

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 334-87.

Rok XVI

WARSZAWA, 8 CZERWCA 1939 R.

Nr. 21-22

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Kliniki Dziecięcej U. S. B. w Wilnie.
(Dyrektor: † Prof. Dr Wacław Jasiński).

Podaly

P. LIDZKA i M. KOZAKIEWICZ-TARASIEWICZOWA (Wilno).

Ciśnienie średnie krwi u dzieci w stanach fizjologicznych i niektórych stanach patologicznych.

Znajomość ciśnienia tętniczego w fizjologii i klinice wzbogaciła się w 1921 r. nową zdobyczą — ciśnieniem średnim.

Ciśnienie średnie jest to pojęcie względnie nowe, któremu trzeba dać przede wszystkim określenie. Termin ten jednak nie jest zupełnie nowy; można go spotkać w niektórych pracach o sfigmomanometrii, lecz tam przypisywano mu różne znaczenie. Myślano, że ciśnienie średnie jest to średnia arytmetyczna z ciśnienia skurczowego (*max.*) i rozkurczowego (*min.*). Lecz takie ciśnienie średnie czysto arytmetyczne nie ma żadnego znaczenia ani praktycznego, ani teoretycznego.

Potain (w początku 20 wieku) określił ciśnienie średnie w sposób następujący: pomiędzy ciśnieniem skurczowym (*max.*) i rozkurczowym (*min.*) ciśnienie przechodzi przez cały szereg wahań bardzo zmiennych i nie regularnych. Najlepiej można to widzieć z wahań krzywej sfigmomanometrycznej. Średnia z sumy tych wszystkich ciśnień następujących po sobie — jest to ciśnienie średnie. Inaczej mówiąc, ciśnienie średnie jest to ciśnienie, które byłoby u danego osobnika, gdyby ciśnienie było stałe i nie wahałoby się od *max.* do *min.*

Określenie ciśnienia średniego zapoczątkował wielki fizjolog francuski Marey.

Od czasu, kiedy Potain określił w ten sposób ciśnienie, nikt tą sprawą nie zajmował się w ciągu 20 lat. W 1921 r. Pachon podkreślił znaczenie ciśnienia średniego. Gdy ciśnienie skurczowe (*max.*) określa ciśnienie w naczyniach tylko w jednym krótkim momencie, ciśnienie średnie, które jest średnią z sumy wszystkich ciśnień, daje nam prawidłowy obraz ciśnienia krwi.

Pachon również wykrył sposób badania ciśnienia średniego, które nazwał ciśnieniem średnim dynamicznym. Jest rzeczą oczywistą, że średnia arytmetyczna między ciśnieniem *max.* a *min.* nie wskazuje nam ciśnienia średniego. Ciśnienie średnie nie daje się określić przez obliczenia matematyczne (jak to próbowali czynić różni autorzy). Można natomiast bardzo dokładnie zmierzyć ciśnienie średnie za pomocą oscylometru. Badania Pachona wykazały, że największe wahania

oscylometryczne odpowiadają nie ciśnieniu rozkurczowemu (*min.*), jak dotąd przypuszczano, lecz ciśnieniu średniemu.

Ciśnienie średnie daje nam pojęcie o pracy w całym układzie tętniczym; ciśnienia zaś krańcowe, skurczowe i rozkurczowe (*max.* i *min.*) nie odzwierciedlają stanu naczyń (le régime vasculaire), lecz jeden krótki moment. Poza tym ciśnienie *max.* i *min.* ulega dosyć znacznym wahanom, nawet w warunkach fizjologicznych.

Vaquez przytacza zdanie Deadborna, który pod wpływem bardzo chwiejnego ciśnienia skurczowego (*max.*) powiedział, żeby być pewnym ciśnienia *max.* trzeba by je mierzyć co 1 lub co 2 minuty w ciągu kilku dni.

Więc to, co wydawało się tak trudne Deadbornowi, jest bardzo proste według Vaqueza za pomocą ciśnienia średniego. Normalnej pracy serca, twierdzi Vaquez, musi odpowiadać stałe ciśnienie w naczyniach krwionośnych. To stałe ciśnienie istnieje w rzeczywistości — jest to ciśnienie średnie dynamiczne.

Ciśnienie średnie nie ulega zmianom tak, jak ciśnienie *max.* i *min.*; równa się ono przeważnie u dorosłych 85—100 mm, waha się w granicach 10—15 mm. Ciśnienie średnie było badane przez Vaqueza i jego współpracowników na dużej liczbie osobników. Celem tych badań było ustalenie, jak się zachowuje ciśnienie średnie w różnych okresach życia i w warunkach fizjologicznych, w których, jak wiemy, ciśnienia krańcowe są b. zmienne. Wyniki ich badań są następujące:

W wieku 20—25 lat ciśnienie średnie równa się 80—90 mm najczęściej 90 mm; od 25—50 lat wynosi 80—110 mm najczęściej też 90 mm. Powyżej 50 lat ciśnienie średnie dochodzi do 90—120 mm najczęściej 100 mm. Tak tedy można powiedzieć, że od wczesnej młodości do wieku starczego ciśnienie średnie zmienia się tylko o 10—15 mm, czym się różni od bardzo zmiennych ciśnień krańcowych — skurczowego i rozkurczowego (*max.* i *min.*).

Ciśnienie średnie nie zmienia się w zależności od płci podczas gdy ciśnienia skurczowe i rozkurczowe (*max.* i *min.*) są niejednakowe dla obu płci. Ciśnienie *max.* podnosi się o 10 mm kilka dni przed okresem i wraca do normy w 2-m dniu (badania Tusigi i Bogdanowicza, Siredey i Francillon), ciśnienie średnie natomiast nie ulega żadnym zmianom w tym okresie. W ćwiczeniach fizycznych, podczas któ-

rych ciśnienie skurczowe (*max.*) podnosi się o 20—25 mm, ciśnienie średnie zmienia się bardzo nieznacznie. T a n g l i Z u n t z stwierdzili na psach wzmożenie ciśnienia średniego po ćwiczeniach fizycznych o 2—25 mm.

Trawienie nie wywiera wpływu na ciśnienie średnie, natomiast wpływ trawienia na ciśnienie skurczowe jest ustalony. W 1921 r. L o e p e r ustalił zmiany ciśnienia *max.* zależnie od przyjmowania pokarmów. Bezpośrednio po posiłku występuje nieznaczne wzmożenie ciśnienia; godzinę po posiłku — obniżenie; potem ciśnienie podnosi się od 20—30 mm. V a q u e z i jego współpracownicy nie potwierdzili w zupełności krzywej L o e p e r a; stwierdzili jednak zmiany ciśnienia skurczowego w zależności od trawienia; nie wykazali natomiast wpływu trawienia na ciśnienie średnie.

Za niezmiennością ciśnienia średniego przemawia następujące doświadczenie V a q u e z a i jego współpracowników (K i s t h i n i o s i P a p a i o a n n o u).

Jeżeli jedną rękę zanurzyć w cieplej wodzie a drugą w zimnej, ciśnienie obniża się w 1-m przypadku i podnosi się w 2-m o 2—3 cm. Tymczasem wydajność serca jest jednakowa dla obu ramion. W tym samym doświadczeniu autorzy stwierdzili (że ciśnienie średnie, które jest prawdziwym wyrazem pracy serca, jest jednakowe na obu ramionach.

W drugiej grupie badano osobników z niedomykalnością aorty przy dobrze zachowanej wydolności serca. (W takich przypadkach, jak wiadomo, różnica między ciśnieniem *max.* i *min.* jest bardzo duża). Ciśnienie średnie w tych przypadkach było niezmiennione. To samo stwierdził i F o n t a n. V a q u e z sądzi, że niedomykalność aorty dla tego dobrze jest znoszona przez chorych przez czas dłuższy, ponieważ wydolność serca u tych chorych jest normalna, o czym świadczy normalne ciśnienie średnie. U takich chorych autor stwierdzał często przerost lewej komory. Mimo normalnego ciśnienia średniego czasami mogą wystąpić objawy niedomogi serca wskutek dołączenia się innych czynników, jak: 1) zaburzenia ze strony mięśnia sercowego i 2) stwardnienia naczyń.

W przypadkach niedomykalności aorty różnica przy mierzeniu na ramieniu i na udzie jest bardzo duża. U jednej chorej autorzy stwierdzili na kończynie górnej 140 mm, na kończynie dolnej 210 mm. Ciśnienie średnie było jednakowe na obu kończynach. Autorzy nie mają jednak zamiaru zastępować mierzenia ciśnień *max.* i *min.* ciśnieniem średnim. Ciśnienia krańcowe zachowują całą swoją ważność. Lecz wyłączne mierzenie ciśnień krańcowych może prowadzić do błędów. Ze względu na stałe zachowanie się ciśnienia średniego V a q u e z porównywa je do pH krwi.

Część autorów (L i a n, O r ł o w) proponuje mierzyć jednocześnie ciśnienie średnie za pomocą metody oscylometrycznej i ciśnienie skurczowe (*max.*) za pomocą metody osłuchowej K o r o t k o w a; ciśnienie średnie jest bliskie lub zupełnie identyczne z 3-ą fazą K o r o t k o w a — faza drugich tonów metody K o r o t k o w a, t.zn. chwila kiedy tony głośne zaczynają słabnąć i przechodzą w tony końcowe — 4-tej fazy.

Przechodzimy do techniki mierzenia ciśnienia średniego u dzieci.

Mierzenie wykonywa się za pomocą aparatu P a c h o n a firmy B o u l i t t e. Mańkiet szerokości 15 cm nakłada się na ramię u dzieci starszych, na ramię i przedramię u dzieci młodszych. U dzieci poniżej 5-10 lat mańkiet można nałożyć na udo. Przy pompowaniu

powietrza igła oscylometryczna zaczyna wykonywać wahania, które odczytuje się na skali.

Liczby manometru, przy których wahania igły oscylometrycznej raptownie się zwiększają, odpowiadają ciśnieniu skurczowemu (*max.*). Największe wahania igły oscylometrycznej odpowiadają ciśnieniu średniemu.

Te liczby manometru, przy których wahania igły oscylometrycznej raptownie się zmniejszają, odpowiadają ciśnieniu rozkurczowemu (*min.*).

U niemowląt wahania igły oscylometrycznej są bardzo małe i dlatego ciśnienie średnie u nich jest trudne do określenia.

Odczytanie ciśnienie średniego nie przedstawia trudności, o ile krzywa wahań oscylometrycznych jest w postaci ostrego kąta. O ile największe wahania nie zaczynają od razu się zmniejszać, wtedy krzywa nie ma postaci ostrego kąta, lecz więcej jednolity przebieg; szczyt krzywej ma postać linii prostej (plateau). Oznacza to, że tętnica za wcześnie doszła do swojej największej rozpiętości, i wahania igły oscylometrycznej przestały się zwiększać. P a c h o n i z nim większość autorów podają, że w takich przypadkach ciśnienie średnie odpowiada środkowi linii prostej (plateau). Inni autorzy nie zgadzają się ze zdaniem P a c h o n a. A r n o w l j e w i c i M i l o w a n o w i c sądzą, że ciśnieniu średniemu odpowiada dolna granica linii prostej (tam, gdzie linia jednostajna się kończy, i zaczynają się mniejsze wahania oscylometryczne). Na ogół krzywa o szczycie nieostrym lecz w postaci linii poziomej (plateau) występuje w przypadkach, w których istnieje duża różnica między ciśnieniem skurczowym (*max.*) i rozkurczowym (*min.*) — w wadzie aortalnej, lub kiedy mierzy się ciśnienie wąskim mańkietem. Przy mierzeniu ciśnienia szerokim mańkietem krzywa o szczycie płaskim (plateau) występuje rzadko.

B o n a b a i S a r a c h a g a mierzyli ciśnienie u 443 dzieci w wieku 1—15 lat i stwierdzili, że ciśnienie nie zmienia się w zależności od wieku. Różnica u niemowląt i u dzieci 13—15 l. jest bardzo nieduża, wynosi 1—2 mm.

Liczba dzieci badanych	Wiek	Ciśnienie średnie
4	1—2 lat	75
10	2—3 „	76
25	3—4 „	74
29	4—5 „	74
27	5—6 „	75
29	6—7 „	75
51	7—8 „	74
49	8—9 „	73
39	9—10 „	74
37	10—11 „	77
35	11—12 „	77
43	12—13 „	75
34	13—14 „	78
21	14—15 „	73
443	1—15 lat	75

Na podstawie swoich badań autorzy doszli do wniosków, że ciśnienie średnie u dziecka zdrowego niezależnie od wieku jest liczbą stałą = 75 mm. Zmiany ciśnienia średniego w 1-m, 2-m i 3-m dzieciństwie nie przekraczają 1—3 mm.

U dzieci chorych, według ich badań, ciśnienie śred-

nie zmienia się równolegle do ciśnień krańcowych, a mianowicie: w ostrym zapaleniu nerek jest wzmożone; w durze brzuszny jest obniżone, zarówno jak ciśnienie skurczowe i rozkurczowe. W gruźlicy również stwierdzili obniżenie ciśnienia średniego, skurczowego (*max.*) i rozkurczowego (*min.*).

Przystępując do naszych badań mieliśmy za zadanie sprawdzić, jak się zachowuje ciśnienie średnie u dzieci, i czy można na podstawie ciśnienia średniego wysnuwać wnioski co do rozpoznania i rokowania w klinice dziecięcej w pewnych jednostkach chorobowych.

Ogółem zbadaliśmy ciśnienie średnie u 129 dzieci; chłopców — 51; dziewczynek — 78.

Ogólna liczba badań wynosi 394.

Po 1 razie mierzono ciśnienie u 24 dzieci

„ 2 razy	„	„	„	26	„
„ 3	„	„	„	38	„
„ 4	„	„	„	20	„
„ 5	„	„	„	9	„

Powyżej 5 razy mierzono ciśnienie u 12 dzieci

Co się tyczy jednostek chorobowych, podział jest następujący:

Schorzeń reumatyczno-sercowych mieliśmy 28.

1 przypadek wrodzonej wady serca ze znaczną ściną (*stenosis pulmonalis*).

Ciężkich schorzeń serca w okresie niewydolności było 13. Z tej liczby w 9-u stwierdziliśmy średnie ciśnienie krwi = 60—65 mm.

Nr porz.	Nr hist. chor.	Nazwisko i imię	Wiek w lat	Rozpoznanie	Ciśnienie		
					średnie	max.	min.
1	5641	Kot. Kryst.	8	<i>Endocarditis</i>	2×75; 3×65	75—85	35—45
2	5658	Bejn. Jadw.	6	„ <i>c. myocardit.</i>	4×65; 1×70; 1×75	70—85	30—40
3	5704	Białk. Maria	6½	„ <i>acuta</i>	2×60; 1×70	80—90	25—35
4	5710	Abr. Motel	9	„	1×70; 1×65	90—100	20—30
5	6044	Bat. Anna	13	„ <i>recid.</i>	3×60; 3×65; 1×70	95—105	25—35
6	6124	Żab. Karol	12	<i>Pericarditis, Endocarditis</i>	8×65; 1×70	95—110	0—25
7	6105	Lin Jechiel	12	<i>Endocarditis</i>	4×65; 3×70; 1×75	95—115	0—10
8	5648	Strz. Marian	10	<i>Pneumonia c. myocarditid.</i>	2×65; 1×60; 2×75	75—90	25—35
9	6143	Was. Zdzisł.	14	<i>Endo-pericarditis Pneumonia</i>	1×65; 3×70; 1×75	100—120	0—25

W 3-ch przypadkach ciśnienie było wzmożone = 90—95 mm.

10	5622	Kozł. Halina	14	<i>Endocarditis</i>	2×90; 1×95	100—105	0—35
11	6032	Truch. Ligia	9	<i>Vitium cordis</i>	3×90; 2×85	100—105	60—70
12	7814	Gerw. Witold	6	<i>Vitium cordis cong. (stenosis pulm.)</i>	1×90; 1×85	115—110	50—45

W 1-m przypadku ciśnienie średnie było normalne = 70—80 mm.

13	5692	Bat. Anna	12	<i>Endocarditis exacerbata</i>	3×70; 1×80	100—105	25—40
----	------	-----------	----	--------------------------------	------------	---------	-------

Zapaleń wsierdza podostrych w okresie wydolności było 8.

14	5584	Swiech. Jurek	9	<i>Endocarditis</i>	1×80; 1×75	90—95	45—55
15	5691	Law. Liza	9	<i>Chorea minor Endocarditis</i>	1×80; 1×75	95—105	40—50
16	6039	Recm. Ernestyna	12	<i>Endocarditis</i>	2×85; 2×75; 2×70	95—100	40—45
17	6055	Man. Irena	13	<i>Chorea minor Endocarditis</i>	1×80; 2×85; 1×90	105—110	50—55
18	6057	Juszcz. Edmund	12	<i>Endocarditis</i>	1×70; 2×75; 1×90	90—105	35—40
19	6175	Sok. Czesława	14	<i>Vitium cordis</i>	3×75	95—100	75
20	5703	Wols. Zbigniew	11	<i>Polyarthritid Endocarditis benigna</i>	1×80	95—100	50
21	6112	Jatk. Józef	11	„	3×75	80—100	45—50

Ciśnienie średnie u tych dzieci było 70—85; 2 razy (na 25 mierzeń) było 90.

1 przypadek zapalenia mięśnia sercowego po błonicy:

22	6230	Zajk. Lucja	6	<i>Myocarditis</i>	3×75; 1×70	85—95	50—65
----	------	-------------	---	--------------------	------------	-------	-------

5 przypadków płasawicy bez zapalenia wsierdza:

23	5407	Szcz. Zinaida	9	<i>Chorea minor</i>	2×75	80—85	45—55
24	6124	Herm. Jadwiga	13	„	3×75; 1×70	90—95	40—45
25	6122	Tarat. Wiktor	12	„	3×75	95	45
26	6164	Rub. Leokadia	14	„	3×70; 1×75	95—100	45—50
27	6297	Jurew. Wanda	6	„	1×90	95	60

W 4-ch przypadkach ciśnienie średnie było 70—75; w 1-m przypadku — 90.

Zapaleń stawów mieliśmy 2 przypadki:

28	5653	Szn. Marian	8	<i>Polyarthritid septica</i>	1×75; 1×85	85—100	40×60
29	5672	Mech. Wanda	11	„	2×75	85—90	35×45

Schorzeń układu oddechowego było 21.

30	5598	Rud. Krystyna	5	<i>Pneumonia</i>	1×75;	80—85	45—50
31	5606	Frat. Leszek	4	„	3×75; 1×70	85—95	35—55
32	6132	Sam. Jadwiga	7	„	2×70	75—80	45—55
33	5663	Pak. Maria	6	„	1×75	85—90	55
34	6189	Zapł. Alfreda	8	„	3×75	90—95	45
35	6065	Starz. Władysław	4½	<i>Bronchopneumonia</i>	3×75; 1×85	90—95	55
36	5642	Wod. Ludwik	10	„	3×75	90—95	45—55
37	6066	Akt. Zofia	14	<i>Pneumonia crouposa</i>	3×80; 1×90	90—105	40—50
38	6132	Sam. Jadwiga	6	„	1×65; 2×70	75—80	45

Nr porz.	Nr hist. chor.	Nazwisko i imię	Wiek w lat	Rozpoznanie	Ciśnienie		
					średnie	max	min.
39	6142	Wojew. Helena	13	<i>Pneumonia crouposa</i>	2×75; 1×80	95—100	45
40	5720	Mał. Olgierd	8	"	2×80	95—100	45—55
41	5670	Mał. Helena	7	<i>Pleuropneumonia</i>	1×85	100	50—55
42	5633	Pom. Stanisław	10	"	2×70; 3×80	80—90	40—55
43	5612	Gryg. Jan	13	"	3×85; 1×80	90—95	55—60—70
44	5608	Menc. Józef	10	<i>Pleuritis exsua.</i>	2×85; 2×80		
					1×90; 1×70		
45	6053	Mis. Danusia	1 r. m.	<i>St. post bronchopneumoniam</i>	2×70	75	40
46	6141	Bał. Aleks.	14	<i>Bronchitis</i>	2×80; 1×85	120—125	45—60
47	6074	Nawr. Maria	4	"	1×70	80	40
48	6062	St. Mirosław	3 i. 3 m.	"	2×70; 2×75	90—95	40—45
49	6061	Szp. Waldemar	7	<i>Asthma bronch.</i>	2×75; 1×80	90	40—45
50	5628	Łuk. Krzysztof	3½	<i>Nasopharyngitis</i>	2×80; 1×85	90—95	45—55

We wszystkich przypadkach ciśnienie średnie wynosiło 70—85 mm. W 1-m przypadku płatowego zapalenia płuc ciśnienie średnie równało się 90 mm. w czasie największego nasilenia choroby. W 2-m przypadku płatowego zapalenia płuc w dniu przełomu ciśnienie średnie było 65, potem 70.

Schorzeń gruźliczych było 25. W tym gruźlicy płuc

— 5; gruźlicy prosówkowej — 3; gruźlicy gruczołów odoskrzelowych (*adenopathiu tracheobronchialis tbc*) — 9; gruźlicze zapalenie opon mózgowych — 2; gruźlicy kręgosłupa (*spondylitis tbc.*) — 1; gruźlicze zapalenie stawu biodrowego — 1; gruźlicze zapalenie rogówki (*keratitis tbc.*) — 1; różni (*scrophulosis*) — 1; guz kiszki ślepej na tle gruźlicy — 1.

51	6045	Orł. Halina	6	<i>Tbc. pulm.</i>	6×80; 3×85	90—100	50—65
52	6157	Beir. Gitla	11	" " <i>sin.</i>	4×70	85—90	50—55
53	6195	Ośw. Regina	9	" "	1×75	95	40
54	6154	Sob. Alfreda	4	<i>Infiltr. prim. e hilo</i>	3×75	75—80	40—45
55	6149	Wierz. Anna	4	<i>Tbc. prim.</i>	3×75	75—80	40—45
56	6155	Dowl. Witold	9	" "	4×75	80—85	45
57	6139	Szl. Krystyna	7	" <i>miliaris</i>	2×95	100—90	70
58	6301	Tomk. Michał	1 r. 8 m.	" "	1×85	95	60
59	7447	Ziem. Jan	7 i. 7 m.	" "	1×85; 1×80		
60	5662	Łot. Bronisława	8	<i>Adenopathia trach. bronch. tbc.</i>	1×75	85	35
61	5715	Sud. Zbigniew	11½	" " " "	1×80; 1×85	95—105	45—55
62	6125	Dow. Jarosław	10	" " " "	3×70	95—100	40—45
63	6087	Ant. Ryszard	8	" " " "	3×70	90	30—40
64	6090	Nark. Wanda	12	" " " "	2×75	95—100	50—55
65	6193	Mank. Bogna	6 i. 9 m.	" " " "	3×80	100	40—45
66	6194	Bał. Janina	8	" " " "	3×70	90—95	50
67	6191	Surk. Halina	14	" " " "	3×70	110	35—40
68	6137	Lipk. Stanisł.	12	" " " "	2×65	85—95	40—50
69	6071	Nercz. Felicja	4	<i>Meningitis tbc.</i>	1×75; 1×85	80—90	40—50
70	6304	Warn. Jarosław	3	" " " "	1×75	90	60
71	5565	Waszk. Halina	12	<i>Spondylitis tbc</i>	2×85	90—95	55—60
72	6116	Bog. Aleksandra	8	<i>Coxitis tbc</i>	1×80; 4×85	95—105	45—50
73	6089	Ziołk. Maria	3	<i>Keratitis tbc</i>	1×70	90	40
74	5616	Kal. Jerzy	9	<i>Scrophulosis</i>	1×75; 1×80	95—105	45
75	6084	Szafr. Władysław	13	<i>Tumor coeci tbc.</i>	2×75	95	35

Ciśnienie średnie w tych schorzeniach było następujące: w gruźlicy płuc 70—85; w gruźlicy gruczołów odoskrzelowych 70—85; w 1-m przypadku 65 mm. W gruźliczym zapaleniu opon mózgowych 75—85; W 2-ch przypadkach gruźlicy prosówkowej ciśnienie średnie było wzmożone 85—95 mm.; w pozostałych przypadkach 70—85 mm.

Bonaba i Sarachaga stwierdzili w gruźli-

cy obniżenie ciśnienia średniego, zarówno skurczowego (*max.*), jak i rozkurczowego (*min.*), czego nie możemy potwierdzić na podstawie naszego materiału; tylko w 1-m przypadku Nr 66 ciśnienie śr. było obniżone. W gruźlicy prosówkowej (2 przypadki) ciśnienie średnie było wzmożone.

Schorzeń dróg moczowych i przewodu pokarmowego było 11.

76	7654	Rydw. Janina	9	<i>Nephrosonephritis</i>	1×100	120	75—80
77	5638	Żuk. Janina	12	<i>Pyelonephritis</i>	2×100; 1×115; 2×95	110—125	65—75
78	5278	Czyż Alina	5	<i>Pyelitis</i>	2×75	75—85	30—40
79	5718	Kazn. Irena	9	"	1×80; 1×85	100	50
80	6080	Kan. Fejga	14	<i>Pyelocystitis</i>	4×70;	90	40—45
81	6103	Wojt. Władysława	11	<i>Pyelitis</i>	2×70; 4×75	90—95	45—50
82	6130	Gulb. Iza	10½	<i>Colitis spastica</i>	3×85	105—110	45
83	6144	Kajak. Janina	7	"	3×70	85	40—45
84	6172	Ban. Henryka	12	<i>Appendicitis chronica</i>	3×80	115	40—50
85	6179	Jatk. Wiktor	8	"	3×70	85—90	35—40
86	6198	Konr. Aleksandra	12	<i>Anaciditas</i>	1×80	95	45

W 1-m przypadku zapalenia nerek i miedniczek nerkowych ciśnienie średnie było 100—115; w przyp. *nephros-nephritis* ciśn. średnie — 100; w 4-ch przypadkach zapalenia miedniczek nerkowych 75—85;

w pozostałych przypadkach ciśnienie średnie również 70—85.

Schorzeń układu nerwowego było 12:

Nr porz.	Nr hist. chor.	Nazwisko i imię	Wiek w lat	Rozpoznanie	Ciśnienie		
					max.	średnie	min.
87	5618	Tawr. Raisa	10	<i>Paralysis post diphter.</i>	1×75; 2×80; 1×85	85—90	40—55
88	6115	Dejcz. Załman	12	<i>Hemiplegia</i>	1×65; 4×70; 1×75	85—90	35—40
89	5978	Koł. Władysław	11	<i>Polyneuritis</i>	2×80; 1×85	100—110	40
90	6146	Karp. Aleksy	13	<i>Neuropathia</i>	3×75	95—100	45
91	6110	Sit. Alicja	11	"	3×85; 1×90	100—110	50—55
92	6113	Bobr. Wanda	11	"	2×80; 1×85	90—95	45—50
93	6198	Kow. Janina	14	<i>Neurasthenia Morb. Feeri?</i>	2×80; 1×85; 2×75	110—120	50
94	6148	Ak. Janina	4	<i>Poliomyelitis ant. ac.</i>	3×75	80	45
95	6075	Szyl. Bolesław	3	<i>Paralysis post poliomyel. ant.</i>	1×80	90	50
96	6082	Ryndz. Pera	2	<i>Epilepsia</i>	2×70	75—85	40—45
97	6114	Bir. Zoja	8	<i>Tumor cerebri</i>	2×70; 2×75	85	40—45
98	6068	Mil. Janina	5	<i>Poliomyelitis ant.</i>	2×80; 1×85	85—90	70—75

W tej grupie ciśnienie średnie — 70—85 mm. U jednego dziecka 12 letn. z porażeniem połowicznym ciśnienie średnie było 1 raz 65 mm; u drugiego dziec-

ka 11-letniego z neuropatią ciśnienie średnie wynosiło 90 mm.

Chorób zakaźnych było 8:

99	5731	Arl. Zenon	6	Dur brzuszny	1×70	80	55
100	6072	Pincz. Lejb	12	Żółtaczkę zakaźną	2×60; 3×70; 2×75	85—100	30—40
101	6160	Panc. Aldona	11	Grypa	1×75	90	50
102	6082	Lem. Hanna	14	"	2×75	80—85	55
103	6092	Omuc. Albert	8	"	2×70	85—90	35
104	6159	Zaw. Ludomir	10	<i>Pyemia</i>	3×75	100—105	45
105	6166	Ławr. Leokadia	6	<i>St. subfebr. post grypam</i>	2×75	90	50
106	6073	Łat. Mieczysław	10	<i>Meningitis cerebrospin.</i>	3×80; 1×85	100	45—50

W przypadku żółtaczki zakaźnej o przebiegu toksycznym ciśnienie średnie było 2 razy 60 mm.; potem podniosło się do 70—75 mm.

Różnych innych schorzeń było 23:

107	5644	Bartn. Olgierd	6	<i>Veg. adenoideae</i>	2×80	90—95	40—45
108	5605	Frack. Paweł	9	<i>Helminthiasis</i>	1×80	95	45
109	5660	Łob. Janina	8	"	1×80	95	35
110	5652	Zakrz. Henryk	12	"	1×80; 1×85	100—105	50—55
111	6111	Żuk. Genowefa	7	"	2×80	90—95	60
112	6058	Janusz. Janina	8	"	1×70; 1×75; 1×80	90—95	45—50
113	6054	Gied. Janina	7	"	2×75; 1×80	80—85	35—40
114	6109	Pawl. Helena	12	"	4×70	85—90	40—45
115	6185	Fed. Janina	14	"	3×80	105—110	45—50
116	6147	Mel. Zofia	7	"	1×70; 2×75; 1×80	80—85	40—45
117	6080	Dyszk. Katarzyna	11	"	2×75	90	45
118	6070	Byst. Janina	11	"	3×70	90—95	45—50
119	6169	Lubcz. Pesia	10	"	3×75	90	45
120	6120	Dzik. Jerzy	6 l. 8 m.	<i>Otitis med pur.</i>	3×70; 3×75	80—85	45
121	6145	Drozd. Halina	5	"	4×75	80—95	45
122	6270	Moc. Tadeusz	3½	Chor. Schüller-Christiana	3×70; 3×75	80—85	35—40
123	6081	Stoł. Aleksandra	9	<i>Osteomyelitis</i>	2×70; 1×80	90	40—45
124	6133	Tkacz. Marian	7 l. 5 m.	<i>Diabetes mellitus</i>	1×80	80—85	30—45—60
125	6140	Bełk. Alina	4	<i>Luxatio coxae cong.</i>	3×75	80—85	45
126	6167	Kaufm. Mera	13	<i>Observatio</i>	1×75; 2×80	105	50
127	6211	Winsł. Czesław	5	<i>Tumor malign. abdom.</i>	1×75	85	65
128	6302	Cenz. Chana	12	<i>Morb. Recklinghauseni</i>	1×70	100	50
129	6313	Oszcz. Maria	6	<i>Keratoma plantare</i>	1×70	90	40

Ciśnienie średnie w tych przypadkach było 70 — 80 mm.

Przeciętne liczby ciśnienia średniego zależnie od wieku są następujące:

Wiek	Liczba dzieci badanych	Ciśnienie średnie
1—2 lat	3	73
2—3 „	3	75
3—4 „	11	75
4—5 „	6	77
5—6 „	10	75,½
6—7 „	12	75
7—8 „	15	74
8—9 „	12	78
9—10 „	9	76
10—11 „	12	77
11—12 „	17	74
12—13 „	9	78
13—14 „	10	77,6
1—14 lat	126	75,8

Widzimy, że przeciętne liczby dla dzieci w wieku 1—14 lat wahają się w bardzo małych granicach (2—5 mm.). Natomiast u poszczególnych dzieci różnica jest większa; zależy to jednak nie od wieku, lecz od postaci chorobowej. W zapaleniu nerek ciśnienie średnie było wzmożone: 90—115 mm. Zapalenie wsierdza w okresie niewydolności daje liczby najniższe: 60—65 mm. Jednak wady serca źle wyrównane czasami dają ciśnienie średnie wzmożone; takich przypadków mieliśmy 3 na 12 zapaleń wsierdza w okresie niewydolności. K i s c h również stwierdził wzmożenie ciśnienia średniego w wadach serca wyrównanych i obniżenie ciśnienia po podaniu środków moczopędnych. Wzmożone ciśnienie średnie świadczy w tych przypadkach nie tylko o słabości serca, lecz o zastępczym wzmożeniu napięcia (*tonus*) naczyń, fakt, który już dawno był opisany przez S a h l i e g o (Hochstaungsdruck). Niektórzy autorzy (L e r i c h e i F o n t a i n e) proponują nazwać wskaźnik oscylometryczny wskaźnikiem nacyniowym. Metoda oscylometryczna jest przede wszystkim metodą badania naczyń.

Zobaczmy, jak się zachowują w badanych przypadkach ciśnienia krańcowe skurczowe i rozkurczowe.

W przypadkach niedomogi sercowej, gdzie ciśnienie średnie było niskie — ciśnienie rozkurczowe (*min.*)

Nr porz.	Nr hist. chor.	Nazwisko i imię	Wiek w lat	Rozpoznanie	Ciśnienie		
					max.	średnie	min.
Przyp. 2	5658	Bein. Jadwiga	6	<i>Endocarditis ac myocarditis</i>	70—85	65—75	30—40
" 6	6124	Żab. Karol.	12	<i>Endo-pericarditis</i>	95—110	65—70	0—25
" 7	6105	Lin. Jechiel	12	<i>Endocarditis</i>	95—115	65—75	0—10
" 3	5704	Białk. Maria	6½	<i>ac</i>	80—90	60—70	25—35
" 8	5648	Strz. Marian	10	<i>Pneumonia c. myocarditide</i>	75—90	65—75	25—35
" 9	6143	Was. Zdzisław	14	<i>Endopericarditis pneumonia</i>	100—120	65—75	0—25

Lian i Orłow w swoich badaniach również podkreślają, że ciśnienie rozkurczowe (*min.*) zachowuje się tak, jak ciśnienie średnie. W 2-ch przypadkach niedomogi sercowej, gdzie ciśnienie średnie było wzmożo-

Przyp. 10	5622	Kozł. Halina	14	<i>Endocarditis</i>	100—105	90—95	0—35
" 11	6032	Truch. Ligia	9	<i>Vitium cordis</i>	100—105	85—90	60—70

W schorzeniach układu oddechowego ciśnienie zarówno skurczowe (*max.*), jak i rozkurczowe (*min.*), były w granicach normalnych. Ciśnienie średnie z wy-

Przyp. 43	5608	Menc. Józef	10	<i>Pleuritis exsudativa</i>	80—100	90	50—60
" 36	6066	Akt. Zofia	14	<i>Pneumonia crouposa</i>	90—105	80—90	40—50
" 37	6132	Sam.	6	"	75—85	65—70	45

W przypadku gruźlicy prosówkowej u dziecka 7-letniego ciśnienie średnie było wzmożone — 95 mm; ciśnienia krańcowe zachowywały się normalnie: 100—70 mm.

Wnioski:

Na podstawie naszych badań przyszłyśmy do wniosków następujących:

1. Ciśnienie średnie u dzieci jest mniej zmienne, niż ciśnienia krańcowe skurczowe i rozkurczowe; równa się ono u dzieci niezależnie od wieku 70—85 mm.

2. W ostrym zapaleniu woszczyka, w okresie niewydolności, jest obniżone — równa się 60—65 mm. W tych też przypadkach stwierdzono niskie ciśnienie rozkurczowe (0—35) i dużą amplitudę między ciśnieniem skurczowym (*max.*) i rozkurczowym (*min.*). Rzadziej w tych przypadkach ciśnienie średnie jest wzmożone. (Na 12 przypadków w 3-ch równało się 90—95 mm).

3. W schorzeniach sercowych z zachowaną wydolnością ciśnienie średnie jest normalne; równa się 70—85 mm.

4. W schorzeniach układu oddechowego, w gruźlicy, ciśnienie średnie również wykazywało liczby normalne 70—85 mm.

również było niskie; ciśnienie skurczowe (*max.*) natomiast zachowuje się rozmaicie.

Jako przykład przytoczymy następujące przypadki:

Rozpoznanie	Ciśnienie		
	max.	średnie	min.
ne, ciśnienie skurczowe (<i>max.</i>) było w granicach normalnych; ciśnienie rozkurczowe (<i>min.</i>) było w 1-m przypadku niskie, w 2-m normalne.			

jątkiem niżej przytoczonych przypadków również było w granicach normy: 75—85 mm.

W gruźlicy prosówkowej (3 przypadki) ciśnienie średnie było wzmożone 85—95 mm.			
--	--	--	--

5. W schorzeniach przewodu pokarmowego, dróg moczowych (zapaleniu miedniczek nerkowych), układu nerwowego stwierdzono normalne ciśnienie średnie 70—85 mm.

W 2-ch przypadkach zapalenia nerek i miedniczek nerkowych (*nephrosonephritis* i *pyelonephritis*) u dzieci 12 i 9 lat ciśnienie średnie było wzmożone 95—115 mm i 100 mm.

6. W chorobach zakaźnych u 8 dzieci 6—12 lat ciśnienie średnie 70—80 mm. W 1-m przypadku duru brzuszego u chłopca 6-letniego stwierdzono ciśnienie średnie 70 mm (nie jest obniżone, jak w materiale B o n a b y).

W przypadku żółtaczki zakaźnej u chłopca 12-letniego ciśnienie średnie było obniżone — 60 mm.

7. W grupie różnych schorzeń (20 dzieci) w wieku 3—13 lat ciśnienie średnie było 70—80 mm.

W 1-m przypadku cukrzycy u chłopca 7½-letniego ciśnienie średnie wykazywało liczby niskie 60—65 mm.

8. W przypadkach z niskim ciśnieniem średnim ciśnienie rozkurczowe (*min.*) również jest obniżone.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału Anatomopatologicznego Szpitala Starozakonných na Czystem i z Warszawskiego Instytutu Neurobiologicznego im. E. Flatau w Warszawie.

Zmiany histopatologiczne w oponach miękkich mózgu u osób, zmarłych z powodu różnych chorób.

Podali

M. PŁOŃSKIER i N. ZANDOWA (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr 20).

Rozbiór i próba klasyfikacji zbadanego materiału.

Spośród opisanych zmian histopatologicznych wyod-

rębiliśmy następujące zmiany, jako bardziej zasadnicze i częściej spostrzegane: 1. Nacieki zapalne. 2. Zwiększenie liczby histiocytów i fibroblastów. 3. Zwiększenie liczby komórek nabłonka pajęczynówki i guzków nabłonkowych. 4. Zwiększenie liczby włókien klejodajnych.

Często spostrzegaliśmy w jednym i tym samym przypadku współistnienie niektórych z wymienionych powyżej typów zmian histopatologicznych. Stąd powstała możliwość podziału zbadanych opon na następujące grupy.

Grupa I. Opony z nadmiarem elementów komórkowych (nacieków zapalnych i histiocytów) bez nadmiernej liczby włókien.

Grupa II. Opony zgrubiałe z nadmiarem włókien, — bez nadmiaru elementów komórkowych.

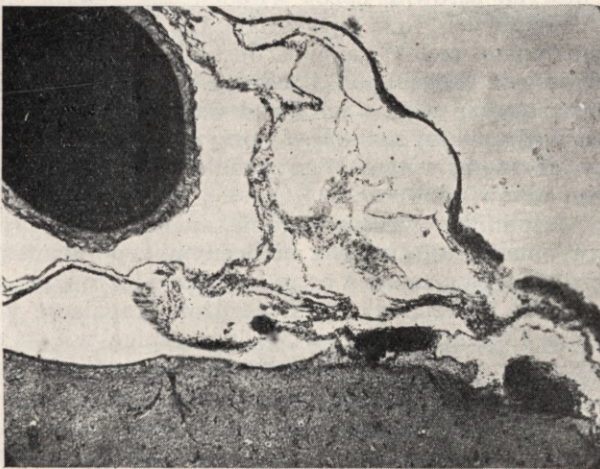
Grupa III. Opony z nadmiarem włókien i z nadmiarem elementów komórkowych (nacieków i histiocytów).

Grupa IV. Opony z nadmiarem włókien i ze zwiększoną liczbą histiocytów (bez nacieków zapalnych).

Przechodzimy obecnie do omówienia poszczególnych grup.

Grupa I. Do grupy pierwszej zaliczyliśmy więc przypadki, w których spostrzegano nacieki zapalne oraz zwiększoną liczbę histiocytów i w których natomiast nie stwierdzano zwiększenia liczby włókien klejodajnych.

Ilustracją tej grupy może być przypadek 45-letniego mężczyzny, który zmarł po operacji wytworzenia sztucznego odbytu z powodu raka odbytnicy, nie nadającego się do operacji (S. 4365). Liczba włókien klejodajnych w oponach miękkich nie była powiększona, opony były znacznie obrzęknięte i zawierały dużo płynu w oczkach przestrzeni podpajęczynówkowej i pomiędzy rozsuniętymi włóknkami obu błon granicznych. Liczba histiocytów była powiększona, — szczególnie w naczyniówce, w oczkach przestrzeni podpajęczynówkowej stwierdzono dość liczne duże jednojądrzaste komórki. Wszędzie widać było po-



Ryc. 1.

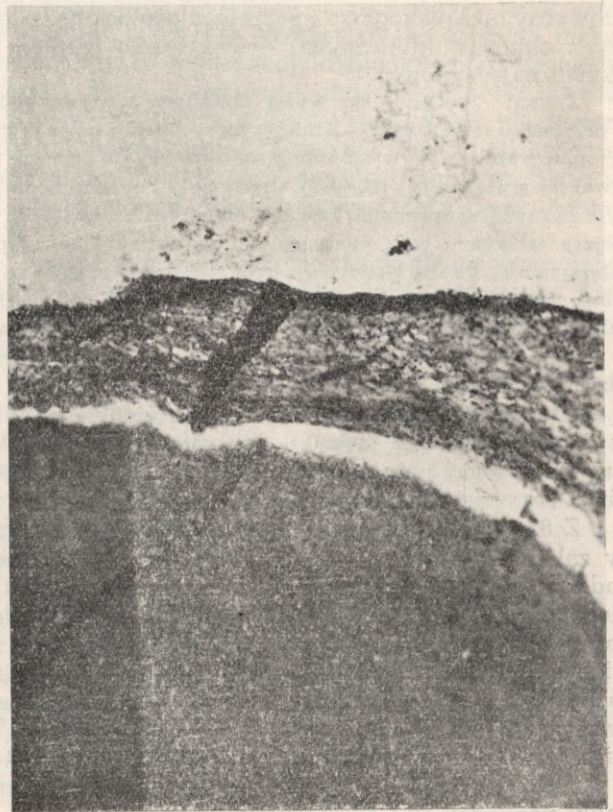
Opona miękka przekrwiona, obrzęknięta z naciekami zapalnymi i z nadmiarem histiocytów w przegrodach przestrzeni podpajęczynówkowej.



Ryc. 2.

Zmiany włókniste w oponie miękkiej; przestrzeń podpajęczynówkowa zrosnięta. Komórki nieliczne.

między włóknkami i w wolnych przestrzeniach skupienia krwinek czerwonych. Liczne nacieki zapalne z leukocytów i limfocytów spostrzegano w obu błonach, — szczególnie w pajęczynówce, a poza tym i w wolnych przestrzeniach. Nabłonek pokrywający pajęczynówkę od strony twardówki, był zgrubiałą, ciemną, wielowarstwową i tworzył jednolitą „palisadę”.



Ryc. 3.

Obrzęk i nadmiar komórek w oponie miękkiej włóknistej.



Ryc. 4.

Rozpłem nabłonka na powierzchni pajęczynówki,

W opisanym przypadku na podkreślenie zasługuje brak zwiększenia liczby włókien klejodajnych u osobnika 45-letniego. Powyżej tego wieku nie spostrzegaliśmy ani jednego przypadku, w którym opony nie byłyby zgrubiałe dzięki zwiększonej znacznie liczbie włókien. Poza tym na uwagę zasługuje niewątpliwy pod względem histologicznym stan zapalny opon miękkich, nieuchwytny makroskopowo i przebiegający bez wyraźniejszych objawów klinicznych, — i wreszcie rozplem nabłonka pajęczynówki.

Zmiany podobne do wyżej opisanych spostrzegaliśmy w przypadku mężczyzny 33-letniego, który zmarł z powodu gruźlicy płuc z końcowym wysiewem prosówkowym (w oponach prosówki nie stwierdzono) (S. 4075). Opony były nieznacznie obrzękłe, z licznymi skupieniami krwinek czerwonych, tkwiących pomiędzy włóknami oraz miejscami na powierzchni zewnętrznej pajęczynówki. Liczba histiocytołów była wszędzie wyraźnie zwiększona, nabłonek pajęczynówki wielowarstwowy pod postacią palisady. Nacieki zapalne były rzadkie, rozsiane przeważnie w naczyniówce i składały się w pierwszym rzędzie z limfocytów; gdzieś tam tylko widać było leukocyty.

W trzecim przypadku, który dobrze ilustruje tę grupę i który dotyczył 24-letniego osobnika, zmarłego wskutek zapalenia otrzewnej, zmiany były na ogół podobne. W nabłonku pajęczynówki poza wielowarstwowością stwierdzono liczne guzki.

Z 82 zbadanych przypadków zaliczyliśmy do I grupy zaledwie 16. Ta niewielka stosunkowo liczba przypadków w tej grupie jasno dowodzi, że opony miękkie, niezmięnione pod względem zawartości włókien klejodajnych (a więc niezgrubiałe), nie są zbyt częstym zjawiskiem. Pewna zależność braku tych zmian od wieku osobników jest prawdopodobna: w omawianej grupie przeważały przypadki zmarłych w młodym wieku. Tak więc 7 przypadków dotyczyło osobników poniżej 10 lat, 3 przypadki pomiędzy 20-tym i 30-tym rokiem, 3 przypadki pomiędzy 30 i 40, wreszcie 2 przypadki po 45 lat.

Pod względem klinicznym materiał z grupy I przedstawiał się, jak następuje. W 5-iu przypadkach istniały sprawy ropne: ropne zapalenia szpiku kostnego, ropnie i zgorzel płuc, ropniak opłucnej, ropowica uda; w 3-ch przypadkach ropne zapalenia otrzewnej, w 2-ch przypadkach zapalenie płuc, w jednym — gruźlica prosówkowa, w 2-ch nowotwory złośliwe z przerzutami; w jednym przypadku śmierć nastąpiła wskutek niedomogi serca po operacji mięśniaków macicy, wreszcie jeden przypadek dotyczył noworodka z wodogłowieciem.

Grupa II. W grupie tej zestawiliśmy przypadki zasadniczo różne od przypadków z grupy I, a mianowicie takie, w których stwierdzono wyraźnie zwiększoną liczbę włókien klejodajnych, bez nadmiaru elementów komórkowych.

Dobrą ilustracją tej grupy będzie przypadek 63-letniego mężczyzny, który zmarł wskutek zapalenia płuc, i u którego poza tym stwierdzono kiłę tętnicy głównej. (S. 4071). W obrazie mikroskopowym opony miękkie były przeważnie zgrubiałe wskutek nadmiaru włókien klejodajnych, zresztą, często szklisto zwyrodniałych; przestrzeń podpajęczynówkowa była miejscami całkowicie zarośnięta, elementy komórkowe opon nieliczne. W drobnych tętniczkach na wypukłości mózgu stwierdzono znaczne zgrubienie ścian z obfitym rozplemem elementów śródbłonkowych, w większych tętnicach na podstawie mózgu błona wewnętrzna była znacznie zgrubiała z rozwarstwieniem włókien elastycznych. Światło żyło było znacznie rozszerzone i wypełnione krwią; pomiędzy włóknami i w przestrzeni podpajęczynowej stwierdzono drobne wybroczyny krwawe.

W danym przypadku na podkreślenie zasługuje brak odczynu komórkowego u osobnika, zmarłego wsku-

tek zapalenia płuc. Czyżby w tym przypadku opony miękkie zgrubiałe i zwłókniałe (najprawdopodobniej w związku z kiłą i zastojem) nie były już zdolne do takiego odczynu?

Podobne wątpliwości nasuwają się przy rozbiórce innego przypadku z tej samej grupy (może jeszcze bardziej uderzającego). Mężczyzna 24-letni zmarł po operacji jamy brzusznej. Sekcja wykazała rozlane zapalenie otrzewnej, otorbiony ropień w okolicy kątnicy i stare przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Obraz mikroskopowy opon miękkich był podobny do poprzedniego przypadku (zwłóknienie, zrosty, bardzo nieliczne elementy komórkowe). Brak odczynu komórkowego w oponach miękkich u młodego osobnika z przewlekłą sprawą ropną w jamie brzusznej może być tylko wyrazem mniejszej wartości czynnościowej opon miękkich zwłókniałych i zbliżnawiających w skutek przebytych wcześniej procesów patologicznych.

Do drugiej grupy zaliczyliśmy zaledwie 6 przypadków. 5 przypadków dotyczyło osobników w wieku od 57 do 73 lat; jeden tylko wyżej wspomniany przypadek dotyczył osobnika młodego — 24 letniego.

W jednym przypadku stwierdzono na sekcji ciężką ogólną miażdżycę z ropnym zapaleniem gruczołu przyusznego (bez odczynu w oponach), w innych przerost serca i kamieć żółciową, rak płuca, zmiany starcze i wreszcie w omówionych dwóch przypadkach zapalenie płuc i zapalenie otrzewnej.

Grupa III. W grupie tej zestawiono przypadki, w których zarówno liczba włókien, jak i liczba komórek oponowych, była zwiększona, i w których poza tym stwierdzano nacieki zapalne. Jest to grupa największa, obejmująca 32 przypadki, bardzo różnorodne zarówno pod względem wieku, jak i pod względem rodzaju chorób. W grupie tej znalazły się przypadki w wieku od lat 4-ch do 74-ch, w tym 17 przypadków do 40 roku, a 15 przypadków po 40 roku.

Jeżeli idzie o zmiany ogólne, stwierdzone na sekcji, to w omawianej grupie z nielicznymi wyjątkami przeważały sprawy zapalne ostre lub przewlekłe z zaostrzeniami. W 5 przypadkach stwierdzono zapalenie wsierdzia, w 4 — ropnie płuc, w 3 — posocnicę, w 2 — zapalenie płuc, w 2 — ostre kłębuszkowe zapalenie nerek, w 2 — nerczycę, w 1 — zapalenie otrzewnej, w 1 — zapalenie dróg żółciowych, w 1 — kiłę trzewiową, w 1 — gruźlicze zapalenie mózgu, w 1 — ogniska rozmiękania w mózgu, w 1 — białaczkę i w 1 — krwotok przy ciąży pozamacicznej; poza tym w 6 przypadkach stwierdzono nowotwory złośliwe w różnych narządach z martwica i z rozległymi przerzutami. Niektóre z tych przypadków zasługują na bliższe omówienie.

Kobieta 35-letnia zmarła wskutek krwotoku do jamy brzusznej w przebiegu pęknięcia ciąży jajowodowej. (S. 4371). W obrazie mikroskopowym opony miękkie były zgrubiałe, obie błony graniczne składały się z licznych grubych włókien klejodajnych, pomiędzy którymi widać było liczne krwinki czerwone. Histiocyty oponowe były bardzo liczne, miejscami w skupieniach, często o jądrze zbitym na obwodzie i o obfitej, ziarnistej, lekko zasadochłonnej zarodzi. Gdzieś tam spostrzegano leukocyty, — przeważnie w naczyniówce, nieraz w drobnych skupieniach dookoła drobnych żyłek.

W danym przypadku na uwagę zasługuje rozplem histiocytołów oponowych oraz obecność drobnych skupień leukocytów, które są przecież wyrazem aktualnego podrażnienia, przy braku jakiegokolwiek wyraźnej sprawy zapalnej w ustroju. Czyżby zmiany humoralne ogólnoustrojowe w ciąży mogły znaleźć oddźwięk w oponach miękkich?

O ile w powyższym przypadku znaczenie odczynu

morfologicznego w oponach nie jest jasne, o tyle jest ono zupełnie wyraźne w innym bardzo charakterystycznym przypadku z tejże grupy.

U kobiety 41-letniej stwierdzono na sekcji rozległe ropne zapalenie dróg żółciowych oraz zapalenie wsierdza zastawki dwudzielnej. W oponach miękkich stwierdzono nadmiar włókien klejodajnych oraz liczne gęste skupienia leukocytów pod postacią ropni prosówkowych w pajęczynówce i na jej powierzchni zewnętrznej (podtwardówkowej). W naczyniówce widać było liczne zatory bakteryjne oraz wylewy krwawe. Poza tym spostrzegano wyraźny rozplam histiocytów, przeważnie o jądrze zbitym, położonym na obwodzie, i o zasadochłonnej zarodki. W danym przypadku związek pomiędzy opisanym obrazem i przewlekłą sprawą ropną, toczącą się w obrębie dróg żółciowych, wydaje się niewątpliwy.

W innym przypadku z tejże grupy, a mianowicie u kobiety 74-letniej na sekcji stwierdzono przewlekłe, włókniste i wapniące zapalenie wsierdza zastawki dwudzielnej z znacznym zwężeniem ujścia żylnego lewego oraz obraz ogólnej zastoiny. Opony miękkie były bardzo zgrubiałe i zawierały bardzo liczne włókna klejodajne, miejscami zbite w gęste filce; miejscami spostrzegano znaczny obrzęk opon zarówno w przestrzeni podpajęczynówkowej, jak i pomiędzy włóknkami. Elementy komórkowe opon były bardzo liczne, szczególnie często widać było histocyty, naładowane hemosyderyną. Nabłonek pajęczynówki wszędzie wielowarstwowy pod postacią palisady. Na podstawie mózgu w okolicy naczyń były skupione nacieki zapalne, przeważnie limfocyty i nieliczne leukocyty. Poza tym na podstawie spostrzegano liczne komórki naładowane melaniną.

Jeżeli idzie o interpretację powyższego obrazu, to, oczywiście, w sprawie zwłóknienia opon mogą istnieć wątpliwości, czy jest ono zależne od wieku (74 lata), czy od długotrwałego schorzenia układu krążenia (najprawdopodobniej od jednego i od drugiego): natomiast rozplam histiocytów i nabłonek pajęczynówki można tylko powiązać z długotrwałym zapaleniem wsierdza.

Bardzo interesującym w tej grupie był przypadek 4-letniego dziecka, które zmarło z powodu zapalenia płuc. Opony miękkie pod mikroskopem były wyraźnie zgrubiałe wskutek nadmiaru włókien klejodajnych i znacznie obrzękłe. Pomiedzy włóknkami widać było liczne czerwone krwinki. Elementy komórkowe bardzo obfite: przeważały limfocyty oraz histocyty, często naładowane hemosyderyną, poza tym pojedyncze leukocyty. W drobnych naczyniach krwionośnych opon i brzeźnego pasa mózgu ściana była zgrubiała, komórki śródbłonna w nadmiarze, miejscami aż do całkowitego zamknięcia światła.

W danym przypadku, pomijając nacieki zapalne i rozplam histiocytów, które można wiązać z zapaleniem płuc, — na szczególną uwagę zasługują zmiany naczyniowe oraz zwłóknienie opon (u 4-letniego dziecka). Należy je bezwarunkowo położyć na karb jakiejś już od dawna istniejącej lub przebytej sprawy chorobowej (zmiany naczyniowe mogłyby nasuwać podejrzenie w kierunku kiły wrodzonej).

Grupa IV. W grupie ostatniej zestawiono przypadki, w których spostrzegano w oponach nadmiar włókien klejodajnych oraz rozplam histiocytów bez nacieków zapalnych. Grupa ta była prawie tak samo duża, jak poprzednia, i zawierała 28 przypadków. Znalazły się tu przypadki osobników w wieku od lat 11 do 74. Jeżeli idzie o rodzaje spraw chorobowych, to w grupie tej było 8 przypadków nowotworów złośliwych, 5 przypadków zapalenia wsierdza, 4 — ropni płuc, 2 — zapalenia płuc, 2 przypadki posocznicy, 2 — zapalenia otrzewnej, 1 przypadek duru brzuszego, 2 — ciężkiej ogólnej miażdżycy tętnic, 1 przypadek rozległych blizn w mięśniu serco-

wym na tle miażdżycy, 1 przypadek krwotoku brzuszego.

W porównaniu z poprzednią grupą znajdujemy tu mniej spraw ropnych.

Niezrozumiały jednakże wydaje się brak nacieków zapalnych w oponach w takich sprawach, jak posocznica lub ropnie płuc. Pozostaje przypuszczenie, że w sprawach ostrych odczyn w oponach miękkich może nieraz wyrazić się tylko w rozplam histiocytów bez nacieków zapalnych. Przypuszczenie te znajduje poparcie w badaniach doświadczalnych Z a n d o w e j, która już w parę godzin po wprowadzeniu zarazków do ustroju zwierzęcia stwierdzała w oponach miękkich rozplam histiocytów, często jeszcze przed wyraźną emigracją leukocytów.

Na ogół należy stwierdzić, że w grupie omawianej rozplam histiocytów był często bardzo znaczny, poza tym bardzo często stwierdzaliśmy rozplam nabłonek pajęczynówki.

Ograniczając się na razie do zestawienia powyższych zmian histopatologicznych, stwierdzonych w oponach miękkich u osób, zmarłych z powodu różnych chorób, musimy zatrzymać się jeszcze na niektórych, a jednocześnie spróbować odpowiedzieć na zagadnienia, rzucone na początek pracy niniejszej.

Przede wszystkim należy stwierdzić, że wśród zbędnych 82 przypadków ani razu nie spostrzegaliśmy opon prawidłowych, że we wszystkich przypadkach istniały zmiany patologiczne, często o bardzo znacznym natężeniu, aczkolwiek w odnośnych historiach choroby nie znajdowaliśmy wzmianki o wyraźnych objawach oponowych, ani też obraz makroskopowy opon w czasie sekcji nie nasuwał podejrzeń w kierunku tych zmian.

Jeżeli idzie o równoległość zmian histopatologicznych do spraw patologicznych, spostrzeganych w innych narządach i ich współzależności, to w całym szeregu przypadków mogliśmy je potwierdzić z całą pewnością, w szczególności w przypadkach z naciekami zapalnymi. Jeżeli idzie natomiast o inne typy zmian, to wymagają one specjalnego omówienia.

W sprawie tak często spostrzeganego zwłóknienia opon nasuwało się od początku przypuszczenie, że jest ono zależne od wieku osobnika i że jest jednym z wyrazów morfologicznych starzenia się ustroju. Jednakże w materiale naszym spostrzegaliśmy opony niezłókniałe u osobnika 45-letniego, a z drugiej strony stwierdzaliśmy zwłóknienie opon u dziecka 4-letniego. Ponieważ podobny brak równoległości pomiędzy zwłóknieniem opon i wiekiem stwierdzaliśmy również i w całym szeregu przypadków pośrednich, to musimy jako przyczynę tego zjawiska wysunąć przede wszystkim sprawy zastoinowe ogólne oraz sprawy zapalne oponowe przebyte, które, jak widać, są aż nazbyt częste. Może nieraz tylko w przypadkach zwłóknienia opon miękkich bez zrostów i bez ogólnej zastoiny można by myśleć o zmianach starczych, jednakże wtedy ocenę można by było oprzeć tylko na badaniu całych opon miękkich, co ze względów technicznych jest prawie niewykonalne.

Z innych zmian na specjalną uwagę zasługuje rozplam i nawarstwianie nabłonek, pokrywającego pajęczynówkę, — zjawisko, które, jak się wydaje, omawiamy pierwszy w odnośnym piśmiennictwie. W naszym materiale spostrzegaliśmy palisadę nabłonkową na pajęczynówce w 25 przypadkach: najrzadziej spostrzegaliśmy palisadę w grupie drugiej (bez odczynu komórkowego), najczęściej, bo aż w 43% przypadków, w grupie czwartej

wraz z rozplemem histiocytoz. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że nadmiar i skupienia histiocytoz w oponach miękkich były już niejednokrotnie przedmiotem badań różnych autorów. Cushing, który u zwierząt doświadczalnych stwierdzał zgrubienia pajęczynówki, kładł je na karb rozplemu „meningocytów“, komórek prawdopodobnie identycznych z naszymi histiocytozami.

Cushing traktuje zgrubienia pajęczynówki, powstałe wskutek rozplemu histiocytoz, jako pozostałość odczynu fizjologicznego opon na różne czynniki. Inni, jak np. Horrax, uważają, że są to zmiany zapalne i zaliczają je do obrazów „Arachnoiditis chronica“. W związku z powyższym musimy podkreślić, że stwierdzonej w naszym materiale częstości współistnienia rozplemu histiocytoz oponowych i rozplemu komórek nabłonka pajęczynówki nie możemy uważać za przypadkową. I jeżeli stajemy na stanowisku, że rozplem histiocytoz oponowych jest wyrazem odczynu obronnego opon miękkich, to to samo znaczenie musimy przypisać zmianom w nabłonku pajęczynówki, polegającym na rozplemie komórek i ich nawarstwianiu, tym bardziej, że pod względem histogenetycznym mamy tu do czynienia z elementami prawie że równorzędnymi.

Streszczenie i wnioski.

W 82 przypadkach osób zmarłych z powodu różnych chorób badano mikroskopowo opony miękkie. Wyniki badań były następujące.

1. Śród zbadanych 82 przypadków nie znaleziono ani razu opon miękkich prawidłowych.

2. Zmiany histopatologiczne w oponach miękkich mogą dotyczyć elementów komórkowych lub włókien, lub też jednych i drugich jednocześnie.

3. Zmiany w grupie elementów komórkowych mogą się wyrażać w rozplemie elementów miejscowych, a więc histiocytoz i komórek nabłonka pajęczynówki, lub też w gromadzeniu się elementów napływowych, tj. leukocytów.

4. Zmiany histopatologiczne, dotyczące włókien, polegają na zwiększeniu ich liczby oraz na ich zwyrodnieniu szklistym.

5. Opony miękkie mózgu biorą żywy udział we wszystkich prawie sprawach chorobowych, toczących się w ustroju.

6. Wyrazem morfologicznym udziału opon miękkich w sprawach chorobowych, toczących się w ustroju, są nacieki zapalne oraz rozplem histiocytoz i komórek nabłonka pajęczynówki.

7. Zwiększenie opon miękkich mózgu jest raczej zależne od ich udziału w sprawach chorobowych przebytych, a nie od wieku osobnika.

PIŚMIENNICTWO.

Cushing H.: Studies in Intracranial Physiology and Surgery. Oxford Medical Publications. 1925. — Horrax G.: Arch. Surg. T. 9, 1924. — Petersen.: Histologie und mikroskopische Anatomie. München 1935. — Weed.: cyt. w. Zandowej. — Zandowa N.: Splot naczyniasty. Tow. Nauk. Warsz. 1928.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B.

(Kierownik: Prof. Dr Cz. Czarnowski).

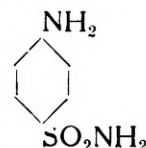
Spostrzeżenia nad wartością leczniczą Septazinu w schorzeniach otolaryngologicznych.

Podał

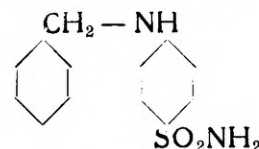
Dr B. TOŁCZYŃSKI, asystent Kliniki (Wilno).

Septazin zawdzięcza swe powstanie przełomowi w chemii związków sulfamidowych (z. s.), kiedy to ba-

dania Fournneau, J. i J. Trefouel, Nitti i Bovert wykazały, że w poprzednich zwycięskich preparatach przeciwpaciorkowców siła działania tkwiła nie w grupie azowej, mającej znaczenie li tylko barwnikowe, lecz właśnie w grupie sulfamidowej. Udowodnili oni, że podany przez nich związek para-amino-benzeno-sulfamid o wzorze:

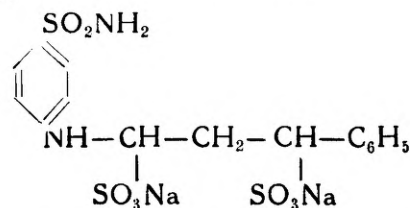


w niczym nie ustępuje poprzednim związkom chryzoido-sulfamidowym z tą korzystniejszą różnicą, że się ustrojowi podaje gotowe czynne jądro o powyższym właśnie wzorze. A septazin jest takim para-amino-benzeno-sulfamidem, do którego Goisselet, Despois, Gailiot i Mayer wprowadzili grupę benzylową, zmniejszając przez to wydatnie jego toksyczność:



czyli benzylo-para-aminobenzeno-sulfamid.

Równie czynny i tak samo nietoksyczny jest septazin rozpuszczalny, (*septazin soluble*), zwykle domięśniowo zastrzykiwany, o następującym (pg. Bądzyskiego) wzorze:



czyli dwusulfo-fenilo-propylo-para-amino-benzeno-sulfamid sodowy.

Na mechanizm działania septazinu rzucają światło klasyczne doświadczenia Domagka: myszy, zakażone dootrzewnowo hodowlą paciorkowca hemolizującego, ginęły po 24—48 godzinach, i w rozmazach ich wysięku otrzewnowego znajdowano bardzo liczne paciorkowce hemolizujące i zwyrodniałe białe ciała. Większość natomiast podobnie zakażonych myszy udawało się odratować, o ile w parę godzin po zakażeniu podawano preparaty sulfamidowe, a w wysięku otrzewnowym tych myszy zupełny był brak paciorkowca hemolizującego. Z. s. mają więc działać bezpośrednio na drobnoustroje, hamując przede wszystkim ich rozmnażanie się.

Mellon, Gross i Cooper na podstawie swych badań doświadczalnych twierdzą, że wpływ leczniczy z. s. zależy od złośliwości hodowli paciorkowca, zwłaszcza hemolizującego. Ich zdaniem, mechanizm leczniczy nie polega na wpływie na fagocytozę. Podług Bürgersa mechanizm działania tychże związków polega na bakteriobójczości, ewentualnie na osłabieniu złośliwości drobnoustrojów z jednej strony oraz na wzmożeniu funkcji odpornościowej komórek ustrojowych z drugiej.

Zgodnie z wywodami Domagka z. s. tak uszkadzają bakterie, że zaatakowany przez nie organizm daje sobie z nimi radę, czyli że związki te są środkiem wyłącznie chemoterapeutycznym. Mc. Mahon natomiast

na podstawie swych doświadczeń na zatokach bocznych królików twierdzi, że z. s. wpływają bezpośrednio na sam organizm, że mamy tu do czynienia z odczynem całego ustroju, a nie z odczynem komórkowym, że chodzi tu o uczynienie fagocytozy za pomocą wielojądrystych leukocytów i monocytów. A. Levaditi i Vaismán sądzą, że z. s. oddziałują ujemnie na zdolność drobnoustrojów do wytwarzania obronnej otoczki przeciw fagocytom, czyli pośrednio wzmagają odporność zaatakowanego ustroju. To samo znaczenie posiada zdolność z. s. zobojętniania toksyn bakteryjnych.

Zastanawiające jest, że w początkowych próbach doświadczalnych powyższego ujemnego wpływu z. s. na drobnoustroje nie stwierdzono *in vitro*, lecz *in situ*, po zetknięciu się z ustrojem. Wynikałoby stąd, że nie chodzi tu o wyłączone działanie przeciwbakteryjne, lecz o współdziałanie naszego organizmu. Przebieg choroby bowiem jest sumą arytmetyczną zjadliwości zarazka oraz stopnia odporności ustroju do poszczególnych okresach trwania cierpienia. Gdy odporność nie wystarcza na zwalczenie zarazka, zmniejszenie jego zjadliwości i ilości przez bezpośrednie zadziaływanie septazinu przyczynia się do tego, iż istniejąca odporność ustroju staje się wystarczająca do zwalczenia choroby.

I jeszcze jedno: w wyżej wspomnianych klasycznych doświadczeniach przekonano się, że z. s. przeszkadzają inwazji bakterii w głąb tkanek, bo, gdy u zwierząt, którym przed zakażeniem paciorkowcem nie podano preparatu sulfamidowego, stwierdzano masowe rozsiadanie się tego drobnoustroju we wszystkich narządach mięsnych i tkankach miękkich, u zwierząt natomiast, poprzednio takim preparatem karmionych, rozwój paciorkowca w ustroju był wyraźnie zahamowany. Nasuwa to myśl, że działanie septazinu, predysponowanego do schorzeń posocznicznych, ogólnych, polegać może na zlokalizowaniu zakażenia, a tym samym na wyprzedzeniu ustroju z grożącego niebezpieczeństwa przez dostosowanie nasilenia schorzenia do istniejącego stopnia odporności. Przemawiałaby za tym okoliczność, że septazin nie wpływa na zwiększenie ciepłoty ustroju, wzrost leukocytozy oraz przesunięcie wzoru Schillinga w lewo, nie powodując poza tym zaostrenia miejscowego procesu zapalnego, czyli, mówiąc inaczej, nie wpływa na naszą odporność tak, jak wpływają leki bodźcowe.

Ze chodzi tu przede wszystkim o działanie miejscowe, wykazał to w swych zajmujących doświadczeniach Kucharski. Lecząc rozmaite ropnie zastrzykiwaniami do ich wnętrza rozpuszczalnych preparatów sulfamidowych (między innymi także septazinu) i pobierając następnie ropę do badań bakteriologicznych, wykazał na rozmazach zmniejszenie się liczby drobnoustrojów i ich zwyrodnienie oraz wzrost prawidłowych postaci leukocytów w stosunku do postaci zdegenerowanych, przeważających przed rozpoczęciem leczenia. Zasiewając tę samą ropę na podłożach agarowych i bulionowych, przekonał się, iż hamujący wpływ z. s. na rozrost hodowli szybciej i wydatniej ujawniał się, gdy chodziło o ropę, zawierającą paciorkowce. Wpływ tych związków uwiadczał się także i w wyglądzie makroskopowym hodowli. Te cenne doświadczenia Kucharskiego, wyjaśniające mechanizm działania para-amino-benzeno-sulfamidu, mają swe znaczenie praktyczne. Oto wykazał on, że preparat sulfamidowy niekoniecznie musi być rozszczepiony w ustroju, aby móc działać, że czyste jądro czynne, czyli para-amino-benzeno-sulfamid, nie jest silniejszy od jądra skompletowanego np. grupą benzy-

lową, jak w septazynie. Wolimy wobec tego raczej podawać septazin, jako mniej toksyczny, a nie mniej czynny.

Aczkolwiek wiele przemawia za tym, że chodzi o bezpośrednie miejscowe zadziaływanie na bakterie z osłabieniem ich złośliwości i żywotności, to jednak udziału odporności ustrojowej nie da się całkowicie wyłączyć, skoro pewne preparaty sulfamidowe nie działają bakteriobójczo *in vitro* na paciorkowce, a nabiera tego działania krew osobników, leczonych poprzednio tymiż preparatami. Te oto wyniki badań nad bakteriobójczością z. s. angielskich uczonych, przytoczonych przez Kucharskiego, mogą być przyjęte z tym zastrzeżeniem, że krew ozdrowieńców o własnościach bakteriobójczych dla paciorkowców nabyła te własności nie dlatego, że pochodzi od osobnika, leczonego tym, a nie innym związkiem sulfamidowym, lecz po prostu dlatego, że ten osobnik cierpiał na schorzenie, wywołane przez paciorkowce.

Pomimo istnienia pewnych luk w zrozumieniu działania septazinu i pokrewnych mu z. s., znalazł on zastosowanie w szeregu ostrych schorzeń, zwłaszcza pochodzenia paciorkowcowego i gronkowcowego.

Tak Peters i Harvard utrzymują, że podania septazinu w płonicy zmniejsza odsetek powikłań popłoniczych i że powstrzymuje szerzenie się choroby w ustroju: w 47 przypadkach płonicy, leczonych septazinem, powstrzymano jej postęp w 24 pierwszych godzinach, przy czym wyniki były tym lepsze, im wcześniej rozpoczęto podawanie septazinu. Wajngot i Grynsztejn zastosowali septazinę w stanach gorączkowych w późniejszych okresach płonicy (4, 5, 6 tydzień choroby) przy braku powikłań ze strony narządów wewnętrznych, uzyskując cofnięcie się gorączki w 24 przypadkach (na 26). Tak dobre wyniki tłumaczą oni wybiórczością septazinu na paciorkowce, które, zdaniem tych autorów, są właśnie przyczyną niejasnych stanów gorączkowych w płonicy.

Zmniejszenie powikłań nie tylko po płonicy, lecz również w róży i zakażeniu połogowym obserwował Benson, który stosował septazin i solu-septazin także profilaktycznie. Kucharski za pomocą septazinu uzyskał na 18 przypadków róży wyleczenie w 18, na obserwowane 3 przypadki płonicy uzyskał wyleczenie w 3, otrzymując poza tym w zapaleniu miedniczek nerkowych, grypowym zapaleniu płuc, grypie, czyrączności, ropowicach i innych jednostkach chorobowych wcale zachęcające wyniki.

Kucharski uzależnia efekt leczniczy stosowania septazinu od wczesnego jego podawania i od odpowiednio wysokiego dawkowania.

Również dobre wyniki otrzymał Hłasko, stosując septazin zapobiegawczo w powikłanych złamaniach kości czaszki i kończyn oraz po wycięciu wyrostka robaczkowego z zeszcieniem powłok brzusznych pomimo istnienia wysięku okołowystkowego; dalej w porodach operacyjnych, powikłanych gorączką — leczniczo zaś w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewny po *appendicitis perforativa*, w *osteomyelitis acuta*, w ropówkach twarzy, szyi i kończyn, po wydłutowaniu wyrostka sutkowego, w posocznicy, w poronieniach gorączkujących, w poronieniach z objawami otrzewnowymi, w ostrym i przewlekłym zapaleniu przydatków, podkreślając swoistość septazinu, szczególnie w róży. W swoich wnioskach podnosi tenże autor zapobiegawcze działanie septazinu w szerzeniu się zakażenia i przyspieszeniu wyzdrowienia po zabiegach operacyjnych, wreszcie brak toksyczności tego preparatu. Zdaniem jego septazin jest

skuteczny również w posocznicy, o ile wcześniej rozpoczęto leczenie, gdy jeszcze nie ma zaawansowanych zmian w tkankach. Równie dobre wyniki leczenia septazinem w gorączce połogowej pochodzenia ziarenkowcowego, w poronieniach zakażonych oraz w zapaleniu miedniczek nerkowych u ciężarnych otrzymał w ubiegłym roku Merlin.

Wobec tak dobrych wyników w róży znalazł septazyn zastosowanie w innych chorobach skórnych. Tak Sztolcman - Łapińska używała z powodzeniem septazinu w *abscessus multiplex*, *pyodermia*, *eczema seborrhoicum*, *lichen simplex* oraz *vulvitis nongonorr-*

hoica. W tym ostatnim przypadku dołączyła się róża i angina, które bardzo szybko ustąpiły pod wpływem septazinu, oraz zmniejszył się istniejący wyciek z ucha. Stosowanie w powyższych przypadkach septazinu nie tylko dało dobry wynik leczniczy, ale — co ważniejsze — zapobiegało nawrotom, tak częstym w schorzeniach skórnych.

Tak dobre wyniki lecznicze z. s. w schorzeniach pochodzenia paciorkowcowego i gronkowcowego dały impuls do ich stosowania również w otolaryngologii, i to z powodzeniem — jak to widać z dotychczasowego piśmiennictwa. (C. d. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Ważniejsze zdobycze z dziedziny hematologii w r. 1938

Podał

Dr Jerzy RATNER (Warszawa).

Piśmiennictwo lekarskie ubiegłego roku wzbogaciło się niepomiernie w dziedzinie badań nad szpikiem kostnym.

Dzięki metodzie Arinkina, w różny sposób modyfikowanej, klinika zdobyła sobie nowe i cenne badania pomocnicze. O ile przedtem opieraliśmy się jedynie na badaniu krwi obwodowej i szpiku zwłok, to obecnie możemy nie tylko ustalić wzór morfologiczny szpiku kostnego, ale również wglądać w całą złożoną wymianę komórkową między szpikiem a krwią.

Badanie szpiku jest nauką stosunkowo młodą; jego znaczenie jako organu krwiotwórczego znamy dopiero od czasów Neumanna (1868 r.). Pierwsze zażyciowe badania szpiku są zasługą Włochów Pianese i Ghedina, ale próby te, jako bardzo uciążliwe technicznie, pomimo dalszych prac Zádka, Morrisa i innych, nie uzyskały prawa obywatelstwa w klinice. W roku 1923 Seyfarth zaproponował trepanację mostka, jednak za prawdziwie przełomowy w tej dziedzinie uważany jest rok 1929, kiedy to Arinkin uprościł ostatecznie metodę, sprowadzając ją do nakłucia mostka mocną igłą z mandrynem. Od tego czasu badanie zażyciowe szpiku kostnego bardzo się rozpowszechniło, i liczba prac na ten temat wzrasta z roku na rok. O ile pierwsze badania z lat ubiegłych dotyczyły przeważnie chorób krwi, to obecnie zakres badań znacznie się powiększył, obejmując wszystkie gałęzie medycyny.

Zmiany chorobowe w składzie morfologicznym szpiku mogą być ilościowe i jakościowe. Jeśli chodzi o zmiany ilościowe, to trudność polega na tym, że skład morfologiczny szpiku jest bez porównania bardziej chwiejny, niż krwi, a oprócz tego należy przypuszczać, iż podczas punkcji następuje domieszka krwi obwodowej. Bierańcki uważa, że, nakłuwając mostek, uszkadzamy żyłę szpikową, której krew zawiera także młode krwinki białego i czerwonego rzędu. Sądzi on, że domieszka tej krwi „pośredniej” tłumaczy tak wielkie wahania ilościowe w myelogramach.

Pewną, acz niezbyt wielką rolę, według St. Greifa, odgrywa także miejsce nakłucia. Tak, na przykład, punkt, otrzymany z drugiego międzyżebrza, był bogatszy w elementy komórkowe, aniżeli z trzeciego lub czwartego międzyżebrza. Również pewne odchylenia

ilościowe stwierdził on w dwóch równoległych punktach tego samego międzyżebrza oraz zależnie od czasu badania. Greif zaleca brać do badania tylko pierwszą kroplę punktatu, gdyż w następnych stwierdza się zwykle dużą domieszkę krwi.

Liczby ciałek jądrzastych w 1 mm³ w warunkach fizjologicznych (ciałka białe i młode czerwone), podawane przez różnych autorów, są bardzo rozbieżne i waha się między 10.000 a 200.000. Stąd nasuwa się prosty wniosek, że ten szeroki zakres wahań liczbowych już w warunkach zupełnego zdrowia nie pozwoli lub też bardzo utrudni obiektywną ocenę liczbową podczas choroby.

Daleko ważniejsze jest badanie jakościowe szpiku kostnego. Trudności, jakie się wyłaniają tutaj przed nami, polegają przede wszystkim na niejednakowej nomenklaturze komórek, każdy bowiem autor nadaje poszczególnym, rzadziej spotykanym ciałkom własne nazwy, i w ten sposób powstaje duży chaos już i w tak trudnym rozbiórce. Również trudności rozpoznawcze napotykamy w komórkach nietypowych lub źle zabarwionych. Próby określania wzoru szpikowego datują się od dawna, jednak podane liczby różnią się bardzo. Z tego też powodu ułożenie prawidłowego myelogramu napotyka na duże przeszkody. Tak na przykład, liczba myeloblastów według Rohra, wynosi 0,95%, u Tempki i Brauna aż 5,83%; liczba segmentowanych u Rohra — 12,48%, u Arinkina 48%; metamyelocytów obojętnochłonnych mamy u Arinkina — 2,4%, u Segerdahl — 15,7%; megakariocytów u Segerdahl — 0,03%, u Tempki i Brauna — 3,08%.

Ta trudność ustalenia wzorcowego myelogramu skłoniła niektórych autorów do zupełnego zaprzeczenia wszystkim wartościom liczbowym, otrzymywanym przy badaniu szpiku kostnego. Dochodzą oni do wniosku, że wystarczy tylko dokładnie obejrzeć rozmazy szpiku bez liczbowego ich uwidocznienia. Tak, na przykład, opierają się oni na poglądzie Naegelięgo, który dzieli szpik na erytroblastyczny, myeloblastyczny, myelocytarny, limfatyczny i zanikowy w zależności od przewagi poszczególnych elementów w obrazie szpiku.

Z. Galinowski w pracy o zachowaniu się szpiku w przebiegu duru brzuszego, dla ułatwienia sobie należytej oceny zjawisk, dzieli szpik na 7 typów.

Typ pierwszy byłby to szpik dojrzwały z przewagą pałeczkowatych i segmentowanych; typ drugi, który Galinowski nazywa normalnym, z przewagą segmentowanych, pałeczkowatych i obojętnochłonnych me-

tamyelocytów. Typ trzeci z przewagą pałeczkowatych i metamyelocytów obojętnochłonnych z niewielkim odsetkiem segmentowanych. Typ czwarty jest to szpik młody z przewagą pałeczkowatych, metamyelocytów i myelocytów. Typ piąty — to szpik niedojrzały z wyraźną przewagą metamyelocytów i myelocytów obojętnochłonnych. Typ szósty charakteryzują metamyelocyty, myelocyty i promyelocyty, przy czym liczba tych ostatnich nie sięga 10%. Typ siódmy — ostatni — jest typem mieszanym granulocyto-limfatycznym. Do tej grupy zalicza również G a l i n o w s k i szpiki z limfocytozą powyżej 30%.

Nie negując bynajmniej dużej wartości praktycznej tego rodzaju podziałów, nie można jednak zgodzić się na całkowite pominięcie wyników liczbowych, gdyż mimo wszystko nie daje to głębszego wejrzenia w sedno rzeczy i pozbawia nas, zdaniem A r i n k i n a, możności porównania wyników kilkakrotnie powtarzanych nakłuć.

Jak już przedtem wspominałem, wiele badań poświęcono zachowaniu się szpiku kostnego w przebiegu różnych cierpień, a zwłaszcza w chorobach zakaźnych. Na czoło tych prac wysuwa się Z. G a l i n o w s k i, który badał erytropoezę, leukopoezę i megakariocytopoezę w przebiegu duru brzuszego.

G a l i n o w s k i w obrazie czerwonym krwi nie stwierdza istotnych różnic w stosunku do danych badania krwi obwodowej. Jeśli chorzy znajdowali się w II-im lub III-im okresie duru, to dominowały postaci młodociane. Autor zaznacza, że liczba retikulocytów nie zawsze była równoległa do obrazu ciałek czerwonych: tak więc było ich szczególnie dużo, gdy szpik kostny bogaty był w elementy komórkowe, a ciałka czerwone nie przedstawiały odchylenia od normy. Przechodząc następnie do oceny wyników obrazu ciałek białych G a l i n o w s k i stwierdził wyraźną leukopenię. Najniższa otrzymana liczba wynosiła 10.115, najwyższa 116.607 w mm³, przy czym w 50% liczba ich nie przekraczała 40.000 (większość autorów liczbę 40.000 uważa za dolną granicę normy). We wszystkich przypadkach G a l i n o w s k i znajdował komórki kwasochłonne w liczbie 0,4 do 8,6% i to niezależnie od tego, czy były one obecne we krwi obwodowej. Komórki plazmatyczne zjawiały się dość obficie w skomplikowanych przypadkach III-ego okresu duru. Jeśli choroba trwała dość długo, lub przebieg cierpienia był szczególnie ciężki, to towarzyszyły zmiany jakościowe szpiku, oraz zaznaczało się jeszcze bardziej przesunięcie w lewo. Autor pragnie jednak zaznaczyć, że nie dochodziło nigdy do szpiku myeloblastycznego, i, co najwyżej, liczba myeloblastów sięgała 2,6%. Reasumując szkodliwe działanie zakażenia durowego, można było powiedzieć, że cały układ neutrofilowy wykazywał szereg uszkodzeń, które polegały na zahamowaniu dojrzewania komórek obojętnokwasochłonnych, na zmianach toksyczno-degeneracyjnych tych komórek oraz na niedostatecznym wytwarzaniu ciałek czerwonych. Nieco wyższą liczbę limfocytów autor uważa za wyraz przerostu układu limfatycznego w ustroju.

Przechodząc do opisu zachowania się ciałek olbrzymich i płytek w przebiegu duru, G a l i n o w s k i stwierdza, że tak liczba, jak i obraz megakariocytów nie wykazywały większej zależności od okresu cierpienia. W ciężkich przypadkach stwierdzał niewielkie przesunięcie w kierunku młodszych ciałek i nieco wyższy odsetek zmian degeneracyjno-regeneracyjnych. Liczby

płytek w większości przypadków były zgodne (± 50.000) w szpiku i we krwi obwodowej. Rzadkie objawy niedomogi układu płytkowego zdarzały się najczęściej w III-cim okresie duru.

W przebiegu grypy badali szpik kostny H. S c h n e t z i St. G r e i f. Stwierdzili oni znaczną leukopenię oraz zmniejszenie liczby elementów jądrzastych w szpiku w ogóle, tak, że w niektórych przypadkach otrzymywali wprost szpik tłuszczowy. Zarówno zmiany ilościowe — przeciętne liczby otrzymane 30 — 40.000 w mm³, jak i jakościowe — znaczne przesunięcie białego obrazu w lewo, uważają autorzy za wyraz zakaźno-toksycznej objawowej agranulocytozy.

A. M e s t e r badał morfologicznie i bakteriologicznie szpik w rozmaitych cierpieniach stawowych. Stwierdził on w zapaleniach stawów zwiększenie liczby komórek plazmatycznych i siateczkowych. Zmiany te były szczególnie wyraźne w razie natężenia sprawy zapalnej, ale nie można było stwierdzić ścisłej współzależności. W zwyrodnieniowych cierpieniach stawów nie było odczynu komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego. W obrazie punktu szpiku kostnego M e s t e r znajdował zawsze komórki kwasochłonne, przy czym nawet niekiedy liczba ich była zwiększona. Autor, porównyując zachowanie się ciałek kwasochłonnych we krwi i szpiku, przypuszcza, że przyczyną braku lub niewielkiej liczby eozynofiliów we krwi może być bądź zahamowanie dojrzewania, bądź też zaburzenia w wypłukiwaniu komórek na skutek nadmiernie działającej zaporę szpikowej. Punktat szpiku zawsze był jałowy. M e s t e r uważa, że nakłucie szpiku w przebiegu cierpień stawowych nie przyczyniło się do wyjaśnienia istoty danej jednostki chorobowej i tym samym jest zbędne dla kliniki.

F. Ł a b e n d z i ń s k i stwierdził, że w gruźlicy płuc szpik kostny jest prawidłowy z niewielkim tylko odchyleniem w lewo w zakresie rzędu neutrofilowego. Bez względu na postać i przebieg cierpienia nie znalazł w żadnym przypadku zwiększenia się liczby młodocianych postaci, jak myeloblastów i promyelocytów. Również zmiany chorobowe szczególnie ciężkie nie odzwierciedlały się w obrazie szpiku. Niezależnie od swoistej dla niektórych okresów gruźlicy limfocytozy i monocytocytozy we krwi nie znajdował autor powiększenia liczby monocytów i limfocytów w obrazie szpiku.

Zachowanie się erytropoezy w szpiku przedstawia M. U n g r i c h t ze szkoły R o h r a. Za punkt wyjścia służą młode czerwone ciałka krwi — retikulocyty. Autorka, opierając się na badaniach H e i l m e y e r a, dzieli te ostatnie, zależnie od okresu dojrzewania, na 5 grup. Grupę zerową tworzą ciałka najmłodsze — retikulocyty jądrzaste; do pierwszej grupy należą ciałka, zawierające substancję retikulo-filamentarną w postaci licznych grudek i pierścieni. W grupie drugiej siateczka wypełnia całą komórkę. W trzeciej grupie tylko część krwinki pokryta jest siateczką, a do czwartej grupy należą postaci dojrzewające.

Prawie we wszystkich przypadkach, i to zarówno u osób chorych, jak i zdrowych, liczba retikulocytów w szpiku była wyższa, aniżeli we krwi obwodowej. Wyjątek stanowiły przypadki wrodzonej niedokrewności hemolitycznej, w których autorka stwierdziła znaczną przewagę retikulocytów we krwi. U n g r i c h t przypuszcza, iż w warunkach normalnych opuszczają szpik jedynie retikulocyty drugiej i trzeciej grupy, w warunkach zaś patologicznych mniej dojrzałe ciałka mogą tak-

że przedostawać się do krwi, co w następstwie powoduje przesunięcie obrazu retikulocytarnego w lewo. Jeśli liczba retikulocytów we krwi jest dość znaczna, to przechodzenie młodych krwinek ze szpiku na obwód

jest utrudnione, dojrzewają one w szpiku, co w następstwie powoduje przesunięcie obrazu retikulocytarnego we krwi w prawo.

(Dok. nast.).

O c e n y k s i ą ż e k .

1. G. JONSSON. **Malignant Tumors of the Skeletal Muscles, asciae etc.** Sztokholm r. 1938. Acta radiol. suppl. XXXVI.

W pracy swej autor posługuje się materiałem instytutu radiowego w Sztokholmie za lata od 1920 do 1936 i uwzględnia tylko te przypadki, w których wykonane było badanie mikroskopowe. Z 92 przypadków 70 przypada na nowotwory mięśni i powięzi, zaś 22 na pozostałe postacie, które obejmuje nazwa zbiorowa nowotworów błon maziowych (*tumores synoviales*). Autor dzieli każdą z tych grup na szereg oddzielnych postaci. Nowotwory mięśni i powięzi (42 kobiety, 28 mężczyzn). Mięśniaki mięśni prążkowanych (*rhabdomyosarcoma*) 39 przypadków. Mięśniaki wrzecionowato-komórkowe 14 przypadków. Włókniakomięśniaki 10 przypadków. Śluzako-tłuszczako-mięśniaki 5 przypadków. Mięśniaki okrągło-komórkowe 2 przypadki. Nowotwory błon maziowych (10 kobiet, 12 mężczyzn). Synowialomaty 14 przypadków. Włókniakomięśniaki błon maziowych 8 przypadków. Pierwszym objawem choroby jest zwykle powstanie guza. Dość często już wcześniej chory skarży się na ból. Z ogólnej liczby 33 przypadki były operowane i skierowano je do instytutu dla napromieniowań pooperacyjnych. W 21 przypadkach wykonano naświetlania przedoperacyjne. W 13 przypadkach guz nie nadawał się do operacji z powodu zbyt dużych rozmiarów. W 28 przypadkach miano do czynienia z nawrotem, a w 5 były wielokrotne nawroty. Na ogół guzy były dość dużych rozmiarów, zwykle wielkości pięści lub większe i często dawały się oddzielać od otoczenia, lecz nierzadko zjawiało się rozlane naciekanie otoczenia. W żadnym przypadku nie było przerzutów w pierwszym okresie cierpienia. Te ostatnie zjawiały się dopiero w okresach późniejszych. Nawroty powstawały zwykle pojedynczo w bliżnie pooperacyjnej lub w jej otoczeniu. W przypadkach włókniakomięśniaków przerzuty występowały rzadko, często natomiast zjawiały się ogniska przerzutowe w płucach, w mięśniakach mięśni prążkowanych oraz w mięśniakach obłok i okrągłokomórkowych. Przerzuty w gruczołach chłonnych danego obszaru dawały się zauważyć tylko w mięśniakach mięśni prążkowanych. Promienioczułość omawianych nowotworów jest na ogół mała, zwłaszcza mięśniaków mięśni prążkowanych, włókniakomięśniaków i śluzako-tłuszczako-mięśniaków. Średnią promienioczułość wykazywały mięśniaki obłokomórkowe. Natomiast mięśniaki błony maziowej (synowialomaty) były nieraz tak promienioczułe, że zniknęły całkowicie po naświetlaniach. Z 20 przypadków mięśniaków mięśni prążkowanych, spostrzeganych w ciągu 3 lat po leczeniu radiologicznym i chirurgicznym, tylko 3 były bez objawów chorobowych. W żadnym przypadku samo leczenie radiologiczne nie usunęło objawów. Z 9 przypadków mięśniaków obłokowatych również po leczeniu chirurgicznym i radiologicznym po 3 latach przypadki były wyleczone. Zbliżony odsetek wyleczeń częściowych był również i w innych grupach. Autor jest zdania, że wyniki leczenia mogą być polepszone przez propagandę wczesnego rozpoznania i przez lepszą współpracę chirurga i radiologa. Leczenie to powinno być przeprowadzane w specjalnych klinikach, poświęconych nowotworom.

W. Z a w a d o w s k i .

TINEL J. **Le système nerveux végétatif.** Un volume de 488 pages avec 306 figures. Paris. Masson et Cie Éditeurs. 1937. 160 francs.

Dobry znawca neuropatologii, Tinél, autor licznych prac oryginalnych i monografii, jeszcze podczas wojny wszechświatowej z traumatologii nerwowej ogłoszonych i w handlu wyczerpanych, zdecydował się napisać duży podręcznik o układzie

sympatycznym, blisko 900 stronic obejmujący i 300-ma z górą rysunkami, szkicami i diagramami ozdobiony. Nie uląkł się, że liczne duże podręczniki z tejże materii i u tegoż wydawcy w ostatnim pięcioleciu się ukazały. Mówiąc o Tinela „Podręczniku układu sympatycznego“, nie zupełnie jestem ścisły w myśl autora. Tinél bowiem w obszernym wstępie zastanawia się właśnie poważnie nad tym, jak nazwać ów dziwny, swoisty, tajemniczy układ, po całym ustroju rozsiany, wszechobecny nie tylko na swoim terenie, ale mocno wkraczający w zupełnie obce tereny ruchowe i czuciowe, układ w nauce różnorakie tytuły noszący i w Anshlusy obfitujący. Z głównych mian, jakimi układ ten ostatnio się szczyli: 1) Le système grand sympathique de Grasset; 2) involontaire de Gaskell; 3) autonome de Langley; 4) organovégétatif de Guillaume; 5) olosympathique de Laignet Lavastine; 6) vago-sympathique de Eppinger et Hess; 7) végétatif de Higier et L. R. Müller, los padł na to ostatnie miano, którego w swoim czasie, jeszcze w okresie przedwojennym, z różnych względów sam w większej niemieckiej, na angielski tłumaczonej monografii uporczywie bronieł (p. H. Higier; Vegetative oder viscerale Neurologie. Jena 1912, New-York 1916). — Materiał ułożony został przez Tinela bardziej współcześnie, atoli niezupełnie fortunnie dla lekarza praktyka, bliżej z pewnością nie obeznanego, ale bardzo przejrzyste dla neurologa i fizjologa, anatoma i histologa z zawodu. — Trzy podstawowe rozdziały podręcznika stanowią: A) Układ wegetatywny. B) Czynności wegetatywne. C) Zespoły wegetatywne. — A) I. Ogólny rzut oka na układ roślinny. II Hormony układu wegetatywnego, czynności farmakodynamiczne, substancje uczynniające i porażające. III. Układ współczulny. IV. Układ przywspółczulny. — B) V. Czynności wegetatywne wlosoruchowe. VI. wydzielnicze. VII. naczyniozwężające. VIII. naczyniorozszerzające. IX. bóle i zespoły bólowe wegetatywne. X. wpływ układu wegetatywnego na uczucie bólu, trofikę i napięcie mięśni. XI. wyższe środki wegetatywne. — C) XII. Zasadnicze zespoły anatomiczne. XIII. Zespoły fizjologiczno-odruchowe. XIV. Zespoły roślinne czynnościowe samoistne i metodyka badań napięcia wegetatywnego. XV. Równowaga i wahania wagosympatyczne. XVI. Terapia ogólna zaburzeń wegetatywnych. — Zbyt pobieżnie traktowany jest rozdział, coraz bardziej w nowszej neuropatologii aktualny, o bólu zwyczajnym i kausalicznym i ich stosunku do układu współczulnego oraz niesłusznie pominięte zostały pierwsze 2 prace o tej zasadniczej sprawie, niezależnie od siebie w tymże roku 1926 w niemieckim języku ogłoszone, prof. Strümpfla i moja (Der Schmerz als sympathische Erscheinung), przed poważnym artykułem Foerstera, Alterburgera i Krolla z r. 1929. — U Tinela wszędzie anatomia i morfologia są ściśle związane z fizjologią i patologią. Rysunków anatomicznych, histologicznych, fizjologicznych, anatomopatologicznych jest mnóstwo, niektóre powtarzają się dwukrotnie, a nawet trzykrotnie. — Podręcznik ogromnie zyskałby na wartości, gdyby pewna część rysunków, zwłaszcza anatomofizjologiczna, była wielobarwna, choćby w tej proporcji, jaką widzimy w mojej monografii lub w znanych „Die Lebensnerven“ L. R. Müllera, z którą odtąd poważnie konkurować będzie właśnie Tinél. Ale trudno tego wymagać od wydawcy, który zmuszony jest za książkę z bezbarwnymi ilustracjami naznaczyć cenę 160 franków, cenę nb. nie wygórowaną. Druk, papier, rysunki stoją na wysokości zadania. Księga ta wymaga dłuższych głębszych studiów. H. Higier.

H. W. WEDLER. *Klinik der Lungenasbestose*. Georg Thieme Lipsk, 1939.

Jest to monografia ze zbioru podobnych, wydanych pod tytułem „Arbeit und Gesundheit“, opracowana przez asystenta I Kliniki w Berlinie. Poświęcona chorobie zawodowej (pylicy azbestowej) jest niewątpliwie bardzo pożądanym nabytkiem z zakresu higieny zawodowej. Monografia oparta jest na spostrzeżeniach, dotyczących dwu fabryk azbestu w Teltow i w Reinickendorf. Robotnicy przychodzili do kliniki, gdzie badano ich ambulatoryjnie, ale bardzo dokładnie. Dzięki temu udało się autorowi rzucić nieco światła na przejawy i skutki azbestozy dla ustroju pracownika. Między innymi nie stwierdził on wyraźnego związku między azbestozą i gruźlicą, natomiast podkreśla prawdopodobieństwo istnienia związku przyczynowego między przewlekłym podrażnieniem płuc przez pył azbestowy i powstawaniem raka płuc. Trudno, rzecz jasna, streścić na tym miejscu obfity materiał monografii, która jest przy tym ozdobiona dość licznymi zdjęciami rentgenowskimi. Na uwagę też zasługuje fakt, że autorowi udało się zebrać i materiał sekcyjny (5 przypadków).

M. Gantz.

O. GEISSLER. *Zur Frage des Erbganges der Tuberkulosehinfälligkeit*. G. Thieme Lipsk 1939.

Mała broszurka o 13 stronicach, poruszająca sprawę wpły-

wu rozmaitych czynników na łatwiejsze zapadanie na gruźlicę. Autor potwierdza słuszność rozumowania Klarego (nb. praca ta była tu już omawiana) co do znaczenia konstytucji limfatycznej (gen dodatkowy nieswoisty), choć gra tu rolę niewątpliwie i gen główny swoisty. Podkładem biologicznym tych czynników jest zapewne wpływ esterazy na otoczkę woskową i nastawienia zasadowego przemiany materii. M. Gantz.

Prof. Dr Heinrich MARTIUS. *Die Kreuzschmerzen der Frau*. Wydawn. Thieme w Lipsku 1939 r.

Autor opracował wszechstronnie sprawę bólu krzyża u kobiety. W pierwszej części książki omówione zostały bóle zależne od chorób narządów w małej miednicy, jako to: tyłozgięcie, opuszczenie, gruczolistość, bolesne miesiączkowanie, zapalenie tylnego przymacicza, zaburzenia w rozmieszczeniu krwi, zaparcie stolca, zylakowatość, guzy i t.p. Druga część poświęcona jest t. zw. ortopedii ginekologicznej, czyli sprawie bólu zależnego od aparatu więzadłowego i mięśniowo-powięziowego. W tej części znajdujemy opis osobliwości tego aparatu u kobiety i jego czynnościowych anomalii. Książeczka zawiera na zaledwie 180 stronicach wyczerpujące dane, mogące zainteresować nie tylko specjalistę ginekologa, ale i ortopedę. 64 rysunki kredkowe, umiejętnie dobrane, ilustrują poszczególne zagadnienia.

W. Szenwicz.

Wskazówki praktyczne.

M. Kitchewatz, opierając się na doświadczeniach, poczynionych na materiale złożonym z 200 przypadków *wrozu miękkiego*, wikłanego nieraz ropnym zajęciem gruczołów pachwinowych, wypowiada się co do skuteczności *leczenia gorączkowego* przy pomocy wznoszących dawek szczepionki *Dmelcos*, podawanej dożylnie. Maksymalne wzniesienia temperatury dochodziły w niektórych przypadkach do 41,7 C. Efekty takiego leczenia wyrażały się skróceniem czasu choroby, zwłaszcza przy zastosowaniu szczepionki na samym początku choroby. (Ann. mal. vénér. 1938 Nr 8).

—o—

Sandro Seiler leczyła *preparatem sulfamidowym Septazina* chorych na różę, anginę, zapalenie żył podudzia, zapalenie miedniczek nerkowych, pęcherza moczowego i cięższych przypadków *czyrączności twarzy*. W przypadkach tych stosowano względnie duże dawki Septazyny, i to zarówno w tabletkach doustnie (przeciętnie 2 g dziennie), jak parenteralnie, pod postacią iniekcji dożylnych i domięśniowych 6%-owego roztworu Septazin-solubile. Uzyskane korzystne wyniki lecznicze oraz dobra tolerancja organizmu wobec takiego sposobu leczenia za-

chęciły autorkę do poczynienia w przyszłości dalszych obserwacji nad działaniem leków sulfamidowych w schorzeniach tego typu. (Schw. m. Woch. 1939 Nr 17).

—o—

W celu *przerwania stanu śpiączkowego we wstrząsie insulinowym* polecają H. Fraser i D. A. Stanley dawkę drogą nosową 600 ctm³ herbaty, zawierającej 33% cukru. Mniejsza dawka herbaty z tą samą zawartością cukru lub taka sama dawka z mniejszą zawartością cukru jest mniej skuteczna. (Lancet 1939. T 1. Nr 3).

—o—

Wieloletnie doświadczenie przekonało Assmanna o związku przyczynowym miejscowych ognisk zakażenia z chorobami stawów, serca, nerek, nerwów i gośćcem. Wykrycie i usunięcie tych ognisk ma przeto ważne znaczenie praktyczne dla poprawy, względnie dla zupełnego wyleczenia ich następstw i zapobiegania im. Ognisk tych szukać należy w migdałkach, zębach, jamach obocznych nosa, uszach, drogach moczowych i żółciowych oraz w narządach rodnych. (W. Kl. W. 1939. Nr 13).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Posiedzenie plenarne z dnia 27 kwietnia 1939 r.

Obecnych 14.

Przewodniczył Dr Kacprzak.

Odczyt:

1. Dr Jan Hozer *Higiena i bezpieczeństwo pracy w przemyśle niemieckim, angielskim i belgijskim* (reportaż z podróży naukowej). (Było drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“).

Dyskusja.

Dr Roguski stwierdza, że uderza dystans zarówno między szarym obywatelem w krajach zachodnio-europejskich i u nas, jak i między pracownikiem w wielkim przemyśle tam i u nas. Wiele rzeczy jest na nasze stosunki nierealnych. Jako przykład podaje mówca dla analogii rozporządzenie o przechowywaniu owoców przez sprzedawców w gablotkach; skutek był ten, że w dzień owoce były rzeczywiście w gablotkach, w nocy natomiast przechowywano je pod łózkami częstokroć osób chorych.

Dr Macewicz podkreśla różne ustosunkowanie się do zagadnienia bezpieczeństwa i higieny pracy w krajach totalistycznych i demokratycznych. Poziom urządzeń zabezpieczających jest wyższy w krajach demokratycznych: fabryki Forda w Anglii są o wiele lepiej urządzone niż jego fabryki w Niemczech. Mówca zwiadał instytuty higieny pracy i urządzenia bezpieczeństwa pracy między innymi w Sowietach. Jeden z instytutów mieścił się w dawnym klasztorze. W każdej celi siedział pracownik, pracujący nad innym zagadnieniem; jeden np. pracował nad przystosowaniem siodełka w traktorze tak, by praca na nim nie wywoływała schorzeń ginekologicznych u kierowczyń. U nas również pewne nowe fabryki urządzone są wzorowo; taka np. fabryka Państwowego Monopolu Tytoniowego (w Warszawie przy ul. Kaliskiej) może służyć jako wzór. Dyrekcja fabryki, w której pracuje mówca, idzie mu jak najbardziej na rękę, jeżeli chodzi o wprowadzanie urządzeń ochrony pracy. Inwestycje te opłacają się pracodawcy i to nawet doraźnie, gdyż np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych obniża w zmodernizowanych zakładach pracy z małym niebezpieczeństwem dla pracowników, składki ubezpieczeniowe. Mówca uważa, że nie należy przeceniać ważności znajomości psychotechniki dla le-

karza fabrycznego. Oczywiście musi on badać, czy kandydat do pracy nie jest daltonistą, jeżeli w pracy będzie się stykał z sygnałami barwnymi, lecz znajomość rozmaitych złożonych testów, których wartość praktyczna jest nadomiar wątpliwa, nie jest dlań bynajmniej konieczna. Metody psychotechniczne są obecnie powszechnie zarzucane, nawet w Niemczech. Bardzo ważne dla zagadnienia higieny i bezpieczeństwa pracy jest właściwe szkolenie młodocianych pracowników. W Anglii np. szkoleniem młodocianych zajmują się w fabryce specjaini instruktorzy, a trwa ono trzy lata. U nas ta sprawa jest źle postawiona, traktowana, stąd np. w fabryce, gdzie pracuje mówca, 41% okaleczeń dotyczyło właśnie młodocianych (do lat 18), 22% — robotników w wieku od 18 do 30 lat, 12% — robotników w wieku od 30 do 40 lat, 25% przypada na starszych pracowników. Widzimy więc, że, im bardziej jest rutynowany pracownik, tym rzadziej zdarzają się wypadki. W raporcie było stosunkowo mało wypadków, bo 8,2%, dużo natomiast (z górą 30%) było w ubiegłym roku wypadków przy maszynach, co się tłumaczy wprowadzeniem w ubiegłym roku nowych maszyn. Obecnie, gdy robotnicy się już oswoili z nowymi maszynami, wypadków jest mniej. Gdyby lekarz w wielkiej fabryce chciał się wszystkim zajmować, nie starczyłoby mu na to czasu. Wizytacje warsztatów przez lekarza były z początku źle widziane przez kierowników pracy; obecnie, gdy kilku z nich zostało skazanych za brak dozoru, co spowodowało wypadki przy pracy, na półroczne więzienie, sami proszą o nie oraz o uwagi lekarza. W ten sposób nawiązują się współpraca lekarza z personelem technicznym, pozwalająca usunąć usterki przy pracy. Na pewne rzeczy musi co prawda lekarz przynajmniej przychodzić. Czasami nowe urządzenia są tak kosztowne, że wprowadzenie ich podrywa do niemożliwości koszty produkcji. Mówca ma wśród pracowników epileptyka i na dobrą sprawę należałoby go zwolnić z obecnej pracy. Ponieważ największym niebezpieczeństwem, zagrażającym mu przy obecnej pracy w razie napadu, jest pokrwawienie sobie nosa, a w razie zwojnienia grozi mu śmierć głodowa wskutek bezrobocia, trzeba zgodzić się na ten kompromis. Przypadków takich jest więcej. Wprowadzenie pewnych urządzeń może czasami uniemożliwić pracę lub pogorszyć warunki higieniczne, np. w pewnych działach fabryk tytoniowych pracuje się w powietrzu, nasyconym w 100% parą; praca w osuszonym powietrzu powoduje kruszenie się tytoniu i sprzyja powstawaniu pylicy. Praca w dużym zakładzie przemysłowym wyłania tysiące nowych problemów lekarskich, stanowi ona niewyczerpaną kopalnię tematów. Na przykład zgłosił się do mówcy robotnik ze skargami na drętwienie lewej kończyny górnej, z pewnego rodzaju asymetryczną postacią choroby Raynaua, której patogeny nie udało się dotychczas wyjaśnić; mówca zastosował w tym przypadku rękawicę na lewą rękę. Z inicjatywy prof. Grzybowskiego i mówcy powstał ośrodek dla badania skórnych chorób zawodowych przy Klinice Dermatologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego. Projektowane są obecnie poradnie zawodowe przy klinice prof. Orłowskiego (dla schorzeń gośćcowych), przy klinice prof. Wojciechowskiego. Wobec nawału zajęć lekarz fabryczny nie może się zająć wszystkim, o czym mówił prelegent.

W odpowiedzi stwierdza Dr Hozer, że rzeczywiście nie wszystko z Zachodu można przenieść na nasz grunt, w każdym jednak razie należy dążyć do przyswojenia sobie tego, co wypracował w ciągu ostatnich 50 lat. Za biedni jesteśmy, by wyrzucać rocznie 250 milionów złotych, które kosztują naszą gospodarkę społeczną wypadki przy pracy. Ma być obecnie wydana ustawa Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej o higienie i bezpieczeństwie pracy, w opracowaniu której brał również udział prelegent, a która powinna zrobić wiele dobrego. Za tym wypowiedział się też zeszłoroczny Kongres Bezpieczeństwa Pracy. Zakłady, ostatnio wybudowane w C.O.P'ie, odpowiadają wymaganiom higieny pracy, lecz większość naszych przedsiębiorstw im uraga. A urządzenia zabezpieczające opłacają się pracodawcom i ze względu na obniżenie składek ubezpieczeniowych, i ze względu na zmniejszenie się odszkodowań, wypłacanych z tytułu wypadków przy pracy. O psychotechnice powinien wiedzieć lekarz-higienista przynajmniej tyle, żeby wiedzieć, czego od niej wymagać nie można. Dzisiaj badaniem wzroku, mierzaniem ciśnienia krwi u pracowników zajmuje się nie lekarz, lecz psychotechnik, którym często bywa inżynier, a nawet nauczyciel wiejski. Zakres pracy lekarza fabrycznego zależy od wielkości warsztatu pracy. Duże zakłady przemysłowe powinny mieć po kilku lekarzy fabrycznych, którzy powinni pracować między sobą podzielić. Oczywiście, zachowanie tajemnicy lekarskiej w stosunku do pracowników i pogodzenie tej konieczności z obowiązkami lekarza fabrycznego następcza często dużych trudności. Lekarz fabryczny powinien sobie wyrobić odpowiedni autorytet w fabryce, aby ze zdaniem jego liczyła się dyrekcja i robotnicy.

Protokół Walnego Zebrania Polskiego T-wa Medycyny Społecznej, odbytego w dniu 27 kwietnia 1939 r. o godz. 22 jako w drugim terminie.

Zagaił zebranie prezes Towarzystwa Dr Kacprzak. Walne Zebranie obrato przewodniczącym D-ra Blaya, asesorką — Dr Feilchenfeldową, sekretarzem — D-ra Landaua.

Protokół Walnego Zebrania z ubiegłego roku odczytał Dr Knappe. Protokół został przyjęty bez zmian.

Sprawozdanie Zarządu i skarbnika odczytał Dr Knappe, na którego wniosek Walne Zebranie uczciło przez powstanie pamięć zmarłych w ciągu ubiegłego roku członków Towarzystwa.

Sprawozdanie roczne Zarządu z działalności Towarzystwa oraz sprawozdanie skarbnika przyjęło Walne Zebranie bez dyskusji i zatwierdziło je.

Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej odczytał Dr Weisblat.

Wniosek D-ra Blaya o udzielenie absolutorium ustępującemu Zarządowi uchwalilo Walne Zebranie przez aklamację.

Na miejsce ustępujących członków Zarządu D-ra Korala, D-ra Narkiewicza i D-ra Szwarca wybrano przez aklamację D-ra Stefana Kramsztyka, D-ra Gracjana Roguskiego i D-ra Narkiewicza (ponownie). Na zastępców wybrano ponownie D-ra Stanisława Higiera, D-ra Jana Hozer i D-ra Witolda Odrzywołskiego.

Komisję Rewizyjną i Sąd Koleżeńskie wybrano przez aklamację w tym samym składzie, co poprzednio, a mianowicie: do Komisji Rewizyjnej — prof. Mieczysława Konopackiego, D-ra Przemysława Rudzkiego i D-ra Juliana Weisblata.

Uchwalono przez aklamację wniosek Zarządu o wyasygnowanie z funduszu Towarzystwa 500 złotych na F.O.N.

Wolne wnioski:

D-ra Goldsteina uderza mała frekwencja na plenarnych posiedzeniach Towarzystwa. Smutne też jest, że liczba członków się zmniejsza. Zgłasza apel pod adresem Zarządu, by zainteresował Towarzystwem młodych lekarzy i spopularyzował je wśród nich. W tym celu należałoby obniżyć składkę dla młodych lekarzy.

Dr Kacprzak wyjaśnia, że Zarząd robił w tym kierunku starania, jak dotąd, nie udało mu się jednak przyciągnąć większej liczby młodych lekarzy. Na posiedzeniach klinicznych jest dość duża frekwencja, na społecznych — niestety, mała.

Dr Knappe wyjaśnia, że na każde posiedzenie rozsyła się 400 zaproszeń, jednak tylko na posiedzenia kliniczne przychodzi większe grono, na społeczne — mało osób przychodzi; choć dawniej i na tamtych była duża frekwencja.

Dr Morgenszternowa też podkreśla fakt ubywania członków. Proponuje utworzenie stypendiów dla młodych lekarzy.

Dr Kacprzak wyjaśnia, że dawniej przeznaczano 1000 zł rocznie na stypendia, obecnie mniejsze wpływy nie pozwalają na to.

Dr Blay proponuje rozsyłanie zawiadomień o posiedzeniach do Ubezpieczalni.

Dr Goldstein uważa, że należało by porozumieć się z naczelnymi lekarzami obwodów Ubezpieczalni Społecznej, aby wpływali oni na lekarzy i zachęcali do uczęszczania na posiedzenia.

Dr Kacprzak zwraca się z apelem, by wszyscy członkowie współdziałali w werbunku nowych członków dla Towarzystwa.

Na tym Walne Zebranie zakończono.

Posiedzenie plenarne z dnia 11 maja 1939 r.

Obecnych 13.

Przewodniczył Dr Kacprzak.

Odczyt:

Dr Stefan Kramsztyk. *Rola chorób zakaźnych w dziejach cywilizacji.*

Zastosowanie rozważań natury biologicznej potrafiło wyjaśnić różne wydarzenia w dziejach ludzkości, które niedawno jeszcze oparte były na zupełnie innych założeniach. Tak np. zagadnienie upadku Imperium rzymskiego i zniknięcia cywilizacji starożytnej ukazuje się w nowym oświetleniu, gdyż liczne badania historyczne stwierdziły, że ogromną rolę grały tu wielkie epidemie dżumy, ospy i in. Przede wszystkim należy wskazać na mór za czasów Antonina i Marka Aureliusza, który wyłudnił całe prowincje. W III wieku po N. Chr. ogromną śmiertelnością odznaczyła się tzw. epidemia Cypriana; a wreszcie dokończyła dzieła dżuma Justyniana, która panowała w VI stuleciu.

Wszystkie wojny krzyżowe znalazły potężniejszego wroga w epidemiach, aniżeli w niewiernych. Z ogromnych armii, które wyruszały na zdobycie Ziemi Świętej, powracały tylko garstki rycerzy.

Historia wojen — to przede wszystkim historia epidemii, które często stanowiły o ich wynikach. „Wojna trzydziestoletnia”, jak twierdzi jeden z historyków, „była najszerszym zakrojonym eksperymentem epidemiologicznym, jaki natura przeprowadziła na ludziach”. O losach Rewolucji francuskiej zdecydowała poniekąd czerwonka, która zmusiła wojska prusko-austriackie do wycofania się za Ren.

Na podstawie dość ścisłych danych historycznych można dziś twierdzić z dużą dozą pewności, że, gdyby nie epidemie i wadliwy stan urzędów sanitarnych, losy wyprawy Napoleona do Rosji inny prawdopodobnie wzięłyby obrót.

Jak wszystkie prawie doniosłe fakty w dziejach cywilizacji, tak również i odkrycie i poznanie Ameryki zachowało na sobie daleko sięgające wpływy strasznych epidemii. Obok tego z pierwszą podróżą Kolumba łączy historia medycyny przeniesienie do Europy kiły, która w początkach występowała w niezmiernie ciężkiej i złośliwej postaci. Wobec zupełnej bezsilności lekarzy przy opanowywaniu kiły występującej w Europie niespodziewanie ogólne podniesienie moralności publicznej, zjawia się czysto obyczajów. Wielu historyków uważa za fakt nie ulegający wątpliwości, że epidemia kiły spowodowała wzrost wiary i powstanie wielkiego ruchu religijnego — reformacji.

Szczególną rolę odegrała w wieku XIX epidemia cholery; stała się ona mianowicie punktem wyjścia dla nowoczesnej higieny miast.

Wiek 19 i 20-ty — to okres zwycięskiej walki nauki europejskiej z epidemiami, która między innymi pozwoliła europejczykom również zorganizować i ucywilizować kraje zamorskie.

Dyskusja:

Prof. Szmurło zapytuje o rolę historyczną zwykłej zimnicy, która już za czasów rzymskich doprowadziła do wyludnienia Azji Mniejszej, na co zwraca uwagę Szumowski. Obecnie odgrywa ona ogromną rolę w krajach podzwrotnikowych, co podkreśla praca Heysera.

Dr Narkiewicz zapytuje, czym należy tłumaczyć ogromne epidemie w państwie Rzymskim, w którym ludność odznaczała się czystością, i w którym istniały instytucje higieny publicznej. Mówca cytuje epidemię dżumy w Charbinie, która przebiegała pod postacią płucną, a która pociągnęła za sobą moc ofiar, lecz wyłącznie spośród ludności chińskiej, oszczędzając Europejczyków. Mówca obserwował epidemię dżumy w Odesie, gdzie przebiegała pod postacią gruźlicową, bardzo łagodną, gdyż spowodowała jedno tylko zejście śmiertelne; nadmienić jednak należy, że stosowano już wówczas surowicę leczniczą.

Dr Kacprzak podkreśla, że temat historii chorób zakaźnych jest nader obszerny. O samym tradzie możnaby mówić godzinami, tak samo o ospie, która w XIV wieku jednocześnie z dżumą ogarnęła całą Europę (tzw. czarna śmierć). Liczby zmarłych wskutek epidemii w dawnych czasach są nader problematyczne, należy je przyjmować z bardzo dużą ostrożnością, gdyż statystyki nawet z wielkiej wojny europejskiej szwankują i wykazują duże luki. Wpływ zimnicy na upadek państwa rzymskiego podkreśla również Johns. Państwo Rzymskie zginęło od specjalisty, t. zn. każdy z nich kładzie upadek jego na karb tej dziedziny, którą się sam zajmuje (przyczyny polityczne, ekonomiczne itd.). Powszechnie twierdzi się, że obecnie nie ma epidemii, ponieważ umiemy walczyć z nimi, dawniej zaś były, gdyż nie umiano ich zwalczać. Mówca ma wątpliwości, czy tak jest w rzeczywistości. Poza ospę umiemy walczyć tylko z chorobami zakaźnymi, dla których wrotami zakażenia jest przewód pokarmowy, względnie z tymi, które przenoszą owady. Nie umiemy natomiast uchronić się przed zakażeniami, szerzącymi się drogą kropelkową. Mówca zastanawia się, czy nie zachodzi uodpornienie ludności wskutek przebytych epidemii niezależnie od naszych wysiłków. Wiadomą jest rzeczą, że epidemie, powstałe przy pierwszym zetknięciu się ludności z daną chorobą, noszą szczególnie gwałtowny charakter, jak: epidemie ospy w Ameryce, na wyspach Owczych, Fiji, epidemia kiły w Europie (zawleczenie z Ameryki wydaje się mówcy problematyczne). Podczas wojny europejskiej 1914—1918 epidemia czerwonki wybuchła nagle jednocześnie w kilku miejscach frontu zachodniego; poza wszelkimi innymi czynnikami odegrał tutaj, być może, rolę wpływ czynników klimatycznych. Pierwszą wojną, w której zginęło więcej ludzi od oręża niż od chorób, była wojna rosyjsko-japońska; podczas wojen napoleońskich tylko 10% żołnierzy zginęło od broni, reszta — wskutek rozmaitych chorób. Obecnie mniej żołnierzy ginie podczas wojny wskutek zakażeń z powodu uodpornienia, związanego z urbanizacją.

Prof. Szmurło przypomina, że średniowiecze umiało

walczyć i walczyło w sposób bezwzględny z zakażeniami, czego dowodzi wytopienie trądu w Europie za pomocą całkowitego odosobnienia chorych aż do końca życia w leprozoriach. Zawleczenie przymiotu z Ameryki do Europy wydaje się wątpliwe, gdyż słynna epidemia kiły pod Neapolem wybuchła, zdaje się, w r. 1493, podczas gdy odkrycia Ameryki dokonano w r. 1492, trudno zaś przypuścić, by przy ówczesnych środkach komunikacji już w ciągu roku choroba się tak rozpowszechniała. Już w początkach czasów nowożytnych istniał w Poznaniu szpital dla walki z kiłą. Gwałtowne szerzenie się duru osutkowego w śródmieściu należy, prawdopodobnie, łączyć z brudem, panującym wśród wszystkich warstw społeczeństwa, gdyż wskutek ascezy nie zwracano uwagi na ciało, było to grzechem. Myjące się kobiety były uważane za osoby lekkiego prowadzenia się, zaś odór, zależny od brudu, był nazywany *odor sanctitatis*. Ludność była wskutek tego zawszona, a wszy są przecież roznośicielami duru osutkowego. Powszechny brud ludności Europy utrzymywał się długo, jeszcze w XVIII wieku peruki były gniazdami wszy, a wielcy panowie nosili ze sobą srebrne młoteczki, którymi zabijali wszy. W starożytności i czasach obecnych było i jest o wiele mniej duru osutkowego niż w średniowieczu, gdyż Rzymianie i obecnie żyjąca ludność odznacza się czystością. Pachnidła nie są wytworem czasem nowożytnych, gdyż były już znane w starożytności („Pieśń nad pieśniami” itd.).

Dr Knappe ma wątpliwości, czy powszechne szczepienia rzeczywiście przyczyniły się do wytopienia ospy. Mówca widział przed wojną szczepionych, którzy mimo to zapadali na ospę. Mówca twierdzi, iż krowianka, pochodząca ze znanego zakładu w Warszawie, którą szczepił on sam i inni lekarze, okazała się produktem bezwartościowym, nie zawierającym zarazków, a mimo to szczepienie uważano za pełnowartościowe. W roku 1922 zjawiała się we Francji dżuma, którą, bez nadawania sprawie rozgłosu wytopiono samym tylko odosobnieniem chorych bez szczepienia. Ospę zwalczamy również nie tyle szczepieniem, ile izolacją. W roku 1912 wybuchła na południowym wschodzie Rosji epidemia cholery, którą zwalczano i nie dopuszczono do rozpowszechnienia się na cały kraj i bez szczepień. Szerzenie się epidemii zależy nie tylko od szczepień. W r. 1916 na całym froncie wschodnim armii niemieckiej było 6000 chorych na czerwonkę, w r. 1917 po wprowadzeniu szczepień tylko 30 przypadków czerwonki, natomiast w armii polskiej pomimo szczepień szczepionką Tetra było bardzo dużo przypadków czerwonki. Duru brzusznego było w Szpitalu Ujazdowskim, w którym skupiali się wszyscy chorzy z chorobami zakaźnymi z frontu wschodniego armii niemieckiej, zaledwie 20 przypadków. Błonica była swego czasu ciężką chorobą zakaźną, sam mówca stracił wskutek niej czworo rodzeństwa. Pomimo to, że szczepień przeciwbłoniczych nie było, na całym froncie wschodnim armii niemieckiej było wszystkiego 200 przypadków błonicy, w tym ani jednego śmiertelnego, czego chyba nie można przypisywać surowicy.

Dr Lubelski przypomina, że prelegentowi nie chodziło o przedstawienie historii epidemii wszystkich chorób zakaźnych, starał się on tylko dowiedzieć, że epidemie wywarły wielki wpływ na historię i rozwój cywilizacji. W obecnych czasach umiemy zapobiegać chorobom zakaźnym, a dzięki temu zapobiegamy epidemiom. Dotyczy to błonicy, cholery, a nawet kiły, którą nauczyliśmy się leczyć. Lecząc choroby zakaźne, zmniejszamy niebezpieczeństwo zarażenia się innych ludzi, a dzięki temu zapobiegamy nagminnemu szerzeniu się chorób zakaźnych. W terapii coraz większą rolę odgrywają szczepionki, leczące choroby.

W odpowiedzi wyjaśnia dr Kramsztyk, że odczyt jego miał na celu wykazanie, że wypadki historyczne, wynik wojen itd. zależały od epidemii. Jeżeli chodzi o nie, to Zinser i inni autorzy cytują te same źródła starożytne, oczywiście, niezbyt pewne. Z epoki wojen napoleońskich posiadamy już pamiętniki lekarzy, zasługujące na zaufanie. Walter na podstawie wyglądu postaci na ołtarzach Wita Stwosza dowodzi, że kiła musiała już istnieć w Europie przed odkryciem Ameryki. Inni autorzy natomiast dowodzą, że przywieziono ją z Ameryki, są nawet tacy, którzy uważają epidemię kiły za jedną z przyczyn Reformacji.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Pediatrycznego w Wiedniu z dnia 25 stycznia 1939 r. (Med. Klin. Nr 14/1939) pokazywał A. Dietrich przypadki płasawicy. Pierwszy dotyczył 11-letniej dziewczynki z nawracającą płasawicą. W listopadzie 1936 r. przechodziła ona gościec wielostawowy z powikłaniami sercowymi i następową płasawicą. Wskutek tego przybyła do kliniki, gdzie w kilka dni później zachorowała na plonicę z nowym ata-

kiem gośćcowym i ciężkim zapaleniem osierdzia z surowiczokrważnym wysiękiem i lewostronnym wysiękiem opłucnowym. Po 9 tygodniach wypisano ją w dobrym stanie czynności serca bez dolegliwości. W lipcu 1938 r. nawrót płasawicy. Po 6 tygodniach wypisano z poprawą pod wpływem leczenia luminalem i caustythem, w domu jednak szybko nastąpiło znowu pogorszenie. Dlatego też przyjęto ją po raz trzeci na klinikę. Przeprowadzono obecnie kurację zimnicową, po której nastąpiło szybkie wyleczenie, aczkolwiek musiano ją przerwać w tydzień po szczepieniu wskutek zaburzeń krążenia. Od listopada 1938 r. chora nie ma dolegliwości. Drugi przypadek dotyczył 7½-letniego chłopca, który przybył do kliniki z ciężką płasawicą. Leczone go luminalem, salicyłem, pyramidonem. Po pewnym czasie bardzo silnego niepokoju przeszła ciężka postać w *chorea mollis* z bardzo ciężkimi zaburzeniami przyjmowania pokarmów (konieczne stało się żywienie przez zgłębnik), zaburzeniami w oddawaniu moczu i kafu i utratą możliwości mówienia. Przeprowadzone przez 7 dni

leczenie nirvanolem (0,3 g *pro die*) dało szybkie wyleczenie, aczkolwiek przerwano je przed wystąpieniem osutki z powodu spadku liczby białych ciałek krwi i wzrostu liczby kwasochłonnych.

Na posiedzeniu Naukowej Sekcji Okręgowego Zrzeszenia Lekarzy w Eger z dnia 7 lutego 1939 r. (Med. Klin. Nr 15/1939) pokazywał E. Schraapl przypadek *krwiotocznego zapalenia mózgu po neosalwarsanie*. 30-letni żołnierz otrzymywał z powodu kiły drugorzędnej kombinowaną kurację bizmutowo-salwarsanową. Pacjent znosił pierwsze wstrzykiwania bez zarzutu. Po czwartym wstrzyknięciu (0,6 g neosalwarsanu) wystąpiła gorączka i bóle głowy. Później zjawily się drgawki toniczno-kloniczne, nastąpiła całkowita utrata świadomości i wkrótce po tym zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne wykazało silny obrzęk mózgu i krwawienia do pnia mózgowego. Badanie płynu mózgowordzeniowego dało wybitnie dodatni wynik wszystkich odczynów.

Z j a z d y.

Zjazd Tow. „Trzeźwość“.

Dn. 18 maja w czwartek obradował doroczny Zjazd delegatów Kół Tow. „Trzeźwość“. Zjazd nosił charakter szczególnie uroczysty, gdyż był związany z jubileuszem 20 lecia Tow. „Trzeźwość“.

Przed uroczystością otwarcia Zjazdu Prezydium Zarządu Gł. Tow. „Trzeźwość“ złożyło wieniec na stopniach pałacu w Belwederze.

O g. 11 w przepelnionej sali Tow. Higienicznego Prezes K. Kalinowski, otwierając Zjazd imieniem Zarządu Gł., wykażał, że walka z alkoholizmem jest pracą dla obronności Państwa. Zwrócił uwagę na karygodne tolerowanie zwyczajów pijackich. Ostrzegał przed alkoholizmem młodzieży. Dziękował Ministerstwu Opieki Społecznej za poparcie akcji społecznej, która służy Państwu.

Po przemówieniach powitalnych, Prof. Uniw. Jag. St. K. Pieńkowski w świetnie zbudowanym odczycie podniósł skutki społeczne, zwłaszcza w zakresie dziedziczności alkoholizmu. Postęp, kultura są niemożliwe przy trwaniu alkoholizmu.

Założyciel Tow. „Trzeźwość“ Red. Jan Szymański podniósł m. in., że walka z alkoholizmem to walka o siłę narodu i Państwa, o siłę, o ducha ludzkiego, o kulturę. Troska najwybitniejszych umysłów o podniesienie poziomu intelektualnego i moralnego szerokich mas rozbija się od dawna o alkoholizm, który jest przyczyną ciemnoty i zacofania. Przyszłość Polski w trzeźwości, która da nam społeczeństwo silne, zdolne do pracy, odporne. Idea trzeźwości jest konstruktywna, twórcza.

Przemówienia powitalne wygłosili: Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Dr Jan Adamski — im. Ministerstwa Opieki Społecznej. Płk Dr Mikołajewski — im. Szefa Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych. Dr Marczyński — im. Prezydenta m. st. Warszawy min. St. Starzyńskiego. Nadinsp. Szuca — im. Gen. K. Zamorskiego, Głównego Komendanta P. P. Prof. Michałowicz — im. Rektora Uni-

wersytetu Józefa Piłsudskiego. Dziekan Grzywo-Dąbrowski — im. Wydziału Lekarskiego U. J. P. Prof. Szulc — im. Państwowego Zakładu Higieny. Ks. Poseł Padacz — im. grupy posłów i senatorów abstynentów. Dr Fleszarowa — im. Rady Narodowej Kobiet. Dr Kaczyński — im. Tow. Psychiatrycznego. Prof. Hryniewicz — im. Tow. „Mens“. Dr Kołaczek — im. Związku Harcerstwa Polskiego. Mec. H. Świątkowski — im. Towarzystwa Uniwersytetów Robotniczych. P. Topińska — im. Katolickiego Stowarzyszenia Kobiet. Dr Krysiński — im. Towarzystwa Higienicznego. Inż. Szadziejewicz — im. Abstynenckiej Ligi Kolejowców.

W wyniku wyborów do Zarządu Głównego Towarzystwa „Trzeźwość“ zostały wybrane nast. osoby: P.P. Ks. Prałat W. Baluś, Dyr. St. Bobiński, Prok. S. N. St. Czerwiński, M. Herwich, Sen. A. Izycki, Prezes K. Kalinowski, Prof. Dr M. Michałowicz, Dr E. Steffen, Prof. Dr G. Szulc, H. Szymańska, Red. J. Szymański, Dr H. Zajączkowski.

Na wniosek Zarządu Głównego Tow. „Trzeźwość“ Zjazd nadał godność członka honorowego Towarzystwa: Dr. Ryszardowi Kunickiemu i Ks. Posłowi Władysławowi Padaczowi.

Rezolucja.

Z okazji 20-lecia Polskiego Towarzystwa Walki z Alkoholizmem „Trzeźwość“ obradujący dn. 17—18.V.1939 r. w Warszawie Zjazd z całej Polski delegatów jego Kół i pokrewnych organizacji z nim współpracujących — uznając, że akcja przeciwalkoholowa jest dobrze zrozumianą pracą dla obronności Państwa — zwraca się do Posłów i Senatorów Rzpl., by to właśnie mając na względzie, w obecnej dobie wzmaganie sił moralnych i fizycznych narodu oraz zasobów materialnych Polski, dołożyli wszelkich starań, by Sejm i Senat przywróciły w brzmieniu pierwotnym moc ustawy przeciwalkoholowej z dn. 23.IV.1920 roku.

Korespondencja.

Szanowny Panie Redaktorze!

Zdarza się czasami, iż w pracach lekarskich napotykamy nonsensy, które doskonale nadają się do umieszczenia w dziele „Camera obscura medica“, o ile by ten istniał.

Proponując Sz. Panu Redaktorowi stworzenie takiego kącika w Jego piśmie, załączam, jako pierwszy okaz, następujące spostrzeżenie:

W świeżo wydanej obszernej i poważnej monografii z kliniki prof. Kleinschmidta z Kolonii p.t. „Lungenabszess u. Lungenabszedierungen im Kindesalter“ na str. 10 znalazłam

wzmiankę, iż „Wawrzyńska sah eine Lungenabszess der durch einen Fremdkörper in der Pleura entstanden war“. Jako źródło tej wiadomości figuruje *Pediatrics Polska* t. 12 r. 1932. Nie było więc trudno sprawdzić tę dość niezwykłą etiologię ropnia płuc.

W artykule oryginalnym tytuł brzmi: „Przypadek ropni płuc i opłucnej spowodowany obecnością ciała obcego w oskrzelu“, a z opisu przypadku i badania pośmiertnego wynika, iż ciało obce (pestka śliwki) tkwiła w prawym oskrzelu. „Nie ulega żadnej wątpliwości“, píše autorka, „że punktem wyjścia dla całego schorzenia było ciało obce, a mianowicie pestka od śliwki

znajdująca się w oskrzeliu prawym". W całym artykule nie ma żadnej wzmianki o obecności jakiegось ciała obcego w opłucnej.

Znając zwyczaj niektórych autorów czytania tylko streszczeń, a cytowania w wykazie piśmiennictwa źródeł oryginalnych, zadałam sobie trud przejrzenia kilku tomów „Zentralbl. f. Kinderheilk. i w T. 28 na str. 373 znalazłam następujący tytuł (bez streszczenia pracy): „Ein durch Anwesenheit eines Fremdkörpers in d. Pleura hervorgerufener Fall v. Lungen - u. Pleuraabscessen". A więc fałszywie przetłumaczony tytuł był źródłem owej wzmianki w monografii: poważne pismo niemieckie popełnia je-

den niedopuszczalny błąd, a autor poważnej monografii niemieckiej opiera na tym błędzie daleko idące wnioski.

Jeżeli istotnie, jak pisze prof. Goebel (z Düsseldorfu) w przedmowie do tej monografii, należy ją uważać za podstawowe dzieło, na którym będą się opierali wszyscy przyszli autorzy, piszący o ropniach płuc u dzieci, — to możemy się spodziewać, iż z opłucnej nasze ciało obce zawędruje do niejedynej jeszcze pracy pediatrycznej.

Z najgłębszym szacunkiem
H. Frenklowa (Łódź)

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

O udoskonalenie współcześnie stosowanych metod społecznego zwalczania gruźlicy.

Podał

Dr med. Michał BLOCH, ordynator Uzdrawiska „Marpe“
(Otwock).

(Dokończenie — patrz Nr 20).

Wynika z tego, że akcja propagandowa masowych badań płwociny powinna między innymi wywrzeć kolosalny wpływ na ogólny rozwój świadomości społeczeństwa w jego walce z gruźlicą. Przez akcję tę nie tylko może zostać rozbudowane poczucie samoobrony społeczeństwa zdrowego w stosunku do ludzi, często nieświadomie szerzących zarazę, ale zarazem ogólne zainteresowanie dla walki z gruźlicą na szerszej płaszczyźnie, nie mówiąc już o tym, że akcja ta niejednokrotnie przyczyni się do zwalczania gruźlicy już we wczesnych, wzgl. łatwych do uleczenia okresach.

Powodzenie tej akcji propagandowej, w sensie pobudzenia odpluwających do przynoszenia płwociny, będzie tylko wówczas zapewnione, o ile będzie przestrzegany szereg warunków podczas i po zbadaniu płwociny. Otóż wydaje nam się, iż pierwszym warunkiem powodzenia jest obowiązkowa dyskrekcja. Każdy obywatel powinien mieć prawo podać swą płwocinę do zbadania pod jakimś pseudonimem lub hasłem. Odpowiedź zaś — powinna być wydawana w zamkniętej kopercie, w zależności zaś od wyniku badania na druczkach dwojakiego rodzaju, powiedzmy o dwóch różnych kolorach. Na druczkach z wynikiem dodatnim powinno być pouczenie, które po — 1) uspokoiłoby chorego, tłumacząc mu sprawę możliwości przy racjonalnym postępowaniu całkowitego wyleczenia jego choroby płucnej, po — 2) powinny być szczególnie wskazane sposoby niszczenia płwociny i higienicznego obchodzenia się z otoczeniem, po — 3) powinien też być wskazany adres — w razie, gdyby pacjent nie był w stanie przeprowadzić tego u prywatnych lekarzy — najbliższej przychodni, w której pacjent zostanie bezpłatnie prześwietlony i otrzyma wskazówki lecznicze. Na druczkach drugiego koloru, przeznaczonych dla ludzi, których płwocina nie wykazała obecności prątków, powinno być pouczenie, z którego wynikałoby, że, aczkolwiek badanie wykazało, że chory nie jest niebezpieczny dla otoczenia, dla 100%owej jednak pewności co do stanu swych płuc chory powinien dać się prześwietlić, gdyż jednokrotne badanie płwociny nie zawsze jest wystarczające i miarodajne. Powinno być wskazane, że w razie, gdyby chory nie był w stanie przeprowadzić tego u prywatnego lekarza, może to skutecznie bezpłatnie w najbliższej przychodni, której adres powinien być podany. Powinno też być zaznaczone, że dopiero badanie rentg. mogłoby

rozstrzygnąć, czy dany osobnik jest zupełnie zdrowy, i czy nie jest wskazane powtórne, a ewent. i wielokrotne badanie płwociny. W ten sposób uniknie się, że wielu chorych z czynną, lecz zamkniętą gruźlicą płuc, lub też chorzy z rozpadową gruźlicą, którzy chwilowo nie prątkują, albo też chorzy, aczkolwiek nie prątkujący, ale zagrożeni pod względem gruźlicy płuc, nie uważaliby siebie na podstawie jednorazowego ujemnego wyniku badania płwociny za zdrowych. W ten sposób za pośrednictwem instytucji masowych badań płwociny podniesie się jednocześnie ogólną świadomość narodu co do wartości badania rentgenowskiego we wczesnym wykrywaniu gruźlicy płuc.

Na jednych i drugich druczkach powinna też być wskazówka, że w razie jakichkolwiek bądź trudności z przeprowadzeniem badania rentgenowskiego (powiedzmy, natury materialnej, jak koszty podróży itp.) lub innych jakichś wątpliwości każdy może się zgłosić w określonych godzinach do kierownika stacji badań płwociny, który rozpatrzy wszelkie okoliczności, dotyczące sytuacji pacjenta i wszystko uczyni, aby ułatwić mu przeprowadzenie badania rentg. Rzecz jasna, instytucje państwowe, samorządowe, ubezpieczeniowe itp. powinny na ten cel przeznaczyć pewne fundusze.

Mamy wrażenie, że przez wprowadzenie instytucji masowych badań płwociny nie tylko nie umniejsza się w niczym działalności itsniejących przychodni przeciwgruźliczych, lecz, przeciwnie, pogłębia i rozszerza się zasięg ich działania. Do współczesnych przychodni przeciwgruźliczych zgłaszają się bowiem w większości przypadków bądź osobnicy, do których prowadzi ślad i nic od chorego z otwartą gruźlicą, bądź ci, co jedynie podejrzewają u siebie gruźlicę, bądź wreszcie tacy, co mają już chorobę tę w stopniu tak rozwiniętym, że już od dawna — że się tak wyrazimy — „odrobili“ swą szkodliwą działalność w stosunku do społeczeństwa. Stosowanie zaś masowych badań płwociny ma właśnie za ostateczne zadanie wciągnięcie w zakres działalności przychodni tych ogromnych rzesz chorych z otwartą gruźlicą, co nawet nie przypuszczają, iż cierpią na tę chorobę.

Do przychodni złączą się zgłaszać już nie tylko ludzie, powodzeni dolegliwościami płucnymi, albo skierowani przez lekarzy, lub wykryci przez higienistki-wywiadowczynie, lecz również tacy, co z własnej inicjatywy dali zbadać płwocinę i zostali, przy tej okazji, na druczkach pouczeni o konieczności obserwacji przychodnianej. Budzenie i rozwijanie tej właśnie inicjatywy w najszerszych warstwach społeczeństwa osiągnie się w ten sposób pośrednio przez masowe badanie płwociny. Związana zaś z wprowadzeniem stacji masowych badań płwociny szeroka akcja propagandowo-agitacyjna przyczyniłaby się do czynnego współdziałania

całego społeczeństwa w zwalczaniu otwartej gruźlicy płuc. Propaganda ta nie miała bowiem tylko na celu uświadamianie chorego o szkodliwości wypływającej z płwociny, lecz byłaby skierowana również do społeczeństwa zdrowego, budząc w nim poczucie samoobrony wobec zdradliwego i podstępного charakteru schorzeń gruźliczych. W ten sposób zostanie w stosunku do ewent. szkodliwych własności płwociny zmobilizowana uwaga nie tylko chorych, ale i zdrowych. Społeczeństwo usunęłoby spośród siebie ogromne liczby nieświadomych siewców prątków, którzy poprzez stacje masowych badań płwociny zostaliby przekazani odpowiednim przychodniom przeciwgruźliczym; te zaś, rzecz jasna, postąpiłyby już z nimi stosownie do powszechnie przyjętych dziś zasad społecznego zwalczania gruźlicy.

Widzimy więc, że proponowana przez nas metoda nie jest czymś sprzecznym, wzgl. przeciwstawiającym się obecnie przyjętym i stosowanym sposobom społecznego zwalczania gruźlicy. Ma ona jedynie za zadanie intensyfikację tej działalności, z jednej strony, poprzez umożliwienie wykrycia możliwie jak największej liczby ludzi prątkujących, po wtóre, poprzez wciągnięcie jaknajszerszych warstw ludności do aktywnego dążenia do wykrywania spośród siebie chorych z otwartą gruźlicą, po trzecie, poprzez podniesienie przy tej okazji ogólnego stopnia zainteresowania i uświadczenia społeczeństwa w zwalczaniu tej plagi ludzkości, jaką jest gruźlica.

Rzecz oczywista, nie należy zapominać, że jak już zaznaczyliśmy na wstępie — jedynie szerokie uwzględnienie momentów społeczno-ekonomicznych może radykalnie przyczynić się do skutecznego zwalczania gruźlicy. Wykrycie bowiem — bardziej jeszcze skuteczne przy stosowaniu proponowanych masowych badań płwociny — jaknajwiększej nawet liczby chorych z otwartą gruźlicą, nie będzie miało odpowiedniego znaczenia, jeżeli chorego nie można będzie umieścić w odpowiednim dla niego zakładzie leczniczym (sanatorium, szpital), zagrożone zaś osoby z jego otoczenia — w prewentiach, koloniach letnich itp., i w ogóle nie da się poprawić warunków odżywiania, szczególnie zaś mieszkania tych ludzi (odpowiednia sypialnia oddzielne łóżko itp.).

Ale w ramach istniejących warunków społeczno-ekonomicznych, gdzie medycyna dąży do zwalczania gruźlicy przede wszystkim za pomocą tępienia źródeł zakażenia i podniesienia ogólnego poziomu uświadczenia w stosunku do tej choroby, masowe badania płwociny mogą stanowić potężny środek, w wybitnym stopniu ułatwiający obecnie już istniejącym instytucjom przeciwgruźliczym, z przychodnią na czele, ich akcję tępienia gruźlicy jako choroby społecznej.

II

W ramach istniejących możliwości społeczno-ekonomicznych lekarskie metody społecznego zwalczania gruźlicy stawiają sobie za najważniejsze zadanie możliwie wczesne wykrycie źródła zakażenia gruźliczego, które, jak wiadomo, najłatwiej szerzy się i skutkiem tego jest najniebezpieczniejsze w rodzinie chorego, w jego ognisku domowym. Nie wystarczy jednak wykryć źródła zarazy: trzeba je tępić. Przeważnie jednak udaje się to jedynie częściowo, bądź przez umieszczenie chorego w szpitalu albo sanatorium, skąd w najlepszym przypadku, po krótszym lub dłuższym okresie czasu, znowu zmuszony jest wrócić do warunków domowych; bądź przez uświadczenie chorego i jego otoczenia o zagrażającym niebezpieczeństwie zakażenia i możliwych sposobach jego uniknięcia; bądź

wreszcie — co rzadziej jest możliwe — przez umożliwienie choremu i jego rodzinie poprawy warunków bytowania

Wszystkie te środki, stosowane we współczesnym systemie społecznego zwalczania gruźlicy, są raczej natury zapobiegawczej. Medycyna natomiast, opierając się na zdobyczach, osiągniętych przez współczesne metody czynnego leczenia otwartej rozpadowej gruźlicy płuc, jest w stanie jeszcze w inny sposób przyczynić się do zahamowania szerzenia się gruźlicy. A mianowicie przez szerokie stosowanie zabiegów leczniczych, które mogłyby możliwie większą liczbę chorych z otwartą gruźlicą odprątkować i przekształcić w ludzi bezpiecznych dla otoczenia. I dlatego właśnie zadaniem społecznego zwalczania gruźlicy byłoby wykorzystanie te zdobycze medycyny, osiągnięte w leczeniu indywidualnym, dla celów tępienia gruźlicy w ramach szerszych, społecznych.

Wiemy, że ze wszystkich stosowanych obecnie w jamistej rozpadowej gruźlicy płuc metod leczniczych największą próbę życia wytrzymało leczenie zapadowe z odną na czele. W innym miejscu (Polskie Arch. Med. Wewn. T. 12 z. I. 1934 r.) doszliśmy do wniosku, że, aczkolwiek w rzadkich przypadkach jest nawet możliwa samowyleczalność jam, to w zasadzie rokowanie jam, pozostawionych swemu losowi, musi być uznane za bardzo złe, i na dalszą metę liczba trwałych wyleczeń nie przekracza 10—15%. Natomiast odsetka dodatnich wyników, osiągniętych za pomocą leczenia uciskowego, sięga od 33% do 70% (statystyki Saugmanna, Dumaresta, Unverrichta, Gravesena, Maendla, Matsona, własna i innych).

Doświadczenie poucza też, że leczenie uciskowe daje najlepsze wyniki wtedy, gdy jest zastosowane wcześnie, gdy nie zdążyły jeszcze powstać przeszkody mechaniczne bądź w postaci zrostów, bądź w postaci stwardniałej, niepodatnej na ucisk jamy. Liczba powikłań, zwłaszcza wysięków opłucnowych, jest wówczas też minimalna.

Z punktu zaś widzenia społecznego najważniejsze jest jednak to, iż za pomocą żadnego innego leczenia nie udaje się chorego tak szybko odprątkować i przywrócić go społeczeństwu, jako jednostkę socjalnie wartościową, jak przy pomocy odmy wczesnej.

Jak wynika z prac Gaewyhlera, Rubinsteina, Lassena i in. oraz z naszego własnego doświadczenia (p. Polsk. Archiw. Medyc. Wewn., T. 12 z. 1), odprątkowanie we wczesnie stosowanej odmie udaje się osiągnąć w 80%, a nawet 90%.

Nie może więc ulegać żadnej kwestii, iż w dzisiejszym stanie naszej wiedzy najradzykalniejszym i najbardziej skutecznym sposobem społecznego zwalczania gruźlicy płuc będzie racjonalna organizacja aparatu masowego stosowania odmy wczesnej.

Ale pojęcie „wczesności“ kryje w sobie postulat jaknajwcześniejszego rozpoznawania wśród najszerzych warstw społeczeństwa przypadków rozpadowej gruźlicy płuc. A do tego zadania żadna instytucja społeczna, żadne sanatorium, żaden szpital nie są powołane w takim stopniu, jak przychodnia przeciwgruźlicza.

Aby jednak przychodnia mogła sprostać swemu podstawowemu zadaniu — jaknajwcześniejszemu rozpoznawaniu rozpadowej gruźlicy płuc, bez którego nie może być mowy o racjonalnym wykorzystaniu jej możliwości na polu lecznictwa za pomocą stosowania odmy — musi ona odpowiadać pewnym zasadniczym wy-

maganiom. Nie może być uznana za odpowiadającą swemu przeznaczeniu taka przychodnia, która nie posiada własnego aparatu rentgenowskiego. Musi ona być traktowana jako pozbawiona fundamentu, umożliwiającego jej wczesne rozpoznawanie. I byłoby niedorzecznością od takiej przychodni żądać wczesnego stosowania odmy, tym bardziej, iż z punktu widzenia klinicznego jest niedopuszczalne prowadzenie odmy bez stałej każdorazowej kontroli rentgenowskiej. Jest również rzeczą oczywistą, iż współczesna przychodnia, nawet bogato wyposażona, nie będzie stała na wysokości swego zadania, jeśli na czele jej nie będzie stał lekarz-specjalista, wszechstronnie obznajmiony zarówno z techniką nowoczesnych metod rozpoznawania gruźlicy płuc, jak i stosowania odmy. Nie wszystko bowiem w leczeniu odmą sprowadza się do jej zakładania; jest ono *de facto* nietrudne. Ostateczny dodatni wynik natomiast tego leczenia w większym jeszcze stopniu zależy jest od racjonalnego prowadzenia odmy i jej właściwego kontynuowania. Nieodpowiednie ilości wpuszczanego powietrza, nieracjonalne stosowanie ciśnień, błędne stosowanie odstępów między dopełnieniami, niewłaściwe postępowanie z chwilą wystąpienia wysięku opłucnowego, bezcelowe kontynuowanie odmy w przypadkach, w których wskazane jest uzupełnienie, wzgl. zastąpienie przez inne zabiegi (przepalanie zrostów, exhaireza, torakoplastyka) — wszystko to może fatalnie odbić się na losie odmowanego chorego.

Prawidłowa ocena wszystkich tych momentów wymaga, rzecz jasna, fachowości i doświadczenia. Poza tym, przy każdej takiej przychodni powinien istnieć dział, którego zadaniem byłoby roztoczyć specjalną opiekę, zarówno materialną, jak i moralną, nad gruźliczo-chorymi, leczonymi chirurgicznie, szczególnie odmą. Chorzy tacy powinni, w miarę możliwości otrzymywać dodatkowe odżywianie, zapomogi, ulgi w świadczeniach społecznych, a najważniejsze umożliwiony dojazd na dopełnienia w razie zamieszkiwania w innej miejscowości. W razie zaś jakiegoś powikłania choremu powinien być umożliwiony natychmiastowy wyjazd do sanatorium lub szpitala; to samo, zresztą, w końcowym okresie stosowania odmy, gdy wymagana jest fachowa obserwacja lekarska.

Jeśli jednak spojrzeć prawdzie w oczy, musimy sobie powiedzieć, iż na razie przychodni, pojętych w dopiero co opisanym sensie, istnieje na świecie w stosunku do potrzeb, jeszcze niewiele.

I w związku z tym musimy uznać, iż zagadnienie masowego stosowania przez przychodnie odmy leczniczej musi zostać w pierwszym rzędzie sprowadzone do kwestii racjonalnego rozmieszczenia na terenie każdego państwa nowoczesnych i prowadzonych, pełnowartościowych przychodni przeciwgruźliczych. Każda większa jednostka administracyjna w państwie powinna być wyposażona w taką wszechstronnie — i pod względem rozpoznawczym i pod względem przygotowania do masowego stosowania odmy leczniczej — uzbrojoną przychodnię ośrodkową. Wszystkie inne, istniejące już, wzgl. mające powstać na obszarze danej jednostki administracyjnej przychodnie, nienależące jeszcze do państwa, powinny na razie być uznane jedynie za obwodowe stacje opieki nad gruźliczo-chorymi. Poza zwykłą swoją dotychczasową działalnością stacje zobowiązane byłyby dopomagać choremu w najszerszym zakresie — przede wszystkim za pomocą dostarczania mu środków lokomocji — w tych przypadkach, gdy względy rozpoznaw-

cze, bądź lecznicze wymagają ingerencji wszechstronnie urządzonej przychodni ośrodkowej.

Obwodowe stacje opieki nad gruźliczo chorymi, w miarę wzrastania ich wyposażenia zarówno pod względem urządzeń lekarskich (rentgen, mikroskop), jak i wykwalifikowanych specjalistycznych sił lekarskich, zostają przekształcane w samodzielne przychodnie, stając się tym samym punktem ośrodkowym dla pewnej liczby najbliższej położonych stacji opieki. Każda zaś samodzielna przychodnia musi mieć do dyspozycji blisko położony oddział szpitalny, dokąd zostaliby kierowani celem zastosowania odmy ci z chorych, których postaci kliniczne tego wymagają, wzgl. w razie wystąpienia jakiegoś powikłania. Każda taka przychodnia powinna też być w kontakcie z odpowiednimi sanatoriami. Będąc bowiem w zasadzie zwolennikiem jak najszerszego stosowania odmy przez przychodnie, nie przeczymy, iż ideałem jest, gdy chory w pierwszych okresach stosowania odmy może mieć połączone leczenie uciskowe z leczeniem sanatoryjnym, wzgl. szpitalnym.

Niestety, w naszych warunkach dalecy jeszcze jesteśmy od zrealizowania tego postulatu, oczywiście, głównie ze względów ekonomicznych. Musimy natomiast liczyć się z tym, że wyczekiwanie na kolejkę do sanatorium wzgl. szpitala w tych razach nie tylko może spowodować to, że odma straci wszystkie przywileje odmy wczesnej, ale i doprowadzić do tego, że z powodu zarosnięcia jamy opłucnej, wzgl. bilateralizacji przypadków w ogóle może przestać kwalifikować się do leczenia odmą.

Praktycznie rzecz biorąc, najbliższym zadaniem połączonych wysiłków związków przeciwgruźliczych, władz rządowych, samorządowych itp. byłoby odpowiednie rozmieszczenie w z góry określonych punktach na obszarze całego państwa wzorowo urządzonych przychodni ośrodkowych, jedynie upoważnionych do stosowania odmy, oraz umożliwienie obwodowym stacjom podtrzymywanie z nimi jak najściślejszego kontaktu. Dalszym zaś zadaniem tych czynników będzie stopniowe przekształcanie coraz większej liczby stacji obwodowych we współcześnie urządzone i prowadzone przychodnie, mające pod swoją pieczę okoliczne stacje opieki. Należałoby tu jednak z całym naciskiem podkreślić, że nie wystarczy dążyć tylko do uzyskania jak największej liczby aparatów rentgenowskich i mikroskopów. Nie mniejszą bowiem rolę w walce z gruźlicą zawsze będą odgrywały wykwalifikowane kadry lekarskie.

W związku z tym należy wysunąć postulat, aby we wszystkich państwach urządzone były przy uniwersytetach katedry fizjologii, gdzie lekarze mogliby otrzymywać gruntowne wykształcenie specjalistyczne. Przy obsadzeniu zaś stanowisk administracyjnych pierwszeństwo powinni mieć lekarze, posiadający wszechstronne kwalifikacje w dziedzinie współczesnego zwalczania gruźlicy.

Jak olbrzymie znaczenie może posiadać we współczesnym systemie społecznego zwalczania gruźlicy racjonalne masowe stosowanie odmy leczniczej, mogą zilustrować następujące dane. O ile w pierwszych czasach stosowania odmy do zabiegu tego kwalifikowało się, według Ulriciego, zaledwie 3% wszystkich chorych z otwartą gruźlicą, a następnie odsetka ta wzrosła do 10—15%, to już dziś większość autorów (Zinn, Schöder i in.) na podstawie statystyk, podawanych przez rozmaite przychodnie, dochodzi do wniosku, że aż 20—25% tego rodzaju chorych nadaje się do leczenia uciskowego. Charakterystyczna jest statystyka Wies-

nera z sanatorium Pappenheim, przytoczona na Zjeździe Niemieckiego Centralnego Komitetu do zwalczania gruźlicy w 1931 r. — że w 1925 r. 8½% chorych z otwartą gruźlicą leczonych było chirurgicznie, w 1926 r. 15%, w 1927 r. 20½%, w 1928 r. 39%, a w 1929 r. aż 42%.

Jeżeli teraz uwzględnimy, że żadna ze współcześnie stosowanych metod leczenia rozpadowej gruźlicy płuc, nie jest w stanie tak szybko odprątkować chorego, jak odma, stanie się dla nas jasnym, jak potężnym środkiem w społecznym zwalczaniu gruźlicy może stać się instytucja planowo zorganizowanego masowego stosowania odmy.

Jeżeli może dojść do tego, że aż 42% wszystkich zgłaszających się przypadków otwartej gruźlicy kwalifikuje się do leczenia odmą, co, oczywiście, świadczyłoby o wczesnym rozpoznaniu —, to przy uwzględnieniu, że aż w 80—90% tych przypadków udaje się osiągnąć odprątkowanie, — nie trudno sobie wyobrazić, jak kolosalne wyniki mogłaby dać ta metoda, stosowana społecznie, w sensie tępienia źródła zakażenia w osobie chorego z otwartą gruźlicą.

Poza tym przez racjonalne stosowanie metody tej ma się możliwość przywrócenia społeczeństwu całych mas ludzi w najlepszym wieku o maksymalnej wydajności pracy, którzy bez leczenia tego skazani byłiby na nieprodukcyjne bytowanie całymi latami na koszt pozostałego społeczeństwa i w olbrzymiej swej większości na powol-

ne dogorywanie. W ten sposób metoda racjonalnego masowego stosowania odmy odegrałaby swe olbrzymie znaczenie społeczne nie tylko przez to, że jest najszybszym i najskuteczniejszym sposobem przeobrażenia gruźlicy otwartej w zamkniętą, a — tym samym — tępienia najbardziej niebezpiecznych źródeł infekcji.

* * *

Proponowane przez nas metody — zaprowadzenia instytucji masowych badań płwociny i racjonalnego — w ramach państwowych — zreorganizowania istniejącego systemu przychodnianego, zwłaszcza w kierunku umożliwienia masowego stosowania odmy —, nie stanowią czegoś sprzecznego z obecnie istniejącym systemem społecznego zwalczania gruźlicy. Mają one raczej za zadanie jego racjonalizowanie i intensyfikację przy uwzględnieniu zarówno obecnie istniejących możliwości społeczno-ekonomicznych, jak i zdobyczy naukowych współczesnej medycyny (częste niedawanie się choremu we znaki jego ciężkiego zaraźliwego schorzenia płucnego i świetne wyniki, osiągnięte przez wczesne stosowanie odmy we wczesnie rozpoznanym przypadku rozpadowej gruźlicy płuc). I dlatego też, wydaje się nam, iż konsekwentne, bezwzględne stosowanie proponowanych przez nas metod, uzupełniających współczesny system społecznego zwalczania gruźlicy, mogłoby się w wydatnym stopniu przyczynić do zwalczania tej plagi społecznej, jaką jest gruźlica.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	9/IV— 15/IV	16/IV— 22/IV	23/IV— 29/IV	30/IV— 6/V
Ospa	0	0	0	0
Dur brzuszny	127 (12)*	145 (15)	119 (15)	107 (9)
Dur rzekomy	0	1 (0)	0	1 (0)
Dur osutkowy	151 (5)	158 (7)	167 (6)	109 (6)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	7 (0)	10 (3)	6 (0)	8 (0)
Płonica	221 (6)	227 (6)	247 (4)	219 (6)
Błonica	289 (19)	273 (19)	304 (16)	236 (21)
Odra	367 (5)	667 (6)	587 (4)	428 (2)
Róża	88 (2)	94 (4)	74 (4)	85 (6)
Krzusiec	99 (8)	131 (8)	166 (6)	90 (5)
Zapal. op. mózg.	35 (6)	54 (12)	40 (3)	35 (5)
Zap. mózg. śpiączk.	4 (1)	3 (0)	4 (0)	0
Chor. Heine-Medina	1 (0)	1 (0)	2 (1)	1 (0)
Malaria	3 (0)	3 (0)	5 (0)	11 (0)
Gorączka płożowa	29 (9)	17 (5)	21 (3)	17 (4)
Trąd	0	0	0	0
Gruźlica	498 (235)	607 (255)	580 (222)	477 (252)
Jaglica	292 (0)	468 (0)	458 (0)	580 (0)
Twardziel	2 (0)	0	0	0
Wąglik	0	0	0	0
Nosaczyna	0	0	0	0
Włośnica	0	1 (0)	1 (0)	2 (0)
Wścieklizna	0 (1)	0	0 (2)	0 (3)
Choroba Banga	0	0	0	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony

— Współpracownik naszego pisma kol. Wilhelm Róbin został wybrany członkiem korespondentem paryskiego Towarzystwa Lekarskiego.

— Państwowa Szkoła Higieny w Warszawie organizuje w czasie od 11 września do 7 października kurs dla lekarzy fabrycznych. Kurs obejmuje wykłady i ćwiczenia z zakresu fizjologii, patologii i higieny pracy. Zadaniem kursu jest przygotowanie kandydatów na stanowiska lekarzy fabrycz-

nych w przemyśle oraz przeszkolenie lekarzy, wykonywujących już obowiązki lekarzy fabrycznych. Wpisowe na kurs wynosi 4 zł. Bliższych informacji udziela oraz przyjmuje zgłoszenia Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny, Warszawa — Chocimska 24. Ze względu na ograniczoną liczbę słuchaczy uprasza się o wczesne zgłaszanie udziału.

— VIII Zjazd Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich odbędzie się w r. bież. w dniach 30.X—1.XI włącznie w Wilnie. Tematami programowymi Zjazdu będą: 1) Grupa bakterii hemofilnych (Gieszczykiewicz — Kraków), 2) Czerwonka: Bakteriologia i Serologia (Przesmycki — Warszawa) — Epidemiologia (Owczarewicz — Warszawa), 3) Metabolizm bakterii (Heller — Kraków, Supniewski — Kraków, Sym — Warszawa). Doniesienia przede wszystkim z zakresu tematów programowych zgłaszać należy na ręce Sekretarza Generalnego Zjazdu do dnia 1.X br. Komitet zastrzega sobie prawo umieszczenia na porządku dziennym Zjazdu doniesień, nie objętych tematami programowymi. Uczestnicy Zjazdu korzystać będą z ulg kolejowych, przewidzianych w ramach uroczystości „Zaduszki na Rossie“ (normalny przejazd do Wilna i bezpłatny powrót). Komitet Zjazdu zapewni odpowiednią liczbę kwater dla uczestników Zjazdu. Wszelkich informacji udziela: Sekretarz Generalny Zjazdu Dr Władysław Prażmowski, Wilno, ul. Tatarska Nr 11. Filia Państwowego Zakładu Higieny, tel. 13 09.

— Towarzystwo Lekarskie Łódzkie zawiadamia, że Komisja Konkursowa Nagrody im. D-ra Seweryna Sterlinga — za najlepszą polską oryginalną pracę o gruźlicy drukowaną w latach 1936—1938 — przyznała nagrodę (w wysokości 750 złotych). Docentowi Dr med. Januszowi Zeylandowi w Poznaniu za pracę „Gruźlica płuc u dzieci“.

— Komunikat Izby Lekarskiej w Krakowie w sprawie współpracy lekarza ze znachorem Wówką. Od początku działalności znachora Wówki Izba Lekarska w Krakowie podjęła energiczne kroki i dostarczyła władzom administracji ogólnej wszystkie posiadane materiały,

ponadto przez swego delegata wzięła udział w postępowaniu władz celem ukrócenia jego szkodliwej działalności. Nie mogąc zapobiec — mimo wielokrotnie podejmowanych prób — ukazywaniu się w prasie codziennej artykułów i notatek reklamujących W o w k ę, Izba Lekarska w Krakowie ogłosiła w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich „Ostrzeżenie“ dla lekarzy przed współpracą w jakiegokolwiek formie z W o w k ą, tym bardziej, że na łamach prasy codziennej zachęcano już W o w k ę do wyszukania sobie lekarza, jako firmanta swej działalności. Mimo ostrzeżenia znalazł się lekarz, który zaczął z W o w k ą współpracować. Izba Lekarska w Krakowie natychmiast wezwała tego lekarza i zażądała przerwania współpracy ze znachorem, a gdy to nie odniosło skutku, Izba Lekarska skierowała sprawę lekarza do Sądu Dyscyplinarnego Izby, który w tej sprawie wydał już wyrok zasądający. Wobec dalszych sugestii jednego z organów prasowych, które czynią wrażenie, że zmierzają do dalszego propagowania szkodliwej działalności znachora w imię dobra „leczonych“ przez niego chorych, Izba Lekarska nie widzi możliwości reagonowania na wzmiankowany artykuł, ponieważ nie ma pewności, czy zjawienie się jakiegokolwiek wyjaśnienia ze strony Izby nie da powodu do dalszych tendencyjnych wystąpień przeciw stanowisku świata lekarskiego w tej sprawie. Izba Lekarska komunikuje w końcu, że władze administracyjne podjęły stanowczą akcję dla zlikwidowania skutków działalności W o w k i na terenie Lanckorony, w którym to letnisku przyszło — podczas pobytu tamże W o w k i — do masowego skupienia około 200 przypadków otwartej gruźlicy w najbardziej prymitywnych warunkach higienicznych, co bezspornie — w razie utrzymania się tego stanu — odbiłoby się szkodliwie na stanie zdrowia miejscowej ludności i letników. Sekretarz: mp. Dr M. Ciećkiewicz. Prezes: mp. Dr W. Stryjeński Kraków dn. 20 maja 1939.

— Otrzymaliśmy pięknie wydany Pamiętnik XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym“ Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego r. 1938. Nakładem Komitetu organizacyjnego Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku. Treść Pamiętnika stanowią: Program Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym“ Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w Ciechocinku-Cieplicy. Lista uczestników XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku. Hiller Stanisław: Głód jako zjawisko biologiczne i jego wpływ na przemianę materii. Lubieniecki H.: Leczenie głodem. Zawodziński Tadeusz: Obecny stan hormonoterapii w ginekologii. Mazurkiewicz Jan: Bezsenność i jej leczenie. Raszeja Franciszek: Schorzenia stawu biodrowego, ich rozpoznanie i leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego i mechano-medycznego. Gorecki Zdzisław: Leczenie solankami. Starkiewicz Szymon: Leczenie Sanatoryjno-zdrojowiskowe dzieci gruźliczych. Szenajch Władysław: Walka z zakażeniami dziecięcymi na terenie zdrojowisk i uzdrowisk. Wystawa środków leczniczych.

— Proszeni jesteśmy o podanie do wiadomości, że wobec wyczerpania 1-go nakładu podręcznika pt. „Dr S. Rubinrot, Zarys Rentgenologii, podręcznik dla lekarzy i słuchaczy medycyny“ książka ta wyszła w druku w nakładzie 2-im niezmiennym. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. Cena niezmienną (zł 30.—).

— Broszura pt. Receptura Chininy, wydawnictwo firmy „Cinchona-Instituut“ w Amsterdamie, wyszła w wydaniu czwartym i może być na żądanie dostarczona lekarzom, farmaceutom i studentom medycyny i farmacji. Adres: Cinchona-Instituut, Amsterdam, skrzynka pocztowa 215.

— Komunikat. Za tydzień rozpoczyna się „Festiwal Sztuki“ w Krakowie. W sobotę dnia 3 czerwca rozpoczął się w Krakowie „Festiwal Sztuki“: cykl uroczystości, obchodów, koncertów, widowisk, przedstawień itp.,

urządzanych w tym mieście po raz czwarty. Liga Popierania Turystyki wydała karty uczestnictwa na tegoroczne Dni Krakowa, ważne od dnia 1—26 czerwca br. upoważniające do indywidualnych zniżek kolejowych na wszystkie pociągi oraz dowolne klasy. Karta uczestnictwa jest ważna na okres 7 — dni. Zniżka ta jest stosowana w ten sposób, że przejazd pierwotny do Krakowa odbywa się na podstawie normalnego biletu za pełną opłatą, a powrót jest bezpłatny. Opłaty za karty uczestnictwa wynoszą: w relacji do 150 km zł 2.50, w relacji ponad 150 km zł 4.—. Karty uczestnictwa są do nabycia: we wszystkich Delegaturach i Przedstawicielstwach L. P. T. (kasy kolejowe, Liga Popierania Turystyki) oraz biurach podróży, kioskach „Ruchu“ itp. Również można na zamówienie otrzymać karty w Polskim Związku Turystycznym w Krakowie, Lubicz 2/4, za pobraniem pocztowym. Karty uczestnictwa upoważniają do otrzymania bezpłatnie programu Dni Krakowa oraz kuponów zniżkowych na przedstawienia, widowiska, koncerty itp., odbywające się w ramach Festiwalu Sztuki Dni Krakowa.

— W dniach 24—28 czerwca odbędą się w Liege w Belgii „Dni przeciwrakowe“, połączone ze Zjazdem rakoznawców z całego świata. Będą wygłaszane liczne odczyty w trzech sekcjach: biologicznej, radioterapeutycznej i chirurgicznej. Wpisowe 50 fr. Ulgi kolejowe, teatralne i inne. Koledzy, pragnący zasięgnąć bliższych informacji, proszeni są o zgłaszanie się do Dr med. Bronisława Wejnerta, Warszawa, Marszałkowska 73, tel. 8.15-12.

ZMARLI.

We Florencji zmarł Dr med. Bernard Landau, znany szerokim kołom Polaków, szukających Jego pomocy i opieki w San Remo i Montecatini. Do rozwoju tego ostatniego zdrojowiska wielce się przyczynił.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

6.VI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Zmiana dotychczasowego statutu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

COLLOQUIUM TERMINOLOGICUM.

XLVIII. Układ gruczołów wewnętrznego wydzielania czy układ dokrewny?

Terminy naukowe powinny odpowiadać dwum wymaganiom: powinny być jasne, by czytelnik dokładnie wiedział, o co autorowi chodzi, po drugie zaś, powinny być krótkie, by nie nużyć czytelnika i nie utrudniać i tak nieraz trudnej pracy pojmowania biegu myśli autora. Z tego punktu widzenia termin „układ gruczołów wydzielania wewnętrznego“ grzeszy zbytnią i całkiem zbyteczną długością, gdyż gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym mają dawno już ustaloną nazwę gruczołów dokrewnych. Można by więc powiedzieć: układ gruczołów dokrewnych, lecz i ta nazwa jest zbyt długa, i całkiem wystarczy powiedzieć „układ dokrewny“, by każdy wiedział, że autor ma na myśli zespół gruczołów dokrewnych.

Stanisław Justman.

SPROSTOWANIE.

W Colloquium XLVII w Nr 20 w przedostatnim wierszu powinno być „wypływa“ zamiast „wpływu“.
Łódź, 29.V.1939.

NADEŚLANO DO REDAKCJI:

Dr Władysław Matecki. Nerwicopodobne (rzekomo-nerwicowe) postaci schizofrenii, jako zagadnienie rozpoznawcze i lecznicze. Odb. z „Nowin Psychiatrycznych“ r. 1937, zeszyt I — IV.

Inż. Mgr. Zygmunt Rudolf. Technika sanitarna. Warszawa 1938. Odb. z Czasopisma „Przegląd Urbanistyczny“ Nr 2 — 3.

Materiały o organizacji i działalności Wydziału Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego Zarządu Miejskiego w M. St. Warszawie pod redakcją J. Starczewskiego i dra J. Kono-pnickiego. Rok budżetowy 1937/38. Warszawa 1938 r.

M. Biro. Littlésche Krankheit und Epilepsie. Odb. z „Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie“. Bd. XLVI. H. 1.

Z. Drohocki. L'étude électro-encephalographique des „automatismes“ du cerveau. Odb. z „Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie“. Société Belge de Biologie. Tom 130.

Zénon Drohocki. Les manifestations électriques spontanées du cerveau à l'état de veille. Odb. z „Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie“ Société Belge de Biologie. Tom 129.

Ten z e. L'électrospectrographie du cerveau. Tamże.

Ten z e. Electrospectrographie des Gehirns. Odb. z „Klin. Wochenschrift“. 1939. Nr 15.

Ten z e. Ueber der feinerer Bau der Hirnrinde auf Grund der Elektroencephalographie. Odb. z „Zeitschr. Ges. Neurol. u. Psychiatrie“. Bd. 164. H. 5.

Zénon Drohocki et Jadwiga Drohocka. L'électrocortico-gramme pendant l'établissement de la narcose à l'uréthane. Odb. z „Comptes rendus des Séances de la Société Belge de Biologie“. Tom 129.

Ciż s a m i. L'électrospectrogramme du cerveau. Tamże. Tom 130.

Ciż s a m i. L'exploration électroencéphalographique de la localisation pharmacologique des narcotiques. Tamże. Tom 130.

Ciż s a m i. Hirnelektrische Studien über pharmakologische Lokalisation im Gehirn.

Dr Stefan Otolski. Polski przemysł leków syntetyczno-chemicznych. Odb. z „Przeglądu Szpitalnictwa“. 1938. Nr 3—4. Schweizerisches Forschungsinstitut für Hochgebirgsklima und Tuberkulose in Davos. Jahresbericht für das Betriebsjahr 1937/38.

Dr med. Bonawentura Kamiński. Choroba Tay-Sachsa. Biblioteka Eugeniczna Polsk. Tow. Eug. Warszawa 1938.

Résumé des articles originaux.

P. LIDZKA et M. KOZAKIEWICZ-TARASIEWICZ. **La pression moyenne du sang chez les enfants dans les états physiologiques et certains états pathologiques.**

En se basant sur leurs recherches personnelles les auteurs arrivent aux conclusions suivantes. 1. La tension moyenne chez les enfants est moins variable que les tensions systoliques et diastoliques; elle est chez les enfants indépendamment de l'âge de 70—85 mm. 2. Dans l'endocardite aiguë, dans la période d'insuffisance cardiaque, elle est abaissée: 60—65 mm. Dans ces cas on a observé aussi une pression diastolique basse (0—35) et une grande amplitude entre la tension systolique (*max.*) et diastolique (*min.*). Plus rarement la tension moyenne dans ces cas est augmentée. Dans 3 cas sur 12 elle était égale à 90—95 mm. 3. Dans les affections du coeur compensées la tension moyenne est normale: 70—85 mm. 4. Dans les maladies de l'appareil respiratoire, dans la tuberculose la tension moyenne montrait aussi des chiffres normaux 70—85 mm. Dans la tuberculose miliaire (3 cas) la tension moyenne était augmentée. 5. Dans les affections du tube digestif, des voies urinaires (pyélite), du système nerveux on a constaté une tension moyenne normale (70—85 mm). Dans 2 cas de néphroséphrite et pyélonéphrite chez les enfants de 12 et 9 ans la tension moyenne était augmentée (95—115 mm et 100 mm). 6. Dans les maladies infectieuses chez 8 enfants agés de 6 à 12 ans la tension moyenne était 70—80 mm. Dans un cas de fièvre typhoïde chez un garçon de 6 ans on a constaté une pression moyenne 70 mm (elle n'est pas abaissée comme dans le matériel de Bonaby). Dans un cas d'ictère infectieuse chez un garçon de 12 ans la tension moyenne était abaissée (60 mm). 7. Dans un groupe d'affections diverses (20 enfants) de 3—13 ans la pression moyenne était 70—80 mm. Dans un cas de diabète chez un garçon de 1 ans la tension moyenne était

abaissée 60—65 mm. 8. Dans les cas avec tension moyenne basse la tension diastolique (*min.*) était aussi abaissée. A. P.

M. PŁOŃSKIER et M-me N. ZAND. **Pathologie des méninges cérébrospinales.**

Étant donné que les méninges constituent la barrière protectrice du système nerveux (Zand), il fallait contrôler, comment cet organe se comporte dans chaque cas où la mort intervient à cause d'une maladie générale. Après avoir examiné 82 cas nous pouvons affirmer, qu'aucun de ces cas ne présentait des méninges normales. Leurs lésions se laissent définir comme: 1) prolifération des éléments cellulaires (inflammatoires et histiocytes) sans augmentation des fibres conjonctives, 2) épaississement des méninges avec augmentation des fibres conjonctives, mais sans prolifération des éléments cellulaires: 3) augmentation des fibres conjonctives et prolifération des éléments cellulaires (inflammatoires et histiocytes), 4) augmentation des fibres conjonctives et prolifération des histiocytes sans éléments inflammatoires. On peut donc conclure de ces examens que les méninges prennent part dans tous les processus morbides qui ont lieu dans notre organisme. La preuve en est dans la prolifération des éléments cellulaires. L'augmentation des fibres conjonctives doit être considérée comme suite d'un processus éteint et non comme marque de l'âge de l'individu.

M. BLOCH. **Au sujet du perfectionnement de la lutte sociale contre la tuberculose.**

Afin de perfectionner la lutte sociale contre la tuberculose l'auteur propose de faire de la propagande parmi la population de visiter les dispensaires pour pratiquer l'examen bactériologique des crachats et roentgenologique des poumons, aincique d'appliquer le pneumothorax artificiel en cas de nécessité.

TREŚĆ: P. LIDZKA i M. KOZAKIEWICZ-TARASIEWICZOWA. Ciśnienie średnie krwi u dzieci w stanach fizjologicznych i niektórych stanach patologicznych. — M. PŁOŃSKIER i N. ZANDOWA. Zmiany histopatologiczne w oponach miękkich mózgu u osób, zmarłych z powodu różnych chorób. (Dok.) — B. TOŁCZYŃSKI. Spostrzeżenia nad wartością leczniczą Septazinu w schorzeniach otolaryngologicznych. — JERZY RATNER. Ważniejsze zdobycze z dziedziny hematologii w r. 1938 (Str. pogl.) — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — M. BLOCH. O udoskonalenie współcześnie stosowanych metod społecznego zwalczania gruźlicy. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. — Colloquium terminologicum. — Nadesłano do redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: P. LIDZKA et M. KOZAKIEWICZ-TARASIEWICZOWA. La pression moyenne du sang chez les enfants dans les états physiologiques et certains états pathologiques. — M. PŁOŃSKIER et M-me N. ZAND Pathologie des méninges cérébrospinales. (fin). — B. TOŁCZYŃSKI. Observations sur la valeur thérapeutiques de la Septazine dans les maladies otolaryngologiques. — J. RATNER. Acquisitions récentes dans l'hématologie en 1938. (Rev. gen.). — M. BLOCH. Au sujet du perfectionnement de la lutte sociale contre la tuberculose (fin.).