

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 21 M A J A 1931 R.

Nr. 21

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Objaw karkowo-korzeniowy.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

Przed 2 laty zwrócił uwagę moją nieznany dotąd w semjologii neurologicznej objaw, który spostrzegałem odtąd w całym szeregu przypadków kiły mózgowo-rdzeniowej. Były to obserwacje o różnorodnym ukształtowaniu klinicznym z przeważającymi objawami mózgowymi lub, co częściej, rdzeniowymi, z objawami niedowładu połowiczego lub z niedowładem kończyn dolnych albo bez żadnych objawów ze strony kończyn, z zaburzeniami pęcherzowymi lub bez nich, ze zmianami w oddziaływaniu żrenic lub z zajęciem innych nerwów czaszkowych (nerw okoruchowy, błoczkowy, twarzowy, słuchowy), z całkowicie normalnym zachowaniem psychicznym lub z nieznacznym osłabieniem pamięci, ze wzmożeniem odruchów ścięgowych lub, jak w jednym przypadku, powikłanym wiadom rdzenia—z zanikiem odruchów kolanowych i stopowych. Wszystkie spostrzeżenia te wykazywały pozatem mniej lub więcej wydatną pleocytozę płynu mózgowordzeniowego oraz dodatni wynik odczynu Wassermann'a we krwi i w płynie mózgowordzeniowym. Znamienne jest, że pomimo dość różnorodnych obrazów klinicznych—wszystkie obserwacje te odznaczały się jedną cechą wspólną—a mianowicie, obecnością mniej lub więcej wybitnych objawów korzeniowych natury bądź subiektywnej, bądź obiektywnej, bądź łącznie jednej i drugiej. Chorzy skarżyli się na bóle w karku, pomiędzy łopatkami, w kręgosłupie, w krzyżu, na dotkliwe parestezje w tych samych okolicach, na bolesne sensacje i nieraz gwałtowne ataki bólów, które promieniowały od różnych odcinków kręgosłupa do kończyn górnych lub dolnych albo do klatki piersiowej i podżebrzy. W dwu przypadkach (niepowikłanych wiadom rdzenia) istniało bolesne uczucie opasywania w górnym odcinku jamy brzusznej. W niektórych przypadkach w tych samych terytorjach, w których chorzy uskarżali się na bóle lub bolesne parestezje, istniała obiektywna wyraźna przeculica lub też roz-

lana bolesność na ucisk. W trzech przypadkach istniała wyraźna sztywność kręgosłupa, połączona z mniej lub więcej zlokalizowaną albo bardziej rozlaną bolesnością kręgosłupa przy opukiwaniu albo przy zmianie pozycji. W jednym przypadku dawało się stwierdzić znaczne osłabienie czucia bólowego, dotykowego i cieplikowego na zewnętrznej powierzchni prawego ramienia i przedramienia, w dwu innych mniej wybitne zaburzenia czucia bólu i dotyku na obu udach i podudziach o lokalizacji wyraźnie korzeniowej.

W tej właśnie grupie obserwacji objaw, który zwrócił uwagę moją, polegał na tem, że przy zgięciu głowy ku przodowi występował gwałtowny ból w okolicy kolan. W znacznej większości obserwacji ból występował tylko przy czynnym zgięciu głowy, w innych natomiast mogło spowodować go zarówno czynne jak i bierne zgięcie głowy ku przodowi. Zaznaczyć należy, że dla sprowokowania bólu ekskursje ruchów głowy nie odgrywały roli zasadniczej. Niekiedy np. wystarczało najlżejsze przecięcie głowy ku przodowi, ażeby spowodować ból w kolanach—tak, że chorzy przypominali zachowanie się w *spondylitis cervicalis* z zupełnym unieruchomieniem szyi i karku, zaś jeden z pacjentów mówił o sobie, że porusza się, „jakgdyby miał szklaną głowę”. Sam ból zlokalizowany był z końcową monotonią w okolicy kolan, t. zn. na wyprostnej powierzchni stawu kolanowego oraz w jamie podkolanowej, promieniując niekiedy w okolicę dolnego odcinka ud lub do łydek. W jednym przypadku pacjentka oprócz bólu w kolanach doznawała również bolesnego ściągania łydek, zaś w innej obserwacji odczuwał chory równocześnie drętwienie i klucie w dolnych międzyżebkach. We wszystkich spostrzeżeniach ból w kolanach zjawiał się niemal synchronicznie ze zgięciem głowy i mijał wkrótce po uniesieniu głowy do pierwotnej pozycji, niekiedy jednakże chorzy uskarżali się na bolesne drętwienie jeszcze w kilka, a nawet w kilkanaście minut po zadziałaniu bodźca. Objaw dawał się spostrzegać zawsze obustronnie — i chorzy nigdy nie potrafili wskazać, po której stronie jest przewaga bólu. Charakter wrażenia bólowego zawsze był gwałtowny, niekiedy wprost

przeszywający bez jakiegokolwiek domieszki sensacji natury ciepłikowej. W tych przypadkach, w których zwrócona była na to specjalna uwaga, ruch zginający kręgosłupa bez równoczesnego zgięcia głowy nie powodował bólu w kolanach, przeciwnie, nawet zdarzały się przypadki, w których zgięcie kręgosłupa zmniejszało napięcie bólu w kolanach, powodowanego przez zgięcie głowy. Co się dotyczy wpływu pozycji na występowanie objawu tego, to pod tym względem obserwacje dotychczasowe zachowywały się niejednolicie, w większości przypadków bowiem objaw ten występował tylko w pozycji stojącej lub siedzącej, w innych natomiast zjawiał się również i w pozycji leżącej. Dodać należy, że w żadnym z przebadanych przypadków nie istniała sztywność karku, i że zginanie czynne, czy to bierne głowy samo przez się nigdy nie było bolesne.

W kilku przypadkach, w których energiczne leczenie bismutowo-salwarsanowe doprowadziło do obiektywnej regresji objawów kiły mózgowo-rdzeniowej, udawało się również spostrzegać zmniejszenie napięcia, a nawet zupełne ustąpienie opisanego tutaj objawu. Rzadko jednak dawała się spostrzegać wyraźna kongruencja pomiędzy owym zmniejszonym napięciem a obiektywną poprawą stanu neurologicznego: tak np. w jednym z przypadków po leczeniu swoistem objaw ten ustąpił zupełnie pomimo nikłej poprawy stanu obiektywnego, w innym natomiast przypadku uległ nieznacznie tylko złagodzeniu pomimo ustąpienia całej serii innych objawów obiektywnych. Zauważyć muszę, że poza terenem kiły mózgowo-rdzeniowej opisany tu objaw udało mi się spostrzegać tylko 2 razy: raz w przypadku stwierdzenia wieloogniskowego w okresie początkowym, przebiegającym pod postacią rwy kulszowej o fizjonomji wyraźnie korzeniowej, drugi zaś raz w przypadku mięsakowości kręgosłupa i rdzenia z wybitnie zaznaczonymi objawami podrażnienia korzeni czuciowych.

Ze wszystkich wymienionych faktów wynika z całą oczywistością, że opisany tutaj objaw jest razem podrażnienia korzeni czuciowych rdzenia. Ponieważ zaś momentem, wyzwalającym wrażenie bolesne, jest zginający ruch głowy, przeto wydaje mi się słuszne określić go nazwą objawu karkowo-korzeniowego. Szczególnie interesujące jest, że w niektórych obserwacjach moich kojarzył się on z innym objawem natury par excellence korzeniowej—a mianowicie, z objawem Dejerinea (t. zw. „*signe de l'éternuement*”), t. zn. z bólem w kończynach dolnych, występującym przy kichaniu lub przy kaszlu, który umiejscawiał się jednak nie zawsze w terytorjum jednoimiennym, t. j. w okolicy stawów kolanowych, ale na rozmaitych wysokościach obu ud i podudzi.

Dla wyjaśnienia znaczenia i mechanizmu powstawania objawu karkowo-korzeniowego wydaje mi się właściwem zestawić go z innemi znanymi dotąd objawami karkowemi, t. zn. występującymi przy zgięciu głowy ku przodowi. Objawy te można by podzielić na dwie kategorie: jedna z nich, mianowicie, wyzwała zjawiska natury ruchowej, w drugiej natomiast reakcją na opuszczenie głowy są zjawiska natury bólowej. Do kategorii pierwszej należy między innemi objaw karkowo-mydrjacyjny Flatau'a, powodujący rozszerzenie źrenic pod wpływem biernego zginania głowy, oraz objaw karkowy

Brudzińskiego, polegający na zgięciu kolan pod wpływem biernego przechylenia głowy w kierunku klatki piersiowej. Oba objawy powyższe charakterystyczne są, jak wiadomo, dla zapalnych stanów opornych natury bądź nagminnej, bądź gruźliczej. Otóż, podczas kiedy przy występowaniu objawu Flatau'a bodziec bólowy powoduje efekt ruchowy, tutaj, odwrotnie, odczynem na efekt ruchowy staje się zjawisko bólowe. Przy zestawieniu zaś objawu karkowo-korzeniowego z objawem Brudzińskiego łatwo jest dostrzec, że stanowi on niejako transpozycję czuciową, inaczej mówiąc, inwersję czuciową objawu Brudzińskiego.

Z objawów natury podrażnieniowo-cuciowej, występujących pod wpływem zginania głowy ku przodowi znane są dotąd w semjologii neurologicznej: objaw Nerięgo i objaw Lindnera. Objaw Nerięgo, charakterystyczny dla nowotworów zewnątrzrdzeniowych, polega na tem, że przy zgięciu głowy występuje ból w miejscu, odpowiadającym uciskowi rdzenia przez nowotwór. Objaw Lindnera zaś, spostrzegany niekiedy w rwie kulszowej, polega na tem, że przy biernym zginaniu głowy powstaje ból na przebiegu schorzałego nerwu kulszowego. Jak widzimy, objaw karkowo-korzeniowy morfologją swoją zbliża się najbardziej do objawu Lindnera z tą tylko różnicą zasadniczą, że objaw Lindnera sygnalizować może zajęcie nerwu obwodowego, nie zaś korzeni rdzeniowych, że lokalizacja jego odpowiada przebiegowi nerwu kulszowego, nie zaś okolicy kolan, że występuje on jednostronnie, nie zaś obustronnie i że powoduje go tylko bierne i intensywne zgięcie głowy, podczas gdy dla powstania objawu karkowo-korzeniowego wystarczające jest nieznaczne nawet zgięcie głowy również o charakterze czynnym. Ten właśnie ostatni rys charakterystyczny—a mianowicie, występowanie reakcji bólowej również i przy czynnym zginaniu głowy odróżnia zasadniczo objaw karkowo-korzeniowy od wszystkich opisanych dotąd objawów karkowych.

Mechanizm powstawania objawu karkowo-korzeniowego objaśnić sobie mogą tylko w sposób hipotetyczny. Otóż, teoretycznie biorąc, mogą odgrywać tutaj rolę 3 kategorie czynników patogenetycznych: 1) czynniki odruchowo-współczulne, 2) czynniki natury hydrostatycznej i 3) czynniki natury mechanicznej. Przeciwno udziałowi czynnika sympatycznego w patogenezie opisanego objawu przemawia przede wszystkim fakt, że nie powoduje go jakiegokolwiek bodziec bólowy (brak sztywności i bolesności karku we wszystkich obserwacjach), ale że, przeciwnie, ból zjawia się jako efekt terminalny, następnie brak zmian ze strony źrenic i szerokości szpar ocznych, a przede wszystkim brak charakteru kausalnego sensacji bólowej w okolicy kolan. Trudniejsza nieco jest ocena momentów natury hydrostatycznej, jako ewentualnego współczynnika patogenetycznego. Jak wiadomo, ciśnienie hydrostatyczne, pod którym znajduje się płyn mózgowordzeniowy, jest podczas stania i siedzenia najznaczniejsze w odcinku ogonowym i zmniejsza się w kierunku ku górze. Jest ono niestałe, raczej zmienia się ciągle w zależności od położenia ciała, podlegając przytem w znacznym stopniu prawu ciężkości. Przy każdej zmianie pozycji górnej części ciała występuje przemieszczenie płynu mózgowordzeniowego w ten sposób, że wskutek zmiany w kształcie przestrzeni pod-

pajęcznej ścieka on do miejsc niżej położonych. Przy pozycji prostopadłej opada część płynu mózgowordzeniowego ku dołowi i rozszerza cysternę końcową, natomiast przy wysokim ułożeniu miednicy — odpływa on w kierunku czaszki. Wiadomo jest również, że przy ruchach, zginających głowę ku przodowi, występuje zawsze wydatne wzmocnienie ciśnienia w układzie płynu mózgowordzeniowego, które polega w znacznej części na zmniejszeniu wymiarów przestrzeni, przeprowadzającej płyn mózgowordzeniowy. Nawet na zwłokach ruch zginania głowy powoduje wzmocnienie ciśnienia płynu mózgowordzeniowego o 20—100 mm., co między innymi zaleca Weigeldt jako sposób pomocniczy przy pośmiertnym wydobywaniu płynu i na czym Heller opiera swoją koncepcję o istnieniu pewnego rodzaju ruchu tłoczącego w układzie płynu mózgowordzeniowego. Tak więc zginanie głowy powoduje z jednej strony wzmocnienie ciśnienia, z drugiej zaś strony prądy dodatkowe w układzie płynu mózgowordzeniowego. To ostatnie zjawisko jest odwrotnie proporcjonalne do stanu napięcia worka twar-dówkowego, odgrywającego w układzie tym rolę szlauchu elastycznego — i zwiększa się w kierunku do dolnego odcinka tego układu. Można więc przypuścić ze znacznem prawdopodobieństwem, że występujące w następstwie pochylecia głowy wahania, a specjalnie wzmocnienie ciśnienia płynu mózgowordzeniowego wraz z dodatkowymi prądami w jego hydrostatyce stanowią właśnie ów czynnik, który w sposób podrażniający oddziałuje na korzenie czuciowe. Być może, pewną rolę odgrywa tutaj również ucisk na szyjne naczynia żyłne, który z kolei powoduje zwiększanie ciśnienia w układzie płynu mózgowo-rdzeniowego, czynnik ten wszakże może tu odgrywać rolę tylko drugoplanową, gdyż, popierwsze, ucisk ten występuje wydatnie raczej w pozycji leżącej, nie zaś prostopadłej — optymalnej dla wywołania naszego objawu, następnie zaś dla osiągnięcia ucisku tego niezbędne jest silne przechylenie głowy, podczas gdy objaw karkowo-korzeniowy sprowokowany być może przez najlżejsze pochylecie głowy. Ten właśnie ostatni motyw dowodzi równocześnie, że zmiany w hydrostatyce i ciśnieniu płynu mózgowordzeniowego nie mogą być uważane za czynnik wystarczający i jedyny w mechanizmie powstawania objawu karkowo-korzeniowego, i że

czynniki natury mechanicznej odgrywać tu muszą rolę współrzedną, jeżeli nie przeważającą. Takim czynnikiem mechanicznym jest przemieszczenie rdzenia ku górze, które towarzyszy nieuchronnie każdemu zgięciu głowy i które powoduje z kolei szarpnięcie opon, a przede wszystkim korzeni rdzeniowych.

Wszystkie omówione powyżej czynniki patogene-tyczne, które w warunkach fizjologicznych nie dają żadnego rezonansu czuciowego, powodują tutaj gwałtowne wrażeń bólowe, ponieważ odbijają się na chorobowo zmienionych korzeniach czuciowych rdzenia — i dlatego też pozytywny objaw karkowo-korzeniowy wydaje mi się szczególnie czułym odczynnikiem na zajęcie korzeni tylnych. Nie jest to przeto sprawą czystego przypadku, że w przeważającej większości przypadków moich udawało mi się stwierdzić objaw ten właśnie w kile mózgowo-rdzeniowej z dominującymi w obrazie klinicznym objawami oponowymi i korzeniowymi. Wiadomo jest, że klasyczne badania Buttersacka oraz Kahlera ustaliły poraż pierwszy istnienie zapalenia kiłowego korzeni (t. zw. „syphilitische Wurzelneuritis”), które nakładać może swoiste piętno na obraz kliniczny kiły mózgowo-rdzeniowej. Na zasadzie olbrzymiego materiału anatomiczno-patologicznego wiadomo jest również, że korzenie mogą być tu zajęte albo wskutek ucisku przez znajdujące się w stanie zapalenia swojego opony miękkie, albo wskutek przenikania nacieczy zapalnych do samych korzeni, albo wskutek swoistych zmian zapalnych w naczyniach korzeni, albo wreszcie wskutek kilaków, umiejscowionych w samych korzeniach (Baumgarten, Jürgens, Raymond, Sinding, Siemerling i wielu innych). Wybitną rolę odgrywać może zajęcie korzeni czuciowych również i w nowotworowości rdzenia (*sarcomatosis*), której jeden przypadek w kazuistyce mojej wykazywał objaw karkowo-korzeniowy. Co się tyczy stwardnienia wieloogniskowego, to pozytywny objaw karkowo-korzeniowy może być pomocny dla rozpoznania wczesnych okresów postaci bólowo-korzeniowej tej sprawy, jak to miało miejsce w jednym z przypadków mego materiału.

Z praktyki prywatnej

Dwa przypadki ciężkiego nieżytu wrzodziejacego esicy wyleczone emetyną.

Podał

dr. Ludwik JUSTMAN (Warszawa)

Nieżyt wrzodziejący esicy jest cierpieniem tak ciężkim i tak opornym wobec zabiegów leczniczych, zarówno zachowawczych, jak i operacyjnych, że każdy przypadek uleczonego zasługuje na baczną uwagę, szczególnie, o ile wynik pomyślny zawdzięczamy metodzie, dotąd niestosowanej.

Przyp. 1 dotyczy 12 letniej dziewczynki W., którą spotrzegam od 8.IV 31. Dziecko b. nerwowe, skłonne do przeziębień. Przed 2 laty odra, po niej wymioty z krwią, kaszel przez

miesiąc. Latem roku ubiegłego grypa. Od nowego roku domieszka krwi w kale; jednak dolegliwości nie były widocznie duże, skoro chora niż mówiła o tem nikomu. W drugiej połowie lutego silny kaszel, następnie parcie i krwawa biegunka do 15 razy na dobę, która szybko doprowadza do wycieńczenia chorej. Od połowy kwietnia wymioty po każdym jedzeniu, kurcze w dołku. Ciepłota normalna.

Przedmiotowo: b. wyniszczona i wychudzona. Spojówki oka blade, chora sprawia wrażenie silnie wykrwionej. Ciepłota normalna, tętno 84. W narządach klatki piersiowej poza szmerem skurczowym na mostku i nielicznymi furczeniami u podstawy płuc nic szczególnego. Brzuch miękki, zapadnięty; w lewym dole biodrowym wyczuwa się skurczona esica, nieco wrażliwa na ucisk. Wątroba, śledziona niemacalne. Wypróżnienia krwawo — śluzowe bez domieszki kału. Badanie przez odbył: rozpułchnienie śluzówki. Wziernikowanie: na całej prze-

strzeni do 20 cm. sporo płaskich, rozległych owrzodzeń, między owrzodzeniami śluzówka czerwonka, zaczerwieniona, rysunek naczyń niewyraźny. Zmiany te szczególnie zaznaczają się w esicy, w prośnicy są mniej wydadne.

W rozpoznaniu różniczkowym należało mieć na uwadze czerwone, nieżyt wrzodziejący, dur rzekomy, rak i wreszcie rzadkie postaci, jak czerwona pelzakowa, biegunka, wywołana przez *Balantidium coli*, włósnica, wreszcie gruźlica i kiła. Jakkolwiek ze względów zewnętrznych nie mogłem przeprowadzić badania krwi i kału, sądzę jednak, że dane kliniczne wystarczają do różniczkowania. A więc przeciw rakowi, gruźlicy i kile przemawia obraz rektoskopowy oraz brak przerzutów, względnie innych objawów tych schorzeń. Włósnica daje również cały szereg innych znamiennych objawów, zresztą, dziecko ze względów rytualnych nie jada wieprzowiny. Przeciw durowi rzekomemu przemawia brak gorączki oraz innych objawów tego ciężkiego schorzenia. Pozostaje czerwona. Pora roku, fakt, że mimo bliskiego kontaktu z chorą nikt z członków rodziny przez z górą 3 miesiące trwania cierpienia, nie zachorował, brak błon w obrazie rektoskopowym, wszystko to przemawia przeciw czerwonce. Czerwona pelzakowa w naszych warunkach należy wogóle do rzadkości, jako schorzenie stref gorących. Pozostaje więc krwawa biegunka, wywołana przez *balantidium* oraz nieżyt wrzodziejący. Różniczkowanie jest utrudnione dlatego, że w warunkach praktyki prywatnej stwierdzenie zarazki jest bodaj niemożliwe, gdyż dla stwierdzenia *balantidium* należy badać kał natychmiast po wypróżnieniu. Pomyślny skutek leczenia emetyną, która nie działa na *balantidium*, rozstrzygnął to zagadnienie.

Zastosowałem przetaczanie krwi, a to zarówno ze względu na znaczne wykrywanie chorej, jak i spostrzegane przez Straussa i innych autorów niezmiernie pomyślne wyniki przetaczania w nieżycie wrzodziejącym. W moim przypadku poprawy nie stwierdziłem. Nie osiągnąłem jej również przez podawanie do odbytnicy koagulenu, stosowanie małych lawatytek z yatrenu i dermatolu, wreszcie przez przysypki zapożyczając rektoskopu tych środków. Dodam tu, że ujemny wpływ yatrenu jest niezmiernie cennym przyczynkiem rozpoznawczodagnostycznym, gdyż Zweig podkreśla dodatnie wyniki stosowania yatrenu w sprawach pochodzenia czerwonego. Wobec tego, wiedząc o pomyślnych wynikach stosowania emetyny (porównaj przyp. 2) w biegunkach krwawych na tle grypy i mając w naszym przypadku w wywiadzie grypę, zastosowałem zastrzykiwanie emetyny (codziennie po 0,02 *emetinum hydrochloricum*). Wynik był niezwykle pomyślny. Już po pierwszych dwóch zastrzyknięciach zjawiał się w wypróżnieniu kał papkowaty ze znacznie zmniejszoną ilością śluzu bez krwi, względnie z nieznaczną domieszką krwi, niez mieszaną z kałem, w końcu wypróżnienia. Jednocześnie wystąpiło podniesienie ciepłoty do 38,4⁰ wieczorem, stan ogólny chorej znacznie się poprawił, łaknienie dobre, bóle ustępują. Jako nowy objaw wystąpiło parcie na mocz, w moczu ślady białka, do kilkudziesięciu leukocytów w polu widzenia — a więc objawy nieżyty pęcherza moczowego. Po 4 zastrzyknięciach emetyny ciepłota opada do normy, skargi pęcherzowe ustępują, liczba leukocytów w moczu opada do kilkunastu w polu widzenia. W nadal papkowatym kale drobnowidowo nie stwierdzamy nic godnego uwagi poza nieznaczną domieszką śluzu; ilość krwi, niez mieszaną z kałem, zmniejsza się wyraźnie. Liczba wypróżnień na dobę nie przekracza czterech.

Przyp. 2 był spostrzegany przez kol. Zylberlasta, któremu winienem wdzięczność za upoważnienie mnie do ogłoszenia tego przypadku. Dotyczy on 20-letniej chorej J. H. W połowie lutego nagle gorączka, dreszcze, bóle głowy i kości, katar. Po 4 dniach parcie, nazajutrz 15 wypróżnień na dobę śluzowo—krwawych. Podmiotowo: T⁰ 38,8, tętno przyspieszone, niepokój, bolesność na przebiegu okrężnicy, szczególnie

w lewym dole biodrowym. Badanie kału, wykonane przez kol. Kobrynera, wykazało obecność pierwotniaków, opisanych przez Kobrynera, jako zarazki grypy. Zastosowano zastrzykiwanie *emetini hydrochlorici* 0,04, codziennie jedno zastrzyknięcie. Po pierwszym zastrzyknięciu nadal częste stolce, niewielkie ślady krwi; nazajutrz po drugim zastrzyknięciu 3 stolce sformowane, niewielka bolesność w lewym dole biodrowym. Po 3-im zastrzyknięciu zupełna poprawa. Po kilku dniach (bez emetyny) chora zupełnie zdrowa.

Mamy tu więc 2 przypadki nieżyty wrzodziejącego na tle grypy. Przypadek drugi o ostrym przebiegu; skargi jelitowe występują bezpośrednio po grypie, a podanie emetyny szybko likwiduje całą sprawę. Przypadek pierwszy odznacza się przebiegiem bardziej przewlekłym. Od grypy do wystąpienia pierwszych objawów schorzenia jelit upływa przypuszczalnie kilka miesięcy, jakkolwiek trudno ustalić dokładnie, od jak dawna dziewczynka krwawi, gdyż dziecko uświadomione przez służącą, że prawdopodobnie jest to krwawienie perjodowe, ukrywało się przed rodzicami. W każdym razie przebieg jest stosunkowo łagodny, skoro mniej więcej po 6 tygodniach chora położyła się do łóżka. Obraz chorobowy powoli ulega nasileniu, jednak ciepłota pozostaje normalna. Wszystkie zastosowane przez moich poprzedników i przeze mnie zabiegi lecznicze okazują się bezskuteczne, i dopiero zastosowana niemal *ante finem* emetyna ratuje dziecko od niechybnej zagłady. Podanie emetyny zbiega się w czasie z wystąpieniem gorączki. Mogła ona zależeć od nieżyty pęcherza moczowego, który wtedy wystąpił; jednak znacznie prawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że gorączka była pochodzenia toksycznego, spowodowana rozpadem pierwotniaków, gnieźdzących się w jelitach, względnie, że mieliśmy tu do czynienia ze wstrząsem, na jakim opiera się zasada proteinoaterapii, że sprawa przewlekła przechodzi w stan ostry, co jest czynnikiem leczącym.

Jeżeli nawiążemy spostrzeżenia nasze do rzeczy już znanych, to wiemy z doświadczenia zimy 1918 — 1919 roku, że grypa uspasabia do krwawień. Spostrzegałem wtedy dużo przypadków krwawień z odbytu, względnie krwawych wymiotów. Zaznacza to również Matthes.

Podkreśla on również istnienie grypy przewlekłej, która przy umiejscowieniu w płucach, imponuje niekiedy, jako gruźlica. W naszym przypadku dała nam ona obraz nieżyty wrzodziejącego w kilka miesięcy po przebytej grypie. Kobryner stwierdza częstotliwość istnienia grypy przewlekłej, jako odrębnej grupy etiologicznej, obejmującej znaczną liczbę najróżnorodniejszych schorzeń niemal ze wszystkich działów medycyny. Kobryner znajdował w przypadkach grypy, zarówno ostrej, jak i przewlekłej, opisane przez siebie pierwotniaki, będące, zdaniem tego autora, czynnikiem chorobotwórczym. Na tem opiera się zastosowanie emetyny, znanej już poprzednio jako skuteczny środek przeciw pierwotnikom. Skuteczność emetyny przemawia na korzyść poglądów Kobrynera i winna zachęcić do dalszych badań nad zagadnieniem pierwotniakowego pochodzenia grypy.

PIŚMIENICTWO.

Kobryner. O etiologii i leczeniu t. zw. grypy. Medycyna Warsz. 1930. Kobryner. Pierwotniaki jako zarazek grypy. W. Czasop. Lek. 1930. Matthes. Lehrbuch d. Differentialdiagnose. Strauss. Podstawy leczenia ciężkiego zapalenia okrężnicy, Gastrologja Polska. Tom I. Zweig. Nowe metody lecznicze ciężkiego nieżyty wrzodziejącego. Gastrologja Polska. Tom III.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Prosektorjum Szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.
(Kierownik: Dr. med. A. Siedlecka).

Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań.

Podał

Dr. med. Józef STEIN (Warszawa).

Pierwsze podstawy obecnej wiedzy o gruźlicy stworzył uczony francuski Laënnec. Virchow określił gruźlicę, jako „ogólny proces ustroju...”, przebiegający z wysiękami oraz z nowotworzeniem i obumieraniem komórek”; gruzełek zalicza Virchow do spraw nowotworowych, powstałych z rozplemu tkanki łącznej.

Właściwa nauka o gruźlicy rozpoczyna się wraz z wykryciem przez Kocha prątka gruźliczego (1882). Od tego czasu badania nad gruźlicą posuwają się stale naprzód. Jednakże dopiero w ostatnim dziesięćciu lat cały szereg nowych spostrzeżeń rzucił światło na rozwój gruźlicy w ustroju.

Przy rozpadzie prątków gruźliczych powstają swoiste endotoksyny, które, dostawszy się do tkanek, powodują ich uszkodzenie, aż do martwicy; uszkodzone i obumarłe tkanki również wydzielają ciała o działaniu trującym dla tkanek normalnych.

Wszystkie te ciała trujące wywołują odczyn obronny ustroju; zespół zjawisk odczynowych wraz z uszkodzeniem zakażonych tkanek — nazywamy zapaleniem. Obie grupy zjawisk: zakażenie i odczyn ustroju są ze sobą zwykle pomieszanane, tak, że wyjątkowo tylko, przeważnie w bardzo pierwotnych lub też końcowych okresach choroby, widzimy ich postaci czyste.

Najważniejszą cechą gruźlicy, jako choroby zakaźnej, jest jej przewlekłość, zależna od dwóch zasadniczych własności prątków gruźliczych. Własności te są następujące: 1) zjadliwość prątków dla ustroju ludzkiego jest względnie niewielka, 2) prątki są nadzwyczaj odporne na wszelkie wpływy, łatwo niszczące inne bakterie, co zależy od posiadanej przez nie swoistej otoczki woskowatej; w związku z tem prątki mogą w niedogodnych dla siebie warunkach utrzymywać się długo w stanie żywym, z drugiej zaś strony — mogą one pozostawać przez długi okres czasu w ustroju w stanie utajonym.

Ogólna patogeneza gruźlicy.

Robert Koch uważał, że zakażenie człowieka prątkami powoduje zmiany gruźlicze, powstające w ścisłym związku czasowym i miejscowym z zakażeniem i następnie stale, bez przerwy się rozwijające. Badania późniejsze obaliły ten pogląd. Behring był pierwszym, który wypowiedział zdanie, że gruźlica ludzka posiada przebieg cykliczny; zakażenie pierwotne, najczęściej mające miejsce we wczesnym dzieciństwie, powoduje rozwój choroby dopiero w wiele

lat później. Aschoffi i Nicol, jak zresztą i cały szereg innych autorów, nie rozpatrując bliżej związku między temi dwoma etapami rozwoju gruźlicy w ustroju ludzkim, nazwali je: „pierwotnym okresem zakażenia” i „okresem zakażenia wtórnego” („primäre Infektionsperiode und Reinfektionsperiode”). Dopiero Rankę uwzględnił związek między zakażeniem pierwotnym i wtórnym, przypisując wielkie znaczenie w rozwoju gruźlicy stanom alergicznym.

Gruźlica ludzka w znacznej większości przypadków rozpoczyna się tworzeniem ogniska we wrotach zakażenia (t. zw. ognisko pierwotne); w związku z tem ogniskiem powstaje swoiste zapalenie naczyń limfatycznych odprowadzających, oraz schorzenie okolicznych, odpowiadających pierwotnie zakażonemu odcinkowi gruczołów limfatycznych. Taki zespół zmian początkowych w ustroju nazywa Rankę zespołem pierwotnym („Primärkomplex”). Według Rankego, zespół pierwotny jest pierwszym okresem gruźlicy w ustroju, dotychczas jeszcze niezakażonym.

Po okresie I-ym, w czasie bardzo różnym, może powstać okres II-gi — uogólnienia gruźlicy w ustroju; w okresie tym ustrój znajduje się w stosunku do jądów gruźliczych w stanie przewrażliwości. Ostatni okres, III-ci, charakteryzujący się odosobnioną gruźlicą narządów, jest okresem względnej odporności.

Podział Rankego jest oparty na upodobnieniu gruźlicy do kiły. Jednakże, o ile znaczna większość przypadków kiły da się podzielić na 3 okresy, o tyle podobny podział gruźlicy jest niesłuszny ze względu na wielkie różnice w przebiegu poszczególnych przypadków. Odróżnianie okresu I-szego i II-giego ma jeszcze pewne zastosowanie praktyczne, choć niekiedy okresy te występują prawie jednocześnie, natomiast odróżnianie okresu II-go — uogólnienia od III-go — gruźlicy odosobnionej — jest nazbyt schematyczne i wprowadza tylko zamieszanie i sztuczność. Bezwzględnie w przebiegu gruźlicy występują okresy przewrażliwości i wzmożonej odporności, jednakże nie są one związane z jakimiś określonymi okresami choroby (Huebshmann).

Podobnie należy odrzucić analogiczny do podziału Rankego podział Liebermeistera, który okresem II-gim nazywa wszystkie zmiany, występujące między zespołem pierwotnym a przewlekłym schorzeniem narządów; jednakże autor ten również nie może wyjaśnić, w czym wyraża się początek okresu III-go.

Pomimo to, aczkolwiek nie możemy się zgodzić z podziałem przebiegu gruźlicy w ustroju ludzkim na powyższe 3 okresy, to jednak z punktu widzenia czysto morfologicznego możemy odróżnić 3 wyszczególnione przez Rankego postaci zmian gruźliczych. Odróżniamy więc: 1) zespół pierwotny, 2) postaci uogólnione, oraz 3) postaci odosobnione, wyrażające się w mniej lub więcej przewlekłym schorzeniu jednego narządu lub pewnego zespołu narządów.

I. Wrota zakażenia i powstawanie ogniska pierwotnego.

Zakażenie wrodzone i wewnątrzmaciczne.

Przez długi czas uważano, że łożysko jest nieprzepuszczalne dla prątków Kocha. Dopiero Schmorl i Geipel, a potem inni autorzy wykazali zmiany gruczłowe w łożysku ciężarnych, chorych na gruźlicę płuc. Niekiedy udawało się też wykazać przechodzenie prątków przez łożysko. Doświadczenia Calmette'a (w latach ostatnich) wykazały możliwość przechodzenia zarazka gruźliczego z matki na płód.

Baumgarten przypuszczał, że z reguły pierwotne zakażenie gruźlicze jest wrodzone („Genögenese“). Mogłoby tu chodzić bądź o zakażenie komórek zarodkowych, bądź też o zakażenie przez łożysko. Zakażenie komórek zarodkowych należy stanowczo odrzucić, gdyż nie mogłyby się one następnie rozwijać; przypuszczenie, że prątki w komórkach tych pozostają przez bardzo długi okres czasu w stanie utajonym, jest wysoce nieprawdopodobne. Według Huebschmanna, można natomiast przypuszczać w pewnych warunkach zakażenie przez łożysko w ostatnich okresach ciąży; za zakażenie wewnątrzmaciczne możemy uważać tylko takie przypadki, w których znajdujemy zmiany gruźlicze bądź bezpośrednio po urodzeniu, bądź też bardzo szybko po nim (najwyżej do 3-go tygodnia życia), przyczem zmianami gruźliczymi muszą być dotknięte przede wszystkim wątroba i narządy dużego krążenia, podczas gdy w płucach, ze względu na warunki krążenia płodowego zmiany powinny być bardzo nieznaczne. W każdym razie zakażenie wewnątrzmaciczne—łożyskowe — jest rzadkie i nie ma ono znaczenia praktycznego.

Zakażenie pierwotne w życiu pozapłodowym.

Pierwotne ognisko gruźlicze w znacznej większości przypadków znajduje się w płucach. Co do częstości ogniska pierwotnego w płucach, liczby podawane przez rozmaitych autorów mniej więcej gładzą się ze sobą; wynoszą one: 80 — 93,56% (Ghono), 70% (Huebschmann i Lange), 80% (Huebschmann), 80,12% (Schürmann), przeciętnie — około 83%.

Ognisko pierwotne w płucu powstaje bezwątpienia przez wdychanie prątków i dlatego umiejscawia się w najlepiej przewietrzanych częściach płuc; w bardzo nielicznych tylko przypadkach miejscem pierwotnego zakażenia płuca jest szczyt (wbrew dawnym poglądom) — w około 1—2% przypadków.

Według jednych autorów, w powstawaniu pierwotnych zmian gruźliczych w płucu większą rolę gra zakażenie pyłowe (Neufeld i Lange), według innych zaś (m. i. Flügge)—kropelkowe. Zakażenie kropelkowe jest łatwiejsze ze względu na ogromną ilość prątków w ślinie gruźlika; zakażenie pyłowe, mimo małej ilości prątków w pyłe, może jednak zdarzać się częściej, gdyż nie wymaga bezpośredniego zetknięcia z chorym *).

Z innych wrót zakażenia na pierwszym miejscu wymienić należy jelito. Różni autorzy podają bardzo rozmaite liczby, określające częstość tego umiejscowienia: od 1,7 — 28%, przeciętnie — 16% przypadków.

Naogół uważają, że znaczną część pierwotnych ognisk jelitowych u dzieci należy przypisać zakażeniu mlekiem krów gruźliczych. Ognisko pierwotne w jelicie umiejscawia się najczęściej w dolnych częściach jelita biodrowego, zwykle bezpośrednio przed zastawką Bauhina; związane z ogniskiem pierwotnym zmiany gruczołowe dotyczą też najczęściej gruczołów limfatycznych kąta biodrowo-kątniczego. Niekiedy znajdujemy jedynie zmiany, najczęściej stare, ze zwapnieniami—w gruczołach limfatycznych, bez jakichkolwiek zmian w samem jelicie. W przypadkach takich należy przypuszczać, że zakażenie jelita uległo całkowitemu wygojeniu, lub też, że prątki mogły przechodzić przez ścianę jelita, nie wywołując w niej zmian chorobowych.

Wszelkie inne umiejscowienia ogniska pierwotnego są bardzo rzadkie, stanowią bowiem razem około 1%. Należy tu wymienić: skórę (zwłaszcza w związku z ranami, np. zakażenie przy obrzezaniu przez rabinów - gruźlików), migdałki, ucho środkowe, nos, spojówkę gałki ocznej, wreszcie narządy płciowe.

Dawniej za ognisko pierwotne gruźlicy uważano najczęściej zmiany w gruczołach limfatycznych. Dziś wiemy, że gruczoły te zaatakowane są zawsze wtórnie. Nie można zaprzeczyć, że obecne sposoby zwalczania gruźlicy doprowadziły do zmniejszenia częstości pewnych rodzajów zakażeń, np. zakażenia skóry przez brud (Schmutzinfektion) lub przez wcieranie (Schmierinfektion — Vollannd); dlatego też ostatnio skóra gra rolę dróg zakażenia bardzo rzadko.

Istnieją przypadki, w których znajdujemy kilka ognisk pierwotnych w tym samym narządzie, lub w różnych narządach. Ciężki, szybko zwykle prowadzący do śmierci przebieg takich przypadków świadczy o jednoczesnym wtargnięciu prątków do ustroju w kilku miejscach. Znacznie rzadziej spotykamy w paru różnych narządach ogniska pierwotne wygojone.

W znacznej większości przypadków gruźlicy znajdujemy ognisko pierwotne, według Schürmanna w 96,17%, tak, że praktycznie można powiedzieć, że ognisko pierwotne występuje w każdym niemal ustroju, dotkniętym zakażeniem gruźliczym. Zespół pierwotny jest najbardziej typową i stałą zmianą gruźliczą w ustroju ludzkim.

Znaczenie ogniska pierwotnego dla chorego możemy rozpatrywać z dwóch stron; z jednej strony, z punktu widzenia anatomicznego, musimy się z nim liczyć, jako z ewentualnym źródłem prątków gruźliczych, zakażających ustrój; z drugiej strony — z punktu widzenia biologicznego — gra ono ogromną rolę, wywołując w zakażonym ustroju stan alergii, wyrażający się bądź w przewrażliwości, bądź też we względnej odporności; stany alergii utrzymują się zresztą, jak to wykazuje doświadczenie, wtedy tylko, gdy w ognisku znajdują się żywe prątki.

Pierwotne zakażenie gruźlicze zawsze prawie daje zmiany, dostrzegalne makroskopowo. Zwykle w ognisku pierwotnym występuje zserowacenie. Zserowacenie ulegają również okoliczne gruczoły limfatyczne.

*) O bliższych szczegółach, dotyczących ogniska pierwotnego w płucu, patrz rozdział, poświęcony pierwotnym zmianom gruźliczym w płucach.

Huebschmann, obok zespołów pierwotnych typowych, odróżnia zespoły pierwotne „szczętkowe”. Nazwę tę stosuje on do tych przypadków zespołów pierwotnych, w których brak albo ogniska pierwotnego, albo zmian w okolicznych gruczołach limfatycznych. Brak zmian w gruczołach limfatycznych mógłby teoretycznie mieć miejsce w przypadkach wczesnych, gdy powstało już ognisko pierwotne, a nie rozwinęły się jeszcze zmiany gruczołowe; zresztą Huebschmann przypadków takich nie spotykał. Nierzadko natomiast znajduje się pierwotne zmiany w gruczołach limfatycznych bez ogniska pierwotnego; w wyjaśnieniu takich przypadków należy brać pod uwagę 3 możliwości: 1) przejście prątków przez wrota zakażenia bez wywołania w nich zmian, 2) wygojenie ogniska pierwotnego w postaci blizny tak małej, że nie można jej dostrzec (np. w jelicie), 3) całkowite zresorbowanie lub wydzielenie ogniska pierwotnego we wczesnym, wysiękowym okresie zmian. Z pewnością wszystkie 3 możliwości mogą mieć znaczenie, za najczęstszą jednak i najbardziej prawdopodobną uważa Huebschmann wymienioną w p. 2.

Ognisko pierwotne w większości przypadków ulega wygojeniu. Jednakże nawet otorbione i zwapniałe ognisko pierwotne może przez bardzo długi czas zawierać żywe i zdolne do zakażenia prątki. Cały szereg autorów (Beitzke, Hart i in.) sądził, że otorbione i wmurowane w złogi wapniowe prątki są na stałe umiejscowione w danym miejscu i nie mogą się już zeń wydostać. Jednakże na obwodzie zwapniałego już ogniska mogą znajdować się świeże gruźelki z żywymi prątkami (Ghon), co dowodzi, że prątki mogą się wydostawać nazewnątrz i zakażać inne odcinki narządów. Siegen opisał rodzaj szypuły naczyniowej limfatyczno-krwionośnej, która wchodzi z otoczenia do ogniska pierwotnego; poprzez tę szypułę prątki mają się wydostawać z ogniska pierwotnego do sąsiedniej tkanki.

Ognisko pierwotne, zawierające wielką liczbę prątków, przedstawia, zwłaszcza na początku swego rozwoju, duże niebezpieczeństwo dla ustroju; niekiedy prowadzi ono do t.zw. wczesnego uogólnienia („Frühgeneralisation” — Ranke).

II. Powstawanie postaci uogólnionych.

1) Uogólnienie wczesne.

Według Rankego, wczesne uogólnienie należy do II-go okresu gruźlicy i może powstać wszelkimi możliwymi drogami, a więc przez ciągłość, przez styczość, oraz na drodze krwi i limfy. Według Huebschmanna jednak na pierwszym miejscu należy postawić szerzenie drogą krwi, do której zresztą prątki dostają się z głównych pni limfatycznych.

Wczesne uogólnienia spotykamy zwykle w przypadkach, gdy ognisko pierwotne jest duże i zawiera dużo prątków; dlatego możemy przypuszczać, że brak uogólnienia w każdym przypadku ogniska pierwotnego zależy właśnie przedewszystkiem od małej liczby zawartych w niem prątków, pozatem zaś od ogólnego stanu ustroju.

Najczęściej spotykamy wczesne uogólnienia u osesków i małych dzieci. Anatomicznie wyraża się ono wystąpieniem ognisk gruźliczych w rozmaitych narządach, przedewszystkiem w płucach (brak tu roz-

siania prosówkowego). Wczesne uogólnienie przebiega bardzo ostro i szybko prowadzi do śmierci. Rzadko tylko uogólnienie wczesne występuje w postaci rozsianej gruźlicy prosówkowej.

2) Uogólnienie późne. Rozsiana gruźlica prosówkowa.

(*Tuberculosis miliaris disseminata*).

Do niedawnych czasów powszechnie uważano za bezpośrednią przyczynę powstawania rozsianej gruźlicy prosówkowej przerwanie gruźliczego ogniska serowatego do mniejszego lub większego naczynia krwionośnego, co miało pociągać za sobą rozsianie w całym ustroju prątków. Pogląd ten opierał się na spostrzeżeniu Weigerta, że w gruźlicy prosówkowej często spotyka się gruźelki w ścianach żył płucnych. Potem Benda opisał występujące nierzadko w gruźlicy swoiste sprawy zapalne w błonie wewnętrznej naczyń krwionośnych; zmiany te również miały być punktem wyjścia rozsiania prątków w ustroju.

Ostatnio pogląd ten zwalczają Huebschmann i Arnold. Autorzy ci stwierdzili, że: a) gruźelki w ścianach naczyń są zjawiskiem rzadkiem, a w dodatku spotyka się je właśnie wyłącznie tylko w gruźlicy prosówkowej; b) niezmiennie tylko rzadko spotyka się w tętnicy głównej skrzepliny gruźlicze zawierające dużo prątków, natomiast gruźelki naczyniowe albo są zupełnie pozbawione prątków, albo też zawierają ich bardzo niewiele, tak, że trudno myśleć o rozsianiu z nich prątków na cały ustrój. Wszystko to przemawia przeciwko pogładowi Weigerta.

Dawno już wiadomo, że rozsiana gruźlica prosówkowa występuje zwykle długo po otorbieniu i wygojeniu ogniska pierwotnego, ewentualnie innych ognisk gruźliczych; natomiast bardzo rzadko tylko spotykamy ją w przypadkach gruźlicy postępującej (około 4% przypadków). A więc między gruźlicą postępującą i gruźlicą prosówkową istnieje pewien stosunek wzajemnego wyłączenia się. Pozatem gruźlica prosówkowa, powstająca w związku z ogniskami całkowicie wygojonymi, przebiega znacznie gwałtowniej i szybciej prowadzi do śmierci (w ciągu około 3-ch tygodni), niż gruźlica prosówkowa, występująca przy słabiej lub silniej wyrażonej gruźlicy postępującej (przebiega ona co najmniej trzykrotnie dłużej).

Według Huebschmanna, różnice te można zrozumieć tylko z punktu widzenia nauki o odporności, względnie alergii. Widocznie postępująca gruźlica narządów stwarza pewien stan odporności przeciwko ogólnemu zakażeniu ustroju na drodze krwi. Prace nad gruźlicą z ostatnich dwóch dziesięcioleci dowiodły, że zarówno przy ciężkich, jak lżejszych, a nawet zupełnie lekkich i prawie wygojonych zmianach gruźliczych w ustroju, można znaleźć mniej lub więcej stale krążące we krwi żywe, zjadliwe prątki (Frankel, Löwenstein, Liebermeister; u nas Gantz i Saski); każdy osobnik ze zmianami gruźliczymi jest stałym nosicielem prątków, przyczem prątki zjawiają się od czasu do czasu w jego krwiobiegu; możliwe, że prątki są zdolne do rozmnażania się we krwi, i że mogą osiadać w pewnych narządach, pozostając w nich w stanie utajonym.

Aby znajdujące się w krwiobiegu prątki mogły wywołać rozsianą gruźlicę prosówkową, muszą istnieć jakieś warunki sprzyjające, które Huebschmann

nazywa ogólnie „skłonnością”. Skłonność taka może być zarówno swoista, wyrażająca się w braku, ewentualnie utracie poprzednio nabytej odporności, jak i nieswoista, w postaci najrozmaitszych, szkodliwych lub chwilowo obniżających oporność ustroju wpływów (np. dojrzewanie płciowe, cięża, miesiączka, pokwitanie, niedożywienie, rozmaite choroby zakaźne). Do ostatniej grupy należą prawdopodobnie także pewne warunki klimatyczne i meteorologiczne, za czym przemawia fakt, że w pewnych porach roku — zwłaszcza w kwietniu — śmiertelność na gruźlicę prosówkową przekracza znacznie śmiertelność w innych miesiącach.

Co się tyczy opisywanych przez Weigerta gruzelków w żyłach płucnych, Huebschmann uważa, że powstają one właśnie w rozsianej gruźlicy prosówkowej, gdy wysianie prątków z ogniska gruźliczego jest specjalnie duże.

Oczywiście, w pewnych przypadkach gruźlica prosówkowa może powstawać i w inny sposób, na drodze mechanicznego wysiania prątków do krwiobiegu, naskutek przedarcia dużego ogniska serowatego do gałązki żyły płucnej; zdarza się to jednak rzadko.

Makroskopowo w przypadkach rozsianej gruźlicy prosówkowej spotykamy w wielu narządach mniej lub więcej liczne guzki szarawe, przeświecające, dobrze odgraniczone, wielkości od ziarna prosa do soczewicy. Niekiedy guzki są mniejsze od ziarna prosa; mówimy wtedy o guzkach podprosówkowych (*tubercula submilliaria*).

Mikroskopowo guzki młodsze składają się z leżącego w środku ogniska martwiczego i skupiających się na obwodzie leukocytów i limfocytów (okres wysiękowo-serowaty); guzki starsze składają się z jednego lub paru gruzelków, przyczem w środku możemy jeszcze znaleźć ognisko martwicze (okres wytwórczy). W płucach guzki prosówkowe posiadają zawsze z początku charakter małych ognisk zapalenia płuc serowatego; potem, o ile dotknięty gruźlicą prosówkową osobnik nie ginie — następuje okres wytwórczy, w ogniskach tych rozwijają się gruzelki.

Istnieją pewne narządy, w których guzki prosówkowe spotyka się nader często (płuca, opłucna, otrzewna, wątroba, śledziona, nerki, opony mózgowe); w innych — guzki prosówkowe występują mniej lub więcej rzadko (narządy płciowe, mięsień sercowy), lub też zupełnie wyjątkowo, np. znany jest tylko jeden przypadek gruźlicy prosówkowej pęcherzyka żółciowego (Simmonds).

Od guzków rozsianej gruźlicy prosówkowej należy odróżniać spotykane bardzo często na sekcji gruzlików guzki prosówkowe w wątrobie i śledzionie, które są wyrazem braku sił odpornościowych ginącego

ustroju; krążące we krwi prątki zatrzymują się w tych narządach i powodują powstawanie guzków prosówkowych, które niektórzy autorzy nazywają dlatego „guzkami agonalnemi”.

III. Powstawanie gruźlicy narządów.

Stosunek częstości gruźlicy uogólnionej do odosobnionej gruźlicy narządów wynosi 1:3. Na pierwszym miejscu w statystykach wymienić należy gruźlicę płuc. Odosobniona gruźlica płuc do odosobnionej gruźlicy innych narządów ma się, jak 100:5. Najczęściej odosobniona gruźlica tych czy innych narządów przebiega jednocześnie z gruźlicą płuc. Co do częstości gruźlicy odosobnionej narządów przy jednoczesnej gruźlicy płuc, możemy wymienić kolejno: narządy moczowo-płciowe (62% przypadków), kości i stawy (30%), jelita i otrzewna (7%), skóra i nadnercza (po 2%). Jeśli chodzi o samoistną odosobnioną gruźlicę różnych narządów, bez udziału płuc, to częstość jej jest następująca: w jelitach i otrzewnie — 39%, w kościach i stawach — 29%, w narządach moczowo-płciowych — 23%, w gruczołach limfatycznych — 9%.

Ciekawe, że w przewlekłej odosobnionej gruźlicy narządów, w przeciwieństwie do zespołów pierwotnych i wielu przypadków gruźlicy uogólnionej — brak zmian gruźliczych w okolicznych gruczołach limfatycznych, lub też zmiany takie są bardzo nieznaczne (Ranké).

1) Powstawanie gruźlicy płuc — omówimy w rozdziale o gruźlicy płuc.

2) Powstawanie gruźlicy pozapłucnej. Jeśli chodzi o przewlekłą odosobnioną gruźlicę tego czy innego narządu, w olbrzymiej większości przypadków mamy do czynienia z przedostawaniem się do niego prątków na drodze krwionośnej, gdyż większość narządów nie posiada bezpośredniego związku ze światem zewnętrznym. Najczęściej gruźlica narządów jest powikłaniem gruźlicy płuc; dlatego też musi być znacznie od niej rzadsza, gdyż gruźlica płuc stwarza już pewien stan odporności na zakażenie innych narządów.

Należy zaznaczyć, że obok wszystkich wyżej wymienionych postaci gruźlicy, istnieją także przypadki nietypowe. Niekiedy np. obok wygojonego zespołu pierwotnego możemy spostrzec poszczególne guzki prosówkowe w tym samym lub w jakimkolwiek innym narządzie. Zdarza się również, że przy istniejącej już przewlekłej odosobnionej gruźlicy narządów — w innych narządach zjawiają się liczne ogniska gruźlicze.

(C. d. n.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

■ F. DESSAUER. *Zehn Jahre Forschung auf dem physikalisch-medizinischen Grenzgebiet*. Georg Thieme, Lipsk. 1931 r.

Dzieło powyższe nie jest podręcznikiem, lecz książką

pamiętkową, mającą z jednej strony na celu zobrazowanie historii Instytutu fizykalnych podstaw medycyny Uniwersytetu we Frankfurcie, pierwszej placówki naukowej tego rodzaju, założonej w r. 1920, z drugiej zaś dającą pojęcie o rodzaju i rozmiarach prac, prowadzonych w Instytucie.

Kierownik Instytutu prof. Fr. Dessauer opisuje historię powstania Instytutu, trudności, z jakimi musiał wal-

czyć, podaje krótkie życiorysy współpracowników Instytutu oraz wykaz prac naukowych, które z tego Instytutu wyszły.

Książka jest dziełem zbiorowym obecnych i dawnych współpracowników i uczniów Instytutu oraz jego przyjaciół.

Najwięcej stosunkowo miejsca poświęcono pracom, związanym z badaniami nad jednobiegunowo naładowanym powietrzem, prowadzonym przez samego kierownika Instytutu prof. Fr. Dessauera, A. Janickiego, N. Wołodkiewicza, P. Happla, prof. J. Strasburgera, prof. F. Linka i H. Israela. Punktem wyjścia dla tych prac była chęć wytlomaczenia działania klimatu górskiego i morskigo, niewątpliwie dobrych wyników leczniczych wód radjacyjnych, takich zjawisk, jak: choroby górskiej i föhnowej, dolegliwości chorych na gościec i dnę i t. d. Po przewyciężeniu szeregu trudności, związanych z otrzymywaniem powietrza, naładowanego jonami o jednym znaku (+ lub -), udało się wreszcie Dessauerowi, Janickiemu, Wołodkiewiczowi skonstruować odpowiednią aparaturę. Badania nad fizjologicznym działaniem powietrza, naładowanego jonami o jednym znaku, oraz nad jego zastosowaniem klinicznym były przeprowadzane przez Happla i Strasburgera. Naogół da się powiedzieć, że powietrze naładowane dodatnimi jonami, niekorzystnie działa na ustrój, powietrze zaś, naładowane ujemnymi jonami, wywiera wpływ korzystny. Ten dodatni wpływ powietrza, naładowanego ujemnie, szczególnie ujawnia się w nadciśnieniu, w którym w dużym odsetku przypadków udaje się nawet bardzo znacznie obniżyć ciśnienie; dodatni wpływ ujawnia się również w oddziaływaniu na dolegliwości podmiotowe, związane z nadciśnieniem, jak: bóle, ucisk i zawroty głowy, szum w uszach i t. d. Najlepsze wyniki osiągnęto w nadciśnieniu samoistnem i nadciśnieniu okresu przekwitania. Dodatkowo naładowane powietrze wpływa niekorzystnie i podnosi ciśnienie. Ujemnie naładowane powietrze wpływa korzystnie na bóle głowy, migreny, ogólne zmęczenie i t. p. dolegliwości u osób z normalnem ciśnieniem, wrażliwych na zmianę klimatu. W podostrych i przewlekłych cierpieniach gośćcowych w większości przypadków występuje odczyn bólowy, dający się wykazać w postaci obrzmienia stawów i podniesienia ciepłoty. I w tej więc dziedzinie mogłoby znaleźć ujemnie naładowane powietrze zastosowanie lecznicze. F. Linke i H. Israel tłumaczą chorobę, spowodowaną przez föhn, zmniejszeniem się w powietrzu ilości ciężkich jonów i jąder kondensacyjnych.

Drugi z kolei dział jest poświęcony kwestji biologicznego działania promieni; w celu otrzymania jaknajbardziej prostych i przejrzystych warunków doświadczenia prowadzili Dessauer, Nakashima i Rajewski badania nad wpływem promieni na rozczyny białkowe. Wykazują one, że zmiany białkowe są pierwotnym i zasadniczym przejawem działania promieni, i przemawiają za postawioną przez Dessauera teorią ciepłą (Punktwärmetheorie).

W dziale trzecim Liesegang zwraca uwagę, że przy dyfuzji z przemianami chemicznymi w galaretowatym środowisku występuje skłonność do ograniczania się w postaci krzywych Cassiniego (*cassinotaxis*). Potwierdzają to doświadczenia z chlorkiem srebra, chromianem srebra i t. d.

M. Alsfeld i E. Wilhelmy opracowali dział o powstawaniu amoniaku z jego elementów składowych pod wpływem rozmaitych gazowych wyładowań elektrycznych.

B. Rajewski starał się udowodnić za pomocą metod fizycznych istnienie t. zw. mitogenetycznego promieniowania Gurwicza żyjących tkanek, i, rzeczywiście, udało mu się skonstruować nader precyzyjny przyrząd do pomiarów światła, którego czułość wynosi 9.10^{-11} erg. cm^2 sek., t. j. niżej górnej granicy natężenia promieniowania mitogenetycznego.

Szereg rozdziałów poświęcono energii promienistej, jak: jej działaniu ogólnemu na ustrój (A. Pohle), roz-

mieszczeniu jej w naświetlanem ciele (M. Dornreich, A. Bachem), fotograficznym badaniom nad radjoczynnymi promieniami (M. Blau), badaniem nad promieniami katodowymi o napięciu od 100 — 200 kv., wytwarzanymi przez rurę Lenard-Coolidgea (W. Gentner), pomiarom energii promienistej (B. Rajewski, E. Albrecht), dawkowaniu jej (O. Glasser).

Już z tego pobieżnego zestawienia materiału, bardzo różnorodnego i nie ułożonego systematycznie, widać, że omawiane dzieło nie jest wyczerpującym podręcznikiem. Ale też nie taki jest jego cel: poza momentem historycznym i sprawozdawczym, ma ono znaczenie dydaktyczne, co zostało podkreślone w rozdziale o znaczeniu współpracy fizycznych, względnie fizyczno-biologicznych instytutów i pracowni biologicznych, opracowanym przez W. Kollego i W. Caspariego. Jest rzeczą jasną dla każdego myślącego lekarza, że rozwój medycyny jest ściśle uzależniony od postępów fizyki i chemji. O ile jednak w tej ostatniej istnieje ścisła współpraca między chemikiem z jednej a lekarzami i biologami z drugiej strony, o tyle pierwsza jest traktowana po macoszemu. Podkreślenie znaczenia ścisłych metod fizycznych dla medycyny jest jedną z licznych zasług książki. Do dalszych jej zalet zaliczyć należy jasność i przystępność artykułów, tak, że może być ona z dużą korzyścią czytana nie tylko przez lekarzy, zajmujących się specjalnie sprawami, poruszonemi w książce (fizykoterapeutów, rentgenologów), ale i przez szeroki ogół lekarzy wszystkich specjalności.

Henryk J. Landau

■ **Biologia i Patologia Żydów jako zagadnienie rasowe.** Książka zbiorowa (w języku rosyjskim), Tom III zeszyt 1 i 2 str. 221 + 180. Leningrad, 1930.

Mam przed sobą dwie dopiero co wydane książki trzeciego tomu dzieła zbiorowego, wydanego w języku rosyjskim przez Żydowskie Towarzystwo historyczno-etnograficzne w Leningradzie pod tytułem: „Woprosy biologji i patologji Jewrejew”, redagowanego przez znanych lekarzy, prof. M. Grana, prof. G. Dembo, Dr. W. J. Binsztoka i Dr. A. M. Bramsona.

Niepodobna w artykule sprawozdawczym zatrzymać się szczegółowo nad treścią wszystkich prac, które poza oryginalnymi poglądami i faktami z dziedziny biologji i patologji żydów dają nam również doskonały obraz stosunków zdrowotnych, sanitarnych i demograficznych żydów w Rosji Sowieckiej, posiadający szczególną wartość ze względu na przeobrażenie, wywołane w podstawowych warunkach bytowania tamtejszych Żydów.

W ostatnich dwóch książkach znajdujemy wyniki dalszych badań nad grupami krwi Żydów; tak n. p. prof. Rubaszkina i Leisermana dają sprawozdanie ze swoich odrębnych badań, dotyczących różnych chorób w zależności od narodowości. Dalej mamy badania Zabołotnego nad grupami krwi u Kazaitów i Krymczaków, Autor dochodzi do wniosku, że jedni niewiele się różnią od drugich pod względem składu krwi, co według niego daje się wytłomaczyć przez domieszkę elementów tureckich. O grupach krwi żydów gruzińskich traktuje praca Siemionskiej. Zdaniem autorki, grupowy skład krwi żydów gruzińskich należy do tego samego typu, co i żydów rumuńskich, bałkańskich, rosyjskich i polskich. Na podstawie powyższego faktu autorka zalicza żydów gruzińskich do rasy czysto semickiej (?).

Miedzy innymi pracami, poruszającymi zagadnienia biologiczne, znajdujemy ciekawą pracę Kewerkowa i Martynkowa o rasowo-biochemicznym wskaźniku żydów bucharskich. O stosunkach patologicznych u żydów traktuje bardzo pouczająca praca Doc. Dr. Kohana-Jasnego o patologji układu endokrynologicznego u żydów, jak również

praca Kantora o znaczeniu czynnika narodowościowego w etiologii krótkowzroczności oraz M o z e j n i s a o rozpowszechnieniu jaglicy wśród żydowskich kolonistów okręgu Zinowjewskiego. Autor ustala, że u żydów krótkowzroczność trzy razy częściej się spotyka, niż u białorusinów i widzi przyczynę tego zjawiska nie w jakichkolwiek nabytych (n. p. podczas bliższej pracy) cechach, lecz uwarunkowanych pewnymi czynnikami biologicznymi.

Co zaś do jaglicy, to, aczkolwiek wśród chorych ambulatoryjnych u żydów częściej ją spotykamy, co związane jest z częstszym zwracaniem się żydów o pomoc lekarską, powyższa choroba jednak u żydowskich rolników spotyka się na ogół rzadziej, niż wśród rolników innych narodowości. Natomiast wśród żydów o wiele więcej rozpowszechnione jest zwykłe zapalenie spojówek. Również ślepotą, spowodowaną przez jaglicę, rzadziej się tam zdarza u żydów, niż u nieżydów.

Dalej wymienić należy ciekawą pracę G a m a r n i k a o schorzeniach neuro-dystroficznych u żydów oraz Z. L e w i n a o rozpowszechnieniu idiotyzmu amaurotycznego u żydów na Białorusi, gdzie autor miał pod swoją obserwacją 15 przypadków tej rzadkiej choroby. Bardzo pouczające są przyczynki: G e r s z e n s o n a do kwestji rozwoju fizycznego noworodków w Odessie, P i e t r o p a w ł o w s k i e g o, dotyczące wzrostu żydów i nieżydów, oraz G u b i Ń s k i e g o: charakterystyka rozwoju fizycznego ludności żydowskiej na Ukrainie.

R. Becker.

Histologia i Embrjologia.

Ettore REMOTTI. O zużyciu rezerw tłuszczowych w rozwoju zarodka kury. (Ricerche di Morphologia, vol. V. 1930).

Autor badał histologicznie nabłonek woreczka żółtkowego rozwijającego się zarodka kury i wykazał, że we wczesnych okresach rozwoju, kiedy komórki tego nabłonka nie są jeszcze ułożone w jedną warstwę i sieć naczyń krwionośnych w jego ścianie nie została jeszcze wytworzona, komórki tego nabłonka pochłaniają fagocytarnie kule żółtka niezmienionego, t. j. takiego, w którym tłuszcz jest w jakiejś postaci złączony z białkiem i nie da się wykazać osobno. Żółtko to zostaje strawione w komórkach. W późniejszych okresach natomiast, kiedy komórki nabłonka są już ułożone w jedną warstwę i naczynia krążenia żółtkowego są wykształcone, żółtko nie dostaje się do komórek, lecz ulega trawieniu pozakomórkowemu przez zaczyny, znajdujące się w jamie woreczka żółtkowego. Białko i tłuszcz zostaje osobno trawione i produkty ich rozszczepienia zostają pochłaniane przez komórki pęcherzyka żółtkowego. Produktami temi są aminokwasy, powstające z rozszczepienia białka, oraz mydła i gliceryna, powstające z rozszczepienia tłuszczu. Z tych ostatnich w komórkach nabłonkowych woreczka żółtkowego zostaje z powrotem zrekonstruowany tłuszcz. W pracy poprzedniej z roku 1927 autor badał czynność zaczynów proteolitycznych i wykazał, że na początku rozwoju jest ona słaba, potem wzrasta stopniowo, osiągając maksimum 10-go dnia rozwoju i na tym poziomie utrzymuje się do końca okresu wylęgania. W pracy niniejszej autor badał czynność lipazy, zaczynu rozszczepiającego tłuszcz, stosując metodę zobojętniania kwasów tłuszczowych, powstających wskutek rozszczepienia tłuszczów, za pomocą NaOH N/30 i obliczając ilość zużytych centymetrów każdego dnia rozwoju zarodka. Okazało się, że czynność lipazy do 5-go dnia jest nadzwyczaj słaba, potem wzrasta się nieco, lecz właściwe wzmocnienie jej czynności rozpoczyna się 10-go dnia wylęgania i osiąga maksimum 15-go dnia, następnie spada nieco do końca okresu wylęgania. Materiały zapasowe żółtka

jakiemi są białko i tłuszcz, ulegają więc trawieniu w obrębie jamy woreczka żółtkowego przez wzmagającą się czynność zaczynów, rolę wchłaniania ich i wydzielania (do naczyń) obejmuje nabłonek woreczka żółtkowego, w którym czynność ta rozwija się stopniowo. W okresie intensywnej czynności lipazy w komórkach tych po zastosowaniu zwykłych metod histologicznych widoczne są bardzo liczne wakuole, które powstają wskutek rozpuszczenia zawartego w nich tłuszczu. W pełni czynności lipazy wypełniają one całkowicie te komórki. Wskazuje to na przewagę zużycia tłuszczu w tym okresie i na to, że rozwinięła się w tym nabłonku zdolność do czynności absorbcyjnej i wydzielniczej, taka, jaka jest właściwa komórkom nabłonka jelitowego zwierzęcia dorosłego. Przenoszenie tych materiałów zapasowych do zarodka obejmują naczynia krwionośne woreczka żółtkowego.

Krzywa czynności lipazy zgadza się z krzywami innych badaczy, dotyczącymi metabolizmu tłuszczu w zarodku kury, i potwierdza wykrytą przez N e e d h a m a kolejność zużywania rezerw: węglowodany, białko, tłuszcz. Wtedy, kiedy nabłonek woreczka żółtkowego nie różnicował się jeszcze tak, by mógł pełnić czynność absorbcyjną i wydzielniczą, zużywane zostają węglowodany, które są łatwo rozpuszczalne, potem w miarę różnicowania się tego nabłonka, wchodzi w grę bardziej skomplikowane materiały zapasowe, których zużywanie się stoi w związku z czynnością zaczynów, t. j. białko, a na końcu tłuszcz.

Bronisława Konopacka.

Piotr SŁONIMSKI. O pierwszym zjawieniu się hemoglobiny u zarodków aksolotla. (Comp. rend. de la Soc. de Biologie (Soc. belge de biologie) 5.104, s. 821-2. 1930).

Stadium, w którym zjawia się po raz pierwszy hemoglobina u zarodków płazów, nie było do tej pory ściśle określone.

Autor, posługując się własną modyfikacją metody benzydynamowej, stwierdził, iż u zarodków aksolotla (*Amblystoma mexicanum* C.) hemoglobina zjawia się w komórkach macierzystych czerwonych ciałek krwi bardzo wcześnie, jeszcze przed ich zjawieniem się w krwiobiegu. Długość ciała zarodka wynosi wtedy *ca* 4 mm., co odpowiada stadium 30-temu według Harrisona. W tym momencie komórki macierzyste krwi nek spotkać można wyłącznie w części brzusznej zarodka, między zawiązkiem wątroby i odbytu. Okolica ta odpowiada ściśle pierwotnej „wysepce krwiotwórczej”, w której brak jednak jeszcze wykształconych komórek śródbłonka naczyniowego. Same zaś komórki macierzyste czerwonych ciałek są obficie wypełnione płytkami żółtka, i tylko dzięki czułości użytej reakcji mikro-chemicznej udaje się w nich wykryć pierwsze ślady hemoglobiny. Jest rzeczą prawdopodobną, iż jądro komórkowe bierze czynny udział w wytwarzaniu wspomnianego wyżej pigmentu. Należy podkreślić, iż zwykle metody histologiczne nie pozwalają na uchwycenie tych zjawisk, co też było powodem błędnych zapatrywań poprzednich autorów (Mietens, Maximow, Lillie i inni).

P. S.

Piotr SŁONIMSKI. O dualizmie w genezie ciałek krwi czerwonych i białych u płazów (*Amphibia*). (Compt. rend. d. la Soc. de Biol., Societé belge de biologie, 5. 104 S. 1050 — 1053, 1930).

Autor badał doświadczalnie kwestję, czy wysepka środkowo-brzuszna, będąca jedynym i wyłącznym źródłem ciałek krwi czerwonych, jest jednocześnie jedynym zawiązkiem tworzącym ciałek krwi białych.

Dla rozstrzygnięcia tego pytania autor przeprowadził znaczną liczbę operacji, polegających na przecięciach pozio-

mych lub skośnych, dzielących zarodki płazów na kilka (2—4) części, dalej hodowanych. Operacje te zostały przeprowadzone na zarodkach w różnych stadiach rozwojowych, poczynając od gastruli, aż do stadiów, w których po raz pierwszy pojawia się hemoglobina w komórkach macierzystych czerwonych ciałek krwi.

Operacje tego typu nie zatrzymywały naogół dalszych procesów histo- i organotwórczych, dzięki czemu odpowiedź na postawione wyżej pytanie wypadła najzupełniej jasno. Wysepka krwiotwórcza ma ograniczoną potencję (krew czerwona zarodka), a białe ciałka krwi tworzyć się mogą i poza jej obrębem. W końcu autor podkreśla, iż czerwone i białe ciałka krwi różnią się swą genezą. Pierwsze powstają najprawdopodobniej z listka zarodkowego wewnętrznego (entodermi), podczas gdy białe ciałka krwi powstają niewątpliwie z listka zarodkowego środkowego (mezenchyma).

P. S.

Choroby płuc.

■ Prof. A. BACMEISTER. *Lehrbuch der Lungenkrankheiten*. IV wydanie. Lipsk. Georg Thieme r. 1931.

Jest to podręcznik możliwie zwięzły i wyczerpujący, przeznaczony dla lekarza—praktyka i studenta. Fakt, że ukazuje się 4-te wydanie, już sam przez się jest dowodem poczytności podręcznika. Układ książki nie odbiega od zazwyczaj w podręcznikach tego rodzaju spotykanego. Krótki rozdział, traktujący o fizjologii płuc, otwiera książkę, poczem dwa rozdziały poświęcone są metodom badania płuc i omówieniu objawów, spotykanych w zachorzeniu organów oddechowych. [Najobszerniej, rzecz jasna, omawiana została gruźlica płuc, stanowiąca, jak wiadomo, specjalność autora, który od wielu lat jest kierownikiem sanatorium w St.-Blasien.

Należy podkreślić dążenie autora do możliwie wszechstronnego przedstawienia obecnego stanu nauki o gruźlicy płuc. Indywidualny pogląd autora widać w najsłuszniejszym może przedstawieniu kwestji t. zw. nacieków wczesnych i szczytowego pochodzenia gruźlicy płuc. Autor nie odrzuca, jak to czynią obecnie niektórzy klinicyści niemieccy, zmian, stwierdzanych w szczytach płuc, i nie odmawia im wszelkiego znaczenia, przyjmuje jednak również tak doniosłe częstokroć ze względu na przebieg i znaczenie dla chorych zmiany naciekowe, zwane „wczesnymi“ i podkreśla ich wartość kliniczną. Do ujęcia tych spraw pod względem praktycznym (str. 276 i 277) można się bezwzględnie przyłączyć. Na podkreślenie zasługuje też stosunek autora do coraz bardziej rozwijającej się wśród fizjologów polipragmazji w przypadkach stwierdzenia zmian naciekowych w płucach.

Cierpienia alergiczne dróg oddechowych potraktowano zgodnie z obecnie panującymi poglądami.

Pozostałe cierpienia narządu oddechowego są również możliwie dokładnie przedstawione.

Dla lekarza nie—specjalisty i dla studentów podręcznik jest istotnie dobrym nabytkiem i doradcą w razie potrzeby.

M. Gantz.

I. DOUBROW. *Raki płuc pochodzenia zawodowego*. (Paris Méd. Nr. 12, 1931).

Tak zwana choroba górników ze Schneeberga (Saksonja) w świetle nowszych badań okazała się rakiem płuc. Ze 154 badanych górników zmarło 21 w ciągu 3½ roku; wykonana w 13 przypadkach obdukcja wykazała raka płuc; prócz tego, w 2 przypadkach istniał klinicznie stwierdzony rak płuc. A zatem statystyka autoptyczna wykazuje w 62%, zaś kliniczna — w 71% raka płuc wśród górników ze Schneeberga.

Badanie chemiczne pyłu kopalni Schneeberga wykazuje

obecność siarki, arsenu, krzemu, niklu, kobaltu, zaś badanie metalograficzne — cząsteczek stali. Prócz tego stwierdzono obecność soli wanadu i uranu oraz znaczną radioaktywność pyłu. W powstawaniu raka Schneeberskiego muszą odgrywać rolę czynniki mechaniczne, chemiczne (arsen, kobalt) i radioaktywne; sama pylica płuc nie wystarcza do wywołania powstania raka płuc, gdyż inne kategorie robotników, narażone na pylicę, zapadają bardzo często na gruźlicę płuc, a nie na raka.

Wśród górników z Jachymowa (Joachimsthalu w Czechosłowacji) również jest bardzo częsty rak płuc: na 10 przypadków obdukowanych w 8 stwierdzono raka płuc.

Pył z Jachymowa wykazuje podobny skład do pyłu ze Schneeberga. Analiza powietrza wykazuje znaczną zawartość emanacji radowej.

W Niemczech rak górników ze Schneeberga jest zaliczony do nieszczęśliwych wypadków przy pracy. W Czechosłowacji sprawa ta jest w toku badań.

W celach zapobiegawczych w Niemczech obowiązuje noszenie ubrań do pracy oraz raz do roku badanie lekarskie, połączone z badaniem rentgenowskim klatki piersiowej. W Czechosłowacji proponowane są następujące środki zapobiegawcze: praca naprzemian w kopalni i na powierzchni, podniesienie wieku dopuszczanych do pracy w kopalni robotników do 22 lat kilkorazowe urlopy w ciągu roku i t. d.

Henryk J. Landau.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

Asta v. MALLINCRODT. *Lupus i Carcinoma*. (Derm. Ztschr. H. 3. B. 60).

Albert w 1928 roku podał statystykę z kliniki we Freiburgu; Stühmer w 1930 r. statystykę z Westfalji. Odsetek przypadków, w których u chorych wilkowych wytworzył się rak, waha się od 1 do 5%: Freiburg—2,2%, Monachjum 1,6%, Wircburg 2%, Darier wykazuje 4%, Sesqueiza — 1,5%, Stühmer—5%. Statystyka z Bonn obejmuje dziesięciolecie 1920—1930 roku; chorych z gruźlicą skóry, a przeważnie wilkiem skóry było 906, w tem 399 mężczyzn i 507 kobiet. Ogólna liczba przypadków, gdzie z ogniska gruźliczego rozwinął się rak, wynosiła 28, a więc 3,09%, mężczyzn 10 czyli 2,5%, kobiet—18, czyli 3,55%. Autor przytacza historję choroby kilku przypadków. We wszystkich spostrzeganych przez niego przypadkach rak umiejscawiał się na twarzy. Przypadki z rakiem, niczem nie różniły się od innych przypadków gruźlicy skóry ani przebiegiem klinicznym, ani czasem trwania cierpienia, ani obarczeniem rodzinnym, ani budową histologiczną, tak, że jakkolwiek przyczyna powstawania w tych przypadkach raka nie została stwierdzona. W przypadkach *lupuscarcinoma* specjalną uwagę zwrócono na poprzedzające leczenie, mianowicie, czy były stosowane promienie Roentgena. Większość dermatologów uważa, że dokładnie dawkowane prom. R. nie wpływają absolutnie na powstawanie raka. Autor powołuje się na dane Mrongsviusa, Jordana, Zweiga, Alberta i innych, z których wynika, że wśród chorych na *lupuscarcinoma* część była naświetlana, część nigdy naświetlana nie była. Tak samo i w przypadkach autora. Autor dochodzi do wniosku, że nigdy nie można przewidzieć, czy u danego chorego z toczniem rozwinie się rak, czy nie; na materiale z kliniki w Bonn związku między rakiem a poprzedniem naświetlaniem prom. R. nie udało się ustalić. Zastanawiająca jest statystyka Axel Reyna z Instytutu Finsena w Kopenhadze. Śród 3058 chorych z wilkiem spostrzegł Axel Reyna raka w 16 przypadkach, czyli w ½ %, czyli Finsen byłby najlepszy nie tylko pod względem kosmetycznym, ale i pod względem prognostycznym co do raka. Pod względem profilaktycznym należy dążyć do

jaknajwcześniejszego leczenia małych ognisk tocznia, do izolacji ciężkich przypadków i do przestrzegania higieny skóry.
D. Cytrynik.

DÖRFFEL. W sprawie wyników i mechanizmu stosowania diety bezsolnej podług Herrmansdorfera w gruźlicy skóry. (D. m. W. N. 7. 1931).

Wpływ diety Herrmansdorfera na gruźlicę skóry wymaga zastanowienia: czy możemy, dzięki jej stosowaniu, osiągnąć polepszenie, względnie wyzdrowienie, jakie zmiany zachodzą pod względem biologiczno-chemicznym, dostępne naszym obecnym metodom badania, i jakie są główne czynniki działające tej diety? Od roku 1929 stosowano u chorych z gruźlicą skóry dietę bezsolną. Dla oceny wyników sprawdzono zmiany, zachodzące w skórze, na podstawie badań bakteriologicznych i histologicznych przed, w czasie stosowania diety, po 14 dniach, a nawet i później do 4 tygodni. Z 51 przypadków badanie mikroskopowe ustaliło u 17 chorych, przy opuszczeniu kliniki brak ognisk gruźliczych. U 28 dalszych pacjentów wyniki również b. pomyślne, jednak byli oni zbyt krótko poddani leczeniu, mniej niż 2 miesiące, aby w sposób obiektywny można było osądzić wyniki leczenia.

Spostrzeganie późniejsze ustaliło, że w części przypadków wyleczonych doszło do odnowienia się guzków, jednak nie były to takie nawroty, jakie zdarzały się przedtem.

W przebiegu sprawy chorobowej spostrzegano odczyn zapalny po 12—14 dniach, zdaniem autora, b. ważny dla wyleczenia i dający się porównać najlepiej z odczynem ogniskowym po zastosowaniu tuberkuliny. Zmiany miejscowe goiły się b. dobrze, blizna była gładka i miękka.

Badania mikroskopowe ustaliły, że, dzięki diecie bezsolnej, po 14 dniach znika obrzęk, dochodzi do rozrostu komórek ściany naczyń krwionośnych, do wytwarzania się tkanki łącznej a tem samem istnieją znacznie lepsze warunki opowania zakażenia. W 14 przypadkach, po zastosowaniu diety bezsolnej w ciągu kilku miesięcy, wynik posiewu był ujemny co, być może, tłumaczyć należy jako wpływ pośredni diety, wzmocnienie sił obronnych organizmu (układ siateczkowo-śródbłonkowy).

Badania serologiczne i hematologiczne, przeprowadzone przed zastosowaniem diety i następnie co 4 tygodnie, wykazały przyspieszenie opadania krwinek w większości przypadków, natomiast obraz krwi i odczyn odchylenia dopełniała zmian charakterystycznych nie przedstawiała.

Z powyższego widać, że poprawa i wyzdrowienie kliniczne idzie w parze ze zmianami histologicznymi. Jedynie mały procent przypadków wcale, względnie z trudnością poddaje się temu leczeniu. Jednocześnie stosowano leczenie miejscowe i to połączenie skracало okres leczenia i wpływało na pomyślny wynik leczenia pod względem kosmetycznym.

Badanie zachowania się odczynu skórniego po zastosowaniu tuberkuliny, olejku krotonowego, gorczycy przed i po podawaniu diety bezsolnej w przypadku gruźlicy skóry i innych dermatoz dowiodło istnienia wżnożonej gotowości zapalnej, która cofa się przy powrocie do diety normalnej.

Zachowanie się pH moczu i rezerwy alkalicznej krwi wykazało słabo kwaśny wpływ diety Herrmansdorfera.

Sól kuchenna jest głównie zdeponowana w skórze i znajduje się w ścisłej łączności z ilością wody, to też stosowanie diety bezsolnej winno się tutaj wyraźnie zaznaczyć. Zachowanie się ilości moczu, wagi ciała, a zwłaszcza odczynu Me Clure i Aldricha oraz wagi wycinków skóry dowiodły, że ilość wody w ustroju naogół zmniejsza się, a zwłaszcza następuje odwodnienie skóry.

W końcu należy zaznaczyć, że dieta bezsolna daje prze-

suniecie związków mineralnych, przyczem następuje wzmożenie zawartości potasu, a spadek ilości sodu, wapnia i magnezu.
St. Luxemburg.

J. J. STUTZIN. Wyjaławianie bezpłodnych. (Medizinische Klinik 42. 1930).

J. J. STUTZIN. Leczenie chirurgiczne bezpłodności u mężczyzn. (Therapie der Gegenwart. 2. 1931.)

Stutzin, wieloletni asystent i współpracownik Fürbringera, porusza w obu pracach tenże temat, wiecznie aktualny: jak wrócić zdolność zapładniania bezpłodnemu mężczyźnie. Autor z góry wyłącza wszelką bezpłodność czynnościową, jak *impotentia generandi ex impotentia coeundi, ejaculatio praecox, retardata, frustrata*, i wszelkie inkongruencje między ośrodkiem erekcyjnym a ejakulacyjnym (częstokroć, jak tego między innemi ostatnio referent dowiódł, natury psychogennej).

Również pozostawia Stutzin bez uwzględnienia azoospermję w następstwie zachorzeń i urazów jądra oraz jałowoci wskutek atonji i aperystaltyki *vasis deferentis*. Porusza autor jedynie główny teren jałowoci męskiej, t. zw. *sterilitas obliterativa*, zależną od zwężenia dróg nasiennych w ich przebiegu. Głównie siedzi przeszkoda w przyjądrzu, tam się mieszczą zapalne zlepy, przynajmniej, nierzadko zależne od sztucznie wywołanego wpompowywania substancji infekcyjnych podczas masażu Bogu ducha winnego gruczołu cewkowego lub wzgórk nasiennego.

Czasem nie wytwarzają się wcale plemniki, a czasem nie mogą się nici nasienne przedostać do dróg odprowadzających. Stan i charakter nasienia łatwo przy znieczuleniu miejscowem badać, wydostając nieco substancji wydzielanej przez nakłucie jądra. O ile się stwierdza w *sterilitas obliterativa* żywe plemniki, t. j. wrzekomą azoospermję, wskazany jest zabieg chirurgiczny.

Robiono próby rozszerzenia cewnikiem zwężeń cewki, przewodów wytryskowych, wzgórk nasiennego, ogona przyjądrza, *vasis deferentis*, a nawet wprowadzenia do tego ostatniego przy *spermatocystitis* kollarolu dla dezynfekcji. O wiele racjonalniejszy atoli jest rękoczyn chirurgiczny, polegający na wytworzeniu połączenia czyli anastomozy między drożnym a niedrożnym narządem.

Metoda ta, podana przez amerykańnika Martina, a przeszczepiona do Europy przez Bardenheenera, zastosowana została głównie przez Posnera, Enderlena, Schmidta, Stutzinga i Lichtensterna. Najlepsza zdaje się być modyfikacja Mac-Kenna-Morana (Seitzu-Seitenanastomose) za pomocą nici katgutowej zastępującej drut srebrny, łączący *vas deferens* z *ductus epididymis*.

Ta subtelna chirurgia jest bardzo mozolna, musi być wystudjowana uprzednio na młodych psach. Pamiętać należy, iż przewód nasienny nie jest grubszy od średniej nitki, jego światło, pokryte nabłonkiem migotliwym, jest dla oka nieuzbrojonego prawie niedostępne, a ściana, dwuwarstwowo umięśniona, dość gruba. Jako bougie może służyć jedynie włos koński, nie zawsze niż katgutowa. Lichtenstern z Wiednia wytwarza rodzaj sztucznej jamy (przez zastrzyknięcie kilku centymetrów sześciennych roztworu soli do jądra), w którą wszczepie przecięty przewód.

Wśród 17 autorów, których cytuje Stutzing, tylko dwóch nie widziało żadnej poprawy. *Optimum* pomyślnych wyników sięga u niektórych chirurgów 50 proc. Jako neurolog, spotykający się często z bezpłodnością męską w praktyce i z ciężką neurastenją, na tle jej powstałą, powtarzam z zadowoleniem za Stutzingiem: gdzie mało się ma do stracenia, można wiele ryzykować.

Uderza analogiczny bieg myśli u ginekologów, prze-

dmuchujących bezpłodnym niedrożne jajowody kobiece, i u chirurgów, kanalizujących męskie przewody nasienne i wytryskowe.

H. Higier.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ Płk. Dr. Jan NELKEN. Kokainizm i homoseksualizm. (Monografie psychiatryczne Nr. 3).

Praca niniejsza stanowi jeden z zeszytów poważnego wydawnictwa Monografij. Psychiatrycznych a zarazem odbitkę z ostatniego (XIV/XV) zeszytu Rocznika Psychiatrycznego. Złożyła się na nią bardzo dokładna analiza kliniczna przypadku, który sam przez się jest niezmiernie interesujący z punktu widzenia klinicznego, psychologicznego i sądowno-lekarskiego. W ujęciu i wyczerpującym przedstawieniu tak wytrawnego, znanego, jakim jest autor, przypadek musiał zyskać właściwe i wszechstronne oświetlenie.

Chodzi o kapitana w. p. homoseksualistę i kokainistę, który zastrzelił swego przyjaciela i strzelił sobie w głowę. Zamach samobójczy doprowadził do uszkodzenia kości czaszki i obustronnej ślepoty. Zdjęcie rentgenowskie czaszki przedstawia rzadki obraz odmy pourazowej podoponowej i śródmózgowej (*hydropneumatocoela traumaticum cerebri*).

Po roku kazał zabójca zaprowadzić się na grób swojej ofiary, poczem, powróciwszy do hotelu, zabił się strzałem w samo serce.

Po przedstawieniu danych, zebranych przez śledztwo sądowe, zdaje autor sprawę z obserwacji klinicznej, uzupełniając ją przytoczeniem urywków z wielce charakterystycznej korespondencji pacjenta. Wykazywał on objawy otępienia organicznego, związanego z ciężkim urazem mózgowym. Samo tragiczne przeżycie, którego był sprawcą, zostało w jego pamięci zafałszowane w sposób katatymiczny (życzeniowy). Mianowicie: to nie on był sprawcą zabójstwa, tylko inna osoba, która miała polecenie czuwania nad nim i kontrolowania jego korespondencji. Wspomnienia co do wydarzeń uczuciowo obojętnych były zachowane w formie prawidłowej. W listach pacjent wykazywał brak samokrytycyzmu, niemożność doprowadzenia do końca i składowego wypowiedzenia myśli zasadniczej, wpłatał w nie rozmaite niepotrzebne ustępy, kiepskie rymy i nieudolne wierszyki. W zachowaniu swoim zdradzał prymitywny narcyzm, niczem nieusprawiedliwione wzmożone samopoczucie: w stosunku do otoczenia wypowiadał pełno skarg, właściwie wykazywał nastawienie poranoidalne w stosunku do lekarzy. Na tle ogólnego otępienia wystąpiły pomimo długotrwałego i zupełnego braku kokainy objawy intoksykacji kokainowej pod postacią omamów wzrokowych, zwłaszcza jednak dotykowych: chory czuł robaki w języku i w pokarmach, które mu podawano. W ten sposób organiczna sprawa mózgowa uforowała drogę dla wystąpienia objawów kokainowych. Rozróżnienie momentów intoksykacyjnych i organiczno-otępieniowych w obrazie klinicznym stanowi jeden z najciekawszych momentów w tej b. interesującej publikacji.

G. B y c h o w s k i.

■ J. AISENSCITAT. Influenza dell' educazione sugli anormali originarii. (str. 536, ilustr. 59. wyd. Francesco Giannini e figli Napoli).

Autor, docent uniwersytetu w Neapolu, znany z całego szeregu prac z dziedziny neurologii i psychiatrii postanowił zbadać wpływ wychowania na wrodzone zбочenia człowieka. W tym celu zbadał on zgórą 3000 dzieci najrozmaitszych przestępców w kilku zakładach wychowawczo-leczniczych w okolicy Neapolu oraz przedsięwziął podróż naukową do Szwajcarii, Niemiec, Rosji i Austrii. Badając dzieci więźniów

i przestępców, autor szczegółowo uwzględniał cechy charakteru na zasadzie wywiadów, zaczerpniętych o rodzinie dziecka, oraz o samej jego indywidualności, oświecał cechy pod względem antropologicznym i psychologicznym dziedziczności, obserwując często 3 pokolenia: rodziców, dzieci i wnuków, interesował się losem dziecka po opuszczeniu zakładu.

A. korzystał z rad Bechtere'wa i Leonarda Bianchiego, którym też dzieło swe poświęca. W pierwszej części praca ta traktuje o dziecku anormalnym i tutaj uderza pełne erudycji opanowanie przedmiotu pod względem antropologii, patologii, kliniki i psychiatrii. W dziale o dziedziczności poddana została szczegółowej analizie większość panujących w nauce teorii, zreasumowane zdobycze naukowe doby ostatniej, podniesione zasługi Mendla i Morgana. Nierozstrzygnięta zostaje jeszcze sprawa dziedziczności cech nabytych.

A. na zasadzie bardzo szczegółowego badania i dłuższej obserwacji 3000 dzieci przestępców twierdzi, że człowiek może przekazać potomstwu rozmaite naleciałości psychiczne. i dowodzi, że nowe nawyki, powstałe pod wpływem zmiany warunków otoczenia, mogą być przekazane dziecku w postaci wrodzonego instynktu. Analizując fakty, zdobyte drogą żmudnych badań lekarskich i nieraz nawet niebezpiecznych dociekań w rozmaitych norach i wertepach wśród przestępców, autor wykazuje z jednej strony wybitny talent klinicysty, z drugiej strony zmysł doświadczonego społecznika, wygłaszając idee reformatorskie i bezlitośnie chłoszcząc społeczeństwo, które obojętnie przechodzi około młodych zбочeńców i toleruje zastraszający stan przestępczości u dzieci, w przyszłości mogących powiększać kadry niepotrzebnych jednostek. A. nie omija również anormalnych stosunków panujących przy zawieraniu małżeństw, gdzie na pierwszym planie stoją nie dobór i miłość, lecz zimne wyrachowanie i okoliczności, nic wspólnego nie mające z pożyciem 2-ch płci i zdrowiem fizycznym i moralnym potomstwa. I tutaj piętnuje on śmiało obłudę społeczeństwa i jego prawodawców i wskazuje drogę do wykorzystania zła.

Statystyczne dane przedstawione przez autora na VIII zjeździe Włoskiego Towarzystwa Neurologicznego wykazują: na 3000 badanych dzieci 14,6% dzieci normalnych, 85,4% — anormalnych, 90,33% wszystkich dzieci otrzymało wychowanie w zakładach, 8% nie nadawało się zupełnie do nauki. Jeśli chodzi o przyczyny zбочeń, to wśród nich było 3,43% dziedzicznych neuropatów, 2,5% było zrodzonych ze związków kazirodczych, w 44,58% stwierdzono dziedziczną przestępczość, w 20,10% kiłę wrodzoną, u 49,56% alkoholizm rodziców, u 17,83% gruźlicę u rodziców i w 12,9% nierząd matek.

Wszystkie te momenty dziedziczności fatalnie odbiły się na dzieciach, zpośród których w

13,26%	stwierdzono zбочenie sfery uczuć,
5,4%	„ zбочenie inteligencji,
2,76%	„ zaburzenia w sferze zmysłów.

91,2% dzieci po latach pobytu w zakładach wychowawczo-leczniczych wyszło na pożytecznych członków społeczeństwa; 8,2% było niezdolnych do normalnego życia. Pewną nadwyżkę tego odsetka autor kładzie na karb wadliwych metod pedagogicznych.

Ratując od zagłady moralnej tak wielki odsetek chorych dzieci, społeczeństwo wystawia sobie świadectwo zdrowia moralnego, chroniąc siebie od znacznej liczby przestępców. Idąc za przykładem niektórych stanów Ameryki Północnej należałoby za pomocą promieni X zmniejszać płodność syfili-tyków, neuropsychopatów, gruźlików, alkoholików i epileptyków. Ameryka wogóle pod tym względem stoi na wysokości zadania i, zamiast więzień, buduje zakłady wychowawczo-lecznicze, gdzie psychiatra i pedagog podali sobie ręce i dostarczają spo-

leczeństwu pożytecznych pracowników, rekrutujących się z byłych zbrojenców i przestępców. Inne kraje, jak Szwajcaria, Niemcy, Holandia i ostatnio Rosja, idą za przykładem Ameryki.

Niezwykła ta książka *Aisenscitatea* z wielkim uznaniem przyjęta przez świat lekarski w rozmaitych krajach, jest głęboko i gruntownie ujęta, i z każdego jej rozdziału widać nietylko wykształcony lekarz klinicysta, lecz śmiały reformator społeczny i lekarz pedagog. Warto by to piękne dzieło przyswoić naszej literaturze.

M. Koenigstein.

GUILLAIN, SCHMITE et BERTRAND. Glejakowatość całego rdzenia. (Rev. neur. 1929. T. 2 Nr. 2.)

38 letnia kobieta nagle zaczyna się skarżyć na bóle czaszkowe, szyjne i lędźwiowe. Przy chodzeniu traci równowagę. Po 3 mies. choroby zjawiają się braki psychiczne, wzmoczenie napięcia mięśniowego w nogach, osłabienie odruchu kolanowego prawego.

Odczyn W. — dodatni we krwi oraz płynie mózgo-rdzeniowym. Płyn jest ksantochromiczny i zawiera 37 gr. białka bez pleocytozy. Leczenie swoiste daje poprawę przemijającą.

Nawrót silnych bólów skłania do wprowadzenia próby lipiodolowej. Obraz rentgenologiczny wskazuje na sprawę uciskową wewnątrzrdzeniową. Zabieg chirurgiczny potwierdza rozpoznanie. Po 2 mies. chora zmarła. Okazało się, iż glejak rozwinął się na przestrzeni całego rdzenia. Krwotoki do

nowotworu wywołały torbiele. Obraz kliniczny przypominał następstwa tego jamistości rdzenia.

N. Z. Z.

ECCLES i SHERRINGTON. Badania nad odruchem zginania. (Proceedings of Royal Society 1931, vol. 107.)

Sherrington wraz ze swą szkołą bada w dalszym ciągu prawa, obowiązujące w sferze czuciowo-ruchowej. W pracy niniejszej stwierdza on, iż czas utajony dla odruchu zginania skraca się, o ile bodziec, zaaplikowany na nerw czuciowy, wzmacnia się.

To samo otrzymuje się, jeśli jedno podrażnienie jest poprzedzone w pewnym odcinku czasu przez inne.

Jeśli dwa podrażnienia następują bardzo szybko po sobie, to odpowiedź ruchowa jest sumowaniem obu podrażnień.

Prąd t. zw. antidromic (to znaczy biegnący po nerwie ruchowym w kierunku ośrodkowym) osłabia działanie równoczesne bodźca czuciowego. Jeśli drażnić elektrycznością odcinek końcowy nerwu ruchowego i jednocześnie drażnić nerw czuciowy, to próg pobudliwości ośrodka nerwowego podnosi się.

Jeśli podrażnienie „antidromic” jest zaaplikowane w czasie pomiędzy dwoma zwykłymi, to nie następuje sumacja drobnych bodźców.

N. Z. Z.

Wskazówki praktyczne

Schittenhelm i Eisler uważają za najskuteczniejsze leczenie *otyłości* stosowanie *tyroksyny* i *odpowiedniej diety*. Z wyjątkiem niektórych postaci zależnych od zbrojeń wydzielania wewnętrznego, które wymagają skombinowanego leczenia wewnątrzwydzielniczego, leczenie dietetyczno-tyroksynowe stanowi metodę najwłaściwszą. (Kl. Woch. 1931 Nr. 15)

—o—

H. Eppinger zauważył dodatnie działanie *wyciągu z tarczycy na trudno gojące się skaleczenia i rany*. Wyciąg z tarczycy stosuje się miejscowo. (Kl. Woch. 1931 N. 15).

—o—

Curschmann przypomina pomyślne działanie *siarczanu chininy* na zawroty głowy pochodzenia usznego (Menière). C. stosuje chininę w dawkach od 0,1 trzy razy dziennie

do 0,2 cztery razy dziennie. Leczenie takie z przerwami prowadzić należy stale. (Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1931 № 4).

—o—

Wykrycie *laseczników Kocha we krwi* metodą *Loewensteina* może przyczynić się do wczesnego rozpoznania *gruźlicy narządów moczowopłciowych*. U operowanych już chorych stwierdzenie we krwi laseczników gruźlicy dowodzi dalszego trwania stanu chorobowego. Brak laseczników w moczu nie jest dowodem wyleczenia, dopiero krew wolna od laseczników może upoważniać do wniosku o wyleczeniu. (M. m. W. 1931 Nr. 12).

—o—

Schwartzmann otrzymywał nadzwyczajne wyniki *leczenia* pewnych postaci *dławicy piersiowej (angina pectoris)* i *chromania przestankowego* za pomocą *zastrzykiwań wyciągu mięśniowego*. (Brit. med. Journ. 1930 N. 3618).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne

Posiedzenie z dn. 29 stycznia 1931 r.

1) Czarniecki wygłosił wspomnienie pośmiertne, poświęcone pamięci prof. Br. Sawickiego i M. Hertza. Lubliner podał życiorys M. Hertza oraz scharakteryzował działalność społeczną i naukową Zmarłego.

2) Tencer przedstawił *przypadek ropnego zapalenia zatoki czołowej, powikłanego ropniem oczodołowym, operowanego metodą wewnątrznosową*.

Chora lat 16 przybyła na oddział 31.XII 1930. Przed 2-ma tygodniami przechodziła grypę, podczas której wystąpiły bóle okolicy czołowej lewej i obrzmienie lewej powieki. Ciężota ciała sięgała 40%. Objawy szybko się nasilały. Obrzmienie

okolicy lewego oczodołu tak się powiększyło, że chora okiem lewym nic nie widziała. Badanie chorej wykazało opadnięcie lewej powieki górnej, obrzmienie i chłobotanie w tej okolicy. Rynoskopowo stwierdzano się skrzywienie przegrody nosowej w lewo i obfite ropienie w środkowym przewodzie nosowym. Rentgenografia wykazała zaciemnienie lewej zatoki czołowej i komórek sitowych po tej samej stronie. Za pomocą nakłucia jamy Highmora wydobyto nieco śluzowo-ropnej wydzieliny.

Chora poddana została operacji. Na jednym posiedzeniu dokonano wyprostowania przegrody nosowej, oczyszczenia komórek sitowych i utworzenia zatoki czołowej według Hallego, dość obfitej ziarniny oraz zwyrodniałą śluzówkę w sitowiu i zatoce czołowej dokładnie wyskrobano. Wreszcie małym cięciem utworzono zewnątrz ropień pod powieką

górną. Przebieg pooperacyjny był b. dobry, bez reakcji. Po tygodniu rana zewnętrzna zagojona, obrzmienie powieki ustąpiło, w nosie skąpa ilość wydzieliny. Chora wypisała się zupełnie zdrowa.

Przypadek zasługuje na uwagę, gdyż pomimo to, że operacja otworzenia zatoki czołowej została dokonana nie zzewnątrz, do czego uprawniała obecność powikłania w postaci ropnia oczodołowego, lecz metodą wewnątrznosową, nastąpiło całkowite wyleczenie.

3) Hellin pokazał *podobizny chorego, u którego dokonano operacji plastycznej nosa*.

Sekretarz: J. Tencer.

Posiedzenie z dn. 26 lutego 1931 r.

1) Karbowski demonstrował chorą z przewlekłym ropnem z zapaleniem uszu.

Chora lat 22 cierpi od dzieciństwa na obustronne przewlekłe ropienie ucha środkowego. Przed 7 laty była poddana operacji doszczętniej prawego ucha z powodu próchnicy kośćceczek i ściany kostnej jamy sutkowej. Przebieg pooperacyjny był nietypowy. Dopiero po kilkuletnim leczeniu doszło do względnego wyleczenia kostnego ogniska. Otoskopja prawego ucha: dość szeroki lejkowaty przewód z uchylkiem w tylnej ścianie; w głębi mały otwór, z którego sączy się śluzowo-ropna bezwonna wydzielina. Słuch — szept *a. c.*

Otoskopja ucha lewego: obraz podobny z tą różnicą, że w lejkowatym przewodzie nie stwierdza się uchylka na tylnej ścianie przewodu.

Przypadek jest demonstrowany ze względu na zbliżone obrazy anatomiczne w obydwu uszach, jakkolwiek tylko ucho prawe było operowane. Przypuszczalnie chodzi tu o gruzlicę obu narządów słuchu u osobnika z dobrą odpornością oraz skłonnością do wyleczenia w postaci nadmiernego rozrostu ziarniny. W uchu zoperowanym stwierdza się pewnego rodzaju skłonność do powrotu do normalnych stosunków anatomicznych.

Dyskusja:

B. Chorażycki nie stwierdza podobieństwa pomiędzy jednym uchem a drugim. Nie widzi też skłonności natury do przywrócenia warunków z okresu przedoperacyjnego. Nie uważa również tego przypadku za gruzlicę.

Kmita uważa, że oglądając ucho prawe, ma się wrażenie, że nie udało się opanować sprawy chorobowej w okresie gojenia po wykonaniu operacji doszczętniej.

2) Karbowski pokazał *preparat krtani, uzyskany podczas sekcji*. Zmarły cierpiał na *raka krtani* i był *leczony ropem*.

3) Z. Srebrny wygłosił odczyt p. t.

„O powikłaniach ropówkowych po wyluszczeniu migdałków”.

(Było drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.”).

Dyskusja:

Lubliner nie przypisuje większego znaczenia miażdżeniu tkanek w czasie tonsillektomji jako czynnikowi, wywołującemu powstawanie ropówek pooperacyjnych. Powikłania tego rodzaju występują b. rzadko, a jednak z miażdżeniem tkanek spotykamy się często w operacjach częściowego usuwania migdałków, np. przy pomocy przyrządu Ruaulta. Lubliner omawia dalej zagadnienie powinowactwa bakterji do pewnych tkanek i uważa, że badanie flory bakteryjnej jamy ustnej przed tonsillektomią mogłoby niejednokrotnie zapobiec występowaniu powikłań pooperacyjnych.

Kmita wątpi, czy w przypadku prelegenta przyczyną róży było wkleście brudnej igły do jamy Highmora, gdyż nie wystąpiło zapalenie ropne tej jamy. Róża twarzy mogła być skutkiem jakiegoś zadrażnienia skóry niezależnie od próbnej punkcji jamy szczękowej. Co się dotyczy wyluszczenia migdałków palcem, to nie jest to właściwa metoda, gdyż łatwo wejść poza zwieracz gardła i wnieść zakażenie do naczyń krwionośnych i limfatycznych.

B. Chorażycki uważa, że podczas tonsillektomji nie miażdży się tkanek, niema zatem powodu do występowania powikłań. Powikłania ropne po operacji wyluszczenia migdałków zależą również od konfiguracji niszy migdałkowej.

Koenigstein nie zgadza się z Clausem, że przyczyną ropówek pooperacyjnych może być przeniesienie materiału ropnego z migdałka przez wnękę do naczyń krwionośnych i limfatycznych za pomocą igły. Jeszcze przed Clau-

sem autorzy amerykańscy zwrócili uwagę na możliwość zakażenia tkanki sąsiedniej igłą do znieczulenia. To też do każdego poszczególnego zastrzyknięcia należy brać świeżą igłę i baczyć na to, by nie zastrzykiwać do wnęki poprzez tkankę migdałkową. Iniekcję należy uważać za prawidłową wtedy, gdy migdałek się wypina, tkanka błędnie i płyn nie wraca przez krypty. Co do wyluszczenia migdałków u dzieci, to wskazania do zabiegu nie o wiele różnią się od wskazań u dorosłych. O ile u tych ostatnich wszystkie bez wyjątku przypadki są operowane w znieczuleniu miejscowym, o tyle u dzieci z wyjątkiem bardzo nielicznych musimy uciekać się do ogólnego półuspiania. Dla dokładnego wyluszczenia mocno zrośniętych lub ukrytych w niszy migdałków u dzieci ważnem jest posługiwać się pomocą asystenta, który, albo trzymając wyciągnięty migdałek, albo odciska język szpadlem. Zabieg nieraz bywa b. trudny wskutek krwawienia, które należy szybko tamować, nachylając głowę dziecka ku przodowi i nadół. Koenigstein kilka razy stwierdzał u dzieci pooperacyjne zapalenia oskrzeli wskutek zaciekania krwi, przyczem objawów ze strony płuc nie było. Zabieg u dzieci, dokładnie wykonany, bywa owocny w skutkach, aczkolwiek nieraz wymaga daleko więcej zręczności i wprawy, niż u dorosłych. Co do przypadku ropówki, cytowanego przez Srebrnego, który wspólnie z Koenigsteinem obserwował jego przebieg, mówca zaznacza, że był to przypadek wyjątkowo ciężkiej nieustalonej etiologii bakteriologicznej. Chory miał objawy *perioesophagitis*, na bocznej części szyi był naciek, który mógł wskazywać na obecność głębokiego ropnia. Tylko szybka operacja, która się okazała bardziej skomplikowana i długotrwała niż przypuszczano, uratowała życie chorego.

Czarniecki przypomina, że Heryng skonstruował igły do znieczulania przy tonsillektomji.

Omawiając sposoby zabezpieczenia się przed krwotokami po operacji wyluszczenia migdałków, zaznacza, że obkluwanie niszy migdałkowej nie jest metodą bezpieczną. Stosować ją należy tylko w wyjątkowych razach.

Karbowski uważa, że krwotoki miażdżowe, występujące w kilka lub kilkanaście godzin po zabiegu, nie wymagają obklucia, gdyż zazwyczaj same ustają. Wyjątek stanowią krwotoki miażdżowe na tle daleko posuniętej miażdżycy lub skazy krwotocznej. W takich przypadkach obkluwanie wnęki nie prowadzi do celu. Zapobiec krwawieniom można tylko przez anatomiczne operowanie i podwiązanie naczyń krwawiących podczas zabiegu. Tamowanie zaś krwotoków tamponami może narazie zatrzymać krwawienie przez zacopowanie się większych naczyń, istnieje jednak zawsze obawa wtórnego krwotoku wskutek odpadnięcia skrzepu podczas aktu polikania.

Srebrny odpowiada Lublinerowi, że jednak tkanka miażdżona łatwiej ulega zakażeniu; Kmita: 1) że znane są jednostki chorobowe — róża gardła i róża krtani. Jeżeli tedy błona śluzowa gardła i krtani może być dotknięta różą, dlaczegoby błona śluzowa jamy Highmora nie mogła ulec temu losowi; brak ropienia zatem nie dowodzi, ażeby nie mogła nastąpić infekcja po wkłuciu do zdrowej jamy szczękowej zakażonej igły. Jest to o wiele prawdopodobniejsze, aniżeli koncepcja Kmity, że akurat po owym zabiegu wystąpiło zakażenie różycowe skóry policzka, o którego zadrastaniu, zresztą, nie było mowy; 2) że przedziurawienie warstwy mięśniowej palcem mogłoby nastąpić tylko wtenczas, gdyby się tego specjalnie chciało, ale i narzędziem to samo można zrobić nawet i niechcący; 3) że operowanie palcem nie jest tak bardzo niechirurgiczne, czego dowodzi fakt, że chirurdzy wyluszczaają np. gruczoł krokowy palcem; Koenigsteinowi: 1) że wylewanie się płynu z krypt migdałka tylko wtenczas ma miejsce, kiedy igła jeszcze w nlm tkwi, gdy jednak, przeszedłszy przez niego dochodzi już do tkanki pozamigdałkowej, to wyciekaniu płynu nie będzie; 2) że świaderok, przeszedłszy poza migdałek aż do tylnej ściany łożyska migdałkowego, może wywołać ropówkę, nie należy więc go zanurzać głęboko; 3) że Srebrny wcale nie utrzymywał, że u dzieci wogóle nie należy robić tonsillektomji, powiedział zaś, że należy być wstrzeźliwym, a że bywają przypadki, w których operacja jest konieczna tego dowodzą jego słowa, że robił tonsillektomię u dzieci 7-letnich w znieczuleniu miejscowym; 4) że u chorego, o którym mówił Srebrny rozpoznawał *perioesophagitis* tylko Koenigstein, natomiast Srebrny bynajmniej tego nie potwierdzał już choćby z tego względu, że chory za dobrze żył; zresztą, *perioesophagitis* skończyłaby się z pewnością śmiercią.

Sekretarz: J. Tencer.

www.dlibra.wum.edu.pl

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Bezançon, Bernard, Oumansky i Gaucher na posiedz. majowym tow. lek. szpit. paryskich (Pr. med. № 36) omawiali przypadek *podostrej gruźlicy stawowej o przebiegu gośćcowym*. Przypadek dotyczył pacjentki 22-letniej, która w wieku lat 10 miała przetokę na udzie, w 20-ym roku życia objawy gościa wielostawowego niewyjaśnionego pochodzenia, zaś ostatnio dostała zachorzenia lewego stawu kolanowego. Wysiłek w stawie, brak zmian kostnych, ujemny wynik badań surowicy w kierunku gruźlicy, słabo dodatni wynik gonj. - odczynu — przemawiały na korzyść sprawy tryprowej.

Dopiero, gdy płyn w kolanie uległ zropieniu i wstrzyknięto śwince zawartość stawu, okazało się, że mamy do czynienia z gruźlicą. Odczyn śródskórny tuberkulinowy był nie tylko dodatni, lecz spowodował zmiany ogniskowe silne w kolanie chorem i słabsze w przeciwnym. Prawdopodobnie i poprzednie zmiany stawowe były tej samej natury gruźliczej.

Z j a z d y

Z VII-go francuskiego Zjazdu Przeciugruźliczego w Bordeaux (1931).

W czasie od 30 marca do 2 kwietnia r. b. odbył się w Bordeaux VII francuski Zjazd przeciugruźliczy. Tematami programowymi były: zagadnienie bakterjolizy lasecznika Kocha, rozpoznanie czynności gruźlicy płucnej, udostępnienie leczenia odmowego ludności niezamożnej i zapobieganie gruźlicy w wojsku.

Zarówno referaty programowe, jak i przemówienia dyskusyjne poruszyły szereg spraw żywotnych w dobie obecnej dla Francji, a które niemniej aktualne są w warunkach polskich. Z tego względu, sądzę, że warto zapoznać czytelników z przebiegiem obrad Zjazdu.

Wszystkie referaty programowe zostały wydrukowane częściowo w Revue de la Tuberculose 1931 N. 3, częściowo w Revue de la Phthisiologie médico-sociale N. 1, 1931. Streszczenia dokładne referatów dyskusyjnych zostały podane w NN. 30 i 32 Presse medicale 1931. Zwalnia mnie to od obowiązku szczegółowego streszczania — ograniczę się do podania najciekawszych i najbardziej zasadniczych myśli i poglądów.

I. Brak dotychczas jednolitego poglądu na zagadnienie bakterjolizy prątką gruźliczego. Czy zasadniczo lasecznik Kocha ulega bakterjolizie? Jakimi metodami stwierdzić można istnienie tego zjawiska? Czy bakterjoliza może mieć jakieś znaczenie dla kliniki? To były pytania, które zainteresowały większość badaczy.

Nie we wszystkich środowiskach istnienie bakterjolizy jest stwierdzone. Rist radził jaknajwiększą ostrożność w formułowaniu wniosków, gdyż również niebezpieczne jest doszukiwanie się bakterjolizy w każdym zjawisku, jak i jej bezwzględne odrzucanie. Referenci: Bezançon, Philibert, Buc zaprzeczyli istnieniu bakterjolizy w płynach ustrojowych. Stali oni na stanowisku, że jedynie ujemny wynik szczepienia zwierzętom laboratoryjnym stwierdzić może istnienie bakterjolizy w danym środowisku. Ze zjawiskiem bakterjolizy nie mają nic wspólnego ani zmniejszanie się liczby prątków Kocha, ani też występowanie ich postaci ziarnistych. Te ostatnie są, według referentów, jedynie wyrazem starzenia się prątków, bądź też jakby jego przetrwalań, występującymi w warunkach dla lasecznika nieodpowiednich. (Tegoż zdania był również Durand). Referenci zbijali poglądy Courmonta i Gardèrea, Karwackiego, Duranda i Cherchańskiego, którzy stali na stanowisku istnienia bakterjolizy w płynach ustrojowych, a zgadzali się z Nedeljkowiczem, którego badania nie potwierdziły istnienia tego zjawiska. W przypadku Rista i Jonesco, w którym autorzy ci stwierdzili w wysięku opłucnowym bardzo liczne prątki gruźlicze nie dające się ani hodować, ani przeszczepiać — z czego wyprowadzili wniosek, że prątki te były nieżywe (ale nie uległy lizie!) — referenci doszukiwali się wpływów lokalnych. Natomiast Richet jun. i Hauduroy, opierając się na zjawisku zmniejszania się, a nawet znikania prątków gruźliczych w pewnej, zresztą znikomej, ilości płwocin gruźliczych, odstawionych do cieplarki o T° 37°, bezwzględnie wierzą w istnie-

Kilaki wątroby demonstrował na posiedz. kwietn. paryskiego tow. pediatrycznego Babonneix i Miget (Pr. méd. N. 36). Na powierzchni wątroby niemowlęcia z kiłą wrodzoną odznaczały się znaczne kilaki. Pod drobnowidzem nie stwierdzono martwicy z naciekiem jednojąrzastym i komórkami plazmatycznymi, jak można się było spodziewać, lecz znaleziono niewątpliwe krętki.

Etienne zaleca *zastrzykiwanie chininy z uretanem* w przypadkach *naczyniaków skóry* (tow. w Montpellier — Pr. med. № 37) i przytacza 3 przypadki, w których kilka zastrzyknięć spowodowało zupełny zanik naczynek.

Abjel na posiedz. marc. berlińskiego tow. lek. (D. m. W. № 19) mówił o *przerzyciu ciężkiej baz zabiegu*. Po uprzednim zorientowaniu się w położeniu macicy wstrzykuje się do otworu macicznego strzykawką pastę, przygotowywaną przez aptekarza Heisera, składającą się z olejków eterycznych i jodu.

Następuje zupełne otwarcie szyi; powolne wstrzykiwanie jest niebolesne. Niekiedy trzeba usuwać resztki łożyska. Wobec możliwych powikłań niezbędne jest pozostawienie w szpitalu.

nie bakterjolizy. Również tego zdania był Rappin, który stwierdził bakterjolizę w hodowli pr. Kocha, traktowanej surowicą koni, wielokrotnie uodpornianych antygenem bakterijnym. Courmont i Gardère niewzruszenie stali na stanowisku istnienia bakterjolizy zarówno we krwi, jak i w płynach wysiękowych. Według nich zdolność bakterjobójcza surowicy zwierząt odpornych na gruźlicę jest znacznie wyższa od tejże zdolności zwierząt nieodpornych, a wysięki opłucnowe chorych o tendencji do poprawy posiadają również wyższą siłę bakterjobójczą od wysięków chorych o stanie ogólnym złym. Stąd autorzy ci przypisują natężeniu bakterjolizy znaczne prognostyczne.

Większą jednomyślnością cieszy się bakterjoliza tkankowa, gdyż wszyscy zgodnie potwierdzają jej istnienie. Jednak zjawisko to nie przebiega jednolicie, jak to podnosił w swym referacie Paraf. U zwierząt odpornych na gruźlicę, zgodnie z poglądami Calmettea, nie stwierdza się istnienia bakterjolizy — ustrój tych zwierząt toleruje jakby prątki gruźlicze, nie niszczy ich nigdy całkowicie, „zamurawuje“ je jedynie, uniemożliwia ich dalszy rozwój. Różnie się też zachowuje organizm zwierząt nieodpornych, w zależności od tego, czy dane zwierzę było szczepione, czy też nie prątkami gruźlicy. W ustroju, który nigdy nie pozostawał w kontakcie z lasecznikiem Kocha, Paraf stwierdził brak bakterjolizy, bądź też jej ślad nieznaczny — natomiast u zwierząt szczepionych, w zjawisku Kocha i Bailla, występowała wybitna bakterjoliza tkankowa. Badania histologiczne wykazały, że spośród białych ciałek krwi własność lityczną posiadają jedynie monocyty i to w stopniu nieznacznym. Jak wykazały natomiast badania Timofiejewa i Benewołenskiej (cyt. przez Paraf), szczególną zdolność bakterjolityczną posiadają myeloblasty, które autorzy ci wyhodowali z krwi chorych na białaczkę ostrą. Również Richet jun., Dublineau i Couder stwierdzali istnienie bakterjolizy tkankowej. Przestrzegali oni przed identyfikowaniem czynnika bakterjolitycznego z bakterjofagiem. Czynnika tego nie udało się im wyodrębnić — stwierdzili jedynie, że jest on ciepłostajny i nieprzesączalny.

II. Zagadnienie kliniczne o rozpoznawaniu czynności gruźlicy nie przyniosło wiele nowego.

Zarówno referenci — Leuret i Caussimon jak i Bernard — żądali rozróżnienia dwóch pojęć: czynności (activité) i postępowania (évolutive). W związku z tem Leuret i Caussimon podali bardzo skomplikowany projekt klasyfikacji gruźlicy — w zależności od czynności, rozpatrywanej ze stanowiska bądź bakterjologicznego, bądź klinicznego, od postępowania sprawy chorobowej i od zdolności dawania przerzutów (infectante, non infectante) do innych narządów.

Zasadnicze zagadnienie — stwierdzenie czynności ogniska gruźliczego — rozbiło mówców na dwa obozy: zwolenników badań klinicznych i zwolenników badań laboratoryjnych.

Referenci omówili wszystkie bardziej i mniej znane metody badań czynnościowych, klinicznych, chemicznych, biolo-

gicznych i i sereologicznych i doszli do wniosku, że jedynie zespół objawów i wniosków pozwala na postawienie dokładnego rozpoznania, przyczem jednak uważają, że z metod pomocniczych na szczególną uwagę zasługuje porównanie wyników odczynu Vernesa z odchyleniem dopełniacza przy różnych antygenach.

Wybitni klinicyści, jak Bernard, Rist, Sergeant stali na stanowisku, że jedynie ścisła obserwacja kliniczna, uwzględniająca wyniki badań fizykalnych i stanu ogólnego, w połączeniu z badaniem bakterjologicznym płwociny i serjowami zdjęciami rentgenowskimi mogą stwierdzić czynność ogniska gruźliczego, bądź też ją wykluczyć. Szereg lekarzy przypisywał próbom serologicznym znaczenie pierwszorzędne. I tak wielu zwolenników miał odczyn Vernesa (Jullien, Leger, Tilmant), który pozwala na „ftizjometrię“, na dokładne ustalenie rokowania. Cordier i Degeorges, którzy uciekają się do metod laboratoryjnych, gdy klinika nie może dać odpowiedzi, posilkują się określaniem szybkości opadania krwinek, przyczem w wypadku niezgody między wynikiem badań klinicznych a szybkością opadania krwinek większe znaczenie przypisują objawowi Biernackiego!

Courmont posługuje się odczynem doskórnym, seroaglutynacją Arloinga i Courmonta, odchyleniem dopełniacza i flokulometrią — ale stwierdza, że jedynie zgodny wynik tych 4 metod posiada jakiekolwiek znaczenie. Kuss stosuje doskórny odczyn tuberkulinowy (w 3 stężeniach: 1/1000 mg. 1/250 mg. i 1/33 mg.) i z odczynu miejscowego i ogólnego (gorączki) sądzi o czynności gruźlicy. Olivier i Slioberg stwierdzili, że krzywa dwutlenku węgla w krwi tętni-

czej opada proporcjonalnie do rozprzestrzeniania się gruźlicy. Arm and - Delille podkreślał znaczenie szukania lasecznika gruźlicy w treści żołądkowej, nie tylko u dzieci, ale również u dorosłych, zwłaszcza u kobiet. Mouisset przestrzegał przed interpretowaniem — jako wyrazu postępowania sprawy gruźliczej — objawów takich, jak nieznaczne krwioplucie, występujące w okresie menstruacji, bądź też zaburzeń stanu ogólnego, potów nocnych, osłabienia, występujących często u alkoholików. Mantoux podkreślał brak związku między bólami w obrębie klatki piersiowej a czynnością lub postępowaniem, względnie rozległością sprawy chorobowej. Dumarest i Bonafé przypominali, że niezawsze otyłość przemawia przeciwko czynności sprawy chorobowej. Obserwowali oni szereg przypadków, w których otyłość szła w parze z osłabieniem i postępowaniem gruźlicy. Jest to objaw w tych przypadkach raczej niekorzystny, stwierdzający istnienie uszkodzenia gruczołów dokrewnych. Otyłość ta nie poddaje się leczeniu preparatami gruczołowymi, lepiej reaguje natomiast na leczenie dietetyczne, na gimnastykę i sporty, nieraz na kurację w Vichy.

Wreszcie Goussel proponował, by w przypadkach, kiedy lekarz musi wydać świadectwo o czynności, względnie nieczynności gruźlicy — osobnik dany na ½ roku przed terminem wydania zaświadczenia był skierowany do lekarza celem umożliwienia mu przeprowadzenia kolejnych badań w pewnych odstępach czasu.

(Dok. nast.)

Benedykt Glass (Warszawa).

Korespondencja

Sobienie-Jeziory, 8.V. 31.

Szanowny Panie Redaktorze!

Chodzi mi narazie o dwa słowa: „Roztwór“ i „Wsysanie“, które mnie, wychowanego w rdzennej Rosji i specjalnie wrażliwego na wszelkie rusycyzmy, drażnią, jak zgrzyt żelaza po szkle, a które to słowa spotyka się nieomal w każdym artykule lekarskim, nie mówiąc już o „literaturze“, dodawanej do różnych specyfików krajowych i zagranicznych.

Istnieje w języku rosyjskim wyraz „Rastwor“ (c. z. rozczyn, rozcieńczenie, rozpuszczenie) — i pochodne tego rzeczownika — „Rastworiat“ (rozpuszczać, rozcieńczać), „Rastworimyj“ (rozpuszczalny, rozcieńczony) i t. d.

Istnieje też wyraz rosyjski „Wsasywanje“ (wchłanianie, asymilowanie) i jego pochodne: „Wsasywał'sia“ (wchłaniać się), „Wsasywajuszczysia“ (wchłaniający się) i t. d.

Otóż nasi autorzy lekańscy, nie tykając pochodnych „Rastwor“ i pisząc — „rozcieńczać“, „rozpuszczalność“ i t. d., co brzmi zupełnie po polsku, — ogromnie polubili sam „Rostwór“ i używają tego wyrazu, zupełnie nam obcego, na każdym kroku zamiast „Rozczynu“, czy „Rozcieńczenia“.

Co zaś się tyczy wvrazu „Wsasywanje“, to lekarze nasi, jak to się mówi, używają na całego, i prace lekarskie aż roją się od różnych „Wsysań się“ i „Wessań“, stosowanych w najrozmaitszych odmianach.

Po polsku mówi się „ssać“ (piersi), wyssać (sok z pomarańczy), mówi się „aparat ssący“, alb „ssąco-tłoczący“, ale nie wolno mówić „wsysać się“, tylko „wchłaniać się“ i dlatego mamy gruczoły „chłonne“, a nie „wsysające“.

Nasze instytucje odpowiedzialne nie bardzo jakoś czuwają nad przestrzeganiem czystości pisowni polskiej, i człowiek zniósł „definitywnie“ (broń Boże, „ostatecznie“), co prawda z niesmakami, różne hocki-klocki pisarskie i w prasie codziennej i w literaturze książkowej, a szczególnie w różnych elukubracjach urzędowych.

Ale pragnąłbym nie widzieć tych braków chociaż w na-

szem „Czasopiśmie“, które przyzwyczało mnie i do swojej pięknej, a poważnej treści i pięknej formy.

Chciałbym tę treść „wchłaniać“ w siebie, a nie „wsysać“ i nie w „rostworze“, ale w całości.

Czyby Sz. Pan Redaktor nie mógł co na to poradzić?

Gdyby Sz. Pan Redaktor uznał to za potrzebne, to prosiłbym niniejsze pismo umieścić w „Czasopiśmie“ z ewentualnymi zmianami, czy skrótami.

Łączę wyrazy prawdziwego szacunku

F. Karniewski.

Odpowiedź Szan. Kol. Karniewskiemu.

Redakcja „Warsz. Czasop. Lek.“ dba o poprawność języka w swym wydawnictwie i, o ile ją stać na to, unika błędów językowych. Nie ulega jednak wątpliwości, że, czy to z braku dostatecznej kompetencji w sprawach języka polskiego, czy z powodu niedopatrzności, od czasu do czasu błąd jakiś przepuści. Będziemy przeto bardzo wdzięczni czytelnikom za zwracanie nam uwagi na każdą usterkę językową. Dziękujemy też i Szan. Kol. Karniewskiemu za wszczęcie dyskusji na temat dwóch wyrazów: „roztwór“ i „wsysanie“, nie podzielamy jednak jego zarzutu, że wyrazy te są rusycyzmami.

Wogóle trzymamy się zasady, że w razie wątpliwości co do właściwego użycia jakiegokolwiek wyrazu lub zdania zająć należy do „Słownika języka polskiego“ lub do „Poradnika językowego“.

W sprawie kwestjonowanych przez kol. Karniewskiego wyrazów nie mieliśmy żadnych wątpliwości i nie czuliśmy potrzeby zwrócenia się do cytowanych źródeł. Atoli po otrzymaniu listu kol. Karniewskiego zawahaliśmy się, czy „roztwór“ i „wsysanie“ „wessanie“ nie są istotnie błędami językowymi. Zwróciliśmy się więc do naszego niezawodnego doradcy — do „Słownika języka polskiego“ Karłowicza, Kryńskiego, i Niedźwiedzkiego. I oto, co znaleźliśmy:

1) Roztwór — pomiędzy innemi znaczeniami podano

x Rozczyn (Tom V. str. 719). Znak x oznacza: mało używany. Przy wyrazie „Roztwór” żadnego zastrzeżenia niema. Czyli: wyraz „Roztwór” jest bez wszelkich zastrzeżeń poprawny, zaś wyraz „Rozczyn” jest mało używany.

2) Wessać, Wsyać, Wessać się, Wsyać się, Wessanie, Wessanie się, Wsyanie, Wsyanie się.

a) Wessać, Wsyać oznacza: ssąc wciągnąć w siebie, wsiąknąć w siebie, wciągnąć, wchłonąć, zabsorbować. Wessać się, Wsyać się oznacza: wpić się, wsiąknąć w co (Tom VII. str. 514)

b) Wessanie — czynność cz. Wessać. Wessanie się czynność cz. Wessać się (T. VII. str. 514).

c) Wsyanie — czynność cz. Wsyać. [Wsyanie się] — czynność cz. [Wsyać się].

Znak [] oznacza wyraz gwarowy. A więc: wyrazy: Wsyać się i Wsyanie się można uważać za gwarowe, w tym jednak razie tylko, kiedy są użyte w znaczeniu: wtrącać się, mieszać się, wzgl. wtrącanie się, mieszanie się.

Usprawiedliwszy w ten sposób używanie w „Warsz. Czasop. Lek.” słów: Roztwór i Wsyanie, dziękujemy Szan. Kol. Kárníewskiemu za wyrazy uznania dla pisma i pragniemy, aby dotychczasowej o niem opinii nie zmienił. Wszelkie zaś uwagi, dotyczące treści, języka, układu lub szaty zewnętrznej i nadal z wdzięcznością przyjmować będziemy.

Z wysokiem poważaniem

Redakcja

K r y t y k a l e k a r s k a

Czemu znachorstwo pomimo postępu medycyny zyskuje sobie coraz więcej zwolenników i droga walki z niem*).

(Dokończenie — p. Nr. 20).

Kiedy słyszy się głosy lekarskie, żądające walki ze znachorstwem i proponujące różne drogi do jego obalenia, pomimo woli nasuwają się wątpliwości, czy są one celowe? Krótkowzroczność lekarzy nie pozwała im widzieć złego tam, gdzie ono tkwi istotnie i dlatego imamy się środków, zgóry skazanych na bezowocność. Weźmy dla przykładu dwie najczęściej zalecane drogi — jedną przez uświadomienie publiczności, drugą przez walkę za pomocą zakazu. Pierwsza, jak już wspomniałem na wstępie, choć w zasadzie jest pożądana z punktu widzenia wogóle kultury, w sprawie zwalczania znachorstwa jest zupełnie bezcelowa. Już sam fakt, że z usług znachorów w dużym stopniu korzysta elita społeczeństwa, nie wyłączając nawet, bądźmy szczerzy, i nas lekarzy, jest chyba dostatecznym dowodem, że tą drogą nie da się dużo osiągnąć. W jednym ze swych artykułów na ten temat E. Lieck pisze, co następuje: „Gdybym miał astmę napewno nie zwróciłbym się do Kümmla, aby mi otworzył klatkę piersiową celem oddzielenia nerwu sympatycznego od oskrzeli, raczej zwróciłbym się do Coué, a gdybym zapragnął wzmocnienia mego układu nerwowego, również zwróciłbym się do niespecjalisty Coué, a nie do Freuda”. Oto szczerze wyznanie lekarza, którego trudno posądzić o brak uświadomienia.

Medycyna, krocząc naprzód drogą materializmu wpada, niestety, w krańcowy schematyczny obiektywizm, zwłaszcza wybitnie zarysowujący się w chirurgii, tej najefektowniejszej pod względem terapii gałęzi medycyny. Nie wiem, czy wielu znalazłoby się spośród nas samych chętnych poddania się, na przykład, torakoplastyce w przypadku gruźlicy płuc pomimo zachęcającej statystyki, mającej świadczyć o dobrodziejstwie tej metody! Czy raczej nie zwrócilibyśmy się do terapii chociażby ziołowej, mniej naukowej, lecz i mniej przykrej? Czy wobec tych wszystkich

wątpliwości można poważnie mówić o uświadomieniu jako środka do walki ze znachorstwem?

Nie więcej da się osiągnąć drogą represji. Kto zna historję procesów przeciwko znachorom chociażby u nas, ten wie dobrze, że rozprawa publiczna jest dla nich najlepszą reklamą. Sprytniejsi znachorzy nawet celowo je prowokują. Wychodząc z tego założenia, niektóre kraje, jak Niemcy i Anglja, odstąpiły już dawno od przeciwstawiania się znachorstwu, twierdząc, że walka z niem jest przeważnie bezcelowa, że lepiej mieć wszystkich znachorów pod okiem, niż zezwolić im na uprawianie ich zawodu w tajemnicy, bez żadnej kontroli. Sądzę, że i nasz kraj postąpiłby logicznie, wprowadzając ewidencję tych ludzi, tembardziej, że u nas na dużą skalę toleruje się felczeryzm, który pod niektórymi względami jest nawet szkodliwszy od znachorstwa. Zresztą, co pomogą ustawy, jeżeli urzędy zdrowia, te w pierwszej linii powołane do obrony medycyny organy oficjalne, udzielają publicznego prawnego zezwolenia na różne zioła, jako rzekomym specyfikom przeciw rozmaitym chorobom. Czy w takich warunkach medycyna może spodziewać się obrony swych interesów przez prawo?

Nie mogąc liczyć na pomoc zzewnątrz, winniśmy konsekwentnie wzmacniać własną pozycję. Ze wszystkiego, com wypowiedział wyżej, nasuwa się samorzutnie wniosek, że znachorstwo w dużym stopniu zawdzięcza swe powodzenie nam lekarzom. Dopóki będziemy opierali swój byt nie na zdobyczach czystej nauki, lecz na zdobywaniu względów chorego, łatwo ulegającego sugestji i złudzeniu, o racjonalnej walce ze znachorstwem nie może być mowy. Warunki, w których pracuje dziś lekarz, są tak nienormalne, że o uzdrowieniu stosunków bez zmian radykalnych trudno nawet marzyć. Zawód lekarski w zetknięciu z życiem naogół stoi w bardzo luźnym związku nie tylko z wysokimi ideałami lekarskimi, lecz nawet z nauką. Lekarz, który w naiwności ducha chciałby postępować w praktyce wyłącznie zgodnie z nakazami nauki, znalazłby się bardzo prędko poza nawiasem życia. Jeżeli lekarzy idealistów jest coraz mniej, jeżeli etyka lekarska stała się tylko tematem oderwanej filozofji, to winien jest temu nasz zawód, którego materialne interesy pomimo wszystko są sprzeczne z interesami chorych. Lekarzom wprawdzie zależy na doprowadzeniu chorego swego do zdrowia, ale nikt chyba z nas nie będzie twierdził, że ideałem naszym w dzisiejszych

*) Według odczytu, wygłoszonego dnia 11 marca r. b. v Tcw. Med Społecznej.

warunkach jest wyrugowanie chorób wogóle. Takie szczytne cele może wygłaszać nasza nauka, ale nigdy zawód! Nic więc dziwnego, że umysły niezależne jak Biegański, broniąc medycyny od miazmatów zawodowych, wystawiły hasło, aby przynajmniej jednostki, którym powierzone zostało wychowanie zastępów lekarzy — profesorowie uniwersytetów — zostały zupełnie odseparowane od praktyki.

Kiedy przeglądam nasze deontologje i przypatruję się działalności naszych sądów zawodowych, zapytuję siebie nieraz, jaki jest ich cel? Lekarz etyczny i tak nie postąpi wbrew nakazowi etyki, nieetyczny znajdzie tysiące sposobów jej ominięcia. Czy dużo mamy wyroków potępiających?

Jeżeli pragniemy istotnie podnieść godność lekarską i powagę naszej nauki, winniśmy dążyć nie do naprawiania naszych indywidualnych błędów, lecz do zreformowania tych stosunków, które błędy uczyniły nieuniknionymi.

Dwa są warunki niezbędne, bez których racjonalne rozwiązanie tego problemu jest niemożliwe.

1. Organizacja pomocy lekarskiej winna być zbudowana na wymaganiach nowoczesnej medycyny, czyli z indywidualnej przeobrazić się w kolektywną, innymi słowy: dotychczasowa jednostkowa pomoc lekarska powinna być zastąpiona przez zbiorową.

2. Interes lekarski nie może być sprzeczny z interesem chorego. Oba winien przyświecać cel jednaki: zdrowie.

Czy są to postulaty wykonalne w praktyce?

Jak już wspomniałem wyżej, lekarz indywidualista stał się dziś w dużym stopniu anachronizmem. Z chwilą, kiedy znikł już prawie zupełnie typ lekarza uniwersalnego, do którego publiczność zwracała się niegdyś jako do jedyne go źródła zdrowia, wybór lekarza w każdym poszczególnym przypadku wobec niezwyczajnie wybujałej specjalizacji stał się w wysokim stopniu utrudniony. Dzięki specjalizacji przedewszystkiem lekarz znowu staje w obliczu nie chorego, lecz choroby. Nie do pozazdroszczenia jest często położenie pacjenta, który broniąc bezkrytycznie zasady wolnego wyboru lekarza, staje wobec zagadki, do kogo ma się istotnie zwrócić w tej lub innej chorobie? A zagadnienie to bynajmniej nie jest łatwe, gdyż często i nam lekarzom trudno jest orjentować się w sytuacji.

Oto pierwszy lepszy przypadek z brzegu. Chory uskarża się na ból w baruku i radzi się mnie, do kogo ma się zwrócić? Zaczynam zastanawiać się: chirurg, neuropatolog czy internista, a jeżeli internista to czy zwykły, czy też specjalista od przemiany? Jeżeli więc ja, jako lekarz, gubię się w domysłach, to cóż ma począć ze sobą chory, który już absolutnie nie orientuje się w sytuacji, idzie tam, dokąd kieruje go pierwszy lepszy laik-doradca. W rezultacie dzisiejsza porada lekarska kosztuje chorego dużo i zawsze pozostawia go w niepewności, czy zwrócił się do właściwego lekarza. Jeżeli dodamy do tego niemal nieodłączne badanie dodatkowe w postaci analiz, radiogramów i t. p., przekonamy się, że leczenie wogóle w dzisiejszych warunkach należy do przedsięwzięć skomplikowanych. Czy wobec tego nie nasuwa się konieczność uregulowania tych spraw przez zamianę dzisiejszego chaotycznego systemu indywidualnego na kolektywny, który jeden tylko może upewnić

chorego, że istotnie będzie zbadany wszechstronnie według wymagań nauki?

Możliwe byłoby to tylko jedynie przy przeprowadzeniu całkowitem drugiego postulatu, o którym wyżej wspomniałem, a mianowicie—po unormowaniu wzajemnych stosunków lekarza i chorego w taki sposób, aby interes obu był wspólny: nie choroba, lecz zdrowie. Zdawałoby się, że żądanie to, jako *contradictio in adjecto*, jest absurdem, a jednak niema nic prostszego i nic naturalniejszego, niż zrealizowanie go w praktyce.

Od wielu lat we wszystkich krajach kulturalnych wprowadzony jest zwyczaj asekurowania się na wypadek śmierci lub inwalidztwa. Dotychczas odczuwa się brak asekuracji dobrowolnej na wypadek choroby. Usiłują ten brak zastąpić obecnie kasy chorych, ale jako instytucja przymusowa i niefortunnie połączona ze świadczeniami pieniężnymi, nie może ona zadowolić ogółu. Dzisiejsze stosunki bezwzględnie nasuwają potrzebę wprowadzenia w życie dobrowolnych asekuracji na wypadek choroby. Jako instytucja wyłącznie przeznaczona do niesienia pomocy lekarskiej, będzie ona wolna od wszelkich błędów, cechujących system obecny Kas chorych, które krępują ich rozwój, będąc źródłem stałego niezadowolenia nie tylko publiczności, lecz i lekarzy.

Instytucje asekuracyjne prywatne przeznaczone dla tych sfer, które z Kas chorych korzystać nie mogą, przyczynią się znakomicie do rozwiązania społecznego posłannictwa medycyny i uzdrowienia wzajemnych stosunków lekarza i pacjenta, a to z następujących względów.

Zachowana zostałaby całkowicie możność wolnego wyboru lekarza — nie fikcyjna, jak dotychczas, lecz istotna, gdyż pacjent, zabezpieczając się w tym lub innym zespole lekarzy, czyniłby to rozważnie w okresie zdrowia, a nie gorączkowo i bezkrytycznie w stanie choroby.

Przy małej opłacie, gdyż asekuracja ma tę dobrą stronę, że płaci zdrowy, a nie chory, publiczność miałaby pewność, że będzie traktowana w razie choroby istotnie według zasad nauki w całej rozciągłości. Lekarz nareszcie będzie mógł szczerze hołdować zdrowiu, a nie chorobie, stosunek między lekarzem a pacjentem nabierze znów tego ciepła, które dziś, niestety, ulega stopniowemu zanikowi. Byłby to najlepszy i może jedyny naturalny sposób przeciw pladze znachorstwa.

Dla lekarzy ten system miałby następujące strony dodatnie:

dzięki racjonalnej organizacji znaleźliby w zespołach asekuracyjnych pracę lekarze ideowi, których dziś walka o byt wyrzuca poza nawias życia czynnego;

da im możność zaopiekowania się chorymi od początku do końca ich choroby, co udostępni prawidłową ciągłą obserwację kliniczną, która w dzisiejszych warunkach jest nieosiągalna;

umożliwi zrzeszonym w towarzystwach lekarzom wzajemne kontrolowanie się, a więc pośrednio da gwarancję sumiennego i naukowego traktowania ich zadania.

Oto główne korzyści, płynące z organizacji prywatnych Kas chorych. Są one tak wielkie, że warto chociażby tytułem próby uczynić pierwszy krok w tym kierunku. Organizacja takich instytucji jest rzeczą nietrudną. Trzeba tylko, aby pierwszy wzór za-

chęcił społeczeństwo do korzystania z jej usług, a skutki dodatnie długo na siebie czekać nie dadzą.

Zdawałoby się, że samo życie nasuwa konieczność zastosowania się do nowych prądów, które dziś już nawet rewolucyjnie zaczynają przenikać do stosunków lekarskich. Niestety, przesiąknięci konserwatyzmem, zdajemy się nie orjentować w sytuacji. Jeżeli świat lekarski nie opamięta się i wciąż będzie brnął starymi drogami, przyszłość nie tylko zawodu lekarskiego, lecz i medycyny będzie poważnie zagrożona.

Masy społeczeństwa pod naporem nowych warunków ekonomiczno-politycznych coraz bardziej składają się do ubezpieczeń społecznych, a inteligencja i mieszczaństwo — ta ostatnia reduta, na której usiłuje utrzymać się stan lekarski, niestety, chwieje się już pod nami, gotowa zdradzić nas ku wielkiemu naszemu upokorzeniu nawet ze znachorstwem.

Na siebie samych liczyć możemy jaknajmniej. Świat lekarski, zdany na indywidualną walkę o byt

nigdy nie był zdolny do zbiorowej obrony swych interesów i dziś jeszcze nie orientuje się dostatecznie w istotnym stanie rzeczy. Zatrważający stan pauperyzacji lekarskiej, pociągający za sobą gorszącą konkurencję, już dziś doprowadza tak zwaną pomoc lekarską coraz więcej do fikcji. Zaślepieni nie widzimy, że siła nowego prądu posuwa się zwycięsko naprzód, że dziesiątkowane szeregi nasze w chaotycznym odwrocie poszły w rozsypkę, że dawno porzuciły już łączność z własnym obozem, dopuszczając się często nawet zdrady sztandaru. Niegdyś lekarze uprawiali znachorstwo pokryjomu, dziś stają w szeregach jego czynnych zwolenników otwarcie. Po kręgarzach przyszli specjaliści leczenia ziołami, a po tych otwarcie ogłaszający się „uczniowie Zeileissa” Czas najwyższy, abyśmy porzucili sny o potęgze i zbliżyli się bardziej do rzeczywistości. Ratujmy to, co nam jeszcze pozostało. Wydobądźmy z odmetu resztki naszej godności i stanu posiadania, jeżeli nie chcemy, aby jutro zawód nasz utracił całkowicie swoją niezależność.

L. Zamenhof (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień węgierskiej służby zdrowia.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa)

W ostatnich dniach października roku ubiegłego uczestniczyłem w uroczystości poświęcenia rozszerzonego gmachu Państwowego Zakładu Higieny w Budapeszcie.

Uroczystość ta pod względem czasu była dostosowana do posiedzenia Komisji Przygotowawczej Sekcji Higieny Ligi Narodów w sprawie higieny wsi i połączona ze zwiedzaniem wzorowych urządzeń sanitarnych na wsi węgierskiej. To dało mi możliwość choć pobieżnego rzucenia okiem na najważniejsze zagadnienia węgierskiej służby zdrowia, a wynikiem tych obserwacji są poniżej zamieszczone uwagi. Nie dają one obrazu stanu sanitarnego Węgier, lecz mówią o rzeczach najciekawszych, głównie o najnowszych poczynaniach w dziedzinie Zdrowia Publicznego. Całość artykułu podzieliłem na dwie części: w pierwszej będę mówił o organizacji służby zdrowia i stanie sanitarnym Węgier wogóle, w drugiej poruszam kwestję wzorowych instytucji sanitarnych, studjów lekarsko-higienicznych i prądów, które obecnie panują w praktycznej działalności na polu higieny.

Porównanie z Polską nasuwa ciekawe refleksje, i to jest głównym motywem poruszenia sprawy.

Po Wielkiej Wojnie Światowej Węgry zostały okrojone radykalnie w sposób bardzo już bezwzględny. Trzej zwycięscy na wojnie lub w szczęśliwym zbiegu okoliczności, sąsiedzi — Rumunja, Jugosławia, Czechosłowacja i współtowarzyszka w nieszczęściu Austrija okroiły z madziarskiego królestwa 67 proc. terytorjum. Obszary pozostałe

znalazły się po zawarciu pokoju w sytuacji nad wyraz krytycznej. Trzeba było przekształcić całą administrację, miasta zostały odcięte od swoich terenów lub odwrotnie, brak było szpitali i instytucji sanitarnych, szczególnie odpowiadających obszarom wiejskim, a wyjątkowo ciężkie warunki ekonomiczne z olbrzymimi świadczeniami wojennymi nie sprzyjały rozbudowie aparatu służby zdrowia z jednej strony, z drugiej — na skutek niskiej stopy życiowej obniżyły znacznie zdrowotność szerokich warstw społecznych. Stopniowo, powoli największe trudności pokonano, i dziś można już warunki sanitarne na Węgrzech traktować jako normalne, choć proces poprawy idzie z wielkim wysiłkiem. O zrozumieniu wagi sprawy sanitarnej mówi fakt, że 8 % budżetu państwowego idzie na zagadnienia zdrowotne.

Administracyjnie węgierska służba zdrowia nie przedstawia nic ciekawego. Sprawy zdrowotne są w dużym stopniu ześrodkowane w ministerstwie pracy i opieki społecznej pod kierunkiem podsekretarza stanu, co z punktu widzenia organizacyjnego wydaje się być zupełnie słuszne i daje dobre wyniki. Bezpośrednie wykonawstwo w sprawie zdrowia należy do gmin, kierunek na terenie — do władz administracyjnych państwowych terytorjalnych, nadzór zwierzchni, koordynacja, ostateczna kontrola — do Ministerstwa. Przy Ministerstwie istnieje Naczelna Rada Zdrowia, składająca się z przewodniczącego, wiceprzewodniczącego, sekretarza i dwunastu członków zwyczajnych, prócz nieograniczonej liczby nadzwyczajnych. Rada jest organem tylko doradczym, rozpatrującym z polecenia władz i własnej inicjatywy sprawy lecznictwa, higieny i niektóre zawodowe lekarskie.

Jak w całej byłej monarchji austro-węgierskiej, a następnie u jej spadkobierców, uderza przerost stanu urzędniczego w danym razie lekarskiego.

Dość przytoczyć, że kraj, zajmujący 93,000 klm.² powierzchni i mający 8,500,000 mieszkańców, posiada 318 lekarzy powiatowych i departamentalnych, 932 lekarzy komunalnych i okręgowych. Budapeszt zaś z ludnością około miliona ma w centrali wydziału zdrowia 9 lekarzy, na okręgach, w komisarjatch, czy merostwach 21 lekarzy sanitarnych bez prawa praktyki, 34 lekarzy miejskich, pełniących funkcje lecznicze (leczenie ubogich, opieka nad niemowlętami, badanie personelu miejskiego i t.d.), 62 lekarzy szkolnych ogólnych i 15 specjalistów, 4 lekarzy w Miejskim Instytucie Higienicznym, 2 lekarzy w zakładach dezynfekcyjnych i dość znaczną liczbę w poradniach.

Zabezpieczenie ludności pod względem pomocy lekarskiej jest bardziej, niż wystarczające, stan lekarski skarży się na nadprodukcję i wyjątkowo ciężkie warunki ekonomiczne. W 1926 roku było 6090 lekarzy, co czyni w okrągłych liczbach 1 lekarz na 1,400 mieszkańców, to znaczy więcej, niż w Niemczech. Z ogólnej liczby lekarzy prawie połowa zamieszkuje Budapeszt, natomiast na głuchej prowincji jeszcze niejednokrotnie odczuwa się brak lekarzy. Od roku 1925 wprowadzony został urzędowy tytuł specjalisty dla 16 odrębnych specjalności. Ażeby mieć prawo używania tytułu specjalisty, lekarz musi się wykazać przynajmniej dwuletnią praktyką w klinice albo trzyletnią w jakimś szpitalu. Przeszło połowa lekarzy posiada obecnie tytuł specjalisty.

W dziale szpitalnictwa początkowo po pokoju w Trianon Węgry przeżywały duże trudności, gdyż szereg miast, posiadających duże szpitale, szczególnie na wschodzie, przeszedł do państw ościennych. Dzięki urządzeniu klinik przy 3 nowych wydziałach lekarskich (obecnie Węgry posiadają 4 wydziały lekarskie) i bardzo energicznej akcji budowlanej w różnych częściach kraju od roku 1922 wybudowano 60 nowych szpitali. Obecnie w okrągłych liczbach jest na Węgrzech z górą 30.000 łóżek, co czyni 1 łóżko na 280 mieszkańców (w Niemczech 1 łóżko na 120, w Austrii 1 : 150, w Czechosłowacji 1 : 360, w Rumunii 1 : 590, w Polsce 1 : 500). Urządzenia szpitalne przedstawiają się, ogólnie biorąc, zadawalająco, niektóre jednostki szpitalne są zorganizowane bardzo dobrze.

Z lecznictwa specjalnego warto wspomnieć o łóżkach dla gruźliczych i dla umysłowo chorych. Do walki z gruźlicą istnieją 32 sanatoria, posiadające razem 3.000 łóżek, z czego na samą stolicę przypada 14 sanatoriów i 1,054 łóżka. Dla umysłowo chorych istnieje 29 zakładów z ogólną liczbą 6.082 łóżek, co czyni jedno łóżko na 1.315 mieszkańców. Rozwija się bardzo pomyślnie pielęgnowanie umysłowo chorych w warunkach domowych, tak np. w roku 1927 leczono w ten sposób 21% chorych.

Walka z chorobami zakaźnymi spoczywa na dawnych zasadach — zgłaszania, izolacji (względnej), dezynfekcji. Dążności do modyfikowania istniejącego porządku rzeczy, zgodnie z nowymi poglądami w tej dziedzinie, są słabo zaakcentowane, a np. personel dezynfektorski i cały system dezynfekcji, nawet klasycznie biorąc, pozostawia sporo do życzenia. Godny jest podkreślenia jeden

fakt: dążenie do połączenia walki z chorobami zakaźnymi na terenie z pracownikami bakterjologicznymi, t. j. z Państwowym Instytutem Higieny.

Zgony na choroby zakaźne w roku 1927.

Choroba	Liczba zgonów:
Dur brzuszny	1.034
„ plamisty	4
„ powrotny	1
Ospa	4
Odra	592
Krztusiec	416
Płonica	553
Błonica	1.053
Czerwonka	424
Grypa z pow. płucnymi	17.540
„ bez pow. płuc.	1.694

Podane liczby, wyjąwszy dur plamisty, powrotny, ospę, które i przed wojną były rzadkie są naogół wysokie. Rejestracja przyczyn zgonów nie jest idealna, biorąc jednak te liczby za słuszne, zwracamy uwagę przede wszystkim na wysoką bardzo umieralność z błonicy i duru brzuszno, choroby teoretycznie zwalczone. Zgonów na błonicę jest na Węgrzech więcej, niż w Polsce (u nas 821) w tym samym roku, choć ludności jest przeszło 3 razy mniej. Być może, jest to w związku ze wzrostem błonicy ostatnio obserwowanym w całej niemal Europie. Jeszcze większy nacisk należy położyć na dur brzuszny, dominujący naprawdę nad zagadnieniami węgierskiej służby zdrowia. Liczba zgonów na dur brzuszny wynosi nie wiele mniej, niż w Polsce (1510 zgonów w tymże 1927 r.), która przecież pod względem duru brzuszno bynajmniej nie może się szczycić stanem pomyślnym.

Trzeba jednak powiedzieć, że higiena otoczenia na Węgrzech pozostawia dużo do życzenia, szczególnie na wsi, a dur brzuszny jest chorobą wiejską, w każdym razie wieś, dostarczająca produktów spożywczych, odgrywa tu rolę niepoślednią. Usuwanie nieczystości, woda, higiena wewnątrz mieszkań przedstawiają się nie wiele lepiej, niż u nas. Chłop węgierski, nawet zamożny, mający parę izb, mieszka tak, jak i nasz: tradycyjnie wszyscy się gnieźdzą w jednej izbie, śpią wspólnie na jednym łóżku czy obok pieca, a łóżka wolne pokryte pięknymi pierzynami, służą tylko do dekoracji; w mieszkaniach brak światła, a zamiast podłogi ubite klepisko spotyka się dość często, studnie i ustępy wymagają jaknajwyższej i najenergiczniejszej interwencji, bo często są w stanie opłakanym. Przy oglądaniu mieszkań chłopskich uderzyła mnie jedna rzecz, sądzę — godna uwagi. Na Węgrzech spotyka się jeszcze często stroje ludowe bardzo kunsztowne i bardzo drogie, kilkakrotnie droższe, aniżeli zwykłe uszyte z najlepszego materiału, powiedzmy wełnianego. Niejednokrotnie dorastający chłopiec lub dziewczyna swój całoroczny zarobek (np. wyjeżdżając do roboty zagranicę) lub więcej muszą oddać na jeden taki strój, pozbawiając się najelementarniejszych potrzeb nawet w odżywianiu, aby tylko móc dorównać innym.

Naturalnie, tego nie można uważać za pożądane. Długie zaś używanie tego samego stroju, czasem przez parę osób kolejno, także nie zawsze idzie po myśli wymagań higieny. Być może więc, ta stopniowo wszędzie wprowadzana zmiana strojów ludowych na zwykłe z punktu widzenia higienicznego nie jest godna opłakiwania.

Na szczegółowsze omówienie zasługują jeszcze dwie sprawy: walka z gruźlicą i opieka nad dzieckiem.

Gruźlica daje na Węgrzech bardzo wysoką umieralność. Mówią o tem liczby od czasów, kiedy istnieją dane o przyczynach zgonów, nadające się do porównania. W latach 1881—1885 umieralność na gruźlicę wynosiła 4,09 na 1.000 mieszkańców, a w roku 1927 spadła do 2,30. Rzecz ciekawa, długo bardzo najwyższa umieralność była w Budapeszcie, posiadającym sławę jednego z najbardziej zagrzuźliczonych miast w Europie, drugie miejsce zajmowały miasta mniejsze, trzecie — wieś. Pomijając pewien błąd, wynikający z tego, że statystykę Budapesztu dawniej obciążali znacznie przyjezdni, trzeba jednak dodać, że stopniowo sytuacja Budapesztu znacznie się poprawiła.

Obecnie umieralność Budapesztu zbliża się do przeciętnej całego kraju. Wyrażna poprawa widoczna jest ostatnio również w całym szeregu okręgów, znanych doniedawna z bardzo wysokiej umieralności na gruźlicę. Spostrzeżenia miejscowych higienistów potwierdzają ogólnie fakt zależności gruźlicy od stanu ekonomicznego szerokich warstw społecznych. Równolegle z poprawą ogólnych warunków bytu w miastach gruźlica spadała, a ostatnio coraz więcej spada w wielu miejscowościach wiejskich. Najwyższa umieralność na gruźlicę jest obecnie w górzystych okolicach Węgier, na północy.

W walce z gruźlicą poza ogólną poprawą warunków bytu zwrócono także uwagę na bezpośrednią akcję zwalczania, a więc na oddziały izolacyjne w szpitalach (jest ich obecnie około 20), na sanatoria, których liczba stale wzrasta (32 sanatoria), i na poradnie, jako ośrodki współcześnie ujmowanej walki z klęską gruźlicy. Poradni przeciwgruźliczych w całym kraju obecnie jest przeszło 50, ześrodkowanych w większych osiedlach. Sama organizacja walki z gruźlicą jak dotąd, jest jeszcze może mało skoordynowana, scalona, a działalność przeciwgruźlicza mniej rozpropagowana, niż w innych krajach.

Opieka nad dzieckiem na Węgrzech ma już za sobą pewną historję i pod wielu względami godna jest uwagi. Zgodnie z prawem z roku 1901 każde dziecko opuszczone ma możność korzystania z opieki publicznej i z tej opieki obecnie korzysta *de facto* przeszło 60.000 dzieci. Konieczność z czasem zmusiła do rozszerzenia opieki wogóle na niemowlęta, i w roku 1915 powstała bardzo silna organizacja „Związek Narodowy Stefania”, pokrywająca siecią swoich instytucyj cały kraj. Jest to najpotężniejsza organizacja społeczna, działająca na polu zdrowotności publicznej na Węgrzech. Charakter jej działalności jest zapobiegawczy, a myśli przewodnie tak sformułowane, że warto je tu powtórzyć:

1. Żadna matka, która wydała na świat nowego człowieka i wychowuje go, nie powinna cierpieć niedostatku, ponieważ przez urodzenie dziecka

powiększyła ona wartości ekonomiczne kraju, ponieważ to, co wyprodukowała, posiada większą wartość, niż to, co mogłaby zdobyć, zarabiając na chleb przez ten okres czasu.

2. Matce i noworodkowi oszczędzać należy niebezpieczeństw, zagrażających zdrowiu, a nawet i życiu podczas porodu; innemi słowy, należy dołożyć starań celem uniknięcia wszystkiego, co mogłoby poród utrudnić.

3. Należy zwalczać wśród ludu zabobony i złe przyzwyczajenia. Kobiety ciężarne należy nauczyć, jak mają pielęgnować swe własne zdrowie, zdrowie noworodka, oraz wogóle wszystkiego, co pozwoli zapewnić lepsze zdrowie i rozwój dziecka.

4. Społeczeństwo winno być uświadomione co do znaczenia opieki nad matką i dzieckiem.

Ze punkty te istnieją nie tylko w teorii, a są istotnie programem działalności, mówią liczby, wzięte z oficjalnego sprawozdania stowarzyszenia „Stefania” za rok 1928. Działo w tym roku filij 129, poradni 177, kropli mleka 27, ognisk macierzyńskich 7, żłobków 20, domów porodowych 4; pracowało w tych instytucjach 319 lekarzy i 561 pielęgniarek; przeszło przez poradnie i inne instytucje 31.132 kobiety ciężarne, 77.690 położnic, 139.730 noworodków, 147.616 dzieci między 1—3 rokiem życia. Wyniki tej pracy są bardzo dodatnie, co jaskrawo wypływa z porównania umieralności niemowląt i przyrostu naturalnego w okręgach, gdzie istnieją filje stowarzyszenia w porównaniu z okręgami, gdzie stowarzyszenie jeszcze nie istnieje.

A sprawa przyrostu naturalnego staje się na Węgrzech coraz ostrzejsza, gdyż coraz bardziej szerzy się świadome ograniczanie potomstwa; rodziny z 1 — 2 dziećmi stają się coraz częstsze nie tylko w dużych miastach, lecz i na wsi węgierskiej, szczególnie na południu i północno-wschodzie. Jest to sprawa dla Węgier tem ostrzejsza, że umieralność jest tam wciąż dość wysoka, mniej więcej taka, jak i u nas, a rozrodczość w całym kraju spadła już do 24/1000 (u nas 32/1000) i ma wciąż tendencję zniżkową. Niżej podane liczby ilustrują stan całego kraju i m. Budapesztu, którego przyrost naturalny jest albo minimalny albo wręcz ujemny.

Urodzenia i zgony.

Całe Węgry.				Budapeszt.			
Lata	urodzenia	zgony	Przyrost naturalny	Lata	urodzenia	zgony	Przyrost naturalny
1921	31,8	21,2	10,6	1921	21,0	20,3	0,7
1922	30,8	21,4	9,4	1922	19,9	20,3	— 0,4
1923	29,2	19,5	9,7	1923	18,1	19,6	— 1,5
1924	26,8	20,3	6,5	1924	17,1	19,6	— 2,5
1925	28,3	17,1	11,2	1925	18,1	16,4	1,7
1926	27,3	16,6	10,7	1926	17,5	15,9	1,6
1927	25,2	17,6	7,6	1927	16,3	17,2	— 0,9

Nic też dziwnego, że podobne liczby skłoniły Dr. Gortvaya do wypowiedzenia następujących słów: „Na Węgrzech liczba urodzeń jest jeszcze dość wysoka, i budzące obawy zmniejszanie się odsetka urodzeń ogranicza się dopiero do pewnych okolic albo do pewnych sfer społecznych. Musimy jednak tembardziej nie dopuszczać do tego, aby linje wytyczne naszej polityki populacyjnej były uzależnione od obaw stronników teorii Malthusa,

że odsetek urodzeń krajów, sąsiadujących z nami, podnosi się, i że przykład Polski uczy nas, iż państwo, politycznie unicestwione, obudziło się do nowego bytu, dzięki przyrostowi naturalnemu, wynoszącemu 17‰ (*pro mille*)”. (*Die sozial-hygienischen Aufgaben der Aerzteschaft*. — *Monatsschrift Ungarischer Mediziner* — 1927 — Nr. 1, cyt. wg. D-ra W. Chodźki).

(Dokończ. nastąpi).

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	5-IV-11/IV	12-IV-18/IV	19-IV-25/IV	26-IV-2 V
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	113 (6)*	138 (12)	102 (11)	128 (6)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy	93 (8)	176 (7)	140 (6)	129 (7)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	1 (0)	8 (2)	7 (1)	4 (0)
Płonica	257 (16)	302 (15)	234 (11)	264 (4)
Błonica	211 (18)	219 (18)	242 (14)	219 (14)
Zapal. op. mózg. . .	18 (6)	26 (3)	16 (7)	19 (5)
Odra	184 (13)	495 (10)	236 (13)	191 (8)
Róża	68 (4)	81 (4)	70 (5)	75 (6)
Krztusiec	70 (13)	52 (1)	61 (4)	79 (7)
Małaria	1 (0)	0	4 (0)	3 (0)
Posoczn. pológ. . .	23 (9)	33 (7)	25 (3)	35 (6)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	183 (0)	287 (0)	437 (0)	315 (0)
Wąglik	1 (0)	2 (0)	0	0
Nosaczka	0	0	0	0
Włośnica	0	3 (0)	1 (0)	0
Wścieklizna	0 (3)	0	0	0
Zatr. jad. kielb. . .	0	0	1 (1)	0
Chor. Heine-Medina .	0	0	1 (0)	0
Twardziel	6 (0)	4 (0)	5 (0)	2 (0)
Inne choroby zakaźne	70 (3)	89 (1)	127 (1)	83 (7)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Rz. P. w Gdańsku.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych podaje do wiadomości, że w pierwszym wierszu ustępu 5-go okólnika Ministerstwa Nr. 95 z dnia 12.VI.1930 L. Z. O. 1993/30 po słowach „na obu odcinkach” skreśla wyrazy „rodzaj choroby”, a po słowach „w odnośnych rubrykach” dodaje „tych odcinków”.

Poprawiony tekst powyższego ustępu brzmi zatem następująco:

„Lekarz, udzielający porady, będzie zaznaczał na obu odcinkach datę każdorazowej porady oraz w odnośnych rubrykach tych odcinków swoje uwagi, zatrzymując u siebie „odcinek dla lekarza”, a pozostawiając leczącemu się „odcinek dla pracownika”.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
Dr. Piestrzyński.

— Komitet stały wakacyjnych kursów lekarskich w Ciechocinku przystępuje, wzorem lat ubiegłych, do organizacji IV Kursu Lekarskiego w dn. 30-VIII—1-IX r. b. (niedziela, poniedziałek, wtorek).

Protektorat nad kursem objąć raczył Pan Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. dr. Eugenjusz Piestrzyński.

Kursy poprzednie, dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczerze uznanie uczestników-lekarzy, przybyłych w liczbie około 600 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej.

Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu iV na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do P. P.: Prof. dra. A. Czyżewicza (Warszawa), dra med. H. Higiera (Warszawa), dra med. H. Kluszyńskiego (Warszawa), Prof. dra E. Lotha (Warszawa), Prof. dra K. Michejdy (Wilno), Prof. dra W. Orłowskiego (Warszawa), Prof. dra K. Pelczara (Wilno), Prof. dra E. Piaseckiego (Poznań), dra med. S. Rudzkiego (Warszawa), Doc. dra A. Sabatowskiego (Lwów), dra med. W. Sterlinga (Warszawa), Prof. dra W. Szemajcha (Warszawa).

Uczestnicy kursów mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku, oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne na drodze powrotnej.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.

Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

W imieniu Komitetu IV Lekarskiego Kursu Wakacyjnego: Komisarz St. Wiśniewski, Dyrektor inż. St. Kozłowski, Burmistrz C. Cichowicz, Doc. dr. L. Lorentowicz — Przewodniczący Komitetu, Dr. med. J. Hurwicz — Skarbnik, Prof. dr. E. Loth, Dr. med. K. Ciągliński, Pułk. dr. J. Drac, Dr. med. T. Fafius, Dr. med. M. Kraushar.

— Dnia 2 maja r. b. zakończony został 2-u tygodniowy Kurs Eugeniki i poradnictwa przedślubnego, zorganizowany przez Państwową Szkołę Higieny i Polskie T-wo Eugeniczne.

Kurs ten uwzględniał zarówno zagadnienia ogólne, jak: sprawy regulacji urodzeń, reformy prawa małżeńskiego, dochodzenia ojcostwa i t. d. jak i sprawy związane ściśle z profilaktyką chorób dziedzicznych.

Zrozumienie dla spraw eugeniki i poradnictwa przedślubnego ze strony lekarzy znalazło wyraz w dużej frekwencji, jaką cieszyły się wykłady. — Na kurs stałe uczęszczało przeszło 50-ciu lekarzy, przyczem szereg lekarzy z prowincji zaznajamiał się ze sprawami eugeniki, w celu zorganizowania odpowiednich przychodni na prowincji.

Wobec powyższego Państwowa Szkoła Higieny i Polskie T-wo Eugeniczne zamierzają prowadzić takie 2-u tygodniowe kursy, ewent. w szerszym zakresie systematycznie co roku, możliwie w tym samym terminie.

— Ostatni numer dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujący materiał: wiersz M. Czerkowskiej „Pół w fijołków”, Dr. S. Stendiga „Dziecięce — dlaczego”, Dr. J. Dylińskiej „Postawa badawcza matki”, M. Benisławskiej „Jak zdobyć zaufanie dziecka”, J. Korczakowskiej „Rydwany” (nowela), M. Morzkowskiej „Odżywianie dziecka od 3-ich do 9-ciu miesięcy”, Dr. M. Kłosińskiej „Znaczenie analizy”, Dr. K. Falkowskiej „Skaza tężyczkowa”. Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem — „Tydzień Dziecka”. Korespondencja z rodzicami w sprawach pielęgnowania niemowląt i dzieci oraz obszerny dział praktyczny uzupełniają numer.

— Nr. 4 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Dr. Emil Kipa. W rocznicę majową. J. W. Kosmowska. Maurycy Mochnacki na tle rewolucji listopadowej. Dr. Aleksander Hert z. Teorie socjologiczne Karola Marksa. Jerzy Barski. Perspektywy światowej produkcji zbożowej. L. R. Świat upośledzonych. Zeszyt uzupełnia szereg artykułów pod ogólnym tytułem: Polskie życie współczesne.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

19. V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. J. Mossakowski i A. Jokiel. O zachowaniu się cukru we krwi w zależności od zabiegu operacyjnego.
2. Wł. Filiński. Sprawozdanie z podróży do zdrojowisk i uzdrowisk zagranicznych Część II: Francja, Szwajcaria, Włochy, Austria, Słowacja.

20. V. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

- 1) J. Jaroszeńska. Opieka nad dzieckiem matki — robotnicy, (żłobki fabryczne).
- 2) W. Szumanówna. O wpływie życia zakładowego na rozwój dziecka „małeńkiego”.

20. V. Towarzystwo Okulistów Polskich.

Oddział Warszawski.

- I. Odczytanie protokołów posiedzeń z dnia 18-go III. i 22-go IV. 1931 r.
- II. Pokazy chorych:
 - A. Goldberżanka i R. Litauerówna. Blizna czy szczelina naczyńiówki.
- III. Odczyty:
 - A. Zamenhof. O badaniu plamki żółtej w półcieniu i w świetle zogniskowaniem.

20. V. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

1. Pokazy:
 - a) Selig. Pokaz rentgenogramów z dziedziny chorób przewodu pokarmowego.
 - b) Kryński. Hepato-lienografia (pokaz zdjęć rentg.).
 - c) Niewiadomski i Nusbaum. Rzadki guz żołądka (pokaz preparatu).
- Odczyty:
 - a) Doc. Melanowski. Oko a choroby przewodu pokarmowego.
 - b) Justman. Dwa przypadki ciężkiego nieżytu jelita wrzodziejącego uleczone emetyną.

21. V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

1. Wybór jednego członka do Zarządu.
2. Projekt nowelizacji statutu Towarzystwa.
3. Dr. L. Wernic. Poradnie przedślubne zagranicą i w Polsce.

21. V. Posiedzenie lekarzy szkolnych.

(w Minist. W. R. i O P.)

1. Sprawy bieżące.
2. Doc. A. Wojciechowski. Wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń cielesnych w związku z cierpieniami chirurgicznymi.

TREŚĆ: Wł. STERLING. Objaw karkowo-korzeniowy. — L. JUSTMAN. Dwa przypadki ciężkiego nieżytu wrzodziejącego esicy wyleczone emetyną. — J. STEIN. Anatomia patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań. (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Korespondencja. — L. ZAMENHOF. Czemu znachorstwo pomimo postępu medycyny zyskuje sobie coraz więcej zwolenników i droga walki z niem. (Dok.). — M. KACPRZAK. Z zagadnień węgierskiej służby zdrowia. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. STERLING. Symptôme cervico radical. — L. JUSTMAN. Deux cas de sigmoidite ulcéreuse grave guéris par l'émétine. — J. STEIN. Anatomie pathologique de la tuberculose d'après les nouvelles recherches. (Rev. gén.). — L. ZAMENHOF. Pourquoi le charlatanisme gagne-t-il de nombreux partisans malgré le progrès de la médecine. (fin.). — M. KACPRZAK. Au sujet du service de la santé en Hongrie.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300, — pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90. —

Ogłoszenia na miejscach nierezewowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200.— do 400.—

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

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

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