

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok X

WARSZAWA, 12 STYCZNIA 1933 R.

Nr. 2

Ś. p. JÓZEF BABIŃSKI (1857 — 1932)

Babiński na łożu śmierci. Zdaje sobie sprawę, że zbliża się kres wędrówki ziemskiej. Zodwieżdżającym go przyjacielem Darierem rozmawiają o tem, co pozostawili po sobie sławni w swoim czasie lekarze. Nic — orzeka Darier. A po mnie? pyta się dogorywający Babiński. Po tobie — brzmi odpowiedź — pozostanie przynajmniej twój „Objaw”. Na to Babiński, — tak, „Objaw” — ale to nie jest najlepsze, co uczyniłem. Moje najlepsze polega na tem, że wskazałem drogę Martelowi i Vincentowi (dwaj wybitni neurochirurdzy francuscy).

Niezwykła ta scena (Revue Neurologique 1932 Novembre) przypomina scenę z dialogów Sokratesa, uwiecznionych przez Platona. Człowiek nie mówi o swoich osobistych bólach i dolegliwościach. Robi moralny bilans swego długiego — pełnego powodzenia i zaszczytów — życia. Nawet „Objaw”, przez który został na wieki kanonizowany w medycynie, nie jest „najlepsze”, co zrobił.

Za największą swoją zasługę uważa to, że bezimiennie przyczynił się do uratowania życia i zdrowia tysiącom, skazanym na mękę i śmierć!

Głównym, jedynym, właściwie mówiąc, przedmiotem dociekań naukowych Babińskiego jest żywy człowiek w ścisłym tego wyrazu znaczeniu. Był niezawodnie au courant współczesnych badań anatomopatologicznych. Ale wszystkie jego

prace zasadnicze, — te, które istotnie wsławiły jego imię, nie tylko dla współczesnych ale i dla przyszłych pokoleń — są wynikiem spostrzeżeń nad żywym człowiekiem, spostrzeżeń subtelnych i misternych, które tylko niezwykle oko mogło dostrzec, a głęboki umysł syntetycznie ująć



Ci, co widywali Babińskiego przy łożu chorego, opowiadają, że mógł godzinami całemi pozostawać przy jednym chorym i obserwować jedno jedyne jakieś zjawisko ruchowe, które pozostawało dla innych poza polem widzenia. Zróżniczkowanie i scalenie zbożeń ruchowych w schorzeniach mózdkowych — adiachokineza, asynergja, hipermetrja — ta stała i niezawodna karta w semjologii neurologicznej — jest wyłącznem dziełem Babińskiego. Rozumie się, że obecnie wszystkie te sprawy wydają się tak proste i zrozumiałe. Ale jeżeli sobie uprzytomnimy, że zostały wyodrębnione z olbrzymiej liczby towarzyszących tym schorzeniom zjawisk, że — niech mi wolno będzie użyć porównania, — z góry piasku zostało przesiane kilka ziarenek szczerzego złota — to zrozumiemy i odczujemy ogrom pracy, jaki tu, poza intuicją,

został dokonany. Wiedzieliśmy oddawna, że w schorzeniach mózdku zachodzi niezborność ruchów tak samo, jak, zresztą, w innych cierpieniach mózgowia, np. w zrazie czołowym. Babiński wskazał na zaburzenia ruchowe właściwe tylko schorze-

niom mózdkowym, nauczył też odróżniać je od zaburzeń błędnikowych. I w ten sposób wielce się nawet przyczynił do racjonalnej chirurgii mózdku.

Szerszemu ogółowi Babiński znany jest przez swój „objaw“, który w postaci dodatniej (wyprostowanie grzbietowe palucha przy podrażnieniu podeszwy) wskazuje na schorzenie szlaków piramidowych. Obecnie, kiedy objaw ten wszedł do abecadła djagnostyki, młodsze pokolenie lekarzy nie może sobie wcale zdać sprawy z całej doniosłości dziejowej tego odkrycia. Opisany został przez Babińskiego 30 kilka lat temu, kiedy cała neurologja ówczesna znajdowała się jeszcze dzięki wielkiemu mistrzowi z Salpetrière — Charcotowi — pod znakiem hysterji, która według ówczesnej nauki mogła symulować wszelkiego rodzaju organiczne cierpienia nietylko układu nerwowego, ale wogóle i narządów wewnętrznych.

Sprawa różniczkowania cierpień połowicznych albo porażen dolnych kończyn pochodzenia organicznego, od takichże stanów o charakterze czynnościowym — histerycznym stale zajmowała Charceta, który wielokrotnie do niej wracał. Bowiem w żadnym może stanie chorobowym ściśle rozpoznania nie jest tak ważne i dla rokowania oraz leczenia rozstrzygające, jak właśnie w cierpieniu połowiczem, względnie porażeniu kończyn dolnych. Komunikat Babińskiego, ogłoszony 22-ego lutego 1896 r. w „Société de Biologie o „phenomène des orteils“, rozciął ten zaplątany węzeł gordyjski. Phenomène des orteils był wogóle pierwszym zasadniczym objawem organicznego cierpienia układu nerwowego; nietylko wytrzymał on trzydziesto-kilkoletnią próbę, ale zapoczątkował szereg odnosnych spostrzeżeń i badań oraz skierował wreszcie neurologję na realne i przedmiotowe tory. Już w 1913 roku Romagnano-Manoia (I piccoli segni della emiplegia organica, Roma.) zebrał 40 analogicznych objawów, mających na celu stwierdzenie organicznego cierpienia kończyny dolnej, opisanych przez różnych autorów (w tej liczbie i przez piszącego te słowa). Żaden z tych objawów ani swoją pewnością, ani prostotą wykonania nie dorównywał objawowi Babińskiego. Z biegiem czasu okazało się, że i jego nie można przyjąć bez pewnych zastrzeżeń, jak to, zresztą, miało miejsce również i z objawem Westphala. Rozprawka moja o 25 letnim jubileuszu objawu Babińskiego (Neurologja Polska T. VI pośw. Goldflamowi), w której sprawa ta jest szczegółowo omówiona, kończy się następującym zdaniem: „Akta w sprawie objawu Babińskiego, który w ciągu swego dwudziestopięcioletniego istnienia stał się tak pożytecznym i wprost niezbędnym dla kliniki, dotychczas jeszcze nie są zamknięte“. Zdanie to i obecnie jest jeszcze prawomocne. Im więcej pogłębiamy objaw Babińskiego, im więcej dążymy do wyjaśnienia jego filu — i ontogenezy, tem więcej poznajemy jego doniosłość praktyczną oraz tem bardziej podziwiamy jego wielkiego odkrywcę.

Babiński był jednym z najbliższych współpracowników Charcota. Wyrósł więc w heroicznym, że tak powiem, okresie nowoczesnej neurologji, kiedy zostały stworzone wielkie postacie nozograficzne, jak: hysterja, wieloogniskowe stwardnienie mózgu i rdzenia, przymiot rdzenia i mózgu itp.

Stworzona w Salpetrière epopea hysterji goro-

wała nad całą neurologją. Paryż, a zwłaszcza Salpetrière był Mekką dla chcących poznać u źródła wielką hysterję w całym jej niezwykłym polimorfizmie.

I trzeba było mieć wyjątkową odwagę przekonań, głęboką wiarę w słusność swoich poglądów, żeby zamierzyć się na doszczętne prawie zburzenie tego potężnego gmachu, który nazywał się „wielką hysterją“.

I pod tym względem zasługa Babińskiego jest olbrzymia i, sędzę, niedostatecznie jeszcze oceniona.

Ze śmiercią Charcota i kilku innych „specjalistów od hysterji“ w Salpetrière i innych szpitalach paryskich zaczęły znikać te ciekawe kameleonowe przypadki hysterji, które były przedmiotem tyłu rozpraw lekarskich i nawet artystycznych.

Motywy wzruszeń, który odgrywał tak wielką rolę w etiologii hysterji zostaje przez Babińskiego zupełnie wyeliminowany. Zamiast hysterji proponuje nazwę „pithiatisme“ — co ma oznaczać, że wszystkie objawy, przypisywane hysterji, można wywołać i usunąć przy pomocy przekonywania (persuasion). Z niezwykłą śmiałością twierdzi, że cały szereg objawów histerycznych był sztucznie wywołany i nawet hodowany w Salpetrière.

W paryskim Tow. Neurologicznem zawrzała prawdziwa burza. Trudno było wyrzec się odrazu nauki wielkiego Mistrza. Babiński z niezwykłą energją bronił swoich poglądów i zwyciężył. Ze szpitali paryskich, a potem z całego świata znikły te niezwykle gorączki, owe krwioplucia, i krwiomocze i gangreny histeryczne, bo hysterja Salpetrirowska stała się, jak Babiński się kiedyś wyraził — palaeopatologją.

W krótkiej notatce pośmiertnej uwzględniłem tylko trzy rozdziały twórczości Babińskiego. Ale, właściwie mówiąc, każda nawet Jego uwaga dyskusyjna jest dowodem Jego niezwyklej spostrzegawczości i stałego dążenia do syntetycznego ujmowania poruszanej sprawy. Jeszcze przed Froelichem opisał obraz zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego (*deg. adiposo-genitalis*) przy nowotworach przysadki, ugruntował w znacznym stopniu topografię nowotworów rdzenia, stworzył na podstawie dużego materiału wojennego syndrom cierpień fizjopatycznych, różniących się zasadniczo od hysterji, co miało duże znaczenie praktyczne dla nieszczęśliwych bezpośrednich ofiar wojny itd. itd.

Warszawa miała zaszczyt gościć w swych murach Babińskiego dwa razy; raz na pierwszym Zjeździe Neurologów przed wojną, a drugi raz kilka lat po wojnie. Był ujmujący i skromny w obejściu. Pomimo posuniętego już wieku zapalił się, jak młodziemiec, przy pokazie swoich pięknych filmów, dotyczących zaburzeń mózdkowych. W każdym zdaniu i w każdym ruchu wyczuwało się nietylko wielkiego uczonego, ale i przejętego swoim powołaniem artystę. Mówił prosto i pięknie. Mylił się Darier. Poza „objawem“ pozostawił nam pośrednio i bezpośrednio bardzo dużo.

Z promieni światła jego korzystały i będą korzystały tysiące i setki tysięcy chorych, dla lekarzy zaś jeszcze bardzo długo będą promienie tego światła pouczającymi drogowskazami w dziedzinie rozpoznawania i leczenia chorób nerwowych.

Dr. Z. Bychowski (Warszawa).

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Próba fizjologicznego objaśnienia symptomatologii hysterji *).

Podał

I. P. PAWŁOW (Leningrad).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 1).

II

Przechodzimy teraz do hysterji.

Co się tyczy ogólnych poglądów klinicystów na hysterję, to jedni z nich dają podstawową charakterystykę ogólną tej postaci chorobowej, inni wysuwają na plan pierwszy pewne oddzielne, szczególnie wybitne rysy, objawy tego stanu. Jedni klinicyści mówią o powrocie jakoby do życia instynktownego t. j. emocjonalnego, a nawet odruchowego, inni charakteryzują chorobę podatnością na suggestję, wyprowadzając całe zachowanie się historyków i t. zw. stygmaty hysterji (znieczulenia, porażenia i t. d.) z suggestji i autosuggestji. Są tacy, którzy wysuwają na pierwszy plan chęć zachorowania, ucieczkę do choroby, drugih znów uderza w tem schorzeniu wybujałość fantazji, brak realnego ustosunkowania się do spraw życiowych. Szereg badaczy uważa tę chorobę za chroniczny stan hipnozy, wreszcie inni mówią o upośledzeniu zdolności do psychicznej syntezy lub o zakłóceniu jedności jaźni. Należy sądzić, że wszystkie te poglądy, wzięte razem, obejmują w zupełności całkowity zespół objawów hysterji i całą istotę tej choroby.

Przedewszystkiem należy uważać za ogólnie przyjęty pogląd, że hysterja jest wytworem słabego układu nerwowego. Pierre Janet mówi wprost, że hysterja jest chorobą psychiczną, należącą do ogromnej grupy schorzeń, występujących wskutek osłabienia i wyczerpania nerwowego. Jeżeli tak jest w istocie, to wyżej przytoczona charakterystyka hysterji (przyjmując, że osłabienie dotyczy przeważnie wyższego odcinka układu nerwowego i głównie kory mózgowej, jako najczulszej jego części) staje się dla nas zrozumiałą w świetle fizjologii ośrodkowego układu nerwowego — tej mianowicie części fizjologii, którą reprezentuje nauka o odruchach warunkowych.

Zazwyczaj półkule mózgowe, jako najwyższy organ służący do utrzymywania kontaktu organizmu ze środowiskiem otaczającym i jako stały kontroler czynności wykonawczych organizmu, utrzymują pod swoim stałym wpływem niższe odcinki układu nerwowego wraz z ich czynnościami instynktowymi i odruchowymi. Stąd wypływa wniosek, że usunięcie i osłabienie czynności półkul mózgowych powinno jako skutek pociągnąć za sobą czynność okolicy podkorowej mniej lub bardziej chaotyczną, pozbawioną należytego umiaru i zgod-

ności z warunkami danego otoczenia. I jest to powszechnie znane zjawisko fizjologiczne występujące u zwierząt po wycięciu półkul mózgowych, u ludzi dorosłych, po zażyciu różnego rodzaju środków narkotycznych i u małych dzieci, gdy stają się senne. W ten sposób, operując przyjętymi wyżej terminami fizjologicznymi, powiemy, że trzeźwy i czynny stan półkul mózgowych, który polega na bezustannem analizowaniu i syntetyzowaniu bodźców, wpływów środowiska otaczającego, indukuje ujemnie okolicę podkorową, t. j. w ogólności powstrzymuje jej czynność, uwalniając wybiórczo tylko to z jej pracy, co jest wymagane przez warunki miejsca i czasu. Naodwrot, stan zahamowania półkul mózgowych uwalnia, albo indukuje dodatnio okolicę podkorową, t. j. nasila ogólną jej czynność. A więc istnieje u historyków, przy nagłym i szybkim zahamowaniu kory mózgowej, pod wpływem przekraczających jej wydolność bodźców (a o takie, przy jej słabości nie trudno), zupełnie wystarczająca przyczyna fizjologiczna do występowania różnych wyładowań afektywnych i napadów drgawkowych. Objawy te mogą występować pod postacią mniej lub bardziej określonych czynności instynktowych i odruchowych, lub też w postaci całkowicie chaotycznej, co zależy od lokalizacji i przesuwania się hamowania w korze mózgowej i w najbliższych, lub też bardziej oddalonych okolicach podkorowych.

Jest to jednak krańcowy, a zarazem czynny wyraz stanu chorobowego. Jeżeli bowiem hamowanie rozprzestrzenia się na głębsze warstwy mózgu, to mamy wówczas inny, również krańcowy, lecz tym razem bierny stan organizmu historycznego w postaci głębokiej hipnozy, a w końcu całkowitego snu. Stan ten trwać może nie tylko szereg godzin, ale niekiedy i wiele dni (letarg). Ta różnica między obu krańcowymi stanami jest prawdopodobnie uwarunkowana nie tylko przez różne stopnie osłabienia procesów pobudzenia i hamowania w korze mózgowej, lecz i przez wzajemny układ sił kory i sfery podkorowej. Ten zaś, może się zmieniać w sposób ostry lub chroniczny u jednego osobnika, lub też może zależeć od pewnych różnic indywidualnych.

Różnego rodzaju chroniczne osłabienia kory mózgowej, prócz tego, że stanowią one grunt, na którym mogą się rozwijać dopiero co opisane, wyjątkowe i krańcowe stany organizmu, warunkują również specjalny stan osób historycznych, który trwa stale, bez przerwy. Stanem tym jest nadmierna uczuciowość.

Życie zwierząt i ludzi jest kierowane przez podstawowe tendencje organizmu, a mianowicie: pokarmową, płciową, agresywną, badawczą i t. d. (czynności najbliższych okolic podkorowych). Aby jednak wzajemne uzgodnienie i urzeczywistnienie tych wszystkich tendencji było w sposób doskonały dostosowane do ogólnych warunków bytu, musi istnieć specjalna część ośrodkowego układu

*) Z upoważnienia autora przełożył S. Miller.

nerwowego, która każdą z tych tendencji w miarę ogranicza, wszystkie je uzgadnia i zabezpiecza im najbardziej dogodnie urzeczywistnienie, odpowiednio do otaczających warunków środowiska zewnętrznego. Tą częścią ośrodkowego układu nerwowego są, oczywiście, półkule mózgowe. Istnieją z tego powodu dwa rodzaje postępowania. 1-o. Postępowanie rozumne, które powstaje po uprzednim zbadaniu (choćby niekiedy prawie momentalnym) danej tendencji przez półkule mózgowe i następnie przestoczeniu jej w odpowiedniej chwili w określoną czynność ruchową przez korową sferę motoryczną. 2-o. Zachowanie się i postępowanie afektywne, popędowe, zachodzące jedynie pod wpływem tendencji (być może nawet wprost poprzez podkorowe połączenia) i bez owej uprzedniej kontroli. U histeryków po większej części przeważa ten drugi typ postępowania. Mechanizm nerwowy tego zjawiska jest zupełnie zrozumiały. Pod wpływem zewnętrznego, czy też wewnętrznego pobudzenia, zjawia się tendencja. Odpowiada jej czynność określonego odcinka, czy też okolicy półkul mózgowych. Odcinek ten, pod wpływem emocji, wskutek promieniowania z okolic podkorowych ulega niezwykle silnemu naładowaniu. Wystarczy to, aby ze względu na słabą korę wywołał on wybitną i silnie rozprzestrzenioną indukcję ujemną, która nie dopuszcza pozostałych części kory do udziału w danej czynności, a tem samem wyłącza odpowiednią kontrolę. A te właśnie pozostałe części kory reprezentują inne tendencje, reprezentują środowisko otaczające, ślady dawnych pobudzeń, przeżyć, nabyte doświadczenie. Z tem łączy się jeszcze inny mechanizm. Silne pobudzenie emocjonalne podnosi pobudliwość kory i wskutek tego bodźce, które do niej dochodzą, osiągają wkrótce kres pobudliwości i przekraczają go. A więc indukcja ujemna łączy się tu z hamowaniem pozakresowem. W ten sposób, osobnik histeryczny żyje w większym lub mniejszym stopniu nie życiem rozumnem, lecz emocjonalnem i postępowanie jego nie jest kierowane czynnością korową, lecz podkorową.

W bezpośredniej łączności ze wskazanym mechanizmem histeryków znajduje się suggestja i autosuggestja. Czem jest suggestja i autosuggestja? Jest to skoncentrowane pobudzenie określonego terytorjum czy też okolicy półkul mózgowych, występujące pod postacią określonych podrażnień, postrzeżeń lub ich śladów — wyobrażeń. Pobudzenie to, jest wywołane bądź przez emocję, t. j. przez pobudzenie, wychodzące z okolic podkorowych, bądź też przez czynniki zewnętrzne, lub też przez połączenia wewnętrzne, czyli kojarzenia. Jest to pobudzenie, które uzyskało wpływ dominujący, bezprawny i nie dający się pokonać. Istnieje ono i jest czynne, t. j. przekształca się w ruch, w ten lub inny czyn, nie dlatego, że jest utrzymywane przez różnorodne kojarzenia, t. j. związki z wieloma obecnie trwającymi lub dawnymi pobudzeniami, postrzeżeniami i wyobrażeniami (byłby to wówczas czyn rozumny, taki, jaki daje zwykle kora mózgowa normalna i silna), a dlatego, że przy słabej korze, przy słabem i niskim jej napięciu, pobudzenie to, jako skoncentrowane, łączy się z silną indukcją ujemną, która oderwała je i odseparowała od wszystkich obcych, a koniecznych

wpływów. To jest właśnie mechanizm suggestji hipnotycznej i po-hipnotycznej. W hipnozie mamy do czynienia z obniżeniem napięcia zdrowej i silnej kory, naskutek promieniowania hamowania.*) Gdy do określonego terytorjum tak zmienionej kory mózgowej dojdzie bodziec w postaci słowa — rozkazu hipnotyzera, wówczas bodziec ten skoncentruje w określonym miejscu proces pobudzenia, i natychmiast zjawi się indukcja ujemna, która dzięki zwiększonej podatności kory mózgowej rozprzestrzeni się po całych półkulach. Dlatego też to słowo — rozkaz zostaje całkowicie odseparowane od wszelkich wpływów i staje się bodźcem, działającym w sposób absolutny, nie dający się przezwyciężyć, nieodparty i to nie tylko w czasie trwania snu hipnotycznego, ale i potem, po powrocie tego osobnika do stanu trzeźwego.

Zjawisko zupełnie identyczne pod względem swego mechanizmu, tylko o mniejszem nasileniu, powstaje samorzutnie na starość, wskutek zupełnie naturalnego osłabienia procesu pobudzenia w korze mózgowej. W jeszcze silnym mózgu nawet dość znaczne pobudzenie wewnętrzne, lub też zewnętrzne, koncentrując się w określonym punkcie, czy też okolicy kory mózgowej, wywołuje oczywiście również indukcję ujemną. Indukcja ta jednak, dzięki sile samej kory mózgowej, nie jest hamowaniem całkowitem i rozprzestrzeniając się na wielką odległość. Dlatego też jednocześnie z pobudzeniem dominującym współistnieją inne pobudzenia, które wywołują odpowiednie, przeważnie dawne, utrwalone, jak mówimy — zautomatyzowane odruchy. Zazwyczaj postępowanie nasze składa się nie z pojedynczych, lecz ze złożonych reakcji, odpowiednio do skomplikowanego zawsze składu otoczenia, w którym się znajdujemy. Na starość sprawa ma się zupełnie inaczej. Skupiając się na jednym pobudzeniu, usuwamy przy pomocy indukcji ujemnej czynność innych, ubocznych, lecz jednoczesnych pobudzeń i dlatego zachowujemy się niezawsze tak, jak należy w danych warunkach, t. j. nie wykonywamy w całości ogólnej reakcji na całe otoczenie. Podam jako przykład najdrobniejszy wypadek. Patrę na jakiś potrzebny mi przedmiot, biorę go do ręki i, nie spostrzegając prawie nic z tego, co znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie, dotknę, rzucę i t. d. inne przedmioty bez żadnej potrzeby. Nazywa się to błędnie starczem roztargnieniem, brakiem uwagi, gdy tymczasem, wprost przeciwnie, jest to właśnie skupienie uwagi, lecz mimowolne, bierne, nieudolne. Dlatego też starzec, ubierając się i jednocześnie myśląc o czemś lub rozmawiając z kimś, wyjdzie z domu bez czapki, weźmie jedną rzecz zamiast drugiej i t. d. i t. d.

(Dok. nast.)

*) Mimo wielkiej ilości zebranego materiału zarówno w ogólnej fizjologii układu nerwowego, jak i w nauce o odruchach warunkowych, nie udało się dotychczas rozwiązać zagadnienia stosunku między pobudzeniem i hamowaniem. Czy jest to jedno i to samo zjawisko, które w określonych warunkach przechodzi z jednej postaci w drugą, czy też mamy tu do czynienia ze ściśle zespoloną parą zjawisk, z których każde w określonych warunkach przejawia się w większym lub mniejszym stopniu?

Z oddziału wewnętrznego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. G. L e w i n).

O postaciach klinicznych gruźlicy otrzewnej.

Podał

Dr. Julian FLIEDERBAUM, asystent oddziału (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 1).

Na obraz kliniczny pierwotnego zespołu jelitowo-gruczołowego składają się objawy ogólne zakażenia gruźliczego, objawy jelitowo-gruczołowe oraz odczyny swoiste.

Z objawów ogólnych najważniejsze są: gorączka, postępujące wyniszczenie, poty, zmiany we krwi i w moczu.

Gorączka zależna jest od nasilenia cierpienia. Na początku i w razie przebiegu powolnego, ciepłota bywa zazwyczaj podgorączkowa. Często występuje ona tylko o pewnej porze dnia, tak, że daje się ją wykryć jedynie przy dokładnym i systematycznym jej mierzeniu w ciągu dnia. U osobników bez gorączki często zaznacza się labilność termoregulacji—ciepłota podnosi się o 1° i więcej po niewielkich wysiłkach fizycznych, sutych posiłkach, kąpieli, wzruszeniach psychicznych — nawet wskutek samego mierzenia ciepłoty, w czasie miesiączki. Naogół stopień podwyższenia ciepłoty jest równoległy do nasilenia zmian czynnych, albowiem gorączka u tych chorych, podobnie jak u innych gruźliczo — chorych, zależna jest od wsysania się toksyn, ciał białkowych pochodzenia bakteryjnego oraz produktów rozpadu tkanek. Nawroty cierpienia, zaognienie zmian uwidacznia się skokami ciepłoty — do 39°C i powyżej. W postaciach stacjonarnej i włóknistej może przez dłuższy czas nie być gorączki. U niektórych chorych spostrzegaliśmy typ odwrócony ciepłoty, z rannymi wznieśnieniami — w przypadkach tych rokowanie było naogół niepomyślne.

Pacjenci czynią od pierwszego już wejrzenia w razie nich chorych. Narzekają oni na spadek sił, niezdolność do wykonywania swych zajęć zawodowych, stwierdza się u nich odżywianie upośledzone — „*tabes mesaraica*” — możliwie skutkiem upośledzonego wysysania tłuszczów wobec zajęcia gruczołów chłonnych brzusznych i następnej zastoiny chłonki (a wiemy przecież, jaką rolę odgrywa układ chłonny we wysysaniu tłuszczów!). Podobnie jak i gorączka, stopień wychudzenia jest poniekąd równoległy do nasilenia zmian anatomicznych: mniejszy — w postaciach włóknistych, przerostowych, większy — w postaciach z dążnością do serowacenia i rozpadu, największy w postaciach o przebiegu ostrym lub w powikłaniach pierwotnego zespołu jelitowo-gruczołowego. W okresie poprawy stwierdza się przybytki na wadze — zazwyczaj powolne. Szybki przyrost wagi jest co do rokowania mniej pomyślny, niż powolny, gdyż świadczy o zachwianiu równowagi gospodarki tłuszczowej: po szybkich przyrostach u chorych, którzy już powracają do swych zajęć, występują ponownie gwałtowne spadki na wadze. Powolny wzrost wagi jest trwalszy i świadczy o przeobrażeniu organizmu, o dążności ku poprawie.

Poty, zwłaszcza poty nocne są rzadziej tak wybitnie zaznaczone, jak w gruźlicy płuc. Często natomiast stwierdza się zespół zaburzeń węgietatywnych: łatwe czerwienienie się i blednienie twarzy i górnej części tułowia, rumień wstydlivy,

bladłość i sinicę obwodową (doigt mort, żabie ręce), szybkie męczenie się, pocenie się po niewielkich wysiłkach (czasem nawet w czasie badania) lub po wzruszeniach psychicznych, częstoskurcz napadowy, uczucie gorąca i zimna bez podwyższenia ciepłoty i t. d.

Krew. W świeżej kropli krwi ciałka czerwone w ruloniki układają się prawidłowo, wykazują zazwyczaj anizozycję i poikilocytozę oraz hipochromję. Ilość hemoglobiny i liczba czerwonych krążków jest zazwyczaj umiarkowanie zmniejszona. Wskaźnik barwny jest mniejszy od jedności. W niektórych jednakże przypadkach krew czerwona odchylił od normy nie wykazuje. Liczba białych ciałek waha się od 5 do 8 tysięcy w 1 mm.³ (w powikłaniach ropnych — leukocytoza neutrofilna), stwierdzamy limfocytozę — nieraz do 50% limfocytów, lekką monocytozę, często eozynofilję (4—7%), brak zaburzeń ze strony układu tromboplastycznego. Odczyn Biernackiego — opadanie krwinek nieznacznie przyspieszone (w rurce Linzenmayera na 18 mm.—po 50'—60'), przyspiesza się do 30'—40' w okresie zaostrenia objawów lub w razie powikłań.

W moczu często stwierdzamy zwiększenie urobilinogenu (nieraz b. znaczne), indykanu, nieraz uroreiny, b. rzadko dodatnie odczyny Weisa oraz dwuazowy Ehrlicha.

Z objawów miejscowych wymienimy zaburzenia ze strony stolców, bóle brzucha, wyczuwalne powiększenie gruczołów chłonnych w jamie brzusznej, zaburzenia żołądkowe.

Chorzy skarżą się na utratę łaknienia, często na zaparcie, rzadziej na rozwolnienie, na wymioty, po których nie następuje ulga, na bóle brzucha. Badanie chemizmu żołądkowego wykazuje zazwyczaj zmniejszenie kwasoty żołądkowej, bez objawów nieżyty żołądka (brak śluzu i zwiększonej zawartości tłuszczonych nabłonków i ciałek wypocinowych); b. rzadko natomiast stwierdza się wysoką kwasotę wraz z uczuciem pieczenia, zgagą, kwaśnymi odbijaniem — zdjęcie rentgenowskie wyłącza owrzodzenie żołądka i dwunastnicy. Stolce często przypominają stolce trzustkowe — są obfite, szare, tłuste, jakby oblepione zastygłym na powietrzu tłuszczem lub szmalcem, pod drobnowidem zawierają liczne kuleczki tłuszczu obojętnego i nieliczne kryształki kwasów tłuszczowych. Czasem udaje się wyhodować ze stolców pałeczki kwasoodporne.

Bóle brzucha często są rozlane. Chory skarży się na „bóle całego brzucha”. Mają one niejednokrotnie charakter kurczowy; do stałego uczucia tkliwości brzucha dochodzą bóle napadowe; każdy napad składa się z szeregu mniejszych; a mniejsze składają się ze stopniowego wzrastania bólu, jego największego nasilenia i zwolnienia. Bóle te nie stoją w ścisłym związku z czynnością przewodu pokarmowego i moczopłciowego, z pozycją ciała, nieraz wzmagają się po większym wysiłku lub ruchu gwałtownym, mało reagują na ciepło, ustępują zazwyczaj po atropinie lub pomorfinie. Czasami bóle napadowe umiejscawiają się głównie w okolicy kątnicy, nieraz w lewej dolnej i środkowej części brzucha, nieraz w okolicy pępka i dołka sercowego. Przy badaniu stwierdza się jednakże zazwyczaj bolesność miejscową na dwóch punktów: 1) jednego w okolicy dolnego odcinka jelita czczego i kątnicy (*regio ileocaecalis*), ale nieco wyżej i ku wewnątrz od punktu Mc. Burneya, a zatem bliżej pępka i 2) drugiego po stronie lewej w okoli-

cy krezki esicy — nalewo od górnych kręgów lędźwiowych, przykręgosłupowo. Obserwacje nasze co do umiejscowienia punktów bolesnych w gruźlicy gruczołów jamy brzusznej najzupełniej zgadzają się ze spostrzeżeniami Doc. St. Kleina oraz Prof. Sternberga (z Leningradu), który bolesność wspomnianych punktów opisał jako „objaw gruczołowo - krezkowy”. Ze swej strony musimy dodać, że poza wrażliwością na ucisk, punkty te są bolesne przy opukiwaniu młoteczką powłok lub przy lekkim i krótkim uderzaniu brzucha palcami. Kierunek promieniowania bólów jest najrozmaitszy, — często jednakże chorzy ci narzekają na bóle promieniujące od pępka do krzyża (ból krezkowy).

Zgadzamy się najzupełniej z Lottschem, St. Kleinem i inn. autorami, że potwierdzenie rozpoznania o zajęciu gruczołów chłonnych jamy brzusznej uzyskujemy dopiero po ich wyczuciu i stwierdzeniu, że są powiększone i bolesne. Niejednokrotnie wykrycie gruczołów napotyka trudności wobec odruchowego napięcia mięśni powłok przez przewrażliwionych chorych, wobec częstotliwości kamyków kałowych u chorych z zaparciem stolca i wobec częstotliwości gruczołków, wyczuwalnych w brzuchu, ale niebolesnych. Tylko bolesność gruczołu przemawia za jego gruźlicą czynną, za istnieniem stanu zapalnego torebki i jej okolicy (*peradenitis*). Co się dotyczy umiejscowienia, to mogą one występować wszędzie, ale najczęściej wyczuwamy bolesne guzki, nieraz wrzecionowate postronki gruczołów w okolicy *regionis ileo-coecalis*, większe natomiast, niezależnie od siebie leżące w okolicy *radix mesenterii*. Nieraz guzki bolesne wyczuwa się przy badaniu przez odbytnicę. Wielkość ich waha się od wielkości ziarnka grochu do wielkości brzoskwinii lub orzecha włoskiego. Spoistość posiadają b. dużą — nieraz spoistość chrząstki.

Odczyn Pirqueta niezawsze wypada wybitnie dodatnio, natomiast najzupełniej wyraźnie występuje odczyn Ponderffa, wykonany w pobliżu ogniska choroby, nprz. na udzie: często przychodzi do silnego odczynu miejscowego z powiększeniem znacznym gruczołów chłonnych udowych i do odczynu ogniskowego w postaci silnych bólów brzucha, przy słabym odczynie ogólnym i gorączkowym.

Dla celów rozpoznawczych duże znaczenie posiada stwierdzenie przy pomocy promieni Rentgena zwapniałych gruczołów krezkowych w okolicy kątnicy i na wysokości górnych kręgów lędźwiowych nalewo od kręgosłupa.

Z powikłań pierwotnego zespołu jelitowo-gruczołowego należy wymienić: 1) ostrą niedrożność jelit wskutek skurczenia się krezki bliznowatego, 2) odruchowe porażenie jelit, 3) przebiecie mas serowatych do otrzewny w okolicy jelita krętego z następczym wytworzeniem się rozlanego zapalenia otrzewny z zejściem zazwyczaj śmiertelnym lub z powstaniem klinicznego zespołu niby — zapalenia wyrostka robaczkowego z typowymi bólami, wymiotami, brakiem stolców i wiatrów, bolesnością w pobliżu punktu Mc Burneya, objawami Rowsinga i Blumberga i t. d. — w przypadkach tych nawet dokładnie zebrane wywiady, ani badanie fizykalne, ani nawet nieraz rozbiór krwi nie pozwalają na ścisłe rozpoznanie; i zabieg operacyjny staje się koniecznością; 4) za rzadkie powikłanie należy uważać przeżarcie naczynia krwionośnego przez zserowaciały gruczoł i zejście śmiertelne wskutek krwotoku wewnętrznego — przypadek taki opisała Rawitzkaja.

Rozpoznanie pierwotnego zespołu jeli-

towo-gruczołowego opieramy 1) na wyczuciu powiększonych i bolesnych gruczołów w okolicy krętnicko-kątniczej oraz w okolicy *radix mesenterii*, 2) na objawach ogólnych zakażenia gruźliczego (powolny początek i przebieg cierpienia, typowe wahania ciepłoty, wychudzenie, zmiany we krwi), które zmuszają nas do dokładnego przeszukania wszystkich narządów, 3) na tem, że badanie dokładne kliniczne i nawet radiologiczne wyłącza istnienie innych ognisk gruźliczych w ustroju, 4) na wykazaniu rentgenologicznym zwapnień w gruczołach chłonnych jamy brzusznej i 5) wybitnie dodatnim odczynie udowym Ponderffa.

W rozpoznaniu różniczkowym musimy pamiętać o wszystkich schorzeniach jamy brzusznej, łącznie z miednicą małą, nerkami oraz układem krwiotwórczym.

O ile chodzi o postacie, wzgl. okresy zespołu pierwotnego jelitowo-gruczołowego, to różniamy postacie jawne, zamaskowane, ukryte, wygojone oraz nieczynne.

Do jawnych należy opisany dopiero co zespół. O ile objawy miejscowe są mało uchwytnie, a na plan pierwszy wysuwają się objawy neurowegetatywne lub żołądkowe, lub występują zaburzenia sercowo-naczyniowe lub niby — wątrobowe, wtedy należy mówić o maskach, analogiczne do masek w gruźlicy płuc, opisanych przez Sokółowskiego. Przy braku objawów miejscowych i wyraźnych objawach ogólnych można mówić o postaci utajonej — wykrywa ją dokładne badanie. Przy braku objawów schorzeń ogólnych i miejscowych i tylko dodatnim wyniku zdjęcia rentgenowskiego należy myśleć o postaciach wygojonej i nieczynnej: o wygojonej wtedy, gdy z wywiadów dowiemy się o przebyciu objawów klinicznych zespołu pierwotnego, a o nieczynnej przy braku tego momentu w wywiadach.

Nasilenie schorzenia zależne jest od rodzaju zarazki, od wieku chorego oraz od odporności danego osobnika. Jak wiadomo, lasecznik typu bydlęcego czyli perliczego wywołuje zmiany bez dążności do serowacenia, u niemowląt przebieg cierpienia jest burzliwy, u małych dzieci naogół łagodny, a po okresie pokwitania bardziej uporczywy.

Odczyny otrzewnowe pierwotnego zespołu brzuszego.

Pierwotny zespół brzuszny może zatrzymać się w każdym okresie. Możliwe jest istnienie pierwotnego nacieku jelitowego ze zmianami w gruczołach, ale bez zajęcia ich torebki, czyli bez bólów i bez objawów ogólnych. Możliwy jest zespół pierwotny jelitowo-gruczołowy ze skłonnością do remisji, wzgl. do wygojenia, a nawet wogóle bez klinicznych objawów chorobowych. Przy większym nasileniu schorzenia, zależnie od siły zarazki, jego rodzaju (p. wyżej), wieku chorego i odporności osobniczej, może powstać ostry, podostry lub przewlekły odczyn otrzewnowy ogólny w przebiegu pierwotnego zespołu brzuszego.

Ostry odczyn otrzewnowy występuje w przypadkach przebiecia mas serowatych do otrzewny lub zwężenia gruczołów otrzewnowych lub pozaotrzewnowych. Występują wtedy burzliwe objawy z wysoką gorączką lub ze spadkiem nagłym ciepłoty do 35°, z objawami zapaści wskutek porażenia naczyń brzusznych, *facies Hippocratica*, objawem Blumberga, czkawką, wymiotami, ograniczoną do okolicy wyrostka lub rozlaną *défense musculaire*, nieraz z łódko-

watem wciągnięciem brzucha z równoczesnym wypięciem dolnej części profilu brzuszno, bez zniknięcia stłumienia wątrobowego (w odróżnieniu od zapalenia otrzewny z przedziurawienia jelit), objawami niewielkiej ilości wolnego płynu w jamie brzusznej (czasem klinicznie nie daje się go wobec bolesności brzucha i napięcia powłok stwierdzić), z brakiem przy wysłuchiowaniu jamy brzusznej ruchów robaczkowych jelit („śmiertelna cisza otrzewnowa”), indykanem w moczu.

Zawezwany chirurg rozpoznaje zazwyczaj w tych przypadkach typowy zespół ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, wykonywa operację i napotyka płyn wolny, mętny, brudno-szary lub brudno-bursztynowy, a w pobliżu niezmiennego wyrostka — zmienione serowato gruczoły chłonne. Po szczęśliwym zabiegu operacyjnym chory się poprawia, rana goi się, ale cierpienie pozostaje — rozwija się niezauważony dotąd przez chorego zespół pierwotny brzuszny czynny, opisany powyżej lub przewlekłe wysiękowe albo zrostowe zapalenie otrzewny. Niejednokrotnie jednak burzliwe objawy kończą się zejściem śmiertelnym chorego.

W razie zropienia lub zserowacenia gruczołów, ale bez przebiccia, wytwarza się analogiczny do dopiero co opisanego odczyn otrzewnowy, ale o przebiegu mniej gwałtownym i z wysiękiem surowiczowłóknikowym.

O wiele częściej wraz z zespołem pierwotnym brzuszny czynny lub ukryty rozwija się przewlekły odczyn otrzewnowy. Może on mieć charakter surowiczowłóknikowy lub włóknikowo-zrostowy lub też pierwotnie przerostowy — przy zarazku typu perliczego. Początek cierpienia jest powolny, z podaniem przy zespole pierwotnym objawami ogólnymi, z zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi, naprzemiennymi zaparciami i rozvolnieniem, wzdęciem brzucha oraz objawem płynu wolnego w postaci cierpienia wysiękowego. Małe ilości płynu łatwo można wykazać przy pomocy opisanych przed niedawnym czasem przez L i a n a i O d i n e t a objawu podwójnego szmeru przy opukiwaniu puchliny brzusznej oraz objawu stłumienia poziomego w pozycji stojącej. Pierwszy z opisanych objawów polega na występowaniu podwójnego zjawiska akustycznego (tonu, szmeru) w czasie wysłuchiwania brzucha w okolicy jednego dołu biodrowego z równoczesnym opukiwaniem odpowiedniego punktu po drugiej stronie brzucha; w warunkach tych w razie braku płynu w jamie brzusznej występuje tylko jeden ton.

Drugi objaw polega na zbieraniu się małej ilości płynu w dolnej części brzucha w pozycji stojącej — wtedy już, kiedy w pozycji leżącej płyn w takiej ilości nie daje się wykryć, albowiem rozlewa się po całej jamie brzusznej. Ze swej strony musimy dodać, że stłumienie poziome tak samo wyraźnie występuje w pozycji siedzącej, nieraz dla chorego mniej uciążliwej, oraz że niejednokrotnie jeszcze przed wystąpieniem obu objawów L i a n a i O d i n e t a płyn powoduje wypięcie D o u g l a s a, wyczuwalne w czasie badania przez odbytnicę.

Wydobyty z jamy brzusznej płyn jest surowiczowłóknikowy, jego barwa jest bursztynowa, jego ciężar gatunkowy = 1012 — 1018, próby M o r i t z a R i v a l t y oraz S o c h a n s k i e g o są wybitnie dodatnie, zawiera włókniak i 2,5 — 4% białka, w wodzie przeważają komórki jednojądrzaste (limfocyty).

W postaci zrostowej odczynu otrzewnowego objawy ogólne są b. słabo zaznaczone; gorączki, potów, ogólnego wyniszczenia może nie być; we krwi stwierdzamy limfocytozę i eozynofilję, a w moczu czasami występuje powiększenie urobilinogenu; odczyn B i e r n a c k i e g o nie jest przyspieszony. Wobec tych dyskretnych objawów ogólnych na plan pierwszy w obrazie chorobowym występują objawy bólowe. Brzuch jest bolesny samoistnie, niezależnie od przyczyn zewnętrznych, powłoki są napięte, twarde, wciągnięte, tklive, w głębi wyczuwa się opór. Przy badaniu przez odbytnicę stwierdza się szereg stwardnień. Na podstawie własnych obserwacji możemy dodać niektóre nieopisywane w tem cierpieniu objawy. Chorzy mają bóle codziennie, zawsze w tym samym czasie po jedzeniu — wtedy, gdy kał przechodzi przez odcinek jelit, okolony przez zrosty z otrzewną — nprz. po 3—5 godzinach; ciepło, zmiana pozycji na bóle nie wpływają; ustępują one po ławatywie oraz po środkach przeciwkurczowych, jak atropina, papaweryna, *benzylum benzoicum*, ekstrakt lulkę czarnego i t. d. Poza temi bólami miewają chorzy, zwłaszcza po spożyciu pokarmów powodujących wzdęcie, jak groch, fasola, kapusta, kalafior, chleb czarny, rzodkiew i t. d., napady bólów, połączonych z brakiem stolców i wiatrów, bębnicą jelit i stawianiem się jelit, a zatem z zespołem ostrej niedrożności jelit; atropina, przeplukanie hegarowskie, a nieraz i hipofizyna usuwa te dolegliwości. W czasie badania chorych możemy wywoływać bóle w tych odcinkach, gdzie są zrosty otrzewnowe, „bóle z rozciągania zrostów” — przez pewne ruchy, jak nprz. maksymalne zgięcia grzbietowe kręgosłupa lub zgięcia grzbietowoboczne kręgosłupa. Bóle w okolicy zrostów jelitowych nieraz możemy sprowokować przez podanie chorem ry cyny lub parafiny, przez głęboką enemę lub przez rozdęcie jelita grubego przez odbytnicę. Wszystkie te objawy, podobnie jak i tarcie otrzewnowe, wyczuwalne ręką w okolicy wątroby i przed nami opisane, przemawiają za zrostami otrzewnowymi bez ustalenia ich przyczyny. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje zmiany, typowe dla zrostów naokoło jelit cienkich, nieraz i grubych — przy braku innych dowodów przebytych cierpień przewodu pokarmowego.

O ile rozpoznawanie odczynu wysiękowego jest łatwe ze względu na właściwości chemiczne ew. na wynik próby biologicznej płynu, o tyle stwierdzenie gruźlicy otrzewny zrostowej wczesnej napotyka trudności. Szczególnie wtedy, gdy brak objawów ogólnych, lub gdy są one słabo zaznaczone. Odczyny serologiczne i alergenowe gruźlicze nie są, rzecz oczywista, w tych przypadkach miarodajne. Jedynie dłuższa obserwacja, dokładne zdjęcie rentgenowskie przewodu pokarmowego, wyliczające inne powody zrostów otrzewnowych oraz wykazanie w rentgenie pierwotnego zespołu brzuszno pozwala schorzenie rozpoznać. Pomocne byłoby w tych przypadkach wżernikowanie jamy brzusznej przy pomocy laparoskopu J a k o b a e u s a — pozwala ono znaleźć gruzelki w okolicy zrostów otrzewnowych. Ale metoda ta, zwłaszcza w postaci zrostowej gruźlicy otrzewny, jest technicznie trudna i nie zawsze dla chorego obojętna.

P o s t a ć p r z e r o s t o w a g r u ż l i c y j e l i t, t. zw. guz okolicy krętniczo-kątniczej (objawy dyspeptyczne z nudnościami, wymiotami, wrażliwością schorzałej okolicy przy objawach ogólnych i swoistych pierwotnego zespołu brzuszno) oraz p o s t a ć

przerostowa gruźlicy otrzewny (z guzami Thormayera wskutek skurczenia się krezki lub z zespołem zrostowego zapalenia otrzewny) naogół nie przedstawiają trudności rozpoznawczych.

Streszczając więc raz jeszcze postacie gruźlicy otrzewny okresu pierwotnego zespołu brzuszego, musimy wyodrębnić następujące jednostki kliniczne:

1. Pierwotne gruźlicze zapalenie jelita cienkiego. (*Enteritis tuberculosa exulcerans primaria*).

2. Pierwotny zespół gruźliczy jelitowo-gruczołowy. (*Enteritis et lymphadenitis abdominalis tbc primaria*).

- 1) utajony (*occultae*);
- 2) zamaskowany (*larvatae*);
- 3) jawny (*manifestae*);
- 4) nieczynny (*inactivae*);
- 5) wygojony (*obsoletae*).

3. Odczyn otrzewnowo-pierwotnego zespołu brzuszego.

- A. ostry, piorunujący, wrzodziejący;
- B. podostry;
- C. przewlekłe,
 - 1) zrostowy,
 - 2) surowiczowłóknikowy,
 - 3) przerostowy.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z zakładu Żyd. Tow. Pom. Niezam. Matkom w Warszawie
(Kierownik: Dr. med. Z. Endelmann).

Znaczenie zboczenia wzrostu chrząstek (*Chondrodystrophia foetalis*) w położnictwie.

Podał

Dr. med. Wilhelm SZENWIC, ordynator zakładu (Warszawa).

Zaburzenia rozrostu, które działają powstrzymująco na wzrost kości, głównie na wzrost wzdłuż, mogą przez wczesne wystąpienie i uporczywość choroby zahamować wzrost do stopnia karłowatości.

Jeżeli zaburzenie wzrostu wzdłuż jest bardzo nierównomierne na różnych odcinkach ciała, to takie karły nazywają się nieproporcjonalnymi.

Chondrodystrophia foetalis, dawniej zwana *Rachitis foetalis* (Kaufmann), albo *Achondroplasia* (Parrot), alboważ *Micromelia chondromalacica* (Kirchberg-Marchand), należy do zaburzeń, występujących już u płodu, znajdującego się jeszcze w łonie matki i powstających pod wpływem jakichś nieprawidłowości w rozwoju zawiązka zarodkowego nieznanego pochodzenia.

Pod względem anatomo-patologicznym cierpienie to stanowi zboczenie chrząstkowego kostnienia w tem znaczeniu, że niedostateczny rozrost komórek chrząstkowych powoduje zahamowanie wzrostu wzdłuż.

Kaufmann rozróżnia dwa rodzaje zboczenia: niedokształceniowe i przerostowe.

Jeżeli istnieje zahamowanie wzrostu, to Kaufmann mówi o zboczeniu niedokształceniowym; jeżeli zaś istnieje żywy, ale nieuporządkowany wzrost, któremu brak tworzenia się rzędów komórek chrząstkowych, wtedy nazywa to przerostowym zboczeniem wzrostu chrząstek, które może się spotęgować do rozmięknienia wybujałej istoty chrząstki.

Miedzy obiema temi postaciami istnieją przejścia.

Ścisłe rozróżnienie obu postaci zboczenia możliwe jest, podług Breusa i Kolisko, tylko na szkieletcie; położnik także może rozpoznać typ niedokształceniowy, opierając się głównie na wzroście, o ile on nie przekracza 100 cm.

Typ drugi zniekształcenia jest częstszy od pierwszego.

Kaufmann znalazł, że choroba ta może wystąpić w różnych okresach rozwoju płodu, a więc, im wcześniej występuje, tem krótsze będą kończyny.

Znamienną rzeczą dla schorzenia tego stanowi zruśnięcie się kości podstawy czaszki w jedną całość (Langer, Smith) oraz zrośnięcie jąder kości kręgów z ich łukami (Breus i Kolisko).

Przyczyna choroby nie jest jeszcze wyjaśniona. Myślano o wpływach dziedzicznych lub krzywicy, przymiocie, alkoholizmie, przyczynach mechanicznych (v. Franc'é), hamujących wewnątrzchrząstkowy rozrost kości, o pierwotnym zaburzeniu wzrostu chrząstki w znaczeniu zniekształcenia rozwojowego (Herschman), jako skutku zatrucia jadami lub też następstwa zaburzeń wewnątrzwydzielniczych (Liebmann), czego dowodem byłby często stwierdzany t. zw. „hypergeritalismus” płodu (Wagner, Vidaković i Dolinsek).

Ponieważ zadaniem mojem jest poruszenie tylko tych stron omawianej choroby, które interesują głównie położnika, porzucam więc na tem krótkim określeniu istoty tego cierpienia.

Przypadek, który pobudził mnie do zajęcia się tą sprawą, wykazuje wszystkie cechy znamienne dla tego zboczenia, nie będę więc ich tu oddzielnie wliczał, lecz ograniczę się tylko do opisu samego przypadku i podkreślenia szczegółów, interesujących położnika.

Z wywiadów wynika, że pacjentka ma lat 35, pochodzi z rodziny zdrowej, chodzić zaczęła dopiero w 6-m roku życia, pierwszy perjod zjawił się w 16-m roku życia, odtąd miesiączkowała regularnie, co 4 tygodnie w ciągu 4 dni, po raz ostatni przed 9 miesiącami.

Wzrost 1 metr 14 cm, obwód głowy 54 cm, długość ramienia 14 cm, przedramienia 16 cm, uda 26 cm, podudzia 21 cm, ręki 12,6 cm, stopy 16,3 cm. Obwód brzucha 101 cm, wielowodzie, ciąża donoszona, płód żywy.

Wymiary miednicy: międzykołcowy 22, międzygrzebieniowy 22, międzykrętarzowy 25, sprężyna zewnętrzna 14, sprężyna przekątna 6½ cm.

Rzut oka na załączoną tutaj podobiznę pacjentki wykazuje nam mocno rozwiniętą czaszkę, która jest zbyt duża dla tej skarłowaciałej postaci; czoło jest mocno rozwinięte, twarz jakby cofnięta, nos z boku wygląda jakby spłaszczony, wyjątkową krótkość kończyn, t. zw. niedorość, które są za

krótkie nawet w stosunku do tego małego tułowia. Ręce nie sięgają nawet do krętarzy (normalnie do połowy uda). W stawach łokciowych ramiona nie mogą być wyprostowane. Palce są krótkie i jednakowej długości, wyglądają, jak szprychy koła. Ponadto widzimy znaczny niestosunek między górną a dolną częścią ciała, wygięcie kręgosłupa do przodu w lędźwiowej jego części. Skóry jest jakby za dużo dla tej karłej postaci, co uwiadamia się bardzo na zgięciu między udem a podudziem.



Rys. 1.

Rozwój umysłowy normalny, narządy wewnętrzne bez uchwytanych zmian. Odczyn Wassermann'a, badany dwukrotnie, był raz słabo dodatni, poraz drugi ujemny.

W tydzień po przybyciu do zakładu rozpoczęły się bóle porodowe. Dokonałem w uśpieniu eterowym cięcia cesarskiego klasycznego, przyczem wyciąłem klinowato części maciczne jajowodów w celu wyjałowienia pacjentki, na co małżonkowie uprzednio wyrazili swoją zgodę. Przebieg pooperacyjny był bez specjalnych powikłań, rana zagoiła się przez rychłozrost.

Noworodek płci męskiej przedstawiał się następująco: Długość 46 cm, waga 1800 gr., objętość główki 34 cm, klatki piersiowej 28,5 cm, wyraźny niestosunek kończyn w stosunku do tułowia, szczególnie krótkie są uda i ramiona. Długość uda 14, podudzia 8, ramienia 11, przedramienia 7; owłosienie słabe, paznokcie krótkie; główka o ukształtowaniu prawidłowym, ciemiączko duże o rozmiarach 4×5 cm, wklęsłe, tętnienie niewyczuwalne; nos o kształcie zlekka siodełkowatym; brzuch silnie wzdęty, wątroba, śledziona nie wyczuwalne; prącie niedorozwinięte, jądra niezupełnie opuszczone do moszny; serce i płuca bez zmian uchwytanych.

Noworodek kwilił słabo; w 3-m dniu wystąpiły zmiany na skórze, a mianowicie, skóra uda, podudzia, ramion, a w lżejszym stopniu przedramion wykazuje znaczne zgrubienie, twardość, nieruchomość na podłożu, słabsze zaróżowienie, aniżeli reszta skóry. Ucisk palca pozostawia wgłębienie prawie przez pół minuty. Skóra karku, policzków o tychże cechach. Wybitne obniżenie ciepłoty opisanych miejsc. Skóra tułowia zaróżowiona prawidłowo, ruchoma, układa się w fałdy, jędrna. Rozpoznano u noworodka zboczenie wzrostu chrząstek oraz twardzinę skóry.

Noworodek zmarł w 4-m dniu po porodzie.

Ogłędziny pośmiertne noworodka dokonane przez dra P l o Ń s k i e r a, wykazały między innymi: Szwy ciemienio-wo-potyliczne zrosnięte. W kościach długich granica nasad wyraźna, prawidłowa, w dolnych nasadach puszczeli szeroka. Tkan-ka tłuszczowa podskórna słabo rozwinięta, mięśnie różowe, wiotkie. *Foramen ovale apertum*. Grasica duża, waga 15 gr., budowa zrazikowata, wyraźna. Wątroba duża, miękka, brzegi okrągłe, na przekroju ciemnowiśniowa, jednolita. Śledziona mała, twarda, na przekroju ciemno-wiśniowa.

Drobnowodowo stwierdzono w skórze dość znaczny rozrost tkanki łącznej oraz bardzo obfitą tkankę tłuszczową.

Znajomość zaburzeń wzrostu ma duże znaczenie dla położnika, dlatego że każdy rodzaj karła ma znamionną poniekąd dla swego rodzaju miednicy.

Ponieważ zboczenie wzrostu chrząstek jest ogólnym schorzeniem kości, więc nie pozostaje ono bez wpływu na rozwój kości miednicy.

Samo rozpoznanie rodzaju karłowatości powinno wystarczyć, aby doświadczony położnik zdał sobie sprawę z tego, z jakim rodzajem miednicy ma do czynienia.

Porak pierwszy rozpoznał i ocenił należycie kształt miednicy u karlic ze zboczeniem wzrostu chrząstek.

Breus i Kolisko znajdowali w takich przypadkach miednicę w tak odrębny sposób zmienioną co do wielkości, pochylenia oraz wszystkich wymiarów, iż doszli do wniosku, że taką miednicę można na pierwszy rzut oka odróżnić od innych nieprawidłowych miednic i rozpoznać jako miednicę karłą, powstałą wskutek zboczenia wzrostu chrząstek czyli „*chondrodystrophia foetalis*“.

Rozróżniają oni dwie postacie miednicy.

Miednice obu rodzajów wzrostu karlego, zależnych od zboczenia wzrostu chrząstek, różnią się między sobą zarówno pod względem właściwości anatomicznych, jak i znaczenia klinicznego.

Postać pierwsza odznacza się silnem spłaszczeniem wejścia miednicy, które przybiera wyraźny kształt nerki z powodu wysoko ustawionego mocno wystającego wzgórka i silnego pochylenia prawie poziomo ustawionej kości krzyżowej w kierunku płaszczyzny końcowej; pochylenie bocznych kości miednicy jest nie w tym samym stopniu wzmożone; kości miednicy są drobne, kształt mały. Ten typowy kształt miednicy wykazało i w moim przypadku zdjęcie rentgenowskie dokonane przez b. p. kol. Adelfanga.

Postać druga, bardzo rzadka, przedstawia się jako ogólnie zwężona miednica o kształcie trójkątnym. Chociaż sprzężna wydaje się bardziej skróconą w wejściu miednicy, to jednak nie w tak wybitnym stopniu, jak w miednicy, należącej do odmiany pierwszej; to spłaszczenie jest nawet tak nieznaczne, że można je rozpoznać dopiero po dokładnem zmierzeniu wymiaru strzałkowego i poprzecznego. Wyjście miednicy jest szersze od wejścia.

Miednice te podobne są i zbliżone do karlich miednic krzywiczych; specjalną uwagę położnika zwraca tutaj na siebie wygięcie kręgosłupa, ustawienie kości krzyżowej oraz potężny rozwój mięśnia lędźwiowo-udowego.

Nie można oprzeć się wrażeniu, że w ukształtowaniu się miednicy, zależnem od choroby zboczenia wzrostu chrząstek, wchodzą w grę te same

czynniki, jak i w miednicach krzywiczno-zmiękczałych (Martin, Breus i Kolisko).

Mamy tu do czynienia z kształtem miednicy, który w różnorodnych schorzeniach kości powstaje zasadniczo pod wpływem takich samych czynników zewnętrznych, a głównie ciągu mięśni (Martin).

Rozumie się, że wskutek rozmaitych różnic, zależnych od okresu, w jakim nastąpiło zachorowanie, od stopnia samego schorzenia i od mniej lub więcej pomyślnego wyleczenia choroby, powstają duże różnice w ukształtowaniu się miednic rozmaitych chorých.

W pracy mojej, ogłoszonej wspólnie z kol. Adelfangiem („W sprawie zniekształcenia miednicy po przebytej chorobie Heine-Medina“, *Gin. Polska* 1928 zeszyt 1—3) wyraziliśmy pogląd, że „schorzenia kostne, bądź też choroba nerwów kończyn dolnych, bądź wreszcie wszelkie choroby, zmieniające warunki statyczno-mechaniczne w stawach biodrowych, prowadzą do jednakowego zniekształcenia miednicy, niezależnie od rodzaju schorzenia albo od wywołanych przez siebie zmian statycznych“.

Zboczenie wzrostu chrząstek ma więc dla położnika specjalne znaczenie, dlatego, że schorzenie to prowadzi do tak znacznych zmian kształtu miednicy, że poród drogą naturalną staje się niemożliwy.

Sprężna prawdziwa wynosi tutaj przeciętnie 5 cm.

Przegląd piśmiennictwa wykazuje, że karlice, dotknięte tem schorzeniem, musiały być rozwiązane przez cięcie cesarskie (Breus i Kolisko, Wehefritz, Zondeck, Vidakowic i Dolinsek, Baumm, v. Rooy i inni).

Nie tylko sama choroba matki, ale również i choroba płodu, pochodzącego od prawidłowo zbudowanej matki interesuje położnika.

Płody takie mają znacznie powiększoną tkankę podskórną łączną i tłuszczową, czasem powikłaną ogólną puchliną.

Z powodu znacznego powiększenia ogólnej objętości płodu zachodzą często duże trudności porodowe (Baisch, Kleinhaus).

Ze starszych autorów Hohl podaje przypadek ciężkiego wydobywania płodu, który wyglądał jak krzywicz. Również N F. Winkler miał duże trudności przy wydobywaniu płodu obrzękniętego z bardzo krótkimi kończynami. Ahlfeld podaje w swym podręczniku położnictwa przypadek przeszkody porodowej z powodu zboczenia wzrostu chrząstek u płodu.

Z nowszych autorów Kuntschick opisuje przypadek, w którym poród takiego płodu, długości 41 cm, wagi 2530 gr. sprawił duże trudności podczas wydobywania dużej, twardej głowy.

Fuchs niedawno przekonał się, że samo zboczenie wzrostu chrząstek płodu bez niestosunku między obiektem porodowym a drogami rodnymi spowodować może duże trudności podczas rozwiązania. Dokonanie obrotu nie udawało się doświadczonemu położnikowi, wewnętrzna ręka ześlizgiwała się z krótkiej kończyny, nie udało się wyprostować nogi i tułowia, tak, że trzeba było dokonać wymóżdżenia płodu, który w międzyczasie zmarł.

Mały wymiar stopy i kopytowość, sztywność stawów, specjalnie kręgosłupa czynią z takiego dziecka prawie niepodatny obiekt porodowy.

Rozpoznanie takiego płodu podczas porodu udaje się ustalić w wyjątkowych tylko przypadkach (podczas wejścia ręką w celu dokonania obrotu lub przez pomocy zdjęcia rentgenowskiego).

Przy życiu pozostają tylko nieznacznie schorzałe płody, podczas gdy przypadki cięższe z silniejszym niestosunkiem, wyrażonym w obwodzie głowy i długości ciała, są przeważnie niezdolne do życia i często rodzą się na szczęście dla położnika przedwcześnie (Abels, Hübscher).

Określenie stanowiska położnika wobec zboczenia wzrostu chrząstek jest niełatwe zarówno ze względu na matkę, jak i na płód.

Zadaniem położnika w tych razach jest zwrócić uwagę pacjentki, dotkniętej tem schorzeniem, na możliwość dziedziczenia omawianej choroby przez płód.

Jeżeli lekarz widzi pacjentkę już podczas ciąży, to należy zastanowić się nad sprawą ew. przerwania tej ciąży.

Otóż, ze stanowiska higieny rasowej, lekarz byłby poniekąd uprawniony do przerwania ciąży za zgodą rodziców tylko na zasadzie rentgenologicznie pewnie stwierdzonej choroby płodu, tembardziej, że następne dziecko może być zdrowe (Wehefritz, Kuntschick).

Niektórzy autorzy, jak Kuntschick, uważają, że w razie stwierdzenia za pomocą promieni Roentgena zboczenia wzrostu chrząstek u płodu nawet w łonie matki normalnej należy ciążę również przerwać, tembardziej, że dzieci takie są przeważnie niezdolne do życia i umierają bezpośrednio przed lub po porodzie.

Ponieważ jednak nie uważamy takich płodów za potworki, z drugiej zaś strony, jak wykazało doświadczenie, takie płody w życiu późniejszym rozwijają się umysłowo normalnie, a nawet wykazywały nadzwyczajne zdolności i stały się źródłem najczystszej szczęścia matczynego, nie może więc być bezwzględnej wskazania do przerwania ciąży (Fraenkel, Peham, Latzko).

Do zmian anatomicznych, wobec których zająłaby mogła konieczność przerwania ciąży, należy zaliczyć bezwzględne zwężenia miednicy.

Technicznie łatwe byłoby wykonanie przerwania ciąży wobec sprężnej prawdziwej, mniej więcej 5 cm, tylko w początku ciąży, rozpoznanie zaś rentgenologiczne zboczenia wzrostu chrząstek u płodu możliwe jest dopiero w 6—7 miesiącu ciąży (Goldberg i Geipel, Kuntschick); w tym zaś okresie przerwanie ciąży będzie zabiegiem bezwzględnie trudniejszym i niebezpieczniejszym, aniżeli cięcie cesarskie, które, wykonane na czasie i w odpowiednich warunkach, daje dobre rokowanie.

Podzielałam w zupełności zdanie Becka, że wola ciężarnej nie może być tutaj decydująca, gdyż brak jest osobie takiej zrozumienia rzeczy. Nie uświadamia sobie ona niebezpieczeństwa poszczególnych zabiegów, oczywiście, będzie ona więcej skłonna do lekceważenia niebezpieczeństwa poronienia sztucznego i do przeceniania niebezpieczeństw, związanych z operacją cięcia cesarskiego.

Względy eugeniczne mogą również niekiedy

zdecydować o naszym postępowaniu w takich przypadkach.

Wszak zagadnienie eugeniki zawiera się w dążeniu do uszlachetnienia i podniesienia wartości typu ludzkiego (Wernic).

Powinniśmy zatem popierać rozmnażanie się typów ludzkich dodatnich pod względem fizycznym i umysłowym oraz starać się ograniczać rozmnażanie się typów chorowitych, obarczonych wadą dziedziczną.

Ponieważ zboczenie wzrostu chrząstek jest chorobą wybitnie dziedziczną (Bauer, Porak, Breus i Kolisko, Kaufmann, Leriche, Porter, Boeck, Klein), aczkolwiek zdarza się, że taka chora może urodzić zdrowe dziecko i, odwrotnie, zdrowa osoba może urodzić chore dziecko, — winniśmy zatem zastanowić się nad sprawą ew. wyjąłowania pacjentki podczas cięcia cesarskiego.

Zadanie nasze ułatwione jest okolicznością, że operacja wyjąłowania, nieprzynosząca pacjentce żadnej krzywdy fizycznej, dokonana zostaje nie dla samej siebie, lecz w połączeniu z operacją cięcia cesarskiego, która jest bezwzględnie konieczna.

Wielu autorów (Beck, Wehefritz i inni) stoi na stanowisku, że w przypadkach bezwzględnego zwężenia miednicy nie odmawiamy chorej wyjąłowania w formie podwiązania jajowodów przy sposobności cięcia cesarskiego, również liczą się autorzy, którzy ze względów eugenicznych uważają wyjąłowanie osób, dotkniętych zboczeniem wzrostu chrząstek, za celowe (Zondeck, Wehefritz, Baum, Vidakovic i Dolinsek), — toteż podwiązanie jajowodów u karlic ze zboczeniem wzrostu chrząstek podczas operacji cięcia cesarskiego należy uważać za wskazane zarówno

ze względów eugenicznych jak i z powodu bezwzględnie zwężonej miednicy.

Widzimy więc, że zboczenie wzrostu chrząstek ma dla położnika bardzo duże znaczenie nie tylko ze względu na zwężoną miednicę matki, dotkniętą chorobą, nie tylko z powodu trudności porodowych, zależnych od choroby płodu, pochodzącego od zdrowej matki, ale też i ze względów eugeniki rasowej.

PIŚMIENICTWO.

Ahlfeld wym. przez Kleinhansa; Abels, Zentralblatt für Gyn. 1927, str. 1042; Baumm, Zentralbl. 1926, str. 1967; Baisch, Handbuch d. Geb. Döderlein, 2 Band str. 770 i 939, 1924; Boekh, Arch. f. Gin. 1893, Bd. XL, 13; Bode wym. przez Breus i Kolisko; Bauer J. Konstitut. Dispos. zu inner. Krankh. Berlin 2 Aufl. Springer 1921; Beck, Gin. Polska 1927, str. 1127; Breus i Kolisko, Patholog. Beckenformen, B. I, 1904, str. 267 do 349; Eckert, Spez. Path. u. Th. inn. Krank. Kraus u. Brugsch. IX, B. str. 725; Guggisberg, Biol. u. Path. Halban u. Seitz, 1924, III B. str. 128; Goldberg u. Geipel, Zentralbl. f. Gin. 1931, str. 3271; Hübscher, Zentralbl. 1931, str. 1862; Herschan, Zentralbl. 1925, str. 944; Klein wym. przez Wehefritz; Kaufmann. Untersuch. über die sog. foet. Rachitis (Chond. foet), Berlin 1892; Kleinhans, Handb. d. Geb. Windel, 2 B. str. 1667; Kuntschick, Zentr. f. Gin. 1929 str. 2755; Latzko, Zentralbl. 1929, str. 2755; Liebman, Zentr. f. G. 1930, str. 1211; Martin, Halb u. Seitz 1926, VII, B. 2 cz. str. 94; Parrot, Porak wym. przez Breusa i Kolisko; Peham, Zentralbl. 1929, str. 2756; v. Rooy, Zentralbl. 1927, str. 2776; Wehefritz, Zentralbl. 1923, str. 503; Winkler, N. F. wym. przez Kleinhansa; Vidakovic v. Rooy, Zentralbl. 1927, str. 2776; Wehefritz, Zentralbl. 1923, str. 771; Szenwic i Adelfang, Gin. Pol. 1928, zesz. 1 — 3,

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Obecny stan wiedzy o chorobie Heine - Medina*).

Podał

C. ROZENGARTENÓWNA (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 1).

Podstawą anatomiczną choroby jest ostry stan zapalny, który najczęściej atakuje szarą substancję rogów przednich. Liczne jednak badania wykazały, że proces chorobowy nie ogranicza się ściśle do szarej substancji przednich rogów, a że często przechodzi na boczna i tylną białą substancję, przednie rogi są jednak najczęściej zajęte. Najwięcej zmian stwierdza się na samym początku choroby. O p p e n h e i m, który widział na sekcji przypadek, zmarły w pierwszym okresie choroby, stwierdził zmiany zapalne na całej długości rdzenia od góry do dołu, przechodzące również na szlaki przednioboczne. Naogół zmiany te bardzo szybko się cofają, pozostają najczęściej zmiany w zgrubieniach lędźwiowym lub barkowym, a gdy porażenia są już ustalone pozostaje zajęta na ograniczonej prze-

strzeni substancja jednego lub obu rogów. Tym początkowym obrzękiem substancji rdzeniowej na większej przestrzeni i szybkim jego cofaniem się, daje się wytłomaczyć powstawanie przejściowych, szybko znikających niedowładów. Ile tu należy przypisać zmianom obrzękowym rdzenia, a ile działaniu toksycznemu jest w każdym przypadku indywidualne.

Makroskopowo stwierdza się: obrzęk, przekrwienie z pojedynczymi wybroczynami; mikroskopowo - zapalne nacieczenie drobnookrągłomórkowe dookoła opon miękkich, nacieczenie całej szarej substancji zarówno przednich jak i tylnych rogów oraz zniszczenie komórek jądrowych przednich rogów (Ganglienzellen). Nacieczenia grupują się głównie dookoła naczyń chłonnych. Spotyka się też ogniska w rogach tylnych, zwłaszcza w okolicach zgrubień, pozatem w białej substancji przednich, bocznych i tylnych szlaków i te same zmiany, aczkolwiek w mniejszym stopniu, w opuszcze i w mózgu. W rdzeniu przedłużonym ogniska mogą być w rozmaitych miejscach, w mózgowiu najczęściej w podstawowej jego części, mianowicie, w okolicy *fossa Sylvii*, z powierzchni mózgu najczęściej dotknięte są zwoje centralne. Nacieczenia drobnookrągłomórkowe składają się z małych limfocytów

*) Porówn. artykuł Wł. Sterlinga w W. Czas. Lek. z r. 1927.

i poliblastów M a k s i m o w a (forma rozwojowa limfocytów). Te ostatnie usuwają zniszczone komórki jądrowe i inne chore części istoty rodzeniowej, na których miejsce rozrasta się tkanka glejowa. W jaki sposób zostają zniszczone komórki jądrowe, czy przez toksyny czy też przez nacieki drobnych limfocytów i poliblastów, nie jest wiadomem. Z a p p e r l twierdzi, że, jeśli zabić zwierzę bardzo szybko po wystąpieniu porażen, można znaleźć zmiany w rogach przednich jeszcze przedtem nim nastąpiła inwazja drobnych komórek okrągłych. Nie można zatem wyłączyć wpływu toksycznego, który niszczy komórki jądrowe, przygotowując teren dla komórek okrągłych. W przypadkach mózgowych, gdzie niema objawów porażenia nerwów czaszkowych, spotykamy te same nacieczenia zapalne, ale bez zniszczenia komórek jądrowych. Na sekcjach najczęściej widzi się rdzeń już w okresie ustalonych porażen i stwierdza się zwykle atrofję jednego rogu przedniego, co stwarza asymetrię rdzenia na przekroju. Na zasadzie badania anatomo - patologicznego, P e r i t z nazywa ten proces *meningo — myelo — encephalitis disseminata*, inni znów *encephalomyelitis infiltrativa acuta* z główną lokalizacją w przednich rogach.

Jak wynika z opisu anatomo - patologicznego, obraz kliniczny musi być bardzo różnolity. Przebieg choroby daje się wyraźnie podzielić na 3 okresy: I okres zwiastunów lub jak niektórzy autorowie nazywają okres — inwazji, lub okres wczesny, II okres porażen i reparacji, i końcowy III stałych porażen, które się już samostnie nie cofają.

Okres wylęgania nie jest jednolity, waha się w zależności od ciężkości zakażenia i ciężkości epidemii — między 1 — 27 dniami, najczęściej wynosi 8 — 10 dni. W chwili, kiedy zarazek dotarł do układu nerwowego występują pierwsze objawy okresu zwiastunów.

Objawy okresu wczesnego trwają zwykle 1 — 3 dni, czasem do 10 dni i znikają wraz z wystąpieniem porażen, w bardzo rzadkich przypadkach utrzymują się i potem przez pewien czas. Bywają jednak przypadki, gdzie okres ten jest tak krótki, trwa zaledwie kilka godzin, że z łatwością zwłaszcza w nocy może być przeoczony. Istnieje cały szereg opisów poważnych autorów, którzy odrzucił stwierdzali porażenia. To też już stary pedjatra W e s t mówił o „paralysis of the morning” podając przypadki, gdzie, bez żadnych objawów poprzedzających, stwierdzał nagle pewnego ranca porażenia.

Objawy tego okresu przedporażennego są bardzo różnorodne i mogą imitować bodajże każdą chorobę. Tem też tłumaczą się olbrzymie trudności wczesnego rozpoznania, które ma pierwszorzędne znaczenie w leczeniu. Początek choroby może przebiegać zarówno jak angina, lub jak influenza, czy zapalenie oskrzeli lub płuc, lub jako schorzenie przewodu pokarmowego lub wreszcie, jak to najczęściej bywa, z zespołem objawów oponowych. Naogół każda epidemia przebiega z pewnym określonym zespołem objawów.

Jako najtypowsze objawy wymienić należy: prynczulicę i ból, hiperestezję i hiperalgezę, następnie obfite p o t y, wysoką ciepłotę z tęt-nem dużo szybszem niż odpowiadająca mu ciepłota, oddech znacznie przyspieszony nawet tam, gdzie niema zmian w drogach oddechowych, oraz pojedynczo

występujące objawy oponowe. Czasami daje się już w tym okresie zauważyć osłabienie odruchów w tych kończynach, które są potem porażone.

Bolesność największa kręgosłupa i karku oraz tych kończyn, które są potem porażone; bolesność samoistna, zwiększająca się przy ruchach biernych jest tak wielka, że dzieci obawiają się już samego zbliżenia do ich łóżka. Bolesność ta może mieć podwójne źródło, albo zajęta jest szara substancja tylnych rogów, lub też zajęte są opony — jedno i drugie prawie zawsze się spotyka.

Objawy oponowe dyskretne, mogą niekiedy być tak wybitne, że opanowują cały obraz chorobowy. Typowe jednak dla choroby H e i n e - M e d i n a są pojedynczo występujące objawy oponowe przy całkowicie dobrze zachowanej przytomności, w odróżnieniu od pierwszych objawów w zapaleniu opon mózgowordzeniowych epidemicznem czy gruźliczem.

Ostatnio autorzy amerykańscy na zasadzie licznych i bardzo bogatych statystyk wysuwają na plan pierwszy 3 zasadnicze objawy, które mają być typowe dla okresu przedporażennego i umożliwiają wczesne rozpoznanie. Są to: s z t y w n o ś ć k a r k u, s z t y w n o ś ć k r ę g o s ł u p a i d r ż e n i e k o ń c z y n.

Poza temi objawami, bardzo ważny jest brak odruchów brzusznych i z moszny, odruchy ścięgnowe zachowują się zmiennie.

Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazuje już w tym wczesnym okresie charakterystyczne zmiany, które obecnie coraz bardziej są wysuwane na plan pierwszy, jako typowe we wczesnym okresie choroby. To też wszyscy niemal autorowie podkreślają konieczność nakłucia lędźwiowego w ostrych schorzeniach w okresie epidemii choroby H e i n e - M e d i n a, gdyż nawet tam, gdzie brak jest objawów oponowych, stwierdza się dość typowe zmiany w płynie mózgowordzeniowym. A więc: płyn jest najczęściej przezroczysty, odczyn globulinowy zachowują się zmiennie, natomiast zawsze stwierdza się z w i ę k s z o n ą i l o ś ć b i a ł k a, nawet przy braku lub niewielkiej pleocytozie; czyli coś wręcz przeciwnego do „dissociation cyto - albuminique” Francuzów (pleocytoza bez zwiększonego białka, w zapaleniu mózgu), P l a u t tłumaczy to zjawisko trudnościami w cyrkulacji płynu mózgowordzeniowego z powodu obrzęku rdzenia i rdzenia przedłużonego. Ilość cukru w płynie mózgowordzeniowym jest naogół normalna, bywa czasem zwiększona, natomiast nigdy nie bywa zmniejszona — co ma również dużą wartość rozpoznawczą szczególnie w różniczkowaniu z gruźliczem zapaleniem opon m.-rdz., dla którego zmniejszona ilość cukru jest cechą typową. Pleocytoza jest najczęściej nieduża, 50—100 ciałek, bywa jednak do 1000 i więcej, limfocytowa. Pozatem bardzo charakterystyczny ma być odczyn kłaczkowania — Mastixreaction, z maksymalnym odchyleniem w lewo jak u paralityków — w odróżnieniu od zapalenia opon m.-rdz., gdzie maksymalne odchylenie jest na prawo. We krwi w tym okresie E. M ü l l e r, K r a u s e, N a e g e l i, E r l i c h ó w n a stale znajdowali leukopenję, nie potwierdzoną jednakże przez innych autorów; w czasie dużej epidemii w New - Jorku, najczęściej stwierdzano normę lub leukocytozę.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze

Gruźlica.

P. MASSON. Białka surowicy w gruźlicy płucnej. (Rev. de la Tub. Nr. 7. 1931).

Białko całkowite surowicy zwiększa się mniej lub bardziej wyraźnie na początku gruźlicy płucnej oraz podczas części rozwoju procesu bakteryjnego, później poziom ich obniża się stopniowo. W przypadkach końcowych spada on do około 5,5%. W pewnych przypadkach ciężkich, lecz niebezpośrednio śmiertelnych poziom białka bywa jeszcze niższy. Czasem jednak w przypadkach nie mniej ciężkich, a nawet u jednego chorego na ostatnim stopniu charłactwa poziom wahał się około 6,5 — 7%. Spadek białka wydaje się więc wyraźny, ale nie jest on proporcjonalny do ciężkości stanu ogólnego. Poziom seryny (albuminów) obniża się w gruźlicy znacznie, i spadek jest tem wyraźniejszy im postać gruźlicy jest cięższa. Jest on normalny lub prawie normalny w postaciach opornych z zachowaniem dobrego stanu ogólnego. Autor nie znalazł go nigdy normalnym w prawdziwie postępujących postaciach, w przeciwieństwie do Acharda. W przypadkach ze zwiększonym białkiem całkowitem poziom seryny nie zwiększa się równolegle, a zwiększenie się białka całkowitego odbywa się bardzo często wyłącznie kosztem globulinów. Średni poziom globulinów przedstawia odwrotnie postępujące podniesienie się, zupełnie wyraźne. Rzadkie są ciężkie przypadki, w którychby ta zmiana była słabo zaznaczona. To zwiększenie się globulinów jest tem znaczniejsze, im przypadek jest cięższy, i wobec podobnego zwiększenia nasuwa się niepomysłne rokowanie. Reguła ta ma znaczenie ogólne poza rzadkimi wyjątkami. Współczynnik białkowy albuminy / globuliny zależy od zmian względnych seryny i globuliny i będzie tem niższy, im zawartość pierwszej jest mniejsza a drugiej większa. W większości przypadków autorem był on mniejszy od 1. Pochodzi to stąd, że większość chorych w szpitalu — sanatorium Villemin należy do kategorii ciężkich. W niektórych przypadkach współczynnik był mniejszy od 0,80. Wbrew zdaniu Acharda, który twierdzi, że współczynnik 0,80 dowodzi ciężkich zmian i stanu charłaczego, niektórzy chorzy autora z takim współczynnikiem byli w stanie zupełnie zadawalającym. Dopiero przy współczynniku = 0,65 — 0,60 napotykał autor chorych o silnie dotkniętym stanie ogólnym, z rozległymi zmianami płucnymi i początkiem charłactwa. Współczynnik — 0,40 — 0,50 spotyka się u chorych w bardzo ciężkim stanie, zazwyczaj krótko przed śmiercią, aczkolwiek i tutaj spotyka się wyjątki w postaci lżejszych przypadków. Należy się więc wystrzeżać przed stawianiem rokowania na daleką przyszłość, opierając się na współczynniku białkowym. Autor nie przeszedł jeszcze zmian współczynnika białkowego u tych samych chorych przez czas dłuższy. Z dotychczasowych wyników można naogół powiedzieć, że współczynnik zmienia się równolegle ze zmianami stanu klinicznego, aczkolwiek i tutaj spotykał się z pewnymi wyjątkami. Naogół więc tylko można powiedzieć, że wysoki współczynnik jest oznaką pomyślnego rokowania, niski — złego. Szerszemu zastosowaniu tej metody stoją na przeszkodzie trudności techniczne, związane z wykonaniem określań.

Henryk J. L a n d a u.

B. BUSSON. Wykrywanie prątków gruźliczych we krwi za pomocą szczepienia zwierzętom i hodowli. (Wien. kl. Woch. Nr. 46. 1931).

Metoda B u s s o n a polega na hemolizowaniu osadu krwi cytrynianowej zapomocą saponin zamiast zadawania kwasem octowym. Rozczyn saponin 1 : 500, dodany do osadu krwi cytrynianowej w podwójnej ilości w stosunku do pierwot-

nej ilości krwi, powoduje prawie natychmiastowe i zupełne rozpuszczenie osadu, tak, że powstaje jednolity płyn koloidalny, z którym z łatwością można dalej pracować ilościowo, podczas gdy przy zadawaniu kwasem octowym powstaje masywny osad.

A. N e u m a n n (Vöslau - Gainfarn).

H. POPPER, F. BODART i W. SCHINDLER. W sprawie znajomości hodowli prątków gruźliczych ze krwi (według Loewensteina). (Wien. kl. Woch. Nr. 48. 1931).

Podczas gdy ze krwi trupów łatwo hodować kolonie, u żyjących pacjentów udaje się to rzadko, i jest się zmuszonym do oglądania w mikroskopie rozmazów z hodowli. Znajdowane przytem kwasoodporne pałeczki nie muszą być jednak zawsze prątkami gruźliczymi. Wyniki badań R e i t t e r a i L o e w e n s t e i n a, polegające na stwierdzaniu gruźliczej bacillemy w schorzeniach reumatycznych, tłumaczą autorzy aktywacją ogniska gruźliczego z następczym wysiewem zarazków przez nieswoisty bodziec schorzenia reumatycznego.

A. N e u m a n n (Vöslau - Gainfarn).

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

SAINT-CLAIR THOMSON Rak wewnątrzkrtniowy. (Revue de laryngol etc. N. 6, 1932).

Usadawia się on w większości przypadków na strunie głosowej. Bardzo rzadko punktem wyjścia jego jest przestrzeń międzynaławkowa, struna rzekoma lub też kieszonka Morgagniego. Rak wewnątrzkrtniowy umiejscawia się przede wszystkim w części środkowej struny głosowej lub też w przedniej jej części. Nigdy zaś nie wychodzi z tylnej części struny głosowej ani też z okolicy wyrostka głosowego. Ma to znaczenie dla odróżnienia tego cierpienia od modelowatości krtani i gruźlicy. W początkowym okresie raka krtani obydwa końce struny głosowej nie są zajęte sprawą chorobową.

J. T e n c e r.

CASADESUS. Stan obecny chirurgji krtaniowej. (Revue de laryngologie etc. N. 7, 1932).

Rodzaj zabiegu krtaniowego, który winien być wykonany w przypadku raka krtani, zależy od okresu laryngoskopowego. O ile nowotwór jest wyraźnie udgraniczony i nie są zajęte obydwa końce struny głosowej, to należy wykonać rozcięcie krtani. Jeżeli zaś struna głosowa jest nieruchoma, to do zwykłej laryngofissury, należy dołączyć rezekcję odpowiedniej chrząstki tarczowej. O ile rak przechodzi na okolicę nalewkową, to rozcięcie krtani, jako zabieg zachowawczy, nie wystarczy. W tym wypadku, jak również w razie zajęcia nasady nagłośni, strun rzekomych i przestrzeni podgłośniowej należy wykonać operację całkowitego lub połowiczego wycięcia krtani. W przypadku raka zewnątrzkrtniowego wybór postępowania nie jest łatwy. Niekiedy trudno bywa ustalić, czy dany przypadek jeszcze się wogóle nadaje do operacji. Prócz laryngektomji należy w tych razach wykonać mniejszą lub większą rezekcję gardła. Obecność chorych gruczołów chłonnych na szyi, zrosniętych z otoczeniem, stanowi w każdym przypadku raka krtani przeciwwskazanie do wykonania zabiegu. W przypadkach raka krtani, które nie nadają się do laryngofissury, należy wykonać laryngektomję całkowitą. Połowiczego wycięcia krtani autor nie stosuje. Metoda ta w niczem nie góruje nad laryngektomją całkowitą, ma natomiast szereg stron ujemnych. Autor dokonywa wycięcia krtani wg. Glucka, trzymając się następujących zasad: usunięcie mięśni przedkrtaniowych, dokładna izolacja tchawicy, odcinanie krtani zgóry do dołu, sączkowanie obustronne. Inne szczegóły operacji, jak również

rodzaj cięcia skórno, nie mają podstawowego znaczenia. Ważne jednak jest, by nie dokonywać przedwstępnego rozcięcia tchawicy. Pogląd, że tracheotomia, wykonana na pewien czas przed laryngektomią, zwiększa bezpieczeństwo chorego, jest mylny. Doświadczenie wskazuje, że powikłania pooperacyjne (stany gorączkowe, zapalenia płuc) są częstsze w przypadkach, w których została wykonana przedwstępna tracheotomia. Laryngektomia jest obecnie dzięki ulepszonej technice operacyjnej znacznie mniej niebezpieczna, niż dawniej, i nie jest zabiegiem tak kaleczącym, gdyż istniejące przyrządy umożliwiają choremu, pozbawionemu krtani, porozumiewanie się za pomocą mowy z otoczeniem. Sprawa leczenia nowotworów złośliwych aktinoterapią nie jest dotychczas rozwiązana. Istnieje tu szereg trudności. Rad różnie oddziałuje na nowotwory nie tylko w zależności od ich budowy histologicznej, lecz również znaczenie ma miazma, na którego podłożu powstał nowotwór oraz warunki biologiczne nowotworu. Jeśli chodzi o raka krtani, to wyniki leczenia jego radem nie są zadowalające. Najbardziej optymistycznie statystyki podają 12 — 15% wyleczeń, jednakże dane te musiałyby być ocenione znacznie skromniej, gdyby chorzy byli obserwowani przez czas dłuższy. W przypadkach, leczonych radem, łatwo dochodzi do nawrotów, a późniejsza operacja bywa przeważnie znacznie utrudniona. Leczenie raka krtani radem należy przeprowadzać jedynie w przypadkach, które nie nadają się do operacji. Należy też uznać za niesłuszną metodę postępowania, polegającą na tem, że w przypadku raka krtani stosuje się rad, leczenie zaś operacyjne zostawia się na okres ewent. nawrotu. Statystyka raków krtani, leczonych operacyjnie, którą rozporządza autor, wykazuje 75% wyleczeń po laryngofissurze i 60% po laryngektomii.

J. T e m c e r.

J. M. Le MEE. Ropnie płuc po wyluszczeniu migdałków. Mechanizm i patogenez. (Revue de laryngol. etc. N. 7, 1932).

Powikłanie, występujące po tonsillektomii w postaci ropnia płuc, notowane bywa stosunkowo często w Ameryce, w Europie zaś rzadko. Fakt ten tłumaczy się przede wszystkim tem, że w Ameryce b. często dokonywa się wyluszczenia migdałków w uśpieniu ogólnem. Niema różnicy zdań co do tego, że podczas uśpienia łatwo przenikają do dróg oddechowych dolnych cząstki migdałków, zawierające materiał gnilny oraz krew, co stanowi bezpośredni powód powstania ropnia. M y e r s o n badał bronchoskopem 100 chorych po tonsillektomii, dokonanej w uśpieniu; w 79 z nich stwierdził krew w drogach oddechowych. Inni podają liczby zbliżone (C h e v a l i e r J a c k s o n 60%, L o u i s R a y D a i l y 78%). Doświadczenia, wykonane przy pomocy płynów kontrastowych wykazały, że podczas uśpienia krew łatwo się przedostaje do dróg oddechowych niezależnie od pozycji, w której się znajduje operowany (czy to pozycja pozioma, czy T r e n d e l e n b u r g a i t. p.). Jednakże znieczulenie ogólne nie jest wyłącznie tym czynnikiem, który niekiedy prowadzi do powstania ropnia płuc po wyluszczeniu migdałków. Jak wykazują dane kliniczne i doświadczenia, zdarzają się ropnie płuc u chorych po tonsillektomii, wykonanej w znieczuleniu miejscowem. M o o r e z Filadelfji podaje wśród 200 ropni płuc po tonsillektomii 39 powstałych po znieczuleniu miejscowem. Jaką rolę odgrywa kaszel w powstawaniu ropni płucnych pooperacyjnych, nie ustalono. Jedni uważają, że kaszel nie dopuszcza do wchłaniania krwi do dróg oddechowych („kaszel jest psem, pilnującym płuc” — C h e v a l i e r J a c k s o n), drudzy stwierdzają, że właśnie podczas kaszlu następuje rozsiewanie się materiału zakaźnego w płucach. Niezależnie zatem od sposobu operowania i przygotowania chorego przed operacją, w niektórych razach dochodzi do powstania ropni płuc po tonsillektomii. Mechanizm powstawania ropni tego rodzaju nie jest jasny. Poza

teorią mechaniczną istnieje szereg danych, przemawiających za tem, że ropnie płuc mogą powstawać na drodze krwionośnej: ropień płuca umiejscawia się często w górnym płacie, objawy ropnia występują w 2 — 3 tygodnie po tonsillektomii, przebieg kliniczny przypomina ropnie płuc innego pochodzenia. Istnieje również teoria, zgodnie z którą ropnie płuc powstają na drodze naczyń chłonnych: zarazki chorobotwórcze przenikają do naczyń chłonnych na szyi, stąd do gruczołów chłonnych okołoskrzelowych i wreszcie po zropieniu dostają się do oskrzeli i płuc.

J. T e m c e r.

E. RADU i S. ACKERMAN. Leczenie energią promienistą przewlekłych zapaleń ropnych. (Les annales d'oto - laryngologie. N. 1, 1932).

W szeregu przypadków przewlekłych ropnych zapaleń ucha środkowego, jamy szczękowej i opłucny, w których zarówno postępowanie zachowawcze, jak i operacyjne nie było w stanie doprowadzić do wyleczenia, autorzy stosowali naświetlanie promieniami R o e n t g e n a z dobrym wynikiem.

J. T e m c e r.

O. MAYER. Anatomja patologiczna pęcherzykowego zapalenia błony bębenkowej. (Revue de laryngologie etc., N. 7, 1932).

Osobnik lat 38 zachorował nagle na ucho. Sprawa szybko postępowała, i po 48 godzinach choroby zmarł wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Przypadek ten został zbadał histopatologicznie. Stwierdzono, że błona bębenkowa oraz skóra przewodu słuchowego były zgrubiałe. Zgrubienie błony zależało od obrzęku warstwy skórnej, natomiast warstwa właściwa i słuzówka nie były obrzmiałe. W zewnętrznym przewodzie słuchowym oraz na błonie bębenkowej stwierdzało się pęcherzyki o treści surowiczej i krwawej. Naskórek był uniesiony. W pęcherzykach ropnych stwierdzało się nagromadzenie ropy pomiędzy warstwą zrogowaciałą a rozrodczą. Zapalenie błony bębenkowej dotyczyło prawie wyłącznie wysłania skórno błony. Słuzówka jamy bębenkowej i komórki powietrznych była nacieczona. W jamie bębenkowej było nieco wysięku. Okolice okienek były wolne od zmian chorobowych, co tłumaczy fakt, że słuch w omawianym przypadku był dobry. Zapalenie ucha środkowego powstało tu na drodze krwionośnej, za czem przemawiają zmiany w przewodzie słuchowym. Natomiast zapalenie opon mózgowych najwyraźniej było w związku z zajęciem jamy bębenkowej, gdyż stwierdzono bezpośrednie stykanie się słuzówki ucha środkowego z oponą twardą oraz szerokie połączenie naczyniowe pomiędzy jamą bębenkową a jamą czaszkową; zmiany na oponach były głównie umiejscowione po stronie ucha chorego. Przypadek powyższy wskazuje, że w zapaleniu pęcherzykowem błony bębenkowej mogą istnieć zmiany zapalne w uchu środkowem, jakkolwiek słuch może być dobry. Należy podkreślić, że zapalenie pęcherzykowe błony bębenkowej nie jest odrębną jednostką chorobową.

J. T e m c e r.

Choroby płuc.

W. GOLDSCHMIDT. Leczenie ropnego zapalenia opłucny. (Wien. med. Wschr. Nr. 38. 1932).

W leczeniu ropnego zapalenia opłucny dużą rolę odgrywa wczesne rozpoznanie cierpienia i jego przebieg dotychczasowy. Niezmiernie ważnem jest wybranie odpowiedniej metody opróżniania ropy, przyczem należy dobrze rozważyć zalety i wady odpowiednich metod na podstawie objawów klinicznych. Zwykle lub powtarzane nakłucia igłą do nakłuć lub przyrządem ssącym (np. P o t a i n a) są najbardziej oszczędzającą metodą, dającą szczególnie dobre wyniki u dzieci; działanie ich można wzmoczyć przez następne wlewianie oliwy gomenolowej lub salwarsanu albo też naświetlanie promieniami R o e n t g e n a.

Drenaż B u e l e n a cieszy się słusznie najlepszą opinią; jeżeli ropa nie jest zbyt gęsta, zapewnia on dostateczny jej odpływ, oraz sprzyja rozprężeniu się uciśniętych odcinków płuc. W przypadkach gęstej ropy, w razie groźby przegięcia się drenu lub zaciśnięcia jego w wąskiej przestrzeni międzyżebrowej stosuje się rozszerzony drenaż P e r t h e s a z wycięciem kilku cm. żebra. Metody te w porównaniu z torakotomią posiadają tę zaletę, że nie zniekształcają zupełnie lub w bardzo nieznaczny sposób klatkę piersiową i są najbardziej oszczędzającą metodą odciążenia odnośnej połowy klatki piersiowej; zbyt szybki odpływ ropy przy szerokiej torakotomii może być niebezpieczny dla chorego (migotanie śródpiersia). Jednak czasem w zakażeniach ogólnych i zaniedbanych zapaleniach ropnych trzeba się uciekać do tej metody. Zwracać należy uwagę na sumienne i oszczędzające następne leczenie pooperacyjne, uwzględniając szczególnie stan serca i odżywianie. Należy troszczyć się w porę o rozprężenie się uciśniętego płuca, do czego pomagają drenaże, względnie zastosowanie pompy wodnej, zwiększające ujemne ciśnienie między listkami opłucny. Do likwidacji jam ropnych przyczyniają się przeplókiwania, przyczem rozczyn fizjologiczny soli kuchennej oddaje często równie dobre wyniki, jak riwanol, cukier, płyny D a k i n a, P r e g l a, B u r o w a i t. d. W razie pozostania jamy ważny jest wybór czasu i metody operowania jej, przyczem w rachubę wchodzi najczęściej dzisiaj stosowana torakoplastyka, dalej plombowanie jamy, *decortication* D é l o r m e a.

Henryk J. L a n d a u.

H. BLUME. Jednostronne marskości i zniekształcenia płuc. (Z. Tbk. t. 65, z. 5—6. 1932).

Autor podaje opis klinicznie spostrzeganego przypadku jednostronnego urazowego zaniku płuc, który przez wiele lat uchodził za marską gruźlicę płuc. Rozpoznanie udało się postawić dzięki badaniom rentgenowskim z wypełnieniem kontrastowym i zdjęciami w rozmaitych ustawieniach chorego, głównie zaś dzięki odmie sztucznej, założonej w celach rozpoznawczych.

Henryk J. L a n d a u.

TROCH. Leczenie zapalenia płuc płatowego za pomocą pyridium. (D. m. W. Nr. 37. 1932).

Autor podaje historię choroby 10 przypadków płatowego zapalenia płuc, leczonych *pyridium* z b. dobrym skutkiem. Żadnych ubocznych objawów nie widziano. Spadek ciepłoty ciała stwierdzano od 2 do 4 dnia choroby. *Pyridium* podawano po 2 ampułek t. j. 0,02 *pro dosi* dożylnie codziennie, a w ciężkich przypadkach podawano tę samą dawkę dwukrotnie.

St. L u x e n b u r g.

J. C. MOUSSIO - TOURNIER, C. SEOANE, F. ROCCA i J. C. BARZANTINI. Dychawica pochodzenia bąblowcowego. (Arch. Méd. Chir. de l'App. Resp. Nr. 4. 1932).

Autorzy podają opis czterech przypadków, w których istniał bąblowiec i dychawica. Przypadki te wykazują jasno, że zespół dychawiczny mógł być uwarunkowany przez zatrucie pochodzenia bąblowcowego. W dwóch przypadkach dychawica znikła zupełnie po operacji torbieli. W pierwszym przypadku brak objawów dychawicznych utrzymywał się przez 2 lata po operacji. W drugim, chociaż okres spostrzegania pooperacyjnego był krótszy (3 miesiące), wpływ bąblowca, jako wywołacza dychawicy, wykazany został przez zupełny brak napadów po wkroczeniu, aczkolwiek przed operacją zaburzenia ołdechowe występowały codziennie, zmuszając nawet bezpośrednio przed operacją do codziennych zastrzyków adrenalin. W trzecim przypadku napad dychawicy, zamiast zjawiać się samoistnie, wystąpił w kilka godzin po zabiegu chirurgicznym i nie powtarzał się w ciągu roku po operacji. Odczyn C a s s o n i e g o w dwa lata po operacji pierwszej chorej stał się zupełnie ujemny, eozynofilia znikła całkowicie. Usunięcie torbieli spowodowało równoległe wyleczenie kliniczne i humoralne objawów bąblowca. Zachodzi kwestja, jak działa ten nowotwór torbielowy: czy zapomocą aktu odruchowego, czy też mechanizmu uczuleniowego? Istnienie pokrzywki u trzech chorych, do czego przyłącza się obrzęk Q u i n c k e g o twarzy u pierwszej chorej, przemawiają wymownie za udziałem drugiego mechanizmu.

Henryk J. L a n d a u.

Oceny książek

Prof. Dr. CIESZYŃSKI ANTONI i dr. MEISELS Emil. Leczenie energią promienną nowotworów złośliwych języka i szczęki. Lwów, 1932 r.

Streszczenie literatury rentgenologicznej i radowej, dotyczące leczenia energią promienną nowotworów złośliwych języka i szczęki z podaniem własnego materiału, obejmującego 8 przypadków raka języka, 6 przypadków raka błony śluzowej okolicy dna jamy ustnej w pobliżu wyrostka zębodołowego oraz 1 szklowiaka szczęki dolnej. Przy naświetlaniach stosowano dla radu metodę R e g a u d, dla promieni R o e n t g e n a metodę C o u t a r d a. Doświadczenie autorów potwierdza naogół znane już wyniki. Indywidualność pracy polega na pewnych szczegółach technicznych jak: stosowanie drutu z glinu brązowego, zamiast jedwabiu dla utrwalenia igieł na miejscu, pokrycie powierzchni protezy gutaperką celem uniknięcia odleżyn i pokrycie wystających z jamy ustnej drutów drenem.

B. K r y Ń s k i.

v. RECKOW J. Röntgenstereoskopie und Zahnheilkunde. (Deutsche Zahnheilkunde, zeszyt 83, nakładem Georg Thieme, Lipsk, 1933 r.).

Röntgenostereoskopja znajduje zastosowanie przy określaniu: 1) położenia pojedynczych zębów i ko-

rzeni w stosunku do sąsiada, 2) wielkości, długości, grubości i kształtu korzeni, 3) stosunku mleczaków do zębów stałych, 4) położenia korzeni w stosunku do kanału żuchwowego, 5) stosunku korzeni do zatoki szczękowej, 6) położenia i wielkości retencyjnych zębów, 7) wielkości przestrzeni miazgowych, 8) położenia topograficznego otworów, mających znaczenie przy stosowaniu amputacji, 9) ustawienia odłamków przy strzaskaniach.

B. K r y Ń s k i.

L. R. MÜLLER, Prof. der inneren Medizin in Erlangen. Die Einteilung des Nervensystems nach seinen Leistungen. Mit 21, zum Teil farbigen Abbildungen. Georg Thieme (Verlag). (Lipsk, 1933, str. 74).

Podział anatomiczny ukł. nerw. ośr. nie nastrocza żadnych trudności. Natomiast podział ukł. nerw. według jego czynności napotyka duże przeszkody. Przeciwstawiano ukł. nerw. m ó z g o w o - r d z e n i o w y, jako taki, w którym powstaje wola, i który działa na mięśnie, podlegające woli, t. zw. ukł. a d o w i n e r w o w e m u a u t o n o m i c z n e m u, jako niepodlegającemu woli człowieka. Podział ten ostać się mógł w tym czasie, kiedy nerwom współczulnym jedynie przypisywano unerwienie narządów wewnętrznych, sądzono bowiem,

iz układ współczulny da się wyodrębnić z ukl. m.-rdz. nie tylko ze stanowiska anatomicznego, lecz i czynnościowego. Od czasu, gdy wiadomem jest, iż w mózgu, w ścianach III komory i opuszce, jakoteż w rdzeniu kręgowym liczne grupy komórek zwojowych należą do ukl. nerw. „autonomicznego”, zachwiał się podział czynnościowy na ukl. mózgowo-rdz. i autonomiczny. Podobnie nie da się utrzymać podziału na ukl. zwierzęcy i roślinny. Niema przecież ograniczenia ukl. nerw. „z zwierzęcego” do tego, co służy stosunkom ze światem zewnętrznym; również i zwierzę musi regulować czynności swych narządów wewnętrznych za pomocą wpływów nerwowych. Na zasadzie tych i innych przesłanek odrzuca wybitny znawca układu współczulnego L. R. Müller dotąd przyjęte podziały ukl. nerw. i wprowadza następujący podział czynnościowy ukl. nerw. I. *Systema nervorum pro mundo*. Jest to część ukl. nerw., która pośredniczy w odbieraniu wrażeń z wszechświata, i za pomocą której możemy oddziaływać na świat zewnętrzny, posługując się czynnościami mięśni, podlegających naszej woli. II. *Systema nervorum myostaticum*. Układ, regulujący napięcie mięśni prążkowanych i zarządzający postawą i ułożeniem ciała oraz ich równowagą. III. *Systema nervorum vitale*. Układ nerwów życiowych, zaopatrujących narządy wewnętrzne, naczynia, gruczoły potowe skóry. Nerwy te podlegają ośrodkom w istocie szarej rdzenia kręgowego, przedłużonego, śródmózgowia i międzymózgowia. Ośrodki wywierają wpływ na poszczególne narządy, tak, iż ciepłota ciała, przemiana materji, wydalanie wody zostają należycie regulowane, i w ten sposób zapewnione jest życie. W pracy niniejszej powziął autor przeprowadzenie podziału przestrzennego 3 wymienionych układów. W „systema pro mundo” odróżniać należy działanie wszechświata na układ nerw. i, odwrotnie, układu nerw. na świat otaczający. Działanie pierwsze opiera się przede wszystkim na czynnościach nerwów czuciowych i zmysłowych. W zależności od czynności aparatów odbiorczych danego stworzenia, będzie bardziej lub mniej sprecyzowany w pewnym kierunku obraz świata zewnętrznego, jaki dana istota zdolna jest wyrobić sobie. Do układu myostatycznego zaliczyć należy *corpus striatum*, *globus pallidus*, *substantia nigra*, *nucleus ruber*, mózdzek, oliwki i drogi ośn. Układ myostatyczny wspomaga ruchy dowolne z kory mózgowej, a więc wspiera *systema nervorum pro mundo*. Układ myostatyczny nie ma nic wspólnego z ruchami dowolnymi, a zatem z „*gnosis*” i z „*praxis*”. *Systema nervorum vitale*. W przebiegu całej cewy rdzeniowej (Neuralrohr), poczynając od najniższego odcinka rdzenia ogonowego aż do czółowego bieguna III komory, wokół kanału centralnego, a więc w tkance szarej, otaczającej jamy, znajdują się komórki zwojowe, o których przypuszczać należy, iż służą one do regulowania procesów życiowych narządów wewnętrznych, naczyń i gruczołów. Tą drogą zostaje zapewniona regulacja ciepła, przemiany materji, gospodarki wodnej, rozradzanie. Komórki zwojowe, tkwiące w ścianach III komory i jej okolicy, wywierają wpływ przemożny na ośrodki w opuszce i rdzeniu kręgowym. Guz popielaty (*tuber cinereum*) wpływa na gospodarkę wodną, ciałka sutkowate (*corpora mamillaria*), na czynności płciowe i pęcherza moczowego, a komórki zwojowe w ścianach bocznych III komory na ciepłotę ciała. Współdziałają w tem ośrodki naczynioruchowe, umiejscowione

w *corpus subthalamicum* i w ciałkach Luysiego. W *regio retroinfundibularis*, a więc w przejściu komory III w wodociąg, leżą ośrodki snu. Podczas gdy między innymi wpływa na całokształt czynności narządów wewnętrznych, to komórki zwojowe śródmózgowia, opuszkii rdzenia kręgowego — tylko na poszczególne odcinki ukl. roślinnego. Bardzo ciekawy jest również ostatni rozdział książki Müllera, w którym mówi on o podziale ukl. nerw. według czynności duchowych, a więc o czynnościach psychicznych kory mózgowej (pamięć, myśli, czynności świadome), jąder podstawnych, (czucia, uczucia, mimika), rdzenia przedłużonego (uczucie przyjemne przy dobrym oddechu i nieprzyjemne ze strachem przy utrudnionym), mózdzku (bezwiedna pamięć równowagi). U człowieka dużą rolę pod tym względem odgrywa wytworzenie engramów, to zn. stałych zmian w korze mózgowej wskutek powtarzających się podrażnień świata zewnętrznego, których wykładnikiem są przypominania. Za pośrednictwem dróg kojarzeniowych pola przypomniennicze łączą się ze sobą, co umożliwia powstanie pojęć i procesów pamięciowych. Liczba engramów optycznych i akustycznych u człowieka jest niesłychanie wielka. Przez porównywanie wrażeń zmysłowych i czuciowych ze starymi przypomnieniami (engramy) dochodzi do poznawania (*gnosis*). Człowiek, dzięki szczególnemu rozwojowi aparatu korowego *Neencephalon*, w którym, w przeciwstawieniu do *Palencephalon*, dochodzi nie tylko do odczucia bodźca ze świata zewnętrznego, ale i do poznania (*gnosis*) i wskutek tego do ruchów i czynów (*praxis*) świadomych, a nie przymusowych i odruchowych, mógł zwyciężyć w walce we wszechświecie, jako mądrzejszy, choć nie silniejszy. W dalszym ciągu zajmuje się autor topiką kory mózgowej, to zn. podziałem kory według jej czynności. I tutaj porusza kolejno frenologję Gall'a, zwalczaną i korygowaną przez Flourensa, spostrzeżenia nad niemotą ruchową Broca (1864), eksperymenty Hitziga i Frisch'a, badania Flechsig'a nad „myeloarchitektoniką”, Meynerta, Brodmana, Vogta, Economo nad cytoarchitektoniką, wreszcie porównawcze badania mózgu Edingera. *Systema nervorum myostaticum* zarządza ruchami „automatycznymi”, które zapewniają utrzymanie równowagi i współpracę harmonijną całej muskulatury ciała, fiksowanie stawów, a nadto wyzwalają mimowolne wyrazy strachu, bólu, radości, umożliwiając przez to unerwianie mimiki niedowolnej. Po omówieniu tezy ogólnej postępującej „cerebracji” procesów duchowych, przechodzi autor do psychoanalizy, wobec której zajmuje stanowisko krytyczne obiektywizmu biologicznego. Rozdział o stosunku duszy do układu nerwowego zamyka zwięzłą, jędrną, istotnie ładną książkę jednego z pierwszych znawców t. zw. dawniej „układu nerwowego życia”. Jeśli dodam, że każdy z wymienionych układów jest ilustrowany pięknymi barwnymi tablicami w zawsze wytwornym wydawnictwie firmy Georg Thieme w Lipsku, to polecenie tej książki neurologom i nieneurologom znajdzie całkowite uzasadnienie. E. Herman.

Wskazówki praktyczne

W schorzeniach zakaźnych pęcherza moczowego poleca E. Troll *Arctuan*, w którego skład wchodzi: *Hexamethylentetraminum*, *Phenyl. salicyl.*, *Extr. fol. uv. ursi et lign. san-*

tali. Wyniki mają być doskonałe, uboczne działania szkodliwego niema. (Med. Welt. 1932 N. 33).

— o —

Pastyłki z *przyłarczycy* mają wywierać często doskonale działanie na *obrzęki naczyńioruchowe*, szczególnie wybitny ma być wpływ na *swędzenie*, które ma szybko ustępować i w innych schorzeniach skóry. (W. m. W. 1932 Nr. 40).

— o —

W. S c h m i d t uważa za wskazane stosowanie *insuliny* u wielu dotkniętych *chorobą Basedowa*, którzy wykazują cechy sympatykotoniczne. Insulina jest antagonistą tyroksyny, stanowi przeto racjonalny środek leczniczy w każdym przypadku nadczynności tarczycy. (Fortschr. d. Ther. 1932, N. 8).

— o —

H. K ü s t n e r stosuje w *rzucawce tyroksynę* z bardzo dobrym wynikiem. Dawka wynosi 2 mgr., w razie potrze-

by także dawka powtórna. Ujemnego działania na dziecko lub matkę nie stwierdzono. Jeżeli dominują objawy nadciśnienia krwi, to, obok tyroksyny należy stosować morfinę. (Kl. Woch. 1932 Nr. 24).

— o —

W *ekstrasystolji* poleca B l u m e n f e l d t obok leczenia psychicznego następującą mieszankę: *Rp. Tinct. Strychni, Tinct. Castorei aa 7,5; Tinct. Valerian. ad 30.0; MDS. 3* razy dziennie po 30 kropel na cukrze. Jeżeli napady ekstrasystolji są bardzo częste i dokuczliwe, to wskazane są pigułki W e n c k e b a c h a: *Rp. Chinin. lub Chinidin. muriat 3.0; Strychnin. nitr. 0.02; M. q. s. ut f. pill Nr. XXX. DS. 3* razy dziennie po 1 pigułce w ciągu 10 dni. (Med. Welt. 1932 Nr. 39).

— o —

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 10 października 1932 r.

Obecnych 142.

Przewodniczył K a c p r z a k.

1. Na wezwanie przewodniczącego zebrani uczcili przez powstanie pamięć zmarłych w czasie wakacji członków Towarzystwa: Dra Salomona M i n t z a, dra Seweryna S t e r l i n g a, członka honorowego Twa, dra Samuela G o l d f l a m a, członka honorowego Twa.

2. przewodniczący zawiadomił o akademii ku czci zmarłego dra Edwarda F l a t a u a.

3. O d c z y t.

Dr. Stefan M i l l e r. *Wrażenia z podróży naukowej do Z.S.R.R.* (Drukuje się w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“).

W dyskusji zapytuje K n a p p e, czy studja wyższe ciągnął się równie długo, jak u nas i na Zachodzie, tak, że inteligencja może rozpoczynać pracę zawodową, będąc już dość daleko posunięta w latach.

K a c p r z a k pyta, czy zdarzają się nadal ekscesy, kiedyś tak częste, znęcania się, a nawet zabójstw lekarzy praktykujących przez robotników. Drugie pytanie dotyczy wolności nauki, a mianowicie, jak pogodzić pracę według programu zgóry nakreślonego dla wszystkich instytucji ze swobodną twórczością, która jest przecież dla nauki tak owocna, a w szczególności, czy te przepisy krępują i takie jednostki, jak P a w ł o w.

Pozatem głos zabierali L. E n d e l m a n, K o r a l, S z y m a n o w s k i, M u s z k a t e n b l i t, K a r b o w s k i, A d a m o w i c z o w a.

Prelegent odpowiada.

H. L a n d a u.

Posiedzenie plenarne z dnia 10 listopada 1932 r.

Obecnych 18.

O d c z y t. Alfred K r y g i e r. *Świadczenia w projekcie ustawy o ubezpieczeniach społecznych.* (Było drukowane w N. 51 „W. Cz. L.“ z r. 1932).

W dyskusji zaznacza S z y m a n o w s k i, że projekt ten posiada rozmaite strony. Przedewszystkiem ustawa odbije się ujemnie na stanie zdrowotnym ludności kraju. Należałoby się zastanowić, czy wogóle warto jest wypłacać tak niskie zasiłki. Czy nie należałoby iść dalej i przejść w tych warunkach na innego rodzaju ubezpieczenia? Większa część pieniędzy pójdzie na administrację, a nie na funkcje społeczne. Stwarza się instytucję fiskalną, dającą pieniądze ludziom, lecz tylko pracującym, bezrobotni nic nie otrzymują. W obecnym kryzysie świadczenia społeczne powinny bronić ludność przed pauperyzacją, są one wentylem, chroniącym kocioł społeczny przed katastrofą. Projekt ustawy został opracowany po dyletancku.

K n a p p e stwierdza, że prelegent mówił głównie o świadczeniach pieniężnych i wykazał, że te są śmiesznie małe (12 zł. podstawowej kwoty na miesiąc!), gdy tymczasem Kasy mają również obowiązek leczyć, a pod tym względem dzieją się w Kasach rzeczy niezgodne z etyką lekarską. Gruźlicę leczy się w kasie lekarstwami, gdy tymczasem stan naszej wiedzy wymaga

dla każdego gruźlika warunków klimatyczno - sanatoryjnych. Kasy Chorych zagarnęły pod swoje opiekuńcze skrzydła tak wielkie masy, że obowiązkowi leczniczemu poddać nie mogą. Drugą nieetyczną sprawą jest ograniczenie świadczeń lekarskich do pewnego terminu, gdy tymczasem istnieją choroby nieuleczalne (skleroza aorty i t. p.), które wymagają opieki lekarskiej do końca życia. Świadczenia inwalidzkie (12 zł. miesięcznie!) sprawy nie rozwiązują. W Kasach Chorych należało naprzód stworzyć warunki racjonalnego leczenia, a potem dopiero obejmować stopniowo masy członków; zrobiono zaś naodwrot: wciągnięto masy, którym racjonalnej opieki lekarskiej dać nie mogą. Kasy zawiodły pokładane w nich nadzieje, należy je zamknąć i stworzyć Kasy małe, prywatne pod kontrolą państwową. Prywatnym Kasom będzie można stawiać wymagania, obecne Kasy są głuche na narzekania. (autoreferat).

D. H e l l i n sądzi, że sam tytuł ustawy jest niewłaściwy, gdyż to, o czym mówi ustawa, nie są ani ubezpieczenia, ani społeczne. Kasy Chorych powinny się były zająć całem społeczeństwem, a nie tylko pracującymi w przemyśle. Sam tytuł „Kasy Chorych“ jest wstrętny. Był to zły wzór, zapożyczony żywcem od niemieckiej socjal - demokracji. System ambulatoryjny jest najgorszy, gdyż sama administracja nieuleczalną kosztuje u nas 25%, lekarze zaś otrzymują u nas zaledwie 10% (zagranicą 23%), przyczem należy podkreślić, że Kasy Chorych z premedytacją przedstawiają fałszywie te sprawy. Lekarz w Kasie Chorych pracuje przez 6 miesięcy na kogoś, zaś tylko przez 5 — na siebie. Kasy Chorych mogłyby porobić duże oszczędności administracyjne, znosząc system ambulatoryjny. Świadczenia społeczne pochłaniają 600 milionów złotych, co wobec 2-miljardowego budżetu Państwa jest olbrzymią sumą. W Kasie Chorych istnieją tylko pozory leczenia, gdyż chorego rzuca się w połowie drogi. Apteki Kas Chorych u nas kosztują 18% (w Niemczech zaś tylko 8%, administracja 7%). Oszczędności w Kasach Chorych są więc możliwe, jeżeliby się zniósł system ambulatoryjny.

S z w a r c stwierdza, że ubezpieczenia społeczne wprowadzono w normalnych czasach, kiedy wszystko można było przewidzieć i obliczyć, kiedy nie istniała kwestja bezrobotnych i związane z nią zagadnienie kryzysu. Kryzys obliczony jest na 25 lat, a projekt ustawy z tem wszystkim się nie liczy. Myśl była dobra, lecz ulega ona zniekształceniu. Pomoc powinna być państwowa. Gdyby pomoc lekarska została zorganizowana w należyty sposób, okazałby się w kraju brak lekarzy. Przyczyna niedomagań tkwi w dyletantyźmie, z jakim opracowywano odpowiednie ustawy. Fakt, że przyjął się u nas system ambulatoryjny, był rzeczą przypadkową. Rozwiązanie upatrjuje w jednej z następujących możliwości: albo przejść na drogę indywidualistyczną, albo stworzyć państwową organizację fachową. Pozatem oddzielić należy świadczenia pieniężne (zasiłki) od pomocy lekarskiej. Domagać się również trzeba przywrócenia Ministerstwa Zdrowia.

S z y m a n o w s k i zabiera powtórnie głos, ażeby stwierdzić, iż nie jest zasadniczym przeciwnikiem Kas Chorych lecz przeciwnikiem projektu, opracowanego po dyletancku z uległości dla sfer gospodarczych. Musi być uwzględniona zdrowotność ludności. W interesie chorych leży scentralizowanie akcji pod względem pieniężnym i lekarskim.

W odpowiedzi zaznacza K r y g i e r, że w ubezpieczeniach społecznych zatrudnionych będzie 15000 urzędników,

co wraz z osobami, będącymi na ich wyżywieniu, stanowić będzie 60.000 osób, tak, iż wynika kwestja czy nie będzie to nos dla tabakierji. Zwolennikom prywatnych ubezpieczeń podaje do wiadomości, że w niemieckich towarzystwach ubezpieczeń administracja pochłania 35%, a więc jeszcze więcej, niż w naszych Kasach Chorych. Szczegółowa Kontrola Państwowa nad prywatnymi towarzystwami ubezpieczeń byłaby niemożliwa. Niema dotąd lepszej formy pomocy lekarskiej, niż ubezpieczenia społeczne. Kasy Chorych nie były wymysłem socjalistycznym, lecz zostały początkowo pomyslane przez Bismarcka, jako oręż przeciwko socjalistom. Nie zastąpi również Kasy Chorych załatwienie sprawy mieszkaniowej, która wobec deficytu, skromnie licząc, 800000 izb wymaga 4 miliardów złotych. Składka ubezpieczeniowa w dotychczasowej wysokości nie wystarcza na budowanie sanatoriów przeciwgruźliczych i na dłuższe leczenie. Brakom w ustawie o pomocy lekarskiej mają zaradzić ubezpieczenia inwalidzkie. Zwolennicy upaństwowienia Kas Chorych muszą sobie uświadomić, że państwo nie może przejąć wszystkich funkcji. Rzemieślnicy są rzeczywiście poza Kasą Chorych, lecz nigdzie nie są oni przez nią objęci. Oddzielenie pomocy pieniężnej od lekarskiej jest trudne. Przeciwnikom systemu ambulatoryjnego zwraca uwagę na fakt, że Kasa Chorych w Warszawie nie zalega z wypłatą płac lekarskich, Kasy Chorych w dawnym zaborze rosyjskim — zalegają najwyżej 2—3 miesiące, natomiast Kasy Chorych w Województwach Poznańskim i Pomorskim, gdzie jest wolny wybór lekarzy, zalegają po 9 miesięcy. Wprowadzenie ubezpieczeń od bezrobocia obiecuje nowoobраниy prezydent Stanów Zjednoczonych Roosevelt. Ani faszystowskie Włochy, ani komunistyczna Rosja nie stworzyły dotąd nic lepszego, aniżeli ubezpieczenia społeczne. Spisy leków są układane przez lekarzy; jeżeli są one wadliwe, jest to wina lekarzy, gdyż dzisiaj nie się nie dzieje w Kasach Chorych bez lekarzy; a jeżeli się coś robi wbrew ich opinji, to winni są oni, że nie umieją się odpowiednio postawić i wykonać swych uprawnień.

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dn. 20 października 1932 r.

Przewodniczący dr. St. Kopiczyński, sekretarz dr. J. Bogdanowicz. Osób obecnych 76.

I. Przewodniczący omawia przed posiedzeniem nowy tytuł książki sanitarnej lekarza szkolnego, treść zeszytu IV Higieny Szkolnej oraz okólnik Ministerstwa w sprawie dożywiania dziatwy szkolnej.

Dr. Niewiński, dr. Piotrowska, prof. Francikowski, dr. Mitkiewicz oraz dr. Raschpichler omawiają treść regulaminu, dotyczącego kwalifikowania do hufców szkolnych, przyczem wskazują na konieczność ścisłej współpracy lekarza z władzami szkolnymi i racjonalnej kontroli nad stanem zdrowia młodzieży ćwiczącej.

Dr. El. Reichert wygłasza odczyt na temat: „Zagadnienia kliniczne w zakresie wychowania fizycznego“.

Referentka wspólnie z kol. Jadwigą Pągowską opracowała zmiany i sprawy chorobowe, występujące najczęściej wśród młodzieży szkolnej, zgłaszającej się do Poradni Wychowania Fizycznego II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Określono częstość występowania skrzywień kręgosłupa, stóp płaskich oraz rodzajów podstawy, powiększenie migdałków i gruczołów chłonnych wreszcie wadliwego użębienia. Szczególną uwagę zwróciły referentki na sprawy płucne, przyczem okazało się, że o ile częste były przebyte zmiany płucne, to czynne i zaraźliwe sprawy gruźlicze były bardzo rzadkie i wynosiły zaledwie niecały procent tak wśród młodzieży męskiej, jak i młodzieży żeńskiej.

Wady serca, głównie niedomykalności dwudzielnej, czasami powikłane zwężeniem lewego ujścia żylnego, spotykało się względnie częściej, niż to jest opisane w literaturze. Jest możliwym, że można to przypisać specjalnemu doborowi materjału, który lekarze przysyłają do Poradni głównie przez wzgląd na dolegliwości sercowe.

Autorki omawiają dalej częstość występowania serc dużych bez zmian osłuchowych, jakoteż serc małych bez zmian wysłuchowych i ze zmianami wysłuchowemi, zwracając uwagę na cechy reakcji czynnościowej narządu krążenia w zależności od wielkości serca, w szczególności na zachowanie się skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi. Dokładniej również było rozstrząsane zagadnienie częstości występowania zmian płucnych w stosunku do spraw sercowych, nie tylko wad serca, ale i w stosunku do wielkości serca, przyczem uderza, że szczególnie duży odsetek spraw płucnych spotyka się u osób, obciążonych sercem małym, wykazującym szmery przypadkowe.

W dyskusji:

Przewodniczący komunikuje, że życzeniem p. min. Pierackiego jest, by lekarze szkolni i nauczyciele gimnastyki zwrócili specjalną uwagę na kwalifikowanie do ćwiczeń cielesnych dziatwy i młodzieży.

Dr. Roszkowski zaznacza, że o związku małego serca i gruźlicy pisali już E. Zieliński i dr. Polański. Sądzi, że wysokie liczby wad organicznych u badanej młodzieży związane są z charakterem przychodni, gdzie badane są właśnie dzieci o wątpliwym zdrowiu. Uważa za celowe urządzenie specjalnej poradni dla dzieci szkolnych o typie, zalecanym przez prelegentkę.

Dr. Surawski przypuszcza, że częstość występowania małego serca związana jest z wiekiem badanych dzieci (okres dojrzewania).

Dr. Leskiewiczowa wskazuje na trudności przy stworzeniu oddzielnych grup ćwiczących dla młodzieży słabszej. Uważa stworzenie Centralnej poradni za bardzo ważne. Dziewczeta mieszkające są zwalniane w szkołach na czas od 3 — 4 dni, a więc dłużej, niż to podaje prelegentka.

Dr. Cieszyński przypuszcza, że z czasem stworzy się specjalny odłam medycyny poświęcony badaniu wieku młodzieńczego.

Dr. Piotrowska przypomina, że można wiązać małe serca z gruźlicą jako wyraz małowartościowości ogólnej organizmu, a zwłaszcza jego górnego odcinka.

Dr. Zaborska-Domostawska proponuje rozdzielać dzieci do ćwiczeń nie według klas, lecz według wieku fizjologicznego (system skandynawski). Uważa za niebezpieczne stosowanie niektórych ćwiczeń u dziewcząt, jak rzuty kulą, skoki i t. d.

Kol. Bogdanowicz zapytuje o wiek badanych dzieci, o częstość arytmji i występowanie objawów zapalenia wyrostka robaczkowego. Obawia się nieporozumień między decyzją poradni, lekarza szkolnego i domowego.

Dr. Goździcki przypomina częstość konfliktów pomiędzy lekarzem szkolnym i domowym przy zważaniu z gimnastyką.

Prof. Francikowski sądzi, że nauczyciele gimnastyki obecni mało znają gimnastykę leczniczą.

Dr. Frühauferowa mówi o spotykanych nieodpowiednich kostiumach ćwiczących.

Dr. Herckenbergo wa zapytuje, jak ustosunkować się do gimnastyki w przypadku serca dużego.

W odpowiedzi prelegentka zaznacza, iż wiek badanych wynosił przeważnie od 15 do 18 lat, system Klapa ppa wzmacnia mięśnie kręgosłupa i oddziałuje na narząd krążenia, grupy dla gimnastyki leczniczej należy z konieczności tworzyć przez szkołę, występowanie arytmji w wieku dojrzewania stwierdzano często, zapalenie wyrostka robaczkowego częściej u dziewcząt, odpowiedź poradnia nadsyła na ręce lekarza szkolnego.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 m. 30.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej w Wiedniu z dnia 16 czerwca 1932 r. (Klin. Wschr. N. 49, 1932) mówił F. Depisch o *zasadach leczenia moczołki cukrowej*. Zwiększenie tolerancji węglowodanowej można osiągnąć u chorych z moczołką cukrową zapomocą najrozmaitszych metod dietetycznych, np. bogatej w tłuszcze diety Petréna, bogatej w węglowodany, zaś ubogiej w tłuszcze diety Adlera i Porges'a i zapomocą stosowanej od wielu lat przez szkołę Falt'y diety mącznej. Dla stanu przemiany materji chorego z moczołką cukrową obok stanu czynnościowego narządu wysepkowego rozstrzygające znaczenie posiada przeciwiregulacja. Można wykazać, że wielodniowe wstępne okresy diety bogatej w tłuszcze (białka) wymagają przeciwiregulację. W przeciwieństwie do tego diety bogate w węglowodany (niezależnie od tego, czy są bogate, czy też ubogie w tłuszcze) hamują przeciwiregulację. Przy stosowaniu diety bogatej w węglowodany i tłuszcze, oczywiście, należy się liczyć z tem, że przeciwiregulacja ulegnie wzmożeniu; występujące pomimo to wzmożenie tolerancji można tutaj widocznie tłumaczyć tylko wzmożeniem się czynności narządu wysepkowego. Z drugiej strony, dzięki podawaniu dużych ilości węglowodanów przychodzi widocznie do zmniejszenia przeciwiregulacji, lecz jednocześnie również do przeciążenia układu wysepkowego. Uwzględnianie przeciwiregulacji posiada nadzwyczaj doniosłe znaczenie dla zrozumienia i leczenia moczołki cukrowej.

Na tem samem posiedzeniu (Klin. Wschr. N. 49, 1932)

mówili R. B o l l e r i W. F a l t a o *cukrowym równoważniku insuliny*. Cukrowy równoważnik insuliny (stosunek między podaną ilością cukru a dawką insuliny, którą należy doprowadzić z zewnątrz dla przyswojenia ustrojowi tego cukru) wynosi w doświadczeniach na zwierzętach dosyć dokładnie $1\frac{1}{2}$. Prelegenci zajmowali się oznaczaniem tego równoważnika u ludzi. Jest to możliwe, jeżeli zna się zapotrzebowanie insuliny (ta ilość insuliny, która jest niezbędna, aby chorego z moczówką cukrową odcukrzyć i utrzymywać w stanie odcukrzenia), dzięki doświadczeniu z nagłym przerwaniem podawania insuliny. W ten sposób otrzymuje się dość ściśle zgadzające się ze sobą wartości równoważnika cukrowego insuliny. Jeżeli rozchodzi się o cukrowy równoważnik insuliny, to istnieją zasadnicze różnice pomiędzy wysepkowemi a opornemi przypadkami moczówki cukrowej. Podczas gdy przypadki wysepkowe na każdy dodatek białka lub węglowodanów odpowiadają wzmożonemu zapotrzebowaniu insuliny, zmiany zaś w zawartości tłuszczów w pożywieniu posiadają nieznaczny tylko wpływ, to w przypadkach opornych zmienia się zapotrzebowanie insuliny po dodaniu węglowodanów i białek tylko nieznacznie, natomiast każda zmiana w podawaniu tłuszczów wywołuje znaczne zmiany w zapotrzebowaniu insuliny. Przy badaniu większego materiału okazuje się, że u ludzi wogóle nie istnieje żaden cukrowy równoważnik insu-

liny; znajduje się wszelkie liczby od bardzo wysokich do bardzo niskich, zależnie przedewszystkiem od natężenia przeciwwęglacji i ilości pracy mięśniowej.

Na tem samem posiedzeniu (Klin. Wschr. N. 49, 1932) mówił W. F a l t a o *leczeniu moczówki cukrowej*. Ogólne zalecanie diet bogatych w węglowodany wydaje się niesłuszne. Niezbędne u chorych z moczówką cukrową zwiększenie tolerancji pokarmowej można osiągnąć również przy podawaniu dużych ilości tłuszczów. Tam, gdzie w leczeniu insulinowem chodzi o leczenie zastępcze, substytucyjne, należy chorych trzymać najlepiej na przeciętnej diecie mieszanej; w tych przypadkach unikać należy wogóle wszelkich diet krańcowych. Po odpowiedniem wyszkoleniu dietetycznem należy w tego rodzaju przypadkach obok jednolitej diety zasadniczej dawać dodatki tłuszczowe, których wysokość pacjent dostosowuje do swego zapotrzebowania pokarmowego; w ten sposób można najprościej regulować zmienne zapotrzebowanie ciepłotkowe. Zagadnienia ograniczania ilości podawanych tłuszczów nie należy nazbyt przeceniać. Zawsze konieczne jest jaknajdalej idące indywidualizowanie; zupełne odstawienie tłuszczów byłoby w wielu przypadkach błędem. Ponadto dieta beztłuszczowa jest możliwa tylko przy podawaniu dużych ilości białka, co pociąga za sobą znaczne podrożenie żywienia.

Przegląd terapeutyczny

Plombières.

[Notatka balneologiczna z powodu świeżych zdobyczy archeologicznych¹⁾].

Podał

Juljan ROTSTADT (Warszawa).

Śród zdrojowisk francuskich Plombières — les — Bains (Departament Wogezów; 5 godz. koleją od Strasburga a siedem od Paryża), niewątpliwie budzi największe zainteresowanie archeologiczne ze względu na tradycje najstarszej stacji balneologicznej. Tradycje te świeżo okrzepły dzięki poszukiwaniom archeologicznym i hydrologicznym r. 1931/32. Ujawniły one nowe wykopaliska w podziemiach rozłożystej doliny Plombières, a mianowicie: salę balneologiczną o 8 metrach długości, a 6-iu szerokości, z czasów odległych podboju Galji przez Rzymian. Sklepienie tej sali, znakomicie zachowane, wykonane było z ciosanego piaskowca wogeskiego, bez wszelkiej zaprawy. Ułamki dobrze zachowanych gzymsów, znalezione w tej sali, świadczą o wysokiej kulturze i smaku architektonicznym Rzymian. Wykopalska, rozpoczęte w r. 1857, uzupełniane znacznie w r. 1921 oraz współczesne z r. 1931/32, wskazują, jakimi mistrzami byli Rzymianie i w budownictwie balneologicznem (a minęło od tego czasu prawie 2000 lat!)

Plombières pociągało Rzymian mnogością źródeł gorących o ciepłocie 40°C — 74°C (prócz ciepłych, letnich, chłodnych — 27 łącznie — wszystkich radioaktywnych, o wydajności 750,000 litr. wody na dobę). Poszczególne źródła już wówczas umiejętnie odgradzano zaporami, groblami, kaptóżowano, inne znów łączono i odprowadzano do wspólnego kanału 6,75 metr. szerokiego, przez co odłączano wody nawierzchni terenu od źródeł. Już i wówczas mistrze balneologiczni tworzyli łaźnie parowe naturalne u źródeł najgorętszych, *tepudarium*, *caldarium*, wreszcie i pływalnie, z których t. zw. wielka rzymska pomieścić mogła 500 ludzi jedno-

cześnie. Doskonały układ ścieków, jak świadczą wykopaliska, wyłączał zanieczyszczenie wód. Twory te geniuszu rzymskiego niszczy w r. 451 pożoga Attyli. Plombières obrócone w ruiny! Ale z biegiem czasu natura, wiecznie zdrowa, żywa i bogata, zrywa pęta zniszczenia, wskrzesza w wysiłku twórczym pokoleń pracujących wszystkie uroki bogatej przeszłości. I znów w dolinie Plombières powstaje pieścidełko balneologiczne. Ukochał je Napoleon, otoczył opieką. Pod doliną Plombières istnieje dotąd strzeżony pilnie kanał o 700 mtr. długości (dostępny dla ciekawych, ale trudny do zniesienia z powodu gorąca), stworzony przez inż. J u t i e r a, skąd znakomity badacz prowadził swe poszukiwania archeologiczne w głąb i wszcz. W tunelu tym mrocznym, wokół, pod stopami, huczy pomrukiem trwożnym, szemrze wiecznie echo dalekiej nieustannej pracy żywiołu podziemnego, co z nurtów, z głębi, tłoczy na powierzchnię doliny Plombières radioaktywne źródła wody gorącej, ziejące żarem gazów swoistych. Jedno najgorętsze miejsce tego tunelu i dzisiaj jeszcze ludność nazywa piekłem. Śród archeologicznych zdobyczy inż. J u t i e r a największem niewątpliwie stało się wykrycie bajecznej łaźni rzymskiej, która i w dobie obecnej jest największym dobrem Plombières w terapii u źródła gorącego. Z wykopalisk świeżych szczególną opieką jest otaczany misterny kurek — zamek ołowiany, znaleziony u wylotu starego kanału, który po 13-tu wiekach nieczynności, dzięki wysiłkom sztuki technicznej znów uruchomiono. Współczesne udoskonalenia balneologiczne zarząd Plombières prowadzi od roku przeszłego kosztem 6 milionów franków, aby wodolecznictwo zdrojowe (w najszerszem tego słowa znaczeniu) w chorobach przewlekłych przewodu pokarmowego, narządów rodnych i cierpieniach gośćcowych najlepiej zorganizować.

Plombières jest też szczególnie miłe sercu Polaka, gdy widzi tu na każdym kroku ślady czci i wdzięczności dla króla-wygnańca Stanisława L e s z c z y ń s k i e g o, który wielu czynami owocnie sprzyjał rozwojowi Plombières. Jest tu wodotrysk S t a n i s ł a s, źródła, kąpiele — S t a n i s ł a s, dom, ulica, hotel zwane: S t a n i s ł a s, tablica pamiątkowa ku czci Stanisława L e s z c z y ń s k i e g o i inne.

¹⁾ Według danych Dr. R. Truelle w „Les Fouilles de Plombières de 1857 — 1932” i własnych spostrzeżeń.

O d c i n e k

Lekarze i naukowcy w Z.S.R.R.
Wrażenia z podróży naukowej.

Podał
S. MILLER (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 1).

Pęd do nauki, rozwijany odpowiednią propagandą, jest obecnie w Rosji ogromnie silny. Uczą się wszyscy: starzy analfabeci — czytać i pisać, młodzież studjuje w „wuzach”⁶⁾ i „rabfakach”⁷⁾ — stanowić ma ona te kadry odpowiednio wykształconych pracowników fachowych, których zapotrzebowanie w Rosji jest obecnie tak wielkie. Pracują i kształcą się jednocześnie. Jadąc tramwajem z mieszkania swego, które mieściło się w dzielnicy fabrycznej, na 26 ej „linji” w Leningradzie, widywałem często wśród ludzi powracających z fabryki, młodych robotników, którzy niezważali na ścisk i, chociaż z trudnością można było utrzymać równowagę, czytali książki. Byłem zawsze ciekaw podpatrzeć, co czytają. Na beletrystykę nie natknąłem się nigdy — po większej części były to książki techniczne.

Otóż uczą się wiele — ale czy dużo umieją? Oto pytanie, które się tu przedewszystkiem narzuca. Zanim jednak na nie odpowiem, muszę odgraniczyć pojęcie naukowca od pojęć takich, jak lekarz, inżynier, a nawet profesor.

Różnica między temi pojęciami w Rosji jest daleko większa aniżeli u nas. Praca naukowa w Rosji jest odgraniczona od pracy pedagogicznej na wyższych uczelniach — niemal wszystkie zakłady badawczo-naukowe są od wyższych uczelni zupełnie niezależne. Tak, jak lekarz jest tam uważany za zwykłego fachowca, którego zawodem jest leczenie, tak samo i profesor lub asystent uniwersytetu jest tylko fachowcem, kształcącym młodzież. Naukowiec jak tam mówią: „naucznyj rabotnik”, ma za zadanie jedynie przeprowadzanie badań naukowych. Może on być jednocześnie również lekarzem lub profesorem, ale to już będą jego zajęcia dodatkowe.

Aby zostać „pracownikiem naukowym”, nie wystarcza ukończenie wyższego zakładu naukowego, którego kurs całkowity trwa przeważnie 4 lata⁸⁾ i na który wstępuje młodzież z wiadomościami, mniej więcej naszej szkoły powszechnej. Z pośród kończących te zakłady jedna część zaczyna odrazu wykonywać zawód, którego się nauczyła i otrzymuje natychmiast (po miesięcznym urlopie, który się każdemu po skończonych studiach należy) mniej lub bardziej samodzielne stanowiska lekarzy i inżynierów. Druga zaś część, wybrana, kształci się dalej, jako tak zwani aspiranci. Pracują oni w różnych zakładach naukowych, specjalizują się w pewnych dziedzinach wiedzy, są wysyłani zagranicę (przeważnie do Niemiec i Ame-

ryki). Dostają oni całkowite uposażenie od państwa, ale po ukończeniu aspirantury, która trwa kilka lat, obowiązani są zająć wyznaczoną przez państwo placówkę.

Aspiranci stanowią element całkowicie oddany rządowi sowieckiemu — są to przeważnie członkowie partji lub jej sympatycy⁹⁾ Ma z nich powstać w przyszłości nowa inteligencja proletariacka na miejsce wymierającej „zgniłej” inteligencji burżuazyjnej. Wśród aspirantów jest dużo „wydwiżeńców”, t. j. ludzi, którzy przed rewolucją stali mniej więcej na poziomie analfabetów i od tego czasu zdążyli już uzyskać dyplom naukowy. Karjera „wydwiżeńca”: od pastucha do aspiranta Akademji Nauk, jest tam na porządku dziennym, nie potrzeba do tego geniusza Edisona, ale trzeba być niezmiernie pracowitym i wytrwałym i mieć dostatecznie mocną głowę, aby w międzyczasie nie zachorować psychicznie. Wystarczy zajrzeć do sowieckich zakładów psychiatrycznych, aby znaleźć wielu takich „wydwiżeńców”, których nadmierna praca złamała¹⁰⁾ (tego elementu chorych z przepracowania w naszych szpitalach nie spotyka się). Jedni nie mogą podołać i stają na pół drogi. Ci jednak, którzy dochodzą do celu, stoją na wysokości zadania. Rozmawiałem z nimi i przekonałem się do ich wiedzy (manjery ich nie obchodziły mnie).

O ile jednak poziom młodych naukowców jest dostatecznie wysoki, o tyle młodzież, która kończy wyższe zakłady naukowe, aby natychmiast zająć się odpowiednim fachem, umie bardzo mało. Kurs jest zbyt krótki i zbyt małe wiadomości wymagane są od kandydatów na wyższą uczelnię. To też kończą ją w najlepszym wypadku ciusni specjaliści, a w najgorszym — nieuki. Spotykałem tam np. takich młodych lekarzy, którzy nietylko nie umieli rozpoznać w czasie epidemji zwykłego przypadku duru brzuszego, ale jeszcze przekonywali otoczenie chorego, że może nie zachowywać żadnych ostrożności, gdyż tyfus nie jest chorobą zaraźliwą...

Taki stan rzeczy jest spowodowany nie tyle

⁹⁾ Człowiekowi, nieobeznanemu ze stosunkami rosyjskimi, wyda się pewnie dziwnem, iż mogą istnieć sympatycy partji rządzącej, nie będący jednocześnie jej członkami. Przecież, jeżeli nie stoją tu na względzie rozbieżności w poglądach, to cóż przeszkadza w państwie komunistycznym zapisać się na członka partji komunistycznej. A jednak w Rosji jest b. dużo sympatyków, t. zw. „bezpartyjnych”, a stosunkowo mało partyjnych komunistów. Dzieje się tak dlatego, że zarówno zostać członkiem partji, jak i być nim jest ogromnie trudno. Wielu ludziom, szczególnie z pośród inteligencji, odmawiają przyjęcia — wielu, którzy mogliby się tam dostać, nie czyni tego, gdyż poprostu nie czuje się na siłach. Członek partji podlega rygorowi poprostu wojskowemu — jeśli każą jechać z Moskwą na Kamczatkę, musi natychmiast spakować rzeczy i jechać. Żadne względy osobiste nie mogą tu odgrywać roli. Otóż wielu sympatyków partji nie potrafi się tak szybko wyzbywać swych „przesądów burżuazyjnych” w postaci np. żony i dzieci i dlatego nie zapisuje się do partji.

¹⁰⁾ Bardzo realnie przedstawione są dzieje takiego „wydwiżeńca” w sztuce Afinogenowa p. t. „Strach”.

⁶⁾ W.U.Z. — wyższy zakład naukowy.

⁷⁾ Robotniczy fakultet.

⁸⁾ Kurs w „rabfaku” trwa 7 lat, gdyż studenci pół dnia pracują w fabryce i tylko drugie pół dnia się uczą.

brakiem odpowiednich sił pedagogicznych, ile tem kolosalnem zapotrzebowaniem na fachowców, jakie istnieje obecnie w Rosji Sowieckiej. Ono to zmusza do masowego produkowania w przyspieszonym tempie nowych lekarzy i inżynierów—nic więc dziwnego, że produkcja ta jest pośledniejszego gatunku. Zagadnienie zaś, co jest lepsze dla społeczeństwa, czy mała liczba dobrych lekarzy, czy duża złych, nie jest znów tak łatwe do rozwiązania.

Stan ten odbija się, oczywiście, b. ujemnie na warunkach zdrowotnych kraju, i dlatego taki dur brzuszny, a nawet i dur wysypkowy szerzy się tam ogromnie. Szczególnie dotknięte są niemi ośrodki przemysłowe, gdzie głód mieszkaniowy oraz brak odpowiednich urządzeń sanitarnych dają się szczególnie we znaki. Tak np. w nowo wybudowanej elektrowni pod Leningradem, w której pracował jeden z moich sąsiadów z „komunalnej kwartiry”¹¹⁾ na 14 inżynierów, mieszkających w jednym „obsczeżitju”¹²⁾ 7-iu chorowało jednocześnie na dur brzuszny.

W rozmowie z jednym z wyższych urzędników sowieckich zwróciłem uwagę, że taki stan rzeczy odbija się przecież ujemnie na samym przemyśle—powstrzymuje tempo jego rozwoju. Odpowiedział mi, że, gdyby przed rozpoczęciem budowy nowej fabryki, zajmowali się urządzeniem odpowiednich warunków sanitarnych i mieszkaniowych, opóźniłoby to budowę jeszcze bardziej. Przyznał mi zresztą rację, że obecnie zbyt mało zwraca się uwagi na urządzenia sanitarne, zapewniając, iż odpowiedni rozwój tych urządzeń jest przewidziany w drugiej „piatiletce”.

O ile jednak ogólne warunki sanitarne są bardzo złe, o tyle w pewnych kierunkach poczyniono już b. znaczne postępy. Chodzi tu przede wszystkim o opiekę nad dzieckiem. Odpowiednie instytuty opieki nad matką i dzieckiem, żłobki, poradnie, i szpitale dziecięce są otwierane w dużej liczbie i dobrze subsydjowane. To też statystyka ludnościowa wykazuje przyrost naturalny 2,2 proc. (w porównaniu do 1,7 proc. przed wojną), choć odsetek urodzeń obniżył się z 4,6 proc. (dla Rosji Eu-

¹¹⁾ Wspólne mieszkanie.

¹²⁾ Coś w rodzaju internatu.

rop.) do 4,2 proc., co się tłumaczy głównie znacznym spadkiem śmiertelności dziecka: z 2,7 proc. do 1,8 proc.¹³⁾

W związku z mającym nastąpić polepszeniem warunków sanitarnych ludności, ma ulec poprawie również i byt lekarzy. Chociaż bowiem inżynierowie, naukowcy i pedagodzy są już obecnie zrównani w prawach z robotnikami, jednak lekarze należą wciąż jeszcze do 2-ej kategorii ludności, do t. zw. „służaszczyh” czyli urzędników, zarabiają bardzo mało, około 150 rb. miesięcznie, co stanowi przeciętnie połowę, a nawet trzecią część pensji inżyniera. Ta różnica w opłacaniu lekarzy i inżynierów była zrobiona celowo—chodziło o skierowanie młodzieży do zawodów technicznych. To też, gdy szkoły techniczne są przepełnione, instytuty medyczne, w porównaniu z niemi, poprostu świecą pustkami. Studenci—medycy rekrutują się tu przeważnie z ludności wiejskiej — młodzież miejska kształci się na inżynierów.

Takie stosunki są rezultatem hasła, które teraz w Rosji panuje: „Dałoj urawniłowku!”, co oznacza zerwanie z dawniejszą tendencją zrównania płac całej ludności. W ten sposób przez różnicowanie wysokości płac, rząd ma możliwość kierowania ludności do tych zawodów, których obsadzenie uważa w danej chwili za pilniejsze.¹⁴⁾

¹³⁾ B. Smulewicz. Le probleme de la population de l'URSS. Moskwa 1931.

¹⁴⁾ Wprowadzony jednocześnie niemal wszędzie system „sdielszczyny”, czyli pracy akordowej zmusza jednostki do szybszego tempa pracy. Na zwróconą przeze mnie uwagę, że taki system płac nie odpowiada memu wyobrażeniu o socjalizmie, odpowiedziano mi, że w Rosji „socjalizmu” jeszcze nie ma — jest dyktatura proletariatu, t. j. ustrój, który do tego socjalizmu powinien najszybciej doprowadzić. Socjalizm ma nastąpić wówczas, gdy będzie można produkować ilość dóbr, wystarczającą na zaspokojenie potrzeb całej ludności. W obecnym okresie, istniejące dobra przydziela się poszczególnym jednostkom wg. korzyści, jakie przynoszą one społeczeństwu. Dalej przytoczono mi odpowiednie słowa M a r k s a, który miał podobno taką kolejność wypadków przewidzieć.

* * *

(C. d. n.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Prądy higieny współczesnej a lekarz praktyk¹⁾.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

Publiczna ochrona zdrowia należy do najbardziej popularnych zagadnień chwili obecnej. Składają się na to różne przyczyny: rozwój nauki wogóle, medycyny w szczególności, demokratyzacja w znaczeniu udostęp-

nienia dobrodziejstw kultury najszerszym warstwom ludności, rozwój techniki, umożliwiający każdemu człowiekowi zajęcie się sprawami, daleko wykraczającymi poza zdobycie kawałka chleba, dziwny, a nieoczekiwany kierunek, w jakim zmierza ruch naturalny ludności, zmiana poglądów na stosunek doskonałości ducha do rozwoju fizycznego, zupełnie inna, niż dawniej, ocena wartości dóbr materialnych do „ceny” materiału ludzkiego (według obliczeń angielskich i amerykańskich, jak 1 : 5) i wiele innych.

Przypuszczalnie jest to dopiero początek, pierwsze i nieśmiałe kroki, jakie stawiamy na tem polu. Ochrona zdrowia dojdzie do stanu, jaki dziś z trudem mógłby nakreślić posiadający najbogatszą fantazję „Jules Verne”

¹⁾ Wykład wstępny, wygłoszony na kursie dla lekarzy domowych Kas Chorych dn. 4.XI.1932. Z pewnemi skrótami artykuł ten został ogłoszony w Nr. 11 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych”.

lekarski. Wystarczy tylko spojrzeć krytycznie w przeszłość, ażeby dać wiarę temu przypuszczeniu. Bo, jeżeli od chwili, kiedy nasz praojciec mocno stanął na dwóch nogach, upłynęło lat około 50.000, od czasu, kiedy ochrona zdrowia stanęła na naukowych podstawach, jest niewiele więcej ponad lat 50. I w ciągu tego półwieku ileż osiągnięto? Wprawdzie wyzyskaliśmy w nauce długoletnie doświadczenie naszych przodków, wprawdzie tempo rozwoju ostatnich lat jest raczej rewolucyjne, niż ewolucyjne, trzeba więc przypuszczać, że nastąpi zwolnienie, i rozpoczęty ruch nie koniecznie będzie szedł w kierunku prostym, a może będzie podlegał prawom ruchu wahadłowego, wprawdzie życie człowieka ograniczone jest bardzo wąskimi a niewzruszalnymi granicami, lecz i w tych ciasnych granicach przyszłość może przynieść znacznie więcej niespodzianek, niż się śni współczesnym filozofom. Następcy nasi będą przewidywali, ujmą w prawa i będą regulowali takie dziedziny życia, które dziś nam się wydają wynikiem ślepych i niezrozumiałych zupełnie sił natury. Ale i to, co widzimy obecnie, co się już stało, wcale nie jest godne lekceważenia. Wyniki, osiągnięte w dziedzinie ochrony zdrowia, są niemniej godne podziwu, niż w technice wynalezienie i zastosowanie pojazdów mechanicznych, aeroplanu, telefonów i radja. Rzućmy choć pobieżnie okiem na nasze zdobycze.

Przedewszystkiem w ciągu zaledwie ostatniego pół wieku życie ludzkie zostało przedłużone w państwach kulturalnych przeciętnie o 15 — 20 lat, to znaczy mniej — więcej o 40 — 50%, a można przypuszczać, że zastosowanie dotychczasowych wyników wiedzy bez nowych odkryć pozwoli nam jeszcze przedłużyć je o lat 10 — 15. Osiągnięcie przeciętnego wieku patriarchów biblijnych — lat 70 nie jest dziś mrzonką dla mieszkańca krajów kulturalnych. A w porównaniu z przeszłością będzie to wielki postęp. Długowieczność w dawnych latach, jeżeli mowa nie o rzadkich wyjątkach, które zdarzają się wszędzie tak dziś, jak i dawniej, to tylko legenda o dobrych minionych czasach. Dziadowie nasi, przychodząc na świat, mieli szanse dojścia przeciętnie do lat nie więcej niż trzydziestu kilku, dziś przychodzące na świat dzieci mogą oczekiwać lat 46, a w Australji i Nowej Zelandji zbliża się wiek przeciętny do lat 65. Jest to wielka zdobycz, której tylko nie umiemy ocenić, bo jesteśmy zbyt jej bliscy i zbyt mało w zdrowiu przypisujemy naszemu własnemu wysiłkom, kładąc wszystko na karb tajemniczych sił przyrody.

Równolegle ze spadkiem umieralności zmniejszała się znacznie i chorobowość. Najpierw ostre choroby zakaźne.

Wygasły prawie zupełnie w krajach kulturalnych ongi budzące grozę na samo wspomnienie tak straszne klęski, jak trąd i dżuma (jeszcze przed erą dzisiejszej higieny naukowej). Kilkaset lat temu było inaczej. Przecież nie było w średniowieczu większego miasta bez izolatorium dla trędowatych, a dżuma wyludniała całe okolice, kraje całe, ba, w wieku XIV opustoszyła całą Europę. Podobnie wygasła zimnica, która w dawnych czasach była w Europie, przypuszczalnie, nie mniej groźna, niż obecnie gruźlica. Znikła ospa w krajach, gdzie są przeprowadzane dobrze szczepienia, choć nie tak to są jeszcze dawne lata, kiedy na ospę wymierały miliony ludności, a wśród pozostałych nawet na dworach królewskich i wśród magnatów było wielu ślepców, głuchych i zeszpeconych. Dur plamisty, nieodstępny to-

warzysz wszystkich wojen i klęsk, a przedewszystkiem głodu, który tak jeszcze niedawno wśród ludu był równieź chorobą chroniczną, staje się coraz rzadszy na Wschodzie, a na Zachodzie *de facto* nie istnieje. Anglja, Francja, Niemcy duru plamistego nie znają wcale i uniknęły go nawet w okresie tak straszego wstrząsu, jakim była ostatnia Wielka Wojna. Dur brzuszny znika stopniowo w krajach kulturalnych, a przecież jeszcze lat temu 50 wszystkie wielkie miasta europejskie i amerykańskie nie mogły żadną miarą uporać się z tą groźną wówczas plagą. Zanika również czerwonka, bicz dawnych wojen. Pochłania coraz mniej ofiar błonica i inne choroby wieku dziecięcego, nawet te, którym zapobieganie znajduje się dotąd na bardzo kruchych podstawach naukowych: leczenie objawowe i umiejętnie pielęgnowanie także nie są bez skutku. Jeżeli wziąć choroby zakaźne podzwrotnikowe, jak żółta febra, złośliwa zimnica, śpiączka afrykańska, to tam nastąpiły zmiany bodaj że jeszcze szybciej i bardziej radykalne, niż na kontynencie Europy i wogóle w krajach o klimacie umiarkowanym. Najlepsze świadectwo temu daje przekopanie kanału panamskiego.

Druga dziedzina, w której osiągnięto niemniej zadziwiające wyniki, niż w walce z chorobami zakaźnymi, to ochrona zdrowia niemowląt. W krajach mało kulturalnych już na początku ubiegłego stulecia z tysiąca noworodków umierało w pierwszym roku życia niekiedy do 400—500, a umieralność 250 — 300 na tysiąc była na całym wschodzie Europy regułą. Dziś kraje przodujące, jak Australja, Kraje Skandynawskie, Szwajcarja, Anglja, zredukowały zgony niemowląt do 4—5%, a więc dziesięciokrotnie, a nawet państwa o tak wysokiej rozrodzności i niezbyt wysokim poziomie kulturalnym, jak Polska, obniżyły swoją umieralność niemowląt do 16 — 18%.

Trzecia dziedzina, w której możemy się poszczycić wyraźnymi zdobyczami, to choroby społeczne. I na tem polu osiągnięto wyniki godne zaznaczenia. Umieralność na gruźlicę w krajach europejskich w ciągu ostatnich 25 lat spadła od 16% do 68%, a jeżeli weźmiemy dłuższy okres czasu, spadek jest jeszcze większy. I gruźlica spada dalej, spada prawie we wszystkich krajach, nawet w tych, w których robi się bardzo niewiele celem jej zwalczania. Wykorzenienie tej plagi, zwanej słusznie „białą dżumą“, obiecuje przedłużenie życia i ogromne zmniejszenie chorobowości. Obliczono na przykład, że, jeżeli uda się Amerykę uwolnić od gruźlicy, przeciętna długość wieku ludzkiego wzrośnie tam o 2½ roku, a przecież Ameryka jest krajem o niskim współczynniku gruźlicy. Kiła, niegdyś szerząca się niemal epidemicznie, w ostatnich latach spotyka się coraz rzadziej, zresztą, jest mniej groźna, gdyż do zwalczania jej nauka ostatnio dostarczyła środków niemal radykalnych, swoistych. W walce z jaglicą, z plagą alkoholizmu, jeżeli nie jesteśmy zwycięzcami, to znajdujemy się na dobrej drodze.

Naturalnie jest jeszcze wiele chorób chronicznych, niekoniecznie prowadzących do szybkiej śmierci, ale zawsze zmniejszających wartość społeczną jednostki, jej sprawność, zawsze też indywidualnie utrudniających jednostce osiągnięcie pełnego zadowolenia z życia. Usunięcie tych chorób to olbrzymiej wagi zagadnienie tak dla jednostki, jak i społeczeństwa. Człowiek chronicznie chory, albo niedołączny, to jednak stały wyrzut dla otoczenia. Kieliszkiem nie szklanką pije życie latami nie jeden z tych chronicznych, zgłębnionych cierpieniami i niemożli-

wością pójścia w ślady szczęśliwszych, nie żyje lecz trwa, aż w końcu dla społeczeństwa staje się zupełnym ciężarem. Walka z chorobami, wywołującami ten stan, jest trudna, ale nie jest bezowocna. Niedługo wprawdzie, bo w sumie zaledwie jakieś ćwierćwiecze trwające doświadczenie, powiada, że i na tem polu można osiągnąć bardzo pokaźne wyniki, o ile tylko walka jest prowadzona umiejętnie i wysiłkiem społecznym, zbiorowym. Są

jeszcze schorzenia zanikające, albo coraz radsze, o których warto wspomnieć, już to dlatego, że dawniej unosiły one wiele ofiar, choć obecnie są rzadkie, już to ze względu na ich jaskrawość, że są znane, wszyscy mamy je w pamięci. Tu należą choroby, wywołane niedożywaniem lub wadliwym żywieniem, jak np. gnilec, w innych krajach pellagra, lub beri - beri, niektóre choroby zawodowe w rodzaju zatruc fosforem, ołowiem i t. d. (C. d. n.)

Wiadomości bieżące

— Koledzy Zygmunt B y c h o w s k i, Jan W o j c i e c h o w s k i i Jakób S z w a j c e r zostali mianowani konsultantami honorowymi: pierwszy—szpitala przy ul. Złotej, drugi — szpitala Św. Łazarza, trzeci — szpitala Starozakonnych.

— Od Zjednoczenia Lekarzy (B. Stud. Uniw. Warsz. po 1915 roku) otrzymaliśmy następującą o d e z w ę.

Kryzys gospodarczy, który ujemnie wpłynął na wszystkie dziedziny życia naszego narodu i państwa nie ominął swem oddziaływaniem i stanu lekarskiego. Trafiając na ciężkie warunki materialne lekarzy, stanowiące jakby korzystne tło dla wszelkich wykroczeń ze strony słabych jednostek, wytworzył szereg anomalji i niezdrowych zjawisk, obciążając cały stan lekarski w opinji ogółu.

Kierując się doniosłością chwili, grupa lekarzy zorganizowana w Zjednoczeniu Lekarzy, uważa za wskazane poddać krytycznej rozprawce warunki pracy lekarza w dobie obecnej.

Stosunek społeczeństwa do lekarzy.

Przyjął się w naszym społeczeństwie zwyczaj krańcowego wyzysku wiedzy i pracy lekarzy. Przykładem tego są instytucje społeczne oraz ubezpieczeniowe, które w swym zapale reorganizacyjnym dążą do zamiany wolnego stanu lekarskiego na zawód urzędniczy, uzależniony służbowo, a nawet fachowo od administratorów i urzędników nielekarzy. Wszystkie niemal ostatnie projekty ustawodawcze i zarządzenia idą w tym kierunku. Na każdym kroku ograniczany jest wpływ czynnika lekarskiego.

Instytucje społeczne obniżają wynagrodzenia lekarskie do niespotykanych granic, obciążając jednocześnie ogromem pracy niewspółmiernej z wynagrodzeniem, chociaż wydawałoby się, że społeczeństwo powinno dążyć do zapewnienia należytych warunków tym, których celem i zadaniem jest dbać o zdrowie ludności.

Praca lekarzy w szpitalach.

Szpitala w dużych miastach, jeśli mogą wykazać się wydajną pracą, to dzięki licznym, najczęściej nieznanym zastępom wolontariuszy, oddających bezpłatnie swą wiedzę i pracę. Mała ilość etatów asystenckich w szpitalach, często, zresztą przedłużanych dla jednostek ustosunkowanych, zmusza wolontariuszy do długiego i niehonorowego hospitowania.

Nadmiar lekarzy w miastach.

Nierównomierne rozmieszczenie sił lekarskich w kraju skupia nieumotywowaną istotną potrzebą liczbę lekarzy w większych miastach.

Podstawową przyczyną tego zjawiska są braki w przygotowaniu lekarzy do samodzielnej praktyki. Odpowiedzialność za to ponoszą uniwersytety, które nadmiernie obciążały studia lekarskie wiadomościami teoretycznymi, nie dając praktycznych, wymaganych na każdym kroku w życiu.

Obowiązkowa praktyka szpitalna.

Obowiązkowa jednoroczna szpitalna praktyka lekarska po ukończeniu studiów, stała się zarządzeniem czysto formalnym. Nikt nie opiekuje się praktykantem w tym jednorocznym

okresie, w którym nie jest on ani studentem, ani lekarzem uprawnionym do wykonywania praktyki lekarskiej.

Życie społeczne.

W samem społeczeństwie lekarskim potworzyły się grupy, koterje, związki i zrzeszenia, walczące o pseudo-ideały, a starannie zabiegające o dobro materialne własne i swych przyjaciół.

Nieuczciwa walka konkurencyjna i krzykliwa reklama, pokrywająca nieczyste handlowe kalkulacje jednostek, jest zjawiskiem codziennym, obniżającym autorytet lekarza.

Nierzadko dziś spotykamy się z tem, że starszy lekarz świadomie utrudnia młodszemu kolegom wyrobienie się zawodowe i zajmowanie niektórych stanowisk, by, zdobywając prywatną praktykę, nie uszczuplił jego praktyki.

Zasklepiony w ciasnych granicach walki o byt i w pracy zawodowej, lekarz nie interesuje się w dobie obecnej zagadnieniami ogólnie - społecznymi.

Nadmierne kumulowanie posad przez lekarzy i nieuregulowanie tego przez czynniki powołane, również wymaga protestu.

Zerwanie z dotychczasowym stanem jest jedyną logiczną koniecznością naprawy stosunków w świecie lekarskim.

Reorganizacja studiów lekarskich na naszych uniwersytetach w myśl największego przystosowania do życia praktycznego.

Głęboka i celowa reorganizacja instytucji ubezpieczeń społecznych z zapewnieniem właściwej roli lekarza w sprawach zdrowotnych.

Udostępnienie młodemu lekarzom stanowisk etatowych w ośrodkach zdrowia, przychodniach przeciwczerwotnych, asystentów w szpitalach miejskich i t. p.

Zwiększenie liczby etatów oraz skrócenie lat asystentury i ścisłe przestrzeganie czasu trwania asystentury.

Nadanie konkretnych i pełnych form działania Izbie Lekarskiej przedewszystkiem powołanym do normowania warunków życia lekarskiego.

Zdecydowana i nieubłagana walka z nieuczciwymi lekarzami.

Reorganizacja instytucji społeczno - lekarskich, ze zwroceniem głównej uwagi na obronę etyki i bytu materialnego lekarzy.

Oto hasła, które rzucamy w świat lekarski w dniu dzisiejszym, by rozpocząć pracę ku lepszej, zasłużonej przyszłości lekarza polskiego!

Zarząd Zjednoczenia Lekarzy.

— W y c i e c z k a d o L o n d y n u 1933.13.VII. — 31.VII. na III Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów.

Pragnąc umożliwić Kolegom i Ich Rodzinom zwiedzenie Londynu, jego instytucji szpitalnych i społecznych, oraz udział w III Międzynarodowym Zjeździe Pedjatrów w dniach 20, 21, 22 lipca 1933 Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa

Pedjatrycznego organizuje wycieczkę statkiem Polsko Brytyjskiego Towarzystwa Okrętowego S. A.

W razie zgłoszenia się 50 osób uczestników Zarząd Gł. P. Tow. Ped. uzyskuje zniżkę na przejazd statkiem i pośredniczy w uzyskaniu tanich mieszkań w Londynie.

Koszta drogi z Gdyni do Londynu i z powrotem wraz z utrzymaniem na statku wyniosą:

Klasa I — ca. Zł. 315.— (Ł. 10.10.0)

Klasa II — ca. Zł. 255.— (Ł. 8.10.8)

Udział w wycieczce uprawnia do 50% zniżki kolejowej w drodze powrotnej z Gdyni do miejsca zamieszkania.

Koszta zamieszkania w czasie Zjazdu od dn. 17 do 27.VII. ca. Zł. 60.— dla uczestników, którzy zamówią dla siebie mieszkania w pokojach umeblowanych uprzednio w Zarządzie Gł. P. Tow. Ped.

Koszta utrzymania i zwiedzania będą wahały się od 15 do 20 zł. dziennie, czyli od 150 do 200.— zł. za pobyt, w zależności od stopy życiowej.

Koszta organizacyjne 15.— zł. od osoby.

Koszta ogólne wycieczki za 18 dni wyniosą wobec powyższego ca. 480 do 590 zł.

Paszport zbiorowy załatwia Polsko - Brytyjskie Towarzystwo Okręt S. A.

Program wycieczki:

13 lipca odjazd z Gdyni

16 lipca przyjazd do Londynu

17 do 27 lipca pobyt w Londynie

27 lipca odjazd z Londynu

31 lipca przyjazd do Gdyni

Zapisy przyjmuje od dnia 1 stycznia 1933 r. Kancelaria Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego — Warszawa, ul. Litewska 16, tel. 8-29.43. Należność wpłaca się: zł. 150.— przy zapisie, zł. 150 w miesiąc później, reszta wypadająca z rozrachunku po porozumieniu.

W interesie zgłaszających się leży jak najwcześniejsze zapisanie, ze względu na liczne czynności związane z organizacją wycieczki.

(—) M. Michałowicz

Prezes Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

13.I. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1) Zagajenie Prezesa. 2) „Kwadrans wiadomości i komunikatów ze świata”. 3) Referat doc. dr. G. Szulca: „Nowoczesne metody żywienia chorych”. 4) Dyskusja. 5) Wolne wnioski.

16.I. Warszawskie Towarzystwo Chirurgiczne.

(Szpit. Przem. Pańsk.).

1. W. G a w r o ń s k i. Przypadek dwustronnej kamicy nerkowej. 2. W. L i l p o p i K. S t a n k i e w i c z. Zrakowacenie układu kostnego z pierwotnym ogniskiem w gruczole krokowym. 3. A. L e ś n i o w s k i. Z kazuistyki chirurgii dróg żółciowych. 4. J. G r z e s i a k. Przypadek mnogich przerzutów do układu kostnego. 5. T. B u t k i e w i c z. Przypadek zapalenia szpiku kostnego kości ramiennej. 6. B. K a r b o w s k i. a) 2 przypadki rezekcji żołądka. b) Ropień płuca wyleczony za pomocą wlewań lipjodolu do oskrzela. c) Przypadek ciężkiego schorzenia krtani o charakterze naciekowowrządziejącym. 7. B. K a r b o w s k i i J. G o l a k o w s k i. Przypadek ropnia w przestrzeni pajączynkowej pochodzenia usznego. 8. Z. S ł a w i ń s k i. Ograniczona polipowatość kiszki grubej. 9. W. L i l p o p. Torbiel nerki. 10. T. B u t k i e w i c z. a) Sympathikotomia periureteralis. b) Żółciowe zapalenie otrzewny, spowodowane przedziurawieniem podsurowiczkowych kanalików żółciowych.

19.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

1. Dr. S. T u b i a s z. Wrażliwość dzieci na błonicę w poszczególnych porach roku na podstawie wyników próby Schicka. 2. Dr. S. K n a m s z t y k. Życie i dzieło Alfreda Grotjahna. Karta z dziejów medycyny społecznej. C z ę ś ć a d m i n i s t r a c y j n a, która odbędzie się w razie przybycia dostatecznej liczby członków: 1) Sprawozdanie roczne Zarządu, Skarbnika i Komisji Rewizyjnej. 2) Wybór 3 członków do Zarządu. 3) Nowelizacja Statutu Towarzystwa (ponownie na żądanie Komisarjatu Rządu). 4) Wniosek zarządu w sprawie nadania prof. O. Bujwidowi godności członka honorowego. 5) Wolne wnioski.

REGULAMIN

ogłaszania prac w „Warsz. Czasop. Lekarsk.”.

1. Prace, nadsyłane do redakcji, muszą być pisane na maszynie. Wyjątki robione będą tylko dla rękopisów bardzo czołowych.

2. Autorzy prac proszeni są o zwięzłe traktowanie przedmiotu. Wstępy, omawiające dane z piśmiennictwa, statystyki i historii, powinny być możliwie krótkie. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania artykułów w porozumieniu z autorami.

3. Koszty drukowania tablic i klisz ponoszą autorzy.

4. Autorzy otrzymują 25 odbitek swych prac bezpłatnie

1 TREŚĆ: Z. BYCHOWSKI. Ś. p. Józef Babiński. — I. P. PAWŁOW. Próba fizjologicznego objaśnienia symptomatologii hysterji. (C. d.). — J. FLIEDERBAUM. O postaciach klinicznych gruźlicy otrzewny. (C. d.). — W. SZENWIC. Znaczenie zboczenia wzrostu chrząstek (Chondrodystrophia foetalis) w położnictwie. — C. ROZENGARTENÓWNA. Stan obecny wiedzy o chorobie Heine-Medina. (C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. ROTSTADT. Plombières. — S. MILLER. Lekarze i naukowcy w Z.S.R.R. (C. d.). — M. KACPRZAK. Prądy higieny współczesnej a lekarz praktyk. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. BYCHOWSKI. Feu Dr. Joseph Babiński. — I. P. PAWŁOW. Tentative d'explication physiologique de la symptomatologie d'hystérie. (suite). — J. FLIEDERBAUM. Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse. (suite). — W. SZENWIC. La valeur d'anomalie de croissance des cartilages dans l'accouchement. — C. ROZENGARTEN. Etat actuel de la question de la maladie de Heine-Méline. (suite). — J. ROTSTADT. Plombières. — S. MILLER. Médecins et hommes de science en U.S.S.R. (suite). — M. KACPRZAK. Mouvements dans l'hygiène contemporaine et le médecin praticien.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 834 - 48.