

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, 25 CZERWCA 1931 R.

Nr. 26

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Fizjologia hormonów przedniego płata przysadki mózgowej i jajników*).

I. Hormony przedniego płata przysadki mózgowej.

podał

L. FINGERHUT (Warszawa)

Nauka o dokrewnem wydzielaniu czyli endokrynologia stała na początku obecnego wieku jeszcze na takich słabych podstawach, że przez wielu sceptyków nie była uważana jako nauka. Tymczasem ostatnie dwa dziesięciolecia przyniosły tak potężne zdobycze, szczególnie w dziedzinie ginekologii, że dotychczas uznawana patologia lokalistyczna organów Virchowa ustępuje powoli miejsca nowej wierze. Modna ginekologia wysunęła jajnik na dominujące miejsce, lecz szybkie zdobycze nauki wstrząsnęły i tą podstawą, i ostatnie trzy lata wysunęły przysadkę mózgową na czoło wszystkiego, co się dzieje w sferze organów płciowych kobiety.

O ile tylny płat przysadki mózgowej znany był z działania jego wyciągów na macicę ciężarną, mięśnie gładkie i na ciśnienie krwi, o tyle jest wielką zasługą Longa i Evansa, a ostatnio Aschheima i Zondeka wykazanie tego przemożnego wpływu, który posiada przedni płat przysadki na rozwój młodocianych jajników.

Long i Evans w roku 1924 osiągnęli podwójny wzrost u szczurzyca przez wstrzykiwanie miazgi przedniego płata przysadki do jamy otrzewnej. Jajniki szczurzyca osiągały podwójną wielkość przy olbrzymiej ilości tkanki luteinowej wokół jajeczek w normalnych i atretycznych pęcherzykach Graafa. Na podstawie tych doświadczeń, rozpoczęli swoje badania Zondek i Aschheim w celu wyjaśnienia stosunku przedniego płata przysadki mózgowej do jajników i do sfery

płciowej. Pierwsze pytanie, przez nich postawione, brzmiało: czy można przez wprowadzenie pewnych ciał do organizmu młodocianej myszki osiągnąć przedwczesną dojrzałość płciową? Implantowali więc myszkom różne tkanki, jak: mięśnie, gruczoły dokrewne i inne. Okazało się, że tylko jedna tkanka, a mianowicie, tkanka przedniego płata przysadki daje charakterystyczne zmiany w jajnikach. Zmiany te są następujące: po pierwsze, obecność dużych dojrzałych pęcherzyków Graafa z wytworzonym już światłem wewnątrz pęcherzyka i z *cumulus oophorus*; po drugie, obecność dużych pęcherzyków, nabitych krwią; wreszcie obecność żółtych ciałek, zawierających jajeczka, tak zwane *corpora lutea atretica*. Dalsze badania drobnowidzowe wykazały w jajnikach również pęcherzyki, które dopiero co pękły, a pochodzące z nich jajeczka znajdowały się w jajowodach. Znaleźli wreszcie i żółte ciała bez zawartości jajeczka.

A więc przez wszczepienie tkanki przedniego płata przysadki u białej płciowo niedojrzalej myszy udało się Aschheimowi i Zondekowi uskuteczyć szereg procesów fizjologicznych, które są wyrazem zupełnej dojrzałości płciowej, jak: dojrzewanie pęcherzyków Graafa, pęknięcie pęcherzyka, wyjście jajeczka do jajowodu i wytworzenie żółtego ciała na miejscu pękniętego pęcherzyka. Doświadczenie to dowiodło, że przez wprowadzenie hormonu przedniego płata przysadki udaje się doprowadzić do dojrzałości płciowej jajniki.

Z rozległych badań autorów starszych, jak Aschner, Biedl i Ph. Smith, wiemy, że usunięcie przedniego płata przysadki u zwierząt doświadczalnych wywołuje obumarcie czynności jajnika z zaprzestaniem dojrzewania pęcherzyków Graafa. Z powyższego możemy więc wyprowadzić wniosek, że jajnik dochodzi do dojrzewania i do normalnej czynności nie własnymi siłami, lecz otrzymuje bodziec do tego z zewnątrz, a mianowicie, z przedniego płata przysadki. Przysadka jest organem przodującym, kierującym i dyrygującym normalną funkcją jajnika.

*) Według odczytu wygłoszonego 25 kwietnia 1931 r. na posiedzeniu Sekcji klinicznej Polskiego Tow. Medycyny Społecznej w Warszawie.

Lecz przysadka mózgowa w jej części przedniej nie wydziela jednego tylko hormonu; jest ich prawdopodobnie więcej. Po pierwsze, jeden hormon, który powoduje ogólny wzrost ciała, jak tego dowiedli Long i Evans w swoich pierwszych doświadczeniach, w których wywołali doświadczenie akromegalię przez wprowadzenie przedniego płata przysadki. Po drugie, hormon, który powoduje dojrzewanie pęcherzyków Graafa. Po trzecie, hormon, który powoduje luteinizację komórek w pęcherzyku Graafa. Drugi i trzeci rozróżniany jest jako Prolan A i Prolan B. Jest wreszcie jeszcze jeden hormon przedniego płata przysadki, który ma wpływ na przemianę materji. W tym roku Philipp wykazał, że przysadki różnych zwierząt zawierają Prolan A i Prolan B. w różnych ilościach. Naprzykład, przysadka królika zawiera przeważnie lub wyłącznie Prolan A, to samo przysadka świnki morskiej. Natomiast przysadka człowieka zawiera tak Prolan A, jak i Prolan B.

Dalszemi badaniami Zondek i Aschheim wykazali, że hormon przedniego płata przysadki działa jednakowo, bez różnicy, czy pochodzi z przysadki człowieka, krowy lub byka, a więc jest nieswoisty dla gatunku lub płci. Następnie wykazali, że przez wszczepienie przedniego płata przysadki można wygasła już czynność płciową starych myszek doprowadzić do wznowienia. Dalej, znaleźli hormon ten w łożysku, w doczesnej i w żółtem ciałku ciążowym, a w dużych ilościach w surowicy krwi ciążarnych. Wreszcie Aschheim i Zondek zaobserwowali, że hormon ten znajduje się w bardzo dużych ilościach w moczu ciążarnych.

Na podstawie ostatniego spostrzeżenia rozbudowali Zondek i Aschheim swoją metodę rozpoznawania ciąży w moczu, o której wspomnę pokrótce. Hormon przedniego płata przysadki już w kilka dni po wstrzymaniu miesiączki znajduje się we krwi ciążarnej i zostaje wydalany z moczem. Z doświadczeń własnych prowadzonych wspólnie z Drem Prosem i Drem Talermańem, wynika, że można już po 7 dniowym zatrzymaniu pejiodu stwierdzić hormon w moczu. Do wykonania reakcji bierzemy mocz ranny, gdyż zawiera on hormon w największym stężeniu. Po zakwaszeniu moczu i przefiltrowaniu zostaje on wstrzyknięty pięciu płciowo niedojrzałym myszkom w następujących dawkach:

Myszka I	otrzymuje	6x0.2 sz. ctm.	= 1.2 sz. ctm.
" II	"	6x0.25 " "	= 1.5 " "
" III	"	6x0.3 " "	= 1.8 " "
" IV	"	6x0.3 " "	= 1.8 " "
" V	"	6x0.4 " "	= 2.4 " "

Wszystkie sześć porcyj otrzymuje każda myszka w przeciągu 48 godzin. Po 96 godzinach od pierwszego zastrzyknięcia zostają myszki otrute gazem świetlnym i poddane sekcji.

Powyższa, dosyć kłopotliwa i żmudna technika zastrzykiwań została przez nas zmodyfikowana i uproszczona w ten sposób, że wprowadzamy każdej myszce w przeciągu 48 godzin 4x0.5 sz. ctm. moczu z równie dobrymi wynikami. Przy sekcji myszek i oględzinach jajników występują charakterystyczne zmiany, mianowicie duże pęcherzyki Graafa (R. I p/g Aschheim a), czarno-czerwone punkty (R II) i *corpora lutea atretica* (R III). Wobec tego, że R I może występować również w moczu nieciążarnych, jako *diagnosticum* została

uznana tylko R II i R III, czyli czerwone punkty lub *corpora lutea atretica*. Twory te są dobrze widoczne okiem nieuzbrojonym. Reakcja ta daje pewność rezultatów w 98.5%, jak podaje Aschheim i, jak to potwierdzają autorzy nietylko niemieccy, lecz również francuscy, włoscy i rosyjscy.

Metoda Aschheim - Zondek a staje się szczególnie cenna w rozpoznaniu różniczkowym między ciążą i włóknakiem i w ciąży zamacicznej. Następną ważną zaletą tej metody rozpoznawczej jest jej silnie dodatni wynik w zaśniedzie gronistym, a najważniejszą — wybitnie dodatnia reakcja w nabłonaku kosmówkowym, znajdującym się w organizmie choćby w najmniejszym gniazdku. Jedyną stroną ujemną tej biologicznej metody rozpoznawczej jest kłopotliwość jej wykonania, często duża śmiertelność myszek i 4-dniowe wyczekiwanie na wynik. Ostatnim dwum trudnościom stara się Zondek zapobiec przez modyfikację, mianowicie przez otruwanie moczu eterem i przez wstrzykiwanie prolanu, wyciągniętego z moczu (Schnellmethode) Obie te modyfikacje zostały przez nas wypróbowane również z dobrym wynikiem. Aczkolwiek jest pewien szereg autorów na czele z Philippem i Felsem, którzy twierdzą, że znajdujące się w moczu ciążarnych ciała wywołujące tę reakcję są pochodzenia łożyskowego, a nie przysadkowego, nie zmniejsza to jednak znaczenia i ważności tej metody rozpoznawczej ciąży. W pracy v. Ammon a, która ukazała się niedawno, autor ten w 425 przypadkach miał pełnych 100% pewności wyników. Nasze własne doświadczenia w zupełności to potwierdzają, gdyż, choć nie na tak wielkim materiale, lecz dotychczas nie mieliśmy zawodu!

Tyle o metodzie rozpoznawania ciąży.

Powracając do przysadki mózgowej i do niezwykle doniosłych prac Zondek a i Aschheim a, należy stwierdzić, że prace te bardzo posunęły naprzód cały problemat stosunku przysadki do organów płciowych. Stwierdzili oni niezbicie, że dojrzewanie pęcherzyków Graafa w jajniku znajduje się w bezpośredniej zależności od hormonu przedniego płata przysadki mózgowej. Jako dowód, niech posłużą powyżej przytoczone doświadczenia, za pomocą których można hormonem przedniego płata przysadki doprowadzić jajnik niedojrzałej myszki do zupełnej dojrzałości i wywołać u niej ruję. Jeśli hormon ten wprowadzić nawet dojrzałej, lecz kastrowanej myszce, ruji osiągnąć nie można, znów dowód, że hormon ten działa tylko na jajnik i ruję wywołuje drogą przez jajnik. Dalej, stworzyli oni miano (Test) dla określenia czynności hormonu przedniego płata przysadki na jajnikach płciowo niedojrzałej myszki. A stąd już blisko do badań nad obecnością lub brakiem hormonu we krwi. Wspomnę tylko o takich sprawach chorobowych, które może więcej zajmują neurologa, niż ginekologa, jak: *Diabetes insipidus*, *Acromegalia*, *Cachexia hypophysaria* i *Tumor hypophysis*. Z drugiej strony otwierają się duże możliwości dla naszych działań leczniczych u kobiety. Terapia substytucyjna preparatami, zawierającymi hormon przedniego płata przysadki, u kobiet z jajnikami nieczynnymi lub słabo czynnymi, daje wielkie nadzieje wyników dodatnich. Niestety, nie posiadamy jeszcze dzisiaj w kraju odpowiedniego preparatu i zmuszeni je-

steśmy sami wytwarzać ten hormon drogą laboratoryjną, bardzo kosztowną i trudną.

Jako dowód, że terapia ta może dać dobry wynik, pozwolę sobie przytoczyć jeden przypadek. Pani P. lat 26, bardzo otyła kobieta, zamężna, bezdzietna. Perjody miewa od 18 roku życia co 4 do 5 miesięcy, do 5 dni trwające. Od 5 lat zamężna, typ perjodu bez zmiany. Ostatni perjod przed 8 miesiącami. Po 4 zastrzyknięciach prolanu, z tych jeden dożylny, po 100 J. Sz. pacjentka dostała obfitego, 5 dni trwającego perjodu. Po 5 tygodniach nastąpił drugi perjod, również 5 dni trwający, bez ponownych wstrzyknięć prolanu. Od tego czasu pacjentki tej więcej nie widziałem.

Drugi przypadek, który obserwowałem w ostatnich dniach. Pani N. lat 25, od 3 lat zamężna bezdzietnie. Perjody co 6—7 tygodni, po 3 dni trwające. Rozpoznanie: *sterilitas*. Bezskuteczna kuracja z innej strony w Warszawie i Krynicy. Wychodząc z założenia, że w danym przypadku jajczkowanie odbywa się, lecz w zwolnionym tempie, zastosowałem

prolan od pierwszego dnia po ostatnim perjodzie aż do piętnastego dnia po 100 J. Sz., co drugi dzień. Od 15 — 28 dnia choira otrzymywała follikulinę w ilości 40 J. M. dziennie. Na 28 dzień kuracja została przerwana w oczekiwaniu perjodu. Perjod nie nastąpił. Po dalszych trzech tygodniach stwierdziłem ciążę. Analizując ten przypadek mógłbym przypuścić, że u danej kobiety pęcherzyk Graafa dojrzewał, lecz zbyt powolnie, że przy pomocy prolanu udało się przyspieszyć to dojrzewanie i uczulić jajeczko do koncepcji.

Oczywiście, że powinno się w miarę możliwości każdy przypadek poddać tak zwanej analizie hormonalnej, określić obecność hormonu we krwi i tylko te przypadki, w których nieczynność jajników jest spowodowana pierwotnem zaburzeniem czynności przysadki, poddać leczeniu prolaniem.

Dzisiaj terapia hormonem przysadki stawia dopiero pierwsze, jeszcze bardzo niepewne kroki.

(D. c. n.)

Z praktyki prywatnej

O walorach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpieli.

Podał

Dr. Samuel EDELMAN (Truskawiec).

(Dokończenie p. — Nr. 25).

Truskawiec, jak to zaznaczyłem już poprzednio, rozporządza bardzo znaczną skalą środków balneodynamicznego leczenia bodźcowego, posiadając bardzo silne wody solankowe i siarczane, jakoteż doskonałą borowinę żelazistą, którą stosujemy w postaci kąpieli i okładów.

Pozatem stosujemy w Truskawcu również namul siarczany i solankowy, jakoteż sztuczne kąpiele kwasowęglowe.

Do uzupełnienia leczenia zdrojowiskowego służy leczenie przy pomocy masażu i gimnastyki, które pod kontrolą miejscowych lekarzy wykonywają tutaj wykwalifikowani masażysty.

Na Pomiarkach Truskawieckich Zarząd zdrojowiska urządził ponad jeziorem, wypełnionem siarczaną wodą o 1% zawartości soli sztuczną plażę, gdzie chorzy mogą swobodnie korzystać z kąpieli słonecznych, powietrznych a także z kąpieli siarczano-solankowych zimnych w basenie. Plaża na Pomiarkach w Truskawcu jest najlepiej urządzoną plażą w Polsce.

Z Pośród zdrojowisk krajowych Truskawiec stoi najwyżej pod względem leczenia djetetycznego. Stosujemy tu djetę augmentacyjną wedle Maliwy.

Według Maliwy lekarz zdrojowy winien kierować się w przepisywaniu djetety przedewszystkiem oceną choroby jako takiej, w dalszym zaś ciągu — chemicznym składem wody mineralnej. W wielu przypadkach chodzi nam o „przestrojenie” ustroju, czyli o zmianę wzajemnego stosunku elektrolitów i wywołanie w ten sposób pożądaných zmian w czynności układu wegetatywnego. Maliwa żąda, aby w tego rodzaju przypadkach dążyć do ustalenia wyników, uzyskanych piciem wód mineralnych, zapomocą od-

powiedniej djetety, nazwanej przez niego djetą augmentacyjną. Augmentacyjna djeta Maliwy zasadza się głównie na podawaniu pokarmów roślinnych, względnie roślinnych i mlecznych. Stosując djetę roślinną, powołuje się Maliwa na znakomite doświadczenia Gansslera, dowodzące swoistego wpływu tego sposobu żywienia na krążenie obwodowe, polegającego na odciążeniu naczyń obwodowych.

Dowodzi tego znikanie nieregularnych wężykowatości naczyń obwodowych.

W przeciwieństwie do tego sprowadza djeta mięsna większe wypełnienie krwią naczyń włosowatych i większą przepuszczalność ścian naczyńiowych. Nader dobre wyniki daje wedle Maliwy leczenie skombinowane, polegające na dostarczaniu większej ilości płynów i na stosownem żywieniu chorych.

Leczenie zdrojowe w Truskawcu jest właśnie dzielnie wspierane przez djetę augmentacyjną, jakkolwiek i inne sposoby żywienia chorych stosownie *ad casum* są szeroko uwzględniane.

Wskazania do stosowania leczenia zdrojowiskowego w Truskawcu wypływają z dwóch źródeł. Przedewszystkiem wchodzi tu w grę tradycja i doświadczenie miejscowych lekarzy. Powtórę opieramy się w stosowaniu wód Truskawca na teoretycznych przesłankach naukowych.

Wychodząc właśnie z dwu tych założeń, podałem poprzednio wskazania, dotyczące stosowania poszczególnych ustrojów.

Niewątpliwie jednak najważniejszym terenem działania wód truskawieckich są stany anafilaktyczne, czyli stany nadwrażliwości. Nawet nieuprzedzonym rzuca się poprostu w oczy antyanafilaktyczne działanie leczenia w Truskawcu.

Drugim bardzo poważnym terenem działania wód truskawieckich są zatrucia przewlekłe, związane z wykonywaniem zawodu. Są to t. zw. choroby zawodowe. Należy tutaj zatrucie przewlekłe ołowiem (*saturnismus chronicus et cachexia saturnina*), dalej — zatrucie przewlekłe rtęcią i arsenem (*mercurialismus et arsenicismus chronicus*) dalej — zatrucia barwnikami anilinowymi i wiele innych t. p. zatruc

zawodowych. Jak to miałem sposobność nader często spostrzegać, zatrucia te poddają się szczególnie łatwo leczeniu zdrojowiskowemu w Truskawcu — prawdopodobnie przedewszystkiem dzięki wypłukującym własnościom Naftusi i Józki.

Na doskonałe wyniki leczenia spraw intoksykacyjnych w Truskawcu pragnę zwrócić szczególną uwagę. Nie mogę się oprzeć wrażeniu, że znaczną część sławy zawdzięcza nasze zdrojowisko własności usuwania jądów i — jak już poprzednio wspominałem — trujących pozostałości, czyli odpadków przemiany materji z organizmu.

Opierając się tedy na tradycji, doświadczeniu i teoretycznych przesłankach naukowych, skonstruowałem graficznie przegląd środków leczniczych, wskazań, i sposobów leczenia w Truskawcu.

Oto u góry na podanej tablicy widnieją źródła Bronisławy, Marji, i Zofji, u dołu zaś mamy źródła Naftusi i Józki. Po stronie lewej u góry mamy kąpiele kwasowęglowe, u dołu zaś siarczane. Po stronie prawej u góry umieściłem kąpiele borowinowe, u dołu natomiast kąpiele solankowe. Każdej z pośród tych sześciu pozycji odpowiada na przedstawionej tablicy pewne określone pole. Jednostki chorobowe pokrywają jedno, dwa, trzy, lub cztery pola, w zależności oddanych wskazań. Jako przykład wymienię zapalne sprawy kobiece, które, jak widzimy, pokrywają cztery pola, a zatem pole kąpiele borowinowych, solankowych, pole Naftusi i pole Bronisławy, które właśnie znajdują w tych cierpieniach zastowanie.

Zestawienie wskazań.

Według zatem podanych poprzednio przesłanek wskazania dla stosowania wód i kąpiele w Truskawcu przedstawiają się w zarysie następująco:

I. Choroby serca, jak niedomaga mięśnia sercowego (*insufficiencia musculi cordis*), otłuszczenie serca (*cor adiposum*), nerwice serca (*neuroses cordis*).

II. Choroby naczyń jak miażdżycy ogólna (*arteriosclerosis universalis — cerebialis et cardialis*), nadciśnienie tętnicze (*hypertensio*), krwawnice (*haemorrhoides*).

III. Choroby przewodu pokarmowego, jak nawykowe zaparcie stolca (*obstipatio alvi habitualis*), bębnica (*meteorismus*), nieżyt żołądka żółtaczką nieżytowa (*icterus catarrhalis*), kamica wątrobowa (*Cholelithiasis*), zapalenie woreczka żółciowego (*cholecystitis*), zapalenie przewodów żółciowych (*cholangitis*), niedowład żołądka (*atonía ventriculi*), niedokwaśność żołądka (*subaciditas ventriculi*), bezkwaśność żołądka (*anaciditas ventriculi seu achlorhydria*), bez sok żołądkowy (*achylia gastrica*), przewlekły nieżyt jelita grubego (*colitis chronica*).

IV. Choroby przemiany materji, jak skaza moczanowa (*diathesis urica*), otyłość (*adipositas sive obesitas*), skaza kamiczowa (*lithiasis*), cukrzyca (*diabetes mellitus*).

V. Stany anafilaktyczne, jak pokrzywka (*urticaria*), napadowy połowiczny ból głowy (*migræne*), dychawica oskrzelowa (*asthma bronchiale*).

VI. Zatrucia, o których poprzednio wspominałem.

VII. Choroby narządu oddechowego, jak przewlekły nieżyt gardła (*pharyngitis chronica*), przewlekły nieżyt krtani (*laryngitis chronica*), prze-

wlekły nieżyt tchawicy (*tracheitis chron*), przewlekły nieżyt oskrzeli (*bronchitis chronica*).

VIII. Choroby układu nerwowego, jak nerwobóle (*neuralgiae*), rwa kulszowa (*ischias*), nerwice (*neuroses*), nerwica serca (*neurosis cordis*).

IX. Choroby kobiece zapalne (*morbi mulierum inflammatorii*), jak zapalenie wnętrza macicy (*endometritis chronica*), zapalenie macicy przywlekłe (*metritis chronica*), schorzenie trąbek i jajników (*salphingo oophoritis chronica*), niepłodność (*sterilitas*), cierpienia okresu przekwitania (*molimina e climacterio*).

X. Choroby narządu moczowego, jak kamica nerkowa (*nephrolithiasis*), kamica pęcherzowa (*cystolithiasis*), nieżyt miedniczek nerkowych (*pyelitis*), nieżyt pęcherza moczowego (*cystitis*), zapalenie przewlekłe nerek (*nephritis chronica*), zastój nerek (*stasis renum*), miażdżycy nerek (*sclerosis renum*).

XI. Choroby krwi, jak niedokrewność (*anaemia*), blednica (*chlorosis*).

XII. Choroby systemowe, jak krzywica (*rachitis*), zołzy (*scrophulosis*), reumatyzm mięśni i stawów, (*rheumatismus musculorum et articulorum chronicus*).

Z kazuistyki dyzurji.

Podał

D. MARGULIES (Łódź).

Chłopiec J. N. 7 lat, uskarża się od kilku dni na bolesne oddawanie moczu, niezbyt częste. W anamnezie — przebyta przed 5 tygodniami płonica, powikłana błonicą. Od południa 2-go dnia obserwacji aż do rana następnego dnia — zupełne zatrzymanie moczu. Przytem dziecko nie okazuje aniżbytniej chęci do moczenia, ani nie skarży się na niemożliwość spełnienia tej funkcji, tak, iż odnosi się wrażenie, że tak długie zatrzymanie się moczu nie sprawia dziecku znaczących dolegliwości. Rzuca się jednak w oczy ogólne przygnębienie chorego: dziecko jest smutne i milczące. Przy badaniu występuje wzdęcie brzucha poniżej pępka; wypukiem stwierdza się w tej okolicy całkowite stłumienie. Cała ta okolica jest bardzo bolesna i wrażliwa na dotyk. Jednem słowem, mamy do czynienia z objawami zupełnego zatrzymania się moczu w pęcherzu. Wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego udało się po raz 1-szy tylko po długich cierpliwych manipulacjach, z powodu jakiejś przeszkody w części sterkowej cewki.

Nasuwało się przypuszczenie skurczu zwieracza pęcherza. Kiedy wreszcie cewnik udało się do pęcherza moczowego wprowadzić, wydzielilo się przezeń około 4 szkl. moczu. Następnie przez całą prawie dobę chory znowu moczu nie oddawał. Zastosowane na okolicę pęcherza gorące okłady żadnego skutku nie miały. Mimowoli nasuwała się myśl, iż zachodzi związek przyczynowy między tą dyzurją a przebyłą błonicą.

Chociaż paraliż pęcherza moczowego w błonicy należy do rzadkości, jest jednak on znany. Trzeba więc było z tą możliwością się liczyć. Zastosowano z konieczności po raz drugi cewnikowanie. Nie udało się ono jednak tym razem zupełnie, ponieważ cewnik napotkał teraz w tem samym miejscu, co i po raz pierwszy, przeszkodę nie do przezwyciężenia. W czasie manipulacji z cewnikiem mocz zaczął nagle się wydzielać obok cewnika. A więc przypuszczenie porażenia pę-

cherza moczowego okazało się błędne, ponieważ był on jeszcze w stanie samoistnie mocz wydzielać. Znowu zastosowano ogrzewacz—tym razem z pożądanym skutkiem: w ciągu doby wydzieliło się około 4 szkl. moczu. Jednak brzuch w dalszym ciągu był wzdęty, i na przestrzeni od pępka do spojenia łonowego można było stwierdzić dość znaczne stłumienie, a po bokach, zwłaszcza z prawej strony, sięgało ono aż do łuku żebrowego. Przy palpacji okazało się, iż mniej więcej na środku linii, łączącej pępek ze *spina anter sup. ossis ilei*, znajduje się wewnątrz brzucha jakiś guz, twardy, jak kamień, bezbolesny, łatwo przesuwalny, wielkości małego jaja kurzego; guz ten w trakcie badania stopniowo pod ręką zaczął się zmniejszać i zmieniać swój kształt, jak również konsystencję, która z twardej stała się miękką, aż wreszcie guz całkiem znikł. Drugi guz tegoż samego charakteru wyczuwał się pod prawym łukiem żebrowym. Stawało się jasnym, iż ma

się do czynienia z masami kałowymi w jelicie grubym. Na pytanie, kiedy miało miejsce ostatnie wypróżnienie, otoczenie chorego nie mogło dać określonej odpowiedzi. Przy badaniu *per rectum* okazało się, iż *ampulla recti* przedstawiała worek, napęczniony masami kałowymi, ciągnącymi się dalej do góry, co można było zupełnie wyraźnie stwierdzić przez badanie dwuręczne. W ten sposób wyjaśniła się przyczyna utrudnionego moczenia: masy kałowe wywierały ucisk na szyję pęcherza moczowego.

Dopiero po usunięciu z odbytnicy mas kałowych i następnie zastosowaniu całego szeregu oczyszczających ławaty oraz środków przeczyszczających udało się ostatecznie usunąć wszelkie objawy dyzurji.

W etiologii dyzurji nagromadzone w jelitach masy kałowe występują niewątpliwie, jako przyczyna, bardzo rzadko.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Prosektorjum Szpitala Ś-to Ducha w Warszawie.

(Kierownik: Dr. med. A. Siedlecka).

Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań.

Podał

Dr. med. Józef STEIN (Warszawa).

(Dokończenie).

Szerzenie się gruźlicy w płucach

Istnieją dwie różne postaci przewlekłej gruźlicy płuc. Jedna rozpoczyna się w szczycie i szerzy się ku dołowi, na skutek czego zmiany w częściach górnych są starsze, w częściach zaś dołowych — świeższe; powstać ta jest nader częsta. Druga postać gruźlicy, rzadsza, odbiega od tego schematu.

Obecnie większość autorów stoi na stanowisku, że zmiany początkowe przewlekłej postępującej gruźlicy płuc, szerzącej się od szczytu ku dołowi — umiejscawiają się w szczytach płucnych lub w odcinkach podszczytowych (A s c h o f f woli mówić o „zakresie gałązki szczytowej oskrzela górnego płatu”). Dotychczas brak jednak zgodności co do dróg zakażenia szczytu. Wielu autorów sądzi, że zakażenie szczytu powstaje przez wtórne zakażenie ze świata zewnętrznego (B e i t z k e i in.). Głównym dowodem tych autorów jest obfite skupianie się węgla w szczycie płucnym, co by dowodziło znacznego wchłaniania i zatrzymywania pyłu przez odcinki szczytowe.

Natomiast H u e b s c h m a n n jest zdania, że szczyt płucny ulega zakażeniu najczęściej na drodze krwi; prątki dostają się do szczytu z ogniska pierwotnego. Szczyty płucne są, jak wiemy, skłonne do zakażenia ze względu na gorsze ich przewietrzanie, mniejsze ukrwienie i słaby w ich obrębie prąd limfy. Gdyby zakażenie szczytów powstawało przez wdychanie prątków, byłoby niezrozumiałe, dlaczego w szczytach tak rzadko umiejscawia się ognisko pierwotne. Co do pozornego większego odkładania się węgla w szczytach, niż w innych odcinkach płuc — badania H u e b s c h

m a n n a wykazały, iż pogląd ten jest błędny, gdyż węgiel odkłada się równomiernie w całym płucu; duże ilości węgla spotyka się jedynie w bliznach szczytowych, które są specjalnie skłonne do impregnowania węglem.

H u e b s c h m a n n nie wyłącza możliwości zakażenia szczytów również zzewnątrz — przez wdychanie (głównie ma tu chodzić o zakażenie pyłowe), jednakże zakażenie takie gra zawsze rolę podrzędną.

Ogniska szczytowe posiadają dużą skłonność do gojenia się; są one zwykle niewielkie, szybko ulegają otorbieniu i bliznowaceniu. Większe ogniska szczytowe — serowate — mogą ulegać rozmiękananiu, przez co powstają jamy.

Sprawa gruźlicza szerzy się z ogniska szczytowego: przez ciągłość, drogą oskrzeli, drogą naczyń limfatycznych oraz naczyń krwionośnych. H u e b s c h m a n n za główną drogę szerzenia się uważa krwionośną; pewne znaczenie ma również droga limfatyczna, szerzenie się przez oskrzela ma miejsce wówczas, gdy do ogniska szczytowego zostają wciągnięte mniejsze lub większe oskrzela. L o e s c h k e natomiast sądzi, że postępowanie gruźlicy od szczytu w kierunku ogonowym odbywa się przedewszystkiem na drodze oskrzelowej; w zależności od zajęcia oskrzeli drobnych lub większych, powstaje „drobno”-lub „gruboziaństa” gruźlica. Podobnego zdania jest A s c h o f f: postępująca gruźlica płuc rozpoczyna się z chwilą przedostania się rozmiękłych mas serowatych z ogniska zakażenia wtórnego do oskrzela.

Według H u e b s c h m a n n a, obok szerzenia się na drodze krwi i limfy ważną rolę grają nowe zakażenia zzewnątrz, najprawdopodobniej pyłowe. Duże znaczenie w szerzeniu się gruźlicy w płucu mają zawsze te czy inne warunki uspasabiające.

Obok właściwych ognisk szczytowych spotyka się również, aczkolwiek rzadziej, ogniska, opisane przez P u h l a, które niektórzy uważają za punkt wyjścia postępującej gruźlicy płuc. Umiejscawiają się one zwykle w dolnych częściach szczytów lub w częściach podszczytowych. A s c h o f f i H u e b s c h

man n spotykali je również i w innych częściach płuc, zwykle jednak w płatach górnych. Bardzo często ogniska te są mnogie.

Ognisko Puhla różni się od ogniska pierwotnego swym nieprawidłowym kształtem, swoistem suchem serowaceniem („skredowacenie”), pewnymi cechami histologicznymi oraz brakiem zmian w okolicznych gruczołach limfatycznych; ognisko Puhla rzadko wapnieje i z reguły nie ulega kostnieniu. Ogniska te powstają najprawdopodobniej przez nowe zakażenie zzewnątrz. Że nie są to pierwsze ogniska popierwotne, świadczy istnienie starszych zmian gruźliczych w szczytach.

Wspomniemy jeszcze o przypuszczeniu Ghona, że punktem wyjścia szerzącej się od szczytu ku dołowi gruźlicy płuc są zmiany w gruczołach limfatycznych zespołu pierwotnego.

Przypadki, w których przewlekła gruźlica płuc nie rozpoczyna się ogniskiem szczytowym, są znacznie rzadsze; stosunek ich ilościowy do przypadków gruźlicy przewlekłej, rozpoczynającej się w szczycie, wynosi — 2:100. Przebieg ich jest najczęściej ciężki i szybko prowadzi do śmierci. Znajdujemy w nich zwykle jedno ognisko stare, przeważnie jamiste, w jakiegokolwiek części płuca; dookoła tego ogniska rozwijają się liczne ogniska świeże. Według Huebschmanna, w takich przypadkach punktem wyjścia sprawy gruźliczej jest ognisko ograniczonego zapalenia serowatego płuca, powstałe prawdopodobnie wskutek wtórnego zakażenia zzewnątrz wielką ilością prątków.

Według klinicystów, postępująca gruźlica płuc rozpoczyna się nie w szczycie, lecz w częściach podobojczykowych płuc; jej punktem wyjścia są t. zw. „nacieki wczesne” albo „podojojczykowe” (Frühinfiltrat, ev. Infraklavikulärinfiltrat), występujące najczęściej w gruźlicy w wieku dojrzewania. Ogniska te opisał po raz pierwszy Assmann, następnie zaś badał je Redeker. Według Loeschkego, są to pierwsze ogniska „gruboziarnistej” gruźlicy oskrzelowej przy przejściu sprawy gruźliczej z oskrzeli drobnych na większe. Huebschmann twierdzi, że ogniska Assmanna tworzą się zawsze po powstaniu zmian szczytowych; te ostatnie mogą być jednak tak małe, że nie zostają dostrzeżone przez klinicystę, który za pierwsze ognisko popierwotne uważa (ze swego punktu widzenia — słusznie) ognisko podobojczykowe. Aschoff jest zdania, że ogniska podobojczykowe są bezpośrednim punktem wyjścia postępującej gruźlicy płuc, wobec silnie wyrażonej tendencji do gojenia się właściwych ognisk szczytowych.

Anatomicznie są to najprawdopodobniej ogniska ograniczonego zapalenia serowatego płuc ze znacznym zapaleniem okołogniskowym, ulegające następnie bądź rozpadowi z wytwarzaniem jam, bądź też gojeniu.

Według Huebschmanna, drobne ogniska podobojczykowe powstają na drodze krwionośnej, większe zaś — wskutek ciężkiego zakażenia zzewnątrz; w ostatnim przypadku może grać dużą rolę stan przewrażliwości ustroju.

Wtórne ogniska gruźlicze w płucach mogą powstawać bądź na drodze reinfekcji, t. j. ponownego zakażenia po wygaśnięciu wpływów biologicznych zakażenia pierwotnego, bądź też na drodze

superinfekcji, t. j. ponownego zakażenia ustroju, znajdującego się jeszcze pod wpływem zakażenia pierwotnego. Nie można jednak odgraniczyć reinfekcji i superinfekcji w rozwoju gruźlicy płuc ze względu na znaczną trudność, a nawet zupełny brak możliwości określenia czasu i sposobu powstawania zmian wtórnych. Najczęściej potocznie używa się terminu „reinfekcja” dla określenia ponownego zakażenia endogenego, a „superinfekcją” nazywa się ponowne zakażenie zzewnątrz.

Reinfekty i superinfekty spotyka się nader często (u około 90% ludzi dorosłych); według Aschoffa, każda, mniejsza czy większa, bliznka w płucu lub opłucnie jest wygojonem ogniskiem zakażenia wtórnego.

Ogniska wtórne umiejscawiają się najczęściej w zakresie rozgałęzień oskrzela szczytowego, mogą jednak znajdować się i niżej. Reinfekty położone w odciinkach podszczytowych są zwykle większe od umiejscowionych w szczycie. Poza tem ogniska zakażenia wtórnego mogą występować i w niżej położonych częściach płuc, a także w podopłucnowych gruczołach limfatycznych płuc (Anders i Schmöe).

Według Loeschkego i Huebschmanna, wszystkie reinfekty umiejscowione poniżej szczytów są przerzutami ognisk szczytowych.

Podziały gruźlicy płuc z punktu widzenia anatomii patologicznej.

Oddawna różni autorzy próbowali na podstawie danych anatomicznych i rozważań teoretycznych tworzyć najrozmaitsze podziały gruźlicy płuc. Podziałów takich znamy bardzo dużo, gdyż każdy niemal autor, zajmujący się bliżej gruźlicą, podawał swój podział zmian gruźliczych w płucach. To też niemożliwością jest przytoczenie w wąskich ramach niniejszej pracy wszystkich podziałów gruźlicy płuc. Ograniczymy się jedynie do najważniejszych.

I. Podział Fraenkla i Rosthorna opiera się głównie na umiejscowieniu zmian gruźliczych. Autorzy odróżniają:

- 1) zmiany szczytowe, obejmujące ostre i przewlekłe procesy okołoskrzelowe;
- 2) zmiany w płatach górnych, przebiegające bez lub ze
- 3) zmianami w płatach dolnych.

Zmiany wymienione w p. 2 i 3 mogą się wyrażać w:

- a) zapaleniu płuc zrazikowym i ogniskach okołoskrzelowych,
- b) ogniskach bliznowatych,
- c) tworzeniu jam.

II. Nicol dzieli zmiany gruźlicze w płucach na:

- 1) postaci prosówkowe,
- 2) postaci guzkowe zlewne oraz
- 3) postaci zlewne płatowe, bliznowaciejące lub o charakterze płatowego zapalenia płuc.

III. Ribbert odróżnia:

- 1) zmiany włókniste, bliznowaciejące,
- 2) zmiany wysiękowo-ziarninowe i
- 3) zmiany czysto wysiękowe.

IV. Albrecht i Fraenkel uznają za podstawowe typy zmian gruźliczych:

- 1) gruźlicę bliznowaciejącą,

- 2) gruźlicę guzkową,
- 3) gruźlicę wysiękowo-serowatą (serowate zapalenie płuc).

Wszystkie 3 rodzaje zmian mogą przebiegać z jamami lub bez nich.

V. Aschoff proponuje podział gruźlicy płuc następujący:

- 1) gruźlica prosówkowa;
- 2) gruźlica ogniskowa guzkowo-zrazikowa
 - a) groniasto-guzkowa i
 - b) zrazikowa serowata;
- 3) gruźlica rozlana
 - A) z przewagą zmian wytwórczych
 - a) groniasta,
 - b) groniasto-guzkowa,
 - c) włóknista,
 - B) z przewagą zmian serowato-wysiękowych
 - a) zapalenie płuc serowate gronlaste,
 - b) zapalenie płuc serowate zrazikowe,
 - c) zapalenie płuc serowate płatowe.

VI. Huebschmann przyjmuje w zasadzie podział Albrechta-Fraenkla, modyfikując go nieco. Odróżnia on:

- 1) gruźlicę groniastą i groniasto-guzkową,
- 2) zapalenie płuc gruźlicze podzrazikowe, zrazikowe, płatowe,
- 3) zmiany włókniste, powstałe na gruncie zmian wymienionych w p. 1 i 2.

Wszystkie 3 rodzaje zmian mogą przebiegać z tworzeniem jam lub bez nich.

Stosunek obrazów rentgenologicznych do zmian anatomicznych w gruźlicy płuc.

Cienie na zdjęciach rentgenowskich płuc gruźlików mogą być spowodowane (poza zmianami w ścianie klatki piersiowej, opłucnie i gruczołach oskrzelowych, oraz naskutek nierównomiernego wypełnienia krwią naczyń krwionośnych) przez: a) ogniska gruźlicze we wszystkich okresach ich rozwoju, b) zmiany bliznowate i wapniejące, c) zapalenie okołogniskowe i jego następstwa (stwardnienie), d) ogniska niedodmy, e) ogniskowe zastoje limfy. Cienie takie mogą następnie zniknąć lub ulegać rozjaśnieniu stałemu lub czasowemu.

Huebschmann wątpi o możliwości rozpoznawania rentgenologicznego tych czy innych ognisk anatomicznych. Zresztą, najczęściej nie posiada ono znaczenia praktycznego. Dla klinicysty najważniejsze znaczenie ma całość zmian gruźliczych, oraz ogólny stan chorego.

Versé badał rentgenologicznie i anatomicznie przeszło 300 z włók ludzi zmarłych na gruźlicę, zwracając uwagę na pokrywanie się zmian anatomicznych z cieniami, występującymi na kliszach rentgenowskich, i ewentualne rozpoznawanie na podstawie cieni rodzaju zmian anatomicznych. Świeże ogniska pierwotne w płucach i odpowiadające im zmiany w gruczołach limfatycznych, nie przekraczające wielkości grochu, są niewidoczne lub prawie niewidoczne na kliszy. Większe takie ogniska występują na zdjęciach w postaci słabych cieni. To samo dotyczy okołoskrzelowego gruźliczego zapalenia naczyń limfatycznych. Młodszych — serowatych, oraz starszych — bardziej włóknistych zmian nie można rozpoznać z cienia. Dopiero złogi wapniowe dają wyraźne, ostre cienie, wykazujące nawet najmniejsze złogi wapniowe,

i dlatego są ważne dla rozpoznania; ilość takich ognisk zwapniałych w płucach jest często bardzo duża. Bardzo ważne znaczenie posiada niedodma, która wzmacnia cienie rentgenowskie. Małe, odosobnione ogniska serowate lub włókniste mogą łatwo wymykać się badaniu rentgenologicznemu. Należy też zaznaczyć, że cienie, występujące niezbyt wyraźnie już przy prześwietlaniu samego płuca, mogą zupełnie zaciierać się w cieniu, jaki daje na kliszy sama klatka piersiowa.

Versé dochodzi do wniosku, że „w obecnym stanie i zastosowaniu techniki radiologicznej nie można jeszcze ustalić, że tam, gdzie niema wyraźnego cienia — brak także zmian anatomicznych, jak również, że wyraźnemu cieniowi odpowiada pewna określona zmiana anatomiczna“.

Rozwój gruźlicy płuc w zależności od wieku dotkniętego nią osobnika.

Zakażenie pierwotne prątkami Kocha ma miejsce najczęściej w dzieciństwie. Rzadko spotykamy gruźlicę u noworodków lub w pierwszych miesiącach życia. Częstość zakażenia gruźliczego wymaga się między końcem 1-go a 12-ym rokiem życia.

W pierwszych latach życia przebieg zakażenia gruźliczego jest bardzo ciężki, w wieku późniejszym zaś — bardziej przewlekły, często o skłonności do gojenia się.

Podczas dojrzewania płciowego gruźlica ma niekiedy przebieg bardzo gwałtowny (podobnie, jak u młodych kobiet ciężarnych), o charakterze, przypominającym gruźlicę dziecięcą; zależy to prawdopodobnie od obniżenia odporności ustroju.

Od czasu dojrzewania gruźlica nabiera charakteru przewlekłego schorzenia odosobnionego i w wieku dojrzałym przyjmuje postać typowej przewlekłej gruźlicy płuc, trwającej często przez długie lata.

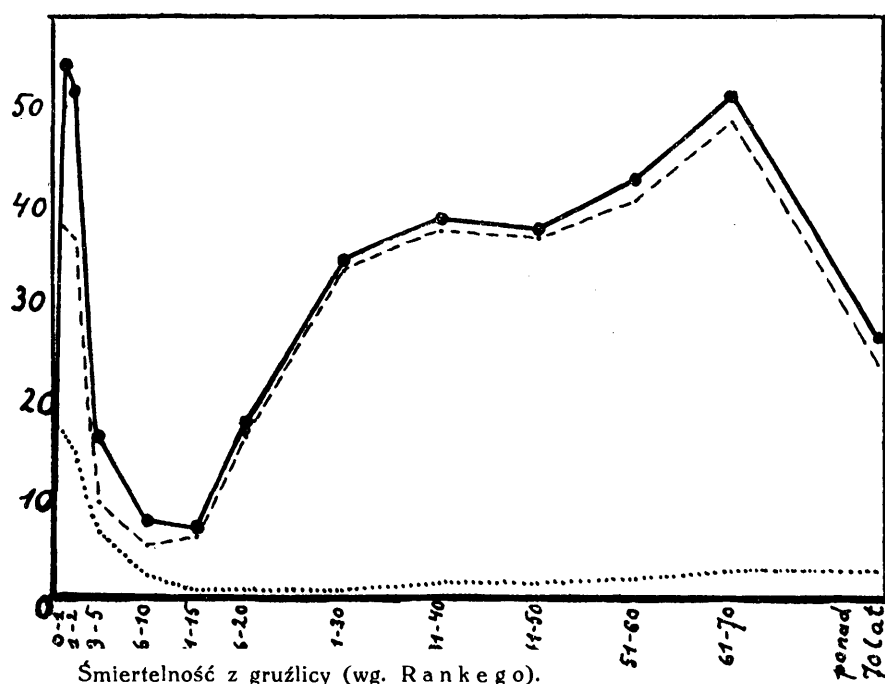
Miedzy 60-ym a 70-ym rokiem życia często gruźlica ulega wygojeniu: według Naegeli'ego — w 56%, według Burkhardta — w 44%, według Harta — w 75% przypadków. Powyżej lat 70-ciu zdrowienie gruźlików jest jeszcze częstsze, spotykamy je bowiem w 57—61% przypadków (Burkhardt), a według niektórych statystyk prawie w 100% (Hart).

Gruźlica w wieku starczym posiada często przebieg nietypowy. Nierzadko większe zmiany spotykamy w dolnych odcinkach płuc, podczas gdy części górne są względnie mało zmienione. Obok wyraźnej skłonności do bliznowacenia spostrzegamy niekiedy ogniska obostrzenia. Często występuje u starców gruźlica opłucny (według Blumenberga — w 54,1% przypadków) i jelit (w 52,2% przyp.).

Śmiertelność z gruźlicy.

W pierwszym roku życia śmiertelność z gruźlicy jest bardzo duża, wynosi bowiem około 55%. Następnie opada dość znacznie, wynosząc: między 3-5-tym rokiem życia — 6—7%, między 6-15-tym r. ż. — 1—2%. Najniższa śmiertelność występuje w wieku 11—15 lat. Potem stale się wznosi, osiągając swe drugie maksimum w wieku 60-ciu lat (według Hoppe-Seyleira — przeszło 50%).

Liczy powyższe przedstawia następujący wykres.



Śmiertelność z gruźlicy (wg Rankego).

— Ogólna śmiertelność z gruźlicy.

- - - Śmiertelność z gruźlicy płuc.

..... Śmiertelność z gruźlicy innych narządów.

as ade-

nopathies médiastinales et bronchiques dans la tuberculose. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd.-Chir., T. III, Nr. 9, 1926, str. 954. 2). Anders. Lungentuberkulose (Pathogenese und Pathologische Anatomie der Tuberkulose). Neue Deutsche Klinik, T. VI, 1930, str. 362. 3). Anders. Ueber das Lokalisationsgesetz des phthisischen Reinfekts. Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., 24 Tag, 1929, str. 186. 4) Aschoff. Die Pathologische Anatomie. 1923. 5) Aschoff. Ueber den phthisischen Reinfekt der Lungen. Klin. Wochschr., 1929, Nr. 1, str. 1. 6). Beitzke. Ueber den Abbau des verkalkten Drüsenprimärherdes. Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., 24 Tag, 1929, str. 211. 7). Benda. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd.-Chir. T. III, Nr. 9, 1926, str. 945. 8). Berblinger. Zur Entstehung des Genitaltuberkulose. Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., 24 Tag, 1929, str. 217. 9). Bezançon. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd.-Chir., T. III, Nr. 9, 1926, str. 914. 10). Bezançon i Braun. Granulation tuberculeuse et tubercule miliaire. Ibidem, str. 957. 11). Gantz. O t. zw. „początku gruźlicy płuc“. „Kwartalnik Klin.“ Szpit. na Czystem, T. VI, z. II, 1927. 12). Gantz i Saski. O obecności laseczników Kocha w krwi chorych na gruźlicę płuc. Pol. Gaz. Lek., 1922 Nr. 42, str. 808. 13). Greil. Dynamik der Tuberkelbildung, Pathodynamik der Tuberkulose. Verhandl., d. Deutsch. Path. Ges., 24 Tag, 1929, str. 143. 14). Henke. Die Herkunft der grossen Exsudatzellen bei der Lungentuberkulose. Ibidem, str. 213. 15). Henke i Pagel. Lungentuberkulose. We; Handb. d. Spez. Path. Anat. und Hist. — Henke i Lubarsch,

t. III., cz. II., Berlin 1930. 16). Henschen. Intrakapillare Tuberkelbildung. Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., 24 Tag, 1929, str. 228. 17). Herxheimer. Tuberkulose und immunbiologische Betrachtungsweise. Primär — und Reinfekte. Entstehung de Riesenzellen des Tuberkels. Krankheitstheorie der Gegenwart, 1927, str. 197. 18). Huebschmann. Pathologische Anatomie der Tuberkulose. Berlin, 1928. 19). Huebschmann. Referat über die Entstehung und Entwicklung der Tuberkulose im Lichte neuerer Vorschung. Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., 24 Tag, 1929. 20). Jacquerod. Démonstrations radiologiques des différentes formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd.-Chir., T. III, Nr. 9, 1926, str. 979. 21). Kaufmann. Lehrbuch der Spez. Patholog. Anat., Berlin, 1922. 22). Letulle. Les conceptions anatomiques actuelles de la tuberculose pulmonaire. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd.-Chir., T. III, Nr. 9, 1926 str. 881. 23). Loeschke. Ueber Entwicklung, Vernarbung und Reaktivierung der Lungentuberkulose Erwachsener. Zugleich ein kritischer Beitrag zur Lehre von den sogenannten infraklavikulären Frühinfiltraten. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, T. 68, z. 2, 3, 1928, str. 251. 24). Meyenbourg. Conceptions de la tuberculose pulmonaire. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd.-Chir., T. III, Nr. 9, 1926, str. 917. 25). Pagel. Zur pathologischen Anatomie des infraklavikulären Infiltrates. D. Med. Wochschr., T. 55, Nr. 10, 1929, str. 394. 26). Rist. Ann. d'Anat. Path. et d'Anat. Norm. Méd.-Chir., T. III, Nr. 9, 1926, str. 947. 27). Romberg. Korreferat über die Entwicklung der Lungentuberkulose. Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., 24 Tag, 1929, str. 124. 28). Saltykow. Tuberkulose und Konstitution. Ibidem, str. 133. 29). Schulze. Untersuchungen über den primären tuberkulösen Lungenherd. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose, T. 68, z. 2, 3, 1928. 30). Schürmann. Die anatomischen Befunde bei den tuberkulösen Säuglingserkrankungen in Lübeck. Jahreskurse für ärztl. Fortbildung, 1931, z. 1. 31). Seemann. Histobiologie der Lungenalveole. Ibidem, 1931. 32). Sergent. Ann. d'Anat. Norm. Méd.-Chir. T. III, Nr. 9, 1926, str. 946. 33). Sergent i Durand. Les tuberculoses lobaires. Ibidem, str. 951. Ueber Gallenblasentuberkulose. Centralbl. f. 34). Simmonds. allg. Path. u. Path. Anat., T. XIX, 1908, 35). Starlinger. Ueber Entstehung und Verlauf der Phthisischen Reinfektsperiode. Klin. Wochschr., 1929, Nr. 9, str. 410. 36). Tendeloo. Pathologische Anatomie de Tuberkulose. W Handb. d. Tuberkulose — Brauer, Schröder, Blumenfeld; Lipsk, 1923. 37). Versé. Roentgenologisches und pathologisch-anatomisches zur Frage der Lungentuberkulose. Verhandl. d. Deutsch. Path. Ges., 24 Tag, 1929, str. 178.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. SCHÄFER i G. WÜLLENWEBER. Badania doświadczalne nad czynnością nerek i moczowodów. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 3).

Odruchu z jednego moczowodu na drugi w tem znaczeniu, aby zwiększenie lub zmniejszenie ciśnienia po jednej

stronie wpływało na ciśnienie w drugim moczowodzie, nie udało się wykazać w dwóch doświadczeniach na pawianach.

Wywołane przez zupełne zamknięcie światła moczowodu na przeciąg czasu do 13 godzin maksymalne ciśnienie w nim wynosiło w 9 doświadczeniach przeciętnie 396 mm. słupa wody, w jednym przypadku 560 mm. wody. Najwyższe ciśnienie osiągnęto we wszystkich, z wyjątkiem jednego, przypadkach

na początku, względnie niedługo po rozpoczęciu doświadczenia, przyczem w ciągu następnych godzin opadało ono znów nieco. Przytem okazało się, że ciśnienie w moczowodzie u zwierząt, użytych poraz pierwszy do doświadczenia, było nieco wyższe, niż u zwierząt, badanych powtórnie: wpływ cewnikowania więc wyrażał się w upośledzeniu czynności moczowodów.

Przy zupełnem zahamowaniu odpływu w moczu w jednym moczowodzie obniża się bardzo znacznie produkcja moczu nerki tej samej strony aż do $\frac{1}{20}$ ilości moczu po stronie niezahamowanego odpływu. Produkcja (ilość) moczu drugiej strony pozostała w 2 doświadczeniach bez zmiany; w 2 innych, w których zastrzyknięto podskórnie zwierzętom morfinę, otrzymano nerki bez zahamowanego odpływu większe ilości moczu, niż przed doświadczeniem; w jednym doświadczeniu druga strona produkowała zrazu mniej, wkrótce potem więcej moczu, niż w czasie, kiedy zaczęło się zahamowanie odpływu po drugiej stronie. T. zwanego odruchu nerkowonerkowego (renorenalnego), t. j. zmniejszenia się ilości moczu obu nerek w zwężeniu moczowodu jednej strony, nie dało się więc wykazać.

Gdy zastój trwał już wiele godzin, ciśnienie w zamkniętym moczowodzie więcej się nie podnosiło, zastrzyknięto domięśniowo w 5 doświadczeniach indygokarmin, utrzymując nadal zamknięcie moczowodów: we wszystkich przypadkach barwnik ukazywał się w moczu, choć mocz nie był tak silnie zabarwiony na niebiesko, jak po stronie bez zastój.

Ilości moczu, produkowanego przez obie nerki, były poczęści rozmaicie duże.

Jeśli przy podniesieniu ciśnienia w miedniczkach nerkowej i moczowodzie jednej strony w doświadczeniach autorów nie spostrzegano zmniejszenia się produkcji moczu drugiej nerki, należy z tego wyciągnąć przynajmniej ten wniosek, że zastój moczu u małp w małej tylko ilości przypadków prowadzi do oligurji lub anurji drugiej strony. Czy wogóle podniesienie ciśnienia jest, jako takie, tym czynnikiem, który w kamicy nerkowej u człowieka prowadzi do bezmoczności, czy raczej bodźce czuciowe (ból) nie są czynnikiem przyczynowym, tej kwestji nie zastrzegają doświadczenia autorów.

Dwa (względnie trzy) doświadczenia autorów pokrywają się ze spostrzeżeniem Allarda, którego zdaniem nerka w niezahamowanym odpływie przyjmuje na siebie i wyrównywa zahamowaną czynność drugiej nerki.

Największa osiągnięta wysokość mierzonego w moczowodzie ciśnienia wynosiła przy 560 mm. słupa wody = 43 mm Hg. u pawiana daleko mniej, niż liczby znalezione przez Wbuisckiego i Cicconardiego u psa (130, wzgl. 138 mm Hg.). Autorem wydaje się, że ze stanowiska ustroju o wiele racjonalniejszym jest dla zachowania nerek poddawać takiemu ciśnieniu, które w krótkim czasie musi je doprowadzić do zupełnej anemizacji i zniszczenia. W najważniejszym osiągnięciu przez autorów ciśnieniu w miedniczkach nerkowej i moczowodzie nerka wydalała jeszcze barwnik — dowód zachowanej czynności. Ponieważ w doświadczeniach autorów w okresie wydalała barwnika ciśnienie w moczowodzie się nie podnosiło, istnieją dwie możliwości wytłumaczenia tego faktu, albo zawartość miedniczki nerkowej i moczowodu zwiększyła się o zabarwiony mocz w czasie jego wydalań, a moczowód rozszerzył się w tym stopniu, że nie wystąpiło podniesienie się ciśnienia, — albo też część moczu uległa wstępnemu wchłonięciu w miedniczkach nerkowej i moczowodzie.

Henryk J. Landau.

P. SACHS. Alkaptonurja i minimum azotowe. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 3).

Autorka podaje opis przypadku alkaptonurji.

Badania nad *minimum* azotowym u chorych z alkapto-

nurją pozwalają nam wnioskować pod względem ilościowym w przemianę tyrozyny i fenylalaniny. Z ilości wydalanego z moczem kwasu homogentezynowego próbuje autorka wyliczyć absolutną ilość tyrozyny i fenylalaniny, której ustrój dziennie wymaga i prawdopodobnie zużywa na budowę niezbędnych dla życia ciał (adrenalin, tyroksyny, barwników),

Henryk J. Landau.

H. REINWEIN. Badania nad alkaptonurją. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 3).

U chorego z alkaptonurją udało się wykazać, że w doświadczeniach z *minimum* białkowym nie występują zmiany współczynnika $\frac{Hs \text{ (kwas homogentezynowy)}}{N \text{ (azot)}}$ moczu.

Przy djecie, ubogiej w węglowodany, spada wydalanie kwasu homogentezynowego z moczem bardzo znacznie, nie udaje się jednak doprowadzić do zupełnego znikania tego kwasu w moczu. Współczynnik w tem badaniu obniżył się do 18 (norma około 50),

Podawanie kwasu homogentezynowego w czasie zmniejszonego jego wytwarzania w ustroju pozwala wykazać, że i w tym stanie chorych z alkaptonurją ustrój nie odzyskuje możliwości spalania kwasu homogentezynowego.

Zmniejszenie się wydalań kwasu homogentezynowego z moczem przy djecie zakwaszającej nie jest uwarunkowane przez zatrzymanie w tkankach.

Autor stwierdził, że niema żadnych różnic w znikaniu kwasu homogentezynowego, dodanego do surowicy normalnych ludzi i chorych z alkaptonurją.

Henryk J. Landau.

Bakterjologia i Serologja.

Von GUTFELD. Znaczenie badań bakterjologicznych w błonicy. (D. m. W. N. 11-1931).

Wykrycie bakterji błonicy czasami jest niemożliwe.

Jeżeli przyjmiemy, że badanie pod względem technicznym nie pozostawia nic do życzenia, to wynik ujemny można otrzymać gdy: 1-o pobrano preparat w niepomyślnym okresie czasu, np: po jedzeniu, po płukaniu lub picciu, gdyż możliwe jest wtedy, że powierzchowne warstwy nalożone uległy wypłukaniu z bakterji. Dlatego też należałoby pobierać próbę do badania zawsze rano, naczczo, jak również bez żadnej szkody można wziąć wprost kawałek błony.

2-o. Dla otrzymania wyniku dodatniego należy robić badanie możliwie zaraz, a w każdym bądź razie [tego samego] dnia, aby uniknąć wyschnięcia preparatu i t. p. wpływów ubocznych.

3-o. W preparacie barwionym, z powodu małej ilości bakterji, nie udaje się czasem ich wykrycie. Przewagę przeto posiada pod względem rozpoznawczym otrzymanie hodowli w której się zarazki rozmnażają. Dokładne zbadanie całej otrzymanej hodowli zajęłoby, według obliczeń autora, 8 godzin i 20 min. i dlatego należy robić preparat z różnych miejsc tej samej hodowli. Także słaby wzrost bakterji błonicy przy silnie wyrażonym rozmnażaniu się innych bakterji może być przyczyną otrzymania wyników ujemnych.

W jakich przypadkach pożyteczny jest wynik dodatni? Otóż: 1-o jeżeli we wczesnym okresie, podejrzanego o błonicę przypadku, badanie preparatu barwionego potwierdzi w przeciągu 10 minut podejrzenie, to lekarz ma możność zastosowania wszelkich niezbędnych środków. Jednak mógłby je także zastosować i bez tego badania.

2-o Jeżeli trzeba czekać na otrzymanie hodowli, to stracone zostaną cenne 6 godzin czasu.

3-o Jeżeli w przypadku niepodjętej anginy wykrywa się bakterje błonicy to albo jest to błonica nietypowa, albo chodzi o nosicieli, u których rozwinęła się zwykła angina.

Wobec tego, zdaniem autora, we wczesnych przypadkach błonicy, względnie dużego podejrzenia w tym kierunku, należy przeprowadzić wszystkie czynności, jak odosobnienie, leczenie, bez oczekiwania na wynik badania bakteriologicznego.

Rozpoznanie błonicy winno być postawione z punktu widzenia klinicznego, a badanie nalotu służyć ma do jego potwierdzenia.

Jest ono natomiast niezbędne do przeprowadzenia przepisów sanitarnych, w celu obrony ogółu jak: usunięcie ze szkoły, powrót do niej, dezynfekcja i t.p.

St. Luxenburg

P. NEUDA. Czy bywa zmiana postaci krętków (Wien. klin. Woch. Nr. 18-1931).

Autor opisał u reemigrantów obraz chorobowy, rozpoznający się, jak zakażenie, i przebiegający septycznie. W tych przypadkach widywał on we krwi rozmaite twory: rodzaj podwójnych ziaren, podwójnych pałeczek, nitki, składające się z ziarenek z 2 główkami, wykazujące czołgające się ruchy, i przypuszcza, iż można przyjąć, że między temi tworami a krętkami istnieje pewien związek.

A. Neumann (Vöslau)

Gruźlica.

MOLITOR. O chemoterapii gruźlicy. (Wien. kl. Woch. Nr. 24-1931).

Złoto ma to samo działanie i te same zadania co tuberkulina. Oba środki są dla zdrowego ustroju prawie nieszkodliwe, oba wywołują w ustroju gruźliczym już w najdrobniejszych ilościach bardzo silne działanie trujące, dla obu odczyn ogniskowy jest warunkiem dla wyników leczniczych. Z drugiej strony udaje się burzliwy odczyn tuberkulinowy zahamować zastrzyknięciem preparatu złotowego. Poza solganalem A i solganalem B, które bywają dobrze znoszone, istnieje jeszcze inne preparaty złotowe: triphal, aurophos i lopioną. Duńska sanokryzyna jest 30 razy bardziej trująca, niż solganal B. Leczenie solganalem B (który można stosować i podskórnie) zaczyna się od dawki 0,1–1,0 mgr. Gdy odpowiedni odczyn ogólny ustąpi, powtarza się po tygodniu tę samą dawkę. Od tego czasu co 2–3 tygodnie zwiększona dawka. Przeciwwskazanie stanowi gruźlica jelit i nerek.

A. Neumann (Vöslau),

DUGGE. Od nacieku wczesnego do gruźlicy płuc. (D. m. W. Nr. 8, 1931).

Znaczenie nacieku wczesnego jest już dziś przez specjalistów powszechnie uznane, do praktyki ogólnej przedostaje się jednak powoli. W tym celu autor przytacza 3 przypadki z nacieków wczesnych płuc, które rozpoczęły się ostro, względnie przy b. skąpych objawach u ludzi przedtem zupełnie zdrowych.

Spostrzeganie tych spraw uczy nas skromnej oceny fizykalnego badania płuc, a zmusza coraz częściej do odwoływania się do pomocy badania rentgenowskiego i poszukiwania laseczników w płwocinie, gdyż jedynie wczesne rozpoznanie i leczenie uciskowe płuc, zanim wystąpią zrosty, może pomysłnie wpłynąć na dalszy los chorych.

St. Luxenburg.

GRÜNEWALD. W sprawie leczenia gorączkowych postaci gruźlicy płuc za pomocą kardiazolchininy (Knoll). (D. m. W. Nr. 9 1931).

W leczeniu gruźlicy płuc musimy często stosować leczenie objawowe, gdy zawodzi metody terapii przyczynowej, co zwłaszcza często spotyka się w postaci podostrej i przewlekłej, przebiegających z długotrwałym podniesieniem tem-

peratury i w ten sposób wpływających ujemnie na serce i krwiobieg.

W poszukiwaniu środka przeciwgorączkowego, któryby nie posiadał przykrych i niepożądanych objawów ubocznych, zwrócono się do chininy. Jej wpływ ośrodkowy na podniesioną ciepłotę ciała i działanie obwodowe, hamujące tworzenie się ciepła w tkankach, daje obniżenie temperatury ciała bez silnego pocenia się. Znany jest poza tem wpływ hamujący chininy na rozwój gruźlicy płuc. Chininę podawano 3–4 razy dziennie po 0,1 gr. Jednocześnie z chininą podawano środek, wzmacniający pracę serca. Kardiazol, pod postacią połączonego preparatu *Kardiazol-chinina* Kn o 11.) Skutek tego rodzaju leczenia był zupełnie zadawalający.

St. Luxenburg.

Choroby narządów trawienia.

Réné A. GUTMANN. Wskazania dotyczące rentgenoskopii i rengenografii w chorobach przewodu pokarmowego. (Presse med. N. 13, 1931.)

Ogólnie przyjętą jest formułka, że rentgenografia uzupełnia rentgenoskopję. Większość lekarzy i rentgenologów jest nawet zdania, że do rozpoznania przeważnej części chorób przewodu pokarmowego wystarcza w zupełności badanie chorych pod ekranem. Jest to, zdaniem autora, niesłuszne i w celu ustalenia względnych wskazań do prześwietlenia, czy też do wykonania zdjęć przewodu pokarmowego, czyni szybki przegląd najważniejszych chorób tego układu.

W przypadku wrzodu dwunastnicy pewne dane dają tylko seryjne zdjęcia. Zwykle prześwietlenie nie pozwala naturalnie, spostrzec małych nisz lub ubytków wogóle, jak również nie można w odstępach kilkuminutowych porównywać szczegółu w wyglądzie opuszki. Oczywiście, istnieją zmiany tak duże lub tak mało ruchome, że i ekran je uwidacznia, Lecz, naogół poza nieregularnością kształtu, której nie można bliżej sprecyzować, spostrzega się hiperkinetyczną opuszkową i żołądka, skurcz zwieracza, słowem, tak zwane objawy pośrednie wrzodu dwunastnicy. Otóż wszystkie te objawy wskazują tylko na istnienie podrażnienia opuszki; przez jakąkolwiek przyczynę, miejscową (wrzód), w sąsiedztwie (pęcherzyk), oddaloną (wyrastek robaczkowy) i t.d. Pozwalają one tylko na prawdopodobne rozpoznanie wrzodu dwunastnicy, jako najczęściej zdarzającego się schorzenia, w drugim rzędzie wchodzą w grę stany chorobowe pęcherzyka żółciowego. Na pewne rozpoznanie pozwalają wyłącznie seryjne zdjęcia. To samo, być może, w jeszcze większym stopniu ze względu na warunki anatomiczne dotyczy *ulcus juxta-pyloricum*.

Zwolennicy rentgenoskopii powołują się zwykle na fakt, że wrzody małej krzywizny, które zwykle są dużych rozmiarów są widoczne pod ekranem. Doświadczenie pouczyło jednak autora, że małe nisze doskonale widoczne na rentgenogramach nie dadzą się jednak, pomimo doskonałej znajomości wielkości, kształtu i umiejscowienia, uwidocznić rentgenoskopowo. Toteż w tych przypadkach rentgenologdy opierają się na objawach pośrednich, które nie mają większego znaczenia, lub na istnieniu ubytków na dużej krzywiznie, które nie są ani patognomiczne, ani stałe.

Zwężenie odźwiernika jest dzięki opisom Barreta łatwe do rozpoznania pod ekranem; jeśli jednak chodzi o okresy wczesne, to i tutaj seryjne rentgenogramy oddają wielkie usługi.

Rentgenoskopja ma wielkie znaczenie dla określenia stanu czynnościowego przewodu pokarmowego. Palpacja pod ekranem pozwala stwierdzić bolesność, mniejszą lub większą stałość jakiegoś obrazu, sztywność ścian; pod ekranem można przestudjować ruchy robaczkowe, opróżnianie żołądka. Dome-

na rentgenoskopji natomiast jest przede wszystkim dżagnostyka zmian anatomicznych.

Rentgenoskopja jest niezbędną w rozpoznawaniu zmian po operacjach żołądka (*perigastritis*, *gastro-jejunitis*, *ulcus pepticum*). dla kontroli wpływu leczniczego coraz to innych środków, zalecanych w terapii owrzodzeń przewodu pokarmowego.

Duże zmiany czynnościowe i anatomiczne, spowodowane nowotworem przewodu pokarmowego, stwierdzają zarówno rentgenoskopja, jak i rentgenografja. Jeśli chodzi jednak o zmiany wczesne u chorych z nieokreślonymi zaburzeniami trawieniami, to i tutaj seryjne zdjęcia oddają większe usługi. Rozpoznanie rentgenologiczne nowotworów nie osiągnęło jednak tej doskonałości, co dżagnostyka owrzodzeń. Autor spodziewa się wielkich postępów w tej dziedzinie, jak i w dziedzinie rozpoznawania zapaleń błony śluzowej żołądka po nowoczesnych metodach badania błony śluzowej żołądka i jelit. Należy się spodziewać, że cały szereg zagadnień dżagnostycznych i patogenetycznych zostanie wyjaśniony, gdy „rentgenografja powierzchni” osiągnie doskonałość, jaką posiada już obecnie „rentgenografja konturów”.

H. Szpidbaum.

SIEBERT. Nowe zdobycze w sprawie etiologii i leczenia wrzodów żołądka. (D. m. W. N. 10 1931.)

Dotychczas posiadamy właściwie dwie teorie powstawania wrzodów żołądka: jedna, Aschoffa i jego szkoły iż specjalnem umiejscowieniu się wrzodów powstałych na skutek drażnienia pokarmami, i druga, Bregmanna, teoria nerwowo-spastyczna. Przeciw temu ostatniemu zapatrywaniu istnieje cały szereg zarzutów, natomiast nowe badania szkoły, Aschoffa stwierdziły istnienie uszkodzeń trawiennych ściany żołądka, przedstawiających się we wczesnych stadjach, pod postacią płaskich, pokrytych nabłokiem strupów w powierzchniowej warstwie błony śluzowej. Stwierdzono, że, martwica ta nie zależy od zatkania naczyń krwionośnych które ze swej strony ulegają wtórnie również zmianom martwiczym.

Każda teoria wrzodów żołądka musi znaleźć wytłumaczenie dla tej specyficznej ich lokalizacji. Zdaniem autora, jest możliwe do przyjęcia tłumaczenie tego rodzaju, że te części anatomiczne żołądka, w których najczęściej spotykamy wrzody, a które nie mają nic wspólnego z wydzielaniem kwasu solnego, są znacznie gorzej ochronione i na działanie tegoż kwasu znacznie wrażliwsze, niż te części żołądka, które produkują kwas solny i które, jak się zdaje, mają większą odporność na jego działanie. Zachodzi wobec tego pytanie, czy żołądek może być uszkodzony przez swoją własną wydzielinę.

Dowodzą tego badania autora, przeprowadzone wspólnie z Buchnerem i Molloyem na szczurach z podawaniem im histaminy. Stwierdzono równoległość pomiędzy występowaniem wrzodów a siłą trawienną wydzielanego soku żołądkowego przyczem umiejscowienie sprawy chorobowej dotyczyło okolic, będących pod wpływem kwasu solnego, nie zaś w obrębie jego działania. Ta jednostronna lokalizacja nie może być skutkiem skurczów naczyńiowych. Istotą tych badań są zaburzenia korelacji soku żołądkowego do ściany żołądka, do prowadzące do wystąpienia wrzodów żołądka.

Leczenie sprawy wrzodowej polega, jak dawniej, na stosowaniu diety, która nie pobudza żołądka ani pod względem mechanicznym, ani też wydzielniczym. Z podawanych leków należy wymienić przede wszystkim atropinę lub bella folinę, jako najskuteczniej działające; winny one być stosowane przed jedzeniem. Po jedzeniu należy zalecać lepiej sole ziem alkalicznych *magnesia usta*, *calcium carbonicum*, *magne-*

sium-perhydrol) przyczem *natrium bicarbonicum* winno się usunąć z leczenia wrzodów raz na zawsze.

Ze wszelkich miar pożądane jest także pilne leczenie zapobiegawcze na wiosnę lub w jesieni, gdyż tylko w ten sposób będzie można osiągnąć leczeniem wewnętrznym skutki długotrwałe.

St. Luxemburg.

DELORE i R. MONNIER. Niewystarczalność gastroenterostomji w leczeniu wrzodu żołądkowo-dwunastniczego. (Presse med. N. 9, 31 I 1931.)

Autorzy przytaczają zdania wielu chirurgów, którzy w ostatnich latach uciekają się chętniej w leczeniu owrzodzeń żołądkowo-dwunastniczych do gastropyloroktomji, aniżeli do gastroenterostomji (Lardennois, Hortolomei, Lewissohn, Del Valle i Copello, Delore). Zresztą najnowsze statystyki wykazują śmiertelność nie wyższą od 6% dla tego zabiegu, a więc nieznacznie wyższą, niż przy gastroenterostomji.

Autorzy przytaczają dwa typowe przypadki wrzodu małej krzywizny, w których dokonano gastroenterostomji. Po kilku miesiącach chorzy powrócili z temi samymi objawami — dopiero powtórna laparatomja z gastrektomją dała zupełne wyleczenie. W ciągu ostatnich kilku lat autorzy zebrali 23 podobnych przypadków, w tem było 22 z zupełnem powrotem do zdrowia.

Następnie autorzy zwracają uwagę na fakt, że gastroenterostomja nie chroni chorych od naotępczych komplikacji — krwawień, perforacji, a szczególnie od degeneracji złośliwej wrzodu. Podczas interwencji chirurg niezawsze jest w stanie rozstrzygnąć, czy ma do czynienia z owrzodziałym małym nowotworem czy też z banalnym wrzodem. Powyższe przesłanki autorzy popierają szeregiem własnych przypadków,

Gastroenterostomja w przypadkach owrzodzeń dwunastnicy daje dobre rezultaty w 70%. W ostatnich latach mnożą się jednak przypadki (autorzy również przytaczają) komplikacji, spowodowanych niewyciętym wrzodem dwunastnicy. Do najczęstszych komplikacji należą krwotoki i perforacje. Zrakowacenie w przeciwstawieniu do wrzodu żołądka jest niesłychanie rzadkie. Od tych komplikacji chroni jedynie całkowita ekzerza owrzodzenia, którą autorzy zalecają we wszystkich przypadkach, w których ona jest technicznie wykonalna (brak zrostów i t. p.).

H. Szpidbaum.

K. HITZENBERGER i D. MERKLER. O losie przyjętych na I klinikę wewnętrzną chorych z rakiem żołądka. (Wien. kl. Woch. 20 I 1931.)

Tylko 2% chorych z rakiem, przyjętych na klinikę wewnętrzną, mogło być we właściwym czasie operowane. Każdy przypadek raka żołądka, nie przedstawiający pewnych nieoperacyjnych przerzutów, powinien być przekazany chirurgowi.

A. Neumann (Vöslau).

L. POPPER. W sprawie leczenia marskości wątroby. (Wien. kl. Woch. № 9 I 1931.)

Necvuril w kombinacji z podawaniem chlorku amonowego działa znakomicie przeciw zatrzymywaniu wody w marskości wątroby.

A. Neumann (Vöslau).

Newton MOTTA. Działanie perystaltyny „Ciba” w przypadku uporczywego zaparcia stolca. (Sao Paulo Medico, 1930. Nr. 5.)

W 5 oddziale Szpitala Śgo Franciszka z Asyżu w Rio

de Janeiro z doskonałym wynikiem wyleczono godny uwagi przypadek zwiótnienia jelit z pomocą Peristaltyny.

12 lipca 1830 przyjęto do szpitala Sgo Franciszka z Asyżu w Rio de Janeiro mężczyznę 28-letniego z powodu uporczywego zaparcia stolca. Od 6—7 dni nie było wypróżnienia, powstała przetoka odbytnicy. Brzuch ogromnie wzdęty, pępek silnie napięty, przyczem daje się wyczuwać mnóstwo miejsc twardych odpowiadających pętlom jelita. Objawy chęłbotania, odgłos bębenkowy przy opukiwaniu, mniej wyraźny z boku. W okolicy krocza 3 przetoki, z których dwie łączą się z odbytnicą a jedna kończy się w formie worka. Stosowano środki przeczyszczające dla usunięcia zaparcia 1 Sierpnia leki przeczyszczające i enemy pozostają bez żadnego skutku, wskutek czego 2 sierpnia wstrzyknięto środ. mięśniowo 1 ampulkę peristaltyny. Nazajutrz obfite wypróżnienie, znaczne zmniejszenie wzdęcia brzucha. 3 4 i 6 sierpnia powtarzano zastrzykiwania peristaltyny, poczem nareszcie chory reaguje zupełnie regularnym codziennym stolcem. Wraz z opadnięciem wzdęcia brzucha znikły dolegliwości przy oddychaniu, stan ogólny dobry. X.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ S. GUILLAIN A Th. ALAJONANINE. *Études neurologiques, Quatrième série.* (Paris 1930. pages 358 Mossan et en.

Profesorowie kliniki neurologicznej Salpêtriêre wzorem dawnych mistrzów tejże szkoły wypuszczają od r. 1922 pod tytułem, w nagłóWKu wymienionym, już 4-ty tom ciekawszych spostrzeżeń swoich demonstrowanych w Paryskim Tow. Neurol. Autorzy omawiają i obficie ilustrują szereg spraw bądź zupełnie nowych, bądź też będących dzięki swej aktualności stale en vogue, na porządku dziennym. Sztucznie dzieli swój materiał podręcznikowy na: mózg, mózdzek (cervelet bulbe, peduncles cérébraux de la protuberance) rdzeń i obwód. W rozdziale „mózg” znajdują swe omówienie sprawy tak zasadnicze, jak zespoły podwzgórkowe, apraksja ideomotoryjna, metabolizm podstawowy w mózgowiu, padaczka Jacksonowska a hiperwentylacja, odruchy pozapiramidowe w encefalopatjach dziecięcych, znaczenie kliniczne skostnień i zwapnień w mózgowiu, ostre zapalenie korzonków podstawy mózgu i zespół połowiczego parażenia nerwów czaszkowych.

W dziale „mózgowo-mostowo-opuszkowym” zainteresować może neurolog: wylew krwawy mózdzku ze swoistymi stanami spastycznymi, zanik mózdzkowy w układzie ciała zębatego i jądra czerwonego, przewlekłe i ostre porażenie opuszkowe w przebiegu *sclerosis lateralis amyotrophicae*.

Rozdział „rdzeniowy” obfituje w przypadki: ostrego i śpiączkowego stwardnienia wieloogniskowego *neuromyélite optique neurotique* bocznego stwardnienia amyotroficznego pourazowego i encefalityczno pozapiramidowego, niezwykłych guzów wewnątrz- i zewnątrzoponowych, wiađu z ruchami mimowolnymi, syringomyelią z przerostami mięśni, *paraplegiae spasticae familiaris heredosyphiliticae et genuinae*.

Jeśli się doda, że w dziale ogólnym autorzy interpretują semiologię odruchów (*reflexe médiopubien*) a w dziale szczegółowym szereg obserwacji o symptomokompleksie wczesnych i późnych faz nagminnego zapalenia śpiączkowego, to zrozumimy, jak obficie reprezentowany jest poważny materiał dyskusyjny w tem chlubnie od dziesięciolecia w neuropatologii francuskiej znanem wydawnictwie, godnem prastarej tradycji neurologów dawnych szkoły Salpêtriêre, mistrzów Trousseau i Charcota.

Higier.

J. A. BRODSKI. W sprawie roli gruczołów przytarczycznych w patogeniezie padaczki samoistnej. (Wien. kl. Woch. Nr. 22/1931).

Alzheimer wykazał, że w mózgu chorych na padaczkę, istnieją zmiany anatomiczne. Redlich przypisuje im czynnościowo padaczkową, Frisch drgawkową zdolność reagowania. Jako przyczynę, wywołującą napad, przyjmuje się wewnątrzustrojowe endotoksyczne bodźce, głównie o charakterze wewnątrz-wydzielniczym. Przypisywano dotąd rozmaitym gruczołom dokrewnym wpływ na wywołanie napadu. Autor uważa ciała przytarczyczne za najważniejsze i wykazuje to na kilku przypadkach, w których dzięki wszczępieniu gruczołów przytarczycznych osiągnięto długotrwałą poprawę.

A Neumann (Vöslau) [H. L.]

HOLTZ. Zapalenie opon mózgowych w parotitis epidemica (Drn. W N 13 1931).

Powikłania w przebiegu *parotitis epidemica* mogą być b. różnorodne i o różnym stopniu nasilenia.

Jako najbardziej niepożądane komplikacje wymienić należy zapalenie opon mózgowych, które jednak ma często przebieg łagodny. Spotyka się przeważnie u młodszych dzieci o obrazie klinicznym niezmiernie różnorodnym, — czasem o b. skąpych objawach. W przytoczonym przypadku stwierdzono ropne zapalenie opon mózgowych z jednoczesną świnką. Przebieg sprawy chorobowej był o tyle nietypowy, że brakło podniesienia temperatury ciała prawie zupełnie, wymiotów oraz zwolnienia tętna. Na plan pierwszy wybijały się: szybka utrata mowy, senność i utrata przytomności. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono początkowo polinukleozę, która przeszła w limfocytozę do 60%.

St. Luxemburg

St. MOLNAR i St. WEBER. O zaburzeniach w regulacji cieplnej w schorzeniach międzymózgowia (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z. 1—2).

Autorzy umieszczali chorych, u których przypuszczali uszkodzenia międzymózgowia (*diabetes insipidus, acromegalia*, guzy przysadki, choroba Simmondsa, wodogłowie wewnętrzne, stany po zapaleniach mózgu), w kąpeli elektrycznej na przeciąg półgodziny podnosząc temperaturę stopniowo od 40°C. do 60°C. Ciepłota chorych, mierzona w odbytnicy, podnosiła się w czasie kąpeli w $\frac{2}{3}$ przypadków o 0,62—16°C., podczas gdy podniesienie się ciepłoty u zdrowych w tych samych warunkach nie przekraczało 0,5°C. Pozatem w przypadkach tych pocenie się, mające tak doniosłe znaczenie dla regulacji cieplnej, było mniej obfite a w 3 brakło go zupełnie,

Schorzenia więc międzymózgowia, względnie jego sąsiedztwa prowadzą do zaburzeń regulacji cieplnej, dających się wykryć doświadczalnie. Regulacja cieplna takich chorych zbliża się więc do regulacji zwierząt zimnokrwistych ciepłozmiennych (poikilotermicznych). W przypadkach autorów udało się im wykryć i inne objawy, wskazujące na schorzenie międzymózgowia, a więc: poliurją, zwolnioną krzywą glikemiczną, odkładanie się tłuszczu typu przysadkowego i chorobowe zmiany przemiany podstawowej.

Henryk J. Landau

Wskazówki praktyczne

W leczeniu marskości wątroby dla usunięcia puchliny wodnej poleca G. Spengler kombinację: *Gelamon-Novarit*. Novarit jest to przetwór rtęciowy, podobny do Salirganu i Novasurołu, przewyższający je jednak pod względem działania moczopędnego i mniej szkodliwy. Gelamon są to pastylki, zawierające 0,4 chlorku ammonu w żelatynie. Kombinacja ta wybitnie wzmacnia diurezę. Stosuje się: przez 3 dni zrzędu 3 razy dziennie po 2 pastylki Gelamonu + 1 ctm³ Novaritu, po pauzie 1—3 dniowej powtórzenie poprzedniej kolejki (M. m. W. 1931. № 8).

— o —

Lavrence zwraca uwagę na konieczność obfitego dowozu płynów obok leczenia insuliną w ciężkich przypadkach śpiączki cukrzyczej, aby zapobiec wysuszeniu organizmu, wyrażającemu się fałdowaniem skóry, drobnym, wolnym tętnem i małą ilością moczu, względnie bezmoczem. Wysuszenie to powoduje niedomogę krążenia, prowadzącą do śmierci. (Brit. med. J. 1930. № 3614).

— o —

Külbs podaje następujące wskazania do stosowania

kąpiele kwasowęglowych. 1) Niedomoga serca z ograniczeniem do niedomogi ostrej, przewlekłej, w której nie dało się osiągnąć dostatecznego wyrównania za pomocą naparstnicy, spokoju i t. d., oraz do nefrosklerozy i nadciśnienia. 2) Wady zastawkowe (z wyjątkiem ostrych). 3) Miażdżycza tętnic (o ile ciśnienie krwi nie jest zbyt wysokie, i można spodziewać się poprawy ogólnej). 4) Schorzenia gośćcowo-dnawe. 5) W warunkach odpowiednich nerwice naczyniowe i sercowe, okresowe kołatanie serca i stany podobne.—Na pytanie, czy człowiek 50—60-letni może z pożytkiem stosować zapobiegawczo kąpiele kwasowęglowe, odpowiada K. twierdząco. (D. m. W. 1931. № 19).

— o —

K. Sandström daje *środek kontrastowy cholecystografii doustnej* nie naraz lub w ciągu jednego wieczora, lecz w mniejszych dawkach w ciągu 2-ch dni przed badaniem rentgenowskim. W ten sposób osiąga się działanie kumulacyjne pod względem kontrastowego wypełnienia pęcherzyka żółciowego, co wpływa dodatnio na ostrość zdjęcia. (Acta radiol. XII. Tom I. № 65).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 10 marca 1931 roku.

Obecnych członków Towarzystwa — 41.

Wprowadzonych gości — 48.

Początek o godzinie 8-mej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 3 marca 1931 r. przyjęto.

2. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

3. Kol. Trojanowski A. przedstawia „Przypadek sekcyjny śródściennego krwiaka tętnicy głównej z przebiegiem do worka osierdziowego” (streszczenie własne).

Przypadek dotyczył kobiety lat 53, u której klinicznie rozpoznawano prawostronne porażenie połowicze wskutek wylewu krwi do mózgu, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego i miażdżycę. (Szpit. Dz. Jez. Nr. Ks. Gł. 2616/31 r.).

W ciągu 7 miesięcznego pobytu w szpitalu stan chorej znacznie się poprawił, stale jednak obserwowano wysokie ciśnienie krwi (180 mm. Hg). Śmierć wystąpiła niespodzianie i nagle.

Sekcja wykonana zastała w Zakł. Anat. Pat. U. W. (L. p. 132/31.). Rozpoznawano: 1) wylew krwi do worka osierdziowego wskutek pęknięcia do niego krwiaka śródściennego tętnicy głównej, który powstał przez pęknięcie jej części nadzastawkowej, 2) miażdżycę ogólną naczyń, przedewszystkiem jednak w silnym stopniu naczyń obwodowych oraz naczyń wszystkich narządów, 3) znaczny przerost dośrodkowy mięśnia komory lewej (2 cm.), 4) stare ognisko krwotoczne w lewym wzgórku wzrokowym oraz 3 ogniska rozmiękania żółtego w okolicy prawego jądra soczewkowego.

Tętnica główna posiadała w błonie wewnętrznej nieliczne płaskie, żółtawe tarczki, w ścianie tętnicy, 1 cm. ponad przedniemi płatami zastawki, znajdowało się poprzeczne, zygzakowate pęknięcie długości 3 cm. Pęknięcie to dotyczyło błony wewnętrznej i środkowej i prowadziło do jamy powstałej przez rozdzielenie od siebie błon zewnętrznej i środkowej.

Rozdzielenie to zajmowało część wstępującą, łuk i początek części zstępującej tętnicy głównej, i w miejscu tem utworzył się krwiak śródścienny. W miejscu, odpowiadającym opuszczeniu tętnicy głównej znajdowało się małe (1 cm.) pęknięcie błony zewnętrznej tętnicy i okrywającego ją listka nasierdziowego, dzięki czemu istniała komunikacja między krwiakiem a jamą worka osierdziowego.

Pęknięcie ściany tętnicy głównej tłamać trzeba wysokim ciśnieniem krwi w następstwie daleko posuniętej miażdżycy obwodowej i znacznego przerostu mięśnia komory lewej, co przy małych, stosunkowo, zmianach w tętnicy głównej doprowadziło do częściowego przerwania jej ściany i wytworzenia krwiaka śródściennego.

Bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego była tamponada serca wskutek wtórnego przebiecia się krwiaka do worka osierdziowego i krwotoku do niego. Przypadek zasługuje na uwagę dzięki typowemu obrazowi anatomiczno-patologicznemu.

Dyskusja. Kol. Orłowski zapytuje, czy w przedstawionym przypadku były zmiany w nerkach. Obecnie bowiem klinicyści stoją na stanowisku, że miażdżycza bardzo często przebiega z ciśnieniem krwi prawidłowym, a nawet niższym, niż normalnie. Jeżeli zatem ciśnienie było wysokie, to winny być zmiany w nerkach.

Kol. Trojanowski podaje w odpowiedzi, iż w nerkach, poza miażdżyczą naczyń, innych zmian nie stwierdzono.

4. Kol. Leśniowski St. przedstawia „Przypadek padaczki Jacksonowskiej, operowany z pomyślnym wynikiem” (streszczenie własne).

Chory 29 letni przebywał w dzieciństwie tylko różę i opienie z prawego ucha. Do końca 3-go roku życia cierpiał na „konwulsje”. W 16 roku życia zjawily napady zdrtwienia i kurczow tonicznych w miesniach konczyny górnej prawej i szyji, w 5 lat później wystąpił pierwszy napad drgawkowy z utratą świadomości. W chwili przybycia po raz pierwszy do Kliniki Neurologicznej napady powtarzały się 3—4 razy tygodniowo, nosząc raz charakter korowy, to znów ogólny. Badanie 11 października 1928 wykazało: cała prawie połowa ciała jest nieco słabiej rozwinięta od lewej, co najsilniej wyraża się w zakresie kończyn górnych. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz i krew morfologicznie prawidłowa, również i płyn m.-rdz. z wyjątkiem słabo dodatniego odczynu N:A. prawidłowy, B;W. ujemny. Prawy dolny twarzowy nieco słabszy, lekki niedowład prawostronnych łuków podniebiennych, zbaczanie na prawo języka. Kończyna g. pr., oprócz wyszczuplenia i trwałego uniesienia barku ku górze, wykazuje globalne zmniejszenie siły mięśniowej oraz żywsze odruchy ś.-o. Na kończynach dolnych tylko odruchy kol. i Achil. są żywsze po prawej. Rentgenogramy czaszki wykazują dwa niewielkie ogniska zwapnienia w obrębie lewej kości ciemieniowej, encefalogramy nieznaczne powiększenie komory lewej.

Mimo rozlicznych metod leczenia zachowawczego (luminal, brom, odma, naświetlanie rentgenowskie) napady pow-

tarzały się coraz częściej (3—7 na dobę), oraz niedowład kończyny g. pr. znacznie nasilił się. Napady poczyniły się od uczucia niby prądu elektrycznego, przebiegającego od ramienia ku palcom kończyny g. pr., poczem następuje skurcz toniczny tejże kończyny i zwrot głowy w prawo. Często napad na tem się kończy, w przeciwnym razie dochodzi do drgawek ogólnych toniczno-klonicznych i utraty świadomości. Ponieważ dane kliniczne i rentgenowskie oraz charakter napadów wskazywały na zraz ciemieniowy lewy, przeto poddaliśmy chorego zabiegowi wyłuszczenia ogniska bliznowatego. Zabiegu dokonał św. pam. prof. Sawicki dnia 31. XII. r. ub., przyczem usunął bliznę ze zwapnieniem, rozległą aż po tkankę zdrową. Na 3 noc po operacji chory dostał serji napadów, które ustąpiły po wydobyciu zebranej krwi z głębi rany, i od tej pory nie powtarzały się, również niedowład kończyny g. pr. cofa się bez leczenia. Badanie mikroskopowe wyciętych kawałków wykazuje, że blizna składa się z tkanki łącznej włóknistej, przeważnie zwyrodniałej szklisto-koloidowo, i zawiera masy kaszowate, dające swoiste odczyny na wapno. Blizna ta otoczona jest warstwą odczynowego bujania gleju, zresztą budowa kory mózgowej większych zmian nie wykazuje.

W omówieniu L. podnosi, że nie sposób przewidzieć, jaki będzie definitywny wynik leczniczy wobec krótkotrwałości obserwacji. Istnieje jednak możliwość, że po krótszym lub dłuższym czasie powstanie nowa blizna na miejscu usuniętej, co, wobec istniejącej u chorego skłonności do napadów drgawkowych, grozi nowymi napadami. W każdym razie sukces leczenia jest oczywisty, choć ten miałby w czasie być ograniczony. Poprawę niedowładu należy odnieść do zniesienia pociągającego działania blizny.

S. Kol. Elektorowicz A. pokazuje i omawia „Rentgenogramy przypadków opadnięcia wątroby” (str. szczeniec własne).

Prelegent, przedstawiając 4 przypadki opuszczenia wątroby, omawia stosunki anatomiczne, dotyczące się umocowania wątroby. Węzadła, utrzymujące wątrobę w jej prawidłowym położeniu, nie są właściwymi więzadłami, ale tylko zdwojeniami otrzewny. Poza tem tylna powierzchnia prawego płatu wątroby połączona jest luźną tkanką z tylną powierzchnią przepony. Dużą rolę w utrzymaniu wątroby w prawidłowym położeniu odgrywa ciśnienie trzewa na dolną jej powierzchnię, wskutek ciśnienia powłok brzusznych. Przy zmniejszeniu siły tłoczni brzusznej, unoszącej wątrobę ku górze, np. wskutek nagłego wychudnięcia, oraz wskutek pociągania wątroby ku dołowi przez żołądek, jak np. przy znacznym rozszerzeniu żołądka i zaleganiu w nim treści, wątroba opada, odsuwając się od przepony i skręcając się na jej miejsce zaś przesuwają się części wstępująca i początkowy odcinek poprzeczny. W przypadkach tych znajdujemy zwykle wydłużenie jelita grubego oraz kreski, ułatwiające przesuwaniu się jelita ku górze i pod przeponę.

W dwu przedstawionych przypadkach opadnięcia wątroby rozpoznano raka części odźwiernikowej ze zwężeniem odźwiernika i znacznym zaleganiem treści w żołądku. W trzecim przypadku badanie rentgenologiczne wykazało wrzód 'drażący w środkowej części żołądka oraz zwężenie odźwiernika. Znaczone rozszerzenie żołądka. Zastój treści kontrastowej do 36-ciu godzin.

Czwarty przypadek dotyczy człowieka młodego, dobrze odżywianego, bez zmian w przewodzie pokarmowym. Wytlumaczenie opadnięcia wątroby w przypadku tym znaleźć możemy, przyjmując wrodzony niedorozwój więzadeł, utrzymujących wątrobę. (Pokaz rentgenogramów).

Dyskusja. Kol. Sabat (streszczenie własne).

Kol. Sabat sądzi, że postać chorobową, której dotyczą rentgenogramy, pokazane przez kol. Elektorowicza, należałoby określić raczej mianem wątroba wędrująca (*hepar migrans*). W przypadkach tych wątroba przemieszcza się od czasu do czasu nadół i równocześnie na lewo, tracąc przejściowo na mniejszej lub większej przestrzeni swój kontakt z przeponą, przyczem między nią a przeponą wpukla się okrężnica. Pojęcie wątroby opadniętej (*hepatoptosis*) jest ogólniejsze i w zakres jego wchodzić oprócz wątroby wędrującej, postać stałego opadnięcia wątroby, nie zmieniającej swego położenia względem narządów jamy brzusznej i nie tracącej prawidłowego kontaktu z przeponą, która w przypadkach tych znajduje się nieprawidłowo nisko. Jest to opadnięcie wątroby przy ogólnym opadnięciu trzewa u osobników z t. zw. *habitus enteroptoticus*. Znacznie rzadziej od tej postaci opadnięcia wątroby spotyka się wątrobę wędrującą. Mówca w r. 1914 wespół z kol. Zdzisławem Szczepańskim referował w Lwowskim Towarzystwie Lekarskim i na Zjeździe rentgeno-

logów w Berlinie o 9 przypadkach wątroby wędrującej, wprowadzając nazwę *interpositio coli hepatodiaphragmatica intermittens*; zwrócił tam uwagę na typowy zespół objawów chorobowych przy dłuższej utrzymującej się wątrobie wędrującej i pojął własną koncepcję patogenetyczną tego obrazu chorobowego. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzał wespół z kol. Szczepańskim nieprawidłowo długą i ruchomą okrężnicę, ulegającą znacznym przemieszczeniom, co przemawiało za nieprawidłową długością jej krezki, zwłaszcza wstępny i poprzeczny. Mówca sądzi, że w przypadkach tych częściowo utrzymywała się również krezka wątroby, która normalnie zanika w rozwoju embrjologicznym. W prawie wszystkich przypadkach wątroby wędrującej spostrzeganych przez mówcę, jak również w przypadkach, opisanych w piśmiennictwie, stwierdzano objawy wrzodu odźwiernika. Mówca sądzi, że łączność ta wrzodu żołądka z wątrobą wędrującą nie jest przypadkowa, i przypuszcza, że często wskutek przemieszczania się wątroby występuje zaginanie i skręt sieci mniejszej, zwłaszcza więzadła wątrobowo-dwunastniczego wraz z przebiegającymi w niej naczyniami, wpływając niekorzystnie na ukrwienie żołądka i stwarzając przez to warunki sprzyjające powstaniu wrzodu.

Mówca pokazuje rentgenogramy 6 przypadków wątroby wędrującej z wpukleniem silnie gazami rozdmętej okrężnicy między przeponą a wątrobą i rentgenogram przypadku ropnia gazowego podprzeponowego, przyczem wskazuje na wielkie podobieństwo obrazów i na różniczkowe objawy rentgenologiczne obu tych stanów chorobowych.

Kol. Sławiński podaje, że w czasie zabiegów na pęcherzyku żółciowym zwykle stwierdza się rozmaite ruchomości wątroby. Niekiedy daje się ona nie tylko podnosić do góry lub opuszczać nadół, lecz także i skręcać. W omawianych przypadkach opadnięcia chodzi raczej o skręcenie. Nieodzownym warunkiem tego jest znaczna długość więzadeł wątrobowych, krezki okrężnicy i esicy.

Kol. Czarkowski podkreśla znaczenie opadnięcia ze stanowiska chirurgji praktycznej. Przypadki te dają się leczyć tylko operacyjnie. Żadne pasy, nawet z pelotą powietrzną, nie pomagają.

Metody operacyjne sprowadzają się w zasadzie do dwóch: a) skręcenie więzów i b) podtrzymanie wątroby. Ostatni sposób polega na zagięciu powięzi wraz z otrzewną pod brzeg wątroby i przyszyciu ich doń szwem materacowym. [Dwa przypadki, operowane w ten sposób, dały dobre wyniki.

Kol. Dębicki spostrzegał często opadanie wątroby na stole operacyjnym, głównie u kobiet wyniszczonych ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego.

Kol. Loth zwraca uwagę na niskie ustawienie przepony i znaczne rozchylenie kąta żebrowo-przeponowego. W jednym z tych przypadków na rentgenogramach, przedstawianych przez kol. Sabat, prawdopodobnie była wątroba z bruzdą od sznurówki.

Kol. Kryński omawia sposób umocowania wątroby w jamie brzusznej. Przyczyny opadnięcia są złożone. Główne znaczenie ma rozciągnięcie i nadmierna długość więzadeł wienicowych. Leczymy te przypadki skróceniem przez fałdowanie tych więzadeł. Ma to jednak, wobec opuszczenia przepony małe znaczenie. Mechanizm podtrzymania wątroby przez powiązanie trudno jest zrozumieć.

Kol. Sabat podkreśla, że w przypadku z zapadnięciem powłok brzusznych w okolicy wątroby nie było wątroby sznurówkowej, brak jest bowiem bruzdy na wątrobie.

Kol. Elektorowicz zaznacza, że przepona nie zawsze bywa opuszczona.

W badaniach nad przyczynami opadnięcia wątroby duże znaczenie mają badania anatomopatologiczne więzadeł wątrobowych oraz stosunków i zmian chorobowych w zakresie narządów jamy brzusznej. Chirurg i rentgenolog nie mogą stwierdzić przyczyny opadnięcia. Prawdopodobnie duże znaczenie mają tu nie tylko zmiany w zakresie więzadeł wątroby, lecz także wydłużenie i szerokość krezki jelita grubego.

6. Kol. Goldman Marja i Kol. Cytronberg S. przedstawiają wyniki pracy nad wydalaniem chloru i związków azotowych przez śluzówkę jelita cienkiego w azocicy doświadczalnej. (Streszczenie własne).

Prelegenci wywoływali u psów z przetoką Thiry-Vella, — ostro przebiegającą azocicę przy pomocy podskórnych wstrzykiwań 5—8 cm³ 1%owego roztworu uranilu octowego. W ciągu trwania azocicy wydobywali sok jelitowy; określali jego ilość godzinową; ciężar właściwy, wskaźnik refraktometryczny PH, zasób zasad, stężenie chloru, mocznika i azotu pozabiałkowego. Tym samym badaniom poddawali i krew żyłą psów oraz mocz wydzielany w ciągu pierwszych paru dni po zatruciu (później

występował bezmocz zupełny). Główne wyniki ich badań są następujące.

1) Zawartość chloru w soku jelitowym jest po zatruciu zmienna, naogół nie zwiększona w porównaniu z okresem przed zatruciem. Wahanie stężenia chloru przebiega mniej więcej równoległe do wahań (Cl) w surowicy krwi, przyczem (Cl) w soku jelitowym jest niemal zawsze mniejsza, niż we krwi.

2) Stężenie mocznika w soku jelitowym wzrasta szybko i nader znacznie oraz stale aż do śmierci zwierzęcia. Ten przyrost stężenia mocznika przebiega równoległe do gwałtownie wzmagającej się azocyj krwi, przyczem ilość mocznika w soku jelitowym jest zawsze mniejsza, niż we krwi.

3) Zupełnie to samo da się powiedzieć o zawartości azotu pozabiałkowego w soku jelitowym i we krwi.

4) Powyższe badania dowodzą, że w przypadkach azocyj śluzówka jelita gra pewną rolę w sprawie wydalania nadmiernej ilości odpadków azotowych, krążących w ustroju. Nie ulega jednak wątpliwości, że rola śluzówki jelitowej jest tutaj raczej bierną, ograniczając się do znacznej jej przepuszczalności dla szybko dyfundującego mocznika i t. p. W tej mierze śluzówka jelita różni się znacznie od wątroby, co do której jeden z prelegentów (Cytronberg) wykazał już dawniej, że gra on nader ważną i czynną rolę w zwalczaniu azocyj.

5) Prelegenci zastrzegają się, że wywody powyższe dotyczą jedynie jelita cienkiego. Zagadnienie zachowania się czynności wydzielniczej jelita grubego w przebiegu azocyj wymaga badań oddzielnych.

Dyskusja. Kol. Jochweds tłumaczy brak kwasicy w przypadkach azocyj uporczywymi wymiotami; chorzy w ten sposób wydają bowiem duże ilości kwasu solnego.

Kol. Orłowski podkreśla znaczenie badań prelegentów dla Kliniki. Są one potwierdzeniem dawnych spostrzeżeń u ludzi, u których w czasie mocznicy spostrzega się nieraz biegunkę, przyczem stolce zawierają dużo mocznika. W praktyce już od bardzo dawna zwracamy uwagę na przewód pokarmowy, stosując środki rozwalniające. (Streszczenie własne).

7. Kol. Karwacki L. wygłosił odczyt „O postaci ziarnistej jadu gruźliczego”. Część I. (Streszczenie własne).

W rysie historycznym poszukiwań nad wielopostaciowością zarazka gruźlicy Karwacki stwierdza, że otrzymał pierwsze hodowle ziarniste zarazka w latach 1905 i 1906. W roku 1910 zgłosił na konkurs pracę o ziarnikach i prątkach cyanofilowych, pochodnych prątka kwasoodpornego Kocha.

Do chwili obecnej widział przekształcenie się 43 hodowli gruźliczych w ziarna. Najpodatniejszym podłożem okazał się buljon glicerynowy.

Dyskusja. Kol. Orłowski radzi zastąpić nazwę „drzazgi” (niemieckie Splitterung) pojęciem „odłamki”. Pożądane jest udostępnienie wyniku badań prelegenta literaturze oświatowej. (Streszczenie własne).

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 40.

Zastępca Sekretarza Dorocznego
Karol Chodkowski.

Prezes:
Witold Orłowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W grudniu na posiedz. wiedeńskiego tow. rentgenologów Reich demonstrował przypadek t. zw. „*thoracie stomach*”.

Chora 54-letnia od 20 lat ma dolegliwości żołądkowe po każdym jedzeniu, niekiedy nawet długotrwałe bóle. Przy prześwietleniu stwierdzono, że niezwykle krótki przełyk kończy się ponad przeponą i przechodzi w żołądek, położony w tylnym śródpiersiu. Otwór przełykowy przepony ściska okrężnie żołądek, w której pozatem widać małą niszę owrzodzeniową w okolicy małej krzywizny. W przypadku tym ma się więc do czynienia z wrodzoną rupturą przeponową. Na uwagę zasługuje tu położenie żołądka poza sercem. Niezwykle warunki miejscowe powodują utrudnione napętnianie i opróżnianie żołądka. (W. m. W. № 18).

W kwietniu na posiedz. wiedeńsk. tow. lekarskiego (W. m. W. № 19) demonstrowali Urbach i Wethe cztery przypadki *cierpienia alergicznego śluzówki i skóry* pod wpływem stykania się z mąką i olejkami eterycznymi. W pierwszym przypadku szło o 42-letniego piekarza, cierpiącego od 7 lat na napady kichania i wypływu z nosa po zetknięciu się z mąką żytnią i pszeną. Wielokrotne operacje w nosie pozostawały bez efektu. Aplikowanie mąki na śluzówkę nosa dawało zwykły dla chorego zespół alergiczny. Odczynu skórniego nie otrzymywano z temi substancjami. Wobec tego przystąpiono do odczulania przez zastrzykiwanie wyciągu z mąki żytniej 2–3 razy tygodniowo do śluzówki nosa. Po 4-ech tygodniach pacjent pozbył się swych dolegliwości. — W drugim przypadku u chorej 55-letniej po płukaniu odwarem szalwii występowało zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki jamy ustnej i gardzieli. Okazało się, że czynnikiem wywołującym był olejek eteryczny, zawarty w szalwii. — U dwojga innych chorych występowały objawy alergiczne na śluzówce, bądź na skórze twarzy pod wpływem manipulowania z cytrynami. U chorej powodem alergii był olejek eteryczny, zawarty w skórze cytrynowej, u chorego sam sok cytrynowy.

O d c i n e k

Rys rozwoju chirurgji.

Podał

Doc. Dr. Jerzy RUTKOWSKI. (Warszawa)

(Dokończenie p. — Nr. 25)

IV.

Wiemy, jakie znaczenie dla rozwoju ducha ludzkiego i postępu miała epoka Odrodzenia. Przedewszystkiem ludzkość zerwała z siebie jarzmo ślepej wiary w autorytet. Wiedzę zaczęto czerpać u źródła, czytając w oryginale dzieła starożytnych autorów (powrót do klasycyzmu) i studjując bezpośrednio przyrodę i człowieka. Umysł, wyzwolony z mistycyzmu i mroków średniowiecza, stał się krytyczny i ufny w siebie. Człowiek zainteresował się sobą i zaczął siebie studjować (humanizm). W ten sposób powstał niebywały rozkwit wszelkich nauk, w tym rzędzie nauk ścisłych przyrodniczych, podstawy medycyny. Zaczęto studjować dzieła autorów starożytnych w oryginale, a nie w skażonej postaci komentatorów i tłumaczy średniowiecza. Zaczęto poddawać krytyce i sprawdzać to, czego oni nauczali.

Z pomocą przyszły tu rozpoczynające się gruntowne studja anatomiczne na zwłokach. Jakkolwiek badania pośmiertne (krajanie zwłok) były jeszcze w w. XVI wzbronione, jednak zapal i umiłowanie ścisłej wiedzy opartej na bezpośrednim spostrzeganiu i doświadczeniu przewycięzały wszelkie przeszkody. Studja te były robione bądź potajemnie na zwłokach ludzkich, bądź na zwierzętach. Do tych fanatyków wiedzy należy anatom i chirurg belgijski Andreas Vesalius (1514 — 1564) lekarz nadworny Karola V-go i Filipa II-go, który, będąc jeszcze dzieckiem, kupował wnętrzności u rzeźników, rozczłonkowywał je i badał, a w wieku starszym odbierał od psów bezdomnych części ciała skazańców, pochodzące z szubienic i kostnic.

Mając lat 18, A. Vesalius znał anatomję doskonale, jak nikt drugi na świecie, i nauczał jej, podważając autorytet i wykrywając błędy Galena, dotychczas bezapelacyjnego autorytetu przez długi okres średniowiecza. A. Vesalius pozostawił po sobie dwie główne prace: „*De corporis humani fabrica*” (1543) i „*Chirurgia magna*”, dzieło mające wielkie znaczenie dla współczesnych.

Gorącym wyznawcą A. Vesaliusa był współczesny mu chirurg francuski Ambroise Paré (1517—1590).

Paré był przede wszystkim praktykiem, i jego rady, dawane przy leczeniu złamań, zaćmy, przepuklin, ran wojennych, dla wykonywania odjęcia kończyn, miały dużą wartość na owe czasy, tembardziej, że były pisane w języku francuskim, dostępnym dla ogółu, a nie po łacinie. Paré zaniechał przypalania ran, wprowadzonego przez de Vigo. Był on wynalazcą narzędzi do chwytania naczyń krwionośnych przed nałożeniem na nie podwiązki. Narzędzie to nazywano „bec de corbeau” (dziób kruka).

Z wybitnych chirurgów XVI w. należy jeszcze wymienić dziwaka filozofa szwajcara Paracelsa (Philippus Aureolus Theophrastus von Hohenheim, zwany Bombastus, (ur. 1493 — um. 1541 r.), który zwalczał Galena i był zwolennikiem powrotu do natury, — szwajcara z Zurichu Feliksa Wirtza (1514 — 1575), który zalecał delikatne obchodzenie się z ranami (przeciwnik przypalania, stosowania środków drażniących, dotykania palcami, częstych upustów krwi i amputacji), włoska Tagliacozzo z Bolonji (1546 — 1599), słynnego twórcę t. zw. metody włoskiej, operacji wytwórczej nosa (*De curtorum chirurgia per insitionem*), dotychczas nieraz w odpowiednich przypadkach stosowanej.

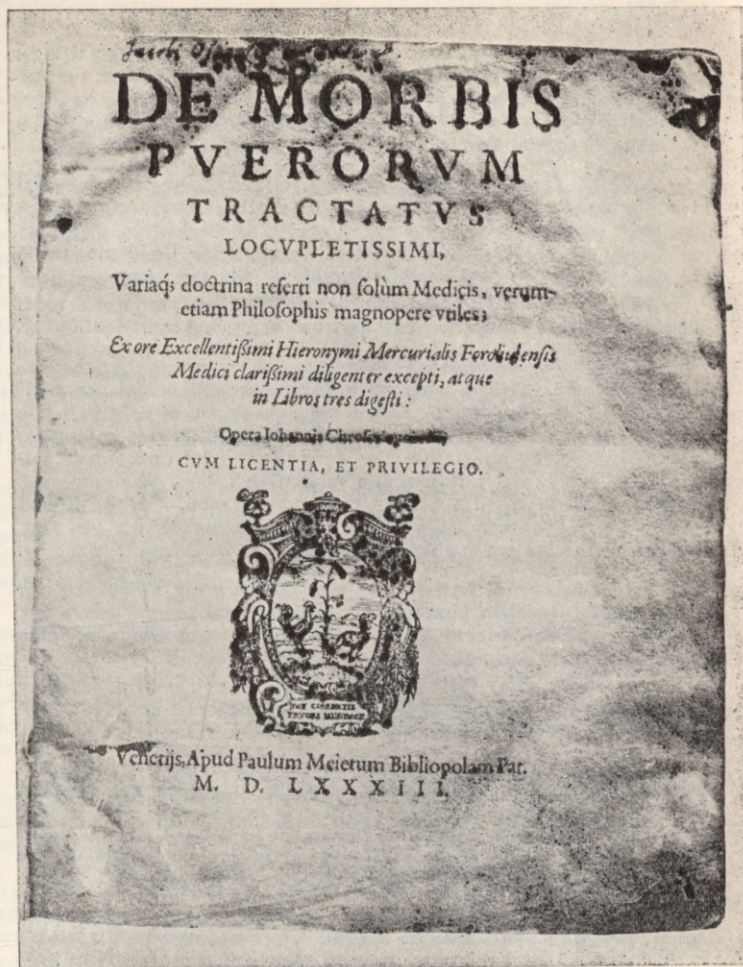


Ryc. 11.

T. zw. włoska plastyka nosa. Opatrunek (Tagliacozzo 1597).

Polska miała wybitnych lekarzy w owym czasie (Józef Struś zm. w 1510 r., Wojciech Oczko ur. 1545 zm. 1608, Sebastian Petrycy), ale nie zajmujących się chirurgią, która była w pogardzie i całkowicie oddana w ręce rozmaitych nieuków i szarlatanów (przeważnie cudzoziemców).

Wiek XVII, pomimo postępów anatomii i fizjologii zaznaczył się reakcją i powrotem do dawnych błędów i przesądów. William Harvey (1578—1657) fizjolog angielski, który udowodnił krążenie krwi i wygłosił zasadnicze twierdzenie biologii: *omne vivum ex ovo* (wszelka żywa istota może powstać tylko z jaja), był przez współczesnych mu niezrozumiany i wyszydzony (ponieważ wystąpił przeciwko autorytetowi Galena). Walka pomiędzy lekarzami—chirurgami i cyrulikami trwała nadal. Udoskonalono nieco operacje na drogach moczowych, akuszerja posunęła się naprzód, wynaleziono nowe narzędzia.



Ryc. 12

Ze zbiorów Biblioteki Jagiellońskiej Wedł.
L. Zembrzuskiego.



Ryc. 13.

Przetaczanie krwi (rycina z XVII w., według Meyer-Steineg i Sudhoff).

Wiek XVIII, wiek Oświecenia, w przeciwieństwie do poprzedniego, zaznaczył się dużym postępem w dziedzinie chirurgii. Parę szczęśliwie dokonanych operacji na moźnych tego świata (przetoka odbytowa Ludwika XIV operowana przez Felixa Tassy 21.XI 1687 r.) zaskarbiła uznanie i łaskę dla chirurgów. Zostały utworzone specjalne katedry chirurgiczne (5 w kolegium Saint-Côme). Lekarze przestali pogardzać obecnie już wykształconymi chirurgami. Dawni

balwierze—cyrulicy zostali nazawsze odseperowani od prawdziwych chirurgów.



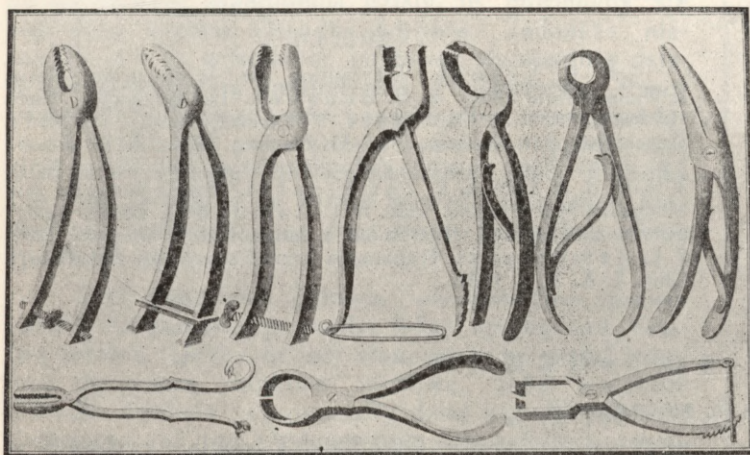
Ryc. 14.

Operacja usunięcia z pęcherza kamienia moczowego (podręcznik chirurgji Lorenza Meistera „Institutiones chirurgicae” z r. 1718).

W r. 1731 w Paryżu została utworzona Akademia Chirurgiczna, ośrodek postępu chirurgji naukowej, która odtąd, oparta na podstawach trwałych i racjonalnych, ciesząca się poparciem ludzi możnych i wykształconych, rozwija się i doskonali.

W owym czasie żyli i działali twórcy nowych metod operacyjnych, tacy chirurgdzy jak J.-L. Petit, Desault, Chopart, Pott, Hunter, Scarpa.

Polska w tym okresie dotrzymywała kroku Zachodowi Europy. W r. 1779 w Krakowie na Uniwer-



Ryc. 15.

Kleszcze kostne. Z rękopisu podręcznika chirurgji R. J. Czerwiakowskiego (r. 1816). W zbiorach Bibl. Jagiellońskiej.

Wedł. L. Zembrzuskiego,

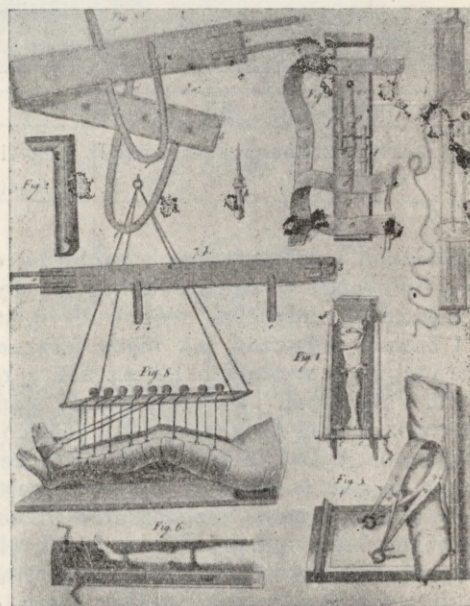


Ryc. 16.

Nastawianie zwichnięć i złamań. Z rękopisu podręcznika chirurgji R. J. Czerwiakowskiego (r. 1816). W zbiorach Bibl. Jagiellońskiej.

Wedł. L. Zembrzuskiego.

sytecie Jagiellońskim powstaje katedra chirurgji, powierzona wybitnemu chirurgowi polskiemu Rafałowi Józefowi Czerwiakowskiemu (1743 — 1816), autorowi podręcznika chirurgji. Ludwik Perzyna (1742—1812) napisał specjalny podręcznik dla „cyrulików, ażeby ich oświecić.



Ryc. 17.

Przyrządy do leczenia złamań. Z dzieła E. Nowickiego r. 1833.

Wedł. L. Zembrzuskiego.

Pierwsza połowa wieku XIX-go przyniosła wspaniały rozwój techniki operacyjnej (Dupuytren, Velpeau, Roux, Boyer, Chassaignac, Nélaton, Larrey, Lilston, Kocher, Langenbeck, Billroth, Pirogow, Dybek, Nowicki, Porcyanko, Bierkowski i inni). Niestety, pomimo wielkiego wyrobienia współczesnych chirurgów, wynalezienia wielu nowych nadzwyczajnych, pomysłowych narzędzi, rozwoju anatomji patologicznej, wyniki świet-

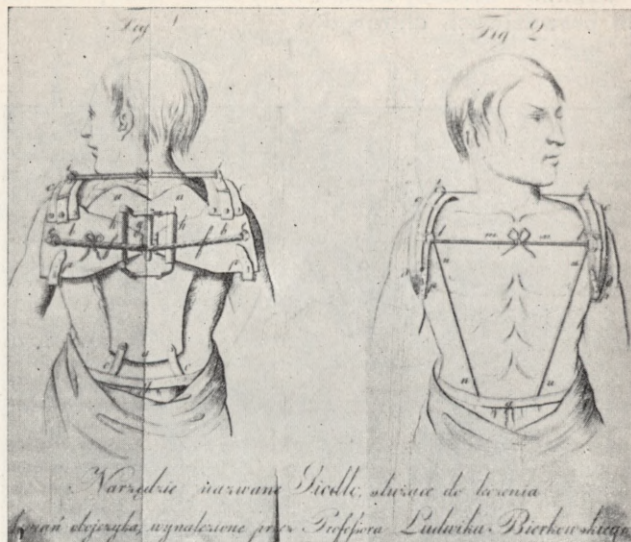


Ryc. 18.

Sposoby leczenia złamań rzepki. Z dzieła E. Nowickiego r. 1833.
Wedł. L. Zembruskiego.

nie pomyślanych i wykonywanych zabiegów operacyjnych były oplakane i często kończyły się fatalnie. Widmo zakażenia, przyczyna niepowodzeń, które unosiło się i szalało wówczas, jak nigdy jeszcze, nad salami operacyjnymi, wytrącało nieraz nóż z rąk nawet najlepszych chirurgów. Przyczyną tego stanu rzeczy była przede wszystkim nleznajomość sprawców zakażenia (drobnoustrojów), a następnie natłoczenie wielkich chorych w owych czasach, nieprzestrzeganie wymogów czystości, częste bezpośrednie przechodzenie od stołu sekcyjnego, gdzie chirurg ćwiczył się w operowaniu na zwłokach, do stołu operacyjnego, używanie tych samych narzędzi i gąbek przy operowaniu chorych ropnych, a następnie t. zw. czystych.

Położenie zdawało się być bez wyjścia. Zgorzel



Ryc. 19

T. zw. „siodło” pomysłu L. Bierkowskiego do leczenia złamań obojczyka. Rocznik Wydz. Lek. w Uniw. Krakowskim. R. 1838. Według L. Zembruskiego.

szpitalna (*gangraena nosocomialis*), specjalnie złośliwa postać zakażenia, królowała niepodzielnie na salach szpitalnych i zabierała mnóstwo ofiar. Trzeba było geniusza, nieśmiertelnego Pasteura, twórcy aseptyki, wiekopomnego wynalazku opatrunku antyseptycznego Listera i innych wielu pożytecznych odkryć, ażeby skończyły się dni żałoby dla chirurgii, — zakażenie zostało zwalczone. Odtąd dzięki wspólnemu rozwojowi bakterjologii, wynalezieniu środków usypiających i znieczulających, postępom rentgenologii i wielu innych nauk pomocniczych, oparta w swej działalności na mocnych podstawach współczesnej aseptyki, chirurgia uczyniła w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat większy postęp, niż w ciągu ubiegłych stuleci.

Uważam za miły obowiązek podziękować bardzo Panu Docentowi L. Zembruskiemu za łaskawe wypożyczenie mi klisz do rycin 1, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18 i 19 i pozwolenie wykorzystania ich w mojej pracy.

ŹRÓDŁA.

1. P. Lecène. L'évolution de la chirurgie. Paris. Flammarion. 1923.
2. H. Bouquet. La chirurgie. Paris. Hachette. 1927.
3. Th. Meyer — Steineg und Sudhoff. Geschichte der Medizin. Jena. G. Fischer. 1921.
4. L. Zembruski. Zarys rozwoju chirurgii polskiej. Pol. Przegl. Chir. T. VIII. Z. 3. 1929.
5. L. Zembruski. Dzieje leczenia ran. Medycyna Warszawska. 1930.
6. L. Zamenhof. Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach. Warszawa. 1930.
7. L. Zembruski. Trepanacja przedhistoryczna. Pol. Przegl. Chir. T. X. Z. 1. 1931.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Ośrodki Zdrowia w Polsce.

(Stan rzeczy z dnia 1 stycznia 1930 roku).

Podał

Dr. Stanisław TUBIASZ (Warszawa).

Na początku roku ubiegłego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zażądało od wojewodów zebrania da-

nych, dotyczących Ośrodków Zdrowia, czynnych w dniu 1.1.1930. Rozesłano kwestionariusze, które należało wypełnić w każdym Ośrodku Zdrowia i wypełniony arkusz przesłać Ministerstwu. W ten sposób zebrano materiał, który, aczkolwiek niezupełnie ścisły, daje nam jednak pojęcie o tem, jak wygląda praca zapobiegawcza w Ośrodkach Zdrowia zarówno pod

względem ilościowym, jak i jakościowym. Porównując te dane z danymi z lat ubiegłych, jesteśmy poza tem w stanie zbadać ogólną tendencję rozwojową tego ruchu i dokładniej go zanalizować.

Na wstępie zaznaczyć należy, że Ośrodek Zdrowia jest to instytucja samorządowa, której program maksymalny polega na prowadzeniu całokształtu akcji higieniczno - zapobiegawczej na pewnym określonym terenie. Jako program minimalny dla instytucji, zasługującej na miano Ośrodka Zdrowia, uznajemy prowadzenie pracy co najmniej w dwóch dziedzinach (np. walka z gruźlicą i z jaglicą) pod wspólnym kierownictwem i posiadanie wśród personelu choćby jednej pielęgniarki - higienistki.

Przy zbieraniu informacji o Ośrodkach Zdrowia wzięto za podstawę ten program minimalny, i okazało się, że Ośrodków Zdrowia, które odpowiadały warunkom minimalnym, względnie je przewyższały, mieliśmy w roku 1925 — 2, w 1926 — 9, w 1927 — 22, w 1928 — 140 i w roku 1929 — 151. Jak widzimy wzrost liczbowy w pierwszych latach był raptowny, a w roku 1929 w porównaniu z poprzednim liczba ogólna wzrosła już stosunkowo nieznacznie.

Grupując według województw owe wspomniane 151 Ośrodków Zdrowia, uzyskujemy obraz następujący (p. tabl. I). Najwięcej Ośrodków Zdrowia posiada województwo warszawskie — 26, potem idą woj. tarnopolskie — 22, woj. białostockie — 15, woj. kieleckie — 13, woj. krakowskie — 10. W innych województwach liczba Ośrodków Zdrowia nie osiąga 10, w m. Warszawie było 7 Ośrodków Zdrowia.

Prawie we wszystkich Ośrodkach Zdrowia, bo w 146 na ogólną liczbę 151, prowadzona była walka z gruźlicą, a w 135 — prowadzono przychodnię przeciwjagliczą. Walkę z chorobami wenerycznymi znajdujemy w 71 Ośrodkach Zdrowia, czyli mniej więcej w połowie ogólnej liczby, co się tłumaczy tem, że dział ten posiadają prawie wyłącznie Ośrodki Zdrowia w większych miastach, podczas gdy w małych miasteczkach i po wsiach choroby weneryczne nie stanowią poważniejszego zagrożenia.

Opiekę nad dzieckiem mamy w 84, a opiekę nad matką w 65 Ośrodkach Zdrowia. Właściwie ze względu na powagę zagrożenia działy te powinny się znaleźć w każdym Ośrodku Zdrowia. Jednakże niezawsze jest to wykonalne, ponieważ wymienione działy pracy podlegają kompetencji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, i w poszczególnych województwach stoi to na przeszkodzie wcieleniu opieki nad matką i dzieckiem do całokształtu prac Ośrodka Zdrowia. Działy te są przeto w wielu miejscach prowadzone oddzielnie, co oczywiście, komplikuje akcję i podraża ją.

Z 62 Ośrodków Zdrowia otrzymaliśmy sprawozdanie, że personel prowadzi także opiekę nad działwą szkolną. Liczba ta jest stanowczo za mała, i wydaje się rzeczą zupełnie możliwą, żeby wszystkie Ośrodki Zdrowia wprowadziły dział higieny szkolnej. Zwłaszcza zaś tam, gdzie istnieje specjalna organizacja do prowadzenia tej pracy, możnaby ją zespolic z działalnością Ośrodków Zdrowia. Ale nawet tam, gdzie takiej specjalnej organizacji nie ma, włączenie opieki nad szkołami do obowiązków Ośrodków Zdrowia nie powinno przedstawiać szczególnych trudności. Ze strony Ministerstwa Wyznań Religijnych

i Oświecenia Publicznego nie ma w tym kierunku żadnych przeszkód, a można przewidywać nawet pewną pomoc materialną z tego źródła.

Istnienie biura sanitarnego podano tylko w 27 Ośrodkach Zdrowia. Nie znaczy to, żeby w innych miejscowościach nie prowadzono akcji sanitarno - porządkowej. Jest ona prowadzona oddzielnie, zamiast włączyć ją do istniejącego Ośrodka Zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że jest to znów zbyt duża komplikacja w organizacji lokalnej służby zdrowia. Byłoby rzeczą nader wskazaną, żeby w roku przyszłym więcej uwagi zwrócić na włączenie tego działu do istniejących Ośrodków Zdrowia.

Inne działy, jako to: walkę z alkoholizmem, walkę z malarją, poradnie dla dzieci anormalnych, poradnie sportowe i t. p., mamy w 32 Ośrodkach.

Ogólna liczba poradni czy też działów, prowadzonych w Ośrodkach Zdrowia, w roku 1929 wyniosła 622 jednostki, co jest, jak na nasze warunki, liczbą bardzo poważną.

Ośrodków Zdrowia o programie minimalnym, t. j. prowadzących tylko 2 działy, było w roku 1929 — 31, 32 Ośrodki posiadały 3 działy, a w 88 Ośrodkach, czyli przeszło w połowie wszystkich, znajdujemy ponad 3 działy pracy. Jeżeli porównamy te liczby z odpowiednimi danymi z roku poprzedniego, t. j. 1928, wychodzi na jaw znaczna poprawa stosunków. Mianowicie, jasnym się staje, że chociaż liczba ogólna Ośrodków Zdrowia wzrosła nieznacznie, to jednak pod względem organizacyjnym przedstawiają się one o wiele lepiej, jak to widać z załączonej tabelki, która ujmuje wymienione liczby procentowo:

Odsetek Ośr. Zdr., posiadających				
R o k	2 działy	3 działy	więcej niż 3 dz.	Razem
1928	52,9	30,7	16,4	100,0
1929	20,5	21,2	58,3	100,0

Dążeniem naszym powinno być, aby w dalszym ciągu zwiększać zasięg działalności istniejących Ośrodków Zdrowia, dodając do działów już czynnych nowe.

Dane, dotyczące personelu, są o tyle ciekawe, że na 366 lekarzy, zatrudnionych w Ośrodkach Zdrowia, mamy zaledwie 285 pielęgniarek. W innych krajach stosunek ten jest odwrotny — liczba pielęgniarek jest zwykle większa, niż liczba lekarzy, i to wydaje się normalne. Mniejsza liczba pielęgniarek, niż lekarzy, jak to ma miejsce u nas, jest napewno w znacznym stopniu zależna od wielkiego braku odpowiednio wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego. Jednakże nie bez znaczenia jest tu i brak zrozumienia dla pracy pielęgniarki społecznej ze strony czynników lokalnych. Zawsze jest u nas o wiele łatwiej, zdobyć środki na przyjęcie jeszcze jednego lekarza, niż na przyjęcie pielęgniarki. Musimy dążyć do tego, żeby te uprzedzenia zważyć, zdając sobie sprawę, że bez odpowiedniego personelu pielęgniarskiego, tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym, akcja Ośrodków Zdrowia nigdy nie osiągnie należytych wyników.

T A B L I C A 1.

Liczba Ośrodków Zdrowia, działy pracy, personel

Województwa	Ogólna liczba Ośrodków Zdrowia	Liczba Ośrodków Zdrowia, obejmujących następujące działy:								L. Ośrodków Zdrowia, obejmujących:			Personel, zatrudniony w Ośrodkach Zdrowia			
		Gruźlica	jałglica	chor. weneryczne	opieka nad dzieckiem	opieka nad matką	higiena szkolna	biuro sanitarne	inne działy	2 oddziały	3 oddziały	więcej niż 3 działy	lekarze	higienistki	kontr. sanit.	inni pracownicy
m. st. Warszawa	7	7	7	5	7	7	—	6	6	—	—	7	70	48	9	32
Woj. Warszawskie	26	23	22	14	19	24	18	2	13	1	2	23	44	33	4	28
„ Łódzkie	8	8	8	3	2	2	6	1	—	2	2	4	13	10	2	5
„ Kieleckie	13	13	13	6	7	2	6	3	1	3	3	7	25	17	2	21
„ Lubelskie	5	5	5	1	2	—	3	1	—	1	2	2	6	5	1	3
„ Białostockie	15	15	14	8	6	3	6	1	3	3	5	7	38	27	5	27
„ Wileńskie	5	4	4	4	4	3	2	1	—	1	1	3	10	13	5	5
„ Nowogródzkie	5	5	5	3	1	1	—	—	—	2	2	1	9	6	—	4
„ Poleskie	4	4	3	3	2	2	2	2	3	1	—	3	8	6	2	5
„ Wołyńskie	4	3	3	1	1	1	3	—	—	2	1	1	16	10	—	7
„ Poznańskie	6	6	4	1	4	1	1	1	1	3	2	1	9	10	1	4
„ Pomorskie	3	3	2	—	3	3	—	1	—	—	—	3	8	20	1	—
„ Śląskie	3	3	1	2	2	—	1	—	—	2	—	1	6	5	—	3
„ Krakowskie	10	10	9	3	5	1	2	1	1	3	3	4	25	17	1	8
„ Lwowskie	8	8	7	4	5	4	2	1	2	1	2	5	27	17	7	8
„ Stanisławowskie	7	7	6	4	6	5	4	3	1	—	1	6	16	11	5	5
„ Tarnopolskie	22	22	22	9	8	6	6	3	1	6	6	10	36	28	4	5
R a z e m	151	146	135	71	84	65	62	27	32	31	32	88	366	283	49	170

i źródła funduszków w roku 1929 według Województw.

Ź R Ó D Ł O F U N D U S Z Ó W						
Skarb Państwa	Samorządy	Fundacja Rockefeller'a	Opłaty	Kas Chorych	I n n e	R a z e m
35.572.50	586.766.79	16.671.05	85.420.58	6.050.00	—	730.480.92
5.200.00	285.356.85	31.243.15	25.240.10	2.200.00	8.700.00	357.940.10
8.620.00	72.821.59	—	524.00	—	—	81.965.59
33.055.02	174.561.20	11.499.34	15.717.29	—	19.567.38	254.400.23
4.130.00	22.876.47	—	1.157.40	—	900.00	29.063.87
85.436.25	124.985.18	—	38.302.63	20.540.00	149.898.24	419.162.30
13.935.49	39.743.17	48.675.00	3.646.30	—	5.000.04	111.000.00
18.287.00	59.048.16	—	1.500.00	1.200.000	263.00	80.298.16
7.800.00	91.008.79	—	3.559.50	1.500.00	9.000.00	112.868.29
9.000.00	48.244.69	—	7.814.00	140.00	21.750.00	86.948.69
14.025.00	59.312.44	—	—	15.475.00	—	88.812.44
5.700.00	45.178.24	—	—	43.601.00	2.800.00	97.279.24
1.800.00	205.900.09	—	—	—	—	207.700.09
10.655.00	61.424.66	—	781.00	12.510.00	6.357.60	91.728.26
14.200.00	131.822.70	35.301.65	—	1.800.00	13.771.30	196.895.65
4.650.00	66.667.48	—	640.00	4.800.00	2.631.14	79.388.62
22.650.00	124.186.27	—	5.177.90	12.650.00	18.141.82	182.805.99
294.716.26	2.199.904.77	143.390.19	189.480.70	122.466.00	258.780.52	3.208.738.44

Kontrolerów sanitarnych zarejestrowaliśmy tylko 49, co stoi w związku z niewielką liczbą t. zw. biur sanitarnych, prowadzonych w Ośrodkach Zdrowia, o czym już była mowa poprzednio.

Innych pracowników, a więc personelu biurowego i służby, było 170 osób, a razem osób, zatrudnionych w Ośrodkach Zdrowia było 868.

Koszty prowadzenia wszystkich 151 Ośrodków Zdrowia, wynosiły w roku 1929 kwotę 3.206,738,44 zł. Najwięcej wydaje m. Warszawa, bo 730,480 zł, woj. białostockie — 419,162 zł., woj. kieleckie — 254,400 zł. i woj. śląskie 207,700 zł. Inne województwa wydały mniej, niż 200 tysięcy złotych, a najmniej wydało woj. lubelskie, bo tylko 29,063 zł.

Jeżeli podzielimy całość wydatków na Ośrodki Zdrowia według źródeł skąd fundusze pochodzą, to się okaże, że 69% wszystkich wydatków pokryły samorządy (2,200 tys.), 9% — Skarb Państwa (295 tys.), 4% — Fundacja Rockefellera (143 tys.), 6% pochodzi z opłat (189 tys.), 4% otrzymano od Kas Chorych (122 tys.) i 8% z innych źródeł (259 tys.).

Przeszło dwie trzecie wszystkich wydatków pokrywają samorządy, i to jest zjawiskiem zdrowym. W myśl zasadniczej ustawy sanitarnej (Dz. Pr. Nr. 63, poz. 371, z dnia 19.VII 1919) obowiązkiem ciał samorządowych jest dbanie o zdrowie ludności, i, utrzymując Ośrodki Zdrowia, samorządy spełniają tylko ten obowiązek. Jednakże odsetek udziału samorządów w wydatkach na Ośrodki Zdrowia waha się dość znacznie. W woj. śląskiem samorządy pokrywają 99% wszystkich wydatków, podczas gdy w woj. białostockiem tylko 30%.

Skarb Państwa, inaczej powiedziawszy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, bierze udział w wydatkach w wysokości 9% całości. W ten sposób, wydając stosunkowo niewiele, bo niecałe 300 tysięcy złotych, czynniki rządowe mają możność kierowania całą tą akcją, stawiania wymogów, wprowadzenia na pożądane tory. W niektórych województwach udział Skarbu Państwa jest minimalny, np. w woj. warszawskim i śląskiem wynosi on tylko około 1%, podczas gdy w woj. białostockiem stanowi 20%, a w woj. Nowo-

gródzkim nawet 23% ogółu wydatków na Ośrodki Zdrowia.

Udział Fundacji Rockefellera istnieje tylko w kilku województwach, gdzie utworzono t. zw. Wzorowe Okręgi Sanitarne przy pomocy finansowej tej instytucji. Dość wysoki jest udział Fundacji w wydatkach tych województw, gdzie w roku 1929 powstały dwa nowe okręgi wzorowe, a więc w woj. lwowskim stanowi on 18%, a w woj. wileńskim 44%.

Kwestja opłat, jako źródła dochodów w Ośrodkach Zdrowia, nie jest traktowana jednolicie w całym Państwie. Istnieją województwa, w których żadnych absolutnie opłat się nie pobiera (poznańskie, pomorskie, śląskie i lwowskie), w innych stanowią opłaty mniej lub więcej poważne źródło dochodu. Miasto Warszawa pokrywa 12% swych wydatków na Ośrodki Zdrowia z opłat, pobieranych za pewne świadczenia od osób zgłaszających się.

Udział Kas Chorych w całości wydatków na Ośrodki Zdrowia wyniósł w r. 1929 — 4%, co należy podkreślić jako objaw pocieszający i jako wynik akcji, podjętej niedawno przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, a zmierzającej do wzięcia udziału przez Kasy Chorych w akcji higieniczno-zapobiegawczej. Jednakże pomimo wysiłków, podejmowanych przez czynniki miejscowe, i pomimo wskazówek, udzielanych z Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, w kilku województwach nie udało się w roku 1929 nawiązać kontaktu z Kasami Chorych w związku z akcją Ośrodków Zdrowia. Są to Województwa: łódzkie, kieleckie, lubelskie, wileńskie i śląskie. W przeważnej liczbie województw udział Kas Chorych w wydatkach na Ośrodki Zdrowia wynosi około 1%. W województwie poznańskim stanowi on 17%, a w pomorskiem nawet 45%. Ale tam mamy do czynienia z tak zwanymi „Ośrodkami Zdrowia Kas Chorych“, które właściwie żadnymi Ośrodkami Zdrowia nie są.

„Inne źródła“ stanowią przeważnie po kilka procent dochodów z wyjątkiem trzech województw. W białostockiem wynoszą one 36%, w wołyńskim 25% i w tarnopolskim 10%. Na te kwoty składają się dochody z różnych imprez, zapomogi instytucji społecznych osób, prywatnych i t. p.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— D. 18 b. m. odbyło się w lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej posiedzenie w sprawie propagandy medycyny polskiej zagranicą oraz wymiany czasopism lekarskich z zagranicą. Wysunięto trzy projekty: 1) aby Naczelna Izba Lekarska zainicjowało zorganizowanie komitetu, któryby czuwał nad wysyłaniem do pism zagranicznych streszczeń prac lekarskich polskich; 2) aby pisma lekarskie polskie dawały streszczenia artykułów oryginalnych w języku obcym; 3) aby corocznie wychodził zeszty, zawierający wszystkie te streszczenia.

— Fundusz Wieczysty im. Prof. Dr. med. Edwarda Żebrowskiego.

O d e z w a.

W czerwcu b. r., upływa rok od śmierci wielkiego uczonego i pedagoga, prawdziwego przyjaciela młodzieży i ludzi cierpiących ś. p. Prof. Dr. Med. Edwarda Żebrowskiego Dyrektora I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Asystenci tejże Kliniki celem uczczenia Świetlanej pamięci Swego Szefa postanowili drogą dobrowolnych składek zebrać fundusz wieczysty Jego imienia. Odsetki od tego funduszu przeznaczone będą na stypendjum dla jednego lub kilku hospitantów I Kliniki Wewnętrznej Uniw. Warsz. Opiekę nad funduszem przejęła na siebie Komisja Profesorów Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz.

Zwracamy się do wszystkich, którym pamięć ś. p. Prof. Żebrowskiego jest droga i którym na sercu leży dobro nauki polskiej i kształcenie młodzieży z gorącą prośbą o poparcie naszej sprawy.

Wszelkie datki prosimy składać na konto czekowe P. K. O. 26020.

Komisja Tymczasowa: Dr. E. Bratkowski, Dr. J. W. Grott, Dr. R. Kalinowski, Dr. A. Rytel.

Komisja Prof. Wydż. Lek. U. W.: J. Modrakowski, R. Nitsch, L. Paszkiewicz.

Prowizoryczny program Zjazdu Association des Anatomistes.
(4–6 sierpnia 1931 r.).

Dnia 3/VIII Otwarcie Zjazdu w Anatomicum.

g. 10–1 Obrady.

g. 3–5 pp. Pokazy histologiczne i anatomiczne specjalne i prac referowanych na Zjeździe.
Zwiedzenie Ins. Wych. Fiz. i innych.
Wieczorem Raut w Ratuszu.

Dnia 4/VIII.

g. 10–1 Obrady

g. 3–5 pp. Pokazy.

Wieczorem Raut w Prezydium Rady Ministrów.

Dnia 5.VIII Obrady.
g. 10—1 Pokazy oraz Walne Zebranie Ass. des Anat.
Zamknięcie Zjazdu.
Wieczorem wyjazd do Krakowa.
Dnia 6.VIII Zwiedzenie Krakowa i Wieliczki.
Wieczorem Bankiet pożegnalny.
Wycieczki.

Dla życzących sobie wziąć udział w Kongresie (nie Członków Tow. Anatomiczno - Zoologicznego) składka wynosi Zł. 30.—

Wszelkich informacji udziela prof. E. Loth, Anatomikum, Chałubińskiego 5.

— Następny Zjazd Towarzystwa Chirurgów polskich (XXVII Zjazd chirurgów polskich) odbędzie się dnia 14 kwietnia 1933 r. w Poznaniu.

Jako tematy programowe obrad wybrano:

1. Leczenie nowotworów złośliwych
2. Leczenie t. zw. przerostu gruczołu krokowego.

Ważne dla członków Kas Chorych.

— Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie, uwzględniając wysokie wartości lecznicze wód morszynskich i nadzwyczaj korzystne warunki klimatyczne, otwiera w Morszynie — polskim Karlsbadzie — własną Lecznicę zdrojową na czas od 8 czerwca do 28 września br.

Do korzystania z tej Lecznicy dopuszczeni są członkowie Kas Chorych z całej Polski i zgłoszeni do ubezpieczenia czonkowie ich rodzin.

Członkowie, ubiegający się o leczenie na koszt Kas Chorych, winni wnieść prośbę na ręce lekarza naczelnego tej Kasy Chorych, której są członkami i poddać się przepisany badaniom lekarskim.

Członkowie, pragnący zażyć w Morszynie leczniczego wypoczynku na koszt własny po bardzo przystępnych cenach, winni zażądać w przynależnej Kasie lub wprost w Zarządzie Lecznicy Zdrojowej Lwowskiego Okręgowego Związku Kas Chorych w Morszynie („Willa Kresowianka”) formularzy zgłoszeń i pouczenia o warunkach leczenia.

Własny lekarz zakładowy, doświadczone kierownictwo administracyjne, wzorowa dietetyczna kuchnia, staranna usługa i wszelkie udogodnienia zapewnione.

Szybkie zgłoszenia na jeden z 4 turnusów (od 8-6 do 5-7, od 6-7 do 2-8, od 3-8 do 30-8 i od 31-8 do 27-9) pożądane są we własnym interesie członków Kas Chorych, zwłaszcza tych, którzy cierpią na kamice żółciowej, inne choroby wątroby i dróg żółciowych, na dnę, reumatyzm stawowy i mięśniowy oraz otyłość.

Morszyn nadaje się również do leczenia podgojonego wrzodu żołądka i dwunastnicy i do leczenia stawów zapalnych.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę o rozesłanie załączonych kwestionariuszy do wszystkich zakładów leczniczych (szpitali, klinik, lecznic, przychodni itp.), znajdujących się na terenie województwa, za wyjątkiem przychodni przeciwiągliczych i specjalnych zakładów leczniczych dla chorych jagliczych, które przedkładają oddzielnie miesięczne sprawozdania ze swej działalności w myśl okólnika Nr. 35 L. Z. 120/27 z dnia 30.III.1917 r. (Zb. zarz. M. S. Wewn. str. 398 poz. 7), i zarządzenie w myśl § 15 p. rozporządzenia z dnia 14.II.31 (Dz. U. R. Nr. 29 poz. 195) należytego ich wypełnienia i zwrócenie do urzędów wojewódzkich w nieprzekraczalnym terminie 4-ch tygodni.

Po skompletowaniu wypełnionych kwestionariuszy i wykorzystaniu materiałów przez urzędy wojewódzkie należy wraz z odpowiednimi uwagami całość przesłać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi V Służby Zdrowia) najpóźniej do dnia 1 sierpnia 1931 r.

Ankiety powyższą Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) zarządza w celu przekonania się, w jakim zakresie różne zakłady lecznicze obecnie udzielają pomocy chorym na oczy, a w szczególności jaki biorą one udział w akcji zwalczania jaglicy, oraz jakie są pod tym względem potrzeby.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
(—) Dr. Piestrzyński.

Załącznik do ankiety w sprawie chor. ocznych i jagliczych, leczonych w 1930 r.

Nr. Z. Z. 2787/31.

Nazwa zakładu leczniczego

(szpital, klinika, przychodnia, Ośrodek Zdrowia itp.)

Charakter (samorządowy, rządowy, społeczny, prywatny itp.)

Adres: miejscowość ulica pow. Woj.

Ogólna liczba osób leczonych na oczy (razem z chor. jaglicz.)	Liczba leczonych chorych jagliczych	Ogólna liczba porad udzielonych chorym (wraz z jaglicą)	Ogólna liczba zabiegów operacyjnych (wraz z jaglicą)	Liczba zabiegów operacyjnych jagliczych	Ogólna liczba dni leczenia szpitalnego chorych ocznych wraz z jaglicą	Liczba dni leczenia szpitalnego chorych jagliczych	Liczba etatów łóżek dla chorych ocznych	Liczba godzin przyjęć ocznych	U w a g i

Nazwisko lekarza kierownika działu ocznego
Nazwisko lekarzy pracujących w dziale ocznym
Podpis Kierownika (Dyrektora) Zakładu

Data

ZMARLI.

Władysław Dobrzyński, higienista, propagator miast-ogrodów — w Warszawie.

SPROSTOWANIE.

Na str. 591, kol. lewa, wiersz 4 od dołu powinno być: pożądany.

Na str. 591, kol. lewa, wiersz 2 od dołu powinno być: książki.

Na str. 592, kol. prawa, wiersz 13 od dołu powinno być: krtani, zamiast kiszki.

SKRZYNKA ZAPYTAŃ.

PYTANIA:

1. Co to jest zarazek przesączalny gruźlicy (w sensie Calmettea)?

2. Jaka jest różnica między podagrą (*Gicht*) a skazą moczanową (*Diatheasis urica*)?

ODPOWIEDZI:

1. Istnienie przesączalnej formy gruźlicy oparte jest na spostrzeżeniach całego szeregu badaczy francuskich, którzy stwierdzili, że materiał zakaźny, pochodzący od chorych na gruźlicę i przesączony przez świeżką porcelanową, zdolny jest wywołać u morskiej świnki obrzęk gruczołów chłonnych, połączony z obecnością w tych ostatnich pałeczek kwasoodpornych. Czasami te pałeczki nie są kwasoodporne, pomimo to jednak preparaty mikroskopowe nie pozostawiają żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z pałeczkami. Zawiesina z takich gruczołów daje się przeszczepiać na morskie świnki z tym samym wynikiem. Przesącz z hodowli pałeczki gruźliczej na buljonie glicerynowym posiada niekiedy również zdolność wywoływania obrzęku gruczołów chłonnych u morskiej świnki, i wtedy również można znaleźć w preparatach pałeczki. Ścisłe warunki zjawiania się tej postaci przesączalnej nie są dziś całkowicie znane. Co się tyczy Calmettea, to podług niego niektóre postacie gruźlicy noworodków mają — zależeć od przesączalnej formy zarazka gruźliczego, która poprzez łożysko i błony płodowe przechodzi od matki do płodu. Pogląd ten nie jest dziś jeszcze przez wszystkich przyjęty bez zastrzeżeń.

Z. Szymanowski.

2. Na zapytanie, jaka jest różnica między podagrą a skazą maczanową można odpowiedzieć, co następuje.

Dna, podagra, „*Gicht*”, „*Goutte*” jest napadowo występującym cierpieniem, cechą charakterystyczną tej choroby jest tworzenie się złogów, składających się przeważnie z moczanu

sodu, umiejscowionych przeważnie w tkance okołochrzęstkowej, a więc w stawach, w ich okolicy, ale też i na innych chrząstkach. Taki guz dnawy. „*tophus*” działa na okoliczną tkankę jako ciało obce i wywołuje w niej sprawy chorobowe od stanu zapalnego proliferacyjnego do martwicy. Napadom dny towarzyszy hiperuricemja, która jednakże nie może być uznana za wyłączną przyczynę napadu tego cierpienia. Należy przypuścić, że mamy do czynienia z nagłą a niewyjaśnioną pożądlivością tkanek względem moczanów. Owa „*urathistechia*” wraz z hiperuricemją prowadzi do napadów, a potem do przewlekłych cierpień stawowych.

Kamica moczanowa, która może powstać bez hiperuricemji, a jedynie następstw zaburzeń rozpuszczalności moczanów w moczu, nie ma wiele wspólnego z patochemizmem dny. Szkoła niemiecka uważa kamice moczanową, zawał moczanowy w nerkach u noworodków oraz dnę za zupełnie niezależne od siebie jednostki chorobowe. Szkoła francuska w myśl tradycji szkoły Boucharda, jednoczy wszystkie te sprawy chorobowe, wynikające z tworzenia się strąków lub złogów kw. moczowego i jego soli pod ogólnym mianem „*diathèse urique*”.

Kwestja ta nie jest więc wyświetlona; jedno jest pewne, a mianowicie: spory osad moczanów lub kw. moczowego w moczu nie ma nic wspólnego z podagrą, a może być jedynie wyrazem skazy moczanowej, a raczej, ujmując sprawę nieco rozleglej, skazy złogotwórczej.

M. Landsberg.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

23.VI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. E. Bratkowski. Z kazuistyki nowotworów serca.
2. St. Sterling-Okuniewski. Próby leczenia niektórych spraw zakaźnych emanacją radową.
3. St. Zajdenbajtel. Fizjologia i patologia nadnerczy ze szczególnem uwzględnieniem choroby Addisona.

28.VI. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne (godz. 4-a po poł.)

Posiedzenie połączonych sekcji Warszawskiej i Łódzkiej.

1. Helman. Ciała obce w dolnym odcinku dróg oddechowych (z pokazami rentgenogramów).
2. Imich. Pokaz rentgenogramów ciała obcego w języku oraz rentgenogramów wzrostka sutkowego.
3. B. Karbowski. Przypadek ropnia płuc leczonego jodipiną.
4. D. Hellin. Demonstracja chorych po operacjach kosmetycznych nosa.

TREŚĆ: L. FINGERHUT. Fizjologia hormonów przedniego płata przysadki mózgowej i jajników. — S. EDELMAN. O walerach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpieli (Dok.). — D. MARGULIES. Z kazuistyki dyzurji. — J. STEIN. Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. RUTKOWSKI. Rys rozwoju chirurgji. (Dok.) — St. TUBIASZ. Ośrodki Zdrowia w Polsce. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Sprostowanie. — Skrzynka zapytań. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. FINGERHUT. Physiologie des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse et des ovaires. — S. EDELMAN. La valeur thérapeutique de Truskawiec et les principales indications pour ses sources et bains (fin). — D. MARGULIES. Un cas de dysurie. — J. STEIN. Anatomie pathologique de la tuberculose d'après les nouvelles recherches (Rev. gén. fin). — G. RUTKOWSKI. Esquisse du développement de la chirurgie (fin). — St. TUBIASZ. Stations sanitaires en Pologne.

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 nierezzerwowanych: 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.

Drukarnia „SIŁA”; Warszawa; Marszałkowska 71. tel. 8 34-48.