nie krwinek, kryje w sobie niebezpieczeństwo ew. ciężkiej dla chorego omyłki przy określaniu grup krwi do celów fransfuzji.

Jak wiadomo, określenie grup krwi ma na celu przekonanie się, czy surowica chorego nie zawiera aglutynin wrogich względem wprowadzanej krwi, t. j. krwinek dawcy. Niebezpieczeństwo, związane z przetaczaniem krwi „nieodpowiedniej”, tkwi właśnie w możliwości zlepienia wprowadzonych krwinek dawcy przez surowicę chorego. Poznane przed chwilą stosunki wzajemne krwinek i surowic we wszystkich 4 grupach krwi pozwolą nam ustalić, w jakich warunkach dopuszczalne jest przetaczanie krwi (zob. tabl. III.)

Tabl. III.

Grupa krwi chorego	Surowica jej zawiera aglutyniny	Wolno więc dać mu krew grupy
O	anti A i anti B	tylko O
A	anti B	A i O
B	anti A	B i O
AB	nic	A, B, AB i O (wszystko)

Z tablicy tej wynika że:

Każdemu choremu wolno otrzymać krew tej samej grupy krwi lub O, z wyjątkiem chorego o grupie AB, który może otrzymać krew od wszystkich.

Jeżeli natomiast zwrócimy uwagę na krew dawcy, to powiemy:

Każdy zdrowy osobnik może oddać swą krew choremu o tej samej grupie

krwi lub AB, z wyjątkiem zdrowych o grupie O, którzy mogą oddać swą krew każdemu.

W podobny sposób formułuje reguły przetwarzania krwi Rutkowski¹⁾ z Kliniki Chirurg. Uniw. Warsz., posiłkując się mianownictwem literowym Dungerna i Hirszfelda (duże litery łacińskie do oznaczania krwinek!).

Natomiast Laskownicki z Klin. Chirurg. Uniw. J. K. stosuje mianownictwo Guthrie (małe litery łacińskie do oznaczania krwinek!).

Laskownicki podaje następujący schemat poszczególnych grup krwi:

grupa I O (a, b)
grupa II A (b)
grupa III B (a)
grupa IV AB (o).

Własności krwinek są tu oznaczone małymi literami łacińskimi. Do grupy I zaliczone tu są zatem krwinki, posiadające oba rodzaje aglutynogenów. Ale wyżej na tabl. I, widzieliśmy, że krwinki o tych podwójnych cechach należą do IV grupy Janskyego, a I-ej Mossa. Mamy zatem w tym, stosowanym przez Laskownickiego, schemacie Guthrie do czynienia z podziałem grup krwi według Mossa. Zestawmy go obecnie, posiłkując się nadal tablicą I, z mianownictwem Dungerna i Hirszfelda, a otrzymamy następującą tablicę (IV).

Tabl. IV.

Mossa Guthrie D. i H.
(Laskownicki)

grupa I	× O (a, b)	×× AB o
grupa II	A (b)	A β
grupa III	B a	B α
grupa IV	×× AB (o)	× O α β

¹⁾ Krew A można dać osobnikowi o grupie A lub AB krew B osobnikowi o grupie B lub AB. Krew grupy AB — tylko AB, krew grupy O — wszystkim. — Krew o grupie O nazwano altruistyczną, gdyż nadaje się ona do przetwarzania chorym, należącym do wszystkich 4 grup krwi, zaś grupę AB — egoistyczną, gdyż można ją przetaczać tylko chorym z tą samą grupą. Otóż, jeśli chodzi o pewne formuły mnemotechniczne, to warto grupę O nazwać „podwójnie altruistyczną”, gdyż osobnik tej grupy, będąc dawcą, może oddać swą krew wszystkim chorym, natomiast, będąc sam chory, może otrzymać krew jedynie od osobnika z tą samą grupą O (gdyż ze względu na swe aglutyny anti A i anti B, zlepi wszelkie inne krwinki prócz O). Natomiast grupę krwi AB możemy analogicznie określić, jako „podwójnie egoistyczną”: chory o tej grupie AB może otrzymać krew od wszystkich (bo nie posiada w swej surowicy żadnych aglutynin), zdrowy zaś oddaje swą krew tylko tej samej grupie AB.

Tablica ta unaocznia nam biegunowo przeciwnie literowe oznaczanie własności krwinek i surowic! Gdy bowiem według D. i H. grupa O oznacza brak jakichkolwiek aglutynogenów w krwinkach według Guthrie litera O oznacza brak aglutynin w surowicy. I podobnie: grupa krwi AB oznacza według D. i H. obecność w krwinkach obu rodzajów aglutynogenów, gdy ten sam symbol AB wg. Guthrie oznacza obecność w surowicy obu rodzajów aglutynin. Cóż stąd wynika?

Z mianownictwa literowego D. i H. wynikało wyżej, że ludzie o grupie O są powszechnymi dawcami, zaś o grupie AB — powszechnymi odbiorcami. Natomiast Laskownicki, posiłkując się odmiennym mianownictwem literowym, podaje następującą regułę przetwarzania krwi: „Krew osobników grupy czwartej AB możemy przetaczać wszystkim innym osobnikom; osobnikom tej grupy przetaczać można tylko krew tej samej grupy.” Innymi słowy: powszechny dawca jest tu oznaczony literami AB, zaś powszechny odbiorca — literą O!

Albowiem L., mówiąc o osobnikach grupy AB, rozumie tu nie ludzi o krwinkach, zawierających oba aglutynogeny, lecz ludzi o surowicy z obu rodzajami aglutynin w surowicy, a zatem faktycznie ludzi z grupą O (αβ) wg. D. i H. — Nie ulega też najmniejszej wątpliwości, że autor ten doskonale się orientuje w mianownictwie, którem się posiłkuje, i sam nigdy tu błędu nie popełni, ale czytelnik, bliżej z tą kwestią nieobeznany? Pisze przecież L. dalej, że posiłkował się dotychczas surowicami (testami) francuskimi, „od niedawna surowic tych dostarcza Państwowy Zakład Higieny w Warszawie”. Ale Zakład ten stosuje mianownictwo D. i H. To też w załączonym do opakowania izoaglutyniny „PZH” (tak brzmi nazwa handlowa tych surowic) przepisie oraz w wydanej przez Zakład broszurze p. t. „Szczepionki i surowice” czytamy, że osobnikom grupy AB... „można zastrzyknąć krew wszystkich 4-ch grup”, a więc i tu grupa AB oznacza powszechnego odbiorcę — nie dawcę. Jeśli zatem ktoś określi grupy krwi za pomocą surowicy Państw. Zakł. Higieny, mając jednak w pamięci regułę przetwarzania krwi w brzmieniu, podanem przez L., popłacze wtedy napewno, nie wiedząc o zupełnie odmiennym oznaczaniu tu grup krwi, dawcę z odbiorcą — skutki mogą być dla chorego katastrofalne. I sądzę, że należało zwrócić na to uwagę klinicystów. Przykład ten świadczy dowodnie o tem, jak niebezpieczne może być posiłkowanie się różnymi (biegunowo przeciwnymi!) rodzajami mianownictwa.

Sprawę poplątania: powszechnego odbiorcy z dawcą — porusza na łamach prasy niemieckiej w specjalnym artykule Verzar, zajmując się jednak głównie mianownictwem liczbowym. Wiemy już przecież, że mianownictwo liczbowe Janskyego i Mossa zgodne jest tylko dla grupy II (A) i III (B), a niezgodne co do grupy I i IV, dotyczących właśnie grupy O i AB. — Verzar podkreśla, że znane mu są przypadki śmierci chorych wskutek pomieszania tych 2 (egoistycznej i altruistycznej) grup krwi.

O mianownictwie literowym mówi V. tylko przelotnie. Natomiast ja uważałem za konieczne omówienie źródeł błędu, tkwiących również w obu rodzajach mianownictwa literowego — ze względu właśnie na ukazaniu się prac polskich, których autorowie stosują te oba rodzaje terminologii.

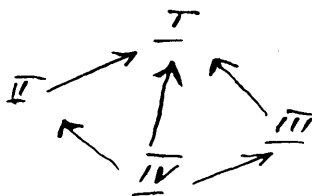
Adamowicz z Kliniki Wewnętrznej Uniw. Jag. posiłkuje się mianownictwem, podanem przez Breitnera w jego monografii o transfuzji krwi. Breitner stosuje jednak mianownictwo Mossa w modyfikacji Guthrie. Przytaczam oto za Adamowiczem następującą tablicę Breitnera.

Grupa krwi	I	II	III	IV
Surowica zawiera aglutyniny	O	Anti B	Anti A	Anti A + Anti B
Ciałka czerwone zawierają aglutynogeny	a + b	a	b	O

Jednak ten rodzaj mianownictwa jest wadliwy z następujących względów. Pojęcie np. „anti x” oznacza przecież coś, skierowanego przeciw temu x. Jeśli więc właściwości krwinek oznaczmy tu małymi literami a i b, to trudno pojąć, dlaczego wrogię względem nich aglutyniny mają nazwę anti A i anti B. Racjonalniej będzie oczywiście zachować dla aglutynin surowicy te oznaczenia anti A i anti B, nadając tylko grupom krwi odpowiednie symbole w postaci dużych liter A i B — innymi słowy: stosując mianownictwo D. i H.

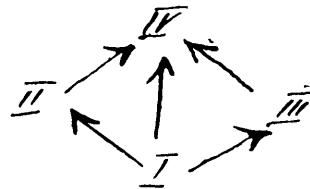
Adamowicz pisze: „Właściwość zlepiania się krwinek czerwonych (aglutynogeny) ma cechy antygeny i bywa dwu rodzajów, które oznacza się, jako a i b”. Ponieważ wspomnieliśmy wyżej, że małe a i b, wzgl. greckie α i β , służy jako skrót do oznaczania aglutynin anti A i anti B, przeto należy zaniechać zupełnie posiłkowania się tym sposobem oznaczania krwinek.

Zagmatwanie może powstać również wskutek stosowania różnych schematów, przedstawiających graficzne reguły przetaczania krwi. Adamowicz przytacza w swej pracy następujący schemat Mossa, unaoczniający, kto może być dawcą krwi dla osobnika danej grupy.



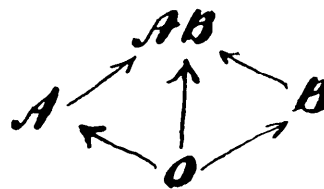
Schemat Mossa.

Schemat ten, po zastosowaniu drugiego rodzaju mianownictwa liczbowego, t.j. Janskyego, będzie wyglądał wg. Verzára w sposób następujący:



Schemat Janskyego (Verzára).

Ponieważ jednak mianownictwo liczbowe może spowodować poplątanie powszechnego dawcy z odbiorcą, racjonalniej będzie stosować, zgodnie z Verzárem, następujący schemat, uwzględniający mianownictwo literowe D. i H.



Schemat D. i H. (Verzára).

Ze wszystkich rozważań powyższych, z analizy krytycznej istniejących 4 rodzajów mianownictwa grupowego, z wykazania dalej niebezpieczeństw, które mogą wystąpić wskutek posiłkowania się różnym mianownictwem, — wynika zatem, że: 1) konieczne jest stosowanie przez wszystkich autorów mianownictwa jednolitego; że 2) najbardziej przejrzyste, a zarazem słuszne jest mianownictwo literowe D. i H. (duże litery łacińskie do oznaczania krwinek) i oparty na niem schemat Verzára.

Na zakończenie dodam, iż komisja dla badań grup krwi w Ameryce, dalej specjalna konferencja, zwołana przez Rząd Niemiecki oraz komisja sztabu szaryzacyjna komitetu higieny Ligi Narodów — postanowiły jednomyślnie wprowadzić mianownictwo D. i H.

PIŚMIENNICTWO.

1. Verzáar. Klin. Woch. Nr. 8, 1927. — 2. Laskowski. Pol. Gaz. Lek. Nr. 48, 1927. — 3. Rutkowski. Warsz. Czas. Lek. Nr. 3, 1925. — 4. Adamowicz. Pol. Arch. Med. Wewn. tom IV, zes. 4, 1926. — 5. Schiff. Die Technik der Blutgruppenuntersuchung, monogr. 1926.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

O ostrych i przewlekłych zapaleniach trzustki.

Podał

Józef NUSBAUM (Warszawa).

Porównanie prac, traktujących o cierpieniach trzustki, które ukazały się w najnowszej literaturze lekarskiej, z pracami z przed 20 — 30 lat stwierdza w tej dziedzinie pewien postęp naszej wiedzy.

Mimo jednak licznie ogłaszanych obserwacji, mimo dużego zainteresowania, jakie budzą sprawy dotyczące patologii i leczenia cierpień trzustki, wiedza lekarska z tego zakresu postępuje naprzód powoli.

Dużo jeszcze niejasności i zagadnień, dotyczących powstawania, istoty i leczenia pewnych schorzeń trzustki, pozostało otwartymi i czeka nadal, jak przed laty na zadawalające wyjaśnienie.

Celem niniejszej pracy ma być przegląd dzisiejszego stanu nauki o pewnych zaburzeniach tego gruczołu.

Nie od rzeczy byłoby może przypomnieć nieco danych z fizjologii. Swą ważną rolę w przemianie materii zawdzięcza trzustka produkowaniu pewnych substancji, które częściowo dostają się przez przewody odprowadzające do jelita, częściowo wprost do krwi.

Mechanizm wydzielania jest bardzo skomplikowany. Wyjaśnienie jego zawdzięczamy w znacznej mierze badaniom Pawłowa i jego szkoły. Bodźce do sekrecji przenoszą się bądź to drogą nerwową, odruchową, bądź też krwionośną. Zarówno od nerwu błędnego, jak i współczulnego odchodzą włókna, działające na naczynia krwionośne trzustki, i drażnienie ich może wzmacniać lub hamować wydzielanie (Pawłow, Kudrewetzkij). Obie te drogi nerwowe działają za pośrednictwem autonomicznego układu nerwowego trzustki. Prawdopodobnie odruchy nerwowe, pobudzające wydzielanie trzustki powstają również i na drodze psychicznej (Oechsler).

Za tem przemawia fakt, iż u psa występuje sekrecja trzustkowa już w 1—1½ minuty po przyjęciu pokarmu i trwa 10 — 30 minut, t. j. po okresie czasu, kiedy o odruchu dwunastniczym mowy jeszcze być nie może. Jak wykazały badania Popielskiego oraz Baylissa i Starlinga, istnieje poza drogą odruchową wydzielania jeszcze inna — chemiczna. Badania powyższych autorów stwierdziły, iż śluzówka dwunastnicy i częściowo jelita cienkiego zawiera hormon — prosekretynę, która pod wpływem działania kwasu solnego zamienia się w sekretynę. Ta ostatnia dostaje się do naczyń krwionośnych ściany jelitowej, stąd do ogólnego krwioobiegu, a doszedłszy do trzustki, staje się bodźcem sekrecyjnym. Sekretyna jest bodźcem specyficznym dla trzustki. Istota jej nie jest zupełnie jasna. Fürth i Schwarz przypuszczają,

iż stanowi ona mieszaninę substancji, z których dość dużą rolę stanowi cholina.

Poza sekretyną wydzielanie trzustki pobudza: tłuszcze, mydła, woda, żółć, sok żołądkowy i jelitowy. Jednym z najsilniejszych bodźców u ludzi są kwasy (Glaessner). Alkalja, przeciwnie, hamują sekrecję (Wohlgemuth). Badania Babkina wykazały, iż, im większe jest stężenie kwasu w żołądku, tem większe wydzielanie trzustki. Potwierdziły to również doświadczenia Schlägintweita i Steppa. Praktycznie ważny jest wpływ pokarmów na wydzielanie. Glaessner i Popper, jak i Ellinger i Cohn wykazali, iż węglowodany produkują małe ilości, zaś pokarm białkowy i tłuszcze znacznie większe ilości soku trzustkowego.

Wohlgemuth, obserwując człowieka z urazową przetoką trzustkową, stwierdził stosunki wręcz przeciwnie. Wykazał jednak, iż tem mniejsza jest zawartość fermentów, im większa jest ilość soku, i odwrotnie.

Produkty wewnętrznego wydzielania badano na zwierzętach przez założenie im sztucznych przetok (operacja Pawłowa). Czysty, normalny ludzki sok trzustkowy obserwował Glaessner; otrzymywał go przez cewnik, założony na stałe do głównego przewodu normalnej trzustki. Ilość wydzielanego na godzinę soku waha się od 30 do 50 cm.³. Oddziaływanie soku jest zasadowe, co sprzyja bardzo czynności fermentów, które swe optimum działania mają w środowisku alkalicznym. Ciepł. gat. — 1,0075, punkt zamarzania $\Delta = -0,46 - 0,49$. Produkcja soku wydaje się być ciągłą. Ilości wydzielanego soku, fermentów i zasadowość są stosunkowo najmniejsze naczczo, wzrastają zaraz po przyjęciu pokarmów, osiągając szczyt swój mniej więcej po 4 godzinach.

Sok trzustkowy zawiera, jak wiadomo, w świeżym stanie następujące fermenty zasadnicze: a) trypsynogen, który zostaje uczynniony i zamieniony w trypsynę pod wpływem enterokinazy Pawłowa. Schiff i Ueber wykazali, iż również w śledzionie znajdują się substancje aktywujące. Podobne działanie mogą wywołać również kinazy bakteryjne i surowicze.

Drugim fermentem jest diastaza, zamieniająca krochmal na dekstrynę i maltozę, i wreszcie lipaza, mająca własność rozszczepiania tłuszczów neutralnych na glicerynę i kwasy tłuszczowe, które w obecności alkalij zamieniają się na mydła. Te ostatnie powodują emulgowanie tłuszczów, przez co ułatwiają ich wchłanianie.

Co do wydzielania wewnętrznego, to stoi ono w ścisłym związku z przemianą węglowodanową i powstawaniem cukrzycy, schorzenia, wykraczającego poza ramy niniejszego artykułu.

Poza tem Lombroso, Staehelin, Falta i inni przypuszczają, iż trzustka wydziela jeszcze pewną substancję, która w warunkach normalnych ogranicza spalanie tłuszczu i rozpad białka.

W przypadkach patologicznych na skutek wypadnięcia funkcji trzustki przyjść może w użytkowaniu pokarmów do poważnych zaburzeń, które, brane w całości, mogą znaleźć zastosowanie do celów dajagnostycznych. Niejednokrotnie udało się wyłącznie na zasadzie zaburzeń przemiany materii postawić prawidłowe rozpoznanie cierpienia trzustki (Ehrmann, König i Brugsch i inni). Nie wszystkie jednak cierpienia trzustki powodują ciężkie zaburzenia w użytkowaniu pokarmów, owszem, niekiedy mała część sprawnie funkcjonującego gruczołu, mającego ujście do przewodu pokarmowego, potrafi uchronić przed temi zmianami.

Dla oceny wartości poszczególnych prób czynnościowych tego narządu odsyłam czytelnika do prac moich, drukowanych w Polskim Archiwum Medyc. Wewn. Tom VI, zeszyt 2, rok 1928, oraz w Warsz. Czasop. Lek. z dnia 15 listopada 1927 r. (Nr. 18).

Starałem się tam wykazać i zalecić z pośród wielu istniejących metod badania czynności tego narządu — badania na lipazę i diastazę w surowicy i moczu w przypadkach ostrych zapaleń trzustki, przebiegających z uszkodzeniem mięszu.

W tych razach otrzymywałem metodą Wolhgemutha przeważnie zwiększone ilości diastazy w surowicy i moczu, zaś zmniejszone w kale. Jak się okazało, jeszcze większą dokładnością odznacza się próba Rhona na lipazę. W znacznie częstszych cierpieniach przewlekłych trzustki, idących przeważnie w parze z żółtaczką, względnie w przypadkach guzów danej okolicy wartość powyższych metod jest znacznie mniejsza. Tutaj ma duże znaczenie próba palminowa Ehrmanna, która wykrywa w wydzielaniu zewnętrznem zaburzenia, dotyczące przemiany tłuszczowej.

Metoda ta stwierdza jedynie obecność, względnie brak fermentu lipolitycznego trzustki. To też dołącza się do niej celowo badanie na trypsyne, badając kał po obfitem podaniu mięsa. Wreszcie oznacza się jeszcze cukier we krwi i w moczu.

Przy zestawianiu literatury lat ostatnich, traktującej o ostrej martwicy trzustki, względnie o ostrym zapaleniu tego gruczołu, okazuje się, iż autorzy powyższych prac zajmują się bądź nieustaloną dotąd jeszcze etiologią cierpienia, bądź, opierając się na danych statystycznych, omawiają terapię i jej wyniki.

Komentuje się w najrozmaitszy sposób przyczynę i istotę obrazu chorobowego, który przebiega z szybkim obumieraniem tkanki trzustkowej, z rozległemi krwotokami lub bez nich, a prowadzi do raptownej śmierci z objawami zatrucia. I dziś jeszcze, mimo propozycji ujednostajnienia nazwy danego cierpienia trzustki (Guleke), używany jest cały szereg określeń, które wprowadzają jedynie zamęt w ujęciu procesu patologicznego.

Należałoby zatem odróżniać zasadniczo 2 cierpienia: *pancreatitis purulenta* na tle zapalenia bakteriynego, niezależnie od tego, czy pochodzi ono z przewodu, czy z sąsiedztwa (t. zw. przerzutowe), zaś procesy, w których na plan pierwszy wysuwa się martwica i krwotok, określać jako *pancreasnecrosis acuta*.

Oczywista, iż obok objawów szybkiego rozpadu tkanki trzustkowej występować mogą również objawy zapalne, i że ostre oddzielenie przypadków zależnie od obecności lub braku objawów zapalnych jest często praktycznie niemożliwe (Haberer, Guleke). W rozmaitych bowiem okresach rozwoju choroby znajdują się wszystkie przejścia od rozpadu, powstałego wyłącznie na drodze chemicznej, aż do zropienia ogniska chorobowego, wywołanego wtórną infekcją. Kiedyindziej znów do pierwotnego ropnego zapalenia trzustki może się dołączyć martwica z następczą sekwestracją. Mimo to, jak to potwierdzają doświadczenia kliniczne i badania eksperymentalne na zwierzętach (Haberer, Guleke, Hess), czyste postacie ostrej martwicy oraz ostrego zapalenia trzustki wstępują często, i dlatego należy te 2 procesy od siebie odróżniać.

W przeciwstawieniu do tych ostrych cierpień trzustki rozważymy jeszcze poniżej zapalenia przewlekłe tego narządu.

Liczne badanie Seidla i innych wykazały, iż ostra martwica trzustki jest pewnego rodzaju samostrawieniem gruczołu. Doświadczalnie okazało się, iż cierpienie to może być wywołane przez przeniknięcie do przewodu trzustkowego żółci, bądź treści dwunastniczej. Specjalnie żółć ma własności, aktywujące fermenty (Nordmann). Również Urban, Simmonds, Müller i Oehlecker są zdania, iż cierpienie powyższe zawdzięcza swe powstanie przedostawianiu się bodźców zapalnych z dwunastnicy, dróg żółciowych, bądź narządów sąsiednich, zrosniętych z trzustką. Jak to wynika też z szeregu prac klinicznych Dressmanna, Ienckela, Rollmanna, Dietricha, Mehliisa i innych, istnieje ścisły związek między ostrą martwicą trzustkową a cierpieniem dróg żółciowych.

Redwitz stwierdzał w 61,3% przypadków martwicy — kamicy żółciową. Deaver znajdował znów cierpienie trzustki w 45% operowanych z powodu kamicy żółciowych.

Jak wiadomo, zarówno normalna, a tem bardziej zmieniona żółć ma własności, aktywujące ferment trzustkowy; najłatwiej zatem zrozumieć wystąpienie martwicy w przypadkach nagłego zacinowania przez kamień brodawki, ponad którą istnieje może wolna komunikacja między przewodami żółciowym i trzustkowym (Rosenbach). Stoimy więc w tych razach wobec przenikania żółci do przewodu trzustkowego i uczynnienia soku trzustkowego z jednej strony, a zmniejszenia odporności komórek gruczołowych na skutek zastojów i wzmożonego ciśnienia w przewodzie z drugiej.

Obok tej coraz częściej obserwowanej koincydencji schorzenia dróg żółciowych i ostrej martwicy trzustkowej autorzy zwracają uwagę jeszcze na czynniki, usposabiające do powstania tego cierpienia. Należy tu otyłość, przyjmowanie dużych posiłków naraz. Zazwyczaj ostry atak występuje właśnie po obfitem najedzeniu się. Badania doświadczalne Gulekego stwierdziły, iż przebieg był śmiertelny, gdy operacje wykonywał na szczycie trawienia, zaś ten sam zabieg u zwierzęcia głodnego wywoływał jedynie przewlekłe zapalenie gruczołu. Te różnice w przebiegu tłumaczy obfitem wydzielaniem soku trzustkowego podczas trawienia. Z in-

nych czynników wymienia się alkoholizm, kiłę miażdżycę. Na skutek zakrzepów, zatorów, skurczów naczyń i t. p. powstaje miejscowa bezkrwistość, zmniejszająca odporność komórek. Simmonds przypisuje pozatem dużą rolę urazowi. Na 24 obserwowanych przez niego przypadków w 4-ch cierpienie związane było z urazem.

Podobne przypadki opisywał również Lauenstein.

Przeważająca dziś teoria fermentowa wysunęła kwestję uodpornienia przeciwko martwicy trzustkowej, i rzeczywiście udało się Josefowi i Pringsheimowi uzyskać dzięki podskórnemu wstrzykiwaniu trypsyny u psów odporność nie tylko względem toksycznego działania dużych dawek trypsyny, lecz również względem trującego działania śródtrzewnowo wprowadzonej substancji trzustkowej. Zachęcające wyniki otrzymał również Ohm. Nie potwierdziły tego jednak doświadczenia Harmsa: nie udało mu się za pomocą surowicy nawet złagodzić obrazu chorobowego u zwierzęcia.

Często w parze z cierpieniem dróg żółciowych idzie również ostre zapalenie trzustki. Tutaj pierwotną przyczyną jest najczęściej zastój soku trzustkowego na skutek przeszkód mechanicznych w przewodzie odprowadzającym, jako to: nowotworów, kamieni żółciowych, bądź trzustkowych. Również procesy zapalne lub wrzodziejące w otoczeniu brodawki dwunastnicy mogą utrudniać odpływ soku trzustkowego (Nordmann).

Powyższe przeszkody mechaniczne wywołują wtórnie infekcję bakteryjną. Zakażenie szerzyć się może również na drodze limfatycznej dzięki bogatej sieci naczyń chłonnych, łączących pęcherzyk żółciowy z główką trzustki (Bartels i Arnspers

ger, Deaver) oraz na drodze krwionośnej. Temu tłumaczy się występowanie ostrego zapalenia trzustki w następstwie posocznicy (sepsis), ropnego zapalenia ślinianki przyusznej (Neurath), szkarlatyny (Goldie), grypy, anginy, tyfusu brzuszego (Madelung) i t. p.

Według Mayo Robsona często przyczyną ropnego zapalenia trzustki jest wstępująca infekcja w stanach kataralnych żołądka i dwunastnicy.

Końcowym stadium ostrego zapalenia trzustki jest często zapalenie przewlekłe tego narządu. Na ogół punktem wyjścia tego cierpienia są zmiany kiłowe, miażdżycowe (Hoppe-Seyler, Hagen) i inne toksyczne schorzenia naczyń, przebiegające ze zwężeniem ich światła i powodujące gorsze odżywianie i zanik tkanki mięsistej i tłuszczowej. Dużą rolę odgrywa tu alkoholizm. Już Friedreich twierdził, iż przewlekłe zapalenie trzustki powstaje może na skutek nadużycia alkoholu, i tę postać określił jako „Säuferpancreas”. Większe znaczenie etiologiczne ma zaciopowanie ujścia przewodu trzustkowego (kamienie) i zastój wydzieliny. Mayo Robson znalazł w 51 przypadkach chronicznego zapalenia trzustki — 27 razy głęboko siedzący kamień żółciowy, zamykający przewód żółciowy i trzustkowy. To samo obserwował Rindfleisch.

Doświadczalnie otrzymali obraz całkowitej marskości (sclerosis) trzustki Hess, Guleke, Rosenberg przez podwiązanie wszystkich przewodów trzustkowych. Ostatnio badania z podwiązaniem przewodu odprowadzającego wykonywał Jorns. Tą drogą otrzymywał on zanik mięsiska i marskość, przyczem nie stwierdził żadnych zmian w wysepkach.

(D. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Historja i filozofja medycyny.

∞ JÓZEF DIETL pierwszy prezydent m. Krakowa, znakomity lekarz, profesor i rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, patrijota polski — w 50-tą rocznicę śmierci. — Kraków 1928.

Portret Dietla którego świetna reprodukcja z obrazu Matejki zdobi kartę naczelną książki pamiątkowej, wydanej przez prof. W. Szumowskiego ku uczczeniu pamięci jednego ze znakomitych Polaków, już sam mówi bardzo wiele. Patrząc weń uważnie pojmujemy, że nieprzeciętnego wyobraża człowieka: czoło wysokie, myślące, głęboko osadzone, przenikliwe oczy, kształt czaszki mocno zarysowany, wyraz ust wymownie żywy — wszystkie te szczegóły składają się na całość, której zapomnieć niepodobna, gdy się ją raz widzi. To twarz człowieka głęboko myślącego, człowieka o wzniosłej duszy, gotowego do pięknych czynów, człowieka, niestrudzonego w pracy i oddanego całkowicie dobrze przemyślanej robocie ku pożytkowi ogólnemu.

W pięknej szacie zewnętrznej wydana książka daje nam pełny obraz życia Dietla. Niewiadomo doprawdy, co więcej podziwiać w tym bodaj najznakomitszym lekarzu polskim ubiegłego stulecia: rozległą jego wiedzę lekarsko-przyrodniczą, czy zmysł organizacyjny na wszystkich stanowiskach, które zajmował, pobudki szlachetne, w myśl których działał, czy odwagę, która pozwalała mu stawiać czoło wszystkim nastrożającym się w życiu przeszkodom; skromność w ocenie zasług własnych, czy

współczucie okazywane innym ubogim i chorym; pracowitość niesłychaną do ostatnich niemal chwil życia, czy sprawiedliwość, z jaką oceniał pracę innych. Odwaga wobec niesłusznych zań dań rządu zaborczego austriackiego przysporzyła mu wiele gorzkich chwil w życiu, lecz mimo to był nieustępliwy, zdecydowany na wszelkie konsekwencje, choćby najprzykrzejsze. Już we wczesnej młodości, w wyższych klasach gimnazjalnych i na uniwersytecie w Wiedniu borykanie się z ciężkimi warunkami materialnymi zaprawia go do pracy wydajnej. Praca na chleb powszedni nie odbiera mu możności poważnego zajęcia się medycyną. Jego dysertacja doktorska, tak bardzo treścią odmienna od przeciętnych prac tego rodzaju, świadczy o głębokim rozumieniu zadań nauki i sztuki leczenia. Dwudziestokilkuletni pobyt w Wiedniu wśród obcych nie wpływa ujemnie na jego przywiązanie do kraju rodzinnego, za którym tęskni i do którego wraca jako człowiek dojrzały, przeszło czterdziestoletni, przy pierwszej okazji, która pozwala mu oddać się pracy dla ojczyzny. Jest to tem bardziej godne podziwu, że uczył się w szkole niemieckiej średniej i w uniwersytecie wiedeńskim, że z ojcem, czystej krwi Niemcem austriackim, mówi po niemiecku, z braćmi koresponduje po francusku, z jedną tylko matką — Polką porozumiewa się po polsku. Przez czas pobytu w Wiedniu rzadko ma sposobność spotykania się z Polakami, sam wreszcie tak jest niepewny swej polszczyzny, że we wstępnym wykładzie swym w uniwersytecie Jagiellońskim powiada do swych uczniów: „Ja was będę uczył medycyny, a wy mnie języka”. Na stano-

wisku profesora medycyny wewnętrznej i rektora uniwersytetu broni Dietla z całym uporem i z najgłębszym o słuszość swej przekonaniem praw języka polskiego jako wykładowego w Uniwersytecie. Później w sejmie staje w obronie języka polskiego w całym szkolnictwie galicyjskim. I wszędzie po tych walkach upartych odnosi zwycięstwo. Mówi o sobie, że Opatrzność wyposażała go trzema przeciwnymi żywiołami: „upartością Rusina (urodził się bowiem na ziemi ruskiej w Podbużu), raczością Polaka i skrzętnością Niemca”.

Jak bardzo czuł się Polakiem, jak głęboko korzenie w nim zapuściła kultura polska, jak niezłomnie wierzył w posłannictwo narodu polskiego, bodaj najlepszym tego dowodem jest przemówienie, wygłoszone przez Dietla na pierwszym posiedzeniu Rady miejskiej krakowskiej, kiedy po raz pierwszy jego właśnie obrano na prezydenta miasta. Stało się to w roku 1866-ym, gdy rząd centralny w Wiedniu nie zatwierdził ponownego jego wyboru na Rektora uniwersytetu, co więcej — przeniósł go w stan spoczynku i pozbawił katedry uniwersyteckiej właśnie z powodu uporczywego jego kołatania o zupełną autonomię Wszechnicy i domagania się absolutnego spolszczenia Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Niech mi wolno będzie kilka słów z owego przemówienia przytoczyć, sądzę bowiem, że i w chwili obecnej są one bardzo aktualne. „Mam być naczelnikiem miasta, w którym łączy się tyle drogich wspomnień, tyle świętych tradycji; boć trudno pomyśleć o Krakowie i nie przylgnąć do jego uczonych murów, świątyń, pamiątek i grobów... Kraków, chociaż cichy i biedny, zawsze jeszcze jest duszą narodu, tym wielkim pomnikiem dziejowym, co opromieniony majestatem przeszłości, nie może schodzić do poziomych rozmiarów zwyczajnego miasta. Kraków chociaż nie stolica kraju, jest jeszcze jego sercem, jest ogniskiem życia narodowego. Nad tym skarbem narodowym czuwać nam wypada, jakby nad wieczystym ogniem Westy, jakby nad drogimi szczątkami przekazanej nam świętej spuścizny, ażeby w swerach spadkobierców nie wygasł płomień miłości ojczyzny i wielkich cnót przodków...”

W księdze pamiątkowej, o której tu mowa, dyrektor Archiwum m. Krakowa Adam Chmiel charakteryzuje Dietla jako prezydenta m. Krakowa (1866 — 1874). W tym świetnie opracowanym szkicu uwypukla się Dietl, jako rozumny organizator, obejmujący szerokim swym umysłem wszelkie potrzeby miasta, jako opiekun mieszkańców, troszczący się głęboko o dobro, zdrowie bogatych, jak i maluczkich, jako orędownik wszelkich spraw miasta wobec władz i rządu. Powiada, że do dziś dnia Kraków żyje, rozwija się, rozbudowuje wedle planów, pomyślanych i poczętych pracą Dietla.

Dr. Adam Wrzosek, profesor Uniwersytetu Poznańskiego, kreśli nam „Młodość Józefa Dietla”. W pracy tej skrzętnie są zebrane wszystkie szczegóły, które mogą rzucić światło na późniejsze stanowisko Dietla i jako uczonego i jako działacza społecznego.

Profesor Uniw. Jagiellońskiego, Leon Wachholz z kolei opisuje klinikę Uniwersytetu Jagiellońskiego przed Dietlem i za Dietla. Mamy tu jasny obraz owego okresu przełomowego, w którym metoda naukowa ówczesnej szkoły wiedeńskiej z czasów Skody i Rokitańskiego, przeniesiona na grunt Krakowski, uczyniła z medycyny naukę, opierającą się już nie wyłącznie tylko na podstawach czystej empirji, lecz zbliżyła ją do ściślejszych nauk przyrodniczych, posługujących się dla swych celów dokładną obserwacją i eksperymentem. Metody badania fizykalnego bodaj pierwszy w Polsce wprowadził do medycyny Dietl, a niezależnie od niego i niemal jednocześnie Chałubiński w Warszawie.

Słusznie zwą Dietla ojcem balneologii polskiej. Dzieje Szczawnicy, Krynicy i innych pomniejszych zdrojowisk galicyjskich przechowują ślady tej działalności Dietla. W rozpra-

wie „Dietl jako balneolog” obszerniej nas z tem poucza prof. L. Korczyński.

Dalej znów dyrektor Archiwum Krakowskiego, Chmiel treściwie mówi o tem, co zdziałał Dietl jako rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, zaś dr. Henryk Barycz przedstawia nam Dietla „w walce o unarodowienie i zreformowanie szkół galicyjskich.”

Niepodobna na tem miejscu streszczać tych wysoce interesujących rozpraw, będących ważnymi przyczynkami do historii kultury Galicji w połowie ubiegłego stulecia.

W nauce medycyny pozostawił Dietl niezmiernie doniosłą na owe czasy, a dla historyka medycyny i obecnie jeszcze wysoce zajmującą pracę o upustach krwi w zapaleniu płuc. Dr. Edward Szczeklik, asystent kliniki wewnętrznej Uniw. Jag., zestawia poglądy Dietla w tej mierze z panującymi podówczas poglądami, streszcza i uzasadnia zapatrywania Dietla, który obala poglądy Broussais i potępia ów „wampiryzm” na podstawie swoich spostrzeżeń i rozważań anatomo-patologicznych. Autor tej rozprawy zestawia poglądy Dietla z najnowszymi na tem polu zapatrywaniami i daje w ten sposób Dietłowi i świadectwo wielkiej przenikliwości naukowej, dużego daru intuicyjnego i sumiennego postrzegania przyrodniczego.

Krótki szkic prof. Szumowskiego o Dietlu i Szczawnicy, wreszcie wzmianka d-ra. Wł. Gajewskiego o badaniach Dietla nad „chorobą zwaną kołtunem” zamykają księgę na cześć Dietla wydaną.

Autorowie, którzy złożyli się na to prawdziwie cenne dzieło, zasługują na wdzięczność ze strony nie tylko lekarzy, lecz i całego społeczeństwa. Wydawcy, prof. Szumowskiemu, należy się szczególne uznanie za trud redakcyjny. Komitet który uchwalił wydanie książki, oraz gmina m. Krakowa, która sumptem swoim ją wydała, spełnili czyn chwalebny, w najwyższym stopniu piękny i godny wysokiego uznania.

M. Flaum.

∞ Dr. med. GRZYWO - DĄBROWSKA. *Psychologia prostytutki*. (Prostytutka w literaturze pięknej, w świetle badań naukowych i obserwacji szpitalnej). Warszawa 1928. Nakładem Polskiego Lekarskiego Tow. Wydawniczego.

Istnieje bardzo interesująca dziedzina pracy naukowo-lekarskiej, która jak dotąd, leżała u nas odłogiem: jest to analiza niektórych przejawów życia społecznego pod kątem widzenia psychopatologii. Kol. Grzywo-Dąbrowska, której zawdzięczamy już doskonały referat „O samobójstwach dzieci i młodzieży”, ogłosiła świeżą nową pracę tego typu p. t. „Psychologia prostytutki”. W pracy tej pominęła autorka całkiem rozmyślnie historję prostytutki, określanie prawne jej istoty, sprawy reglamentacji i abolicjonizmu, zastanawiając się wyłącznie nad psychologiczną stroną zagadnienia. Książeczka rozpada się na trzy części, z których pierwsza streszcza piśmiennictwo lekarskie, rozpatrujące prostytutkę z punktu widzenia psychiatrycznego, druga omawia różnorodne typy prostytutek, opisywanych w utworach beletrystycznych, trzecia wreszcie zajmuje się analizą własnego materiału autorki. W części pierwszej, która opiera się na badaniach Scheindra, Klary Thornbecke, Simoneta, Heleny Steltzner oraz Wulffena, uderza brak uwzględnienia pracy Sichla — bezwzględnie najlepszej ze wszystkich, jakie na temat psychopatologii prostytutki zostały ogłoszone. W ogromnej różnorodności postaci, które autorka pracowicie powybierała z literatury pięknej, udało jej się wyodrębnić kilka zasadniczych typów prostytutki: 1) prostytutka jako niewinna ofiara życia (Sonia Marmeladowa ze „Zbrodni i Kary” Dostojewskiego, Fantyna z „Nędzników” Wiktora Hugo, Mademoiselle Dax z powieści Farrera, Alicja z „Naszych Sojuszników” Farrera, Milada ze „Świętego Skarabeusza” Elżbiety Jeruzalemi); 2) prostytutka jako wynik splotu warunków życia oraz specjalnych cech charakteru (Tymiana

z „Dziennika kobiety upadłej” Małgorzaty Böhme, Ewa Pobrayńska z „Dziejów grzechu” Żeromskiego); 3) prostytutka, której organizacja psychiczna pozwala traktować swój zawód jako źródło lepszego niż inne dochodu (Manon Lescaut Prévosta Elza z „Jamy” Kuprina); 4) typy niezrównoważone, awanturnicze, niekiedy wyraźnie psychopatyczne (Tamara i Pasza z „Jamy” Kuprina); 5) typy debilne o wyraźnym ubóstwie umysłem (Luba z „Jamy” Kuprina); 6) typy silne i demoniczne (Anetka z „Ulicznicy” W. Marguerita, Żenia z „Jamy” Kurpina) i wreszcie 7) typ t. zw. „wielkich miłośnic” (Ninon de Lenclos). Przez zebrany i rozsegregowany w ten sposób materiał literacki przewija się tendencja pisarzy do dopatrywania się w prostytutce ofiary życia. Sprawa wszakże w rzeczywistości przedstawia się nieco odmiennie, jak to wynika między innymi z osobistych spostrzeżeń autorki, zebranych i oświetlonych w trzeciej części książki. Jest to najbardziej wartościowa część pracy, opierająca się na obserwacji 587 prostytutek, które w 1915 roku leczone były w specjalnym szpitalu w Chojnach pod Łodzią, zorganizowanym na żądanie ówczesnych władz okupacyjnych. Autorka podaje bardzo żywą charakterystykę zachowania się, usposobienia, sposobu myślenia i kolektywnego życia swoich pupilek na terenie szpitalnym i wyodrębnia z całkowitego spostrzeganego materiału następujące grupy: 1) kobiety z wyraźnym usposobieniem psychopatycznym (33,73%), 2) kobiety, u których obarczenia dziedzicznego nie stwierdzono, które jednak na podstawie wywiadów lub obserwacji w szpitalu wykazują rozmaite cechy psychopatyczne (10%), 3) kobiety z dziedziczością psychopatyczną, które zdradzały różnorodne cechy psychopatyczne (5,75%), 4) typy przestępcze i t. zw. „urodzone prostytutki” (15,5%), i wreszcie 5) kobiety, u których wywiady i obserwacja nie wykazały cech wybitnie patologicznych. W tej ostatniej grupie obok kobiet zupełnie normalnych, które tylko nędza i fatalny zbieg okoliczności pchnęły w ramiona prostytucji, spostrzegła autorka typy z nadmierną impulsywnością reakcji, wygórowaną podatnością na obce wpływy, z wstrętem do pracy i wysiłku oraz z niechęcią do samodzielnego myślenia. We wszystkich wywodach tej części pracy zastanawia brak jakiegokolwiek wzmianki o typach umysłowo upośledzonych (debilki i głuptaczki), które według badań dokonanych przezemnie, stanowią 40% ogólnej liczby prostytutek.

W rozważaniach końcowych analizuje autorka dokładnie istotę obarczenia psychopatologicznego swego materiału i dochodzi do przekonania, że liczba 34% prostytutek z wyraźnym obarczeniem alkoholowym, zbliżona jest do rezultatów, stwierdzonych przez rozmaitych badaczy na terenie dziedziczości przestępców. Może to właściwie jest powodem, że autorka skłania się do teorii Lombrosa w „urodzonej prostytutce”, jakkolwiek tezy tej nie uzasadnia ani pomiarami antropometrycznymi, ani badaniami natury psychologicznej.

Gorący apel do walki z prostytucją nie tylko państwa, ale i społeczeństwa drogą tworzenia organizacji opieki nad dziećmi opuszczonymi i zaniedbanymi oraz harmonijnego rozwoju całej istoty dziecka w szkole — kończy tę ciekawą książkę, które wielką krzywdę wyrządza wyjątkowo fatalna korekta.

Wł. Sterling.

Histologia i Embrjologia.

NAGEOTTE. O sztucznym skrzepie substancji klejorodnej. (Comptes Rendus des Séances de la Soc. de Biol. t. XCVI i XCVII, 1927).

Charakterystyczną cechą substancji klejorodnej jest to że występuje ona zawsze w postaci włóknistej — czy to w związku rusztowania łącznotkankowego u zarodka, czy w tkance łącznej organizmu dorosłego, czy wreszcie w bliznach. Opierając się na tej właściwości, już Weigert zaliczył substancję klejo-

rodną do tej samej kategorii, co fibryna. Dotychczas można było badać doświadczalnie *in vitro* tylko fibrynę, obecnie autorowi udało się wynaleźć metodę badania krzepnięcia substancji klejorodnej. Kawałek świeżego ścięgna ogona szczura umieszczają autor w roztworze 1 na 25,000 kwasu octowego w wodzie destylowanej. Po upływie paru godzin przenosi fragment napęczniałego ścięgna na szkiełko przedmiotowe i przykrył szkiełkiem przykrywkowym. Po upływie 2 — 3 dni dokoła napęczniałego kawałka ścięgna wytwarza się nowy skrzep istoty klejorodnej. Substancja ta rozpuszcza się w wodzie zakwaszonej i po pewnym czasie krzepnie z powrotem w postaci włókien, mających wszystkie cechy włókien klejorodnych, zarówno pod względem kształtu, jak i zdolności barwienia się. Oprócz włókien znajduje się w skrzepie sol, nie posiadający żadnej struktury, oraz gel. Zarówno sol ten, jak i gel barwią się na niebiesko metodą Mallory'ego.

Jeśli zamiast do wody destylowanej włożyć napęczniałe fragmenty ścięgna do roztworów soli metali jednowartościowych, wówczas substancja klejorodna strąca się o wiele szybciej, prawie natychmiast i nawet w obrębie napęczniałej substancji ścięgna. Włókna występują w bardziej niskiej koncentracji soli, n. p. 1 na 100 NaCl i niższych aż do 1 na 100,000. Zjawisko to tłumaczy autor działaniem antagonistycznym, jakie w stosunku do działania kwasów, wywierają elektrolity na substancję klejorodną. Wiadomo bowiem, że sole obojętne chronią ją przeciw pęcznieniu, wywołanemu przez kwasy. Autor obserwował pod mikroskopem proces wytwarzania się włókien w tych roztworach i zauważył, że grubieją one przez intussuscepcję, a nie przez apozycję.

Badając wpływ różnych koncentracji soli kuchennej na ścięgno napęczniałe w kwasie octowym, przekonał się autor, że przy bardzo słabym rozcieńczeniu strąca się czysty sol włóknisty, w koncentracjach mocniejszych występuje domieszka gelu, w jeszcze mocniejszych zmniejsza się liczba włókien, a wreszcie w najmocniejszych, 10 NaCl na 100, otrzymujemy czysty gel.

Gel, otrzymany w skoncentrowanych roztworach soli, jest galaretą optycznie próżną, nie opalizującą, o konsystencji większej, niż żelatyna 2 na 100, lecz zawiera tylko 1,2 substancji suchej na 1000 cz. wody. W roztworach innych soli występuje także galareta o podobnych właściwościach. Galareta, otrzymana przez djalizę, przypomina z wyglądu galaretę meduz.

B. Konopacka.

Radjologia.

∞ KOHLER ALBAN. Grenzen des Normalen und Anfaenge des Pathologischen im Röntgenbilde (Pogranicze fizjologii i patologii w obrazie rentgenologicznym). Wydanie 5-te. Lipsk, Georg Thieme.

Miedzy 4-tem a 5-tem wydaniem upłynęły prawie 3 lata Czas ten wykorzystał Köhler, by swe znane i cenione powszechnie dzieło znacznie rozszerzyć. Opierając się na własnym doświadczeniu i na zdobyczych wiedzy i techniki lat ostatnich opracował autor nanowo szereg działów, częściowo znacznie je rozszerzając. Powstały nowe działy, których nie było w wydaniach poprzednich. W ten sposób książka powiększyła się o 125 stron. Liczne ryciny zastąpione zostały autotypami, co nadało książce jeszcze większą wartość praktyczną.

Książka Köhlera to najpewniejszy doradca nie tylko dla początkującego, ale i dla najbardziej doświadczonego rentgenologa, tem cenniejszy, iż ścisłość i pewność danych nie ulega najmniejszej wątpliwości.

Köhler — to nie bibliofil, który pracą książkową zastawił swe dzieło, lecz doświadczony, wytrawny rentgenolog „starej szkoły”, któremu zawdzięczamy szereg „odkryć” w dziedzinie rentgenologii jego, zresztą, nazwiskiem ochrzczonych.

Köhler wydawca opiera się na 20 letnim doświadczeniu (tyle bowiem lat upłynęło od pierwszego wydania), i czas ten miał wykorzystać, by usunąć z dzieła to, co je zbytnio obciążało, a dodać „życia”.

Nowe wydanie książki Köhlera — to w literaturze fachowej evenement. B. K.

∞ MARKOVITS Emmerich. *Röntgendiagnostik der Erkrankungen innerer Organe in Tabellenform.* (Rozpoznanie rentgenologiczne schorzeń narządów wewnętrznych zestawione w tabelach). Stron 193 z 390 rycinami. Nakład G. Thieme, Lipsk 1928 r.

Wprowadzenie systemu tabelarycznego w jakiegokolwiek dziedzinie prowadzi zwykle do szybkiej orientacji. Warunkiem jednak jest zwięzłość i treściwość materiału, który służył do ułożenia w tabelę.

Jeżeli w przedmowie do pracy Markovitsa Holzknecht uważa, iż rentgenologia doszła już do tego okresu, to wystarczy rzucić okiem na treść (dział różniczkowy schorzeń przewodu pokarmowego), by stwierdzić jak wiele pracy pozostało jeszcze do wykonania, by rentgenologia dorównać mogła ścisłej matematyce. Jak długo egzystują różnice indywidualne, jak długo cały szereg schorzeń posiadać będzie jednakże objawy, tak długo pozostanie rentgenologia zależna od osobistego doświadczenia rentgenologa. Tem niemniej dużym nawałem pracy, włożonym w zestawienie tak licznych spraw chorobowych klatki piersiowej (serce, płuca, przepona, osierdzie, opłucna, śródpiersie) i jamy brzusznej (przewód pokarmowy, nerki, moczowody, pęcherz, wątroba i śledziona), stworzył autor dzieło niezbędne dla każdego rentgenologa: dla doświadczonego — jako kalendarz podręczny, przypominający te lub inne szczegóły różniczkowe, dla początkującego zaś jako wskaźnik, w jakim kierunku należy zwrócić uwagę i czynić dociekania szczegółowe. B. K.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

∞ Dr. Jan SZMURŁO, prof. zw. Otolaryngologii i kłownik klin. otolaryng. Uniw. Stefana Batorego. *Choroby nosa i jamy nosowogardłowej.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Ze 141 rysunkami w tekście. Wilno Tow. wyd. „Pogoń” 1926

Nowopowstałe uniwersytety polskie, nowe katedry pobudzają naszych profesorów do pisania podręczników niezbędnych dla studentów i ułatwiających dalsze kształcenie się początkującym specjalistom. Książka prof. Szmurły w zupełności celowi temu odpowiada. Jakkolwiek podział książki na część ogólną i szczegółową jest przeprowadzony w ten sposób, że zmuszał często autora do powtarzań, to jednak, jak sam to zaznacza, wychodzi to czytelnikowi na korzyść, gdyż w ten sposób „ pewne myśli i fakty mocniej się czytelnikowi w pamięć wbijają”.

Autor dał w zwięzłej formie wszystko, co o patologii

i terapii chorób nosa i jamy nosowogardłowej powiedzieć należało, poprzedzwszy tę część kliniczną bardzo dobrym rozdziałem z anatomii i fizjologii tych narządów. Obfitość rysunków ułatwia uczącemu się korzystanie z podręcznika, szkoda tylko, że z powodu nieodpowiedniego papieru (chropawo-nieładkiego) rysunki nie zawsze wyszły dobrze.

Korekta, pomimo zamieszczonych na początku książki sprostowań, wymagałaby jeszcze wielu uzupełnień. Zacytujmy kilka przykładów: Str. 5. „Nad małżowiną środkową i równoległą do niej przebiega krótka, cieniutka listewka, małżowina górna (*concha quarta*). Wreszcie nad tą ostatnią niekiedy spotykamy cieniutki kostny występ, małżowinę czwartą (*concha quarta*).”

Str. 60 — pod tytułikiem: „Błony rzekome” znajdujemy opis *nacieczeń* (podkr. moje) pochodzenia gruczołowego lub przy-miotowego.

Str. 67... „ropa rozpada się na 2 części: płynną, posokowatą... i na dolną gęstą, złożoną z drobnych *gruzełków* (podkr. moje) barwy białej”. Zapewne powinno być: grudek, gdyż gruzełkami nazywamy zwykle twory swoiste, właściwe grzlicy.

Str. 86... „dodajemy adrenaliny lub suprareniny w ilości 1 grama na 10 gram. roztworu środka znieczulającego” — zapewne powinno być na 100 gram., zwykle bowiem dodajemy 20 kropeł adren. lub supraren. na 100 gram. 1/2 % roztworu nowokainy.

Wspomniałem tu o kilku drobnych usterkach, które w wydaniu następnym mogą być łatwo poprawione, co z pewnością podniesie wartość podręcznika, ale i w obecnej postaci będzie on niewątpliwie z korzyścią czytany przez studentów i początkujących specjalistów. Z. Srebrny.

H. LENHARZ. O odczynie limfatycznym w anginie ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania różniczkowego. (D. Archiv. f. Klin. Medizin Tom 159, zeszyt 1/2).

Autor, zestawiając spostrzeżenia własne z piśmiennictwem, stwierdza, że odczyn limfatyczny jest przejawem reagowania aparatu chłonnego na bodziec swoisty, jakim prawdopodobnie jest specjalne zakażenie. Angina limfatyczna, angina monocytowa oraz agranulocytoza są to pokrewne sobie pod względem etjologicznym jednostki chorobowe, może nawet rozmaite stopnie tego samego cierpienia. Możliwe jest nawet, że t. zw. ostra białaczka limfatyczna jest w bliskim pokrewieństwie z wyżej wymienionymi schorzeniami.

Nazwa agranulocytoza według autora jest niewłaściwa, gdyż nie zaznacza ona obecności limfocytozy i leukopenji.

Należy się wystrzegać wprowadzania do piśmiennictwa nowych obrazów chorobowych tej grupy, dopóki symptomatologia jest jeszcze nieustalona. Dotychczasowy podział według W. Schultza należałoby odrzucić.

Rozmaite postaci odczynu limfatycznego trudno dają się odróżnić od ostrej białaczki limfatycznej, nawet niekiedy od ropnicy. W stawianiu rokowania należy być bardzo ostrożnym. B. Goldstein.

Wskazówki praktyczne.

— Jako środek, *tamujący krew*, poleca L. Schönbauer roztwór 50% dekstrozy: Rp. Dextros 500,0, Aq. destillat. ad 1000,0. Przechowywać w stanie jałowym! Nasycone ciepłym roztworem dekstrozy tampony nakłada się na przeciąg 2—3 minut na krwawiącą ranę i tamuje się w ten sposób w zupełności krwawienia mięszone. Lepkość rękawiczek, stykających się z tym płynem, usuwa się przez opłukanie w sublimacie i jałowym roztworze soli kuchennej. (Ztbl. f. Chir. 1928 Nr. 38).

— W celu skrócenia czasu potrzebnego do zabliźnienia po wycięciu klinowem *wrośniętego paznokcia* stosuje K. Resch-

ke przeszczepienie płata Thierscha na ranę. Na płat ten nakłada się zwitek gazy jodoformowej, który umocowuje się za pomocą plastra lepkiego. Po 7 dniach leżenia w łóżku zmiana opatrunku, chory nakłada obuwie miękkie, a po 14 dniach chodzi już swobodnie w obuwu zwykłym.

(Ztbl. f. Chir. 1928 Nr. 39).

— Demel zwraca uwagę na skuteczne działanie *surowicy* lub *szczepionki* w połączeniu z *lipidolem* wstępującym w urazowym zapaleniu ropnym opon mózgowych.

(W. kl. Woch. 1928 Nr. 26).

— Carlton zaleca roztwór 25°_0 salicylanu sodu + 10°_0 roztwór chlorku sodu w równych częściach do leczenia rozszerzeń dużych pni żylnych, pokrytych zdrową skórą. Jeżeli zaś idzie o żyły drobne, to chętniej stosuje mieszaninę następującą: Chinin. bimuriat. (s. hydrochl.) 4,0; Urethani 2,0; Aq. dest. 30,0.
(Lancet 1928—maj).

— W uporczywym przypadku alopeciae areatae, który w ciągu 9-u miesięcy opierał się wszelkiemu leczeniu, otrzymał Gordon wynik pomyślny po zastosowaniu wyciągu z tarczycy. Leczenie trwało aż do zupełnego odróśnięcia włosów. Z początku dawano 0,006—2 razy dziennie przez tydzień; potem ty-

dzień przerwy. Następnie stopniowo podnoszono dawkę: 0,008, 0,016, 0,03 aż do 0,06 od 2—3 razy dziennie.

(Arch. f. Derm. and Syph. 1928—czerwiec).

— Kromayer stosował w rzeźączce dożylnie zastrzykiwanie trypaflawiny i stwierdził już po jednym, najpóźniej po trzech zastrzyknięciach wyjaśnienie się moczu. Również i na zajęcie stawów leczenie to wywierało działanie pomyślne. Jako objawy uboczne, występowały w nielicznych przypadkach nudności, wymioty, czasem bezpośrednio po zastrzyknięciu.

(D. m. Woch. 1928 N. 35).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

W Towarzystwie lekarskiem Częstochowskim na posiedzeniu w dniu 21 stycznia 1928 r. Bram wygłosił odczyt. „Nowe metody w światłolecznictwie z szczególnem uwzględnieniem długofalistych promieni pozafioletkowych“. Po omówieniu ogólnych zasad fizycznych widna świetlnego prelegent zatrzymuje się obszerniej na własnościach pasma promieni pozafioletkowych (400 — 290 μ). Prelegent stwierdza, że działanie promieni pozafioletkowych oparte jest na dwóch zasadniczych czynnikach: 1) pośrednie fizyczno chemiczne działanie, wywołane zmianą jonów, co powoduje zmiany w bioelektrycznym napięciu komórki i 2) bezpośredni biochemiczny wpływ na przemianę materji, która przez zakłócenie równowagi kolloidów powoduje wzmożenie działalności, jak to się dzieje przy aktywacji protoplazmy według Weicharda lub w terapii drażnienia podług Biera. Promienie pozafioletkowe działają na ukształtowanie się obrazu krwi, na zawartość cukru we krwi (Andersen), na zatrzymanie się azotu, zmniejszenie wydzielania fosforanów, wzmożone wydzielanie kwasu moczowego i puryny. — Występujące po naświetlaniu lampą kwarcową zaczerwienienie skóry jest następstwem własności wydzielanych przez lampę krótkofalistych promieni pozafioletkowych, to też nie można naświetlać lampą kwarcową błon śluzowych, pozbawionych tej ochrony co skóra. Przemysł świetlny - terapeutyczny musiał przeto zająć się rozwiązaniem zadania, które polegało na zbudowaniu aparatu do naświetlań, posiadającego widmo ciągle z promieniami pozafioletkowymi włącznie aż do biologicznej granicy 290 μ , by tym sposobem dostarczyć optimum promieni leczniczych przy całkowitym braku przyługających. Problem ten rozwiązał Landecker przez skonstruowanie lampy noszącej nazwę „Ultra-Sonne-Dr. Landecker“.

Po omówieniu konstrukcji i metody stosowania tej lampy prelegent stwierdza, że przez wprowadzenie tej lampy Landeckera udało się rozszerzyć w znacznym stopniu zakres wskazań do stosowania naświetlań promieniami pozafioletkowymi. (Polsk. Gaz. Lek. 1928 N. 44).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Tow. Lek. w Bazylei omówił Berger na pos. z dnia 3-go maja r. b. wyniki badań swych nad szczepionką Calmette'a. Badania te miały na celu przekonanie się, czy bacillus C. G. daje się przeszczepiać, oraz czy jego jadowitość przy tem wzrasta. — W tym celu autor wstrzyknął dootrzewnowo 20 świnkom morskim po 1 miligramie szczepionki; zabieg ten pozostał bez jakie-

gokolwiek ujemnego działania. Sekcja tych zwierząt wykazała w 12 przyp. zmiany w sieci i otrzewnie. W tych wszystkich (12) przyp. udało się wywołać drogą przeszczepienia zmiany analogiczne u zwierząt nowych, jednak tylko do 2 razy; to znaczy, że trzeci pasaż już do skutku nie dochodził. Z badań tych wynika zatem, że prątek Calmette'a daje się przeszczepiać, ale jadowitość jego niewzrasta. Że może on być dla ustroju w pewnych warunkach szkodliwy, za tem przemawiają doświadczenia na królikach, którym wprowadzono drogą nakłucia podpotylicznego (w narkozie semnifenowej) 1 — 15 mlgr. szczepionki. Kilka z tych królików zginęło z powodu wtórnego zakażenia krwi, część zaś na zapalenie mózgu i opon mózgowych. Te ostatnie doświadczenia świadczą zatem, że prątek Calmette'a nie jest pozbawiony w zupełności własności toksycznych, jednak przejawia to się tylko w specjalnych warunkach (zastosowanie dużej ilości szczepionki oraz specjalny sposób jej wprowadzenia do organizmu), które różnią się wybitnie od tych, w jakich stosujemy tę szczepionkę profilaktycznie.

Lewy i Weiss podali w Berl. Tow. Lek. (pos. z dnia 4 VII-28) nową ścisłą metodę wykrywania zatrucia ołowiem. Metodę tę nazwali autorowie chronaksją, rozumiejąc pod tem słowem czas, potrzebny do wywołania widocznego skurczu mięśni, drażnionych prądem galwanicznym. — Dotychczas znane w klinice objawy zatrucia ołowiem (obwódka na dżiastach, nakrapiane erytrocyty) świadczą już o znacznym stopniu zatrucia ołowiem, nie nadają się przeto do wczesnego rozpoznania tego zatrucia. Otóż autorowie przeprowadzili systematyczne badania na robotnikach odpowiednich fabryk i poddali dokładnej obserwacji (analiza moczu oraz kontrolowanie obrazu krwi) tych z nich, u których stwierdzili odchylenia od normy w sensie zwiększonej lub zmniejszonej chronaksji. Na 300 robotników, zbadanych w kilkunastu fabrykach, znaleźli Lewy i Weiss patologiczne wartości dla chronaksji u 41, t.j. w 13,7% przyp. Z liczby tej u 38 ludzi otrzymali skrócenie czasu skurczu mięśni i tylko u 3 — przedłużenie. Pierwsza zatem, obejmująca 38 rob. grupa potwierdza prawo ogólne, że wszelkie porażenie nerwów jest zwykle poprzedzane przez okres wzmożonej ich pobudliwości i świadczą zarazem o wartości praktycznej powyższej metody dla wczesnego rozpoznawania zatrucia ołowiem.

Roye mówił w Tow. Lek. w Hamburgu na jednym z pos. majowych o umieralności z powodu błonicy. Na podstawie materiału, zabranego w szpitalu w Eppendorfie w ciągu lat 8 (1919—1927), a obejmującego 2199 przyp., podaje on, jako przeciętną liczbę śmiertelności 6,8%. Ta pomyślna statystyka upoważnia R. do zalecenia wyczekującego stanowiska względem metody czynnego uodpornienia, której wartość jest jeszcze wątpliwa. (Kl. Woch. Nr. 34 28 r.). Z. Św.

Z j a z d y.

Pierwszy zjazd lekarzy powiatowych Województwa Śląskiego.

W dniu 6 października r. b. o godz. 10-ej rano odbył się w Katowicach I-szy Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Śląskiego.

Otwarcia zjazdu dokonał krótkim przemówieniem p. Wiceojewoda Żurawski.

W imieniu Ministra Spraw Wewnętrznych (Departamentu

V Służby Zdrowia) powitał Zjazd inspektor Państwowej Służby Zdrowia Dr. Hryszkiewicz, wzywając zebranych do szerszego ujęcia i wyzyskania artykułów pruskiej instrukcji dla lekarzy powiatowych z 1906 r., omawiających sprawy higieny społecznej, i takichże rozporządzeń austriackiej ustawy z 1870 r.

Odrębną cechą Województwa Śląskiego w dziedzinie administracji sanitarnej stanowi mianowicie okoliczność, że ośmiu lekarzy powiatowych (Katowice-miasto, Katowice-wieś, Świętochłowice, Królewska Huta, Tarnowskie Góry, Lubliniec, Peczyna

i Rybnik) urzęduje według obowiązującej tam pruskiej ustawy z 1899 r., a trzech lekarzy powiatowych (Bielsko-miasto, Bielsko-wieś i Cieszyn) podlega starostom (względnie, jak w Bielsku-mieście, prezydentowi miasta, jako władzy I instancji), według austriackiej ustawy z 1870 roku.

Nadmienić należy, że żadna z ustaw sanitarnych, uchwalonych przez Sejm w Warszawie lub dekretem P. Prezydenta Rzeczypospolitej, dotychczas w Województwie Śląskiem nie obowiązuje oprócz dekretu P. Prezydenta o zwalczaniu jaglicy, który to dekret obowiązuje na całym obszarze Państwa.

Na Zjazd przybyło dziesięciu lekarzy powiatowych (prócz lekarza powiatowego na Bielsko-miasto) i zdało sprawozdanie ze swej działalności oraz ze stanu zdrowotnego w powiatach.

Jak ze sprawozdań wynika, stan zdrowotny w Województwie Śląskiem znacznie się różni w powiatach rolniczych i przemysłowych w zależności od warunków egzystencji. Mianowicie w powiatach rolniczych jest on naogół dobry, lecz w powiatach uprzemysłowionych daje się zauważyć znaczna liczba chorych na gruźlicę. Przyczyną gruźlicy jest przeludnienie mieszkań, złe odżywianie się, a głównie zanieczyszczenie powietrza, nasyczonego szkodliwymi gazami i dymem, wydobywającymi się z hut i kominów fabrycznych. Naprzykład w Lipinach powiatu świętochłowickiego ginie roślinność wskutek zatrucia powietrza przez fabrykę cynku i kwasu siarkowego. Towarzystwa przeciwegruźlicze egzystują prawie we wszystkich powiatach i przejawiają swoją działalność przez utrzymywanie przychodni wspólnie z Kasami Chorych, oraz przez organizowanie odczytów i wystaw. Szpitale Spółki Brackiej mają oddziały dla gruźlików, jak np. szpital w Wodzisławiu pow. rybnickiego, zgodnie z nowoczesnymi wymogami urządzony i prowadzony. Jaglicy w Województwie mało, tak, że specjalna walka poza leczeniem w przychodniach Kas Chorych nie jest prowadzona. Walkę z chorobami wenerycznymi prowadzą w swych przychodniach Kasy Chorych. Towarzystwa abstynentów prowadzą walkę zapomocą odczytów, ruchomych wystaw, plakatów i ulotek. W Tarnowskich Górach

egzystuje od 20 lat zakład dla pijaków pod nazwą św. Jana na 80 łóżek, prowadzony przez Braci Kamiljanów, lecz frekwencja jest b. mała. Zakład jest doskonale urządzony, posiada dobry oddział wodoleczniczy i niewygórowane ceny. Opłata w I-iej klasie za całodienne utrzymanie i pomoc lekarską wynosi 7 zł. 25 gr., w II kl. — 5 zł. 50 gr., w III klasie — 4 zł. 50 gr.

Dozór nad środkami żywności i przedmiotami użytku wykonywa Województwo w swoim zakładzie w Pszczynie. Zakład jest odpowiednio wyposażony i dobrze prowadzony.

Szpitalnictwo jest w rękach Województwa (Cieszyn — pierwszorzędny szpital na 240 łóżek), Spółki brackiej, która posiada 48 dobrze urządzonych szpitali, Wydziałów powiatowych, fundacji i prywatnych.

Prócz tego Województwo urządziło szpital przenośny na 35 łóżek (barak Dekera) w gminie Bojszowy Dolne powiatu pszczyńskiego wskutek epidemii czerwoności, która panowała w tym powiecie w roku 1926/7. Obecnie epidemia czerwoności wygasła i szpital będzie przeniesiony w inne miejsce, względnie oddany na inny użytek.

W toku dyskusji Zjazd stwierdził brak w kraju naszym podręczników dla lekarzy w języku polskim z dziedziny chorób zakaźnych, położnictwa, dezynfekcji, terminologii lekarskiej i innych, co wywołuje niepożądaną konieczność posługiwania się podręcznikami niemieckimi.

Naczelnik Wydziału Farmaceutycznego Departamentu Służby Zdrowia p. St. Gawiński zwrócił się do lekarzy powiatowych z zaleceniem propagowania tych osobiwek (specyfików) krajowych które dorównują zagranicznym, ze względu na straty, które ponosi Skarb Państwa przez zapisywanie niedozwolonych do przywozu i obrotu osobiwek zagranicznych, a które przez bliską granicę w wielkiej ilości są przemycane.

Po wyczerpaniu porządku dziennego Zjazd zamknął o godzinie 16^{1/2}.

Dr. W. H.

Krytyka lekarska.

Stosunek lekarza do akcji profilaktycznej¹⁾.

Podał

Prof. Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Dużo się teraz mówi o pauperyzacji zawodu Lekarskiego. Słyszemy się narzekania, że lekarzom powodzi się coraz gorzej, że od chwili wprowadzenia kas chorych wyrobienie praktyki stało się coraz trudniejsze. Istotnie, w wielkich miastach i w ośrodkach fabrycznych znaczna część klienteli prywatnej odpłynęła do lecznictwa społecznego. W Polsce proces ten jest stosunkowo świeży. W innych krajach, zwłaszcza w Niemczech, gdzie rozwój ubezpieczeń społecznych stoi bardzo wysoko, zawodowe organizacje lekarskie prowadzą od szeregu lat wyteżoną akcję w obronie swoich interesów. Walka ta bywa nieraz bardzo zacięta i, niestety, niezawsze rozgrywana z pożytkiem dla sprawy. Spróbujmy się zastanowić nad właściwą przyczyną zachodzącej tu kolizji interesów, a zobaczymy, że kasy chorych są tylko jednym z objawów procesu bez porównania ogólniejszego i głębszego, są tylko jednym z ogniw długiego łańcucha zjawisk, których całokształt da się określić terminem uspołecznienia pracy lekarskiej.

Medycyna wyrosła na lecznictwie. Nie sięgając w odległą przeszłość i ograniczając się do historii przeszłego stulecia, skonstatować musimy przemożny wpływ na medycynę wspaniałego rozwoju wie-

dzy przyrodniczej we wszystkich jej gałęziach. Możemy dziś bez porównania głębiej, niż przedtem, sięgnąć w istotę zjawisk życiowych zarówno w warunkach fizjologicznych, jak podczas choroby. Umieemy z nieporównanie większą ścisłością orjentować się w objawach chorobowych, ustalać przyczyny cierpienia, przewidywać następstwa i wpływać na przebieg procesu chorobowego. Pracownie, szpitale i kliniki doszły do zdumiewającego rozkwitu. Pomimo to wszystko jednak nie zmienił się zasadniczo stosunek lekarza do chorego. Naczelnym zadaniem medycyny jest ciągle jeszcze przywracanie zdrowia choremu tak samo, jak to było za czasów niemal Hippokratesa. Czy może to wystarczyć? Zobaczymy niebawem, że dziś już jest inaczej. Dzieje się to za sprawą dwóch momentów: jednym z nich jest dokładniejsze, niż przedtem, poznanie przyczyny chorób, drugim — wzrastająca komplikacja stosunków społecznych.

Co się tyczy punktu pierwszego, to stosunki odnośne zarysowują się najprzejrzyściej w dziedzinie chorób zakaźnych. Wspaniały rozwój bakteriologii, datujący się od ostatniej ćwierci przeszłego wieku, pozwolił nam wyodrębnić w każdej niemal chorobie swoisty zarazek, jako twór żywy, rozmnażający się i bytujący częściowo w ustroju chorym, częściowo poza nim. Z poznaniem przyczyny choroby zakaźnej stało się jasnym, że zwalczanie choroby oznacza tu w pierwszym rzędzie zwalczanie zarazka. Jeżeli zwalczanie go w ustroju chorym pokrywa się mniej lub więcej z zadaniami lecznictwa, to walka z zarazkami w bliższym i w dalszym otoczeniu chorego stawia przed nami zupełnie nowe

¹⁾ Ref. programowy, wygłoszony na II Zjeździe Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich we Lwowie.

zagadnienia. Poznanie życia zarazka w tych ostatnich okolicznościach, poznanie dróg przenoszenia się i szerzenia chorób zakaźnych, poszukiwanie sposobów tamowania tego szerzenia się — oto zespół zagadnień, którymi zajmuje się epidemiologia. W przeciwieństwie do patologii jednostki można ją określić jako patologię zbiorowiska ludzkiego. O ile lekarz w dawniejszym znaczeniu tego wyrazu miał do czynienia tylko z jednostkowym chorym organizmem, o tyle epidemiolog bada i zwalcza chorobę zakaźną, jako chorobę społeczną. Epidemiologia nie wyczerpuje całokształtu patologii społecznej. W zakres jej wchodzi badanie warunków szerzenia się i rozpowszechniania innych chorób, niekoniecznie zakaźnych. Każda choroba, każda ułomność ludzka ma szereg warunków i okoliczności, sprzyjających jej rozwojowi i rozpowszechnieniu. W każdym cierpieniu można szukać sposobów otamowania go z punktu widzenia ogólnego, sposobów, wychodzących poza obręb spraw organizmu jednostkowego. Postęp nauki sprawił naprzód, że interwencja etjologiczna stała się nierozdzielnie związana z głębszym poznaniem spraw chorobowych we wszelkich jej dziedzinach, następnie zaś, jako dalszy etap, przyszło usuwanie przyczyn, akcja zapobiegawcza w najszerszym znaczeniu tego wyrazu. Profilaktyka obejmuje, jak leczenie, dwie dziedziny: indywidualną, która polega na stwarzaniu takich warunków życia jednostki, w których szanse narażenia jej na cierpienia zostają zredukowane do jaknajdalej posuniętego minimum, i społeczną, która dąży do zmiany warunków ogólnych, powodujących rozpowszechnienie choroby. Wobec tych nowych zagadnień, nowych zadań i celów zmienia się zasadniczo rola lekarza i zadanie medycyny. Uzdrawianie przestaje wyczerpywać jej całość, staje się zaledwie jej częścią. Leczenie chorób zyskuje coraz potężniejszego współzawodnika w ochronie zdrowia.

Dotąd mówiliśmy o tej kategorii przyczyn dokonywającego się przeobrażenia medycyny, które były następstwem jej pogłębienia i rozwoju. Bez wspaniałego rozkwitu wiedzy przyrodniczej wogóle, a lekarskiej w szczególności przeobrażenie to nie byłoby nigdy nastąpiło. Druga przyczyna równie potężna, równie doniosła w swych skutkach tkwi w warunkach społecznych, w których żyjemy. Komplikują się one coraz bardziej, powodując coraz większe zazębianie się wzajemnych interesów. Nie będziemy tu rysowali całego obrazu. Wystarczy naszkicowanie momentów najważniejszych. Wielkie skupienia ludności, praca, wykonywana w wielkich zespołach, zawrotny rozwój techniki, bynajmniej nie zawsze liczący się z dobrem i zdrowiem jednostki — to wszystko wysunęło cały szereg nowych zagadnień w dziedzinie patologii i zwłaszcza w dziedzinie ochrony zdrowia. Statystyka oblicza dokładnie, ile kosztuje dzień choroby nie tylko w postaci poniesionych wydatków, ale przede wszystkim w postaci niewykonanej pracy. Życie ludzkie staje się wartością, którą można ściśle obliczyć. Zagadnienia polityki ludnościowej, gospodarcze zagadnienia żywnościowe, kwestje mieszkanictwa i komunikacji oddziałują głęboko i zasadniczo na zdrowie ludzkie. Wraz z tem wszystkiem profilaktyka społeczna rozszerza się do rozmiarów nieograniczonych. Wyrasta pojęcie higieny spo-

łecznej, społecznej walki o zdrowie, której treść wzbogaca się z każdym dniem, a zakres rozszerza się nieustannie. Z kolei rozwój higieny społecznej odbija się na lecnictwie. Społeczeństwo dzisiejsze, dbając o ciągłość i sprawność pracy, nie może się zgodzić, ażeby leczył się tylko ten, kto ma na to pieniądze, czas i zrozumienie. W interesie społeczności leży nie tylko, żeby się maszyny nie psuły, ale także, żeby ludzie najszybciej i jaknajskuteczniej powracali do zdrowia. Zjawia się leczenie społeczne, którego jednym z wyrazów są kasy chorych. Wyrastają problemy masowego leczenia, o których dawniej nie było mowy. Rozszerzeniem i uzupełnieniem masowego leczenia jest ubezpieczenie społeczne we wszelkich jego postaciach, ubezpieczenie od niezdolności do pracy, opieka nad matką i niemowlęciem, nad inwalidami pracy i t.p. Nie będziemy tu wyliczać wszystkich instytucji, których zespół tworzy aparat społecznej ochrony zdrowia. Wszelkiego rodzaju poradnie, kasy, sanatoria, kolenje letnie, polikliniki szkolne i wiele innych organizacji państwowych, społecznych i filantropijnych składają się na tę całość. A teraz jedna uwaga. Podkreśliliśmy tylko jeden tutaj motyw, a mianowicie, interes społeczny. Nie chcemy przez to bynajmniej pozostawiać w cieniu najważniejszych, najistotniejszych sprężyn uspołecznienia, a mianowicie pierwiastku solidarności i altruizmu, wrażliwości na cierpienie ludzkie i chęci przyniesienia ulgi — pierwiastków, z których wzięła początek medycyna wogóle, a które dziś nie przestają bynajmniej działać.

Widzimy, jak niesłychanie rozszerzyły się zadania lekarza współczesnego. Z cudotwórcy,wołanego tylko w ciężkich przygodach życia, niestety, jakże rzadko błogosławionego, lekarz staje się nie tylko doradcą codziennym, ale przede wszystkim kierownikiem i nauczycielem. Zamiast żyć z opłaty za przywracanie zdrowia choremu, mogącemu ponieść ten wydatek, lekarz wyrasta na prawodawcę w dziedzinie zdrowia nie tylko jednostki, ale przede wszystkim ogółu. Aby na tę rolę zasłużyć, aby godnie odpowiedzieć zadaniu, które życie wkłada na jego barki, musi lekarz zdobywać odpowiednią kompetencję. Musi znać nie tylko zawiły mechanizm procesów życiowych jednostki, rozpoznawać chorobę, wykrywać jej przyczyny, tamować jej bieg, i zapobiegać skutkom. Musi również dobrze znać warunki, od których zależy sprawność funkcjonowania maszyny społecznej. Musi wiedzieć, co trzeba uczynić, żeby zdrowie ludzkie we wszelkich zawodach, na każdym stanowisku i we wszelkich okolicznościach pozostawało na poziomie najwyższym. Musi umieć zapobiegać śmiertelności niemowląt, ochraniać rozwój fizyczny i umysłowy przyszłego młodego pokolenia, zabezpieczać człowieka przed działaniem szkodliwych wpływów otoczenia i pracy zawodowej, starać się o przedłużenie życia ludzkiego, o przywrócenie zdrowia choremu w jaknajkrótszym czasie i z jaknajlepszym wynikiem.

Zadanie to jest, zaiste, wielkie i skomplikowane. Od sposobu jego wykonania, od poziomu kompetencji zależeć będzie nie tylko dobrobyt lekarza i stanowisko społeczne jego zawodu, ale co jest stokroć ważniejsze — waga, jaką społeczeństwo zagadnieniom zdrowia udzielać będzie. Historia

rozwoju stosunków społecznych wykazuje dowodnie, że początkowo zdrowie w całym szeregu zagadnień nie było wcale brane w rachubę. Traktowano je tak samo, jak powietrze i wodę, jako zasób nieograniczony i niewyczerpany, którego straty wyrównują się automatycznie same przez się. Dopiero powoli i z trudnością przychodzą społeczeństwa ludzkie do przeświadczenia, że pogląd ten jest błędny i szkodliwy. Przełomowe momenty dziejowe, jak, na przykład, wojna światowa, stawiają te zagadnienia w świetle właściwym. Problematyka masowego wyżywienia i skutecznego i szybkiego leczenia, a przede wszystkim zagadnienia populacyjne nabierają wtedy szczególniejszej ostrości. Wojna światowa postawiła higienę społeczną na porządku dziennym w całym świecie. Najjaskrawszym tego przejawem było w całym szeregu państw wyodrębnienie zagadnień zdrowia i całokształtu spraw państwowych w postaci odrębnego ministerjum. Proces tego wyodrębniania idzie z żywiołową siłą i pomimo wahań, a nawet cofania się, jak to było w Polsce, prędzej czy później będzie aktualny w każdym kraju. W ten sposób zadanie lekarza rozszerza się jeszcze bardziej. Prędzej czy później zajmie medycyna społeczna należne jej stanowisko w państwie i w gminie, w prawodawstwie i w administracji.

Zapytajmy teraz, jak wygląda przygotowanie lekarza dzisiejszego do skomplikowanych jego funkcji. Rozróżniać tu należy dwie strony, a mianowicie przygotowanie fachowe i ideowe. Powiedzmy z góry, że tak jedno jak drugie jest najzupełniej niewystarczające. Powiedzieliśmy na wstępie, że medycyna dzisiejsza wyrosła na lecznictwie. Ten stygmat nosi na sobie do dziś dnia nauka uniwersytecka. Uniwersytety są tak, jak dawne szkoły kapłańskie, instytucjami, powołanymi do pielęgnowania tradycji pokoleń dawnych, pomnażania jej dorobkiem własnym i przekazywania jej następcom. Stąd płynie ich charakter konserwatywny. Ponieważ zaś pomnożenie dokonywa się wciąż pilnie, z wielkim sukcesem i na coraz większą skalę, ponieważ nauka uniwersytecka automatycznie niejako wciąż się doskonali, przeto reformować ją jest rzeczą trudną i ryzykowną. Czyż nie lepiej stwarzać wciąż nowe katedry, budować coraz zasobniejsze pracownie, kliniki i szpitale? Jedna rzecz stoi tylko temu na przeszkodzie, a mianowicie, ograniczona pojemność mózgu ludzkiego. Nie można uczyć się aż do siwego włosa. Człowiek musi w pełni sił przystępować do wykonywania swego zawodu, jeżeli ma to czynić sprawnie i z pożytkiem. Nauka uniwersytecka nie powinna i nie może trwać dłużej nad 5 — 6 lat. Wciąż wzrastający materiał naukowy musi w końcu doprowadzić do tego, że nauki przygotowawcze — biologia, chemia i fizyka — znajdują należne im miejsce w szkolnictwie średnim. Kiedyś czytać i pisać niemal uczono w uniwersytetach. Gramatyka, retoryka i t. p. stanowiły część integralną filozofji. Dziś mieści się to wszystko z powodzeniem w ramach szkoły powszechnej. Proces ten z nieubłaganą logiką musi się toczyć dalej, nie może zatrzymać się w pół drogi. Usunięcie nauk przygotowawczych do szkoły średniej ułatwi znacznie zadanie dydaktyczne wydziałów lekarskich.

Drugie ułatwienie musi iść w kierunku upo-

dobnienia nauczania lekarskiego do nauczania innych dyscyplin uniwersyteckich. Jak to słusznie podkreśla w swej pięknej monografji Simon Flexner, profesor nie powinien kusić się o nauczanie wszystkiego. Powinien dać słuchaczom metodę pracy, metodę stawiania i rozwiązywania zagadnień. Tą drogą osiągnie się znaczne podniesienie sprawności i ogromną oszczędność czasu. Droga to trudna, nie dla każdego dostępna. Przyniesie ona podniesienie poziomu uczących i racjonalną selekcję studujących. I jedno i drugie stanowi dziś problemat niezmiernie palący. Odbije się to wszystko przytem bardzo dodatnio na wynikach studiów, przynosząc znaczne pogłębienie naukowe. Dziś student wychodzi z uniwersytetu ze specjalnem nastawieniem natury, powiedziałbym, intuicyjnej i mnemotechnicznej. Szybko wiązać ze sobą objawy w całość chorobową, sprawnie znajdować skuteczne metody interwencji — oto czego uczy się student, z czego potem składa się praca dobrego lekarza. Są to niewątpliwie atuty pierwszorzędne, ale jakże jednostronne. Jeżeli niema nic więcej, cierpi na tem bardzo często chory, a zawsze niemal sprawa społeczna.

Mówiliśmy dotąd przeważnie o sposobach zaoszczędzenia czasu nauki. Pomówimy teraz o właściwych brakach w nauczaniu. Sprawami profilaktyki, a właściwie zdrowia zajmować się ma higienista. Wystarczy jednak wziąć pierwszy z brzegu podręcznik, nawet najlepszy, ażeby się przekonać, w jak niezadawalający sposób wywiązuje się ta dyscyplina z ciążących na niej zadań. Z jednej strony widzimy przeładowanie rozmaitemi wiadomościami technicznymi, których teoria nie wykracza przeważnie poza obręb elementarnej fizyki i chemji. Wiadomości tych jest zamało, ażeby lekarz mógł zastąpić lub nawet skontrolować technika. Lekarz pozostanie w tej dziedzinie zawsze słabym dyletantem. Ale zato balast ten obciąża bardzo i niepotrzebnie umysł uczącego się. Obok wiadomości technicznych znajdujemy szereg powtarzań z dziedziny fizjologii, które wraz z pierwszą kategorią danych tworzą tak zwaną higienę ogólną (woda, grunt, powietrze, światło, odzież i t. p.). Dalsza część — to przeważnie bakterjologia. To wciągnięcie bakterjologii w ramy higieny doszło do największego rozwoju w Niemczech, gdzie do ostatnich niemal czasów profesor higieny był synonimem bakterjologa. W mniejszym stopniu było tak wszędzie. Nie wychodziło to na dobre ani bakterjologii, ani higienie. Dopiero w ostatnich czasach zaczął się pewien zwrot. Zjawily się specjalne działy higieny, jak na przykład higiena szkolna. Rozmaite działy medycyny klinicznej zaczęły kłaść coraz większy nacisk na sprawy profilaktyki i higieny. Na pierwszym miejscu należy tu wymienić pedjatrię, która zaczęła najwcześniej interesować się i uczyć higieny niemowlęstwa i wieku dziecięcego. To samo dotyczy położnictwa, traktującego bardzo zasadniczo higienę ciąży i porodu. W innych działach medycyny sprawa profilaktyki i higieny wygląda niejednolicie i naogół niedostatecznie. Wszystkie te uzupełnienia higieny pochodzące przeważnie z zewnątrz, nie mieszczą się w ramach oficjalnej dydaktyki higienicznej. Ten stan rzeczy wymaga koniecznie poprawy. Profilaktyka i higiena musi być traktowana zasadniczo

i gruntownie we wszystkich gałęziach medycyny. Jest to zadanie wdzięczne i łatwe. Ale co dotąd czeka całkowicie niemal na uwzględnienie, to właśnie środowisko ludzkie, jako zespół warunków, od których zależy życie i zdrowie. Te wszystkie zagadnienia, które szkicowaliśmy powyżej, te wszystkie nowe zadania, które spadają na lekarza w warunkach dzisiejszego życia społecznego, nie znajdują dotąd niemal wcale miejsca w nauczaniu higieny. Istnieje pewien ogólny zbiornik, noszący popularnie nazwę higieny społecznej, do którego każdy wkłada, względnie każdy zeń czerpie to, co go interesuje. Dla jednego będzie to epidemiologia, dla drugiego kwestje populacyjne i statystyka, dla trzeciego sprawy żywienia i t. d. Brak dotąd systematycznego rozbicia tego olbrzymiego zespołu zagadnień na poszczególne dyscypliny, z których każda musi być przedmiotem nauczania uniwersyteckiego, jeżeli przyszły lekarz ma się orjentować w całokształcie zjawisk, z którymi spotka się po wejściu w życie. Brak na przykład działu tak doniosłego, jak higiena pracy, z którą wiąże się określanie niezdolności do pracy i orzecznictwo wogóle. Podkreślamy ten brak specjalnie dlatego, że z tem zadaniem spotka się na samym progu swej działalności zawodowej każdy lekarz, pracujący w kasie chorych. Nauczanie w tych wszystkich dziedzinach nie może być czysto teoretyczne. Tak samo jak student dopiero w klinice uczy się stosować na konkretnym obiekcie zdobyte przez siebie wiadomości z fizjologii i z patologii, tak samo wiadomości z higieny społecznej muszą już na ławie uniwersytetu przejść próbę zastosowania w odpowiednich warsztatach pracy. Przychodnia przeciwgruźlicza, poliklinika szkolna, ośrodek zdrowia i kasa chorych muszą wejść praktycznie w obręb nauczania uniwersyteckiego. Kto wie, czy właśnie te praktyczne warsztaty nie wskażą drogi, po której pójdzie rozwiązanie problemów nauczania teoretycznego. Instytucje te, bez których niepodobna sobie wyobrazić dzisiejszego życia, wyprzedziły dydaktykę uniwersytecką. Pracy w tych dziedzinach uczy się młody lekarz dopiero na posadzie, dopiero przy samym warsztacie. Oczywiście, dzieje się to z krzywdą i jego własną i klienteli. Lekarz terminuje tu, jak w rzemiośle. Ta mozolna i mało wydajna droga zdobywania własnego doświadczenia musi ustąpić miejsca innym racjonalniejszym metodom. Uniwersytet dzisiejszy nie znajduje na to czasu. Powstają uczelnie specjalne — szkoły higieny, akademje medycyny społecznej — mające na celu przygotowanie lekarza do pracy na tych nowych warsztatach. Jest to niewątpliwie ulepszenie dydaktyczne, ale nie może ono wystarczyć na stałe. Przedewszystkiem przedłuża to studia lekarskie w sposób wysoce niepożądany. Następnie studia te są udziałem stosunkowo nielicznej grupy lekarzy komunalnych i państwowych, gdy tymczasem zastęp lekarzy, potrzebujących tego przygotowania, jest bez porównania większy. Wreszcie ten stan rzeczy utrwała panująca dzisiaj dwutorowość przygotowania lekarskiego, szkodliwą z punktu widzenia zasadniczego.

Tu przychodzimy do drugiej kategorii braków dzisiejszego przygotowania lekarskiego, braków bez porównania ważniejszych, dotyczących strony ideowej. Lekarz o wychowaniu, nastawionem wy-

łącznie na lecznictwo indywidualne, względnie na praktykę prywatną, będzie zawsze uważał tę ostatnią za zasadniczą podstawę swego bytu i powołania. Praca w dziedzinie profilaktyki i społecznej ochrony zdrowia będzie dla niego zawsze czemś drugorzędnym, dodatkowym, nie wymagającym specjalnego przygotowania. Lekarz taki nie zrozumie nigdy właściwej roli całego współczesnego aparatu publicznej ochrony zdrowia. Rozwój tego aparatu, z natury rzeczy ograniczający praktykę prywatną, będzie miał w takim lekarzu człowieka niechętnego, jeżeli nie usposobionego wrogo. Ideologia takiego lekarza będzie zawsze skłaniała się ku poglądom wstecznym, kłócącym się z dzisiejszą linią rozwoju społecznego. Literatura zawodowa wszystkich krajów obfituje w przykłady takiego stanowiska. Są to utwory nieraz brutalne, czasem dowcipne lub pełne talentu, zawsze jednak kłócące się z życiem. Konkurencja jest tam podniesiona do roli wszechpotężnego czynnika. Praca lekarska wygląda jak kapłaństwo, byle tylko dokonywała się w prywatnym gabinecie. Wiele mówi się o niciach uczuciowych, nawiązujących się między lekarzem a pacjentem, jakgdyby to mogło mieć miejsce wyłącznie w prywatnej i płatnej praktyce. Natomiast zapomina się zupełnie o tem, jak często lekarz dzisiejszy właśnie w prywatnej praktyce boleśnie odczuwa konieczność utrzymywania się z opłaty, branej za przywrócenie zdrowia. Jak często wynikają kolizje na tem tle, że chory nie ma za co się leczyć, a lekarz żyć musi. Wreszcie ideologia ta nie liczy się wcale ze społecznym znaczeniem leczenia masowego i powszechnej ochrony zdrowia. Tymczasem, co jak co, ale to właśnie jest dziedziną, w której medycyna staje się naprawdę kapłaństwem. Lekarz ze sługi człowieka pojedynczego i to takiego tylko, którego stać na to, staje się nauczycielem, kierownikiem i prawodawcą całego społeczeństwa. Uniwersytety muszą tę społeczną rolę lekarza wziąć za moment zasadniczy w dydaktyce i w wychowaniu przyszłych lekarzy. Propedeutyka, której młody student powinien słuchać na samym wstępie swej pracy uniwersyteckiej, musi oprzeć całą swoją treść na społecznej roli lekarza. Altruizm, miłość bliźniego, pragnienie niesienia pomocy są piękną stroną powołania lekarskiego. Stokroć ważniejsze jednak jest wskazanie mu jego przyszłej roli społecznej. Luka, z którą się w tej mierze spotykamy, musi być wypełniona prędko, świadomie i ze zrozumieniem rzeczy. To, co możnaby nazwać socjologią lekarską, musi wejść w obręb najpierwszego przygotowania uniwersyteckiego.

Jeżeli teraz spróbujemy sformułować konkretne postulaty, wypływające z wywodów powyższych, to będą one wyglądały, jak następuje:

1) Dydaktyka uniwersytecka na wydziałach lekarskich musi zmienić, względnie rozszerzyć swoje założenia. Dotychczasowe nastawienie lekarza wyłącznie w kierunku lecnictwa nie jest wystarczające. Ochrona zdrowia indywidualna i społeczna musi się stać częścią integralną nauczania lekarskiego we wszystkich jego działach.

2) Nauczanie to nie może być czysto teoretyczne. Student powinien praktykować w czasie pobytu w uniwersytecie w rozmaitych instytucjach publicznej ochrony zdrowia, jako to: w rozmaitych

poradniach, w ośrodkach zdrowia, w kasach chorych i t. p.

3) Szczególnie paląca jest potrzeba wprowadzenia do zakresu dydaktyki uniwersyteckiej higieny pracy i oceny niezdolności do pracy. Podstawą i wstępem do tego powinno być należyte traktowanie w propedeutyce lekarskiej zagadnień społecznych i ustosunkowania się lekarza do tych problemów.

Jesteśmy u kresu naszych wywodów. Zaczęliśmy od trosk o pauperyzację zawodu lekarskiego, trosk czysto materialnych. Aż nazbyt często zapominamy o innej, daleko groźniejszej pauperyzacji, o zubożeniu naukowem, w którym żyje rosnąca dziś generacja naszych lekarzy. Książki nie znajdują zbytu. Czasopisma nie mają czytelników. Składa się na to niewątpliwie do pewnego stopnia ogólne zubożenie materialne inteligencji. Nie ostatnią jednak rolę odgrywa także nieumiejętność pracy naukowej na nowych warsztatach, obojętność

względem materiału, który się traktuje wyłącznie zarobkowo. Lekarz dzisiejszy umie pracować naukowo tylko w laboratorium lub w klinice. Lekarz przyszłości musi się nauczyć naukowego wyzyskiwania przychodni, ośrodka zdrowia i wszelkich instytucji pokrewnych. Tak długo, póki tego nie będzie, będzie wciąż wisiała nad młodym lekarzem groźba wyjąłowania, a praca, wykonywana w tych warunkach, nie będzie mu dawała zadowolenia. Ażeby temu zaradzić, ażeby pracę lekarza w dziedzinie higieny społecznej uczynić naprawdę naukową, niezbędna jest kierownicza i czynna rola uniwersytetu. Dzisiejsze kliniki powstawały ze szpitali, które początkowo tylko ściśle praktyczne funkcje spełniały. Oby w najbliższej przyszłości tej samej ewolucji uległy wszelkiego rodzaju poradnie, przychodnie, a zwłaszcza niech jaknajprędzej praca naukowa stanie się udziałem lekarzy kas chorych. Wyjdzie to na dobre i klienteli, i sprawie społecznej i w nieostatnim rzędzie samym lekarzom.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Streszczenie Sprawozdania inż. St. Kempnińskiego z wystawy p. n.: „Odżywianie” w Berlinie.¹⁾

Wystawa pod nazwą „Odżywianie” odbywała się w Berlinie od początku maja do sierpnia.

Wystawa ujęta została w 4 działy, a mianowicie:

- a) podstawy odżywiania,
- b) środki żywności oraz ich wytwórczość,
- c) rola odżywiania w życiu codziennym,
- d) odżywianie dzieci, chemia kulinarna i odnośne piśmiennictwo.

Organizacją tej wystawy zajęły się poszczególne władze ministerjalne, a zwłaszcza państwowy urząd zdrowia (Reichsgesundheitsamt) oraz najwybitniejsi uczeni i fachowcy w tej dziedzinie.

Przestrzeń, zajęta przez wystawę, wynosiła 45 tysięcy metrów, co daje pojęcie o jej ogromie.

W pierwszej hali pod nazwą „wiedza” zgromadzone były eksponaty, tablice i wykresy, dotyczące składu chemicznego organizmu ludzkiego, pożywienia potrzebnego do normalnego rozwoju, eksponaty, z anatomii, fizjologii, odżywiania zbiorowego, odżywiania matki i dziecka, z dziedziny tworzenia się pożywienia, badania chemicznego, mikroskopowego i bakteriologicznego żywności, statystyki i z historii odżywiania.

Imponujące wrażenie przy wejściu na wystawę wywierał olbrzymi posąg „matki — ziemi — żywicieli” w postaci kobiety, tulącej dwoje dzieci do łona.

Było tu uwidocznione w sposób niezwykle poglądowy, jakie pokarmy niezbędne są do wyżywienia dorosłego człowieka w ciągu jednego roku.

Piękne modele wywierały zdumiewające wrażenie na każdym widzu, a jednocześnie nasuwała się myśl o tych olbrzymich ilościach żywności, niezbędnej do wyżywienia dużego miasta. Bezpośrednio obok tego uwidoczniono, jak Berlin zorganizował odżywianie swej czteromilionowej ludności. Przedstawiono więc mapę państwa niemieckiego z jego lądowymi i wodnymi drogami, z portami morskimi, a pośrodku tej mapy uwytkulono stolicę, oświetloną mnóstwem laterek elektrycznych.

Ze wszystkich stron kraju i świata zbiegają się ku miastu pociągi, naładowane produktami wszelakimi: bydłem rogatym, świniami, a do portów przybywają okręty z żywnością z krajów zamorskich. Ani na chwilę nie przerywa się ruch pociągów towarowych, które wchłania w siebie miasto — jego żołądek. Żołądek ten pożera setki milionów kilogramów i litrów najrozmaitszego jada.

Baczną uwagę zwrócono również na odżywianie matek i dzieci: na obszernych stołach rozstawione były talerzyki z dziennymi porcjami różnych pokarmów dla dzieci od najmłodszych lat. Porcyjki te, doskonale imitujące naturalne pokarmy, służyły niejednej matce za drogowskaz, jak należy urozmaicić tygodniowy jadłospis dla swych pociech.

Dział badania żywności, urządzony przez państwowy urząd zdrowia, odznaczał się niezwykłą obfitością i umiejętnością doboru odpowiedniego materiału.

Dział ten, zajmujący dwie wielkie sale oraz laboratorium chemiczne do badań żywności, obejmował wszystkie produkty spożywcze w postaci bądź to naturalnej, bądź też w postaci sztucznych, niezwykle ładzących podobnych do rzeczywistych modeli, szczególnie tych produktów, które ulega-

¹⁾ Otrzymano z Departamentu Służby Zdrowia.

ją łatwemu zepsuciu, jak mięsa, ryb, jarzyn, owoców i t. p.

Uwagę zwracał oddzielny duży stół, na którym umieszczone były wszelkie produkty spożywcze i przedmioty użytku, ulegające zakwestjonowaniu na podstawie istniejącej niemieckiej ustawy żywnościowej. Oddzielnie stały produkty szkodliwe dla zdrowia, jak grzyby trujące, chleb ciagliwy (zawierający *bacillus mesentericus*), naczynia kuchenne, zawierające ołów w polewie i t. p.; dalej produkty zepsute, podrobione, zafałszowane, fałszywie oznaczone lub niechlujnie przyrządzone.

Pozatem wystawa dawała całokształt wiedzy o witaminach w formie jasnej i zciekawiającej. Najrozmaitsze artykuły żywności pochodzenia zwierzęcego lub roślinnego, bądź w naturze, bądź w modelach, uszeregowane były wedle zawartości w nich różnych rodzajów witamin.

Wspaniale urządzonej pokaz odżywiania się różnych narodów wyobrażony był w ten sposób, iż w oszklonych zagłębieniach dużej ściany, od wewnątrz elektrycznie oświetlonych, poustawiane były produkty roślinne i zwierzęce, które stanowią charakterystyczną odrębność danego kraju, w odpowiednich naczyniach i oryginalnem opakowaniu. Tak, na przykład, Włochy reprezentowane były przez owoce południowe, wino, orzechy, oliwę; makaron, kukurydzę i t. p., Chiny przez ryż, herbatę, suszone ryby, wino, z ryżu przyrządzone i t. p.

W hali drugiej znajdowały się rozmaite wytwórnie produktów spożywczych, poglądowo i celowo urządzone, jak np. nowoczesna mechaniczna piekarnia.

Przeglądając się pracy tego aparatu mimowolj podziwiać trzeba pomysłowość i precyzyjność współczesnej techniki.

Pozatem w hali tej umieszczony był wzorowy młyn, wytwórnie czekolady, ciast i t. p.

Przemysł cukrowniczy wystawił model cukrowni, w której uwidoczniło wyrób cukru począwszy od buraka.

Podobne wzorowe urządzenia dawały dokładne pojęcie o fabrykacji olejów jadalnych, margaryny, o przeróbce mięsa w masarniach i wędzarniach i t. p.

Specjalny obszerny dział poświęcony był mleku i jego przetworom. Pokazano więc wzorowo urządzonej oborę z 8 krowami różnych ras, które w obecności widzów dojone były z pomocą przyrządu elektrycznego. Mleko, tak dobyte, natychmiast chłodzono, sterylizowano i butelkowano.

W hali IV umieszczono pokazy z dziedziny przyrządzania pożywienia, a więc nowoczesne urządzenia kuchenne zwykłych gazowych i elektrycznych. Tu odbywały się wykłady z dziedziny prowadzenia gospodarstwa domowego i umiejętnego przyrządzania potraw.

Na wolnem powietrzu, obok pięknie urządzonego ogrodu warzywnego oraz zagród i domków z różnemi zwierzętami domowemi i drobiem, stały 3 olbrzymie wozy z sianem, wóz z wszelkiem innem pożywieniem, jakie zjada krowa w ciągu jednego roku, tuż zaś obok, — znacznej wielkości piramida, składająca się z konwii 50 litr., wyobrażająca tę ilość mleka, którą krowa w ciągu roku wzamian daje.

Wystawa berlińska całym swym ogromem tak umiejętnie i poglądowo zebranego materiału przemawiała zarówno do lekarza, jak i higienisty, do chemika, polityka, nauczyciela, do uczonego i wieśniaka, wytwórcy i kupca i wogóle do każdego widza.

Wiadomości bieżące.

— Odezwa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich do zarządów zdrojowisk, Uzdrowisk i Zakładów Lecznicznych w Polsce.

Doceniając w należytej mierze wielkie znaczenie uzdrowisk, jako wytwórni zdrowia i jako ważnego czynnika gospodarstwa krajowego, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich — wśród swych zadań — w ciągu ostatnich 3 lat wysunęło stałe i planowe dążenie do przyczynienia się do możliwie szybkiego dźwignięcia naszych uzdrowisk na poziom wymagań współczesnych.

W okresie wiosennym przed rozpoczęciem leczniczych sezonów w uzdrowiskach odbyły się w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich już 3 cykle odczytów balneologicznych, które zapoznały szersze koła lekarskie i liczne osoby zainteresowane z obecnym stanem urządzeń wielu naszych uzdrowisk. W akcji szerokiego spopularyzowania naszych uzdrowisk a tem samem odciągnięcia publiczności naszej od uzdrowisk zagranicznych wzięły dotychczas udział uzdrowiska następujące: Busk, Ciechocinek, Drusieniki, Grodzisk, Inowrocław, Krynica, Morszyn, Nałęczów, Rabka, Szczawnica, Truskawiec, (w r. 1926), Iwonicz (w r. 1927), Kosów, Lubień, Niemirów, Solec (w 1928 r.); powtórnie Krynica (1927) i Truskawiec (1928 r.).

Prócz obrazu urządzeń poszczególnych uzdrowisk staraniem Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich omawiane były również w odczytach zagadnienia z dziedziny balneo i klimatologii w zastosowaniu do naszych uzdrowisk, dalej tematy, doty-

czące całych grup uzdrowisk, budzących się dopiero do życia (uzdrowiska doliny Prutu, jaru Dniestrowego, Pomorza) wraz z uwzględnieniem wskazań leczniczych; wreszcie szeroko były traktowane sprawy gospodarcze naszych uzdrowisk.

Odczyty w tej dziedzinie zawdzięczamy stałej współpracy i pomocy Związku Uzdrowisk Polskich, ściślej mówiąc, Członków Zarządu tej instytucji, która za cel postawiła sobie gospodarczą organizację naszych uzdrowisk, a która w swej planowej i energicznej akcji zdołała już zespolic w ramach Związku większość naszych uzdrowisk łącznie z uzdrowiskami państwowemi.

Ważne posunięcie uczyniło Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w r. 1927, składając p. ministrowi oświaty i wyznań religijnych i p. ministrowi spraw wewnętrznych memoriał, uzasadniający potrzebę niezwłocznego utworzenia katedr z dziedziny balneo i klimatologii polskiej na wydziałach lekarskich naszych uniwersytetów, gospodarcza bowiem organizacja uzdrowisk musi być oparta na fundamencie naukowej organizacji tychże. W instytucjach specjalnie temu celowi poświęconych na równi z pracą badawczą nad działaniem naszych zdrojów i naszego klimatu, odbywałoby się szkolenie przyszłych adeptów medycyny, jako pionierów naszego zdrojo i klimatolecznictwa.

Odczyty były licznie uczęszczane tak przez lekarzy, jak i przez publiczność; zazwyczaj rozwijała się po nich ożywiona dyskusja; niektóre odczyty ukazały się już w druku i stały się przeto dostępne dla ogółu tak, że akcja odczytowa niewątpliwie dobrze spełniła swe zadanie na rzecz propagandy naszych uzdrowisk.

Faktem wysoce dodatnim jest, że we wszystkich prawie uzdrowiskach naszych widzimy ciągły postęp czy to w inwestycjach, czy w melioracjach, a niektóre uzdrowiska wykazują niezwykle wprost rozwój. Jednakże bardzo jest jeszcze tutaj dużo do zrobienia i dlatego rozpoczęte dzieło propagandy naszych uzdrowisk należy prowadzić niemal z niesłabnącą energią, potrzeba bowiem nieustannych bodźców, jako zaczynu twórczego, podtrzymującego wysiłki poszczególne i sprowadzającego je do wspólnego mianownika. Celem zabiegów Stowarzyszenia Lekarzy Polskich jest możliwie szybkie wciągnięcie do wspólnego działania wszystkich naszych uzdrowisk. A że z roku na rok liczba nowych uzdrowisk, biorących udział we wspólnej akcji, powiększa się i że niektóre uzdrowiska już w r. z. zapowiedziały swój udział w akcji odczytowej w r. 1929, więc wnosząc stąd można, że zespolenie wszystkich naszych uzdrowisk ku podniesieniu zdrojownictwa naszego do poziomu europejskiego ziści się w niedługim czasie.

W tem głębokiem przeświadczeniu Stowarzyszenie Lekarzy Polskich przystępuje do zorganizowania w r. 1929 4-go cyklu odczytów z dziedziny balneo i klimatologii polskiej i powołując się na swą wstępną okólnikową odezwę z lipca r.b., przypominającą potrzebę systematycznego zbierania materiałów na odczyty r. 1929, zwraca się do Zarządów Uzdrowisk z wezwaniem o wczesne nadsyłanie zgłoszeń na odczyty, aby materiał odczytowy można było rozplanować odpowiednio i rozpocząć odczyty już z początkiem roku przyszłego.

Jako ogólną wskazówkę co do treści odczytów, podajemy poniżej wyjątek z 1-szej odezwy Stowarzyszenia Lekarzy Polskich: „Każdy zakład leczniczy przysłał sam na dany termin swego mówcę, który w krótkim a zwięzłym odczycie, trwającym nie dłużej, niż godzinę, przedstawi dane geologiczne i klimatyczne, własności zdrojów, komunikację, urządzenia balneologiczne, wskazania lecznicze, warunki pobytu, projekty ulepszeń na przyszłość. Po odczycie dyskusja. Postawione dezyderaty będą skrupulatnie notowane i będą przesyłane Zarządom wód oraz brane pod uwagę przy wycieczkach do naszych zdrojowisk, organizowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w celu poznania naszych zdrojowisk na miejscu.” Rzecz prosta, że odczyty — prócz ogólnej charakterystyki urządzeń uzdrowiskowych — w równej mierze uwzględniać mogą zagadnienia z dziedziny gospodarki lub lecznictwa uzdrowiskowego. Wkońcu nadmieniamy, że pożądane jest krótkie streszczenie odczytu celem umieszczenia w pamiętniku Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz notatka późniejsza ze wskazaniem czasopisma, o ile odczyt został wydrukowany.

Z wysoce poważaniem

Sekretarz Członek-Zarządu
Dr. B. Rajpert

Przewodniczący
Dr. E. Osiński

— Odezwa Zarządu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w sprawie popierania naszego przemysłu uzdrowiskowego i chemiczno-farmaceutycznego.

Naczelnym celem społeczeństwa, jego organizacji i osób uświadomionych musi być planowa działalność, zmierzająca ku doprowadzeniu wytwórstwa krajowego do stanu samowystarczalności w przeważnej przynajmniej ilości dziedzin i ku osiągnięciu takiego poziomu wytwórstwa, abyśmy za wywożone zagranicę płody naszego przemysłu mogli otrzymać takie wartości, któreby pozwoliły nie tylko pokryć wydatki na płody, których sami nie mamy, ale jeszcze mieć i zyski.

Doceniając w należyty stopniu wielką wagę powyższego zagadnienia zarówno dla stosunków ekonomicznych, dla dobrobytu kraju, jak i ze względów moralnych, dla powagi Państwa i pojmując, że jednym z czynników, sprzyjających pomyślnemu rozwojowi wytwórstwa rodzimego, jest popieranie wyrobów swoich i zadawanie się nimi zamiast sprowadzania wyrobów obcych, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, jako instytucja zawodowo społeczna o ideologii narodowej, w zakresie dostępnego jej oddziaływania, niejednokrotnie czyniła i stale czyni wysiłki ku podniesieniu i wzmoczeniu wytwórstwa krajowego.

Propaganda na rzecz uzdrowisk naszych celem odciągnięcia naszej publiczności od wyjazdów do uzdrowisk zagranicznych, a więc celem powstrzymania tą drogą pieniędzy w kraju i użycia ich do podniesienia zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, jako jednej z gałęzi gospodarstwa narodowego, — oto dziedzina, w której Stowarzyszenie Lekarzy Polskich od 3 lat bierze żywy, czynny udział, a wiosną roku przyszłego wzorem lat ubiegłych również zorganizuje w siedzibie swej 4-tą z kolei serję odczytów o obecnym stanie naszych zdrojowisk i uzdrowisk dla lekarzy i dla osób zainteresowanych.

Na potrzebę popierania naszego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego Stowarzyszenie Lekarzy Polskich zwróciło pilną uwagę jeszcze przed wojną światową, w chwili powstawania tego przemysłu i w r. 1911 powołało do życia komisję przemysłowo-lekarską do badania i oceny wyrobów krajowych, do wydawania odpowiednich orzeczeń, do urządzania konferencji i odczytów oraz pokazów wytwórczości krajowej i t. d.; staraniem tej komisji oraz Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego wyszedł w r. 1913 1-szy spis środków lekarskich wyrobu krajowego. Po wojnie zaś z powodu zalewu naszego rynku chemiczno-farmaceutycznego wyrobami obcymi, z inicjatywy i staraniem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich przy wydatnej współpracy i pomocy przedstawicieli nauki lekarskiej, przemysłu farmaceutycznego i sfer farmaceutycznych wyszedł w 1927 r. nowy spis środków leczniczych wyrobu krajowego w postaci kartonowej broszury o 150 stronicach z podaniem firmy, wyglądu i wskazań, składu, sposobu stosowania oraz wymienieniem, jakie przetwory obce zastępuje dany przetwór krajowy. Spis ten, stanowiący ogromne ułatwienie w wyborze preparatu, rozesłano wszystkim lekarzom, a i obecnie wskutek umieszczonej przez Stowarzyszenie Lekarzy Polskich wzmianki w prasie lekarskiej, że pozostała jeszcze pewna liczba egzemplarzy na składzie, napływają do Stowarzyszenia Lekarzy liczne zapotrzebowania na tę broszurę.

Obecny moment rozbudzonego czucia społecznego i wzmoczonej akcji społeczeństwa w kierunku popierania wytwórczości rodzimej w rozmaitych jej dziedzinach przez nabywanie wyrobów krajowych oraz przez oddziaływanie na psychikę społeczeństwa celem przezwyciężenia zakorzenionej nieufności względem wyrobów swoich daje nam możliwość dołączenia i naszego głosu na rzecz jaknajenergiczniejszego popierania rodzimego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, a to tembardziej, że nasze wytwórstwo w zakresie przetworów i specyfików leczniczych stało już na wysokim poziomie i — z nielicznymi wyjątkami — może zaspakajać wymagania lecznicze.

Jednocześnie odwołujemy się do naszego przemysłu farmaceutycznego o dalsze usilne podnoszenie wartości preparatów krajowych.

Pragnęlibyśmy gorąco, aby nasz głos drogą prasy lekarskiej naukowej i zawodowo-społecznej oraz prasy codziennej dotarł do wszystkich lekarzy Rzeczypospolitej i aby był zrozumiany, jako akcja społeczno-lekarska na rzecz całego popierania przez lekarzy zarówno naszego przemysłu uzdrowiskowego, jak i chemiczno-farmaceutycznego.

A więc Koledzy! Korzystajmy nie tylko przedewszystkiem z naszych uzdrowisk, ale i zalecajmy przedewszystkiem środki krajowe, które częstokroć zupełnie odpowiadają środkom zagranicznym.

Sekretarz-Członek Zarządu
Dr. B. Rajpert.

Przewodniczący
Dr. E. Osiński

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, ogłasza w r. b. konkurs z funduszu ś. p. D-ra Edwarda Zielińskiego w wysokości złotych 2.000.

Według woli testatora, warunki konkursu brzmią, jak następuje:

1. Stypendjum przeznaczone jest na wyjazd zagranicę, jednego z asystentów szpitalnych (chirurga, lub internisty) z żądaniem złożenia szczegółowego sprawozdania ze swej podróży. (Wysokość nagrody zł. 2.000)

2. Kandydaci do otrzymania stypendiów, asystenci oddziałów wewnętrznych lub chirurgicznych szpitali miejskich w Warszawie, muszą być Polakami, wyznania rzymsko-katolickiego.

3. Do podania o stypendjum dołączyć należy następujące dowody:

a) curriculum vitae;

b) zaświadczenie naczelnego lekarza, że kandydat przez dwa lata pozostawał na stanowisku asystenta szpitala;

c) zaświadczenie ordynatora oddziału o zaletach kandydata.

Termin składania podań upływa dnia 1 grudnia 1928 r.

Sekretarz Stały:

Prof. Dr. A. Gluziński.

www.dlibra.wum.edu.pl

— Z inicjatywy Departamentu V Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i przy współudziale klinik okulistycznych Uniwersytetu Warszawskiego, Krakowskiego i Wileńskiego, oraz oddziałów ocznych szpitali i przychodni przeciwjagliczych m. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higieny organizuje III-ci kurs trachomatologii dla lekarzy państwowej i samorządowej Służby Zdrowia, dla lekarzy szkolnych i kierowników przychodni ocznych i ogólnych w zakładach jagliczych.

Program kursu obejmuje:

Zadania lekarza w walce z chorobami społecznymi —	
Dr. J. Lubczyński	1 godz.
Higiena oka — Dr. H. Melanowski	1 „
Etjologia jaglicy — Prof. Dr. K. Noiszewski	1 „
Symptomatologia jaglicy — Prof. Dr. K. Majewski	2 „
Patogeneza jaglicy — Dr. H. Melanowski	2 „
Epidemiologia jaglicy — Dr. M. Zachert	1 „
Statystyka jaglicy — Dr. M. Zachert	1 „
Leczenie nieżyłtów spojówek — Dr. L. Czyżewski	2 „
Współczesne metody leczenia jaglicy — Prof. Dr. J. Szymański	1 „
Leczenie ambulatoryjne jaglicy — Dr. M. Zachert	1 „
Leczenie szpitalne jaglicy — Dr. H. Melanowski	1 „
Metodyka i technika badań — Dr. M. Zachert	1 „
Profilaktyka jaglicy — Dr. M. Zachert	2 „
Organizacja walki społecznej z jaglicą — Dr. M. Zachert	2 „
Zadania przychodni przeciwjagliczej — Dr. M. Zachert	1 „

Razem 20 godz.

oraz zajęcia praktyczne w ambulatoriach i oddziałach szpitalnych z zakresu rozpoznania i leczenia jaglicy.

Kurs trwać będzie od 12-go do 20-go grudnia r.b. włącznie. Wykłady teoretyczne odbywać się będą codziennie od 7—9 wiecz. w gmachu Państwowej Szkoły Higieny (Chocimska 24), a zajęcia praktyczne w poszczególnych klinikach, szpitalach i przychodniach m. st. Warszawy wg. specjalnego rozkładu.

Opłata wynosi:

za wykłady teoretyczne	10 złp.
za ćwiczenia praktyczne	15 złp.

Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zapisy na kurs sekretariat Państwowej Szkoły Higieny (Chocimska 24, telefon

104.81) codziennie od 9 — 3 po poł. Przy zgłoszeniach należy dołączyć własnoręcznie napisane podanie i krótki życiorys. Ostateczny termin zgłoszeń — 1 grudnia r. b.

— Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Dla uczczenia pamięci i zasług D-ra med. Józefa Polaka, założyciela i wieloletniego prezesa Towarzystwa oraz redaktora czasopisma Zdrowie, zawiązał się pod przewodnictwem vice-prezydenta stolicy, D-ra W. Boguckiego, komitet, który, prócz innych doniosłych zamierzeń, urządza akademię uroczystą w sali Rady Miejskiej w niedzielę dnia 25 b. m. o godz. 12-ej w południe.

Zarząd Główny Warsz. Tow. Higj. postanowił w Gmachu własnym przy ul. Karowej wmurować płaskorzeźbę z tablicą pamiątkową i wydać z opóźnieniem październikowy numer Zdrowia, w całości poświęcony pamięci i uczczeniu zasług Józefa Polaka.

Na prezesa Warsz. Tow. Higj. zarząd Gł. wybrał dotychczasowego vice-prezesa D-ra Witosława Dąbrowskiego, któremu powierzył również redakcję i wydanie pamiątkowego zeszytu Zdrowia. Na skutek konkursu, ogłoszonego na redaktora Zdrowia, wybrany został Dr. med. Marcin Kacprzak, doktor higieny i zdrowia publicznego, lektor higieny szkolnej w Uniwersytecie Warszawskim, autor wielu cennych prac z dziedziny higieny zarówno naukowej, jako też popularno-propagandowej.

Na członka zarządu i delegata do komitetu redakcyjnego „Zdrowia” z pośród zastępców wybrano p. Dyr. Dr. Otolskiego.

— Nr. 21 dwutygodnika „Dziecka i Matki” zawiera artykuł wstępny: S. Lewartowicz porusza zagadnienia psychiki dziecka w związku z zabawą. W artykule „Jak uczyć dziecko oszczędności” N. Jastrzębska omawia sprawę zapłaty za czynności domowe. „Kochane dzieci” Kiewnarskiej wykazuje cały szereg błędów rodzicielskich. Nowela F. Kruszevskiej p. t. „Nowa niania” z pewnością poruszy do głębi serca czytelników. „Jesień” W. Prażmowskiej wskazuje sposób w jaki należy zapoznać dzieci ze zjawiskami tego okresu na spacerach. Dział „Wychowanie estetyczne” pod kierunkiem malarza i pedagoga M. Wąsowicz-Sopoćkowej dostarcza matkom obszernego materiału do układanek dziecińczych. Obszerna, ciesząca się uznaniem u czytelniczek rubryka „Matki między sobą” zawiera szereg ciekawych spostrzeżeń wychowawczych. Numer uzupełniają „Najczęstsze błędy i braki w opiece nad dzieckiem”. D-ra Jastrzębskiego „Higiena ruchu i spoczynku w ciąży” oraz D-ra Gleicha „Krzusiec”.

TREŚĆ: A. LANDAU i J. GLASS. O niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty pochodzenia wsierdźowego i naczyniowego (choroba Corrigan i Hodgsona). Studium kliniczne. — Z. ŚWIDER. W sprawie ujednolajnienia mianownictwa, dotyczącego grup krwi. — J. NUSBAUM. O ostrych i przewlekłych zapaleniach trzustki. (Stresz. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. SZYMANOWSKI. Stosunek lekarza do akcji profilaktycznej. — Streszczenie sprawozdania Inż. St. Kempńskiego z wystawy p. n. „Odżywianie” w Berlinie. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. LANDAU et G. GLASS. L'insuffisance des valvules sénilunaires de l'aorte d'origine endocardique et vasculaire (maladie de Corrigan et de Hodgson). Etude clinique. — Z. ŚWIDER. A propos de l'unification de la terminologie concernant les groupes du sang. — J. NUSBAUM. Sur les pancréatites aiguës et chroniques. (Rév. gén.) Z. SZYMANOWSKI. Le rapport du médecin à l'action prophylactique. — St. KEMPIŃSKI. Comptes rendus de l'exposition „L'alimentation” à Berlin.

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.