

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## PRACE ORYGINALNE

Ludwik POJE

Kraków

### Tętniaki serca

Z Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. K. w Krakowie  
Dyrektor: Prof. dr Stanisław Ciechanowski

Nazwa tętniak serca oznacza częściowe, ostro lub mniej ostro odgraniczone wypuklenie ściany mięśnia sercowego połączone zawsze z mniejszym lub większym ścięciem jej w miejscu wypukłym. Pojęcie to jest więc podobne do pojęcia tętniaków tętnic. W dawnej medycynie opisywano takie zmiany jako „częściowe” tętniaki serca, w odróżnieniu od „całkowitych” tętniaków, za które uważano rozszerzenie całej jamy serca, co dzisiaj nazywamy rozszerzeniem serca. Zależnie od tego, czy tętniak utworzył się w krótkim, czy dłuższym okresie czasu, rozróżnia się tętniaki ostre lub przewlekłe.

Ostre tętniaki serca powstają albo przy ropnym zapaleniu śródmiąższowym mięśnia sercowego, albo też są zejściem zawału mięśnia sercowego, nagle powstałego. Również wrzodzące zapalenie wsierdzia może być przyczyną ostrych tętniaków.

Ropnie, powstałe przy zapaleniu śródmiąższowym ropnym mięśnia sercowego, osiągają zwykle wielkość prosa i są rozsiadane w mięśniu sercowym jako żółtawo-białe ogniska otoczone czerwonym rąbkim przekrwionym, dookoła którego utkanie mięśnia sercowego ma barwę żółtawą, co należy przypisać zwyrodnieniu tłuszczowemu w sąsiedztwie ropnia. Ropnie większych rozmiarów powstają przez zlanie się kilkunastu mniejszych, lub też przez zakażony zator lub zakrzep większej gałązki tętnicy wieńcowej. Takie właśnie ropnie, jeżeli położone są wśródścienne, ulegają wypukleniu przez napór krwi na osłabioną ścianę serca, w której niszczący proces draży w głąb, dając obraz tzw. ostrego wrzodzącego tętniaka serca.

Najczęstszym zejściem takiego tętniaka jest jego pęknięcie, po czym następuje śmierć wskutek wylewu krwi do worka osierdziowego (Schaps, Romeick, Hammer, Meyer). O wiele rzadszym zejściem jest przejście tętniaka ostrego w przewlekły, a to przez otorbienie, a potem zwapnienie ogniska, lub też najrzadziej przez całkowite zbliznowacenie (Henke-Lubarsch Pat. Anat. T. II.). Ropnie sadowią się w mięśniu sercowym według Koestera najczęściej tuż pod wsierdziem lub też tuż pod nasierdziem, stąd też przebijają albo do jamy serca, albo do jamy osierdziowej bez powstania tętniaka. Zwykle wystarcza wytworzenie się ropni prosowatych w mięśniu sercowym, aby przez jego osłabienie spowodować wczesną śmierć, zanim dojdzie do utworzenia się ostrego tętniaka. Te okoliczności tłumaczy, dlaczego ostre wrzodzące tętniaki serca są bardzo rzadkie. Ostry tętniak serca nie daje klinicznie charakterystycznego obrazu, ponieważ górują zwykle objawy ogólnej posocznicy, czy też objawy zapalenia wsierdzia tak, że wykrywa się go dopiero zwykle na sekcji (Strauch).

Zawał mięśnia sercowego, powstały przez nagłe zatorowe zamknięcie gałązki tętnicy wieńcowej, może również doprowadzić do ostrego tętniaka serca, przez wypuklenie rozmiękłego zawału, które również najczęściej wiedzie do pęknięcia. Niekiedy pęka warstwa mięśnia sercowego, leżąca tuż pod wsierdziem, a krew, drażąc w powstałą szczelinę, wytworzyć może tzw. tętniaka rozdzielczego (*aneurysma dissecans*) czyli krwiaka śródściennego, który wtedy półkulisto wypukla nasierdzie. Powyżej takiego niepełnego pęknięcia następuje nieraz pęknięcie całkowite (E. Kauffmann).

Tętniaki ostre i pęknięcie w następstwie zawałów zdarzają się głównie w przedniej ścianie lewej komory, nieco powyżej koniuszka serca.

Chociaż w ogóle rzadkie, są przewlekłe tętniaki stosunkowo najczęstsza jeszcze postacią tętniaków serca.

Z przypadków badanych w Zakładzie Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w ciągu ostatnich czterdziestu lat, zachowano w zbiorach Zakładu dziewięć okazów przewlekłych tętniaków serca, które stanowią materiał niniejszej pracy.

*Przypadek 1.* Preparat muzealny nr 76, z dn. 18. XII. 1904 r. Sekcja Polic.-Sanit. Mężczyzna, lat 64. Rozpoznanie anatomiczne: *Aneurysma ventriculi sinistri cordis. Arteriosclerosis aortae.*

Obraz makroskopowy: Nasierdzie bez zmian. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa miernie rozwinięta, w okolicy koniuszka serca granica jej w stosunku do mięśnia sercowego nierówna. W komorze lewej tuż poniżej zastawki dwudzielnej na górnej części tylnej ściany komory lewej znajduje się wypuklenie w kształcie kulistej, o średnicy 3,8 cm, o ścianach wybitnie ściętych, w miejscu najcięższym grubości ledwo jednego milimetra. Ściana wewnętrzna wypuklenia niezbyt równa, zwłaszcza w okolicy bieguny górno-bocznego niżej zagłębiona, pokryta skrzepami sińcowo-czerwonej barwy, silnie ze ścianą wypuklenia złączonymi. W innych miejscach ściana wewnętrzna wypuklenia przedstawia nieliczne wgłębienia o powierzchni gładkiej, lśniącej. W obrębie wypuklenia beleczy mięsne są całkowicie spłaszczone. W części niewypukłonej komory lewej są mięśnie i beleczy mięsne prawidłowo rozwinięte. Pręsień lewy, zastawka dwudzielna zmian nie okazują. W zastawkach tętnicy głównej blisko ich nasady od strony komorowej są drobne nacieki, płasko wyniosłe, żółtawej barwy. Pręsień i komora prawa bez zmian. Mięsień sercowy na przekrojach żółtawy, dość kruchy. Naczynia wieńcowe na przekrojach nieznacznie zięta.

Drobnowodowo, w wycinku z całej ściany tętniaka, stwierdza się co następuje: W miejscu wsierdzia gruba warstwa tkanki łącznej ziarninowej, wśród której widać liczne młode naczynia włosowate, prawie niewypłnione krwią. Wśród tej tkanki nieliczne komórki okrągłe, drobne i większe typu histiocytowego. W miejscach, gdzie ściana tętniaka jest grubsza, widać zachowane wiązki włókien mięśnia sercowego, wśród których stwierdza się liczne pasma tkanki łącznej ziarninowej i włóknistej. Wśród utkania łącznotkankowego stwierdza się liczne nieregularnie rozrzucone złogi hemosyderyny. W preparatach barwionych metodą Hornowskiego widać wyraźnie na granicy wsierdzia i tkanki mięsnej błonę elastyczną, pofałdowaną, nierównej grubości, która w nielicznych miejscach jest poprzerywana wnioskami i tkankami unaczynionej tkanki z limfocytami i histiocytami. W miejscach, gdzie ściana tętniaka zaczyna się ścięć, wiązki mięsne stają się coraz mniejsze tak, że na szczycie wypuklenia tętniakowego brak ich zupełnie i widać już tylko utkanie łącznotkankowe. Ściana tętniaka na jego szczycie utworzona jest ze zbitej warstwy tkanki łącznej, w miejscu wsierdzia bezpośrednio z zębów włókien bezkomórkowego. Błony elastycznej w tym miejscu już się nie stwierdza. Naczynia wieńcowe okazują zgrubienia błony wewnętrznej, poduszeczkowato ku światłu wystające. Zgrubienia te złożone są z włókien klejodajnych.

*Przypadek 2.* Preparat nr 67, ze zbiorów Zakładu. Rozpoznanie anatomiczne: *Endocarditis verrucosa valvulae bicuspidalis et valvularum semilunarium aortae, subsequente stenosi ostii venosi sinistri et insufficientia valvularum bicuspidalis et semilunarium aortae. Hypertrophia et dilatatio cordis totius praecipue sinistri. Aneurysma ventriculi sinistri maioris gradus. Arteriosclerosis partis ascendens aortae et arteriarum coronarium cordis.*

Nasierdzie zmian nie okazuje. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa miernie rozwinięta, od mięśnia sercowego ostro odgraniczona. Serce w całości powiększone. Lewa komora rozszerzona. W przedniej ścianie lewej komory stwierdza się wypuklenie, wielkości dużej pomarańczy, zajmujące przestrzeń od zastawki dwudzielnej aż do koniuszka serca. Ściany wypuklenia są wybitnie ścięte, błoniasto-pergaminowate, przeświecające. Beleczy mięsne i mięśnie brodawkowe zanikłe, wsierdzie okazuje nieliczne zagłębienia, w których obrębie znajdują się resztki skrzepów, silnie ze ścianą wypuklenia złączonych. W pozostałych częściach komory lewej beleczy mięsne wybitnie spłaszczone. Pręsień lewy rozszerzony. W płatkach zastawki dwudzielnej nacieki płaskie żółtawej barwy, częściowo przeświecające: płatki brzegami zrosnięte, zgrubiałe i skrócone, uścicie żyłne lewe zwężone: w miejscu przyczepu nitek ściętych stwierdza się wyniosłości o powierzchni nierównej, drobnoguzeczkowe, wiot-

kie, że ścianą zastawki silnie złączone. W płatkach zastawek tętnicy głównej liczne nacieki płasko wyniosłe żółtawej barwy, przeświecające, na płatkach widoczne drobne guzki, częściowo zlewające się, o powierzchni nierównej, barwy szarawo-żółtej, ku wierzchołkom swym ścięte, ściśle z zastawką zrosnięte. Zastawki skrócone, zgrubiałe, niedomykalne. Prawa komora rozszerzona, mięśnie brodawkowe i beleczki mięsne przyplaszczono. Prędsionek prawy rozszerzony. Zastawki: trójdzielna i tętnicy płucnej nie okazują zmian. Mięsień sercowy na przekrojach barwy gliniasto-żółtej. Naczynia wieńcowe o ścianach zgrubiałych oporniejszych, o przebiegu wężykowatym, na przekrojach zięją. Tętnica główna w swej części wstępującej okazuje nacieki płasko wyniosłe, barwy żółtej, nie przeświecające.

Drobnowidowo w wycinku z części tętniakowato wypukłej komory lewej stwierdza się, co następuje: Ściana tętniaka zbudowana jest z tkanki łącznej włóknistej, zawierającej mało komórek i mało naczyń, naczynia krwionośne są jednak szerokie i dobrze wypełnione krwią. Im dalej od szczytu wypuklenia, tym więcej włókien mięsnych spotkać można wśród tkanki łącznej, które w miarę zbliżania się do szczytu są coraz rzadsze, aż wreszcie nie spotyka się ich zupełnie. Mniej więcej w połowie wewnętrznej ściany tętniaka widać podłużną szczelinę w warstwie tkanki łącznej, biegnącą aż do samego szczytu tętniaka. Szczelina ta wypełniona jest skrzepami, składającymi się przeważnie z trombocytów. W miejscu wsierdzia stwierdza się masy włóknika. W tętnicy głównej i w naczyniach wieńcowych stwierdziłem zmiany, przemawiające za miażdżycą.

**Przypadek 3.** Protokół sekcji nr 636/1929 r. Rozpoznanie anatomiczne: *Aneurysma ventriculi sinistri cordis cum petrificatione. Thrombi parietales. Hypertrophia et dilatatio cordis totius. Arteriosclerosis aortae et arteriarum coronariarum cordis minoris gradus.*

Nasierdzie bez zmian. Odgraniczenie tkanki podnasierdziowej tłuszczowej od mięśnia nierówne. Lewa komora pojemności zwiększonej. W okolicy koniuszka serca znajduje się wypuklenie, wielkości mandarynki, komunikujące z komorą za pośrednictwem węższego otworu średnicy 20-groszówki. Wewnętrzna powierzchnia wypuklenia, pokryta skrzepami ściśle ze ścianą złączonymi, o powierzchni nierównej, chropawo guzkowatej, barwy szarawo-żółto-wiśniowej; skrzep ten, grubości mniej więcej trzech milimetrów, ma spoiwość chrząstkowato twardą. Ściana komory lewej w miejscu wypuklenia ścięta do grubości 2½ milimetra, jedynie około jednej trzeciej wewnętrznej ściany wypuklenia pokryta jest wsierdziem, o powierzchni gładkiej, nieco tylko pozaciegananej z widocznymi drobnymi uchylkami. Wsierdzie ścienne komory lewej w miejscach pozostałych gładkie i nieco zgrubiałe. Prędsionek lewy zmian nie okazuje. Zastawka dwudzielna o płatkach cienkich i gładkich, nitki ścięgnięte nieco zgrubiałe. W płatkach zastawek tętnicy głównej drobne nacieki żółtawej barwy, przeświecające. Prawa komora pojemności nieco zwiększonej. Prędsionek prawy bez zmian. Naczynia wieńcowe na przekrojach zięjące, w błonie wewnętrznej nieliczne nacieki barwy żółtawej, płasko wyniosłe. W tętnicy głównej tuż powyżej zastawek i ujęć tętnic wieńcowych są nacieki żółtawej barwy; w innych częściach tętnicy głównej błona wewnętrzna gładka, lśniąca.

Wycinek do badania drobnowidowego wzięto z najbardziej wypukłej części komory lewej. Wewnętrzna warstwa wypuklenia zbudowana jest z bezpostaciowej masy, barwiącej się eozyną czerwonawo, w preparatach barwionych metodą Hornowskiego — ceglasto. Pod tą masą bezpostaciową znajduje się bogato unaczyniona warstwa tkanki łącznej, w której w licznych miejscach znajdują się dość rozległe złoże wapniowe, około nich widać duże nacieki złożone z limfocytów i komórek plazmatycznych. Tkanka ta przechodzi w głębszą warstwę tkanki łącznej zbitej, o włóknach biegnących równoległe do ściany tętniaka, również dobrze unaczynionej, wśród której znajdują się nieliczne włókna elastyczne dobrze zachowane, biegnące w różnych kierunkach. Na wycinku z mięśnia komory lewej widać większego stopnia segmentację mięśnia, włókna mięsne o słabo barwiących się jądrach, wśród włókien mięsnych liczne pasma tkanki łącznej, wśród tych pasm wiele naczyń o cienkich ścianach, tu i ówdzie mniejsze lub większe wylewy krwawe. Naczynia wieńcowe okazują zgrubienia błony wewnętrznej, wystające poduszczkowato do światła; zgrubienia te zbudowane są z tkanki łącznej. W jednym miejscu, obok naczyń wypełnionych krwią, małe naczynko prawie szczelnie wypełnione skrzepem złożonym z trombocytów, włóknika i nielicznych ciałek białych krwi; ściana tego naczynka zmian patologicznych nie okazuje.

**Przypadek 4.** Preparat muzealny nr 69. Rozpoznanie anatomiczne: *Aneurysma apicis cordis. Dilatatio aneurysmatiformis parietis anterioris ventriculi sinistri. Hypertrophia et dilatatio cordis totius minoris gradus.*

Nasierdzie bez zmian. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa miernie rozwinięta, od mięśnia sercowego dobrze odgraniczona. Serce ogólnie nieco powiększone. Lewa komora o ścianie ogólnie ścięta, a stopniowo ku koniuszkowi serca ścięta, od grubości dziesięciu milimetrów do jednego milimetra. Na przedniobocznej ścianie komory lewej tuż poniżej zastawki dwudzielnej znajduje się wypuklenie, zajmujące przestrzeń prawie aż do koniuszka serca. W części wypukłej wszystkie warstwy ściany komory lewej wyraźnie ścięte, beleczki i mięśnie brodawkowe przyplaszczono i częściowo ścięte, ku szczytowi wypuklenia zanikające. Wypuklenie jest kształtu kulistego, wielkości mandarynki. Na samym koniuszku serca znajduje się drugie wypuklenie, wielkości dużego orzecha włoskiego, komunikujące wolno ze światłem wyżej opisanego wypuklenia. Wypuklenie to ma ściany zupełnie wygładzone, błoniasto ścięte, przeświecające, ostro odcinające się od opisanego powyżej wypuklenia komory lewej. Prędsionek lewy pojemności zwiększonej. Płatki zastawki dwudzielnej zmian nie okazują. Naczynia wieńcowe bez zmian. Komora prawa, zastawka trójdzielna i zastawka tętnicy płucnej prawidłowe.

Wycinek do badania drobnowidowego wzięto z koniuszka serca i części powyżej koniuszka serca zanikłej i tętniakowato wydętej. W części tej stwierdza się, że tkanka podnasierdziowa tłuszczowa wnika pasmowato w głąb mięśnia sercowego, dzieląc go w ten sposób na szereg nieregularnych wiązek mięsnych. Obok tkanki tłuszczowej widać liczne pasma tkanki łącznej, których ku szczytowi wypuklenia jest coraz więcej; w końcu ściana szczytu tętniaka jest zbudowana wyłącznie z tkanki łącznej, w której włókien elastycznych nie ma, a która grubą warstwą otacza nieliczne wiązki mięsne. Na granicy tkanki łącznej i śródbłonka wyścielającego wypuklenie stwierdza się, mniej więcej w połowie wypuklenia, resztki błony elastycznej wielokrotnie poprzerwanej pasmami tkanki tłuszczowej i łącznej, która to błona w miarę zbliżania się do szczytu tętniaka cieńszeje. W końcu nie widać jej zupełnie. W naczyniach wieńcowych stwierdza się zgrubienia poduszczkowate błony wewnętrznej, ze złożami cholesterynowo-wapniowymi oraz drobne przerwy w błonie sprężystej wewnętrznej.

**Przypadek 5.** Preparat muzealny nr 70. Sekcja sądowa z dnia 20. XII. 1898 r. Rozpoznanie anatomiczne: *Aneurysma apicis cordis ruptum. Endocarditis protracta valvulae mitralis. Stenosis ostii venosi sinistri. Hypertrophia et dilatatio cordis totius praecipue sinistri. Lipomatosis cordis. Arteriosclerosis aortae et arteriarum coronariarum cordis maioris gradus.*

Nasierdzie bez zmian. Tkanka tłuszczowa podnasierdziowa dobrze rozwinięta, miejscami odgraniczenie jej od mięśnia sercowego nierówne. Lewa komora pojemności zwiększonej, o mięśniach brodawkowych i beleczkach mięsnych wyraźnie przyplaszczonych. W okolicy koniuszka serca na ścianie komory lewej widoczne wypuklenie, wielkości małej pomarańczy o ścianach grubości do trzech milimetrów, dość gładkich, nieznacznie pofalowanych. Wypuklenie to komunikuje z jamą komory lewej. Na tylnej ścianie opisanego powyżej wypuklenia widoczny otwór wielkości jedno-złotówki niklowej, o brzegach nierównych, poszarpanych, przeświecających. Mięsień komory lewej barwy gliniasto-żółtawej, na przekrojach o budowie prawidłowej. Płatki zastawki dwudzielnej ze sobą zrosłe, zgrubiałe, mniej podatne, na brzegach wolewych widoczne guzki, wielkości małego groszku, o powierzchni nierównej, guzkowatej, twardsze. Lewe ujście żyłne zwężone, nitki ścięgnięte zgrubiałe. Zastawki tętnicy głównej bez zmian. Wsierdzie ścienne komory lewej zgrubiałe włóknisto, mleczno-żółtej barwy. Komora prawa pojemności zwiększonej. Mięśnie brodawkowe i beleczki mięsne przyplaszczono. Prędsionek prawy rozszerzony. Płatki zastawki trójdzielnej i zastawki tętnicy płucnej bez zmian. Naczynia wieńcowe o ścianach zgrubiałych, na przekrojach zięją, drożne, o błonie wewnętrznej pokrytej licznymi nacięciami płasko wyniosłymi żółtawej barwy. Naczynia te mają przebieg kręty. W tętnicy głównej liczne dość rozległe nacieki, płasko wyniosłe, żółtawej barwy, częściowo rozpadłe.

Wycinek do badania drobnowidowego wzięto z części komory lewej zmienionej tętniakowato, wraz z przyległym kawałkiem komory lewej niezmienionej. W miejscach najbardziej oddalonych od miejsca pęknięcia tętniaka jest ściana jego zbudowana z tkanki łącznej włóknistej, zawierającej liczne włókna sprężyste. Wśród tkanki nieliczne zachowane wiązki włókien mięśnia sercowego, słabo się barwiące, wśród których znajdują

się nieliczne ogniska martwicze. Ścianę wewnętrzną tętniaka stanowi niezbyt gruba warstwa zorganizowanego włókniaka. Pod tą warstwą leży tkanka ziarninowa. W pobliżu miejsca pęknięcia ścianę tętniaka tworzy cienka warstwa tkanki łącznej włóknistej, wśród której nie ma ani włókien sprężystych, ani elementów mięsnych sercowych. Ściana tętniaka w miejscu jego pęknięcia utworzona jest z bezpostaciowej masy włóknistej. Wycinek tętnicy głównej z miejsca tuż obok zastawek półksiężycowatych: zgrubienie błony wewnętrznej znacznego stopnia, błona sprężysta wewnętrzna poprzerwana, liczne ogniska martwicze i bliznowate w obrębie warstwy środkowej ściany tętnicy. Podobne zmiany stwierdza się w tętnicy wieńcowej.

**Przypadek 6.** Preparat muzealny nr 196. Sekcja nr 515 z dnia 2. VII. 1924 r. Mężczyzna, lat 60. Rozpoznanie anatomiczne: *Aneurysma parietis posterioris ventriculi sinistri et dilatatio aneurysmatiformis in regione apicis cordis. Cicatrices myocardii. Arteriosclerosis arteriarum coronariarum cordis et partis ascendens aortae. Dilatatio cordis dextri. (Nephrosclerosis genuina. Arteriosclerosis universalis).*

Nasierdzie bez zmian. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa przeobrażona galaretowato. Komora lewa o pojemności zwiększonej, o beleczkach mięsnych i mięśniach brodawkowych zgrubiałych. Na tylnej ścianie komory lewej tuż poniżej ujścia tętnicy głównej widoczne wypuklenie ściany wielkości jaja kurzego, cy głównej widoczne wypuklenie ściany wielkości jaja kurzego, o osi długiej, biegnącej od przodu i strony lewej ku tyłowi i stronie prawej, komunikujące szeroko ze światłem komory lewej. Ściana tego wypuklenia stopniowo ścięca się, na szczycie całkowicie ścięcała pergaminowato, dość twarda i przeświecająca. Powierzchnia wewnętrzna wypuklenia wygładzona o całkowicie zatartym rysunku beleczek mięsnych i mięśni brodawkowych. W okolicy koniuszka serca stwierdza się drugie wypuklenie przedniej ściany komory lewej, jednak rozlane i słabo zaznaczone. Przedśonek lewy bez zmian. Na zastawkach tętnicy głównej nacieki miażdżycowe. Zastawka trójdzielna bez zmian. Prawe serce bez zmian. Mięsień sercowy na przekrojach brudno zabarwiony, w ścianie komory lewej liczne blizny szarawe i białe, od wielkości ziarna grochu do wielkości prawie jednozłotówki, w ścianie komory prawej nieliczne blizny. Naczynia wieńcowe o przebiegu wężykowatym, o ścianach zgrubiałych, sztywnych, o świetle bardzo wąskim, szczelinowatym. W części wstępującej tętnicy głównej liczne nacieki miażdżycowe.

Drobnowidowo w wycinku ze szczytu wypuklenia przedniej ściany komory lewej stwierdza się: Ściana wypuklenia zbudowana głównie z grubej warstwy tkanki łącznej włóknistej z nielicznymi włóknami sprężystymi. Wśród tkanki zachowane nieliczne peczki włókien mięsnych. Wsierdzie włóknisto zgrubiałe. W wycinkach z części wstępującej tętnicy głównej i z lewej tętnicy wieńcowej stwierdza się nieznaczne zgrubienia błony wewnętrznej oraz niewielkie luki w błonie elastycznej wewnętrznej.

**Przypadek 7.** Preparat muzealny nr 259. Sekcja nr 925/1933. Mężczyzna, lat 60. Rozpoznanie anatomiczne: *Aneurysma ventriculi sinistri cordis in regione apicis. Hypertrophia et dilatatio cordis dextri. Thrombosis ventriculi sinistri cordis. Arteriosclerosis aortae et arteriarum coronariarum cordis. Lipomatosis cordis. (Embolia arteriae pulmonalis sinistae. Infarctus multiplices lobi interioris pulmonis sinistri).*

Nasierdzie bez zmian. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa obficie rozwinięta, ostro odgraniczona od warstwy mięsnej. Lewa komora nieznacznie rozszerzona. W okolicy koniuszka serca na tylnej ścianie komory lewej widoczne wypuklenie ściany wielkości mandarynki. Grubość ściany komory w miejscu wypuklenia wynosi dwa milimetry. Wewnętrzna powierzchnia wypuklenia pokryta jest skrzepem wielkości jaja kurzego, przypłaszczonym, twardym, kruchym, na powierzchni pstryym, silnie ze ścianą wypuklenia złączonym. Mięśnie brodawkowe i beleczki mięsne w okolicy skrzepu wyraźnie przypłaszczone. Prawa komora rozszerzona, mięśnie brodawkowe i beleczki mięsne zgrubiałe, przerosłe, przypłaszczone. Przedśonek prawy rozszerzony, o ścianach zgrubiałych. W mięśniu komory prawej nieregularne ogniska, podłużnie biegnące, barwy żółtawej, w części środkowej ciemno-czerwone, nieco rozmiękające. Naczynia wieńcowe o ścianach zgrubiałych, niepodatnych, nie zapadających się. W ich błonie wewnętrznej liczne płasko wymoste, nie przeświecające nacieki, miejscami zlewające się, barwy biało-żółtawej. Podobne nacieki widać w błonie wewnętrznej tętnicy głównej.

Drobnowidowy obraz wycinka z części komory lewej tętniakovato wypukłej: W miejscu, gdzie ściana komory zaczyna się ścięcać, widać jeszcze zachowaną budowę mięśnia sercowego, jedynie stwierdza się zwiększenie ilości tkanki łącznej międzymięśniowej, tu i ówdzie małe stare bliznki. Około naczyń krwionośnych grupki nacieków złożonych z komórek okrągło-

jadrzastych, histiocytów i fibroblastów. W miejscu wsierdzia warstwa tkanki łącznej włóknistej z nielicznymi komórkami.

Osierdzie zbudowane z tkanki łącznej dobrze unaczynionej, zawierającej nacieki komórkowe o budowie podobnej, jak wyżej opisane; nacieki te jednak są większe od tamtych, zawierają dużo komórek plazmatycznych oraz leżą dalej od naczyń. Mniej więcej w połowie odległości od szczytu ściana wypuklenia zbudowana jest z tkanki łącznej włóknistej, wśród niej widać jeszcze nieliczne włókna mięsne, duże wylewy krwawe oraz liczne nacieki złożone z komórek okrągłych i fibroblastów. Ściana tętniaka na koniuszku serca utworzona jest z tkanki łącznej włóknistej i ziarninowej. Włókien mięsnych w tym miejscu już nie stwierdza się. W miejscu wsierdzia warstwa tkanki łącznej włóknistej. Przekroje naczyń wieńcowych drobnowidowo: Zgrubienia błony wewnętrznej zbudowane z włókien klejodajnych, wystające poduszczkowato do światła naczyń, od reszty ściany tętnicy odgraniczone dobrze zachowaną błoną sprężystą. Ściana tętnicy głównej drobnowidowo zmian nie okazuje.

**Przypadek 8.** Preparat muzealny nr 285. Sekcja nr 193/1936. Mężczyzna, lat 55. Rozpoznanie anatomiczne: *Obliteratio partialis sacci pericardialis. Aneurysma calcificatum ventriculi sinistri cordis in regione apicis. Steatosis dispersa et cicatrices myocardii. Hypertrophia et dilatatio cordis totius. Fibrosis diffusa endocardii ventriculi sinistri. (Embolia ramorum II et III ordinis arteriae pulmonalis. Infarctus recentes multiplices loborum inferiorum pulmonum et lobi medii pulmonis dextri).*

Nasierdzie pokryte strzępani rozzerwanych zrostów, poza tym cienkie, gładkie, lśniące. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa obfita, granica jej w stosunku do mięśnia nierówna, jakby tkanka ta wciskała się pomiędzy elementy mięsne dość głęboko. Lewa komora o pojemności zwiększonej, o beleczkach mięsnych i mięśniach brodawkowych przypłaszczonych. Na tylnej ścianie komory lewej w okolicy koniuszka serca stwierdza się wypuklenie wielkości pomarańczy. Powierzchnia wewnętrzna wypuklenia, o zanikłych beleczkach mięsnych i mięśniach brodawkowych, pokryta jest skrzepami pstryymi, suchymi, kruchymi, silnie do ściany przylegającymi. Ściana wypuklenia jest bardzo zwapniała. Wsierdzie ściennie w pozostałej części komory lewej jednostajnie silnie zgrubiałe. Komora prawa rozszerzona o beleczkach i mięśniach brodawkowych zgrubiałych i przypłaszczonych. Mięsień sercowy jedny, barwy czerwonej, usiany drobnymi smugowatymi ogniskami żółtawymi, o rysunku zatartym i połysku przyćmionym, gdzie niegdzie widać drobne bliznki. W tętnicy głównej nacieki żółtawe, płasko wyniosłe.

Drobnowidowo ściana tętniaka w miejscu jego zwapnienia zbudowana jest ze zbitej warstwy tkanki łącznej włóknistej, zawierającej mało komórek i naczyń krwionośne o bardzo grubych ścianach, a wąskim świetle, gdzie niegdzie prawie zanikłym. W ścianie tych naczyń stwierdza się bardzo liczne warstwy włókien sprężystych, ułożonych współśrodkowo. W tymże miejscu stwierdza się rozległą półkolistą płytę złogów wapnia, a w ich sąsiedztwie liczne pasmowate i grupkowate nacieki złożone z komórek okrągłych i histiocytów.

Obraz drobnowidowy wycinka z tętnicy głównej, z miejsca tuż powyżej zastawek półksiężycowatych: Błona wewnętrzna zgrubiała, w głębszych warstwach błony wewnętrznej liczne przerwy włókien i dość duże ogniska złożone z pozostałości nekrotycznych tkanek, tłuszczu i kryształów cholesteroliny, leżące tuż przy mięśniówce. Mięśniówka węższa, tu i ówdzie ogniska martwicze i przerwy włókien sprężystych. W wycinku z tętnicy wieńcowej drobnowidowo zmian nie znalazłem.

**Przypadek 9.** Preparat z sekcji nr 95, z dnia 6. II. 1937 r. Mężczyzna, lat 64. Rozpoznanie anatomiczne: *Dilatatio aneurysmatiformis ventriculi sinistri. Necroses et cicatrices myocardii. Hypertrophia et dilatatio cordis praecipue dextri. Mesaortitis probabilitate luetica. Thrombus parietalis ventriculi sinistri. Obliteratio fere completa sacci pericardii.*

Osierdzie i nasierdzie zrosnięte ze sobą. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa prawidłowo od mięśnia sercowego odgraniczona. Komora lewa o pojemności zwiększonej. Ściana przednia komory lewej jednostajnie wypukła aż do koniuszka serca. Beleczki mięsne i mięśnie brodawkowe silnie spłaszczone i zgrubiałe. Wśród beleczek dolnej części przegrody, która stanowi jakby dno wypuklenia komory, tkwi skrzep płaski, wielkości dziesięciu złotówek, barwy szaro-różowej, kruchy, ściśle ze ścianą wypuklenia złączony. Tuż przy koniuszku serca widać na przekroju ognisko rozmiękające, niewyraźnie od reszty mięśnia sercowego odgraniczone, wielkości dwugroszówki, barwy brudno szaro-różowej. Wsierdzie wycielające wypuklenie jest zgrubiałe. Prawa komora o pojemności zwiększonej, beleczki mięsne i mięśnie brodawkowe przypłaszczone, zgrubiałe. Inne części serca niezmiennione. Mięsień sercowy na przekrojach zawiera

liczne blizny. Na błonie wewnętrznej naczyń wieńcowych stwierdza się nieliczne nacieki lipidowe z ubytkami głębszymi i płytszymi. Ujścia naczyń wieńcowych zwężone.

Obraz drobnowidowy ściany komory lewej, z okolicy komieszka serca tętniakowato wypukłego: Ściana w tym miejscu zbudowana z tkanki łącznej włóknistej zbitej, dobrze unaczynionej, otaczającej zachowane, dość liczne, włókna mięsne. Około włókien mięsnych znaczny obrzęk. W częściach zbliżonych do komieszka serca wiązki włókien mięsnych są coraz rzadsze, a przeżywa tkanka łączna włóknista. W miejscu wsierdzia znajduje się gruba warstwa tkanki łącznej, zawierającej dużo komórek i naczyń krwionośne o grubych ścianach i wąskim świetle. Światło niektórych naczyń wypełnione tkanką łączną. Nasierdzie grube, zawiera dużo silnie rozszerzonych naczyń.

Obraz drobnowidowy tętnicy głównej, z jej części tuż powyżej zastawek półksiężycowatych: Błona wewnętrzna nierówna, miejscami pozaciągana, wielokrotnie zgrubiała. W miejscach zaciągnięć włókna tracą swój przebieg okrężny i przepłatają się w różnych kierunkach lub biegną poprzecznie. Poza tym stwierdza się w błonie wewnętrznej ogniska wypełnione tłuszczem i kryształami cholesterolu. W warstwie zewnętrznej stwierdza się około naczyń śródściennych nacieki, złożone z limfocytów i komórek plazmatycznych. W mięśniówce widać ogniska martwicy z poprzerywaniem włókien sprężystych i mięsnych oraz nacieki, złożone z limfocytów i komórek plazmatycznych. Błona wewnętrzna naczyń wieńcowych drobnowidowo okazuje podszczekowate zgrubienia wystające do światła naczyń.

Dok. nast.

Dr K. CZYŻEWSKI

Drohobycz

#### Urządzenia stacji urazowej średniego szpitala

Ze Szpitala Powszechnego w Drohobyczu  
Dyrektor: Dr K. C z y ż e w s k i

Leczenie urazów było w czasach przedantyseptycznych jednym z głównych działów pracy chirurga. Z chwilą stworzenia podstaw nowoczesnej chirurgii operacyjnej, w ostatnich dziesięciokrotnościach minionego stulecia traumatologia zeszła na plan dalszy. Ciężar leczenia złamań spadł na młodych asystentów, jeszcze nie dopuszczających do noża i na personel pomocniczy. Starszy pielęgniak z ambulatorium był szarą eminencją w sprawach urazowych, a widziałem takiego jeszcze niedawno w wielkim szpitalu jednego z miast uniwersyteckich. Tym bardziej nie miał czasu i ochoty na papranie się gipsami dyrektor mniejszego szpitala na prowincji, który często pracuje bez asystenta.

Doświadczenia wojenne, rozwój ubezpieczeń społecznych i życia sportowego wysunęły leczenie urazowe znów do szeregu spraw o pierwszorzędnym znaczeniu. Traumatologia jako osobna gałąź ortopedii zdobywa własne zakłady (Instytut Chirurgii Urazowej w Warszawie, Oddział Urazowy Szpitala im. Narutowicza w Krakowie, urządzający się obecnie Oddział Urazowy Szpitala im. Prez. Mościckiego w Łodzi) lub osobne stacje przy zakładach chirurgii ogólnej i ortopedycznej (Szpital U. S. we Lwowie, Klinika Ortopedyczna w Poznaniu, II Klinika Chirurgiczna w Warszawie i inne). Polskie Towarzystwo Ortopedyczne uchwaliło w roku 1934 uzupełnienie swej nazwy słowami „i Traumatologiczne”. Jeden z dwóch tematów programowych na zjazdach tego Towarzystwa poświęcany jest z zasady leczeniu urazów. Na ostatnich zjazdach Towarzystwa Chirurgów Polskich nie brak było odczytów na ten temat, a najbliższy zjazd (1939) we Lwowie będzie obradował nad zagadnieniami leczenia złamań otwartych, co będzie jednym z tematów głównych. Nowe, coraz poczytniejsze czasopismo „Chirurg Polski” poświęca większość swych kart sprawom urazów.

Traumatologia polska rozwija się szybko w większych ośrodkach. Mniejsze muszą im naśladować. Dużą trudność dla szpitali średnich i małych stanowi brak odpowiedniego sprzętu praktycznego i taniego. Punktem wyjścia są dla wielu chirurgów zasady opracowane w książce Böhlera, spopularyzowanej w Polsce przez tłumaczenie Sokółowskiego z roku 1933. Sprzęt tam opisany cechuje niewątpliwie duża prostota, nieraz jednak jest ona posunięta zbyt daleko. Z drugiej strony doświadczenia lat następnych doprowadziły do lepszych osiągnięć.

Dla naszych celów z góry pomijam urządzenia kosztowne, nieraz po kilkaset złotych za 1 sztukę, jakie pojawiły się w sprzedaży. W budżecie rocznym przeciętnego szpitala z trudem zmieści się jeden taki aparat, nie mówiąc już o łóżku ortopedycznym, czy urazowym, a choćby tylko o materacach. W ten sposób najlepszy pomysł niewiele może się przyczynić do poprawy leczenia urazowego w szerokim zakresie.

Wychodząc z tych założeń, podjąłem konstrukcję urządzeń dla leczenia urazów, które by odpowiadały warunkom życia szpitali prowincjonalnych. Urządzenia te, dzięki swej prostocie i niewysokiemu materiałowi dadzą się wykonać na podstawie wzorów przez średnio kwalifikowanych rzemieślników. Nie są one patentowane i dlatego nie ciąży na nich żadne dodatkowe koszty. Dadzą się zastosować dla chorych chodzących lub dla leżących na każdym typie łóżka także bez materaców. Przy użyciu tych urządzeń kontrola rentgenowska da się przeprowadzić powszechnie używanymi aparatami stałymi. Warunek ten jest konieczny, gdyż aparat przenośny z opancerzoną lampą i przewody chronione specjalnymi kablami należą jeszcze do luksusu rzadko osiąganego.

Podam opisy:

- I) wyciągu do leczenia kończyny dolnej pomysłu własnego;
- II) podstawki dla kończyny dolnej zbliżonej do szyny Matti'ego i Eiselsberga ze zmiennym nachyleniem, modyfikacją własną;
- III) szyny odwodzącej na kończynę górną o typie odbiegającym od licznych odmian dotychczas używanych;
- IV) szyny do leczenia złamań obojczyka i części przystawowej łopatki jako konstrukcji zupełnie oryginalnej opracowanej w tutejszym Szpitalu;
- V) aparatu nośnego do ćwiczeń ruchów w łokciu i stawie nadgarstkowym również pomysłu oryginalnego.

1

#### Wyciąg do leczenia kończyny dolnej (ryc. 1—2)

Całość składa się z:

- 1) ramy poprzecznej ustawianej nad miednicą chorego,
- 2) słupa obrotowego przyczepianego w nogach łóżka,
- 3) łąty łączącej ramę ze słupem,
- 4) wysuwanych prętów metalowych.

Konstrukcja moja wyszła z popularnej szubienicy, składającej się z dwóch podstawek ustawianych przy bokach krótkich łóżka i łączonych podłużną deską. Nasze podstawki zawiesiliśmy na łóżku. Deskę skróciliśmy, opierając jej koniec dogłówny na ramię poprzecznej. Ponadto umożliwiliśmy daleko idące odwodzenie kończyny.

Rama utworzona jest przez dwa pionowe drążki i poprzeczkę. Drążki umocowuje się do boków długich łóżka uchwytnymi metalowymi. Uchwyt ma kształt podkowy zakończonej szponami. Podkowę nakłada się na drążek, szpony zaczepia się o krawędź łóżka i przyciska drążek śrubą umieszczoną u szczytu podkowy. Konstrukcja uchwytów pozwala na łączenie dwóch prętów dowolnie do siebie nachylonych, od położenia równoległych do prostopadłych. Drążki posiadają okna podłużne z bloczkami. Na nich zawiesić można miednicę na hamaku. Drążki połączone są u szczytu poprzeczką z oknem; w nim ustawia się koniec łąty na wysokości danego stawu biodrowego; Chwytnąjąc za poprzeczkę ramy może się chory wygodnie podnosić.

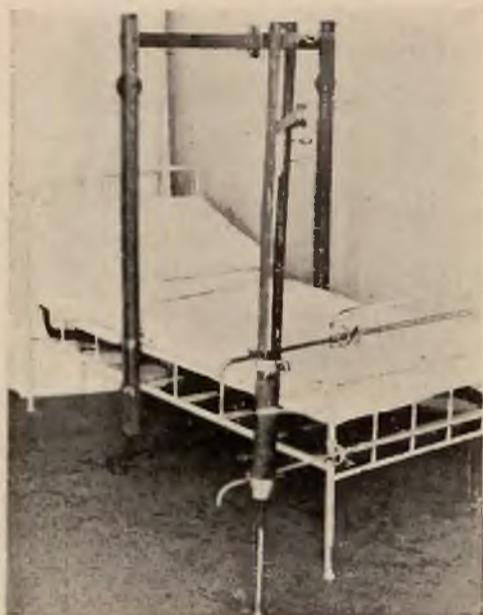
Słup posiada okno z bloczkami dla wyciągu w osi kończyny. W okno wsuwa się koniec łąty łączącej słup z ramą. Trudność konstrukcyjną powodowało ustawianie okna słupa równoległe do łąty przy różnych kątach odwiedzenia. Udało się to wykonać przez nadanie słupowi ruchu obrotowego. Podstawa jego obraca się na talerzu metalowym umocowanym na poprzeczce łóżka. Dane ustawienie utrwalamy przez zaciśnięcie uchwytu na słupie (ryc. 2).

Łata posiada okno z bloczkami. Na nich przewieszają się obciążenia dla wyciągu uda i pionowego ustawienia stopy. Płaskie zakończenia łąty — jedno pionowe, drugie poziome — wchodzi w okna słupa i poprzeczki ramy.

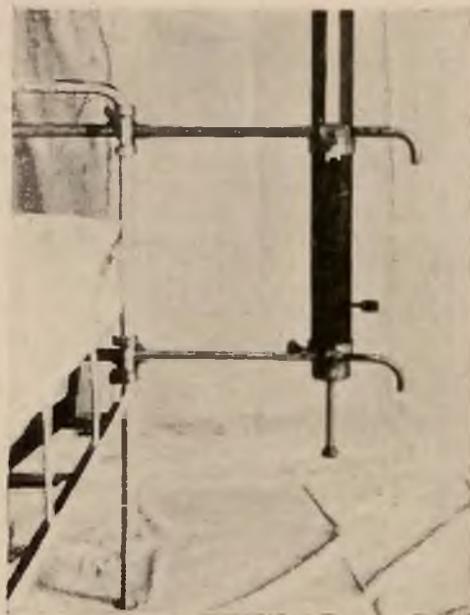
Pręty wysuwane stosuje się w razie potrzeby znacznie szerszego odwiedzenia. Mieszczą się one w rurkach metalowych przyczepianych uchwytnymi do boku krótkiego w nogach łóżka. Na dolnym przecie umocowuje się talerz podtrzymujący podstawę słupa obrotowego, na górnym uchwyt, zaciskający słup. W spoczynku wysuwa się z wydrążenia słupa nóżkę metalową, na której opiera się go o podłogę.

W razie potrzeby zastosowania wyciągu na obie kończyny dolne, ustawia się drugi słup obrotowy i drugą łątę; do częściowo pustych rurek metalowych wsuwa się dodatkową parę prętów. Wszystkie części umieszczane nad chorym są zbudowane z drzewa łącznie z kółkami na bloczki, by nie krępować rentgenologa obawą spiecia na zwykłych przewodach. Całe łóżko ze zmontowanym wyciągiem daje się przenosić do pracowni rentgenowskiej.

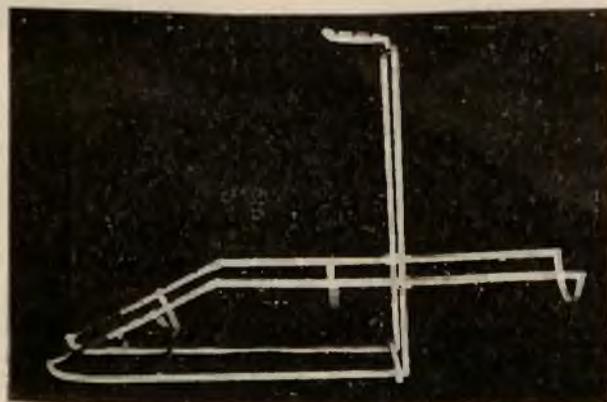
Zastosowanie wyciągu tego przy złamaniach panewki stawu biodrowego zostało omówione na VI Zjeździe Polskiego Towar-



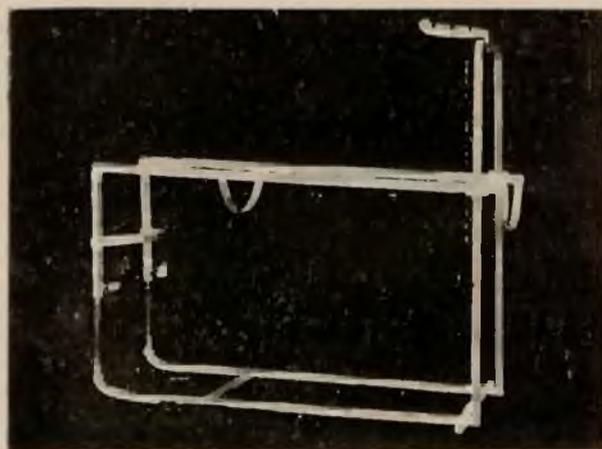
*Ryc. 1*



*Ryc. 2*



*Ryc. 3*



*Ryc. 4*



*Ryc. 5*



*Ryc. 6*



rystwa Ortopedyczno-Traumatologicznego w kwietniu bieżącego roku i ukaże się w druku w jednym z najbliższych zeszytów „Chirurgii Narządów Ruchu“. Samej ramy poprzecznej użyć można do wyciągu kości ramieniowej przy zastosowaniu sposobu Zeno.

## II

## Podstawa dla kończyny dolnej (ryc. 3—4)

Istnieje wiele typów podstawek. Największą popularnością cieszą się te, dla których pierwowzór stanowi szyna Brauna. Dalszy jej rozwój prowadził do umieszczenia na szynie bloczków wyciągowych, ram do podwieszek, pelot uciskowych. Z drugiej strony pracowano nad przystosowaniem szyny do różnych warunków pracy przez rozsuwanie prętów, umieszczanie zawiasów i zacisków. Nasza podstawa posiada zmienną długość i zmienne nachylenie podpórki uda, bloczków nie ma żadnych. Uzyskaliśmy to przez rozsuwanie prętów podpórki uda, umieszczenie dwóch zawiasów obrotowych na ich końcach i zacisków na ramce przedniej. Zaciski te utrwalają ustawienie, jakie nadamy szynie.

Zmiany kąta nachylenia i zmiana długości odcinka udowego są konieczne ze względu na różny wzrost chorych i różne rodzaje złamań. Na podpórkach o kącie prostym lub zbliżonym do niego układamy: 1) złamania górnego odcinka trzonu (podkrętarzowe), gdzie odłam bliższy ustawia się zawsze w zgięciu; 2) złamania wielokrotnie trzonów kości podudzia dla zmniejszenia napięcia m. łydki; 3) złamania kostek z nadwichnięciem w stanie skokowym górnym, zwłaszcza z odłamaniem tylnego odcinka dolnej nasady piszczeli; oczywiście chodzi tu o przypadki, gdzie z jakichkolwiek powodów (otwarte rany, spóźnione dostarczenie chorego) nie można było uzyskać pierwotnego nastawienia i ustalenia w gipsie.

Bloczki wyciągowe woleliśmy przenieść na wyciąg opisany pod I), a to z powodów przytoczonych na wstępie. Szyny stoją pewnie na łózkach zaopatrzonych w dobre materace i siatki lub twarde podkłady; w przeciwnym razie pochylają się na bok. Odwiedzenie poza kąt ostry możliwe jest tylko na dodatkowych podstawkach przymocowanych do łóżka. Jest to również wykonalne przy odpowiednim typie łóżka z materacami, bo w innym razie szyna się skręca. Nasz wyciąg złączony jest nieruchomo z łóżkiem i on stanowi podstawę całego systemu; szyny używamy jedynie jako podpórki.

W wypadkach silnych odwiedzeń nie stosujemy podstawki, zawieszając udo i podudzie na osobnych podwieszkach. Tego rodzaju wyciąg potrzebny jest przy złamaniach panewki lub okolicy krętarzy. Dla tych przypadków uważam opisany sposób za korzystniejszy od szyn. Szyna uciskiem swego dogłowego końca przeszkadza właściwemu ułożeniu odłamków i wyrównaniu krążenia w miejscu dużego krwiaka. Szyna przeszkadza zdziom kontrolnym i utrudnia ruchy kolana, które stosujemy tutaj od pierwszych dni po urazie. Jako najpraktyczniejsze okazały się podwieszki wykonane osobno dla uda i podudzia w sposób następujący: ze skórą styka się krótka i płaska rynienka gipsowa, odpowiednio domodelowana, o wygładzonych brzegach; rynienka leży na ramce z grubego drutu, do którego przyczepia się sznury.

Wyciąg wykonujemy zwykle bezpośrednio za pomocą drutu nierdzewnego rozpinanego w klanurze Petera jako najprostszego i najtańszego. Wierłka używamy ręcznego typu Johansena.

Ćwiczenia ruchów odbywają się w sposób nie odbiegający od ogólnie stosowanego. Ruchy w biodrze ćwiczy chory przez siadanie, chwytając się rękami za ramę poprzeczną. Ruchy w kolanie po zwolnieniu podwieszki podudzia przy utrzymaniu podwieszki i wyciągu uda. Bierne ćwiczenia kolana wykonuje chory przez pociąganie sznura uciepionego do podwieszki podudzia lub stopy.

## III

## Szyna odwodząca dla kończyny górnej (ryc. 5—6)

Urazy kończyny górnej leczymy z zasady poza łóżkiem. Szyna nasza wychodzi z najprostszego typu budowanego z trzech deszczulek lub szyn Kramera. Jest jednak szyną trwałą, tj. nieimprowowaną i niezmienną co do wielkości i strony ciała.

Szyna ta ma tak szerokie zastosowanie nie tylko w chirurgii urazowej, ale przy wszelkich stanach zapalnych i wielu pooperacyjnych kończyny górnej, że nawet średni zakład potrzebuje stale kilku sztuk. Wszelka improvizacja łączy się zawsze ze szkodą chorego, który musi na szynę czekać. Ponadto pojęcie improvizacji trudno pogodzić z dokładnością wykonania. Są

to wprawdzie stwierdzenia banalne, powtórzenie ich wydaje mi się jednak o tyle właściwe, że nawet takie zakłady, jak Böhlerra używały szyn *ad hoc* sporządzanych (przynajmniej do niedawna). Gotowe szyny Kramerowskie jako materiał są drogie i zbyt giętkie. Nie korzystamy z tego półfabrykatu, lecz wykonujemy szkielet u siebie z grubego drutu żelaznego 5—6 mm, który łączymy cienkimi żeberkami. Szyny mamy w trzech wielkościach: dla dzieci, dorosłych dobrze zbudowanych i wielkość pośrednią.

Zwolennicy szyn uniwersalnych, czy półuniwersalnych zarzucają mi, że potrzebuję co najmniej 6 szyn do wyboru, zamiast jednej uniwersalnej. Przede wszystkim jedna uniwersalna kosztuje około 200 zł, a licząc moje po 30 zł zawsze będą mogły tańszym kosztem zaopatrzyć równocześnie sześciu chorych, zamiast jednego. Szynę uniwersalną uważam za dobrą w gabinecie chirurga, który może jej w każdej chwili użyć. Niemniej jest ona albo bardzo wytrzymała a równocześnie ciężka, albo na odwrót lekka, lecz podatna na zgięcia i przesunięcia w licznych zawiasach i zaciskach.

Wracając do opisu naszej szyny, podniosę kilka szczegółów odbiegających od najprostszego typu tych aparatów. Odwiedzenie jest utrzymane 90°, gdyż nie widzę żadnej zalety w zmniejszaniu go, a jest ono najkorzystniejsze dla krążenia. Natomiast przyjęliśmy dla zwolnienia napięcia mięśni piersiowych odchylenie do przodu od płaszczyzny czołowej o 30°. Podstawa dla ramienia jest tylko w części przedniej i środkowej płaska, od tyłu brzeg jest podgięty ku górze. Szczegół ten ma poważne zalety. Przede wszystkim ta część szyny ma stałą dążność do unoszenia tylnego brzegu, co tłumaczy się ciężarem przedramienia; brzeg ten ugniata chorego. Następnie kąt pachowy szyny ma dążność do uciekania ku przodowi. Jest to skutek tych samych czynników w i usiłowań samoobrony chorego przed uciskiem przez zesuwanie ramienia do tyłu. Na naszej szynie ramię ujęte jest w płaską rynnę i o przesunięciu nie ma mowy. Jeżeli dodam, że kształt zgięcia pachowego dobraliśmy jako przeciętny na podstawie szeregu odlewów gipsowych tej okolicy, zrozumimy, że i skargi na ucisk ustają. Podpórkę dla przedramienia wspieramy dwoma prętami z miękkiego drzewa o przekroju kwadratu. Obok swej lekkości posiadają one drobną, ale ważną zaletę wobec drucianych, podpórki z drutu wyginają się bowiem podczas siadania przy stole przez oparcie na jego brzegu.

Na półobręczach z drutu o 1 mm cieńszego niż szkielet szyny zmontowane jest 6 par sprządek do pasów nośnych. Pasy nośne szyjemy z grubego płótna, w miejscu ucisku (bark zdrowy) dajemy kieszonki wypełnione watą. Otwory na sprzążki dziergane są nicią, w ten sposób możemy bez trudu prac pasy po każdym użyciu. Części szyny przylegające do skóry pokrywamy materacykiem. Materacyk sporządzamy przez wyłożenie watą poszewki specjalnego kroju, którą przywiązuje się tasiemkami do szyny. To samo zadanie spełni oczywiście odpowiedni rodzaj wołtoku.

Szyna nasza siedzi na chorym z dostateczną pewnością tak, że nie widzę potrzeby umocowywania jej innymi sposobami, a zwłaszcza opaskami gipsowymi. Małe poprawki ustawienia odłamów trzonu kości ramieniowej dadzą się przeprowadzić przez wsuwanie twardych wałków waty pod ramię lub między ramię a tylny podgięty brzeg szyny.

Dla złamań ramienia używamy wyciągu plastrowego. Zaczepienie dla wyciągu stanowi wystający w bok koniec podstawy ramienia zagięty ku górze pod kątem prostym. Sprężystość jego jest dostateczną siłą wyciągową.

## IV

## Szyna do leczenia złamań obojczyka i przystawowej części łopatki (ryc. 7—8).

Szyna ta jest typem zupełnie oryginalnym pomysłu Siostry M. Stachniak. Dokładny jej opis znajdzie czytelnik według bibliografii na końcu tej pracy. Działanie w złamaniu obwodowego odcinka obojczyka objaśniają rentgenogramy „Skrzynki świetlnej“ w „Chir. Pol.“ Nr 12. 1937.

Trzonem szyny jest klin wsuwany pod pachę. Szczyt jego wybiega od przodu w rodzaj krezy opierającej się na górnej części ramienia. Klin i kreza są domodelowane do anatomicznych zarysów tej okolicy. Kształty te ustaliliśmy jako przeciętne na podstawie szeregu odlewów gipsowych. Naprzeciw krezy od tyłu umieszczone są na szczycie klina dwa uchwyty. Do nich przyczepia się końce płóciennej pętli obejmującej zdrowy bark. Klin i kreza wraz z pętlą tworzą zasadniczą część szyny. Działanie ich polega na oddalaniu ramienia od klatki, unoszeniu barku ku górze i spychaniu go ku tyłowi.

U podstawy klina umocowane są urządzenia pomocnicze. Ku przodowi wysuwa się przed tułów podpórka na przedramię, dostosowana do jego kształtu anatomicznego. Pod nią mieści się bloczek, przez który przewleka się pasek wyciągu plastrowego zakładanego na ramię. Wyciąg nie jest niezbędny i stosujemy go głównie przy złamaniach łopatki. Opisana całość przylutowana jest do półobwódki zakończonej uchwytami dla pasów. Jeden z nich zamyka obwód dokoła tułowia. Drugi zawieszają szynę na zdrowym barku. Przyciągnięcie go wzmagają wciśnięcie klina pod pachę.

Materiał użyty na szynę, pasy i materacyk jest taki sam, jakiego używamy do budowy szyny odwodzącej ranę. Na rycinach szyna przedstawiona jest bez wyściółki.

## V

## Aparat nośny do ćwiczeń łokcia i nadgarstka (ryc. 10—11)

Ćwiczenia czynne ruchów w łokciu są szczególnie ważne, gdyż masaże i biernie ruchy są tu uważane za szkodliwe. Przyczyniają się bowiem do skostnień okołostawowych, na jaki jest łokieć szczególnie narażony. Najprostszym wyjściem jest bloczek umocowany w ramce wmurowanej w ścianę (patrz niżej). Wiąże on jednak chorego ze szpitalem. Tymczasem szynę nośną może chory dostać do domu. Budowa aparatu jest pomysłem Siostry M. Stachniak, która prowadzi ćwiczenia po urazach.

Zasadniczą część aparatu stanowi łuk wsparty na półobwódce. Pod łuk ten wsuwa chory bark. Na szczycie łuku umieszczone są dwie duże szpulki, jedna wysunięta do przodu, druga ku tyłowi. Szpulki obracają się na poziomych osiach ustawionych równoległe do siebie. Całość zbudowana jest z grubego drutu żelaznego z żeberkami tak, jak inne nasze szyny dla kończyny górnej. Aparat przytwierdzamy do chorego pasem przechodzącym przez uchwyty umieszczone na końcach półobwódki. Ponieważ aparat może być nakładany na bieliznę lub na ubranie i noszony jest przez czas ograniczony do ćwiczeń, wyściółka jest zbyteczna.

Ćwiczenia polegają na przesuwaniu worka z piaskiem, zawieszono go od strony grzbietowej na sznurze przechodzącym przez obie szpulki i zakończonym drewnianym uchwytem. Ćwiczący obejmuje drewnienko przez nakładanie nań dłoni i przepuszcza sznur między palcami środkowym i czwartym. Po napięciu sznura może ćwiczyć ruchy w stawie nadgarstkowym, a to: zginanie przeciw oporowi regulowanemu ciężarem worka i prostowanie zgodnie z ciężarem worka. Jeżeli ćwiczący podchwyci dłoń drewnienko, następuje prostowanie przeciw oporowi itd. Ćwiczenie prostowania w łokciu odbywa się przeciw oporowi worka, zginanie zgodnie z obciążeniem. Nie trzeba wyjaśniać, że prostowanie łokcia zgodnie z obciążeniem nie wymaga żadnych przyrządów. Noszenie worka z piaskiem, kubła z wodą itp. doskonale spełnia to zadanie.

## VI

## Urządzenia obcych konstrukcji

Dokładnie opisałem urządzenia zbudowane w moim zakładzie jako typy zupełnie lub częściowo oryginalne. Dla uzupełnienia całokształtu urządzeń urazowych średniego szpitala podaję inne przyrządy u nas stosowane.

## Kończyna dolna.

1. *Stół ortopedyczny* (ryc. 9). Używamy stołu krajowego wyrobu według typu Hawleya. Podstawa zbudowana jest z rur stalowych, stół ze sklejk obitej blachą ołowianą. Metalową podpórka pod krzyżę zastępujemy drewnianą w wypadkach przewidzianej kontroli rentgenowskiej biodra podczas zabiegu, np. przy złamaniach szyjki kości udowej. Na rycinie widzimy stół przygotowany do zabiegu na kończynie zewsząd dostępnej, do innych zabiegów płyta może być unoszona. Na stole tym z zabiegów bezkriwawych wykonujemy nastawienia złamań uda u starszych dzieci i złamań poprzecznych trzonu uda u dorosłych. Wyciąg stosujemy przy pomocy kamieszek nakładanych na okolicę kostek lub drutem przewierconym przez piętę. Złamania te ustalamy pierwotnie w opatrunkach gipsowych. Wszystkie inne złamania uda leczymy wyciągiem typu opisanego pod I.

2. *Przyrząd Böhlera* z wyciągiem śrubowym do nastawiania złamań podudzia. Wyciąg stosujemy drutem przewiercanym przez piętę.

## Kończyna górna.

3. *Przyrząd Böhlera* ze śrubą do wyciągu ramienia. Używamy go przy późno zgłaszających się i trudnych złamaniach

szyi kości ramieniowej. Wyciąg stosujemy drutem przewiercanym przez wyrostek łokciowy.

4. *Uchwyt palców Sokolowskiego*. Nastawianie złamań kości przedramienia dokonujemy wyciągiem za palce przy pomocy przyrządu opisanego w „Chir. Pol.” Nr 3. 1936, str. 113 (ryc. 2). Przeciwnię w zgięciu łokciowym wykonujemy u siebie rękami lub przy pomocy pasa nakładanego na dolny odcinek ramienia. Stojaka Sokolowskiego z uchwytem na ramię nie używamy.

5. *Bloczki do ćwiczeń*. Do ćwiczeń po urazach kończyny górnej używamy dwóch bloczków ujętych w ramki wmurowane w ścianę sal chorych. Jeden umieszczony wysoko służy do ćwiczeń w podnoszeniu ramienia. Drugi umieściliśmy na wysokości barku osobnika przeciętnego wzrostu i ćwiczymy na nim zgięcie i prostowanie łokcia.

## Kregosłup.

Złamania kręgów leczymy według własnej metody w gorszych składanych z dwu łódeczek grzbietowego i brzuszno. Szczegóły tego sposobu są jeszcze w opracowaniu i będą ogłoszone osobno.

## VII

## Pomocnicze urządzenia rentgenowskie

*Matówka*. Zdjęcia rentgenowskie mamy podczas zabiegów zawsze przed oczyma. Zawieszamy je na matówce skrzynki ustawionej na przenośnym stojaku. Na oprawie matówki amieszczone szereg przycisków sprężynowych osłoniętych walcami gumy. Skrzynka zaopatrzona jest w długi przewód do światła elektrycznego z wyłącznikiem gruszkowym.

*Archiwum zdjęć*. Na zakończenie podaję organizację archiwum rentgenowskiego. Jest to zagadnienie, nad którym wiele myślano i niejedno jeszcze się napisze. Sposób rozwiązania zależy od rozpiętości działania danej pracowni. W średnim szpitalu jeden aparat i ta sama obsługa załatwia wszystkie potrzeby zakładu. Niemniej znaczna większość zdjęć wykonywana jest podczas leczenia urazów.

Archiwum składa się z dwóch ksiąg, tj. protokołu czynności i indeksu, i specjalnie zbudowanej szafy.

1936	1937	1938
G	G	G
K	K	K
B	B	B
R		
M		
U		
S		
P		
N		

Ryc. 12

*Szafa* podzielona jest na kolumny poziome i pionowe. W pionowej kolumnie ułożone są zdjęcia wykonane w ciągu jednego roku. W poziomej kolumnie leżą zdjęcia jednej grupy. Grup takich przyjęliśmy dziewięć i oznaczyliśmy je literami: G — głowa i szyja, K — kregosłup, B — bark i ramię z łokciem, R — ręka i przedramię, M — miednica i biodro, U — udo z kolanem, S — stopa i podudzie, P — klatka piersiowa i przewód pokarmowy, N — nerki. Zdjęcia należące do jednej grupy i jednego roku umieszczone są w osobnych pudłach kartonowych. Na pudłach oznaczona jest litera grupy. Barwa pudeł jest inna dla każdego roku.

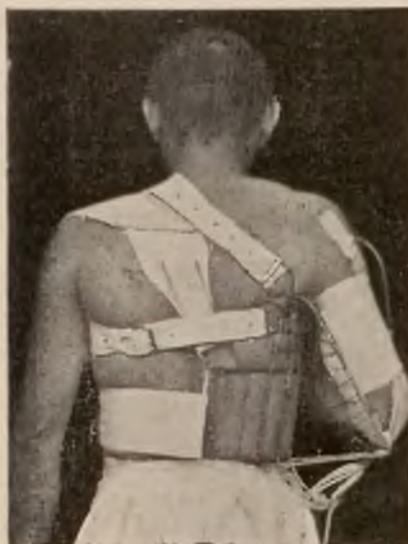
Zdjęcia mają napis, składający się z nazwiska i imienia, daty, liczby porządkowej protokołu i litery oznaczającej grupę.

*Indeks* zawiera nazwiska wpisane pod poszczególnymi literami alfabetu osobno na każdy rok. Obok nazwiska notujemy imię, liczbę porządkową protokołu i literę zdjęcia. Jeżeli dany osobnik posiada w archiwum zdjęcia z lat poprzednich, odnotowujemy wszystkie przy nowym wpisie do indeksu.

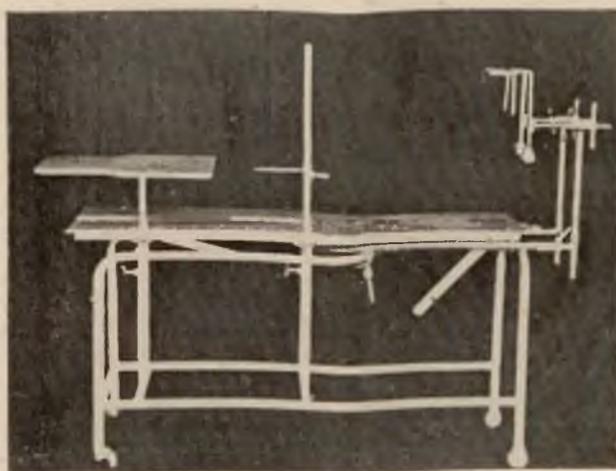
*Protokół czynności* posiada następujące przedziałki: data, liczba porządkowa, nazwisko, imię i numer historii choroby, wynik badania rentgenowskiego, litera zdjęcia.



Ryc. 7



Ryc. 8



Ryc. 9



Ryc. 10



Ryc. 11



## Bibliografia polska od 1931 roku

Zestawiłem wszystkie znane mi prace, opisujące przyrządy do leczenia urazów. Spomiędzy opisów stołów operacyjnych ortopedycznych podałem tylko pracę Zielińskiego, której przedmiotem jest stół, odpowiadający potrzebom i środkom średniego szpitala.

1) Czyżewski K.: Ustalenie kończyny górnej w otwartych złamaniach. Chir. Narz. Ruchu. 1932. Z. 2. — 2) Czyżewski: Szyna do leczenia złamań obojczyka. Pol. Przegl. Chir. 1937. Nr 4. — 3) Czyżewski K.: Nowa szyna obojczyka. Chir. Pol. 1937. Nr 5. — 4) Goldman M.: Sprzęt techniczny w leczeniu urazów i złamań. Chir. Pol. 1937. Nr 1. — 5) Gruca A.: Szyna uniwersalna do leczenia złamań kości ramieniowej, złamań obojczyka itp. Pol. Przegl. Chir. 1935. Z. 6. — 6) Gruca A.: Przyrząd do nastawiania złamań przedramienia, złamań i zwichnięć w łokciu itp. Pol. Przegl. Chir. 1935. Z. 6. — 7) Gruca A.: Szyna uniwersalna do leczenia złamań itp. kończyn dolnych. Chir. Narz. Ruchu. 1937. Z. 1. — 8) Gruca A.: Szyna do leczenia złamań obojczyka. Chir. Pol. 1937. Nr 11. — 9) Peter J.: Strzemiąta wyciągowe. Chir. Narz. Ruchu. 1933. Z. 1. — 10) Peter J.: Nowy typ uchwytu strzemiąta wyciągowego. Chir. Narz. Ruchu. 1933. Z. 4. — 11) Skorko J.: Sprzęt techniczny w leczeniu urazów i złamań. Chir. Pol. 1937. Nr 2 i Nr 3. — 12) Sokołowski T.: Technika leczenia złamań (Thun. dra Böhlera). Warszawa, 1933. — 13) Schule J.: Seria przypadków złamania kości udowej leczonych wyciągiem drutowym na improwizowanej pionowej szynie uda. Chir. Pol. 1937. Nr 10. — 14) Wojciechowski A.: Śruba wyciągowa. Chir. Narz. Ruchu. 1933. Z. 1. — 15) Wojciechowski A.: Leczenie złamań. Warszawa, 1934. — 16) Wojciechowski A.: Podręcznik chirurgii (praca zbiorowa). Cz. II. Wyd. Delta. Warszawa, 1937. — 17) Zieliński R.: Model prostego stołu do zabiegów ortopedycznych. Chir. Narz. Ruchu. 1932. Z. 3—4.

## B. GIĘDOSZ

Lwów

Wpływ witaminy B<sub>1</sub> na tarczycę

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K. we Lwowie  
Dyrektor: Prof. dr M. Franke

Dzięki licznym badaniom doświadczalnym i klinicznym spostrzeżeniom ustalono, że między witaminami a hormonami zachodzą pewne stosunki synergistyczne i antagonistyczne. Z niektórych z tych spostrzeżeń korzysta dziś leczenie, dotyczące chorób gruczołów dokrewnych. I tak mówi się dziś powszechnie o antagonistycznym działaniu witaminy A i C w stosunku do tyroksyny i dlatego poleca się stosowanie tych witamin w dużej ilości w postaci naturalnej, czy nawet syntetycznej w przebiegu nadczynności tarczycy. Podkreśla się pewien wpływ witaminy C na czynność nadnerczy, witaminy D na przytarczycę; witamina B<sub>1</sub> ma wpływać na przemianę węglowodanów, czyli pozostaje w pewnym związku z hormonem trzustki — insuliną. Wreszcie witamina E ma działać na czynność szczególnie gonadotropową przedniego płata przysadki mózgowej. Witaminy są więc dziś już nie tylko niezbędnymi składnikami pożywienia, lecz stają się środkami leczniczymi. Dlatego badania witamin uwzględniają między innymi także ich wpływ na gruczoły dokrewne, a wysnuwane wnioski pozwalają na rozszerzenie granic witaminologii. Być może jednak, że lecznicze znaczenie witamin nieraz niesłusznie się wyolbrzymia, co zwłaszcza uderzającym jest w ostatnich czasach. Nadto nieraz poleca się stosowanie danej witaminy w jakimś schorzeniu dokrewnym bez pewnego uzasadnienia. Mamy tu na myśli wpływ witaminy B<sub>1</sub> na tarczycę.

Zdaniem niektórych autorów (1) witamina B<sub>1</sub> jest antagonistą tyroksyny, podawanie tej witaminy w dużych ilościach ma korzystnie wpływać na nadczynność tarczycy. Niewątpliwie zgodzić się należy, że podanie tarczycy lub tyroksyny i hipertyreozą zwiększają zapotrzebowanie witaminy B<sub>1</sub>. Wiemy bowiem, że w ogóle zwiększenie przemiany materii prowadzi do niedoboru nie tylko witaminy B<sub>1</sub>, ale wszystkich witamin. Jednak zbyt swobodne byłoby przyjęcie, że witamina B<sub>1</sub> wpływa na samą nadczynność tarczycy, która spowodowała zwiększone zapotrzebowanie tej witaminy. Dziwnym wydawać się może wreszcie, że także brak witaminy B<sub>1</sub> powstrzymuje tworzenie się tyroksyny; przy awitaminozie B<sub>1</sub> opisywano bowiem zanik tarczycy, a klinicznie objawy jej hipofunkcji. Dlatego sądzono, że przy przewlekłym braku witaminy B<sub>1</sub> można by przyjąć możliwość powstania wola endemicznego (obok braku jodu).

Celem wyjaśnienia wpływu witaminy B<sub>1</sub> na tarczycę, przeprowadziliśmy doświadczenia na świnkach morskich, używając

czystych, krystalicznych przetworów tej witaminy. Świnkom morskim wagi 210—275 g wstrzykiwano codziennie podskórnie czysty krystaliczny przetwór witaminy B<sub>1</sub> („Benerva“-Roche i „Betabion“-Merck) w I grupie doświadczeń przez 7 dni w ilości po 1000 jedn. międzynarod. (= 2 mg dziennie). W sumie zatem otrzymały zwierzęta po 14 mg witaminy B<sub>1</sub>, czyli 7000 i. m. W jednym wypadku podawano witaminę B<sub>1</sub> przez 16 dni, czyli w sumie otrzymało zwierzę 32 mg („Betabion“). W drugiej grupie doświadczeń zwierzęta otrzymywały po 0,01 g, czyli po 5000 i. m. witaminy B<sub>1</sub> codziennie, a więc dawki 5-krotnie większe, niż poprzednio. Zatem w sumie wstrzyknięto 0,06 g (tj. 30.000 i. m.) jednej śwince, pozostałym zaś przez 7 dni 0,07 g czyli 35.000 i. m. Doświadczenia wykonano w czasie od 1. XI. do 22. XII. i od 14. II. do 21. II. W 24 godziny po ostatnim wstrzyknięciu zwierzęta zabijano. Tarczycę pobraną do badania utrwalano w alkoholu-formolu, a skrawki z niej barwiono hematoksyliną-eozyną. Zaznaczyć nadto należy, że do doświadczeń użyto zwierząt jednej płci (samice), przy czym każde zwierzę przebywało w oddzielnej klatce, w ciepocie pokojowej, przy dobrym dostępie światła. Żywienie przez cały czas było jednako.

Przechodząc do opisu zmian tarczycy wykazanych po stosowaniu witaminy B<sub>1</sub>, zaznaczyć należy, że stwierdzone odchylenia od obrazu prawidłowego występowały wyraźnie we wszystkich przypadkach. Nie było większych różnic w zależności od dawkowania witaminy B<sub>1</sub>. W obrazie drobnowodowym tarczycy stwierdzaliśmy objawy pobudzenia jej czynności. Większe lub mniejsze części skrawków tarczycy cechowała ogniskowa lub rozlana przewaga tkanek komórkowego międzypęcherzykowego; pęcherzyki gruczołowe wypełnione koloidem były znacznie skąpsze i były wyścielone nabłonkiem wyraźnie wyższym, nieraz łuszczącym się, przy czym zawierały tylko małą masę koloidu. W niektórych częściach tkanek tarczycy przedstawiało się w ogóle zupełnie prawidłowo. Obraz histologiczny skrawków tarczycy w naszych doświadczeniach pozwala zatem przyjąć, że witamina B<sub>1</sub> pobudza czynność tarczycy. Wyniki naszych spostrzeżeń przemawiają przeciw możliwości przyjęcia antagonizmu między tyroksyną a witaminą B<sub>1</sub>. Z badań naszych, dotyczących wpływu witaminy B<sub>1</sub> na tarczycę prawidłową i na tarczycę w stanie nadczynności, wywołanej hormonem tarczycowrotnym przedniego płata przysadki mózgowej (2), zdaje się wynikać, że stosowanie witaminy B<sub>1</sub>, polecane przez niektórych autorów, w stanach nadczynności tarczycy nie ma uzasadnienia. Witamina B<sub>1</sub> nie może wpływać hamująco na te stany, gdyż sama powoduje pobudzenie czynności tarczycy.

Wnioski: Witamina B<sub>1</sub> nie działa antagonistycznie względem tyroksyny. Obraz drobnowodowy skrawków tarczycy świnek morskich, po stosowaniu witaminy B<sub>1</sub> drogą pozajelitową, wykazuje cechy pobudzenia czynności tarczycy. Polecane stosowanie witaminy B<sub>1</sub> w dużych dawkach w stanach nadczynności tarczycy nie ma uzasadnienia. Przy tym schorzeniu tarczycy należy dążyć tylko do wyrównania powstałego niedoboru witaminy B<sub>1</sub>, gdyż zbyt duże jej ilości mogą raczej podtrzymać stan nadczynności tarczycy. Witamina B<sub>1</sub> nie okazuje też żadnego wpływu na nadczynną tarczycę świnek morskich, spowodowaną tarczycowrotnym hormonem przedniego płata przysadki mózgowej.

## Piśmiennictwo:

1) W. Stepp, J. Kühnau i H. Schroeder: Die Vitamine u. ihre klinische Anwendung. F. Enke, Stuttgart 1936 i 1938. — 2) W. Elmer, B. Giędosz i M. Scheps: C. r. de la S. de biol. 1937, T. CXXVI. p. 1037. — 3) M. D. Carpenter i G. R. Sharpless: J. Nutrit. 13, 3, 235, 1937. wg ref. w Kongr. f. inn. Med. T. 91. Str. 211 oraz w Acta Vitaminologica. Z. 1. 1938. Str. 60. — 4) B. Sure i K. S. Buchanan: Kongr. f. inn. med. T. 91. Str. 401. — Pozyccie dodane przy korekcie: 5) E. Schneider: Klin. Woch. Nr 15. 1938. — 6) J. Jacobi i H. Pommer: Klin. Woch. Nr 25. 1938.8

## BIBLIOGRAFIA

## Artykuły oryginalne w czasopismach

## Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 23—24. 1938, Landsberg M., Penson J., Raibenbach H. i Dworecki J.: Badania nad stosowaniem insuliny cynkowo-protaminowej. — Biro M.: Chloroba Littlea a padaczka (dżk.). — Flaks J. i Ber A.: Zapobiegawcze działanie hormonu męskiego na

powstawanie raków u myszy. — Wolfram K. i Pollak K.: Leczenie wstrząsu pooperacyjnego w chorobie Basedowa dożylnym podawaniem jodu. — Rawicz St.: Wskazania i przeciwwskazania do leczenia naturalnymi wodami gorzkimi. — Fogelson S.: Rozrodczość w krajach europejskiej (c. d.).

**Gruźlica.** Nr 2. 1938. Orłowski W.: Odczyn Biernackiego. — Stopczyk J.: Naświetlanie słoneczne jako czynnik obostrzająco-uczulający w gruźlicy płuc. — Telatycki M.: Nowe kierunki techniki zapadowego leczenia gruźlicy płuc. — Zasztowtówna J.: Badania dzieci w szkołach powszechnych powiatu wileńsko-trockiego w latach 1936—1937. — Szczepanski Z. i Popławska H.: Czy i w jakim stopniu ulega zakażeniu gruźliczemu personel pracujący w sanatorium. — Gackowski J. i Pruszczyński A.: Rak płuca z licznymi przerzutami u chorego kilowego.

**Ginekologia Polska.** T. XVII, Z. III—IV. 1938. Czyżewicz A.: Resectio corporis uteri plastica. — Kowalski B.: Leczenie niepłodności kobiety w świetle materiału Kliniki Poznańskiej. — Łuniewski K.: Wytyczne w postępowaniu w rzucańce w Zakładzie Położn.-Ginekol. św. Zofii. — Iliński A.: Rzut oka na cięcia cesarskie, wykonane w Zakładzie Położniczo-Ginekologicznym św. Zofii w Warszawie za okres 1932—1937 roku. — Szczerk-Kamińska N.: W sprawie zapobiegania i leczenia zakażeń połogowych w Zakładzie św. Zofii. — Garwicz F.: Uśpienie dożylnie ewipanem w cięciach cesarskich. — Lubczyński W.: Zwalczenie pęcherzycy noworodków w Miejskim Zakładzie Położniczo-Ginekologicznym im. św. Zofii w Warszawie. — Gelbstein M.: Polipeptydy we krwi pozałożyskowej i we krwi pewinowej noworodka. — Gelbstein M.: Polipeptydy w surowicy krwi w czasie połogu powikłanego stanami septycznymi. — Rozenblat J. i Płoński M.: Stosunek macicy do jajnika u kobiet i królic. Czy macica jest organem wydzielania wewnętrznego?

**Przegląd Dermatologiczny.** T. XXXIII, Nr 1. 1938. Chorażak T. i Woringer Fr.: O nietypowych postaciach klinicznych ziarniniaka obrączkowatego. — Jałowy B.: O torbielach mieszków włosowych pod postacią tzw. torbielaków łojowych mnogich (steatocystoma multiplex) i prosaków (milia). — Chorażak T. i Mikulaszek E.: Odczyny skórne i wiązania dopełniacza w grzybicach skóry. — Issler H.: Zanik skóry pstry naczylniasty, jako zejście po brodawkowej odmianie przyłuszczycy liszajowatej. — Goćkowski J. i Borkowski F.: Analiza liczbowa chorych kilowych Kliniki Dermatologicznej U. J. P. za lata 1921—1936. — Hirsch L.: Z badań nad ruchem chorych przychodnich. Oddziału Skórno-Wenerycznego Szpitala św. Łazarza. — Rakszes B. i Epsteinówna T.: Przyczynki do hodowania gonokoków w zależności od obrazu klinicznego. — Rubinstein D.: Poliglobulie jako czynnik patogenetyczny zmian skórnych w związku z przypadkiem erythrodermii w przebiegu stwardnienia tętnicy płucnej (m. d'Ayerza). — Reiss H.: W sprawie pracy pt.: „Studiá nad konstytucjonalnym stanem łojotokowym skóry“. — Walter Fr. i Obtułowicz M.: W sprawie „Studiów nad konstytucjonalnym stanem łojotokowym skóry“. — Steinhauer L.: Zachowanie się globulin surowicy krwi w chorobach alergicznych skóry i wpływ na nie podsiarczynu sodowego.

**Wiedza Lekarska.** Nr 6. 1938. Wójciak P.: O leczeniu ostrych schorzeń biegunkowych u niemowląt. — Wiszniewski J.: Leczenie solami złota wczesnych postaci zakażenia gruźliczego, typu dziecięcego.

**Wiadomości Lekarskie.** Nr 6. 1938.

**Wiadomości Farmaceutyczne.** Nr 26. 1938.

**Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego we Lwowie.** Nr 6. 1938.

**Praca i Opieka Społeczna.** Z. 4. 1937.

## OCENA

**Sprawozdanie z XI Zjazdu Niemieckiego Tow. Badań Krażenia w Nauheim, 26—27 marca 1938 r. (Bericht über die XI Jahrestagung der Deutschen Gesell. für Kreislaufforschung am 26 und 27 März 1938).** Zeitschr. f. Kreislaufforsch. 30. Nr 10, str. 368, 1938.

Posiedzenia Zjazdu, którym przewodniczył W. Nonnenbruch z Pragi poświęcone były głównie sprawie zapadu. K. Gollwitzer-Meier referował o zmianach hematodynamicznych, polegających na obniżeniu ciśnienia i o zmianach w chemizmie krwi, protoplazmatycznych, które przypisuje działaniu

histaminy, a które mogą wpływać na przepuszczalność naczyń. R. Siebeck z Berlina mówił o znaczeniu zapasów wody i wskazywał na stan serca, który nie zawsze usprawiedliwia zapad. Kirschner z Heidelbergu omawiał znaczenie zapadu dla chirurgii. R. Schoen z Lipska mówił o farmakologii i leczeniu. A. Rühl o znaczeniu kwasu węglowego. W. Ewig zajął się szczególnie zapadem po oparzeniu, R. Hansen zapadem po połogu, K. H. Zinck patologiczną anatomią zapadu, H. Meessen zdawał sprawę z doświadczeń dotyczących zapadu u zwierząt pod wpływem zmiany położenia, gdzie osłabienie czynności serca jest po trochu wywołane przez brak wypełnienia naczyń wieńcowych, Eb. Koch omawiał odruchowe zachowanie się naczyń, H. Brüner doświadczenie dotyczące skrwawienia, M. Schneider zmiany rozdziału krwi przy zmianie położenia itp. Bardzo liczni uczestnicy zdawali sprawę z czynności mięśni, z czynności naczyń włoskowatych, z przesączalności naczyń, znaczenia obwodowych naczyń (Fischer-Wasels, H. Eppinger). Część referatów dotyczyła badań ciałek czerwonych, mierzenia tętna, zawartości tlenu, krążenia wieńcowego, przenoszenia bodźców itp. Całość, aczkolwiek jest tylko sprawozdaniem, daje pojęcie o stanie obecnym tego tak bardzo ważnego dla teorii i praktyki zagadnienia.

W. Moraczewski (Lwów).

**Fizjologiczne i kliniczne znaczenie amoniaku we krwi (Die physiolog. und klinische Bedeutung des Blutammoniaks).** LAZAR STANOJEVIĆ. Wyd. Th. Steinkopff, Drezno-Lipsk, 1938. St. 68

Monografia, opatrzona wstępem napisanym przez Fr. Volharda dzieli się na sześć rozdziałów, z których pierwszy zajmuje się metodami oznaczenia amoniaku we krwi i rewelacyjnym odkryciem Nash i Benedict, Folina i Denisa, Russela, Parnasa i Hellera o nieznacznej ilości amoniaku we krwi, pomimo że dawne badania (Nencki i Zaleski) podawały znacznie wyższą ilość. Sposób oznaczania autor oczywiście nieco zmodyfikował, pobierając krew z żyły strzykawką, w której już rozczyln boraksu się znajduje, aby w ten sposób zapobiec rozpadowi ciał wydzielających amoniak. Pracując tym sposobem ustalił autor ilość amoniaku. W trzecim rozdziale zajmuje się autor oceną innych sposobów, a dalej znaczeniem amoniaku w ustrojowych sprawach, przy czym rozważa po kolei rolę wątroby, nerek, płuc i mięśni, wreszcie rolę środków leczniczych, zakwaszenia i zalkalizowania. W przedostatnim rozdziale omawia autor znaczenie amoniaku w chorobach wątroby i nerek obok schorzeń innych narządów, jak wady serca, cukrzyca, sprawy zakaźne i nerwowe. Całość napisana jest bardzo przejrzysto i daje dostateczne pojęcie o znaczeniu amoniaku i jego losach w ustroju. W streszczeniu ostatecznym podnosi autor, że wprawdzie dużo spraw czeka na wyjaśnienie, ale przecie twierdzić można z pewną śmiałością, że zarówno zawartość w ustroju, raczej we krwi, jak i tworzenie w narządach, a szczególnie w nerce za ustaloną uważać można. Podobnie i pochodzenie amoniaku z kwasów aminowych zdaje się nie ulegać wątpliwości. Zestawienie piśmiennictwa, zawierające 213 pozycyji, z uwzględnieniem piśmiennictwa wszechświatowego kończy tę bardzo godną uwagi książkę.

W. Moraczewski (Lwów).

**La pratique du pneumothorax thérapeutique.** DUMAREST, LEFEVRE, MOLLARD, PAVIE i ROUGY. Masson et Cie. Paris 1936. Str. 474. Cena: 50 fr. fr.

Jest to czwarte wydanie dzieła znanego fizjologa francuskiego Dumaresta z Hauteville i jego współpracowników. Książka ta przeznaczona przede wszystkim dla praktyków, wprowadza czytelnika w zasady leczenia zapadowego gruźlicy.

Autorzy wskazują przy omawianiu fizjopatologii narządu oddechowego w gruźlicy płuc na odprężający wpływ odmy na chore płuco. Słusznie podkreślają, że odma piersiowa ma za zadanie ułatwić zapadnięcie się płuca, a więc wystarczy stosować przy dopełnianiu ciśnienia ujemne (*pneumothorax hypotensif*); nie należy uciskać płuca przez stosowanie wysokiego ciśnienia dodatniego.

Omówiono wyczerpująco technikę zakładania odmy piersiowej i powikłania operacyjne. Nie wykluczając w zupełności istnienia wstrząsu opłucnowego, autorowie uważają jednak zatępienie gazy za zwykłą przyczynę ciężkich niekiedy objawów, związanych z aktem zakładania odmy, a prowadzących nawet do zejścia śmiertelnego.

Szczegółowo przedstawili autorzy powikłania opłucnowe w przebiegu leczenia odumą i zasady postępowania. Osobny rozdział poświęcili odległym, wynikom i przerwanemu leczeniu.

Poza wskazaniami w gruźlicy płuc, przedstawiono w krótkości i inne jednostki chorobowe, nadające się do tego sposobu

leczenia. Stanowisko autorów w sprawie leczenia odną ropni płuc jest w ogóle krytyczne.

Rozdziały o odnie dwustronnej, pierwotnie drugostronnej (*max controlateral primitiv*) zawierają wiele trafnych uwag.

Odrębnie omówiono technikę i wartość przepalania zrębów opłucnowych, stanowiącego tak ważny zabieg uzupełniający.

W końcu zajmują się autorzy zabiegami operacyjnymi uzupełniającymi, jak wyrwanie i alkoholizacja n. przeponowego, scaleniotomia, alkoholizacja n. międzyżebrowych i torakoplastyki w związku z leczeniem odną.

W sprawie przeprowadzania ambulatoryjnego leczenia odną uważają umieszczenie chorego na okres 3—4 miesięcy w sanatorium czy szpitalu za najpewniejszą gwarancję ostatecznego dodatniego wyniku leczenia. Nie mają natomiast żadnych zastrzeżeń co do ambulatoryjnego dopełniania odmy, założonej w warunkach klimatyczno-sanatoryjnych.

Każdy lekarz, mający dłuższe doświadczenie w dziedzinie leczenia zapadłego gruźlicy płuc, zgodzi się w zupełności z ostatnim zdaniem omawianej książki „...Nie jest odwagą, ani zasługą — stwierdzenie, że odma piersiowa stanowi największy postęp, zrealizowany przez fizjoterapię począwszy od jej początków”.

Książka Dumaresta i jego współpracowników, omawiająca tę najskuteczniejszą metodę leczenia, zasługuje na zainteresowanie lekarzy praktycznych, którzy rozpoczynają samodzielnie pracę na polu leczenia gruźlicy płuc, po ukończeniu okresu zaznajamiania się w ośrodkach klinicznych czy sanatoryjnych z techniką zakładania i dopełniania odmy. Będzie ona dla nich pomocą w szeregu nasuwających się wątpliwości.

St. Hornung (Lwów).

O dziedziczności anomalii szczęk i zębów (*Ueber die Frage der Vererbung von Anomalien der Kiefer und Zähne*). R. RITTER. 74 stron, 116 rys. Lipsk, 1937, nakładem Hermanna Meussera, cena egz. brosz. Rmk. 6,30.

Autor wychodzi z założenia, że nieprawidłowości w ustawieniu poszczególnych zębów i ukształtowaniu się szczęk są przejawem pochodzenia egzogennego, niemniej starał się zbadać w jakim stopniu zmiany te są dziedziczne.

Ritter zbadał 126 bliźniaków dwujajowych i 96 bliźniaków jednojajowych, w jednym wypadku czworaków badał doświadczenie na zwierzętach. Wynikiem badań jest uznanie zmniejszonej liczby zębów jako cechy dominującej. Badania jego dotyczące kształtu korony zęba oraz kształtu korzenia (*tuberculum carabelli* i *tuberculum dentale*) potwierdzają dziedziczność tych cech.

Nieprawidłowość zgryzu i wadliwe ustawienie zębów należą również często do dziedzicznych, jak np. progenia dziedziczna, dziedziczny tyłozgryz.

Książka Rittera jest nader cenna z powodu wielkiej ilości zbadanych przypadków.

T. Owiński (Lwów).

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

### Patologia

Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez łasecznika paraduru B. u oseska. B. SCHMIDT. Klin. Woch. Nr 9, 1938.

Paradur B najczęściej przebiega w postaci średnio ciężkiego, duru brzuszno. Nierzadko jednak zdarzają się inne schorzenia, jak zapalenie miedniczek i pęcherza moczowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego, nerek, miejscowe ropienie itp. Znane są przypadki zapalenia płuc paratyfusowego, stwierdzano też łasecznika tego paraduru w ścianie wyrostka robaczkowego i w ropniach przywrostkowych. U osesków obok zapalenia jelit i w ropniach występują objawy ze strony opon mózgowych. Opisał też kilka przypadków zapalenia opon mózgowych na tle tego zarazka u osesków. Sprawa zwykle wiedzie do śmierci. W przypadku autora chodzi o 6-tygodniowego oseska, który zmarł na klinice w kilka dni po zachorowaniu z objawami zapalenia opon mózgowych, a u którego w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono jeszcze za życia łasecznika paraduru B. Sekcja wykazała ropne zapalenie opon miękkich i ropniaka komór mózgowych. W poszukiwaniu źródła zakażenia stwierdzono u matki i siostry oseska w stolcu łasecznika paraduru B i to w kilkakrotnym badaniu, zawsze z wynikiem dodatnim, ale bez objawów klinicznych z ich strony i bez poprzedniego przebiegu choroby. Należy też przyjąć bez wątpliwości, że w danym przypadku matka była źródłem zakażenia oseska.

W. Nowicki (Lwów).

Przypadek kilowego zapalenia śródpiersia. K. UNSER. Klin. Woch. Nr 9, 1938.

Autor przedstawia dokładnie historię choroby kobiety 47-letniej, u której stopniowo wystąpił obrzęk twarzy, sinica, obrzęk powiek, zgrubienie szyi, poroszczeranie żył skroni, klatki piersiowej. Klinicznie stwierdzono stłumienie nad śródpiersiem i na prawo od mostka. Wa. we krwi dodatni. Zastosowano leczenie swoiste. Stan jednak się pogarszał, przede wszystkim wystąpiła bardzo wybitna duszność, sinica, utrudnienie połykania. Wszystkie objawy w szybkim tempie się zwiększyły tak, że ze względów życiowych wykonano rozszczepienie mostka, po czym chora mogła udać się do domu. Dodać należy, że kobieta raz ronila a następnie przeszła przedwcześnie poród. U chorej rozpoznano zapalenie kilowe śródpiersia z następnym uciskiem przede wszystkim na żyłę główną górną. Autor omawia sprawę zapalenia kilowego śródpiersia, które może wychodzić od strony dróg oddechowych, jednak rzadko, jeszcze rzadziej i innych narządów, najczęściej z tętnicy głównej, co należało przyjąć także w przypadku opisanym, tym bardziej, że u chorej stwierdzono znaczniejsze rozszerzenie tejże tętnicy. Autor wypowiada zdanie, że zmiany zastoinowe ze strony żyły głównej górnej nie powstały wskutek jej ucisku, ale najprawdopodobniej wskutek zwężenia jej światła, wywołanego zmianami kilowymi w jej ścianie.

W. Nowicki (Lwów).

Przyczynę do leczenia chorób alergicznych histaminą. P. FARAGÓ. I Quad. dell'Allergia. Nr 5, 1937.

Autor stawia pytanie, czy dla wywołania choroby alergicznej nie jest konieczne obok alergenu również i wytworzenie się histaminy i jaka jest rola histaminy w mechanizmie powstawania schorzenia alergicznego. W tym celu autor w 10 przypadkach schorzeń alergicznych wykonał odczyn Prausnitz-Küstnera histaminą — wszystkie próby wypadły ujemnie. Na tej podstawie autor dochodzi do wniosku, iż histamina nie jest konieczną dla wywołania choroby alergicznej.

Mester (Kraków).

Leczenie humeralne narządu krążenia. R. CARRANO i S. BISIO. Actualidad Med. Mundial. Nr 77, 1937.

Po krótkim wstępie historycznym autor wymienia następujące leki humeralne narządu krążenia: adrenalinę, kalikreinę, lakainol, hormokardiol, myoston, automatynę Zwaardemakera; Zwaardemaker wykazał również, że witamina B uczyniona promieniami  $\gamma$  wywiera typowe właściwości automatyny, ciała, regulującego skurcze mięśnia sercowego. W dalszym ciągu autor wymienia histaminę, acetylocholinę, adenozyne, kwas adenozynefosforowy i kwas adenozyneotrójfosforowy.

Mester (Kraków).

Zespoły nerwowo-psychiatryczne w niedokrwistości złośliwej. J. L. PELUFFO. Actualidad Med. Mundial. Nr 77, 1937.

Po opisanu zespołów nerwowo-psychiatrycznych, autor omawia etiologię ich przebiegu w n. zł., przyznając słusność teorii zakaźno-toksycznej raczej, aniżeli teorii niedoboru. Autor przytacza szereg prac autorów, z których jedni wierzą w skuteczność leczenia zespołów nerwowych w n. zł. wyciągami wątrobowymi i żółdkowymi, inni zaś tej wiary nie podzielają. Autor przychylił się do stanowiska pesymistycznego.

W szeregu prac wykazał niezłucie prof. Tempka dużą poprawę a nawet wyleczenie ciężkich objawów nerwowych w n. zł. za pomocą energicznego leczenia wyciągami wątrobowymi i żółdkowymi. (Acta Med. Scand. Vol. 87, Fasc. V—VI, 1936 — Przyp. referenta).

Mester (Kraków).

O szczególnym przełomie dychawiczym, wyleczonym podaniem cukru. R. CAMPANACCI. Min. Med. Nr 2, 1938.

U chorej 24-letniej występują napadawo stany duszności wdechowej i wydechowej. Badanie fizykalne nie wykazało odchyleń od normy. Natomiast ilość cukru we krwi wynosiła 42 mg % na czczo; autor uważa te ataki duszności za przełomy niedocukrzeniowe (kryzy glikopeniczne). Za słusnością autora przemawia wyleczenie chorej po podaniu diety bogatej w węglowodany.

Mester (Kraków).

Forma azocicowa skrobiawicy nerek. P. RIVASI. Min. Med. Nr 2, 1938.

Autor opisuje przypadek skrobiawicy nerek, przebiegający bez charakterystycznych objawów. Jedynie ilość reszty azotowej we krwi była wzmóżona. Sekcyjnie stwierdzono rozlaną skrobiawicę nerek.

Mester (Kraków).

*Nieorganiczne żelazo w leczeniu niedokrwistości po krwotokach z macicy, a szczególnie po krwotokach z macicy w okresie pokwitania.* SCHIASSI. Min. Med. Nr 6. 1938.

Opierając się na zbadaniu 6 przypadków ciężkich niedokrwistości po krwotokach z narządów rodnych kobiecych, wyleczonych dużymi dawkami nieorganicznego żelaza, po którym to leczeniu krwotoki zupełnie ustały, autor dochodzi do wniosku, iż chore te są „żelazochwiejne”. U tych chorych żelazo zmagazynowane łatwo się wyczerpuje, gdyż mechanizm regulujący zużytkowanie żelaza jest zaburzony. Jako skutek tego występuje niedobarwliwa niedokrwistość z następowymi krwotokami miesięcznymi — stanom tym towarzyszy zaburzona czynność jajników. Po przeprowadzeniu leczenia żelazem nieorganicznym, niedokrwistość się cofa i równocześnie czynność jajników ulega poprawie.  
Mester (Kraków).

*Leczenie Sanocrysiną schorzeń stawowych ze szczególnym uwzględnieniem powikłań, wywołanych tym leczeniem.* K. SECHER. Z. Rheumaforsch. Nr 1. Z. 1. 1938.

Autor uważa leczenie schorzeń stawowych wstrzykiwaniami soli złota, a zwłaszcza Sanocrysinę za najlepszą metodę leczniczą. Na 540 chorych leczonych Sanocrysiną w 67,5% wystąpiły powikłania: trombopenia i zapalenie skóry. Celem ochrony przed powikłaniami autor stosuje duże dawki witaminy C i B<sub>1</sub>. W czasie leczenia solami złota należy często kontrolować mocz i krew. W czasie leczenia przewlekłych schorzeń należy pamiętać o ćwiczeniach mięśni, o wykonywaniu ruchów czynnych i biernych.  
Mester (Kraków).

*Przyczynę do statystyki wyników leczniczych, uzyskanych w schorzeniach gośćcowych.* P. KÖHLER i S. HERING. Z. Rheumaforsch. Nr 1. Z. 1. 1938.

W Państwowym Zakładzie Leczniczym dla Reumatyków w Bad Elster w latach 1933/34 leczono 484 chorych, osiągnięto znaczne polepszenie w 85%, zwłaszcza gośćca mięśniowego, natomiast przewlekłe schorzenia stawowe dają 67,3% znacznej poprawy. Autorzy zwracają uwagę na doniosłość leczenia zapobiegawczego.  
Mester (Kraków).

#### Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

*Anorexia nervosa.* C. W. ROSS. The Lancet. Str. 1041. 1938.

Dziewczynka lat 12 od dłuższego czasu skarży się na zupełną utratę łaknienia tak, że wskutek nieprzyjmowania dostatecznego pokarmów silnie wycieńcza aż do stanu *chery*. Żadnych zmian organicznych nie stwierdzono. Niedostateczne odżywianie powoduje zaburzenia w przyswajaniu węglowodanów (powolne opadanie krzywej obciążania cukrem gronowym oraz znaczna wrażliwość na insulinę). Po leczeniu dietą obfitą w węglowodany oraz stosowaniu wyciągów, stan chorej ogromnie się poprawił, przy równoczesnym wybitnym przybytku wagi ciała.  
Wl. Elmer (Lwów).

*Obwodowe zapalenie nerwów, połączone ze zwichnięciem odźwiernika i niedostatkami witaminy B<sub>1</sub>.* L. P. E. LAURENT i H. M. SINCLAIR. The Lancet. Str. 1045. 1938.

U chorego cierpiącego na raka żołądka ze zwichnięciem odźwiernika pojawiło się obwodowe zapalenie nerwów. Poziom witaminy B<sub>1</sub> we krwi przed leczeniem wynosił 4 mg %, zaś po leczeniu witaminą B<sub>1</sub> poziom B<sub>1</sub> we krwi podniósł się do poziomu prawidłowego, 10 mg %. Objawy zapalenia nerwów nastąpiły.  
Wl. Elmer (Lwów).

*Działanie kwasu nikotynowego na chorych cierpiących na pelagrę i pozostających na diecie powodującej pelagrę.* J. M. GRANT, S. ZSCHIESCHE i T. D. SPIESS. The Lancet. Str. 939. 1938.

Badanie wpływu kwasu nikotynowego opiera na materiale 7 chorych na pelagrę. W badaniach uwzględniono dokładnie poszczególne składniki pokarmowe (białko, tłuszcz, węglowodany, ciała mineralne i witaminy). Stwierdzono szybkość i wybitną poprawę stanu chorych po zastosowaniu kwasu nikotynowego. Znikanie koproporfirynurii po powyższym leczeniu zdaje się wskazywać na znaczenie jej w patogeniezie pelagry.  
Wl. Elmer (Lwów).

*Zmiany elektrokardiograficzne w przebiegu ostrego zapalenia nerek.* A. GARRETON SILVA, L. HERVE, F. NOGUES i L. G. FORERO. Arch. Mal. Coeur. Nr 2, 1938.

Praca opiera się na badaniu 36 przypadków ostrego kłębuszkowego zapalenia nerek. Autorzy zwrócili szczególną uwagę na zachowanie się układu krążenia i stwierdzali często nie-

domną krążenia przy równoczesnej rozstrzeni serca, widzieli nawet obrzęk płuc.

Elektrokardiogram wykazywał bardzo często odchylenia od normy, wprost proporcjonalne do nasilenia objawów chorobowych, a cofające się ze zdrowieniem. Najwybitniejszą zmianą krzywej EKG było obniżanie się odcinka ST oraz spłaszczenie się, a nawet odwracanie załamka T w odprowadzeniu pierwszym i drugim. Autorzy stwierdzili również w 9 przypadkach na szczycie choroby odosobnione odwrócenie T III, która to zmiana może świadczyć o uszkodzeniu mięśnia sercowego. Brak natomiast w ostrym zapaleniu nerek zaburzeń przewodnictwa. Zmiany elektrokardiograficzne znikają w miarę, jak chory powraca do zdrowia, przeciętnie po 4—6 tygodniach.

Na powstanie zaburzeń układu krążenia wpływają czynniki naczyniowe, nadciśnienie tętnicze, podwyższenie ciśnienia żylnego, zatrzymanie soli w ustroju oraz czynnik toksyczno-infekcyjny.  
H. Weber (Lwów).

*O wielokrotnych wrzodach żołądka i dwunastnicy.* P. SAVY M. GIRARD, Z. KHAYAT. Le Journal de Medecine de Lyon. Nr 436, 1938.

Z 48 wrzodów, operowanych przez autorów, 8 razy, tj. w 8,8% przypadków znaleziono wielokrotnie wrzody. Anatomicznie najczęściej znajdowano równocześnie wrzód okolicy odźwiernikowo-dwunastniczej oraz krzywizny małej; tylko w jednym przypadku istniały trudności w przechodzeniu pokarmu. Klinicznie wrzody wielokrotnie przejawiają się tak samo, jak poszczególne wrzody późnymi napadami po jedzeniu oraz nawrotami co kilka tygodni przez cały rok. Klinicznie wrzodów wielokrotnych rozpoznać nie można, radioskopowo rzadko, a natomiast radiografia jest najlepszym środkiem dla rozpoznania wielokrotnych wrzodów. Ze stanowiska leczniczego w ogóle istnienie równoczesne dwóch wrzodów wymaga rozległej gastrektomii, umożliwiającej usunięcie obu wrzodów. Wszelako są odrębne wskazania, zależnie od tego, gdzie te wrzody są usadowione, czy po prawej stronie na dwunastnicy, czy bardzo wysoko na krzywiznie małej i czy zachodzą trudności w przesuwaniu się pokarmów. W takich przypadkach wykonuje się wprawdzie często z konieczności zabiegi tylko dorywcze, lecz idealnym zostaje rozległa gastrektomia, którą się o ile możliwości później uskutecznia.  
Blassberg (Kraków).

*Objawy oczne złośliwego zapalenia wsierdza o powolnym przebiegu.* P. BONNET i G. BONAMOUR. Le Journal de Medecine de Lyon. Nr 437, 1938.

Złośliwe zapalenie wsierdza o powolnym przebiegu jest stanem posocznicowym, dołączającym się jako stan pierwotny do starych zmian zastawkowych. W przebiegu cierpienia pojawiają się zatępy, a zatępy w siatkówce zasługują na szczególną uwagę. Zdarzyć się może nagła jednostronna ślepota, na skutek zatoru centralnej tętnicy siatkówki, która może wskazać na niewidoczne zapalenie wsierdza. Badając systematycznie dno oka u wszystkich chorych, dotkniętych złośliwym zapaleniem wsierdza, znajduje się w 40% przypadków ważne rozpoznawcze zmiany siatkówki nawet przy braku czynnościowych zaburzeń ocznych. Zapalenie siatkówki Rotha cechują wybroczyny o białym ośrodku, wyraźnie ograniczone, okrągłe, owalne lub łódkowate. Pojawiają się one szybko, a po kilku godzinach znikają i pojawiają się w innym miejscu. Są to prawdopodobnie ograniczone martwice, wywołane przez kolonie drobnoustrojów, zaniesionych tam drogą krwi. Można też spotykać wybroczyny obfitsze z środkowym białym ogniskiem. Twierdzenia Falkonera o rozpoznawczym znaczeniu obustronnego zapalenia nerwu wzrokowego autorowie nie potwierdzają. Dość często widzi się stany zapalne siatkówki, które należy uważać za zlagodzoną postać przerzutowego zapalenia ocznego posoczniczego. Zmiany powyższe mają cenną wartość rozpoznawczą w wypadku złośliwego zapalenia wsierdza o powolnym przebiegu, a często stanowią złe rokowania, zapowiadające rychły zgon.  
Blassberg (Kraków).

#### Higiena i medycyna społeczna

*Ostatnie zmiany w zawodzie malarskim.* A. HAMILTON. Labor Statistic Bull. Nr 7, 1936, Journal of Industr. Hygiene and Toxicology.

Zawód malarski był zawsze szkodliwy dla zdrowia ponad przeciętną normę, co wykazują jasno statystyki różnych towarzystw, czy instytucji ubezpieczeniowych na wypadek choroby.

Pomimo że postępy w dziedzinie higieny przemysłowej w wielu gałęziach przemysłu są ogromne, skutek ich jednak w danych statystycznych się nie wyraził.

Musi jeszcze upłynąć duży okres czasu, zanim da się wykazać, że nowoczesne ulepszenia w zawodzie malarzy spowodowały usunięcie wielu dawnych niebezpieczeństw.

Zajęcie malarza pokojowego przeszło o wiele mniej zmian, niż inne gałęzie pracy malarza. Zdrowie malarza może być chronione odpowiednio, jeżeli pracuje w fabryce, sprawa jest jednak trudniejsza lub niemożliwa do przeprowadzenia, jeżeli pracuje na własną rękę lub dla coraz innego przedsiębiorcy w budownictwie.

Niebezpieczne momenty pracy malarza są dobrze znane. Są to pewne szkodliwe substancje, zastąpienie których innymi, nie działającymi trująco, spowoduje poprawę warunków pracy w tym zawodzie.

Ostatnie 20 lat wywarły wpływ zarówno na materiały używane przez malarzy, jak i na metody pracy.

Zmiany w materiałach doprowadziły do usunięcia barwików ołowianych przy malowaniu mieszkań, mebli, samochodów, okrętów, wagonów itp. Farby, które zajęły miejsce ołowianych, są zwykle zupełnie nieszkodliwe.

Wraz z wyparciem ołowiu nastąpiło zmniejszenie użycia terpentyny, którą zastąpiono przez alkohole i produkty nafty. Farby przyrządzone w ten sposób są o wiele mniej trujące i są przy tym mniej używane, gdyż ich miejsce coraz częściej zajmują lakiery przygotowane z celulozy i syntetyczne żywice. Te ostatnie są szkodliwe tylko w stanie płynnym. Lakiery te otrzymuje się przez rozpuszczenie azotanu lub octanu celulozy w lotnych, mniej lub więcej trujących związkach i o żadnym z tych rozpuszczalników nie da się powiedzieć, czy nie wywiera szkodliwego wpływu na pracownika. Syntetyczne żywice są rozpuszczone w pewnych produktach nafty, które posiadają niewielką toksyczność. Podczas ostatnich lat starano się usunąć trujące rozpuszczalniki i użycie lakierów jest o wiele mniej niebezpieczne, niż przed 15 czy 20 laty.

Farby, używane w malarstwie stały się zatem mniej szkodliwe dla zdrowia; zmiany natomiast w metodach pracy powodują pewne niebezpieczeństwa. Zanurzenie przedmiotów w płynnej farbie, aczkolwiek mało niebezpieczne i dość często stosowane, nie jest jednak tak powszechne, jak metody rozpylania, usuwające użycie pędzli. Wprowadzenie pistoletu, rozprowadzającego farbę, spowodowało wprost rewolucyjne zmiany w zawodzie malarskim i zwiększyło stopień jego szkodliwości. Aczkolwiek nie ma na to na razie dostatecznych dowodów i mało przypadków potwierdziło przypuszczalne niebezpieczeństwo użycia pistoletów, należy jednak pamiętać, że doświadczenia ludzkie z używanymi obecnie chemicznymi związkami nie trwają dość długo, aby dać stanowcze wyniki.

Jak wynika z dotychczasowych obserwacji, tylko ołów i benzol zostały poddane dokładnym studiom, przy czym wykazano, że żaden z nich nie nadaje się do malowania z pomocą pistoletów bez szkody dla pracującego. Te fakty są dokładnie znane zarówno twórcom farb, jak i robotnikom, i oba te składniki usunięto z farb i lakierów. Najbardziej niebezpiecznym rozpuszczalnikiem tej toluol. Pozostają jeszcze estry, alkohole i ketony, produkty destylacji ropy naftowej i duża ilość nowych rozpuszczalników organicznych, z których niektóre znane są jako trujące, inne, jak dotąd, nie wykazały szkodliwych własności. Trzeba jednak pamiętać, że wiedza nasza o nich polega w większości wypadków na doświadczeniach robionych na zwierzętach i nie można jej stosować do panujących w fabryce warunków, gdzie robotnik dzień po dniu przez wiele lat wdycha trującą. Może być, że niewielkie ilości nie wyrządzają szkody i że organizm ludzki jest zdolny do unieszkodliwienia tych związków i wydalenia ich.

Oczywiście, nie bywają one magazynowane w organizmie tak, jak np. ołów, który wywiera później działanie.

Dla zmniejszenia niebezpieczeństwa wdychania rozpylonych farb i lakierów, stosowane są wyciągi i włączanie czystego powietrza. Jeżeli zastosowanie tych środków jest niemożliwe, należy wprowadzić używanie aparatów oddechowych, zatrzymujących pyły, lub maski zaopatrzone w dopływ powietrza. Najbardziej skutecznym sposobem ochrony zdrowia malarzy jest jednak wybór farb, wolnych od trujących składników.

*Kila a bezrobocie.* JOSEPH EARLE MOORE. Journal of Ind. Hyg. and Tox. Nr 5, 1937.

Kontrola kiły w Stanach Zjednoczonych odgrywa coraz bardziej doniosłą rolę pod względem społecznym. Lekarze pewnych wielkich przedsiębiorstw przemysłowych, a nawet urzędów państwowych, prawdopodobnie pobudzeni wielkim rozgłosem, jaki nadano kile, wymagają badania krwi od wszystkich ubiegających się o pracę i odrzucają podania osobników z wynikiem serologicznym dodatnim. Lekarze ci podają następujące motywy

swego postępowania: 1) niebezpieczeństwo przeniesienia kiły (pokarmy), 2) narażenie życia towarzyszy przy obsłudze maszyn, wymagających wielkiej uwagi i bystrości umysłu, ze względu na bezpieczeństwo przy pracy, 3) ryzyko ekonomiczne na skutek konieczności płacenia w jakiegokolwiek postaci renty lub zasiłku, w razie utraty zdolności do pracy na skutek kiły. Dla lekarza obeznanego z kiłą łatwo jest wykazać, że jeżeli chodzi o stosowanie wyników badania krwi, jako wskaźnika dla udzielenia posady lub odmowy, to argumenty te są nie wystarczające.

1) Niebezpieczeństwo przeniesienia kiły przez kontakt międzypłciowy jest naprawdę znikome nawet między ludźmi, dotykającymi artykułów spożywczych, nie mówiąc już o możliwościach zarażenia się od fryzjerów oraz od zatrudnionych przy zabiegach kosmetycznych. Ale nawet to małe ryzyko zależy od czasu trwania kiły i jej okresu. Chory nawet w okresie wczesnej zakaźnej kiły przestaje być niebezpieczny z chwilą, gdy po postawieniu rozpoznania rozpoczęto właściwe leczenie. Obowiązkiem pracodawcy w stosunku do społeczeństwa, jeżeli chodzi o zapobieganie rozszerzaniu się kiły, jest zatrzymanie zarażonego nadal przy pracy, aby umożliwić mu właściwe i odpowiednio długie leczenie, z którego nie mógłby skorzystać w razie pozabawienia go pracy.

W okresie późnej kiły, trwającej więcej niż 5 lat, nie ma żadnego niebezpieczeństwa zarażenia współpracowników i odmowa zatrudnienia, lub usunięcie z pracy są nieuzasadnione. Badanie serologiczne krwi nie może być brane jako kryterium zaraźalności. W okresie pierwotnym lub kiły drugorzędnej, kiedy próby serologiczne są ujemne, chorzy są zwykle niebezpieczni dla otoczenia, a w okresie kiły późnej, gdy próba wypadła dodatnio, chorzy są zupełnie nieszkodliwi.

2) Ryzyko, że zarażeni kiłą, obsługując maszyny grożące niebezpieczeństwem wypadku, mogą narażać życie innych, jest ograniczone do chorych z kiłą sercowo-naczyniową i kiłą układu nerwowego, zwłaszcza z porażeniami. Brak jest jakichkolwiek dowodów, które by wskazywały, że przemysłowe wypadki przy pracy są częstsze wskutek nieuwagi osób kiłowych niż zdrowych. Dodatnia próba krwi nie daje rozpoznania kiły sercowo-naczyniowej lub układu nerwowego. To rozpoznanie może być postawione dopiero po całkowitym zbadaniu chorego. Nie ma powodu umieszczania chorych na kiłę serca lub układu nerwowego przy urzędzeniach, których doglądanie lub brak nadzoru może spowodować niebezpieczeństwo dla samych chorych lub towarzyszy. Dziwnym, a zarazem godnym uwagi wydaje się fakt, że zakłady przemysłowe, które mogłyby najwięcej ucierpieć od wypadków spowodowanych przez chorych kiłowych, a więc kolejnice, przedsiębiorstwa samochodowe nie wymagają poddawania się pracownikom okresowym próbom serologicznym. Z punktu widzenia bezpieczeństwa publicznego, próba serologiczna nie jest, jak dotąd, w ogólnym użyciu, a tam, gdzie jest stosowana, użycie jej w większości przypadków nie jest rozsądne. Próba serologiczna nie powinna być kryterium dla odmówienia zatrudnienia lub usunięcia z pracy, a tam, gdzie chodzi o ryzykowne zajęcia, musi być jednym z momentów ostrożnej decyzji w każdym indywidualnym przypadku. Jeżeli zostanie stwierdzona kiła układu sercowo-naczyniowego lub nerwowego, praca może być powierzona pod warunkiem podjęcia odpowiedniego leczenia. W zawodach, nie pociągających ryzyka, dodatnia próba serologiczna nie zasługuje na uwagę.

3) Dodatkowe ryzyko ekonomiczne nałożone na przedsiębiorstwo z tytułu odszkodowania (rent), lub innych form ubezpieczenia społecznego, jest uważane za najsilniejszy argument dla niezatrudniania osobników kiłowych. Stanowisko to jest oparte na niesprawdzonych lub niedostępnych dla lekarzy podstawach. Nie ma, zdaje się, danych na to, że pracownik, o ile nie dotyczy to układu sercowo-naczyniowego i nerwowego, jest więcej skłonny: a) do wypadków, niż osobnik niedotknięty kiłą, b) jeżeli ulegnie wypadkowi — do dłuższego leczenia i gorszego przebiegu, c) do ostrzejszego i cięższego przechodzenia innych chorób, d) do skrócenia okresu życia czynnego.

Ważnym momentem, który zasługuje na specjalną uwagę, jest ten, że pracodawca, o ile uzyska ważne wiadomości lekarskie o swoim pracowniku, winien zachować je przy sobie, aby nie doszły, ze szkodą moralną dla pracownika, do wiadomości jego kolegów.

Wreszcie są poważne lekarskie i społeczne sprzeciwki klasyfikowania kiły wyłącznie według próby krwi. Nie ma odpowiednich przyczyn, dla których stosowanie jej ma być ograniczone do osobników zatrudnionych w zawodach, wymagających mniejszych uzdolnień. Urzędnik z porażeniami kiłowymi zrobi prawdopodobnie więcej szkody przedsiębiorstwu, niż zwykły robotnik w okresie kiły utajonej. Jeżeli przemysł ma być konsekwentny w tej sprawie, winien wykonać badania serologiczne

nie na kiłę u wszystkich z prezesem towarzystwa, zarządu, dyrektorami i kierownikami lekarskim na czele, bez względu na wiek, płeć, wynagrodzenie, wykształcenie i pozycję społeczną. Jeżeli robotnik ma być wydalony dlatego, że ma kiłę, to również urzędnik z kiłą winien być usunięty. Jeżeli obecny prąd ku niezatrudnianiu chorych na kiłę, których jest w Stanach Zjednoczonych A. P. około 12,000,000, nie będzie zatrzymany, sytuacja społeczna może się stać poważną. Przynajmniej połowa z nich będzie miała dodatni odczyn Wassermann, nawet gdy zostaną poddani odpowiedniemu leczeniu. Czy ma się odmawiać im zatrudnienia tylko na podstawie badania krwi, pomijawszy ich ogólny stan fizyczny i zdolność do pracy? Czy osobnik z ukrytą kiłą i trwałym dodatnim odczynem Wassermann, pomimo starań lekarza i jego samego, ma być w ogóle niezatrudniony? Są to pytania, na które z wielkim poczuciem rzeczywistości i znajomości wszechstronnej sprawy trzeba odpowiedzieć.

*Podjęcie wspólnej akcji w walce z chorobami wenerycznymi na obszarze nadreńskim.* Die Betriebskrankenkasse. Nr 11, 1937.

Urząd Ubezpieczenia Rzeszy okólnikiem swym z dnia 18. VI. 1936 r., dotyczącym wspólnej akcji w zwalczaniu chorób wenerycznych, wezwał do pracy w tym kierunku wszystkie instytucje ubezpieczeń społecznych całego obwodu. Kierownictwo ma objąć właściwy Krajowy Zakład Ubezpieczeń. Tymczasem odbyły się układy między Krajowym Zakładem Ubezp. i Związkami Kas Chorych obszaru nadreńskiego i w konsekwencji zawarło następującą umowę:

Umowa pomiędzy Krajowym Zakładem Ubezpieczeń prowincji nadreńskiej i Kasami Chorych, co do udzielania porad i leczenia chorych wenerycznie, ubezpieczonych i ich krewnych.

Zadania i cel organizacji leczniczych i poradni jest następujący:

- 1) wczesne i gruntowne rozpoznanie wszelkiego rodzaju chorób wenerycznych,
- 2) zapewnienie leczenia i nadzoru nad chorymi aż do czasu usunięcia niebezpieczeństwa zarażenia,
- 3) badanie i unieszkodliwienie źródeł zarażenia,
- 4) ścisła współpraca z Urzędami Zdrowia w celu wykonania wyznaczonych im przez ustawodawcę zadań.

§ 1. Krajowy Zakład Ubezpieczeń prowincji nadreńskiej zobowiązuje się zorganizowane przez siebie poradnie lekarskie dla chorych wenerycznie oddać do dyspozycji osobom, podległym obowiązkowi ubezpieczenia i ich rodzinom, dla bezpłatnego z nich korzystania.

#### A. Leczenie.

§ 2. Leczenie obejmuje wszystkie przypadki, począwszy od kiły i rzeżączki, o ile są one, lub mogą stać się niebezpiecznymi, ze względu na możliwość zarażenia.

Do leczenia, wynikającego z powyższej umowy, mają prawo wszyscy członkowie kas chorych, chorzy na kiłę i rzeżączkę, jak również i uprawnione do korzystania z pomocy lekarskiej osoby należące do rodziny. Leczenie jest zwykle ambulatoryjne. Pomocy leczniczej w poradniach zasadniczo nie udziela się. Leczenie szpitalne stosowane jest tylko w wypadkach zaleczonych przez lekarza i trwa do czasu zakwalifikowania go do leczenia ambulatoryjnego.

#### a) Postępowanie przy leczeniu.

§ 3. Dla przeprowadzenia leczenia podzielona zostaje prowincja nadreńska na 2 okręgi (obwody): południowy z siedzibą w Kolonii i północny z siedzibą w Düsseldorfie z jednym kierownikiem, lekarzem dla każdego obwodu.

Wnioski, dotyczące postępowania przy leczeniu, będą przyjmowane od najbliższych poradni lekarskich i przekazywane właściwemu lekarzowi obwodu. Do wniosku należy dołączyć odpowiednie dowody przynależności do kasy chorych, a więc zaświadczenie chorego, zaświadczenie kasy chorych lub pracodawcy, a do ubezp. inwalidzkiego kartę pokwitowania, poświadczenie obliczeniowe i zaświadczenie pracodawcy.

W wypadkach szczególnie nagłych, poradnia lekarska upoważniona jest do wprowadzenia natychmiastowego leczenia; winna ona jednak bezzwłocznie przedłożyć właściwemu kierownikowi obwodu wnioski do zatwierdzenia. Jeśli chodzi o leczenie kliniczne, wnioski należy przedłożyć zawsze bezpośrednio kierownikowi stowarzyszenia pomocy leczniczej w Düsseldorfie. W razie odrzucenia przez lekarza kierownika obwodu, czy kierownika stowarzyszenia pomocy leczniczej, wniosku co do postępowania przy leczeniu, zawiadamia się o tym niezwłocznie poradnię oraz lekarza, leczącego chorego. Powstałe w danym wypadku koszty leczenia będą musiały być poniesione stosownie do § 4 tej umowy.

#### b) Podział kosztów.

§ 4. Przy wykonywaniu leczenia przez Krajowy Zakład Ubezpieczeń, stosownie do § 2, koszty za środki lecznicze dla chorych na kiłę i rzeżączkę ponoszą po połowie Kasa Chorych i Krajowy Zakład Ubezpieczeń.

Koszty pielęgnowania, środków lekarskich i opatrunkowych, pobytu w szpitalach i zakładach leczniczych, jak również koszty podróży i zasilek domowy dla chorego na kiłę, ponoszą po połowie Kasa Chorych i Krajowy Zakład Ubezpieczeń.

Koszty utrzymania poradni lekarskich i ogólne koszty administracyjne, związane z opracowywaniem postępowania przy leczeniu, ponosi wyłącznie Krajowy Zakład Ubezpieczeń.

Regulowanie kosztów pomocy lekarskiej Kasom Chorych następuje przez wypłatę z kas lekarskich wynagrodzenia ogólnego.

#### c) Rozliczenie.

Krajowy Zakład Ubezpieczeń przedkłada koszty, wg § 4, i po zamknięciu rachunków rocznych rozlicza się z zainteresowanymi Kasami Chorych. Po rocznym obliczeniu komisja zaufania, złożona z przedstawiciela każdego z kontrahentów, bada w ciągu miesiąca podział kosztów. Kasy Chorych zwracają na wezwanie żądane koszty w terminie miesięcznym.

Krajowy Zakład Ubezpieczeń ma prawo żądać od Kas Chorych wpłat na poczet rachunku, po przedłożeniu im kosztów leczenia.

#### B. Porady.

Dla zabezpieczenia leczenia i opieki nad chorym aż do usunięcia niebezpieczeństwa zarażenia, jak również w celu badania i unieszkodliwienia źródeł zarażenia się, Kasy Chorych zobowiązują się zgłaszać na specjalnym formularzu właściwym poradniom Krajowego Zakładu Ubezpieczeń wszystkie wiadome im przypadki chorób wenerycznych. Winny one również, o ile możliwości, szczególnie drogą zarządzeń, wpływać w tym kierunku na chorych, aby stosowali się do wezwań i zarządzeń poradni lekarskich.

#### C. Ogólne.

§ 7. Urzędnicy i pracownicy instytucji ubezpieczeniowych łącznie z osobami, zatrudnionymi w poradniach, zobowiązani są, stosownie do § 141 RVD i § 10 ustawy Rzeszy do walki z chorobami wenerycznymi, do przestrzegania ścisłej tajemnicy.

Przystąpienie do umowy jest ze wszelkich miar godne polecenia. Poszczególne Kasy Chorych przyczyniają się częściowo do tego, iż chorzy wenerycznie leczeni są prawidłowo, a choroby weneryczne z biegiem czasu znikną zupełnie.

*Kursy wychowywania dzieci dla pracownic przemysłu we Włoszech.* Rassegna della previdenza sociale. Nr 3, 1937.

Konfederacja faszystowska pracowników przemysłu i Organizacja Narodowa dla ochrony matki i dziecka stworzyły między sobą układ, celem ochrony i udzielania pomocy pracownikom przemysłu w czasie ciąży, porodu, połogu, jako też w czasie karmienia dzieci piersią. Współpraca ta ma na celu przyczynienie się do częstszego korzystania z poradni dla matek i dzieci, ze żłóbków itp.

Poza tym ma na celu zaznajomienie pracownic fabrycznych z elementarnymi zasadami higieny matki i dziecka, tak ważnymi w akcji zwalczania śmiertelności pośród dzieci i polepszenia stanu fizycznego młodzieży.

Zorganizowane zostaną we wszystkich prowincjach Włoch kursy wychowywania dzieci dla pracownic fabrycznych, prowadzone przez lekarzy specjalistów.

*Służba lekarska i farmaceutyczna dla Kas Chorych w przemyśle we Włoszech.* Rassegna della previdenza sociale. Nr 4, 1937.

Faszystowska Federacja Narodowa Przemysłowych Kas Chorych zawarła układ z Nar. Fasz. Syndykatem lekarzy i Syndykatem farmaceutów, dotyczący służby lekarskiej i farmaceutycznej.

Układ przyznaje dowolny wybór lekarza ze strony członka Kasy, przy czym lekarz wybrany nie może być zmieniany i leczy chorego przez cały czas jego choroby, bądź ambulatoryjnie, bądź też u niego w domu.

W myśl układu, zawartego między Federacją przemysłowców a syndykatem lekarzy, nie wolno wybierać lekarzy, którzy nie są umieszczeni na liście lekarzy ubezpieczeniowych.

Na zasadzie umowy, wszyscy członkowie powyższych Kas chorych mają prawo wybierać aptekę, z której chcą otrzymywać lekarstwa. W szczególnych wypadkach wolność wyboru będzie ograniczona do okręgów lub dzielnic, zamieszkałych przez członków Kas. Wszystkie apteki, które obejmuje umowa, powinny

wydawać lekarstwa według przedstawionych recept, bez żądania zapłaty od okaziciela - członka Kasy. Członkowie orientują się co do położenia aptek i ich ilości, według list wywieszonych w biurach Kas chorych.

Poza tym układ określa normy, dotyczące przygotowywania lekarstw, zabraniając zamiany recept przyjętych, handlu receptami, przyjmowania i ofiarowywania jakichkolwiek podarków, odsyłania interesantów do innych aptek.

*Obozy ćwiczebne dla przejściowo nie pracujących na skutek choroby lub wypadku.* M. KIRSCHNER. Zentrbl. f. Gewerbehygiene und Unfallverhütung. Nr 2. 1937.

Autor w swych godnych uwagi wywodach wskazuje na konieczność utworzenia dla ozdrowieńców obozów ćwiczebnych, które przywróciłyby u nich, drogą ćwiczenia się w pracach prymitywnych, zdolność do wykonywania zwykłych prac codziennych. Ponieważ Zakład Gebhardta w Hohenlychen potrafi osiągnąć ten sam cel z wynikiem zadawalającym przez ćwiczenia sportowe, tym większego nabiera znaczenia podniesienie tej sprawy ze strony autora. Ćwiczenia praktyczne w obozach przyczynią się do obniżenia kosztów leczenia i kosztów środków leczniczych, co może tylko wyjść na dobro ogólne.

Również niewątpliwy jest i wpływ psychiczny tego rodzaju obozów.

*Służba Opiekunek Społecznych w przemyśle włoskim.* OTTO SIEGEL. Zentrbl. f. Gewerbehygiene und Unfallverhütung. Nr 2, 1937.

Centralny Urząd Włoski dla opieki społecznej w fabrykach, omawia pracę prowadzoną w ciągu lat pięciu, od r. 1931—1935 wspólnie z Faszystowskim Narodowym Instytutem Ubezpieczeń Społecznych, w kierunku lepszego i gruntowniejszego uświadomienia pracowników przemysłu o potrzebie ubezpieczeń, ich zamiarad i przepisów. W założonych przy końcu 1935 r. 46 placówkach prowincjonalnych, 87 opiekunek społecznych, które ukończyły wyższą szkołę faszystowską dla opieki społecznej, w obrębie 522 zakładów stara się, aby 306.894 osobom, zatrudnionym w tych przedsiębiorstwach, wskazać cele, praktyczne znaczenie, jak również i wartość moralną ubezpieczenia społecznego oraz nanieść pomoc w staraniu się rzeszy pracującej o otrzymanie należnych im świadczeń.

Coraz większa staje się liczba pracowników, którzy korzystają z rad opiekunek społecznych, często nawet natury prywatnej, dotyczącej stosunków rodzinnych. Działalność opiekunek społecznych obejmuje coraz większy zakres i przyczynia się do wzmocnienia opieki zdrowotnej i moralnej nad robotnikami.

Przed wszystkim korzyści tej opieki istnieją w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa, macierzyństwa i gruźlicy, gdyż dzięki niej ułatwia się szerokiej rzeszy ubezpieczonych otrzymanie należnych świadczeń. Tego rodzaju służba opiekunek społecznych postanowiona jest w sanatoriach i szpitalach Instytutu Ub. Społ.

Następnie poważną działalnością wykazała się również, w ciągu 2 lat od czasu swego założenia, Służba Opieki Społecznej Faszystowskiej Konfederacji robotników pracujących w przemyśle, która, udoskonalając się stopniowo, spełnia przeznaczone jej zadania. Przed wszystkim wartości swe wykazuje ona w ubezpieczeniu społecznym, służąc pomocą robotnikom przy załatwianiu formalności administracyjnej. Powyższej Konfederacji podlega powołanych przez nią 18 placówek opieki społecznej z liczną 42 wyspecjalizowanych opiekunek; ogólna liczba korzystających z porad wynosiła w czasie od czerwca 1934 r. do lutego 1936 r. 31.775. Szczególną korzyść wykazała praca opiekunek społecznych w sanatoriach w stosunku do umieszczonych tam chorych na gruźlicę, przez niesienie im pomocy moralnej, uwolnienie od wszystkich trosk, w związku z rozłąką od rodziny. Personel opiekunek społecznych musi posiadać, oprócz wykształcenia w sprawach opieki społecznej, również i dyplom pielęgniarki chorych lub opiekunki zdrowia.

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

### Polska Akademia Umiejętności IV Wydział Lekarski

Fosiedzenie z dnia 20 maja 1938 roku  
(w Warszawie, w sali Tow. Naukowego Warszawskiego)

Przewodniczący: wicedyrektor Witold Orłowski

Czł. K. Lewkowicz i S. Dąbrowski przedstawiają pracę T. Gیزی pt. *Znaczenie fosforu i wapnia w schorzeniach nerek oraz w powstawaniu krzywicy i tężyczki w świetle własnych badań gospodarki fosforowo-wapniowej u dzieci chorych.*

Autor badał gospodarkę fosforowo-wapniową u dzieci chorych, oznaczając zawartość obu pierwiastków we krwi, moczu, kale i pokarmie, i układając bilanse dobowe.

We krwi rozpiętość liczb określających fosfor (zarówno całkowity, jak i frakcje) była duża. Zwraçały uwagę wysokie wartości fosforów: całkowitego, organicznego i lipidowego, znalezione u niemowląt. W związku z chorobą najwyższe ilości fosforu nieorganicznego znajdował autor w chorobach nerek, i to w stanach daleko posuniętych zmian anatomicznych. Na ogół niski poziom stwierdzano w krzywicy. Inne frakcje, tudzież fosfor całkowity zmieniały się nietypowo. Duże ilości fosforu wydzielane w moczu przez nerkowo chorych świadczyły zawsze o sprawnym działaniu nerek. W krzywicy ilości fosforu wydzielane drogą nerek były niskie. W jednym przypadku krzywicy znaleziono bardzo dużą ilość w moczu oraz w kale. Porównując wartość rozpoznawczą i rokowniczą składników krwi zawierających azot i bezazotowych, nie można było stwierdzić, by wzrost fosforu nieorganicznego krwi u chorych na nerki wyprzedzał zmiany w ilościach reszty azotowej, mocznika i indykany. U chorych na nerki, stwierdził autor z reguły ujemne bilanse fosforowe; niewielkie retencje spotyka się przy rozległych obrzękach.

Poziom wapnia we krwi wahał się od 8,3 do 15,3 mg%. Niskie wartości stwierdzał autor w przypadkach tężyczki oraz w cukrzycy w związku z kwasicą. Nie stwierdzał natomiast stałego obniżenia wapnia u gruźliczo chorych dzieci i w przypadku płatowego zapalenia płuc. W moczu małe ilości wapnia znajdowano w krzywicy i w chorobach nerek. W jednym przypadku cukrzycy ilości wapnia wydzielane w moczu i kale były wysokie. W chorobach nerek nie stwierdzano ani obniżenia wapnia we krwi, ani zależności wapnia od białka. Większość strat wapnia następowała przez jelita; bilanse były z reguły ujemne. Nie było związku między zatrzymywaniem wapnia w ustroju a zawartością jego we krwi nerkowo chorych, istniała natomiast zależność retencji wapniowej od zawartości fosforu we krwi.

Opierając się na wynikach pomiarów u 3 dzieci z zespołem krzywiczno-tężyczkowym, krytykuje autor pogląd, według którego nadmiar fosforu we krwi miałby być głównym czynnikiem w patogenezie tężyczki, a znów niedobór fosforu we krwi bezwzględnie charakterystycznym i stałym objawem krzywicy. Niedobór wapnia we krwi dopiero na podłożu krzywiczym wywala stany kurczowe u dzieci.

Nie rozstrzygając zasadniczego zagadnienia, czy w krzywicy ulega upośledzeniu wchłanianie czy też zatrzymywanie przez ustroj fosforu i wapnia, stwierdził autor, że u badanych 3 chorych jedno i drugie było wadliwe co do wapnia.

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę J. W. Supniewskiego pt. *Analiza toksykologiczna działania kwasu wulpinowego.*

Kwas wulpinowy wstrzyknięty podskórnie myszom w dawce 0,15 g/kg wywołuje śmierć przy objawach porażenia ośrodkowego układu nerwowego. U żab wodnych wystarczy już dawka 0,05 g/kg, aby spowodować śmierć wśród drgawek klonicznych.

Kwas wulpinowy pobudza i poraża ośrodkowy układ nerwowy. Małe jego dawki silnie pobudzają ośrodek oddechowy, większe dawki porażają go. Ciało to obniża ciśnienie tętnicze, chociaż często wywołuje następce dość duże zwyżki tego ciśnienia. Spadek ciśnienia tętniczego spowodowany jest depresją sercową a również rozszerzeniem naczyń jelitowych. Większe dawki przetworu wywołują osłabienie serca, arytmie i porażenie serca w rozkurczu. Na ogół serce ulega wcześniej porażeniu niż ośrodek oddechowy. Kwas wulpinowy jest bardzo silną trucizną sercową. Rozcieńczenie jego 10—4 poraża wyosobnione serce żaby, a dawka 0,001 g może porazić wyosobnione serce królika. Wywołuje on rozszerzenie naczyń wieńcowych, serce kończyn i jelit królika podczas doświadczeń perfuzyjnych, natomiast w tych warunkach nie działa na naczynia żaby.

Kwas ten jest również silną trucizną mięśni gładkich. W dużych rozcieńczeniach poraża wyosobnione narządy zbudowane z tych mięśni, znosząc ich napięcie i ich skurcze perystaltyczne. Działa on tak na wyosobniony przełyk żaby, jelito cienkie królika i na macicę szczura. Wywiera jednak bardzo słabe działanie na narządy zbudowane z mięśni gładkich, gdy działa na nie wewnątrz ustroju zwierzęcego. Obniża on również kurczliwość mięśni prądkowanych żaby.

Kwas wulpinowy zmniejsza wydzielanie żółci, praktycznie nie działa na wydzielanie moczu oraz wywołuje przecukrzenie krwi, a podany w dużych dawkach często wywołuje spadki ciepłoty ciała.

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego).

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę J. W. Supniewskiego i J. Hano pt. *Działanie etioterapeutyczne paradwuaminodwufenylosulfoni*.

Paradwuaminodwufenylosulfon ma silne działanie etioterapeutyczne w zakażeniach septycznych, wywołanych przez pneumokoki i przez paciorkowce hemolityczne, bowiem już dawka 0,1 g/kg leczy takie zakażenie wywołane przez paciorkowce. Sulfon ten jest jednak względnie toksyczny dla zwierząt, albowiem już dawka 0,5 g/kg tego ciała, wstrzyknięta podskórnie, wywołuje u myszy objawy pobudzenia (drgawki kloniczne) i porażenia ośrodkowego układu nerwowego oraz wywołuje śmierć z porażenia ośrodka oddechowego. Dawki mniejsze pobudzają ośrodek oddechowy i przyspieszają i pogłębiają ruchy oddechowe.

Sulfon ten działa stosunkowo silnie bakteriobójczo na pneumokoki, gonokoki i meningokoki *in vitro*, zabija je bowiem już w stężeniu 0,1%, natomiast gronkowce złociste zabija dopiero w roztworze 0,5%, a paciorkowce hemolityczne w roztworze 1,0%.

Ciało to, wstrzyknięte dożylnie, obniża ciśnienie krwi, albowiem silnie rozszerza naczynia jelit i kończyn; natomiast nieznacznie tylko działa na serce. Sulfon ten rozszerza również naczynia krwionośne żaby w doświadczeniu perfuzyjnym oraz działa depresyjnie na mięsień wyosobnionego serca żaby, bowiem w stężeniu 0,01% obniża skurcze sercowe, a w stężeniu 0,05% hamuje je. Działa on również depresyjnie na mięśnie gładkie. Roztwór 0,01% sulfonu obniża skurcze perystaltyczne wyosobnionego jelita cienkiego królika, a roztwór 0,05% hamuje te ruchy.

Sulfon ten w dawkach do 0,05 g/kg nie wywiera wpływu na ciepłotę ciała szczurów i królików, początkowo wywołuje spadek, a u królików następnie zwiększe cukru w krwi.

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego).

Czł. W. Orłowski i M. Franke przedstawiają pracę F. Krajewskiego pt. *Działanie wody krynickiej „Zubera” na wydzielanie śliny oraz soku żołądkowego, trzustkowego i jelitowego*. Doniesienie II. *Działanie wody Zubera na wydzielanie soku trzustkowego oraz jelitowego*.

I. W celu zbadania działania wody Zubera na czynność wydzielniczą trzustki przeprowadził autor 41 doświadczeń na 2 psach z przewlekłą przetoką trzustkową. Mianowicie zbadał działanie: 1) wody Zubera wlanej do żołądka na czczo, nierozcieńczonej i rozcieńczonej wodą wodociągową, 2) wody Zubera rozcieńczonej na podany w pół godziny później pokarm (bułki, mięso, mleko, śmietankę, sok z ziemniaków) oraz 3) przewlekłego stosowania wody Zubera rozcieńczonej na wydzielanie trzustkowe, wywołane wyżej wymienionymi pokarmami.

Na podstawie tych doświadczeń doszedł autor do wniosku, że woda Zubera, tak w doświadczeniach doraźnych jak przy przewlekłym stosowaniu, zmniejsza wybitnie wydzielanie soku trzustkowego po podaniu w pół godziny potem pokarmu oraz na ogół zwiększa ilość zczynów w tym soku zawartych. Z doświadczeń autora wynika, że w czasie stosowania wody Zubera dla celów leczniczych w chorobach przewodu pokarmowego należy się liczyć ze zmniejszeniem ilości soku trzustkowego, wydzielanego podczas trawienia. Nie należy zatem stosować leczenia wodą Zubera w przypadkach niedosoczości oraz bezsoczności trzustkowej.

II. Działanie wody Zubera na wydzielanie soku jelitowego zbadał autor w 22 doświadczeniach na 3 psach z przewlekłą przetoką jelitową, wykonaną sposobem własnym. Okazało się, że woda Zubera działa pobudzająco na wydzielanie jelitowe, szczególnie w czasie przewlekłego stosowania. Przy tym w soku jelitowym, zebrany w czasie doświadczeń doraźnych, woda Zubera zwiększa ilość lipazy i białka, a zmniejsza ilość diastazy; natomiast przy dłuższym stosowaniu przewlekłym zmniejsza ilość zczynów oraz białka. Nadto woda Zubera stosowana przewlekłe działa najczęściej rozwalniająco.

Przy działaniu bezpośrednim wody Zubera na jelito, na pierwszy plan wysuwa się jej wpływ na czynność ruchową jelita. W działaniu pośrednim woda Zubera hamuje z początku wydzielanie soku jelitowego, następnie jednak ono się wzmacnia, a to prawdopodobnie wskutek miejscowego drażnienia błony śluzowej przez niewchłaniałne składniki wody Zubera.

Na podstawie powyższych badań, można zalecić stosowanie wody Zubera rozcieńczonej jako łagodnego środka rozwalniającego w stanach chorobowych, przebiegających z zaparciami typu atonicznego, w przekrwieniu przewlekłym wątroby, w otyłości itd. W tych przypadkach powinno się wodę Zubera stosować przez czas dłuższy.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. K. Orzechowski i J. Mazurkiewicz przedstawiają pracę J. Chóróbskiego i A. Kunickiego pt. *O zespolo podciśnienia śródczaszkowego po operacjach mózgowych*.

U sześciu chorych operowanych z powodu rozmaitych spraw chorobowych (torbiel powstała z rozpadu wyściółczaka (*ependymoma*), *oligodendroglioma* złośliwe i łagodne, gwiaździak (*astrocytoma*), nowotwór nie sprawdzony drobnowidowo, blizna oponowo-korowa) spozstrzegali autorowie następujący zespół objawów: w krótszy lub dłuższy czas po zabiegu występowało znaczne podniesienie progu świadomości, pojawiały się bóle głowy i wymioty, stwierdzano niskie ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, zapadnięcie skóry w miejscu, w którym zdjęto płat kostny, zaczerwienienie twarzy i szyi, wzmoczenie się objawów chorobowych w porównaniu ze stanem przed- lub też pooperacyjnym, obok niemal prawidłowego zachowania się oddechu, tętna, ciepłoty oraz ciśnienia krwi. Po obniżeniu głowy do poziomu, dożylnym wlewaniu 5—20 cm<sup>3</sup> wody podwójnie przekroplonej oraz doustnym wprowadzeniu większych ilości płynów, stan chorych poprawiał się stopniowo. Poprawa we wszystkich przypadkach była trwała.

Obraz kliniczny, który zdarza się u nieco ponad 3% chorych, jest prawie jednakowy z zespołem opisanym przez Leriche'a w przypadkach urazów czaszkowo-mózgowych. Oba zespoły są klinicznym wyrazem podciśnienia śródczaszkowego, wywołanego przez zmniejszenie się ilości płynu mózgowo-rdzeniowego i spadek ciśnienia płynu. W pewnych przypadkach spadek ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego jest następstwem utraty większych ilości płynu, w innych prawdopodobnie jest wynikiem skurczu naczyń krwionośnych spłotu naczyniowego, który wstrzymuje wytwarzanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Powodem skurczu naczyń spłotu jest w pewnych okolicznościach wstrząs operacyjny, w innych zatrucia wytworami rozpadu (nekrotoksynami) tkanki zniszczonej podczas operacji.

Korzystny wpływ wody przekroplonej na objawy zespołu podciśnienia śródczaszkowego tłumacza autorowie przestrojeniem bodźcowym czynności nerwów naczynio-ruchowych spłotu naczyniowego, które przywraca im zdolność do prawidłowej czynności, a tym samym umożliwia prawidłową czynność spłotu, polegającą na wytwarzaniu płynu mózgowo-rdzeniowego jako głównego składnika, od którego zależy ciśnienie śródczaszkowe.

(Z Oddziału Neurochirurgicznego Kliniki Chorób Nerwowych U. J. P. w Instytucie Chirurgii Urazowej. Kierownik: prof. dr K. Orzechowski).

Czł. R. Nitsch i J. Lauber przedstawiają pracę J. Juraszyskiej pt. *Działanie lez na niektóre drobnoustroje chorobotwórcze*.

Autorka naprzód omawia sposób własnych badań działania lez na drobnoustroje chorobotwórcze. Badania te przeprowadzała w Instytucie Mikrobiologii Lekarskiej U. J. P. i w Instytucie Oftalmicznym w Warszawie. Z badań 45 przypadków dochodzi autorka do wniosku, że łyzy zabijają gronkowce złociste, nie mają własności bakteriobójczej względem pałeczki okrężnicy i że własności bakteriobójcze lez nie są zależne od koncentracji soli kuchennej we łożach. Koncentrację soli badano sposobem mikrometrycznym w każdej pobranej próbce lez. Koncentracja ta waha się w granicach od 0,51% do 1,04% u poszczególnych ludzi.

Czł. J. Lauber przedstawia pracę A. Kwaskowskiego pt. *Rabek rogówki w lampie szczelinowej przy jaglicy i nieżyłach spojówki*.

Autor podaje spostrzeżenia, które zebrał przy badaniu lampą szczelinową 22 chorych na jaglicę, 11 chorych na nieżyt grudekowy i 6 na przewlekły nieżyt spojówek (39 chorych — 77 oczu). Po krótkim opisie prawidłowego rąbka rogówki, widzianego przy pomocy lampy szczelinowej, autor opisuje łuszczkę jagliczą w trzech okresach jej rozwoju: 1) początkowej łuszczki, którą można wykryć tylko z pomocą biomikroskopii, 2) łuszczkę rozwijającą się i 3) łuszczkę rozwiniętą. Drugi i trzeci okres łuszczki daje się wykryć łatwo przy badaniu lupą.

W okresie pierwszym świeżej jaglicy stwierdzamy, że granica rąbka rogówki jest niewyraźna, przymglona i rozlana, a przede wszystkim widzimy przenikanie pętli końcowych naczyń włosowatych w powierzchowne warstwy rogówki; pętłe naczyniowe nie trzymają się zwykłe równej linii, lecz występują w kształcie języków. Zmiany te spotykamy nie tylko na górnej, ale rzadziej i na dolnej części rąbka. Stwierdzenie takich zmian na rąbku może przechylić w wątpliwych przypadkach rozpoznanie na stronę jaglicy.

Wśród 22 badanych przypadków jaglicy nie stwierdzał autor charakterystycznych zmian rąbka tylko w trzech przypadkach. Wśród 17 przypadków nieżyłków spojówek w żadnym przypadku

opisanych zmian nie znalazł. W końcu autor podkreśla korzyści, jakie daje badanie łuszczyki i jej naczyń promieniami lampy sodowej (model Philipsa) tak przy bocznym oświetleniu, jak i przy badaniu mikroskopem lampy szczelinowej. W żółtych promieniach lampy sodowej naczynia łuszczyki i spojówki mają ciemną, prawie czarną barwę i występują niezwykle wyraźnie na jasno żółtym tle spojówki. Bardzo wyraźnie występują też jagły i przerost brodawkowy załamek.

(Instytut Oftalmiczny w Warszawie: Dyrektor: prof. W. H. Melanowski).

Czł. W. Orłowski i St. Lubieniecki przedstawiają pracę S. Hroma pt. *Niemiarowość serca na podstawie spostrzeżeń klinicznych i elektrokardiograficznych*.

Autor analizuje szczegółowo materiał kliniczno-elektrokardiograficzny obserwowany w ciągu 9 lat, obejmujący 1300 przypadków, w których wykonał 1765 zdjęć elektrokardiograficznych, w tym 316 zdjęć w 4 odprowadzeniach, 1449 w 3 odprowadzeniach. Zaburzenia miarowości stwierdził u 38% badanych, przy czym u 55% mężczyzn, u 45% kobiet.

Badania te potwierdziły, że niemiarywość czynności serca może być wywołana, obok zmian w samym układzie krążenia, szeregiem innych czynników, jak wysiłkiem fizycznym, używkami, lekami sercowymi, stanami przedgonnymi oraz chorobami innych narządów. Wielokrotnie wykonywanie zdjęć u niektórych chorych, obserwowanych w ciągu kilku lat, pozwoliło stwierdzić szereg nowych, interesujących spostrzeżeń. Pierwszym, dotychczas nigdzie nieopisanym, jest napadowe kołatanie serca dożylnym wstrzyknięciu tetrakontrastu, co wyjaśnia pochodzenie ciężkich zaburzeń w narządzie krążenia, spostrzeganych niekiedy przy cholecystografii; zaburzenia te nie miały do tychezas odpowiedniego wytłumaczenia. Dalej zasługuje na uwagę spostrzeżenie, dotyczące nabytego i wrodzonego rozkojarzenia czynności serca; nabyte częściej powstaje wskutek rozprzecznych zmian w mięśniu sercowym, rzadziej w następstwie zmian ogniskowych. Autor stwierdził, że migotanie przedsionków może ustępować, przechodząc przez fazę trzepotania przedsionków, oraz że badanie elektrokardiograficzne przed wysiłkiem i bezpośrednio po nim może ułatwić określenie organicznego czy czynnościowego pochodzenia skurczów dodatkowych. Niektóre używki mogą wywoływać w elektrokardiogramie odchylenia, odpowiadające niekiedy poważnym zmianom mięśnia sercowego, będącym w rzeczywistości zaburzeniami czynnościowymi, przemijającymi. Autor spostrzegł najczęstsze zaburzenia miarowości w chorobie Basedowa oraz w okresie przekwitania u kobiet. Do najpoważniejszych zaburzeń należy zaliczyć niemiarywość spostrzegane w ostatnich chwilach życia.

Wśród 203 przypadków, które skończyły się śmiertelnie, niemiarywość czynności serca stwierdził autor w 75%, przy czym u mężczyzn w 68%, u kobiet w 31%. U kobiet częściej spostrzegano migotanie przedsionków, a u mężczyzn zaburzenia przewodzenia. Podkreślić należy spostrzeżenia 2 przypadków niewydolności krążenia ze znacznymi zmianami elektrokardiograficznymi, w których usunięto tarczycę w celach leczniczych. Jeden z chorych zmarł nazajutrz po zabiegu, u drugiego mimo pozornej poprawy stwierdził autor elektrokardiograficznie rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe; chory ten zmarł w 6 tygodni po zabiegu.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. R. Nitsch i W. Orłowski przedstawiają pracę W. Hartwiga pt. *Alergometria w gruźlicy dorosłych*.

Autor dokonał 289 badań alergometrycznych według Fr. Groëra na 102 dorosłych, dotkniętych gruźlicą płuc w różnych jej okresach, częściowo powikłaną gruźlicą innych narządów. Materiał w zależności od klinicznego przebiegu podzielono na 5 grup. W przypadkach lekkich szczególnie często spostrzegano autor pleoergię i homodynamię, w przypadkach ciężkich częstą była pleosteżja, która powstawała wskutek zmniejszenia się wartości R. Gruźlica płuc, powikłana gruźlicą jelit, z reguły wiodła do anergii. W spostrzeganych przez autora przypadkach leczonych odną płucną, nie pozwolił krótki okres spostrzegania na wyciągnięcie ogólnych wniosków.

Z całokształtu badań wynika, że R i S w odczynach tuberkulinowych wcale nie zależy ściśle od ogólnego stanu ustroju, prawdopodobnie wskutek tego, że skóra ma własne, topograficzne oddziaływanie, często niezależne od procesów rozgrywających się w innych narządach. W świetle tych badań należało by przyjąć, że próba Ellermanna-Erlandsena wcale nie ułatwia rozpoznania ogniska czynnej gruźlicy w ustroju i praktycznie ma taką wartość, jak i inne próby tuberkulinowe.

Anergję spostrzegano autor prawie wyłącznie u chorych z gruźlicą jelit.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. E. Loth i A. Czyżewicz przedstawiają pracę K. Neugebauera pt. *Powiększenie się pęcherzyków Graafa, u samicy królika, wywołane przez przejściowe wykluczenie krążenia jajnika*.

Autor stwierdził, że wykluczenie krążenia w jajniku samicy królika na czas 30 min. i 60 min. wywołuje w 48 godz. po zabiegu powiększenie jajnika, a szczególnie pęcherzyków Graafa, w których jest zwiększona ilość płynu pęcherzykowego. Badania przeprowadzono na samicach wagi około 1500 g. Autor prowadzi w dalszym ciągu doświadczenia, mające na celu wyjaśnienie, jaki jest mechanizm działania wyłączenia krążenia jajnika na wydzielanie płynu pęcherzykowego.

(Zakład Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego. Dyrektor: prof. dr Edward Loth). Dok. nast.

## Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

XLII Zebranie z dnia 15 października 1937 roku

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Porządek obrad:

1. Komunikaty Zarządu,
2. Wybór skarbnika,
3. Wybór zastępcy sekretarza,
4. Pokazy,

5. Wykład dra J. Rosnera i St. Strzyżewskiego: „*Spostrzeżenia nad wartością antygeny krętkowego „Palligen“ w serodiagnostyce kily*”.

1. Prezes kol. Kapuściński zagaja pierwsze zebranie powakacyjne, donosząc zebraniom o zgonie byłego prezesa Wydziału Lekarskiego P. T. P. N. prof. dra Stefana Borowickiego, którego pamięci oddają zebrani hold przez powstanie. Po wygłoszeniu wspomnienia pośmiertnego zawiadania kol. prezes zebranych o walnym zebraniu Wydziału, które odbędzie się dnia 29. X. br. celem zorganizowania samodzielnego towarzystwa lekarskiego naukowego. Zamiat wykładu kol. Rosnera i Strzyżewskiego pt.: „*Spostrzeżenia nad wartością antygeny krętkowego „Palligen“ w serodiagnostyce kily*” został wygłoszony wykład kol. Brzeskiego pt.: „*O chorobie Bürgera*”.

2. i 3. Skarbnikiem Wydziału Lekarskiego został jednogłośnie wybrany kol. Marian Górski, a zastępcą sekretarza kol. Alfons Lorych.

4. Pokazy:

1) Kol. Kobzłowski (członek Wydziału): „*Przypadek zaburzeń wzrokowych spowodowanych zatruciem gazami spalinowymi*”.

Chory, lat 29, prowadził podczas defilady na Brdzie w Bydgoszczy łódź motorową i uległ zatruciu gazami spalinowymi. Ponieważ łódź ta miała w wyglądzie przypominając łódź podwodną, okryto ją powłoką z grubej i nieprzepuszczalnej materii, zamykającą przy motorze chorego z jego towarzyszem. Gazy uchodzące z motoru, nie mając ujścia na zewnątrz, napełniły tę kabinę i spowodowały, że mniej więcej po 20 minutach chory wśród nudności i zawrotów głowy stracił przytomność. Przewieziono go natychmiast do szpitala i po 9 godzinach doprowadzono do świadomości. Następnego dnia po wypadku chory zauważył, że bardzo źle widzi, a ponieważ wzrok w ciągu 5 dni nie poprawił się, przysłano go do kliniki. Badanie oczu w dniu jego przybycia wykazało obniżenie szybkości wzroku do 1,5/50 i polowicie jednoimienne niedowidzenie po stronie lewej, przy braku zupełnym jakichkolwiek zmian chorobowych ze strony oczu.

W klinice bystrość wzroku z dnia na dzień ulegała poprawie, a niedowidzenie stawało się słabsze tak, że po upływie 14 dni zaburzenia te ustąpiły zupełnie.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na wielką rzadkość podobnego zatrucia, a poza tym ze względu na charakter zaburzeń wzrokowych, spowodowanych zatruciem tlenkiem węgla, który jest najbardziej trującym składnikiem gazów spalinowych.

Przypuszczać należy, że przyczyną tych zaburzeń są krwotoki, uszkadzające centralny odcinek dróg wzrokowych po stronie prawej. Krwotoki takie do układu nerwowego ośrodkowego niejednokrotnie stwierdzono na sekcjach osób zatrutych tlenkiem węgla.

**Rezprawa:**

Kol. Hanasz (członek Wydziału): Gazy spalinowe czyli wydechowe powstały przy pracy motoru benzynowego. Zawierają one prócz innych składników przede wszystkim domieszkę bardzo trującego gazu, mianowicie tlenku węgla (CO) i to w porażnej ilości, dochodzącej do 10%. Jest on nie tylko trucizną krwi, która blokuje hemoglobinę, lecz również trucizną uszkadzającą naczynia krwionośne, szczególnie włosowate, które stają się przepuszczalne. Z tego powodu dochodzi do krwotoków rozsianych, co przy umiejscowieniu w narządach ważnych dla życia, jak np. serce, mózg może mieć skutki katastrofalne. Wysokie stężenia tlenku węgla mogą zabijać błyskawicznie. Wartością graniczną tlenku węgla jest 0,08% objętości szczeniowej. Drobne zawartości CO do 0,003% uważa się za nieszkodliwe. Szkody dla zdrowia powstają, jeżeli 30% hemoglobiny zostało przez CO zablokowane, przy 80% blokadzie następuje niechybnie śmierć. Rzemieślnicy pracujący w garażach powinni być poinformowani, że zawartość CO w gazach wydechowych jest największą przy tzw. jałowym wolnym biegu silnika, wynosząc 6—8%.

Wykryć czad w ubikacjach zamkniętych (np. garaże, hale maszynowe) lub też w pojazdach zamkniętych (np. limuzyny, kajuty w łodziach motorowych, samolotach pasażerskich) można za pomocą papierku nasyconego palladem lub przyrządu „Degea”, tzw. wykrywacza czadu.

W przedstawionym przypadku przyczyną zaburzeń wzroku było również zatrucie gazami wydechowymi i to podczas jazdy na motorówce, która była przekształcona na atrakcję łodzi podwodnej. Zasadniczym błędem było wybudowanie nad łodzią pokładu wydłużonego znacznie poza wylot rury wydechowej. Gazy wtargnęły do łodzi i zaczęły sterczać, który stracił przytomność i wypuścił ster z rąk. Widzów uderzyło, że łódź nagle wylamała się z sztyku defilady i zbliżyła się do brzegu. Wydobycie z niej zatrutego sternika, który przytomność odzyskał dopiero po kilkunastu godzinach, utraciłszy wzrok na obu oczach. Ponieważ przyczyną utraty wzroku należy doszukiwać się w wybroczynkach wśródnóżgowych, umiejscowionych wzdłuż przebiegu nerwu wzrokowego, rokowanie co do odzyskania wzroku jest na ogół dobre. Po upływie mniej lub więcej długiego czasu, nieraz kilku tygodni, po wessaniu krwotoków wzrok powraca.

2) Kol. Bochyński (członek Wydziału): *Pytiasis versicolor alba*.

Chora 15-letnia z liszajem pstrym (*pytiasis versicolor*). Przypadek jest o tyle interesujący, że podczas gdy zwykłe plamy tego liszaja mają barwę kawy z mlekiem na tle białej skóry, widzimy tutaj białe plamy na tle ciemniejszej skóry, palonicy przez słońce (*pytiasis versicolor alba*). W luseczkach białych plam stwierdzamy łatwo obecność grzybka *microsporon furfur*. Przy powierzchniowym badaniu możliwe są pomyłki z bielactwem (*vitiligo*), a nawet z *leucoderma syphiliticum*.

**Rezprawa:**

Kol. Alkiewicz J. (członek Wydziału): Przypadki podobne były w ostatnich latach często opisywane pod nazwą *pytiasis versicolor alba*.

3) Kol. Bochyński (członek Wydziału): „*Heloderma*”.

U chorej 13-letniej wystąpiło przed 10 miesiącami zgrubienie skóry u rąk z wyłączeniem umiejscowieniem prawie nad wszystkimi międzypaliczkowymi stawami (strona wyprostna) prawej ręki, podczas gdy lewa zajęta jest w mniejszym stopniu. Skóra się łuszczy i pęka, tworząc bardzo grube fałdy, szpecące ręce. Mamy tu do czynienia z bardzo rzadką postacią keratodermii niejasnego pochodzenia, którą Vörner nazwał *heloderma simplex et annularis*.

**Rezprawa:**

Kol. Straszynski (członek Wydziału): Przypadek niesłychanie rzadki. Dopiero fotografia helodermii zamieszczona w jednym z zeszytów „*Dermat. Wochechrift*” przyczyniła się do rozpoznania tego przypadku.

4) Kol. Jarosz (członek Wydziału): „*Bielactwo nabyte w połączeniu z łuszczycą (vitiligo + psoriasis)*”.

Przedstawił chłopca 7-letniego, u którego przed trzema laty ukazały się na tułowiu i twarzy białe plamy różnej wielkości i kształtu. W rok później, mniej więcej w tych samych miejscach i na skórze głowy owłosionej wystąpiła duża ilość łuszczących się blaszek wielkości paznokcia. Jest to obraz bielactwa nabytego w połączeniu z łuszczycą.

Od tego zespołu chorobowego należy odróżnić bielactwo łuszczycowe (*leucoderma psoriaticum*), w którym to schorzeniu ukazują się miejsca odbarwione pod złuszczone blaszkami łuszczycy.

W przedstawionym przypadku znamieny jest objaw, że blaszki łuszczycy zjawiały się wyłącznie w miejscach pozbawionych barwika.

5) Kol. Alkiewicz J. (członek Wydziału): „*Gruźlica toczeniowa (tbc. lupos) obu małżowin usznych po przekłuciu uszu*”.

Przypadek nie przedstawia trudności rozpoznawczych, zastrzegając jednak na uwagę ze względu na umiejscowienie sprawy gruźliczej, która trwa już od 20 lat u osoby liczącej obecnie 45 lat. W rok po przekłuciu uszu pojawiły się pierwsze objawy cierpienia. Badanie wewnętrzne nie ujawniło zmian w płucach. Odczyn Ponderia dodatni, opadanie krwi prawidłowe.

6) Kol. Alkiewicz J. (członek Wydziału): „*Leucoderma centrifugum acquisitum (morbus Sutton)*”.

Chłopiec 9-letni ma na skórze karku, pleców i klatki piersiowej rozsiane ogniska okrągłe odbarwień skóry wielkości 3 do 9 cm w przekroju. W środku każdego z ognisk znajduje się znamię barwikowe. Sprawa rozpoczęła się przed 8 miesiącami i nadal postępuje.

7) Kol. Brykczyński: „*Mikrosporia*”.

Przedstawia przypadek mikrosporii na głowie 7-letniego chłopca. Chory pochodzi z sierocińca na Śródcie w Poznaniu, gdzie w lipcu br. wybuchła epidemia mikrosporii, na którą zachorowało ogółem 14 dzieci.

**Wykład:**

Kol. Alkiewicz i kol. Brzeski: „*O chorobie Bürgera*”. Kol. Alkiewicz (członek Wydziału): Z przypadku tego przebadano trzy serie preparatów: pierwsza pochodzi z nogi nieamputowanej, druga z nogi amputowanej przedstawia tętnicę i żyłę podkolanową, trzecia seria również z nogi amputowanej daje obraz tętnicy i żyły piszczelowej. We wszystkich tych preparatach ujawnia się znaczny przerost ściany wewnętrznej naczyń tętnicznych i żylnych. Mięśniówka i przydanka są prawie niezmiennione. Światła naczyń są miejscami szczelinowate. W dużych naczyniach zalegają w świetle naczyń masy zakrzepowe, zamykające zupełnie światło. Naczynia odżywcze (*vasa vasorum*) są znacznie rozszerzone.

Kol. Brzeski: Chory F. P., lat 38. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Używa dość dużo alkoholu i tytoniu. Od kilku lat pracując w mokrej ziemi, miał częste ziębienie palców nóg. W marcu br. zsiadła lewa noga, później prawa. W szpitalu rozpoznano chorobę Bürgera i wobec rozwijającej się zgorzeli prawej nogi proponowano operację przecięcia korzonków przednich odpowiadających danej kończynie dolnej. Chory jednak nie zgodził się na operację i opuścił szpital. Po kilku dniach z powodu stałych bólów, zwłaszcza w prawej nodze, przywołano lekarza, który polecił przekazanie chorego do szpitala celem wykonania amputacji nogi prawej. Amputację wykonano w maju br. na wysokości połowy uda. Rana pooperacyjna jednak stale ropiała, a skóra dookoła niej wykazywała silne zaczerwienienie i śaczenie. Za poradą potarł lewą nogę roztworem terpentyną rozpuszczoną w spiryтуsie kamforowym celem ukrwienia nogi. Po tym zabiegu skóra nogi uległa silnemu przekrwieniu, które po kilku dniach rozprzestrzeniło się na całe ciało. Zalecone okłady z resorcyny sprawę zaostrzyły.

Stan obecny: cała skóra silnie zaczerwieniona, na nodze lewej, łokciach i karku pojawia się śaczenie. Skóra mało elastyczna, napięta. Odruchy: kolanowe i ze ścięgna Achillesa osłabione.

Na podudziu oraz na stopie czucie dotyku, bólu, zimna i ciepła osłabione lub zniesione. We krwi eozynofilia 12%. Tętno tętnicy piszczelowej przedniej i tętnicy grzbietowej stopy niewyczuwalne.

Wycinek z nogi amputowanej i z nad kostki zewnętrznej lewej nogi wykazuje zmiany o charakterze *endovasculitis*, w niektórych miejscach zmiany zakrzepowe. Roentgen kikuta wykazał sekwestr, sekwestrotomię wykonano na oddziale chirurgicznym tut. szpitala. Kapilaroskopia wykazuje rozszerzenie naczyń włosowatych i zaczerwienienie tła. Miejscami żyłki włosowate. W miejsce pętli pojawiają się naczynia włosowate, tworzące szerokie kłębki naczyniowe, odpowiadające znacznemu zgrubieniu brodawek skóry właściwej. Arteriografii ze względu na zapalny stan skóry nie wykonano. Tak samo z powyższych względów nie wykonano prób uczuleniowych naskórkowych na resorcynę i terpentynę.

*Thrombangitis obliterans* czyli choroba Bürgera ma niewyjaśnioną etiologię. Jako czynnik bezpośredni przyjmują niektórzy zakażenie, inni nikotynę, ergotynę, schorzenia gruczołów dokrewnych, przeziębienie, wpływ niskiej ciepłoty. Niektórzy uważają rasę jako czynnik uspasabiający, ze względu na częstość występowania tej choroby wśród Żydów z Polski i Rosji. Przypuszcza się że to jednak jest obecnie podważone dzięki doniesieniom o tej chorobie wśród rasy żydziej, ostatnio także u aryjczyków. Bardzo charakterystyczne dla tej choroby jest występowanie jej szczególnie wśród mężczyzn i u ludzi młodych. Choroba rozpoczyna się skrycie, przybiera z początku charakter wędrującego zapalenia żył i zajmuje dopiero po latach tętnice i żyły, zwła-



*Przemówienie Prezesa prof. dra Renckiego przy otwarciu  
Domu Zdrojowego w Morszynie w dniu 3 lipca 1938 r.*

W Imię Boże rozpoczęliśmy dzisiaj uroczystość otwarcia nowo powstałego Domu Zdrojowego, a dzieje się to w 400-letnią rocznicę odkrycia źródeł soli gorzkiej na terenie Morszyna. Na intencję powodzenia w dalszej pracy naszej zauważ przed chwilą modły do Najwyższego J. E. Ks. Biskup, który przybył raczył, aby poświęcić ten oto nowy budynek. Za tę wielką Jego łaskawość i życzliwość składam Jego Ekscelencji serdeczne podziękowanie.

Imieniem Rady Zawiadawczej Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie mam zaszczyt powitać reprezentantów naszych wysokich Władz rządowych, którzy przybyciem swoim uświetnić raczyli naszą uroczystość, dając tym samym widomy dowód wielkiego Ich zainteresowania w rozbudowie i rozwoju Morszyna; dziękując Im serdecznie witam Panów Reprezentantów Władz.

Witam serdecznie Pana Prezesa Najwyższej Izby Kontroli dra J. Krzemieńskiego tak bardzo nam życzliwego Opiekuna i prawdziwego współtwórcę dzisiejszego Morszyna i witam przedstawicieli armii płk. dra Czyża. Witam Panów Wojewodów, a w szczególności Pana Wicewojewodę Stanisławowskiego; witam Pana Wojewodę Lwowskiego, jako Przewodniczącą Tymczasowego Wydziału Samorządowego i Szefa Władz fundacyjnych a życzliwego nam Przyjaciela.

Witam Panów Reprezentantów naszej zwycięskiej armii i Wyższych Uczelni, witam Panów Reprezentantów Banku Gospodarstwa Krajowego, którzy swoim wpływem stali się fundamentem i podporą naszej budowli. Witam Reprezentantów Izb Lekarskich i wszystkich towarzystw lekarskich oraz wszystkich miłych nam Gości i drogich Kolegów, którzy z różnych stron Polski przybyli raczyli, aby wziąć udział w tym doniosłym akcie otwarcia Domu Zdrojowego, tego serca naszego zdrojowiska, serca, które ma być ośrodkiem w rozbudowie i rozwoju przyszłego wielkiego Morszyna.

Przeczuł niegdyś tę niezwykłą rolę naszego Zdrojowiska wielkoduszny ofiarodawca i przyjaciel lekarzy śp. Bonifacy Stiller, kiedy darowując w r. 1882 majątek Morszyn z jego bogatymi złożami solnymi, na wyłączną własność Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji, a dziś Lekarzy Polskich we Lwowie, wypowiedział owe pamiętne słowa: „Zapisuję moją posiadłość Towarzystwu Lekarskiemu, bo głęboko wierzę, że w rękach lekarzy Morszyn stanie się zdrojowiskiem, które z pożytkiem służyć będzie cierpiącej ludzkości, a wdowom i sierotom po lekarzach niejedną łzę osuszyć potrafi”.



I oto wśród lasów szpilkowych ten okazały Dom Zdrojowy. Powstał według planu inż. arch. M. Nikodemowicza, a pod wytrawnym kierownictwem inż. Dajczaka i docenta dra Wróbla oraz inż. Karasińskiego i inż. Stanisława Kwolaka. Wykonany został w 100% siłami i materiałami krajowymi. Poczujęm się w tej chwili do miłego obowiązku złożenia szczerzej podziękowań kierownikom budowy oraz wszystkim dostawcom i wykonawcom robót budowlanych, a w szczególności firmom: Fr. Irzyk, za jej roboty instalacyjno-grzejne i wodociągowe, F. De Cet i Brattel za wykonanie robót cementowych, F. inż. Tyrowicz za roboty kamieniarskie, Fr. Będkowski za roboty ślusarskie, firmom: M. Prugar i Syn, Szczuplakiewicz, Krajewski, Cholewa, Łóżecki — za roboty stolarskie, F. Preidl za roboty lakiernicze, F. Rewucki za roboty malarskie, F. Kysiak i Synowie za roboty tapicerskie. W szczególności dziękuję firmom poznańskim: J. Sroczyński za piękne umeblowanie całego Domu Zdrojowego, F. Pokora i Pukacki za roboty szklarskie

oraz firmom warszawskim: Konrad Jarnuszkiewicz, Fraget i Łakomski za precyzyjne i punktualne wykonanie zamówionej dostawy.

Wreszcie winienem podnieść z uznaniem pracę inż. Tempłina w pięknym wykonaniu i nowym rozplanowaniu parku zakładowego.

Zwolna rozwijało się Zdrojowisko Morszyńskie wraz z swoimi zakładami leczniczymi. Wojna światowa poczyniła tutaj znaczne spustoszenia. Rozbudowa napotykała z braku funduszy na wielkie trudności. Podniesienie i ulepszenie produkcji wytworów morszyńskich, jak soli morszyńskiej i wody gorzkiej sprawiło, że wkrótce wytwory te opanowały prawie cały rynek krajowy, a w ostatnich latach zaczęły sięgać z powodzeniem poza granice kraju. Nie można tu zapomnieć o zasłudze dzierżawiącego Towarzystwa „Polskie Zdroje”, które w r. 1920 wprowadziło na rynek już ulepszone produkty morszyńskie.

W tych już korzystniejszych warunkach Zarząd Towarzystwa Lekarzy Polskich postanowił unowocześnić cały Zakład Zdrojowy i jego urządzenia lecznicze i zrównać je z podobnymi zakładami zagranicznymi, aby uprzystępnąć szerokim warstwom kuracjuszy nie tylko należyte leczenie, ale wygodę, komfort i rozrywkę w kraju.

Ze środowiska wyłącznie lekarskiego — z Rady Zawiadawczej Towarzystwa — wyszły niebawem projekty planowej rozbudowy Zdrojowiska, która jest już dzisiaj w znacznej mierze zrealizowana.

Towarzystwo Lekarzy Polskich zainicjowało i wspomagało wykonanie projektu rozbudowy i zniwelowania terenu całego Morszyna; poczyniło poszukiwania za wodą źródłaną, przeprowadziło wszelkie badania i analizy wodne, pomogło finansowo w zbudowaniu wodociągu, dzisiaj już do użytku oddanego, przy czym Komisji Zdrojowej przyszedł z wydatną pomocą — a przy życzliwym poparciu Pana Wojewody Stanisławowskiego — Fundusz Pracy.

Zarząd Zdrojowy zbudował własną elektrownię, która cieszy się prawami elektrowni okręgowej.

Z inicjatywy Towarzystwa Lekarskiego, przy gorącym poparciu Pana Gen. Dra Krzemieńskiego i Dyrektora Polminu Pana Inż. Dażwańskiego otrzymał Morszyn gazociąg z Daszawy. Kanalizacja Zdrojowiska, również z inicjatywy Zarządu Zdrojowego poczęta, jest dzięki Funduszowi Pracy w pełnym wykonaniu. Park zdrojowy i grunta sąsiednie uległy zdrenowaniu.

Oto prace tak ważne, a żywotne dla każdego zdrojowiska, tutaj w Morszynie znalazły w ostatnich kilku latach piękne swoje rozwiązanie, wysuwając pod tym względem nasze Zdrojowisko na jedno z pierwszych miejsc.

A urządzenia lecznicze, zakłady kąpielowe, które Państwo niebawem raczą zobaczyć, nie tylko dorównują podobnym zakładom zagranicznym, ale je niejednokrotnie przewyższają.

Nie od pałaców zaczęliśmy pracę w Zdrojowisku, ale od planu regulacyjnego Morszyna, od kanalizacji, wodociągów i całego szeregu podobnych fundamentalnych robót.

Wśród tych okoliczności, przy ciągłym rozwoju Zdrojowiska widział się Zarząd Towarzystwa Lekarskiego zmuszonym do podjęcia budowy tego oto Domu Zdrojowego, by dostarczyć gościom i kuracjuszom swoim jak najwygodniejszego pomieszczenia, zapewnić im jak najlepsze warunki lecznicze, uprzyjemnić im pobyt wśród pięknego parku i lasów szpilkowych.

Nie lukratywny zysk z tego przedsięwzięcia, bo tego Domu w ten sposób urządzony dać nie może, a i Towarzystwo Lekarskie nigdy wielkich zysków nie pragnęło, ale inne cele były tu dla nas bodźcem do mozolnych starań o urzeczywistnienie tej budowy.

Chcemy stworzyć w tym Domu Zdrojowym wzorowy zakład dietetyczny pod odpowiednim kierownictwem lekarskim; chcemy rzucić podwaliny pod rodzaj otwartego sanatorium dla wszystkich. Przygotowany celowo i prowadzony w ziemie ma ten Dom służyć chorym, potrzebującym stałej opieki lekarskiej; znajdują tu oni wszelkie nowoczesne urządzenia kąpielowe i lecznicze.

Ma być ten Dom zarazem domem wypoczynkowym dla wszystkich przepracowanych i tego miłego wypoczynku potrzebujących. Pora zimowa w Morszynie przepiękna, szczególnie do tego celu nadawać się będzie. Budynek cały centralnie wodą ogrzany, zaopatrzony jest we wszystkie urządzenia lecznicze z wzorową hydroterapią na czele. Przede wszystkim znaleźć tu będzie mogła po trudach miły odpoczynek — w myśl intencji fundatora — przepracowana brać lekarska i jej rodzina.

Poza tym cele naukowe i dydaktyczne mają znaleźć w Morszynie szerokie naczelnie uwzględnienie, bo gdy I, II i III piętro ma służyć na pomieszczenie gości i kuracjuszy, a sale

restauracyjne w parterze mają ich należycie i odpowiednio odżywiać i pobyt im uprzyjemnić, to w przyziemiu znajdują się wszelkie urządzenia lecznicze, jak: elektroterapia, kąpiele solankowe, borowinowe, kwaso-węglowe, wodolecznice, mechanoterapia, aparaty rentgenowskie, diatermia i inne. Ponadto stworzono tu rozległe i celowo urządzone pracownie badawcze, doświadczalne i naukowe. Wzorowa pracownia chemiczna zajmie się dalszymi badaniami, dotyczącymi działania wód i kąpielei, ulepszenia produktów morszynskich i poszukiwania nowych ciał, jakie kryją niewątpliwie nasze złoża morszynskie. Prace te, prowadzone będą jak dotąd, także i nadal przy współudziale instytutów i klinik U. J. K.

Ponadto chcemy, w dalszym postępie rozbudowy Morszyna, stworzyć w najbliższej przyszłości nową pijalnię i kryty, zimną ogrzaną deptak stumetrowej długości, a połączony pergolą z Domem Zdrojowym.

Zamierzamy utworzyć w Morszynie oddział kliniczny dla ciężko chorych wraz z salą operacyjną, stojący w łączności z lwowskimi klinikami U. J. K.

Towarzystwo Lekarzy Polskich jako właściciel ponad 500 morgów obszaru, będzie udzielać w granicach statutu określonych wszelkich ułatwień przy wnoszeniu na tych terenach odpowiednich domów leczniczych i wypoczynkowych. Warunki bowiem klimatyczne Morszyna i zakres działania środków i urządzeń leczniczych jest tutaj zaiste przeogromny. I mamy tę niewątpliwą nadzieję, że skończą się w przyszłości owe nieustające dotąd wędrówki kuracjuszy polskich poza granice krau: do Karlsbadów, Marienbadów, Kissingenów itp., a ostatnio do tak modnego Monte Catini, jeżeli stworzy się w kraju, a niewątpliwie zaistnieją one i w Morszynie, korzystne warunki lecznicze, dobrą opiekę lekarską, a przy tym komfort i miłą rozrywkę dla tych, co szukają zdrowia i wytchnienia.

Wreszcie chcemy tu w Morszynie-Zdroju, tym własnym zdrojowisku, przez zespół lekarski kierowanym, a przy współudziale Wydziału Lekarskiego U. J. K. i życzliwym poparciu Władz rządowych, stworzyć ośrodek szkolenia lekarzy zdrojowych przez stale prowadzone kursy lekarskie.

Obok tego zamierzamy utworzyć przy naszym Domu Zdrojowym szkołę służby pielęgniarskiej i kąpielowej.

Takie są nasze zamierzenia, godne lekarzy i leżące w zakresie działania Towarzystwa Lekarskiego. Zamierzenia te poparte życzliwie przez nasze Najwyższe Władze Rządowe i podległe im władze sanitarne, przy lojalnej współpracy dobrze i celowo zorganizowanej Komisji Zdrojowej, przyniosą niewątpliwie pomyślne wyniki dla rozwoju zakładu, a równocześnie rokują bardzo poważne korzyści materialne dla finansów Państwa.

Otwierając w dniu dzisiejszym pod dobrymi wróżbami ten oto nowy Dom Zdrojowy, jako Przewodniczący Tow. Lekarzy Polskich pragnę złożyć serdeczne podziękowanie całej Radzie Zawiadowczej i Członkom Walnego Zgromadzenia Tow. Lek., którzy tak gorliwie i czynnie współdziałali w dotychczasowej rozbudowie naszego zdrojowiska.

Oddaję ten piękny Dom z całym jego urządzeniem i otoczeniem parkowym do użytku publicznego. Życzę temu Domowi Zdrojowisku, aby wszyscy kuracjusze znaleźli tu należąca i życzliwą opiekę, a pomoc w swoich cierpieniach, aby spędzali czas podczas trudów leczenia wśród miłego i wesołego nastroju.

Niechaj z chwilą ich przyjazdu do Morszyna, po opuszczeniu naszych coraz wygodniejszych wagonów pulmanowskich, zostaną wszystkie ich troski i zmartwienia daleko poza nimi.

Morszyn służyć ma wszystkim cierpiącym i szukającym wypoczynku, bo przyświeca mu jeden tylko cel: służyć chorym i strudzonym, którzy znaleźć tu winni życzliwą i przyjazną pomoc, a uzyskać zdrowie i wzmocnienie sił swoich.

Tego zdrowia i sił potrzebujemy wszyscy dla dalszej pracy dla dobra Państwa naszego, które bez zdrowia, tężyzny i siły swoich obywateli obejść się nie może.

Przed Ojczyzną naszą, przed Narodem naszym ścielą się nowe wielkie drogi pochodu w przyszłość jasną i mocną, drogi wytyczone naszymi wspaniałymi tradycjami historycznymi. Gotując się do tego pochodu wielkimi szlakami cywilizacji i kultury, musimy mieć zdrowie, tężyźnię, hart ciała i ducha. Musimy kultywować te cenne wartości krzewić w pokolenia idącej naprzód Polski. Z tą myślą gorącą o Ojczyźnie, o służbie dla Niej, dokonywało się przez dziesiątki lat i to przychylnie ludziom dzieła morszynskie — od zaczątków swoich aż po dzisiejszy dzień uroczysty. Ta myśl gorąca i w obecnym momencie nad wszystkimi innymi myślami naszymi.

Toteż czyniąc zadość potrzebie najgorętszej serc naszych dając wyraz uczuciu, które nas w tej świątecznej chwili przepełnia, wznoszę okrzyk radosny: *Najjaśniejsza Rzeczpospolita niech żyje!*

*Przemówienie Prezesa podczas śniadania w dniu 3 lipca 1938 r.*

Mając otworzyć w dniu dzisiejszym ten nowy Dom Zdrojowy w 400-setną rocznicę odkrycia soli gorzkiej na gruntach Morszyna, zaprosiliśmy na tę uroczystość nasze Najwyższe Władze Państwowe, wszystkie wyższe uczelnie i towarzystwa naukowe lekarskie z całej Polski i licznych naszych przyjaciół oraz ogół lekarzy, gdyż pragnęliśmy dobitnie podnieść znaczenie dzisiejszego aktu, pragnęliśmy zaznaczyć, że rozwój naszych zdrojowisk krajowych leży nie tylko w interesie zdrowia społecznego i lekarskiej nauki, ale posiada także poważną doniosłość ogólnopolską.

Dziękując jeszcze raz wszystkim Reprezentantom Władz Państwowych, Wyższych Uczelni i Towarzystw Lekarskich, dziękując naszym Kolegom i wszystkim miłym Gościom za ich łaskawe przybycie, chcemy zarazem widzieć w tym zjeździe dowód ogólnego a żywego zainteresowania się naszym Zdrojowiskiem.

Ileż jeszcze cennych, a niewyzyskanych skarbów kryje nasza polska ziemia, a w szczególności całe nasze polskie Podkarpackie!

Wszakże nie mamy dotąd szczegółowych i dokładnych badań geologicznych, a przystępując nieraz do rozwiązywania problemów zdrojowych, pracujemy jakby poomacku. Morszyn wykonał już w ostatnich dwóch latach kilka wierceń próbnych, bo chciał wiedzieć, jak wielkie są jego bogactwa mineralne, a czynił to w warunkach trudnych. Badania tak żmudne, a przede wszystkim kosztowne, powinny znaleźć w najbliższej przyszłości należyte uwzględnienie w naszych stacjach badawczych. Bo ważne są poszukiwania gazów ziemnych i złotodajnej ropy, ale z tą samą energią powinna być brana pod uwagę również strona kopalniana w odniesieniu do badań zdrojowiskowych.

400 lat prawie leżały odłogiem, jak żyły drogiego kruszcza, te bezcenne, a jak z badań naszych wynika, bardzo obfite pokłady soli i źródła wody gorzkiej w naszym Zdrojowisku. Ileż to milionów złotych poszło niepotrzebnie za granicę!

Ile rąk zdalnych do pracy było by znalazło zatrudnienie w kraju!

Morszyn nie jest zdrojowiskiem ekskluzywnym, a postępujący w racjonalnej gospodarce znacznie naprzód, dzięki bezinteresownej a celowej pracy Zarządu Towarzystwa Lekarskiego, cieszy się szczerze z rozwoju i powodzenia wszystkich bratnich zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. Morszyn był zawsze nie konkurentem, ale lojalnym towarzyszem pracy na polu zdrojownictwa krajowego. Toteż i w dniu dzisiejszego święta myśl nasza biegnie ku tym bratnim zdrojowiskom polskim.

Wszystkim zdrojowiskom, których Reprezentantów tu dziś gościemy, życzymy jak najlepszych wyników ich pracy nad rozbudową i rozwojem ich naturalnych bogactw i celowych urządzeń.

W związku z tym oczy nasze zwracają się do tak życzliwych nam Najwyższych Władz Państwowych i podległych Im Władz Sanitarnych z ufnym przekonaniem, że podjęte już prace badawcze naszych terenów znajdują w najbliższej przyszłości szczególnie życzliwe uwzględnienie. Życzliwość ta wyda nam pewno sowe owoce. Cierpiącej ludzkości przyniesie ulgę, nauce płodny pożytek, a Państwu naszemu korzyści materialne i moralne.

Na pomyślność tej współpracy, zmierzającej ku jednemu, pięknemu celowi, wznoszę serdeczny toast na cześć naszej Władzy lekarskiej, reprezentowanej tu przez Pana Naczelnika dra Majewskiego.

Po przemówieniu Prezesa zabrał głos imieniem Departamentu Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej dr Majewski, następnie, imieniem wojewody stanisławowskiego wicewojewoda dr Seydlitz, imieniem Dep. Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojsk. płk. Czyż, a wreszcie wiceprezes Komisji Zdrojowej p. Szykowski. W przemówieniach tych podnoszono wielki rozwój Morszyna i to od lat kilku, kiedy to ster rządów w Towarzystwie Lekarzy Polskich objął prof. Rencki, tak zastąpiony na polu rozwoju Zdrojowiska i powstania wspaniałego Domu Zdrojowego, mającego niewątpliwie wielkie znaczenie dla dalszego jego rozwoju. Po przemówieniach nastąpiło zwiedzanie nowego gmachu.

W południe odbył się bankiet, urządzony przez prezesa Rencckiego, w którym wzięło udział około 150 osób. Na bankiecie tym ogłoszono szereg mów a rozpoczął je gospodarz prof. Renccki, wznosząc toast na cześć tych, którzy bezpośrednio lub pośrednio przyczynili się do powstania Domu Zdrojowego. Następnie przemówił wiceprezes Towarzystwa, prof. Nowicki, podnosząc gorące poparcie, jakim się Morszyn cieszy ze strony swego prawdziwego opiekuna, jakim jest Pan Prezes Najwyższej Izby Kontroli gen. Krzemieński, w dalszym ciągu złożył podziękowanie Bankowi Gospod. Kraj. na ręce obecnego dyrektora Garbusińskiego, który nie zaważał się udzielić Towarzystwu poważnych kredytów na cele budowy Domu. Wreszcie wniósł toast na cześć Prezesa Towarzystwa prof. Rencckiego, podnosząc jego niezwykle starania i trudy, jakie poniósł przy budowie nowego Domu, nie szczędząc ani czasu ani pracy, nerwów i zdrowia w doprowadzeniu do końca tego pięknego dzieła. Z szeregu innych przemówień należy wymienić przemówienie gen. Krzemieńskiego, prez. Ostrowskiego, wojewody Biłyka, wiceprezydenta Irzyka, dra Maciąga z Krakowa, prof. Szymanowicza i Solowija, naczelnika gminy Morszyna, imieniem kuracjuszków rady Höflingera i wielu innych. Nadeszły też liczne telegramy z życzeniami spoza Lwowa.

Jako dowód uznania popołudniu odbyte Walne Zebranie Delegatów Towarzystwa Lekarzy Polskich wybrało dotychczasowego prezesa dożywotnim prezesem Towarzystwa oraz uchwaliło na cześć jego wmurować tablicę pamiątkową w nowym Domu Zdrojowym.

Szczegółowy opis Domu Zdrojowego zostanie umieszczony w jednym z późniejszych numerów Polskiej Gazety Lekarskiej. W. N.

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

### Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Na Walnym Zgromadzeniu Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie, odbytym w dniu 3 lipca 1938 r. w Morszynie, została wybrana Rada Zawiadowcza Towarzystwa w następującym składzie: Prezes: prof. dr Roman Renccki, Lwów, ul. Romanowicza 3; I Wiceprezes: prof. dr Witold Nowicki, Lwów, ul. Kampiana 9; II Wiceprezes: doc. dr Józef Szymanowicz, Kraków, ul. Siemiradzkiego 35; Skarbnik: prof. dr Włodzimierz Koskowski, Lwów, ul. Piekarska 52; Sekretarz: doc. dr Witold Grabowski, Lwów, ul. Romanowicza 11. Członkowie Rady: Prym. dr Aleksander Domaszewicz, Lwów, ul. Ossolińskich 11; dr Mieczysław Ferensiewicz, Stanisławów, ul. Piotra Skargi 7; prof. dr Napoleon Gąsiorowski, Lwów, ul. Warneńczyka 32; prof. dr Jan Lenartowicz, Lwów, ul. Akademicka 21; nacz. dr Wacław Majewski, Lwów, plac Smolki 3; dyr. dr Andrzej Pohorecki, Lwów, ul. Głowińskiego 7; doc. dr Antoni Sabatowski, Lwów, ul. Asnyka 2; prof. dr Zdzisław Steusing, Lwów, ul. Supińskiego, Dom Profesorski.

W dniach od 30 czerwca do 3 lipca 1938 r. odbył się II Zjazd Fizjologów Polskich w Wilnie. W ramach Zjazdu odbyła się uroczysta Akademia ku czci Jędrzeja Śniadeckiego urządzona wspólnie przez Polskie Tow. Fizjologiczne i Polskie Tow. Chemiczne oraz Walne Zebranie Polskiego Tow. Fizjologicznego. Zarząd Główny wybrano w następującym składzie: Prezes: prof. dr Fr. Czubalski, Wiceprezes: prof. E. Sym, Redaktor: prof. K. Białaszewicz, Sekretarz: dr Br. Zawadzki, Skarbnik: prof. A. Dmochowski. Członkowie Zarządu: prof. J. Kaulbersz (Kraków), prof. A. Kłisiecki (Lwów), prof. St. Dąbrowski (Poznań), prof. Wł. Mozołowski (Wilno).

W czasie od 26 września do 3 października b. r. Wydział Lekarski Uniwersytetu Wiedeńskiego urządza 62 międzynarodowy kurs dokształcający.

W czasie od dnia 23 do 30 listopada b. r. odbędzie się we wszystkich cywilizowanych krajach międzynarodowy tydzień przeciwrakowy.

Wnioski przyjęte przez XVIII Zjazd Psychiatrów Polskich w Poznaniu, dnia 5 czerwca 1938 r. I. XVIII Zjazd Psychiatrów Polskich stwierdza, że skutki nadużywania alkoholu szerzą się w Polsce, jako prawdziwa klęska społeczna i prosi miarodajne władze: 1) o przeprowadzenie ustawy, ograniczającej używanie alkoholu, 2) o skasowanie sprzedaży alkoholu w małych butelkach i 3) wykorzystanie radia i filmu na rzecz walki z alkoholizmem przez ustanowienie odpowiedniej ich kontroli ze strony Departamentu Służby Zdrowia Min. Opieki Społecznej. II. XVIII Zjazd Psychiatrów Polskich wita dotychczasowe prace Ministerstwa Sprawiedliwości w kierunku oparcia walki z przestępczością na wskazaniach kryminalno-psychiatrycznych i wyraża nadzieję, że i nadal Ministerstwo Sprawiedliwości będzie pozostawało w tej dziedzinie w kontakcie ze światem psychiatrycznym.

### Różne

#### Z kraju

Elektromedycyna na Wystawie Szpitalnictwa. Pośród licznie zgromadzonych eksponatów przemysłowych na Pierwszej Polskiej Wystawie Szpitalnictwa dział instrumentów elektromedycznych zajmować będzie dużo miejsca.

Większość aparatów w tej dziedzinie była w Polsce dotąd pochodzenia zagranicznego. Jednak polska produkcja pochwalić się może już swoim pionierskim dorobkiem, toteż na Wystawie zobaczymy po raz pierwszy aparaty rentgenowskie oraz szereg innych przyrządów, wyrabianych dotąd za granicą, które wyprodukowano całkowicie w Polsce.

Aparaty i przyrządy będą pokazane w ruchu, co oczywiście przyczyni się do szczególnego zainteresowania tą dziedziną.

Z Wystawy Szpitalnictwa. Komitet Pierwszej Polskiej Wystawy Szpitalnictwa przystąpił do definitywnego rozdzielania stoisk dla poszczególnych wystawców. Napływ wystawców z całego kraju jest tak wielki, że większość działów jest już całkowicie zapełniona i dalsze zgłoszenia nie będą mogły być uwzględnione. Pozostały jeszcze nieliczne miejsca w Dziale Ogólnym.

W Wystawie bierze udział wojsko, szereg najpoważniejszych szpitali, sanatoriów, instytucji społecznych, Instytut Radowy, Polski Czerwony Krzyż, Pogotowie Ratunkowe itd. Bogaty dział farmaceutyki i wyposażenia szpitalnego, chirurgia i elektromedycyna stworzą całość imponującą.

W Kosowie Huculskim otwarto zakład zdrojowy. W uroczystości uczestniczył wojewoda gen. Paślawski oraz liczni przedstawiciele władz. Zakład zdrojowy mieści się na terenie starej żupy solnej i posiada łaźienki oraz wiewialnie.

Zarząd Państwowego Zakładu Druskienickiego ogłosił konkurs na budowę Domu Zdrojowego. Już w roku bieżącym ma się rozpocząć budowa obszernego gmachu zdrojowego z salą reprezentacyjną, salami klubowymi, restauracją, kawiarnią i czytelnią. Z chwilą powstania gmachu zdrojowego rozpocznie się nowy etap szybkiego rozwoju tego przepięknego zdrojowiska na rubieżach wschodnich ziem Rzplitej.

W dniach 2—4 października b. r. odbędzie się, pod protektoratem Pana Prezydenta R. P. Ignacego Mościckiego, Kongres Dziecka. Kongres ten będzie miał za zadanie zwiększenie i spulcharyzowanie zainteresowania społeczeństwa zagadnieniami związanymi z życiem dziecka. Jednocześnie z Kongresem odbędzie się Wystawa Dziecka.

### Redakcja otrzymała:

G. Ricker: Das Zentralnervensystem und die rheumatisch genannte akute Polyarthritis. Wyd. Th. Steinkopff, Drezno-Lipsk 1938. Cena: 6.38 RM.

J. W. Grott: Il valore diagnostico delle alterazioni trofiche della pelle nel corso di una pancreatite cronica. Odb. z „Rinascenza Medica“. Nr 10. 1938.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	2/3	1/3	1/16	PRENUMERATA KWARTALNA
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—	w kraju . . . . . zł 10.—
inne strony . . . . .	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—	za granicą . . . . . zł 17.—
Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—						

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.

# PROTOKÓŁ

## Walnego Zgromadzenia „Spółki Wydawniczej Lekarskiej” - Lwów za rok 1937

odbytego w dniu 6 marca 1938 r. w sali Domu Lekarskiego we Lwowie

### Porządek dzienny:

1. Zagajenie przewodniczącego,
2. Sprawozdanie Dyrekcji za rok 1937,
3. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej,
4. Udzielenie absolutorium za rok 1937,
5. Rozdział zysków,
6. Zmiana statutu (Art. X w ten sposób, że Rada Nadzorcza składa się z 15 członków,
7. Wybór uzupełniający do Rady Nadzorczej,
8. Wnioski i interpelacje.

1. O godzinie 10.30 przewodniczący prof. dr M. Franke otwiera Walne Zgromadzenie, stwierdzając obecność dostatecznej liczby udziałowców wymaganej do powzięcia prawomocnych uchwał.

Wita przybyłych z poza Lwowa członków Rady Nadzorczej oraz nowych udziałowców „Spółki Wydawniczej Lekarskiej”.

Dziękuję Zarządowi „Domu Lekarskiego” za udzielenie lokalu na Walne Zgromadzenie. Następnie w ogólnych zarysach przedstawia obecny stan Spółki, który należy uznać za pożyteczny. Przedstawia w skróconym przebiegu akcji, jaka została przeprowadzona w sprawie wydawnictwa przez Naczelną Izbę Lekarską w Warszawie nowego czasopisma lekarskiego z subwencją rządową. Dziękuję za wydatną pomoc i współpracę w tej akcji prof. Kostrzewskiemu, doc. Zaorskiemu, prof. Nowickiemu i Zarządowi Spółki.

Z kolei wyraża podziękowanie redaktorowi prof. dr Moraczewskiemu i sekretarzowi redakcji dr Giędoszowi za utrzymywanie „Polskiej Gazety Lekarskiej” na należytych poziomach, a następnie obu zawiadowcom Spółki doc. dr Lenczowskiemu i p. A. Krawczyńskiemu oraz administratorce P. G. L. p. J. Pszornowej za wydatną i pełną inicjatywę pracę.

2. **Sprawozdanie Dyrekcji za r. 1937** składa dyrektor A. Krawczyński. Oświadcza, że daleki jest od zbyt optymistycznego nastroju, mimo pomyślnie przedstawiających się cyfr bilansowych. Zwraca się z apelem do obecnych o poparcie w odpowiednich sferach usiłowań administracji i zarządu Spółki w celach dalszego podnoszenia ilości stałych prenumeratorów P. G. L. Przede wszystkim pożądanym byłoby, aby pismo prenumerowały wszystkie zakłady, kliniki, szpitale, które jakkolwiek mają przeznaczone na te cele dotacje, zwracają się często z propozycjami dostarczenia im egzemplarzy bezpłatnych lub na warunkach ulgowych.

Obaj Zarządzający i administracja dokładają wszelkich starań, aby utrzymywać czasopismo na możliwie najwyższym poziomie tak pod względem administracyjnym, jak i wyposażenia graficznego. Dowodem tego jest numer 27/1937 r., wydany w zwiększonym nakładzie z powodu Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w lipcu oraz bogato i pięknie wydany w maju ub. r. numer 21, tzw. „Uzdrowski”. W końcu 1937 roku staraniem administracji wydany został Kalendarzyk na r. 1938, który jako propagandowy wraz z prospektem i kartą zamówień rozesłano w ilości 16.000 egzemplarzy do wszystkich lekarzy, zakładów, klinik i szpitali w Polsce.

Doc. Jałowy przypomina okólnik Ministerstwa polecający, aby instytucje i zakłady prenumerowały czasopisma fachowe z przeznaczonych na to funduszy.

Prof. Franke mówi o konieczności przestrzegania obowiązku prenumeraty w towarzystwach lekarskich.

Prof. Nowicki zwraca uwagę, że przede wszystkim we Lwowie wszystkie zakłady, kliniki i szpitale powinny prenumerować P. G. L. Proponuje wysłanie do odpowiednich instytucji specjalnych pism podpisanych przez poważnych kolegów. Po dyskusji polecono administracji przygotowanie takiego pisma.

Doc. Zaorski radzi zwrócić się także do Rad Wydziałowych. Za dobrą propagandę uważa rozsyłanie od czasu do czasu egzemplarzy bezpłatnych, jako okazowych. Równocześnie zwraca uwagę, że poziom prac w P. G. L. jest za wysoki dla lekarzy prowincjonalnych i że zdaniem jego należało by uprzyścić im korzystanie z P. G. L. przez zwiększenie ilości artykułów praktycznych.

Gen. dr Zieliński konstatuje, że wielką szkodę wyrządzają i poważną stanowią konkurencję dla pism naukowych bezpłatnie wydawanych firm i zakładów farmaceutycznych. Sądzi, że w tym kierunku należało by zacząć odpowiednią kontrakcję.

Dyr. Krawczyński sądzi, że wydawanie i rozsyłka bezpłatnie czasopism lekarskich przez firmy, nie jest objawem normalnym tak z punktu widzenia konkurencji, jak i ze stanowiska społecznego i stosunku do wysiłku czasopism naukowych, opartych na kapitale społecznym. Zdajemy sobie sprawę z kosztów wydawania takich czasopism, które jakkolwiek mają oznaczone fikcyjne ceny prenumeraty, rozsyłane są bezpłatnie. Służą one reklamie produktów danej firmy, która koszty wydawnictwa przerzuca na kalkulację swojej wytwórczości — a zato płaci konsument. Poza tym jest to paraliżowanie rozwoju prasy zawodowej. Proponuje, aby w myśl wniosku gen. Zielińskiego wszczęć przeciwko temu akcję za pośrednictwem powołanych czynników.

3. Doc. Zaorski jako członek Komisji Rewizyjnej odczytuje rezolucję Komisji z dnia 24 lutego 1938 i stawia wniosek o udzielenie Zarządowi absolutorium za rok obrotowy 1937.

4. **Jednogłośnie uchwalono.**

Doc. Zaorski wyraża podziękowanie Prezesowi i całej Radzie Nadzorczej.

Prof. Nowicki raz jeszcze dziękuję redaktorowi P. G. L. prof. dr Moraczewskiemu i redaktorowi Praktyki Lekarskiej dr Giędoszowi za dobrze prowadzoną pracę redaktorską i dbałość o należyty poziom obu pism.

5. **Rozdział zysków:** w myśl propozycji Rady Nadzorczej uchwalono z nadwyżki za rok 1937 w kwocie 5.723.73:

w myśl statutu przelać na fundusz zapasowy 10%	572.37
wypł. Zawiadowcy umówione 5%	286.18
wypł. tyt. zapomogi dla wdów i sierót	400.—
przeznaczyć na konkurs za najlepszą pracę	400.—
wypł. tyt. renum. dla pracown. administr.	300.—
wypł. tyt. bilansow. buchalt.	50.—
	<hr/>
	2.008.55

resztę w kwocie 3.715.18 zł przekazać do funduszu obrotowego.

Przez głosowanie jednogłośnie uchwalono.

6. **Zmiana Statutu (art. X)** prezes Franke oświadcza, że ze względów praktycznych i propagandowych wskazaniem było by powiększyć skład Rady Nadzorczej o 3 nowych członków, aby wciągnąć do współpracy młodych udziałowców nie tylko ze Lwowa, ale i z innych miejscowości. Proponuje na nowych członków Rady Nadzorczej doc. dra Adama Grucę, dra Zbigniewa Ryciłowskiego ze Lwowa i prof. dra Leona Zbyszewskiego z Poznania.

Jednogłośnie uchwalono powiększenie składu Rady Nadzorczej na 15 członków.

Zastępca notariusza dr Jan Piwocki, obecny na posiedzeniu, zebrał na listę podpisy wszystkich obecnych na Walnym Zgromadzeniu właścicieli udziałów Spółki Wydawniczej Lekarskiej.

Na tym przewodniczący zamknął Walne Zgromadzenie o godzinie 13.15.

Sekretarz Rady Nadzorczej  
K. Bocheński mp.

Prezes Rady Nadzorczej  
M. Franke mp.

**BILANS SPÓŁKI WYDAWNICZEJ LEKARSKIEJ**

w dniu 31 grudnia 1937 r.

STAN CZYNNY:

STAN BIERNY:

Gotówka w kasie		2.458.23
Gotówka w P. K. O.:		
na r-ku czekowym	10.297.27	
na r-ku rozrachunkowym	61.31	10.358.58
Inwentarz sprzętów	988.15	
mniej 10% odpis	109.80	878.35
Papiery wartościowe		
(zł 300 3% pożycz. inwest.)		198.—
Dłużnicy	9.943.—	
Należność za ogłoszenia	8.935.—	18.878.—
		<u>32.771.16</u>

R-k kapitału		10.000.—
Fundusz zapasowy		795.40
Wierzyciele:		
Drukarnia	1.982.59	
Inni	326.44	2.309.03
Przeniesienie nadwyżki z roku ub.	4.000.—	
Nadwyżka roku 1937	15.666.73	19.666.73

**R-K STRAT I ZYSKÓW SPÓŁKI WYDAWNICZEJ LEKARSKIEJ**

w dniu 31 grudnia 1937 r.

STRATY:

ZYSKI:

Koszty nakładu:		
Druk Gazety	29.716.29	
" odbitek	4.257.30	
" i honor. za Praktykę	2.443.20	
" sprawozd. i Ruch przeciw-		
gruźliczy	531.26	
Spis rocznika	150.—	
Papier i druk opasek	818.08	
Klische	880.71	
Introligator	4.545.15	
Płace Redakcji	5.350.—	48.691.99
Koszty administracji i podatki:		
Opłaty pocztowe	5.286.59	
Płace	6.060.—	
Świadczenia społeczne	722.07	
Wykupno patentu	117.—	
Podatek od uposażeń	360.16	
Podatek dochodowy	349.57	
Telefon	235.50	
Noworoczne	41.—	
Przybory kancelaryjne	61.65	
Tramwaje	240.—	
Koszty Walnego Zgromadzenia	227.—	
Koszty prawne	27.22	
Podróże	116.10	
Czynsz za lokal	720.—	
Różne	760.75	15.324.61
Amortyzacja ruchomości (10% odpis		
jak w roku ubiegłym)		109.80
Nadwyżka przeniesienia z roku 1936	4.000.—	
Nadwyżka z roku 1937	15.666.73	19.666.73
		<u>83.793.13</u>

Przeniesienie z roku 1936		4.000.—
Wpływy:		
Reszta należności	3.750.—	
Z prenumeraty i za odbitki	30.447.84	
Za ogłoszenia	45.595.29	79.793.13

Lwów, dnia 31 grudnia 1937 r.

KOMISJA REWIZYJNA:

Doc. dr Zaorski Jan

Dr Tumidajski Julian

Dr Zieliński Ignacy.