

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 10

WARSZAWA, 15 LIPCA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: E. FLATAU).

Fizjopatologia przysadki mózgowej oraz dna III komory *).

Podał

E. HERMAN (Warszawa).

Przysadka, *hypophysis cerebri* lub *glandula pituitaria*, oddawna była przedmiotem dociekań badaczy.

Od czasu Galena aż do 18-go wieku panował pogląd, iż za jej pośrednictwem śluz, wydzielany z mózgu, zwany *pituita* bądź *humor humissimus*, przedostaje się poprzez jamy kostne do krwiobiegu oraz poprzez kość sitową do jamy nosowej, powodując katarz nosa.

Atoli już w r. 1760 Haen, według Becka, opisuje brak miesiączki, jako objaw przysadkowy, a w roku 1840 Bernhard Mohr ogłasza przypadek otłuszczenia na tle schorzenia przysadki.

Spostrzeżenia te uszły, widocznie, uwadze późniejszych uczonych, skoro tak wytrawny badacz jak Magendie jeszcze w r. 1847 dopatruje się w przysadce głównego narządu, wytwarzającego płyn mózgowordzeniowy, podczas gdy już w r. 1839 Engel mówi o korelacji przysadki z tarczycą i gruczołami płciowymi w stanach patologicznych. W r. 1860 Liégeois zalicza przysadkę do t. zw. gruczołów krwionośnych, zaś w r. 1889 Rogowitsch wykazuje eksperymentalnie przerost przysadki po usunięciu tarczycy. Mimo faktów powyższych poszukiwania nad czynnością przysadki wkroczyły na właściwe tory dopiero z chwilą mistrzowskiego wyodrębnienia dwu zespołów chorobowych, związanych ściśle z przysadką, a mianowicie akromegalji w roku 1886 przez Marięgo, i z wyrodnienia tłuszczowopłciowego (*dystrophia adiposogenitalis*) w r. 1901 przez Fröhlicha oraz Babińskiego; ten ostatni opis poprzedzony trafnem, lecz, nie-

stety, przez naukę europejską często zapożyczanem spostrzeżeniem lekarza warszawskiego Pechkranca.

Poznanie akromegalji, a następnie zwyrodnienia tłuszczowopłciowego zapoczątkowało szereg innych doniosłych odkryć z tego zakresu.

Więc badania Olivera i Schaefera nad działaniem fizjologicznem wyciągów z przysadki (1894), eksperymenty Horsleya (1886), Biedla (1897), Marinesco (1892), Paulesco (1906), Cushinga (1909), Aschnera (1909), Horsleya i Handelsmana (1912) i innych nad usunięciem doświadczalnym przysadki lub poszczególnych jej płatów i wynikającymi z tego objawami ubytkowymi — zabiegi operacyjne guzów przysadki, dokonywane przez Horsleya (1906), Schloifera, Eiselsberga, Hoehenegga (1908), Cushinga, Kochera, Hirscha i innych, doświadczenia Cushinga, Crowea, Payra, Biedla, Clarmonta, Exnera nad przeszczepianiem przysadki zwierzętom pozbawionym tego gruczołu, — wreszcie analiza zaburzeń przemiany materji u takich zwierząt lub ludzi chorych (Narboute, Wolf-Sachs, Benedict - Homans, Aschner-Porges, Goetsch-Cushing - Jacobsohni inni).

Wszystkie te, niezmiernie płodne i zasobne w nowe idee badania, dalekie jednak w swych wynikach od zgodności ze sobą, doprowadziły do wszechwładnego panowania przysadki niemal do ostatnich dni nad wielu bardzo ważnemi życiowo procesami ustrojowemi.

Z zaburzeniami w czynnościach przysadki łączy się więc w pierwszym rzędzie sprawy wzrostu (gigantyzm, akromegalja, infantylizm), gruczołów płciowych i przemiany tłuszczowej (zwl. zespół Pechkranca - Babińskiego - Fröhlicha), gospodarki wodnej i węglowodanowej (moczenie nadmierne — *polyuria*, moczówka prosta — *diabetes insipidus*, moczówka cukrowa — *diabetes mellitus*), wreszcie regulacji ciepła.

Dopiero w latach ostatnich zaczęto zwracać uwagę na okolice mózgu, sąsiadujące z przysadką, miano-

*) Według odczytu, wygłoszonego w dniu 27 lutego 1926 r. w Sekcji Klinicznej Towarzystwa Medycyny Społecznej w Warszawie.

wicie na lejek (*infundibulum*) oraz na dno III komory, zwane guzem popielatym (*tuber cinereum*) i usadowione w nim ważniejsze ośrodki roślinne. Głównymi reformatorami okazali się badacze francuscy z Camusa i Roussy na czele.

Do jakiego mianowicie stopnia na podstawie starych i najnowszych doświadczeń, zarówno eksperymentalnych, jak i klinicznych, obok najnowszych zdobyczy anatomohistologicznych, jesteśmy uprawnieni do zdystansowania przysadki i jakie właściwie czynności fizjologiczne jej pozostawić, będzie nicią przewodnią naszego odczytu.

W tym zaś celu wypada nasamprzód przypomnieć położenie topograficzne przysadki i stosunek jej do podstawy mózgu, zwl. dna III komory, oraz jej budowę anatomiczną i histologiczną, jakoteż anatomję i histologję konkurującego z przysadką guza popielatego.

Anatomja i histologja międzymózgowia.

Międzymózgowie (*Diencephalon*) dzielimy na dwie części: leżące u podstawy mózgu pod wzgórze (*hypothalamus*) i położone grzbietowo w zgórzu mózgowie (*thalamencephalon*).

Nas interesuje pod wzgórze (*hypothalamus*).

Podwzgórze (*hypothalamus*) składa się z 1) części sutkowatej (*pars mamillaris*), zawierającej ciała sutokowate (*corpora mamillaria*, oraz 2) z części w zroko wej (*pars optica*), obejmującej a) blaszkę końcową (*lamina terminalis*), b) skrzyżowanie nerwów wzrokowych (*chiasma opticum*) i pasma wzrokowe (*tractus opticus*), c) guz popielaty (*tuber cinereum*), lejek (*infundibulum*) i przysadkę (*hypophysis*).

W międzymózgowiu znajduje się również III komora.

Rozpatrzmy jedynie stosunki topograficzne części wzrokowej podwzgórza (*pars optica hypothalami*).

Guz popielaty (*Tuber cinereum*) tworzy właściwie dno III komory. Jest to szary wzgórek z cienkiej blaszki, obramowany od przodu przez skrzyżowanie nerwów wzrokowych, od boków—przez pasma wzrokowe i szypułki mózgowe (*pedunculi cerebri*), od tyłu—przez ciała sutokowate (*corpora mamillaria*). Ku przodowi guz popielaty przechodzi w blaszkę końcową (*lamina terminalis*), przebiegającą ku górze aż do sklepienia (*columna fornicis*). Blaszka końcowa (*lamina terminalis*) tworzy przednią ścianę komory III-ej, przechodząc następnie w jej sklepienie. Ku dołowi guz popielaty wydłuża się w próżny sopel kształtu lejkowego, zwany lejkiem (*infundibulum*). Jama tego lejka nazywa się zachyłkiem lejka (*recessus infundibuli*). Do lejka tylnym swym płatem przycepiona jest przysadka.

Widzimy zatem, że przysadka łączy się ściśle za pośrednictwem lejka z guzem popielatym, t. j. dnem III-ej komory, tworząc anatomicznie jakby jedną całość. Moglibyśmy więc zamiast części wzrokowej podwzgórza (*pars optica hypothalami*), mówić anatomicznie o części guzo-przysadkowej międzymózgowia (*pars tuberoinfundibularis diencephali*).

Zrozumiałe jest, że eksperymentalne uszkodzenia, jakoteż zmiany chorobowe, dotyczące jednego z wymienionych odcinków tego układu, pociągać mogą naskutek ścisłego wiązania zmiany w drugim, lub też

w łączącym je lejku (*infundibulum*); fakt ten ma znaczenie pierwszorzędne w wysnuwaniu wniosków ostatecznych o fizjologii przysadki i guza popielatego, w dużej mierze utrudnia jej poznanie i przyczynił się do obalenia wielu zmundnie zdobytych spostrzeżeń.

Anatomja i histologja przysadki.

Przysadka jest to owalne, swoją osią większą poprzecznie ułożone ciało, o wadze przeciętnej $\frac{1}{2}$ gr., wielkości fasoli, wypełniające mniej lub więcej siodło tureckie.

Twardówka, wyścielająca siodło, obejmuje całkowicie przysadkę, tworząc na jej powierzchni górnej rodzaj przepony (*diaphragma sellae turcicae*) z otworem po środku, poprzez który przechodzi szypułka przysadki.

Makroskopowo na przekroju przysadki zwracano dotychczas uwagę głównie na dwa jej płaty: przedni większy, o spistości twardej, kształtu nerkowego, z brzegiem wklęsłym, zwróconym ku tyłowi, o budowie nabłonkowej, gruczolowej — t. zw. przysadka gruczolowa (*adenohypophysis* lub *prae-hypophysis*), i tylny mniejszy, przylegający do wklęsłego brzegu płata przedniego, o budowie nerwowej, t. zw. *neurohypophysis* lub właściwa przysadka, łącząca się bezpośrednio z lejkiem (*infundibulum*).

Podczas gdy gruczolowy przedni płatek rozwija się z nabłonka embrjonalnej jamy gardzielowej, to tylny nerwowy—z wyrostka lejkowego (*processus infundibularis*), przedstawiającego uwypuklenie dna III-ej komory.

Pomiędzy przednim a tylnym płatem znajduje się resztkowa embrjonalnej jamy przysadkowej, dobrze zachowana u zwierząt (zwl. u psów i małp), mniej u płodu i dzieci, a szczerkowo — w postaci jam pojedynczych u człowieka dorosłego.

Taki był przeważnie podział dawniejszy.

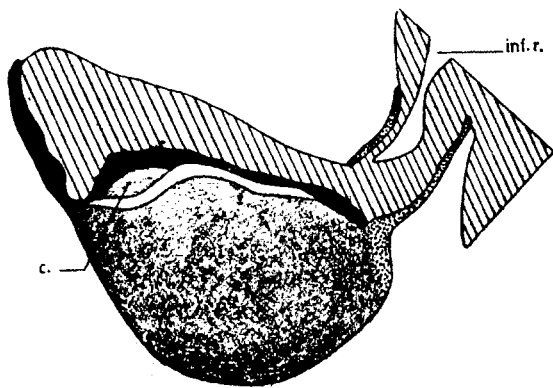
Jednakże pomiędzy szparą, przedstawiającą resztki jamy przysadki, a płatem tylnym, znajdujemy wąski rąbek komórek nabłonkowych o osobliwej budowie — stanowiący t. zw. płatek pośredkowy przysadki (*pars intermedia*).

Płatek ten dotychczas mało był uwzględniany, a jego szczerkowe rozmiary u człowieka dorosłego w porównaniu nie tylko z płatem przednim, lecz nawet i tylnym, przyczyniły się do traktowania go po macoszemu, zwl. z punktu widzenia fizjologicznego. Płatekowi temu głównie poświęca uwagę Biedl w wykładzie swoim o przysadce na kongresie medycyny wewnętrznej w Wisbaden w r. 1922, przypisując mu znaczenie pierwszorzędne, zarówno fizjologiczne jak i patologiczne.

Chodzi o to, o czem już wspominaliśmy, że u człowieka dorosłego *pars intermedia* jest mocno zredukowana w porównaniu z ssakami; jednakże jeszcze u płodu tworzy ona pasmo, przebiegające przez całą szerokość przysadki i przylegające od przodu do jamy, od tyłu zaś do tylnego płata przysadki. W miarę rozwoju człowieka jama zanika, tworząc szczeliny poprzedzielane; ponieważ jednocześnie i część pośredkowa ulega redukcji, naskutek tego płaty przedni i tylny bezpośrednio graniczą ze sobą, zaś pośredkowy tworzy niewielką wysepkę, wkraczającą głównie w obręb płata tylnego.

Oprócz płata pośrodkowego (*pars intermedia*) odróżniamy jeszcze *pars tuberalis*, którą stanowi nabłonek pokrywający lejek od przodu aż do guza popielatego (dawniej zwaną *lobus praemamillaris* lub *chiasmaticus*). Wobec tego Biedl odróżnia obecnie w przysadce:

- 1) *pars distalis*, t. j. *praehypophysis*,
- 2) *pars iuxtaneuralis*, t. j. *praehypophysis*,
- 3) *pars infundibularis*, t. j. *neurohypophysis*,
- 4) *pars tuberalis*.



Rys. 1.

Schemat przekroju strzałkowego przysadki wołu według Atwella i Marinusa: część nerwowa, nóżka oraz istota mózgowa — kreskowane; część pośrodkowa — czarna; część przednia — szara; pars tuberalis — kropkowana; c. — część przednia odcięta przez jamę przysadki; inf. r. — recessus infundibularis.

Nadto możemy mieć kilka dodatkowych przysadek, które są wynikiem pozostałości związków przysadki na drodze odsznurowywania się ku górze t. zw. mieszka przysadkowego (*Hypophysensäckchen*) od kieszonki Rathkego, a mianowicie: przysadka stropu, jamy nosogardzielowej (*hypophysis pharyngea*), skąpe reszki tkanki przysadkowej w zatoce klinowej, będące nieraz punktem wyjścia nowotworów, wreszcie w *pars tuberalis* znajdować się może nagromadzenie komórek nabłonkowych embrjonalnej jamy gardzielowej. One stanowią właśnie podłoże dla powstawania t. zw. guzów Erdheima (t. j. przewodu przysadkowego — *Hypophysenganggeschwülste*), mianowicie raków płaskokomórkowych przysadki.

Histologicznie budowa każdego płata przysadki jest odmienna.

Płat przedni ma budowę typowo gruczolową, przyczem komórki są dwojakiego rodzaju: t. zw. komórki barwnikochłonne o zarodki ziarnistej i małym jądrze, i t. zw. komórki barwnikoodporne (schromofoby), czyli komórki główne, mniejsze od pierwszych, o dużym jądrze i słabo barwiącej się nie zawierającej ziarnistości zarodki. Komórki barwnikochłonne dzielą się na kwasno- i zasadochłonne, co ma znaczenie i w patologii przysadki, gdyż, jak nas poucza klinika, gruczolaki płata przedniego, powodujące akromegalię, są niemal, że z reguły gruczolakami kwasnochłonnymi.

Z pośród wszystkich tych komórek odróżniamy nadto komórki przejściowe o różnego rodzaju ziarnistościach, i o różnym stopniu intensywności barwienia. U płodu i noworodków znajdujemy niemal wyłącznie komórki kwasoodporne (główne), potem

stopniowo coraz bardziej zwiększa się liczba komórek barwnikochłonnych, by w starości ponownie uległa redukcji. Nie jest dotychczas rozstrzygnięty spór, czy te rozmaite postacie komórek są odrębnymi typami, czy też zależą od ich stanu czynnościowego i wieku. Biedl sądzi, że z zasadniczej postaci jednego rodzaju komórek (bezziarnistej komórki głównej) w przebiegu rozwoju ontogenetycznego różnicują się rozmaite postacie komórkowe o zdefiniowanym już charakterze cytologicznym. Nie są więc komórki główne bez ziarnistości wyrazem początkowego i końcowego okresu czynności wydzielniczej komórki.

Płat pośrodkowy (*pars intermedia*), składa się, według Biedla, zwłaszcza u dzieci z komórek nabłonkowych, o zarodki bezbarwnej lub słabo zasadochłonnej, oraz dużym bogatym w chromatynę jądrze. W oczkach gron gruczolowych stwierdza się obficie koloid, lekko ziarnisty lub jednostajny.

Policard, aczkolwiek uważa płat pośrodkowy przysadki za czynną część płata tylnego, jest jednak zdania, że pęcherzyki koloidu są raczej tutaj wynikiem magazynowania miejscowego, aniżeli procesu wydzielniczego.

Pars tuberalis jest zbliżona histologicznie bardziej do *pars intermedia*, gdyż różni się od płata przedniego brakiem komórek kwasochłonnych.

Część tylna (*pars nervosa*) składa się ze zrębu łącznotkankowego oraz z włókien i komórek gleyowych. Koloid, według Biedla, pochodzi tutaj z części pośrodkowej.

Co dotyczy wydzieliny przysadki, to w grę wchodzi lipoid (ester cholesterynowy), ziarnistości komórek oraz koloid. Wszyscy badacze zgodnie uważają lipoid i ziarnistości komórek jako produkt wydzielania komórek. Inaczej ma się rzecz z koloidem.

Jedni sądzą, że jest on wytworem związania komórek (Bremer i in.), drudzy — że pochodzi z ziarnistości komórek, zwłaszcza, gdy zachodzi nadprodukcja lub utrudnienie w normalnym wydzielaniu (Biedl).

Ponieważ, jak to wykazał Edinger, komórki gruczolowe przysadki otoczone są przestrzeniami chłonnymi, które towarzyszą drobnym naczyniom włosowatym, więc Cushing, Biedl i inni sądzą, że normalnie wydzielina komórek tą drogą dostaje się do krwiobiegu. Pozatem wydzielina, zwłaszcza części pośrodkowej, przedostawać się ma również do płynu mózgowordzeniowego, za pośrednictwem przestrzeni chłonnych płata tylnego i szpar gleyowych w szypulce. Binet np. przytacza, iż koloidalne cząsteczki z przedniego i środkowego płata dadzą się wykazać w okolicy komórek nerwowych guza popielatego, podczas gdy Bremer uważa, iż przejście kulek koloidalnych do III komory nie jest dowiedzione. Ważną tę sprawę, czy wydzielina przysadki dostaje się do III komory, starano się wielokrotnie rozstrzygnąć.

Trendelenburg wykonał własne eksperymenty na psach, kotach i królikach: jako przedmiot testu służyła macieja myszy lub świnki morskiej. Płyn mózgowo-rdzeniowy otrzymywał podpotylicznie. Z badań tego autora wynika, że pobudzająca macieję substancja z przysadki przedostaje się do III komory. Płyn, który pochodził z nakłucia łądzwiowego, wykazywał słabo

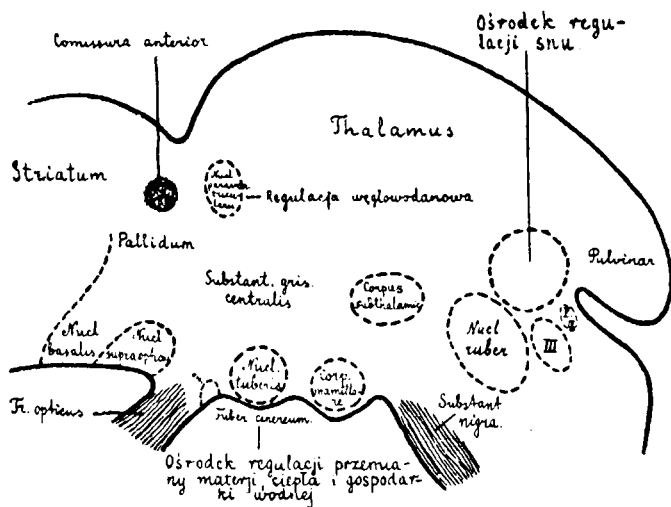
be działanie. Dane Trendelenburga pokrywają się z wynikami prac Dixon'a. Herring stwierdzał krople koloidalne na całej drodze poprzez tylny płat, szypułkę aż do płynu m.-rdz.

Histologia dna III komory (guza popielatego).

Histologją dna III komory zajmowali się w pierwszym rzędzie Spiegeli i Zweig, Malone, Levy i Dresel, Greving, Lhermitte i inni.

Spiegeli i Zweig odróżniają w istocie szarej dna III komory na przecięciach czołowych następujące grupy komórek:

- 1) *nucl. suprachiasmaticus*, z boku od *chiasma* położone.



SCHEMAT OŚRODKÓW WEGETATYWNYCH W MIĘDZYMÓZGOWIU I ICH CZYNNOSCI. (według Greving'a)

Rys. 2.

- 2) *nucl. supraopticus* na zewnątrz od poprzedniego.

Są to jądra według Röthiga filogenetycznie stare, składają się z dużych komórek, z dwiema—trzema grubymi wypustkami.

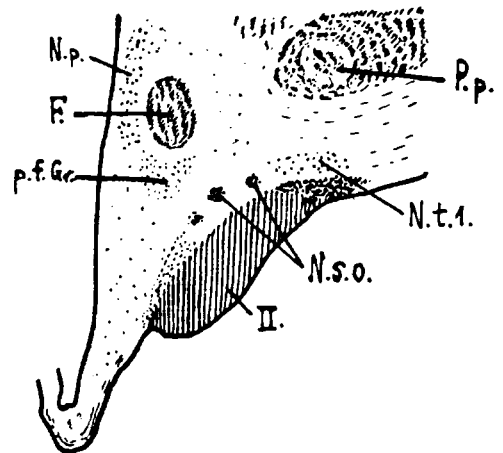
- 3) *nucl. proprius tuberis*, jeszcze bardziej na zewnątrz od poprzednich, graniczy z szypułką mózgową.

Filogenetycznie są to młode komórki, małe, wielobiegunowe, o 3 — 4 wypustkach. Tworzą one uwypuklenie guza popielatego. Odróżniamy w nich *nucl. lateralis et medialis tuberis*.

- 4) *nucl. paraventricularis* (Malone), owalny zbiór komórek, dobrze odgraniczony, znajdujący się pomiędzy ścianą III komory a słupem przednim sklepienia mózgowego (*fornix*).

- 5) *nucl. reuniens* i *nucl. parameedianus* (podług Malone), przylegające bezpośrednio do *nucl. paraventricularis* i sięgające aż do wzgórza wzrokowego.

- 6) *nucl. mumilloinfundibularis* (Malone), zbiór największych wielobiegunowych komórek w różnych miejscach guza popielatego, sięgających aż do ciałek sutkowatych.



Rys. 3.

Jądra guza popielatego u człowieka (według Spiegela i Zweiga) F—fornix; Np.—nucleus paraventricularis N. s. c. — *nucl. suprachiasmaticus*; N. t. 1 — *nucl. lateralis tuberis*; N. t. 2 — *nucl. medialis tuberis*; P. f. Gr.—*nucl. fornix*; P. p.—*pes pedunculi*; II tractus opticus

- 7) nadto Greving wyodrębnił *nucl. pallidoinfundibularis* i *nucl. interformicatus*.

Rzecz naturalna, że od wszystkich tych jąder odchodzą w różnych kierunkach przebiegające włókna łączące, o których na tem miejscu nie możemy się rozwodzić.

Podam tylko, że według Spiegela i Zweiga *nucl. proprius tuberis* otrzymuje włókna od jądra soczewkowatego (*nucl. lenticularis*), zaś *nuclei paraventriculares* mają być poddane, według Levy i Dresela, wpływowi regulującemu ze strony ciała białawcowego (*globus pallidus*).

Wreszcie uszkodzenia jąder opuszkowych wywoływać mają zwyrodnienia wsteczne w *nucl. paraventricularis*.

Tak się przedstawia, według badań najnowszych, w głównych zarysach budowa guza popielatego, t. j. dna III komory.

Poznanie umiejscowienia tych jąder jest nieodwzajemnione, ponieważ w nich ogniskują się, jak to zobaczymy później, główne ośrodki doniosłych czynności roślinnych, jeszcze do niedawna przypisywanych niemal kategorycznie przysadce.

(C. d. n.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki Ocznej (kierownik Prof. Dr. J. SZYMANSKI)
i Zakładu Fizjologii (kierownik Prof. Dr. M. EIGER)
Uniwersytetu Stefana Batorego.

Dalsze badania doświadczalne nad wprowadzaniem neosalwarsanu do oka za pomocą jontoforezy.

Podali

Ignacy APPAMOWICZ i Feliks GROSSMAN, St. asystenci (Wilno).

W poprzednich doświadczeniach (Abramowicz), dotyczących wprowadzenia do oka neosalwarsanu drogą elektrolityczną, stwierdziliśmy, że badania w kierunku wykrycia arsenu w cieczy wodnej przy 3-ch, 5-ciu i 15-tu minutowym czasie trwania jontoforezy i sile prądu od 2 — 4 M.A. dały wynik ujemny.

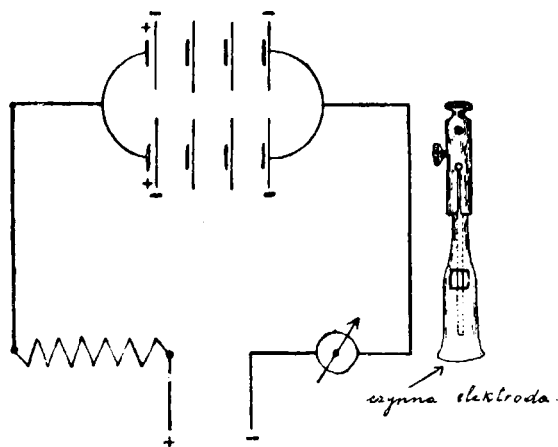
Podejmując dalsze badania w tym kierunku, zwróciliśmy główną uwagę na dłuższe trwanie zabiegu jontoforetycznego za względu na to, że zawierający arsen anion, jaki przy tem wydziela neosalwarsan, i który poprzez oko idzie do anody, jest dość duży i wędruje powoli.

Zmieniliśmy również metodę wykrycia arsenu w cieczy wodnej, przeprowadzając zamiast reakcji *Marsha*, próby z dwuchlorkiem rtęciowym, gdyż sposób ten jest mniej kłopotliwy i jednakowo dokładny (metoda *Flückigera* i *Lehmana*).

Technika tego sposobu wykrycia arsenu odpowiadała mniej więcej technice *Wojciechowskiego* i *Zalewskiego*; rozłożenie substancji organicznych odbywało się metodą spalania.

Pobieraliśmy prąd z 8 akumulatorów, połączonych szeregowo równolegle po 4 w szeregu, czyli około 8 Volt, z włączeniem opornicy celem regulowania miliamperów (rys. 1).

Rys. 1.



Używaliśmy, jak w poprzednich badaniach, rogówkowych elektrod *Stockera* i *Birkhäusera*.

W 2 doświadczeniach wyluszczone po jontoforezie i po uprzednim nakłuciu przedniej komory gałki oczne, poczem badano na zawartość arsenu w rogówce. Do każdego doświadczenia brano nowe oko.

Doświadczenie 1. Królik. Znieczulenie 3% kokainą. Przepłukanie wodą przekończoną. Jontoforeza z 3% roztworem neosalwarsanu. Prąd 2 M.A. 30 minut. Przepłukanie worka spojówkowego. Spojówka nastrzyknięta i zlekką obrzękła. Rogówka lekko zamglona jakby „nachuchana”. Wydobycie cieczy wodnej i badanie jej na arsen: wynik dodatni.

Doświadczenie 2. Królik. Znieczulenie, jak wyżej, 2% neosalwarsanu. Prąd 2 M.A. 20 minut. Przepłukanie. Spojówka nieznacznie nastrzyknięta. Próba cieczy na arsen wypadła dodatnio.

Doświadczenie 3. Królik. Znieczulenie. 1% neosalwarsanu. Prąd 2 M.A. 30 minut. Przepłukanie. Spojówka i rogówka, jak wyżej. W cieczy wodnej arsen.

Doświadczenie 4. Królik. Znieczulenie. Przepłukanie. 1% neosalwarsanu. Prąd 2 M.A. 20 minut. Przepłukanie. Spojówka i rogówka, jak w doświadczeniu 1-szem. W cieczy wodnej z przedniej komory arsen.

Doświadczenie 5. Królik. Znieczulenie. Roztwór, prąd i czas trwania, jak w doświadczeniu 4-tem. W cieczy wodnej arsen. Wyluszczenie gałki. Reakcja na obecność arsenu w rogówce po uprzednim jej wycięciu i przepłukaniu i spalaniu wypadła bardzo wyraźnie.

Doświadczenie 6. Królik. Znieczulenie. 1% neosalwarsanu. Prąd 2 M.A. 15 minut. Przepłukanie. Rogówka, jak w doświadczeniu 1-tem. W cieczy wodnej arsenu nie stwierdzono. Wyluszczenie gałki ocznej. Wycięcie rogówki i jej przepłukanie. Próba na arsen w rogówce dodatnia.

Z powyższego widzimy, że 20 minutową jontoforezę z 1% roztworem neosalwarsanu możemy uważać jako minimum trwania zabiegu jontoforetycznego, przy którym można już wykryć arsen w przedniej komorze. Oczywiście, przy większym woltażu arsen przejdzie szybciej, gdyż szybkość wędrowki jonów zależna jest od napięcia prądu (woltaż). Większe natężenie prądu (amperaż) również wpłynęłoby na ilość przeniesionych jonów. Nie braliśmy jednak większego woltażu, aby nie uszkodzić nabłonka rogówki.

1% roztwór neosalwarsanu w zupełności wystarczy do jego wprowadzenia do komory przedniej poprzez rogówkę, gdyż wyliczenia na zasadzie fizykochemicznych praw *Hittorfa* i *Faradaya* wykazały, że prąd, jaki przepuszczaliśmy, mógł przynieść przez rogówkę tylko część arsenu, znajdującego się w danym roztworze przy katodzie.

W sprawie lekkiego zmętnienia rogówki, zaobserwowanego przy tym zabiegu jontoforetycznym, zaznaczyć należy, że celem usunięcia mechanicznego uszkodzenia rogówki, jakie spowodować może wata, stosowana w rurce elektrody, dla nasiąkania roztworu, owijaliśmy wata tylko zakończenie precyka cynkowego elektrody, jak to podaje *Birkhäuser*. Przy takim sporządzeniu czynnej elektrody styka się z rogówką tylko dany roztwór. Jednak i przy uwzględnieniu tego warunku otrzymaliśmy zmętnienie rogówki, co prawda, minimalne.

Dla wyświetlenia tego zjawiska zrobiliśmy 3 doświadczenia z neosalwarsanową jontoforezą, badając rogówkę przed i po zabiegu przy lampie szczelinowej *Gullstranda*. 2 razy znieczulenie było miejscowe, — 3% roztworem kokainy, 1 raz — ogólne. Zmiany ze strony rogówki, niezależnie od rodzaju znieczulenia, przedstawiały się przy lampie szczelinowej jako zjawiska lekkiego obrzęku z bardzo nieznacznym zmętnieniem śródbłonka (buée endothéliale, Endothelbetaung), widocznym przy oświetleniu w półcieniu.

Te zmiany już nazajutrz znikaly, a po 24 godzinach rogówka wracała do stanu zupełnie prawidłowego.

Ze względu na trudność, jaką nastęrcza leczenie dożylnemi wlewaniem neosalwarsanu miąższowego zapalenia rogówki na tle kily wrodzonej, wprowadzenie neosalwarsanu drogą bezpośrednią, a więc jontoforetyczną, jest nader wskazane.

Prace Igersheimera i innych, stwierdzające w powyższem cierpieniu obecność krętków w rogówce, jak również wybitnie lecznicze wyniki stosowania salwarsanu, zastrzykniętego do przedniej komory w przypadkach doświadczalnie wywołanego kiłowego zapalenia rogówki, przemawiałyby również za tem, że neosalwarsanowa jontoforeza rogówki, wprowadzająca bezpośrednio arsen do przedniej komory, liczyć może na powodzenie. Takie kliniczne obserwacje są w toku.

P. Prof. Eigerowi serdecznie dziękujemy za udzielenie cennych wskazówek przy wykonaniu niniejszej pracy.

PISMIENICTWO.

1) Abramowicz. Warsz. Czasopismo Lekarskie, 1926, Nr. 11. 2) Birkhäuser. Kl. Monatsbl. f. Augenh. 1921, T. 67. 3) Igersheimer, wędł Abramowicza. Kiła oka, a salwarsan. Polska Gazeta Lekarska, 1926, Nr. 48. 4) Wojciechowski i Zalcwski. Przegląd Dermatologiczny, 1926, Nr. 3.

Z Sanatorium dla chorych pierśiowych w Zakopanem i z praktyki prywatnej.

Uwagi o ciele podgorączkowej.

(Szkic kliniczny).

Podał

Kazimierz DŁUSKI (Warszawa).

(Dokończenie)

My zaś, na podstawie własnego materiału, zwracamy uwagę na fakty, zresztą, dobrze znane, że przyczyną błędnego rozpoznania podgorączki, jako sprawy szczytowej lub gruźlowej, bywają niedokrewność ukryta, zimnica. Mamy kilka przykładów zupełnego zniknięcia podgorączki po odpowiedniem krótszem lub dłuższem stosowaniu Fe, As, i Chin.

Dalej przypominamy przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych (*pyelitis*) oraz przydatków macicznych (*oophoritis, salpingitis*), gdzie przyczynę podgorączki — na podstawie znanych nam przypadków — mylnie przypisywano sprawie szczytowej lub gruźlowej. Gra u zaś znów zwraca uwagę, że *polyarthriti chron. deform.*, dotykająca najczęściej młode kobiety, przebiega „prawie zawsze przy C. podgorączkowej“. Wreszcie przypominamy czopy w migdałkach, po których usunięciu C. wracała do normy, była zaś mylnie przypisywana szczytom. Ale z drugiej strony mamy szereg przykładów, gdzie C. była normalna, a gdy czopy dokuczały, bywały od czasu do czasu poprostu wy-ciskane.

Materiał nasz obejmuje 80 chorych na 530, którzy będą później przedmiotem osobnego opracowania. Zaznaczamy zgóry, iż wyłączamy tu trwające całemi tygodniami podgorączki, jako skutek niegruźliczego zakatarzenia górnych dróg oddechowych lub

przewlekłej lekkiej „grypy“, albo przewlekłych zaburzeń w trawieniu, lub wreszcie okresowych czasem przewlekłych bólów, które w razie niewyjaśnionej etiologii podejmamy pod ogólne miano „artretyzm“, — wyłączamy też, rzecz jasna, te podgor., które, przy trwającej od danego czasu poprawie z przebiegiem bezgorączkowym, są pierwszym sygnałem pogorszenia w płucach (nowe ognisko lub zaostrzenie dawnego) i wrazie postępów sprawy ulegają nasileniu lub, naodwrot, spadają do skali normalnej, jako objaw poprawy po przejściowem pogorszeniu.

Materiał nasz ma na względzie tylko chorych, u których przyczyny podgorączki nie możemy sobie należycie wyjaśnić. Obejmuje on w 2/3 ludzi zdrowych, mylnie uznanych jako „szczytowych“, u których badanie kliniczne, często poparte Röntgenem, zmian w szczytach, usprawiedliwiających st. podgor., stwierdzić nie zdołały. Podajemy liczby dokładne: 65% zdrowi, 27% małe zmiany szczytowe jednostronne, 8% — obustronne, jedno i drugie u osobników ze sprawą od dłuższego czasu wygojoną.

Co się tyczy wygojonych zmian szczytowych jedno lub obustronnych, mocno podkreślamy, iż na ogół towarzyszyły im dobry st. ogólny (apetyt, trawienie, sen), że prowadzili oni tryb życia normalny i nie opuszczali zazwyczaj swych zajęć zawodowych — byli, jednym słowem, życiowo zdrowi. Chodzi tu najczęściej o gruźlicę poronną, wygasłą, lub o lekką postać zwykłej sprawy szczytowej wygojonej. Tymczasem stany podgorączkowe trwały uporczywie, jak gdyby były zwiastunem początków schorzenia.

Wiek pod względem częstości st. podgor. przedstawia się jak nast.: 20 do 40 r. — 69%; 10 do 20 r. — przeszło 21%; 7 do 10 r. okrągło 4½%; 40 do 70 r. — 4½%. Najmłodszy pacjent 7 l., najstarsza chora 70 lat. Wniosek z tych liczb jasny: przeszło 2/3 podgorączkowych — to ludzie w sile wieku. Pod względem płci: a) mężczyźni 14%, b) panny 43%, meżatki, mające po 2—4 dzieci, które same karmiły (2 bezdzietne) również 43%. Komentarze zbyteczne, liczby mówią wyraźnie, że 68% stanowi płeć żeńska.

Przechodzimy teraz do niektórych szczegółów charakterystycznych.

Opierając się na dokładnych wywiadach, podzieliłmy podgorączkowych, ze względu na czas trwania oraz stałość lub okresowość podgorączki, na nast. kategorie: a) kilka miesięcy stale u 17%; b) kilka miesięcy z przerwami kilkodniowemi u 20%; c) kilka lat stale codziennie u 40%; d) kilka lat z przerwami tygodniowemi lub miesięcznemi 23%. Z tego wynika, że podgor., trwająca kilka lat bez przerw i z przerwami, jest zjawiskiem prawie dwa razy częstszem, niż kilkomiesięczna. Zjawisko bardzo charakterystyczne, przemawiające za tem, że u całego szeregu osób zdrowych lub wyleczonych ze sprawy szczytowej narząd termoregulacyjny jest nastawiony na wysoki diapazon. Tu pragniemy zaznaczyć, że u 64% z podgor., trwającą latami, przeciętny czas trwania podgor. wynosi 3 — 4 lata, — po jednym razie 10 i 20 lat, dwa razy 7 lat i 13 lat.

Dotknijmy w dalszym ciągu jeszcze niektórych szczegółów. Podgorączka trwa minimum przez 1 — 2 godzin, najczęściej 3 — 4 godziny, czasem zaś 9 — 10 godzin bez przerwy, od 11 godz. rano do 8 — 9 godz.

wieczorem, i wówczas następuje spadek o kilka dziesiętnych. Najczęściej najwyższa podg. bywa od 5-6 godz. po południu¹⁾. Tej najwyższej dziennej C. towarzyszy, jednak nie stale, st. og. osłabienia i „rozłamania“, a toli nie w stosunku do wysokości podgorączki. Przeciwnie, osoby mające 37,1° — 37,2°, odczuwają swoją ciepłotę nieraz bardziej dotkliwie, niż mające 37,5° — 37,7° i wyżej. Leży w tem tajemnica narządu termoregulacyjnego i jego oddziaływania na samopoczucie danego osobnika i to niezależnie od pleci i wieku. Bywa nawet i tak, że w miarę podnoszenia się C. dany osobnik ma samopoczucie lepsze i więcej energii do pracy.

Przykład. Pani S. H. (nauczycielka) 26 lat stale pracuje, zam. 1 r. bezdzietna, przechodziła tylko odrę, żadnych innych chorób. Płuca zdrowe. Od 2½ lat najczęściej 37,40, czasem 37,20 i również czasem 37,70, i wówczas czuje się lepiej niż przy 37,40 lub 37,20. Na 12 dni przed R., podnosi się C. stopniowo do 37,70, na drugi dzień po R. spada do 37,00 na przeciąg jakichś 6 dni i znów podnosi się do zwykłej normy 37,40.

Jeśli wejdziemy w niektóre dalsze szczegóły, to okazuje się, że okrągło 60% owych dotkniętych stanem podgorączkowym stanu tego nie odczuwa. Odżywają się, trawiają, śpią i pracują normalnie. Można więc powiedzieć: wszystko w porządku. Dużą tu rolę odgrywa nastrój psychiczny chorego, pewne przyzwyczajenie się do owych 37,2° lub 37,3° lub wyżej, a co najważniejsza, stale, regularne zajęcie pod przymusem konieczności życiowych, które odwraca uwagę od ciepłomierza i od jałowych a przygnębiających rozmyślań.

Przykład. Pani K. S. zamężna od 1907 r. (wówczas 27 l.) 2-je zdrowych dzieci, przeżyła w końcu 1918 r. po „hiszpance“ ciężkie zapalenie płuc, powikłane lewostromnym ropem z zapaleniem opłucny. Dwa razy rezekcja żeber w odstępie niemal calorocznym, koniec 1918 i 1919 r. Ropa „suchnąca trupem“. Po 2-im zabiegu, spowodowanym okresowemi gorączkami do 390, st. og. znakomicie się poprawił. Badana przezemnie w kwietniu 1920 r. w wieku lat 40 przedstawia minim. zmiany w obu szczytach (Röntgen koniec 1919 *apicitis bilat. fibrosa*). Widziana przezemnie po upływie 6½ lat w październiku 1926 r., a więc w wieku 46—47 l., oświadcza, że po owdowieniu przez ten cały czas zajmuje się nieustannie gospodarstwem rolnem, czuje się pod każdym względem dobrze. R. norm., ma stale 37,2—37,40, jednak wcale nie odczuwa owej gorączki.

To samo dotyczy panny O. Z. 36 l. Badana po raz pierwszy w lutym 1921 r., a nast. 3 razy w ciągu 3½ l. w różnych odstępach czasu, wykazuje zawsze płuca zdrowe (Röntgen. Czerwiec 1921 r.: szczyty wolne, gruźlica wnekowa częściowo zwapniała). Budowa b. dobra, st. og. zupełnie dobry, zajmuje się stale z wielką energią rozległym gospodarstwem rolnem i czuje się zupełnie zdrowa. R. normalna. C. co roku podnosi się o 0,20 i (czerwiec, 1924 r. dochodzi do 37,2—37,40) podgorączki tej, tak samo jak poprzednia pacjentka, wcale nie odczuwa.

Inaczej się rzecz ma z temi, co odczuwają swą podgorączkę. Niektórzy narzekają na osłabienie ogólne „rozłamanie“, apatię, niechęć do pracy, brak łaknienia, czasem obstypację i sen niedostateczny, przerwany, wejrzenie człowieka znużonego.

1) Wiadomo z badań niemieckich klinicystów, że u 80—90% ludzi zdrowych o ciepłocie prawidłowej jest to chwila najwyższej dziennej ciepłoty, sięgającej do 36,70—36,90. U niewielkiej liczby maximum dziennej C. przypada na czas od 12 do 3 godz., wyjątkowo zaś wieczorem 7—9 godz. i również wyjątkowo w rannych godzinach.

2) Cytowani wyżej fizjologowie (Isenschmid, Freund i Gley) uważają maxim., 370 pod pachą za normę. Wedle nas — jak wyżej — zbyt wysoka.

Przykłady: Panna T. S. 21 l. Cała rodzina wolna od gruźlicy. W dzieciństwie tylko odra. Płuca normalne (odd. sr. zaostrowy w pr. szczycie nie wchodzi w rachubę). R. prawidłowe. T. 72. Badana w ciągu 1920 r. 7 razy, wykazuje stale 37,2—37,30; pracuje w biurze 7 godz. dziennie, stale b. znużona i zdenerwowana, apetyt nieszczególny, trawienie i sen dobre, nie kaszle i nie pluje. Krew: cz. 4.200.000, Hmglob. 85% (Sahl i), b. c. 7500. Jeśli przyjął 4½ miliony cz. c. u kobiet (jak do niedawna przyjmował Grawitz i inni) za liczbę normalną, to w danym przypadku o niedokrewności, jako przyczynie podgor., nie powinno być mowy—gdzie leży ona, niewiadomo? W ½ roku po ostatnim badaniu panna T. S. wyszła za mąż i, wedle zasięgniętych informacji, czuje się zupełnie zdrowa.

Pani Z. E. 24 l. (w 1920 r.). Zamężna od 4 lat, bezdzietna. Cała rodzina wolna od gruźlicy. W dzieciństwie odra, żadnych innych chorób zakaźnych. R. prawidłowe. T. stale 74. Badana przezemnie w ciągu 4½ lat 5 razy w różnych odstępach czasu, nie wykazuje ani fizykalnie, ani Rönt. żadnych zmian w płucach, oprócz powiększ. grucz. wnekowych, co jest zjawiskiem niemal powszechnem. Pracuje jako dentystka, czuje się na ogół marnie, stale osłabiona i zdenerwowana przy stałej C. 37,1—37,20 w ciągu 6 lat. Podczas dwukrotnego pobytu na wsi 3—4 mies. C. spada do normy i znów pwraca do 37,1—37,20. Ostatnie 1½ roku (1925 i 1926) C. stale norm., samopoczucie, st. ogólny zupełnie dobre, wygląd i cera zdrowe, sporo przybrała na wadze. Pytanie, gdzie przyczyna długo trwających st. podgor.? Krew — pomimo mych nalegań, nigdy nie była badana. Być może, iż pani E. przez pewien czas cierpiała na niedokrewność? Ale trudno sobie wyobrazić, aby była ona przyczyną podgor. trwającej z małemi przerwami 6 lat.

Mówiliśmy wyżej, że niektórzy wśród odczuwających podgor. narzekają na brak łaknienia, sen niedostateczny, czasem obstypację i mają wejrzenie człowieka zmęczonego. U innych znów wejrzenie bywa b. dobre, poszczególne czynności ustroju (łaknienie, trawienie, sen, czynność serca etc.) zupełnie prawidłowe.

Przykład: Panna L. M. nauczycielka, 22 l., stale pracuje; badana w ciągu 5 lat do końca 1924 r. 5 razy. Dur brzuszny 1910 r. „hiszpanka“ 1918, operowana w 1917 na *lymphomatu* (pr. str. szyi). C. od XI. 1917 cały rok 37,2—37,4. Zimą 1918/19, więc 5 mies. C. do 36,9. Od IV. 1919 przez 3 lata i 8 miesięcy do końca 1922 r. 37,40 do 37,80, stale b. zmęczona. Płuca stale normalne. W 1922 r. przez 4—5 mies. C. 37,00, ale przy łada zmęczeniu do 37,50. Waga ostatnie 2 lata przy stałej podgorączce wzrosła o 9 kgr. (W końcu 1924 r. wyjechała z kraju).

Jeszcze jeden i ostatni z zacytowanych przypadków. Pani Z. K. 70 l. (w 1927 r.). Badana była 15 razy od lutego 1920 do końca listopada 1926 (co kilka miesięcy). Dur brzuszny 14 l. wieku „coś w szczyście 15 l., *pleuritis sicca dextra* 22 l. (?), *pleuritis exsud. dextra* 55 l. (?). — Płuca od 1-go do ost. badania stale normalne, żadnych śladów *pleuritis*. W ciągu tych lat 7 często niedostateczne odżywianie dla braku środków. Od czasu do czasu bóle artretyczne w palcach rąk, czasem duże podniecenie nerwowe i kołatanie serca, zresztą, zdrowego. T. stale 68—72. Często podgor. 37,2—37,50 (przy zdenerwowaniu 380), ale całe okresy C. prawidłowej. W ciągu tych 7 lat podgorączka zajmuje średnio 2/3 całego czasu. C. prawidłowa — 1/3. — St. ogólny przeciętnie dobry, ale przy 37,50 osłabienie. Od początku r. b., przy zmianie sytuacji materialnej. C. normalna. Czy będzie nadal — niewiadomo. Gdzie przyczyna tej podgorączki w ciągu 7 lat i w dodatku w tym wieku? Może ogólne osłabienie ustroju? Przepyzczenie takie wobec przeciętnie dobrego st. og. nie ma dostatecznych podstaw.

Przykładów więcej przytaczać nie będziemy, podaliśmy najbardziej charakterystyczne, mając na widoku szkie kliniczny, a nie rozprawę naukowo - kliniczną.

A teraz znów pytanie: gdzie jest istotna przyczyna stanów podgorączkowych w naszym materiale? Odpowiedź trudna. Zapewne, w niektórych przypadkach u dorosłych mamy do czynienia ze sprawą gruźliową,

gdzie są — jak dawniej wspominaliśmy — dostateczne argumenty kliniczne i roentgenologiczne. Ale co powiedzieć o tych osobnikach zdrowych, którzy mają — przy C. norm. — bezsprzecznie stłumienie od grzeb. do ½ łopatki, przyczem Roentgen nie wykazuje wyraźnego zwapnienia lub częściowe niewielkie, tymczasem gruczolę. wnękowe okazują się wybitnie powiększone, znacznie więcej, niż u podgorączkujących. Pytanie pozostaje bez odpowiedzi, jednak domaga się jej usilnie. Naturalnie, że u podgorączkujących w 1-m rzędzie należy szukać jakiejś ukrytej infekcji. Ale w naszych przypadkach, o ile mogliśmy zbadać wszelkie szczegóły, nie napotykalimy ani ukrytej zimnicy, ani powikłań ginekologicznych, ani *arthritis chron. deformans.* ani *pyelitis* etc., jednym słowem, tych przewlekłych stanów chorobowych, o których wyżej mówiliśmy.

Pozostaje więc b. nęące przypuszczenie: ukryte gdzieś, niewiadomo gdzie, niewielkie ogniska gruźlicze. Przy dzisiejszej teorii, głoszącej, że niema uodpornienia bez uczulenia (odczyn tuberkulinowy u 98%), należy przyjąć pewne przejściowe wahania w ich wzajemnym stosunku, wahania, które przechylają się w jedną lub drugą stronę. Na dowód przewagi uczulenia nad uodpornieniem mamy bezsporne fakty kliniczne, głoszące, że osobnik, mający lekką sprawę w płucach samouleczonej zupełnie przed 16 l., przy trybie życia niesłychanie czynnym i ruchliwym, dostaje w wieku 42 — 43 lat, bez widocznej przyczyny, albo pogorszenia dawnej sprawy, albo ulega infekcji „exogen“ w niewiadomy sposób i stan jego, pomimo natychmiast rozpoczętego leczenia, po 3 miesiącach staje się prosto rozpaczliwym. Ale takie przypadki należą w każdym razie do wyjątkowych. Natomiast przewagę uczulenia nad uodpornieniem należy przyjąć u ludzi dorosłych, a nawet starych, jako skutek widocznej infekcji (grypa, br.-pneumonja, zap. płuc etc.) i w takim razie może być (albo i nie być) rozniecone dawne ognisko gruźlicze, z przejściowem dłużej lub krócej trwającym, ale zakończonem pomyślnie, pogorszeniem lub też z zejściem fatalnem.

Trudno atoli sobie wyobrazić, aby istniała ukryta gdzieś w ustroju infekcja gruźlicza, która wywołuje, jak wyżej podaliśmy, lata całe z niewielkimi przerwami lub bez przerw trwające stany podgor. przy zupełnie normalnym st. ogólnym, przy normalnej, nie-raz ciężkiej pracy, dobrem samopoczuciu i bez widocznych objawów pomimo dokładnych badań danego osobnika w ciągu miesięcy i lat.

Wobec przytoczonych na wstępie wyników doświadczeń wybitnych fizjologów, wobec gorączek solnej i cukrowej u dzieci, klinicznie stwierdzonych, teoretyczne zaś niewyjaśnionych a także niewyjaśnionych gorączek psychoneurwowej i histerycznej u zdrowych, jako też niewyjaśnionej nienormalnie niskiej C. u umysłowo chorych, — widzimy, jaką ogromną rolę odgrywa sam przez się układ nerwowy ośrodkowy i obwodowy poza obrębem wszelkiej widocznej infekcji. Niemniejsza rola przypada gruczolom wkręwnym i ich wzajemnym stosunkom z układem roślinnym. Jak widzieliśmy, jest tam cały szereg zjawisk niewyjaśnio-

nych. Widzieliśmy także, że rola takiego ważnego narządu, jak wątroba, przy wytwarzaniu C. sprowadza się do „domniemania“, a rola trzustki i grasicy pokryta jest tajemnicą.

Jednym słowem, aparat termoregulacyjny, wobec którego „zabawką dziecinną jest najbardziej genialną przez człowieka skonstruowana maszyna“, ma dla fizjologów wiele jeszcze tajemniczego w swem funkcjonowaniu. Wtedy powiadają, jak Freund (str. 92), że w tym całym skomplikowanym mechanizmie roślinno-wkręwnym dużą rolę przy wytwarzaniu się ciepła odgrywa „Fieberbereitschaft“, pod komendą takich czynników jak: konstytucja, wiek, skład krwi, pośrednie produkty przemiany materji etc.

W ostatecznym wniosku powiadamy: przyczyna stanów podgorączkowych w naszym materiale zawiera pod względem klinicznym wiele tajemniczego, a tam, gdzie jest tajemnica, trzeba czekać na jej wyjaśnienie w przyszłości. Na dziś zaś powiedzieć sobie musimy *nescimus*.

BIBLIOGRAFJA.

- Aronsohn. „Allg. Fieberlehre“. Berlin 1906. Cobliner. „Beiträge z. Kochsalzfeber“ Zeitschr. f. Kinderh. k. Bd. 11.—1911. Dluski. „Ueber d. menstruelle Fieber tuberkulöser Frauen. Beitz. B. XXI. H. 2. Finkelstein. „Lehrbuch d. Säuglingskrankheiten“. Berlin — 1921. Freund. „Pathologie u. Pharmakologie d. Wärmeregulation“ Handb. d. norm. u. pathol. Physiologie. Bd. 17 — 1926. Glasner. „Das Fieber: eine vegetative Neurose“ Zeitschr. f. Tub. Bd. 42 Heft 5. Gley. „Traité élémentaire de Physiologie“ Paris 1919. Antoni Gluziński. Zarys ogólnej patologji i terapii gorączki. Kraków 1896. A. Gluziński i Grek. Wpływ mieszczenia na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych. Nowiny Lek. Nr. 1 1910 r. Grau. „Einiges über Differ. Diagnostik der Gicht“. Wien. M. W. Nr. 11 — 1927. v. Hayek. „Das Tuberkulose Problem.“ 1923. Hein. „Kann die Theorie dass d. Salzfeber durch Wärmestauung verursacht wird als wiedergelegt betrachtet werden“. Zeitschr. f. Kinderh. k. Bd. 8 — 1913. Hein i John. „Das alimentäre Salzfeber“. Zeitschr. f. Kinderh. k. Bd. I — 1911. Hirsch u. Moro. „Untersuchungen über aliment. Fieber“. Jahrb. f. Kinderh. k. Bd. 36 — 1917. Hutinel. Typho-bacillose et adénopathie mediastin. Revue de la Tuberculose 1910 fasc. I. Isenschmid. „Physiologie der Wärmeregulation“ Handb. d. norm. u. pathol. Physiologie Bd. 17 — 1926. Kuthy-Wolff Eisner. „Die Prognosestellung bei der Lungentuberkulose“ 1914. Koehler u. Behr. „Temperatursuggestionen bei Tuberkulose“. Mün. M. W. 1904, Nr. 48. Mester E. Ueber Subfebrilität. Med. Klin. 1926, Nr. Nr. 44 i 45. Nothmann. „Zur Frage d. Kochsalzfebers beim Säuglinge“. Zeitschr. f. Kinderh. k. Bd. I. — 1911. Ortner. „Diagnose u. Differentialdiagnose subfebriler Zustände“ Wien. M. W. 1920, Nr. 1 i 2. Philipp. „Das klin. Gesamtbild d. Endothorak-u. Lungenhilustuberkulose Erwachsener“, Beiträge, Bd. XI, Heft 1. Rosenfeld-Roszkowski. „Stany gorączkowe przewlekłe pochodzenia migdałkowego i gruczolowego“, Kraków 1914. Idem. „Stany podgorączkowe a ciepłota ciała“, Przegl. Lek. 1921, Nr. 7. Kraków. Reuss. „Fieberhafte Zustände beim Neugeborenen“ Wien. M. W. Nr. Nr. 47, 49 i 50. 1926. Sahli. „Lehrbuch d. Klin. Untersuchungsmethoden“, 6-te Auflage. 1913. G. Schröder. „Fieber u. Fieberbehandlung bei Tuberkulose“. Leipzig 1924. R. Schmid. „Proteinkörpertherapie“. — Ergebnisse d. gesamten. Medizin. Bd. III, Schloss. „Die Wirkung der salze auf d. Säuglingsorganismus“, Zeitsch. f. Kinderh. k. T. III — 1912. Wrzosek. „Księga pamiąt. XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników Polskich“, w 1925 r. Tom I.

Z praktyki prywatnej.

O powrotnych postaciach chorób układu nerwowego*).

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

(Dokończenie).

O ile skreślona wyżej *Polyneuritis recurrens* należy do bardzo rzadkich postaci, a *Myelopathia periodica* winna być uważana za formalne *curiosum*, o tyle zdaje się rzecz nieco inaczej się ma z t. zw. *Cerebro-pathia recidivans*, która zwykła dawać obrazy nowotworowe przy absolutnie pewnym wyłączeniu podłoża gruźliczego lub tła przymiotowego.

Z tej niepowszedniej kategorii posiadam trzy własne obserwacje, które w swoim czasie częściowo demonstrowałem, częściowo krótko opisałem. Pierwsze dwa przypadki¹⁾ przez czas bardzo długi przed wielu laty wspólnie z innymi kolegami obserwowałem na dawnym oddziale chorych nerwowych szpitala Żydowskiego, ostatni zaś w praktyce prywatnej.

Spostrzeżenie 4.

U chłopca 6 letniego, ze zdrowej rodziny pochodzącego, w ciągu roku stopniowo i bez podwyższenia ciepłoty rozwinął się następujący obraz chorobowy: rozlane bóle głowy, napadowo występujące nudności i wymioty, zawroty z przemijającą ślepotą, utrudnienie mowy i uczucie bólów kuczowych, drętwienia i mrowienia w prawej nodze z napadawami drgawkami typu Jacksona, rozpoczynającymi się w prawym paluchu i obejmującymi następnie całą połowę ciała.

Przytaczam stan choroby z ostatnich dni przed wypisaniem się chłopca ze szpitala (4.VIII.1892).

Mocno zbudowany, błydy, zupełnie przytomny. Narządy pierśsiowe i brzuszne prawidłowe. Tętno 102, miarowe. Mocz bez białka i cukru. Ciepłota normalna. Jamy nosowe, czołowe i uszne nietknięte. Czaszka zwykłych rozmiarów, bez zniekształceń, mocno hołesna na ucisk.

Żadnych objawów syfilisu i gruźlicy na skórze i błonach śluzowych. w kościach i narządach wewnętrznych. Niedowład prawej strony z wyraźnym osłabieniem czucia. Niedowład lewego *n. abducentis*. Żrenice równe, słabo na światło oddziaływające. Wybitna brodawka zastoinowa obustronna (dr. Z. Kramsztyk): lewa zupełnie zatarta, prawa o niewyraźnych granicach po stronie wewnętrznej. Pozostałe nerwy czaszkowe prawidłowe.

Po energicznej kuracji wcieraniami i rękociwem i jodkiem potasu poprawa minimalna).

W początkach r. 1894 dało się stwierdzić niespodziane powolne, ale stałe znikanie objawów patologicznych. Napady drgawek ustały, niedowład połowicy był ledwie widoczny, odruchy były dość żywe, ale nie chorobliwie zmienione, bóle głowy i wymioty znikły zupełnie. W lutym była jeszcze wyraźna pareza *n. odwodzącego* gałkę i nieznaczne zatarcie granic lewej brodawki, w kwietniu i tych objawów zabrakło.

Chory wyzdrowiał zupełnie i czuł się znakomicie jeszcze w r. 1904. gdy się zwrócił do mnie jako 17-letni terminator krawiecki z jakiemiś bólami żołądkowymi.

Miałem niejednokrotnie w ciągu tych 10-iu lat sposobność rozmawiania z neurologami i okulistami o tym przypadku, który od początku do końca pozostał dla nas niezrozumiałym. Na wstępie choroby przypuszczałem, że się rozwija zakaźne cierpienie mózgowia. Etjologicznych momentów dla gruź-

licy i syfilisu brakło zupełnie, ostatni dał się wyłączyć i *ex juvantibus*. Brak urazu, ognisk ropnych i gorączki uczynił problematycznym przypuszczenie ropnia ukrytego, *encephalitis subacuta i pachymeningitis*. Prawidłowe wymiary czaszki i brak wyraźnych wahań w przebiegu pozwalały też wyłączyć wodogłowie przewlekłe. Uchwycilem się przeto chętnie rozpoznania nowotworu, nie usiłując na razie bliżej określić siedliska jego i podłoża anatomiczno-patologicznego.

Gdy atoli po upływie roku nastąpiło wyraźne polepszenie, zapowiadające dłuższą remisję, liczyłem się z możliwością przeoczonej *sclerosis disseminatae*, pomimo, że cierpienie to wyjątkowo w dzieciństwie się zdarza, a jeszcze rzadsze w jego przebiegu bywają uporczywe bóle głowy, napady padaczkowe i afatyczne zaburzenia mowy. Ale i to rozpoznanie okazało się zwodniczem, gdy wszelkie objawy bezpowrotnie znikły, i po dziesięciu latach podmiotowo nic z klasycznej trójcy stwardnienia wielogniskowego przy badaniu dokładnym stwierdzić się nie dało.

Sprawa cała pozostała dla mnie ciemną, o ile nie uciekałem się do ryzykownych przypuszczeń zwapniałego *tuberculum solitarium*, obumarłego *cysticercus cellulosae*, wyleczonej *meningitis serosa* lub *leptomeningitis circumscripta*.

W 13 lat później (maj 1906) zavezwany zostałem do tegoż chorego.

Po podróży do Londynu, którą bardzo źle zniósł na morzu, wróciła dawna choroba i tak ciężko dręczyła go, że pomimo braku środków uważał za konieczne puścić się w podróż powrotną do Warszawy, gdzie się wyleczył prawie zupełnie.

Stan choroby rozwinął się podobno w ciągu pierwszych 8-u tygodni, które chory przepędził na bruku angielskim, stopniowo, bez dreszczy, gorączki i potów.

Status praesens, stwierdzony przeze mnie w pierwszych dniach lipca 1906 r., brzmiał jak następuje: bóle głowy, bliżej nie umiejscowione, nudności, wymioty, upośledzenie przytomności, bezład przy chodzeniu i siedzeniu.

Dość znaczny niedowład prawych kończyn ze wzmoczeniem wszystkich odruchów ścięgienowych i wyraźnym objawem Babinskigo po tejże stronie. Obustronna brodawka zastoinowa ze znacznym osłabieniem siły widzenia. Brak oczopląsu, drżenia zamiarowego, skandowania i objawów pęcherzowo-kiszkowych. Przekłucie łądźwiowe nie dostarczyło żadnych wyników, ułatwiających rozpoznanie. Energiczne leczenie swoiste nie przyniosło ulgi choremu. Zdecydowano wykonać trepanację próbną, na którą chory się nie zgodził.

W grudniu 1906 r. przy leczeniu obojętnem zaczęła się stopniowa poprawa, tak szybkie robiąca postępy, że już w 2½ miesiąca później jedynym śladem ciężkiej, miesiące ciągnącej się choroby, była błądź brodawek wzrokowych, których granice pozostały nieco zatarłe.

Powtórna podróż do Londynu w r. 1907, po wyzdrowieniu, chory zniósł również źle, jak pierwszą. bez żadnych atoli stałych zaburzeń w układzie nerwowym, gdyż pracuje dotąd bardzo ciężko i znosi pracę zupełnie dobrze.

Streszczając w kilku słowach niezwykle historję choroby, widzimy, że u chłopca 6-letniego rozwija się stopniowo bez nasilenia ciepłoty i bez wybitnych wahań przy ogólnouciiskowych objawach — ciężka choroba mózgowia (bóle głowy, padaczka Jacksona, hemipareza, porażenie *n. odwodzącego* gałkę, brodawka zastoi-

1) Demonstr. w Warsz. Tow. Lek. 18.V.1907 i 20.VI.1908.

1) Nakłucie łądźwiowe Quinckego nie było wówczas jeszcze metodą badania, powszechnie klinicznie używaną. zaś metoda Wassermann'a jeszcze wcale nie była znana.

nowa, dysfazja), która po rocznym blisko trwaniu znika bez śladu, by po 13-tu latach wrócić z podobnym groźnym zbiorem objawów i również zniknąć kompletnie — po upływie 9-u miesięcy, — pozostawiając ośrodkowy układ nerwowy nietkniętym.

Po przedyskutowaniu wszystkich nasuwających się rozpoznań zatrzymałem się na jednym: *pseudotumor cerebri recidivans*, t. j. przewlekłe cierpienie mózgowie, naśladujące pod względem klinicznym guz, skłonne do nawrotów i kończące się zupełnym wyzdrowieniem.

Przechodzę do omówienia drugiego przypadku¹⁾, bardziej ciekawego i klinicznie rzadszego, w mojem przekonaniu dajacym pewniejszy, pomimo, że wywołał podczas pierwszego pokazu nader ożywioną dyskusję, a u niektórych słuchaczy poważne wątpliwości rozpoznawcze.

Spostrzeżenie 5.

28-letnia męczatka pochodzi z rodziny zdrowej, syfilisem i gruźlicą niedotkniętej, alkoholizmowi nie holdującej. Sama chorób zakaźnych nie przechodziła, urazowi głowy nie podległa, poronień nie miała. Mąż i jej jedyne dziecko 2-letnie fizycznie i duchowo nie uchylają się od normy.

Choroba zaczęła się przed 26-u miesiącami. W ciągu 8—10-u tygodni rozwinął się przy normalnej ciepocie i bez zaburzeń psychicznych najcięższy obraz nowotworu mózgu. Poznałem pacjentkę, gdy choroba już była bardzo posunięta. Chora leżała nieruchomo, z głową w karku nieco ku tyłowi przegiętą, wymiotowała ciągle, stękała wskutek dokuczliwych bólów głowy oraz przykrych zawrotów. Oddech był powierzchowny, przyspieszony, tętno 96, nieregularne. Od czasu do czasu omdlenia i typowe połowicze lub obustronne drgawki padaczkowe.

Brak wyraźnych porażań przy bardzo dużej ataksji kończyn i tułowia w pozycji siedzącej i stojącej. Wzmoczone odruchy ścięgnowe, *clonus pedis*, brak objawu Babinskiego. Mocz prawidłowy.

Nieznaczny oczopląs, ruchy zewnętrzne gałek ograniczone, źrenice rozszerzone, słabo oddziałują, zanik nerwów wzrokowych z wyraźnymi objawami zapalnymi w obrębie brodawek, siła widzenia osłabiona: w prawem oku spadła z 1/3 na 1/8, w lewym z 1/4 na 1/5 (kol. Endelman).

Dokładne badanie skóry, narządów wewnętrznych i pleciowych nie wykryło nic dla syfilisu swoistego. Przekłucie łądźwiowe nie wykazało zbyt wzmoczonego ciśnienia, a wydobyty płyn był przezroczysty, zawierał 1/4000 białka, mało limfocytów, a żadnych nie wykazał drobnoustrojów.

Leczenie mieszane w ciągu kilku tygodni żadnych nie dało rezultatów. Dopiero w jakie 4 tygodnie po dokonanej kuracji swoistej zaczęła się poprawa, która o tyle szybkie robiła postępy, że w dwa miesiące później, prócz nieznacznego osłabienia siły wzroku, przy zaniku nn. wzrokowych nie prawie nie świadczyło o tak ciężko przebytej sprawie uciskowej mózgu.

Przy swoim zaniku nn. wzrokowych chora czyje, pisze i czyta bez okularów drobne pismo hebrajskie, chodzi i pracuje bez śladu ataksji, nie zna bólów, nie czuje nudności pomimo pierwszych miesięcy ciąży i bardzo wiele przybrała na wadze.

Epikryza. U 28-letniej dotąd zupełnie zdrowej męczatki, rozwija się w ciągu 10-tygodni bez powodu obraz ciężkiego zajęcia opon i mózgu, z bólami i zawrotami głowy, wymiotami, sztywnością karku, przy-

śpieszeniem i niemiarnością tętna, ataksją statyczną i lokomotyjną, omdlewaniami padaczkowymi, zapaleniem nn. wzrokowych i osłabieniem wzroku. Mimo bezskutecznej kuracji swoistej zaczyna się stopniowo po 2-ech blisko latach samoistna poprawa, doprowadzająca w ciągu 8 tygodni do zupełnego prawie wyleczenia.

Z czem mamy do czynienia w danym przypadku? Brak ciężkiej kacheksji, anemii i blednicy pozwala wyłączyć marantyczne i chlorotyczne zakrzepy zatok mózgowych, nieobecność danych gruźliczych w wywiadach i przy badaniu ustroju czyni mało prawdopodobną rzadką postać uleczalnej „*Leptomeningite circonscrite tuberculose*“, dane analizy moczu świadczą przeciw uremji przewlekłej, a obecność brodawki zastoinowej przeciw histeryi.

Że brak częstszych momentów etjologicznych (uraz, syfilis, opilstwo, udar słoneczny, sprawy ropne ucha i nosa) nie upoważniał też do przypuszczenia ropnia mózgowego, *pachymeningitis* lub ostrego wodogłowia nabytego, rozumie się samo przez się.

Jedyne, co głównie mówiło przeciw rozpoznaniu, skądinąd prawdopodobnemu, t. j. przeciw nowotworowi tylnej jamy czaszkowej, była obok pomyślnego zejścia niezwykła anamneza chorej. Przechodziła ona bowiem przed 12-u laty podobną ciężką, a przed 5-u laty podobną, mniej poważnie przebiegającą chorobę, przy czem pierwsza trwała 5, druga 3½ miesiąca.

Podczas pierwszej choroby, przeze mnie osobiście obserwowanej, była brodawka zastoinowa obustronna, która pozostawiła zanik nerwów i pewne osłabienie siły widzenia. Leczenie przeciwsyfilityczne, jak dodać muszę, chora przechodziła tylko podczas ostatniej choroby.

Rozpoznanie nasze, o ile nie przesądzać nie chcemy, brzmić musiało i w tym przypadku: nowotwór wrzeczomy mózgu z licznymi nawrotami (*pseudotumor cerebri recidivans*).

Niezupełnie jasno prezentuje się następny przypadek, który miałem sposobność obserwować i demonstrować dopiero niedawno¹⁾.

Spostrzeżenie 6.

Chłopiec 7 letni. Pochodzi ze zdrowej, od przymiotu i gruźlicy wolnej rodziny. Zdrowe dotąd dziecko, bardzo inteligentne, uczęszcza regularnie od wielu miesięcy do szkoły ludowej, gdzie się odznacza pilnością i zdolnościami. W połowie listopada 1925 r. zachorowuje zupełnie ostro na ból głowy, wymioty, zawroty, sennosć, — objawy, potęgujące się z dnia na dzień. Obiektywnie stwierdza się.

Ciepłota 37,1, tętno 72, miarowe. Apatja, cierpiący wyraz twarzy, ciężki bezład, klasyczny chód pijanego, częste wymioty, dwojenie.

1) Demonstrow. w Warsz. Tow. Lek. 15, XI. 1923.

1) Demonstrowane w Zrzeszeniu Lek. i w Tow. Neurol. 16. I. 1926 i 20. II. 1926.

Poziomy oczopląs, na lewym oku osłabienie siły wzroku, brodawka nieco przekrwiona i zatarta. Dziesiątego dnia choroby zaczyna się poprawa, tak, iż po kilku dniach chłopiec staje się żwawy, pełny życia, zdolny do pracy i odwiedza bez przeszkód ulubioną szkołę.

Po jakich 6 tygodniach rozwija się identyczny napad, trwający tylko 4 — 5 dni, w jakie 12 dni po nim 3-ci sześciodniowy paroksyzm, po którym w 13 dni następuje czwarty, ciągnący się z górą tydzień z bardzo wyraźną ataksją statyczną i lokomocyjną, lekkim zezem, wymiotami, sennością i Kernigiem. Radiogram czaszki prawidłowy.

Miesiąc po ostatnim napadzie był chłopiec jeszcze zupełnie zdrow pod moją opieką i nie udawało się nie patologicznego odkryć, specjalnie przy wzernikowaniu dna oka.

Epikryza. Siedmioletni, ze zdrowej rodziny, nie obciążonej migreną, gruźlicą i psychopatią pochodzący chłopiec, przechodzi 4-krotnie w ciągu kilku miesięcy chorobę bezgorączkową o typie mózgowym, trwającą od 5 do 10 dni. Napad kilku lub kilkunastodniowy rozwija się i znika w ciągu doby, dając bóle głowy z wymiotami, zawroty, senność, apatię, objaw Kerniga, bezład, zez, dwojenie, oczopląs, zatarcie i przekrwienie tarczy wzrokowej. Okresy międzyna- padowe są wolne od wszelkich objawów chorobowych.

I ten przypadek względnie często po sobie następujących napadów u zdrowego dotąd młodego chłopca najlepiej na razie chrząć mianem, nie nie przesadzającym: *Pseudotumor recidivans*, gdyż wszystkie napady symulowały znakomicie guz tylnej jamy czaszkowej, względnie zapalenie surowicze nawrotowe.

O ile diagnoza nowotworu z remisjami w dawniej przez mnie opisanych analogicznych przypadkach³⁾ traciła coraz bardziej grunt pod nogami z chwilą ustalenia się wieloletnich okresów poprawy, o tyle w ostatnim przypadku można było wobec względnej krótkotrwałości napadów i okresów międzyna- padowych myśleć o wielce rzadkiej „migrenie dziecięcej“, jak ją mogłem niedawno demonstrować na 2½-letniem dziecku⁴⁾, powołując się na pracę odnośną o migrenie wieku dziecięcego (Curschmann). Ale i ta możliwość ledwie była do przyjęcia, gdy się zważy, że, jak na migrenę; napady pojedyncze trwały zbyt długo — czasem dłużej niż tydzień, — że brakło czynników rodzinno-dziedzicznych i nie stwierdzano żadnych równoważników migreny, u dzieci często spotykanych (*pylorospasmus*, *gastroxymis*, kolki w okolicy pępka).

Nie do odrzucenia jest rozpoznanie zapa- lenia opon mózgowych, brak atoli wszelkich czynników etiologicznych (uraz, udar słoneczny, alkoholizm, wzruszenie moralne), i oznak rentgenologicznych dłuższego wzmoczenia ucisku wewnątrzczaszkowego.

Przypadki w rodzaju 3-ich ostatnich zdają się należeć w piśmiennictwie lekarskim do rzadkości (Nonne, Hoppe, Henneberg, Finkelburg, Higier, Nolen, Bachmann—Strieck). Wśród tych ostatnich na szczególną uwagę zasługują te, które w rodzaju przytoczonych nie wykazują żadnych czyn-

3) H. Higier. Nawroty przy nowotworach wrzekomych mózgowia. Gaz. Lekarska 1910 i Neurolog. Centralblatt. 1908.

4) H. Higier. Demonstr. w Zrzeszeniu Lek. i w Tow. Neurol. 7.VI. 1923 i 16.VI. 1923.

ników patogenetycznych, charakterystycznych dla *meningitis serosa* ogólnej lub ograniczonej, czynników, które mi by się wytłomaczyć dały jako tako nawroty czyli świeże wybuchy dawnej wygasłej sprawy zapalnej.

Bliżej omawiać sprawę nowotworów wrzekomych mózgu uważam za zbyt ciężkie, mając to przeświadczenie, że jest ona znana. Kilka słów chcę poświęcić atoli po raz pierwszy opisanej oraz roztrząsanej przeze mnie bardzo rzadkiej nawrotowej odmianie tego cierpienia.

Tyle jedynie chcę powiedzieć o niej, że nim się zdecydujemy postawić rozpoznanie „*pseudotumor recidivans*“, powinniśmy koniecznie brać pod uwagę dane z anamnezy, przebiegu choroby, zejścia jej, z biopsji podczas ewentualnej interwencji chirurgicznej — w wielu bowiem przypadkach operacja niepotrzebnie dokonana została — lub z oględzin pośmiertnych.

Rozpoznanie naogół pozostaje niepewne:

1) jeżeli w anamnezie mamy mniej lub więcej ciężkie zakażenia i zatrucia, gruźlicę dziecięcą lub nabyty syfilis, ukryte ogniska ropne, uporeczywą anemię lub charłactwo, urazy fizyczne lub moralne;

2) jeżeli w przebiegu choroby jest wzmianka o ostrym początku lub nagłym zejściu, o podwyższeniu ciepłoty, powiększeniu objętości czaszki, o częstych remisjach lub intermisjach, ciągłym wahaniu i zmienności w natężeniu objawów, o znacznym wzmoczeniu ciśnienia płynu mózgowodzeniowego, stwierdzone m bądź przy punkcji lędźwiowej Quinckego, bądź też przy punkcji komór bocznych według Pollaka-Neissera;

3) jeżeli nie upłynął dłuższy okres czasu — przynajmniej dwa lata — od początku poprawy i jeżeli ta nie jest zupełna;

4) jeżeli się przy biopsji operacyjnej mózgu zadowalamy stwierdzeniem pozornie normalnych stosunków na ograniczonej, dostępnej chirurgowi przestrzeni, lub jeżeli przy oględzinach pośmiertnych kontentujemy się makroskopowem obejrzeniem wypukłości mózgu, zaniechając badania drobnowidzowego podstawy mózgu, a zwłaszcza przebiegających tamże nerwów czaszkowych i otaczających je opon mózgowych.

Największe, tu i owdzie nieprzecięzione trudności rozpoznawcze napotykamy w klinicznie mało, a anatomicznie prawie wcale jeszcze niezbadanych postaciach *encephalitis chronicae* i przewlekłego zapalenia opon i wodogłowia (dżopatycznego¹⁾).

Stawiamy rozpoznanie nowotworu wrzekomego możliwie rzadko i strzeżmy się, jakem się wyraził przed laty w pierwszej swej pracy, aby rozpoznanie „*pseudotumor*“ nie stawało się powodem do stawiania pseudodjagnozy.

1) Porównaj odnośne demonstracje moje w Sekcji neur. psych. z 18.V. 1907 i 20.VI. 1908 r.

Streszczenia zbiorowe.

Rola witamin w djetetyce dziecięcej*).

Podał
Józef KON (Łódź).
(Ciąg dalszy).

W związku z rolą witasteryn zatrzymamy się nad sprawą ich wpływu na odporność i wzrost. Jak wspomniano już, istnienie osobnego czynnika wzrostowego jest kwestją sporną. Jedni określają go, jako „D“ zawarty w lipoidach, ale występujący również pospółu z czynnikami „B“. Inni uważają pobudzanie wzrostu za funkcję wszystkich witamin, które w tym razie działają synergetycznie.

Brak witasteryny przeciwkrzywicznej hamuje wzrost, naświetlanie natomiast pobudza. O ile brak czynnika wzrostowego, to krzywica przez to nie powstaje, gdyż kości wówczas mało rosną, nie pochłaniają dużo wapnia, więc nie też temu pochłanianiu nie przeszkadza. Spostrzeżenie to jest ważne, gdyż wyjaśnia nam dlaczego organizm nierosnący nie choruje na krzywicę, natomiast organizm krzywiczny nie rośnie. Dalej dlaczego tuczone, szybko tyjące i rosnące dzieci łatwo zapadają na krzywicę: zużywają bowiem dużo witamin w pracy asymilacyjnej, a więc łatwo może dać się we znaki brak witamin w postaci wadliwego kostnienia. Dlatego też należy podawać zapobiegawczo dużym niemowlętom tran, co nieraz może się wydawać paradoksalnem.

Mówiąc o kseroftalmji, wspominaliśmy o ważnej roli witasteryn w walce organizmu z chorobami zakaźnymi. Istnieje dużo odnośnych spostrzeżeń. Weigert stwierdził, że zwierzęta, tuczone węglowodanami, częściej i ciężiej chorują na gruźlicę, niż zwierzęta, tuczone tłuszczem. Aron stwierdził, że szczury, żywione małą djetą, często zapadały na zapalenie płuc, a żywione taką samą djetą, ale z dodatkiem 2½% masła, chorowały znacznie rzadziej. Niemann i Fokh opisali epidemję szpitalną grypy, w której z 11 niemowląt, żywionych prawie bez tłuszczu, zmarło 9, a z 12 żywionych z dodatkiem masła zmarło tylko 3. Wreszcie wszystkim znany jest wpływ dodatni tranu na walkę organizmu z gruźlicą.

Tak zwana witamina B zajmuje ważne miejsce w dziejach nauki o witaminach. Funkt robił swoje najważniejsze badania właśnie nad tym czynnikiem. Ostatnio Abderhalden dowiódł w doświadczeniach na zwierzętach i izolowanych tkankach, że witamina B działa pobudzająco na szybkość przemiany materji i przemiany gazowej, co obecnie uważamy za jedną z najważniejszych cech biologicznych witamin wogóle.

Zaburzenia chorobowe, wynikające z braku czynnika B, odznaczają się wielopostaciowością. Interesujący jest specjalny wpływ tego braku na układ nerwowy, wyrażający się w powstawaniu *polyneuritis*. Tutaj ważną jest rzeczą podkreślenie tych ogólnych objawów dystroficznych, które występują w awitaminozie B, podobnie jak w innych awitaminozach, dalej wyjaśnienie, czy w naszych zwykłych warunkach zda-

rza się ta awitaminoza, czy też należy ją uważać za chorobę egzotyczną, do niedawna np. nierzadką w Japonji.

Tablica 5.

Beri-Beri.

Postacie:

- 1) chroniczna (atroficzna, nerwowo-mięśniowa);
- 2) ostra (naczyniowo-sercowa);
- 3) obrzękowa.

Anorexia.

Zmiany usposobienia.

Zatrzymanie wagi.

Zatrzymanie wzrostu.

Anemja.

Obniżenie oporności przeciw infekcjom.

Nadpobudliwość układu nerwowego.

Hydrolabilitas (Obrzęki).

Zaburzenia w uwłosieniach, zębach, paznokciach.

Przerost i rozszerzenie serca.

Należy przypuścić, że tak zwane choroby głodowe, tak często spotykane podczas ostatniej wojny, zawierały w sobie elementy, wynikające z braku witaminy B, zarówno u dorosłych, jak u dzieci. Reyher dopatruje się w bardzo wielu objawach patologicznych u niemowląt wyrazu braku czynnika B, nawet na tężyczkę patrzy poniekąd, jak na taką awitaminozę. *Nota bene* brak czynnika B daje nieprędko kliniczne objawy, ludzie, dotknięci nim, żyją długo wśród mniej lub więcej wyraźnych objawów chorobowych. Z rozmaitych objawów, które tu wynikają zwykle z ogólnie niedopowiedniego odżywiania, trudno jest wysonnić coś, dla braku czynnika B, swoistego. Wiemy już przecież, że ogólna dystrofia cechuje zarówno chorobę beri-beri, jak kseroftalmję, jak gnilec. Niektórzy autorzy opisują dystrofje niemowlęce, poprawiające się pod wpływem drożdży, które obfitują w czynnik B. Pewna postać awitaminozy B, mianowicie obrzękowa, ma dużo wspólnego z obrzękami głodowymi. Być może, że w ogólnej inanicii brak czynnika B jest bezpośrednią przyczyną jednego z objawów głodowych, t. j. właśnie obrzęków, należy więc sobie uprzytomnić, że objawy dystrofji u dzieci mogą wystąpić na skutek braku czynnika B, a w stanie ogólnego niedokarmienia objawy tego braku mieszane są iako z pozostałymi objawami innego pochodzenia. W praktyce spotyka się takie zaburzenia nie często, gdyż witamina B jest bardzo rozpowszechniona, względnie odporna, i niewielka jej ilość może już całkowicie pokryć zapotrzebowanie.

Ostatnią z ważnych praktycznie witamin jest witamina przeciwgnilcowa C. Nie zatrzymując się dłużej na omawianiu samego gnilca, jako choroby ogólnie znanej, postaramy się tylko o podkreślenie i uwykuplenie ogólnych objawów dystroficznych występujących w gnilec, podobnie (lub nawet wybitniej) jak w innych awitaminozach.

Obecnie niema żadnych wątpliwości, że gnilec dorosłych i tak zwana choroba Möller-Barlowa

*) Wygłoszone w Łódzkiem Tow. Lek. w marcu 1926 r.

niemowląt są etjologicznie i patogenetycznie jednym i tem samym schorzeniem. To też choroba M ö l l e r - B a r l o w a nazywa się gnilcem niemowlęcym.

H o l s t i F r ö h l i c h w doświadczeniach na świnkach morskich potwierdzili empirycznie znany fakt, że czynnik jakiś, zawarty w soku cytrynowym, jest środkiem specyficznym przeciw gnilcowi. Świnka morska, żywiona owsem, wodą i solami, ginie w ciągu 30 dni. W porę dodany sok z cytryny, pomarańczy lub jarzyn zapobiegał śmierci i chorobie, która w tych przypadkach rozwija się bardzo szybko i zupełnie przypomina ciężki skorbut. Jednak w gnilec doświadczalnym objawy następują tak szybko po sobie, że trudno jest poddać cały przebieg choroby analizie klinicznej.

Można to nazwać gnilem ostrym. W praktyce jednak przypadków zupełnego pozbawienia witaminy C prawie nie spotykamy, bywa tylko djeta, zawierająca bardzo mało i niewystarczającą dla organizmu ilość tego czynnika. O ile chodzi o dzieci, zapadające na skorbut, to ma się przeważnie do czynienia z djeta zmienną, zawierającą raz więcej, raz mniej czynnika C. Jeżeli w sumie niemowlę otrzymuje za mało witaminy C, to zapada ono na skorbut niemowlęcy w sposób nie ostry, jak doświadczałne świnki, ale raczej stopniowo, przewlekłe i choruje wśród objawów, wyliczonych w tablicy 6.

Tablica 6.

Skorbut.

Anorexia.
Zmiany usposobienia.
Osłabienie.
Zatrzymanie wagi.
Zwolnienie i zatrzymanie wzrostu.
Anemja.
Dysergja — obniżenie oporności wobec infekcyj.
Angiomalacja (krwawienia wskutek małych urazów).
Zmiany kostne (wylewy podokostnowe, nadłama-
nia, oddzielenie nasad).
Carbonuria dysoxydativa.

Dopiero po dłuższym czasie zjawiają się objawy swoiste dla choroby M ö l l e r - B a r l o w a, jak agiomalacja i zmiany kostne, narazie jesteśmy świadkami rozwijania się ogólnej dystrofji: mianowicie zatrzymania wagi i wzrostu oraz obniżenia oporności względem infekcyj.

O ile w doświadczeniach na gołębiach, karmionych pożywieniem nie zawierającym czynnika B, stosuje się na początku pożywienie ubogie w witaminę, ale niezupełnie jej pozbawione, to też się widzi u ptaków obraz chorobowy przypominający ogólną dystrofję, lecz daleki jeszcze od właściwej *polyneuritis*.

Pewne więc postacie dystrofji niemowlęcej mogą pochodzić z braku witaminy C w pożywieniu. Brak ten nie jest w tych przypadkach tak znaczny, aby móc sprowadzić chorobę M ö l l e r - B a r l o w a w jej ostatecznej typowej postaci, jednak spostrzeżenie kliniczne potwierdza, że tylko za pomocą wzbogacenia djety witaminą C można te dystrofje leczyć. Te dystrofje, te wczesne stadia choroby M ö l l e r - B a r l o w a R e y h e r nazywa *stadium initiale Barlowi*, M e y e r

mówi o prac - Barlow, a Hess o rudiment-Barlow, można poprostu określić ten stan, jako *dystrophia scorbutica*, a po niemiecku skorbutischer N ä h r s c h a d e n, analogicznie do Mehl-nährschaden lub *dystrophia alipogenetica*.

Mamy tu zupełną analogję do zaburzenia w stanie odżywiania u niemowlęcia na tle braku innych czynników, np. jak w kseroftalmji.

R e y h e r opisuje 70 przypadków dystrofji u niemowląt, leczonych skutecznie za pomocą dodawania do djety czynnika C. Jednak pośród tych 70 przypadków tylko jeden był typowem schorzeniem M ö l l e r - B a r l o w a.

Leczenie gnilca niemowlęcego do chwili usunięcia swoistych objawów, t. j. krwawień, nie trwa długo i nie jest trudne. Wystarcza podawanie soku cytrynowego w ciągu 2 — 3 tygodni. Jednak to leczenie nie usuwa jeszcze całego stanu patologicznego. W tych przypadkach należy postępować tak, jak w innych poważniejszych zaburzeniach w stanie odżywiania u niemowląt, to znaczy należy leczyć, aż do osiągnięcia stanu eutrofji, a nie tylko do czasu usunięcia jaskrawych objawów patognomonicznych. Osiągnąć eutrofję — znaczy to uczynić z niemowlęcia dystroficznego niemowlę o prawidłowej tolerancji i oporności z normalnym przyrostem tkankowym, a to musi trwać dość długo, nieraz nawet wiele miesięcy.

Rozpoznając dystrofję u niemowlęcia, szukamy zwykle jej przyczyny. Wiemy, że poważniejsze choroby ogólne, wrodzone konstytucyjne braki lub wady, błędy w pielęgowaniu, wreszcie błędy djetetyczne są najczęstszymi przyczynami dystrofji. Otóż wśród tych ostatnich musimy zawsze pamiętać o ewentualnym braku witamin czy witasteryn. Jednak ustalenie przyczyny dystrofji nie zawsze jest rzeczą łatwą i potrzeba do tego bardzo dokładnych i wielostronnych wywiadów. Objawy dystroficzne właściwe wszystkim awitaminozom określają niemieccy autorzy, jako zespół objawów awitaminowych (*Avitaminotischer Symptomokomplex*).

Jeżeli niemowlę w stanie eutrofji jest odżywiane pełnowartościową djeta, odpowiadającą ilościowo tylko równowadze przemiany materji (t. zw. *Erhaltungsdät*), to krzywa jego wagi biegnie poziomo. O ile do tej samej djety dodamy cokolwiek witamin, to waga może się zacząć podnosić. W tym razie można było zamiast witamin dodać z takim samym skutkiem pewną ilość pożywienia kalorycznie wartościowego. Dodając witamin, dodajemy biokatalizatorów, czyli związków, które sprowadzają lepszą asymilację. Rozszerzając zaś samą djeta, dodajemy budulca, samego materjału dla asymilacji.

U niemowlęcia w stanie dystrofji, odżywianego taką „*Erhaltungsdät*“, często dodanie budulca, t. j. kaloryj, nie pomoże, ba nawet może zaszkodzić, tolerancja bowiem takiego dziecka jest tak obniżona, że zdolność asymilacyjna tkanek ponad ową „*Erhaltungsdät*“ nie sięga. Natomiast dodanie witamin, jako stymulantów przemiany materji, może być skuteczne i asymilację podnieść. W takich przypadkach śmiało możemy twierdzić, że mamy do czynienia z dystrofją awitaminową czyli z owym zespołem objawów awitaminowych.

Lecząc dystrofię djetetyczną, musimy tak długo stosować djetę leczniczą, póki nie doprowadzimy dziecka do stanu eutrofji. Wtedy dopiero mamy prawo stosowania djetety zwykłej. Ocenienie, czy stan eutrofji został osiągnięty, wymaga przeważnie t. zw. próby czynnościowej, czyli wypróbowania tolerancji dziecka wobec zwykłej djetety. Podobnie możemy postępować z dystrofią skorbutyczną — przestajemy podawać niemowlęciu dużą leczniczą dawkę czynnika C. Wtedy waga niemowlęcia jeszcze dystroficznego odrazu znacznie spada, natomiast niemowlę eutroficzne po zupełnym usunięciu niemal czynnika C z djetety dopiero po 18 dniach zaczyna tracić na wadze.

Wspomnianą już wielokrotnie cechą awitaminoz (również należącą do zespołu dystroficznego), mianowicie osłabioną odporność względem infekcyj, Abels nazywa dysergją. Cecha ta występuje w skorbutcie w sposób h. jaskrawy. Cały szereg autorów (Mayer, Nassau, Wimberger, Moro, Singer) podkreśla ogromną rolę witamin wogóle w wytwarzaniu i podtrzymywaniu nieswoistej odporności. Tak jak w krzywicy i kseroftalmji, przebyte zakażenia może

być momentem, wywołującym objawy choroby Barlowa wskutek tego, iż organizm zużywa jakoby dużo witaminy C na zwalczanie choroby. Brak witaminy C jest jednym z warunków lepszego rozwoju bakteryj w sokach czy tkankach organizmu, odwrotnie, obfitość witaminy stanowi pewne zabezpieczenie przeciw zakażeniu. Zarażane sztucznie gruźlicą świnki morskie chorują na przewlekłą postać gruźlicy, te same zwierzęta zapadają jednak na ostrą gruźlicę, o ile przed zarażeniem otrzywały djetę skorbutyczną. Według Meyera uporczywe zapalenia płuc u niemowląt mogą być zwiastunem choroby Barlowa. Arnet widywał podczas wojny u żołnierzy zawsze niemal przed wystąpieniem gnilca kilkudniowe okresy gorączkowe. Abels przypisuje tej dysergji ogromne znaczenie w samej patogenezie gnilca i stara się wytłumaczyć wszystkie prawie objawy gnilca wtargnięciem zarazków do nieodpornych narządów. Nad tą t. zw. teorją infekcyjną gnilca nie będziemy się tutaj bliżej zastanawiali.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Historja i Filozofja medycyny.

∞ Dr. HENRYK NUSBAUM prof. Uniwersytetu Warszawskiego, **Filozofja medycyny**, Poznań 1926.

Powstanie trzech nowych wszechnie polskich (warszawskiej, poznańskiej i wileńskiej) musiało z konieczności wywołać potrzebę dostarczenia podręczników słuchaczom tych uczelni. W pracy tej wydziały lekarskie nie pozostały w tyle za innymi: nasze piśmiennictwo pedagogiczno-lekarskie z każdym rokiem wzrasta, i w roku ubiegłym przybył nam nowy podręcznik „Filozofji Medycyny“ prof. Henryka Nusbauma. Umysł nawykły do myślenia filozoficznego, autor wielu prac filozoficzno-lekarskich, nadawał się Nusbaum, jak mało kto u nas, do napisania takiego podręcznika i istotnie wywiązał się z zadania w sposób nader udatny: dał słuchaczom swoim i szerszym sferom lekarskim zwięźle, przystępnie i z dużym talentem pedagogicznym napisaną książkę.

Już pierwszy jej rozdział, zatytułowany: „Usprawiedliwienie przedmiot“, w którym prof. N. uzasadnia tezę, że medycyna jest i sztuką, i nauką stosowaną i nauką czystą — jest pomysły bardzo oryginalnie i opracowany wielce interesująco.

Dalej znajdujemy doskonały krytyczno-historyczny rzut oka na rozwój pojęcia o zjawisku życia, w którym, stając na gruncie ścisłych badań naukowych i odrzucając wszelkie mgliste teorje, autor zapatruje się na zjawisko życia, jako na powiklaną i misterną grę czynników fizyczno-chemicznych.

Rozdział, traktujący o zjawisku choroby, daje czytelnikowi dokładne pojęcie o tem, ze stanowiska filozoficznego nieco zawikłaniem zagadnieniu. Autor poświęca tu więcej miejsca znaczeniu etjologii w powstawaniu chorób, kierując zarazem uwagę czytelnika na tak aktualną dziś sprawę konstytucjonalizmu, który sprawia, że ta sama przyczyna w różnych organizmach wywołuje może różne skutki.

W rozdziale p. t. „Medycyna, jako nauka stosowana“ mówi autor o farmakologii i toksykologii, medycynie sądowej, djagnostyce, zastosowaniu fizyki i chemji do celów lekarskich, jakoteż o higijenie osobniczej i publicznej. Zarówno ten, jak i następny rozdział o „Medycynie jako sztuce“, w którym jest mowa o zadaniach terapii, opracowany został starannie i gruntownie.

Piękne zakończenie książki stanowi „Pogląd ogólny na zadania i stanowisko społeczne zawodu lekarskiego“, wkraczający już raczej w dziedzinę deontologii lekarskiej.

Nie mogę pominąć milczeniem bardzo udatnych rysunków i tablic, ułatwiających czytelnikowi studjowanie książki. Należy tu np. tablica, wyobrażająca całokształt rozwoju pojęcia o zja-

wisku życia (str. 99), schemat linii życia (str. 110), szerokości zdrowia (str. 137).

W całym układzie i przeprowadzeniu planu wykładów „Filozofja Medycyny“ Nusbaum jest podręcznikiem wzorowym. Można się w niektórych szczegółach nie godzić z autorem, ale są to rzeczy drugorzędne, nie mogące zaważyć na wartości książki.

Jeżeli autor powiada, że „ochłanie cierpień fizycznych głębsze bywają niewatpliwie od głębin cierpień moralnych“, to można się z nim było o to posprzeczać. Przecież większość tragedij greckich ma za tło konflikt moralny, jako szczyt cierpienia ludzkiego. Mucius Scaevola, zabijwszy przez pomyłkę sekretarza Porsenny, zamiast samego władcy Etrusków, kładzie rękę w ogień, jakby chcąc ją ukarać za ból moralny, jaki mu skutkiem tej pomyłki sprawiła. A jeżeli w przykładach tych jest mowa o bohaterach, do których zwykłej miary przykładać nie wolno, to przypomnijmy sobie, że i zwykli śmiertelnicy, aby zagłuszyć cierpienie duchowe, „rwą sobie włosy z głowy“, „biją głową o ścianę“, „gryzą się do krwi“, przypomnijmy sobie, że przyczyną większości samobójstw są cierpienia moralne.

Zbyt może pobieżnie potraktowana jest sprawa celowości i przyczynowości w biologji, — problemat w ostatnich czasach nanowo poruszany.

Ale są to, jak powiedziałem, rzeczy drobne, w niczem nie zmniejszające wielkiej wartości podręcznika. Może książka Nusbaum nie wystarczy uczonemu specjalistcie filozofowi, ale student medycyny i niejedyn lekarz dowie się z niej i nauczy wiele.

Język „Filozofji Medycyny“ jest naogół poprawny, w wielu miejscach piękny, a nawet kwiecisty. Zarzuciłbym tylko tak często zresztą i przez innych złe używany przypadek 6 przymiotnika, zamiast pierwszego, po czasowniku: być, jak np. „co zresztą... jest wprowadzonym (str. 1 przedmowy). Wolalibyśmy też zamiast „przyczyniać cierpień“ (str. 15) powiedzieć: „sprawiać cierpienia“, a „zaopatrywanie odpowiednio przystosowaniem postaniem“ (str. 190), zmienić na „zaopatrywanie w odpowiednio przystosowane postanie“, mówi się bowiem: zaopatrywać w co, a nie czem. Błędem jest także: „pierwsze swe poszukiwania dokonywał“ (str. 94), zamiast: „pierwszych swych poszukiwań dokonywał“, jak również: „uczucio-ruchowych“ (str. 193), zamiast: „uczuciowo-ruchowych“.

Ale, gdy z książki o 215 stronicach udało mi się „wyłowić“ zaledwie kilka błędów językowych, i gdy sam może nie jestem bez grzechu, to nie wziąłbym autorowi za złe, jeśliby powiedział, że łatwiej jest dojrzeć źdźbło w... „języku“ bliźniego, niż belkę we własnym.

Biologia.

A. TOURNADE, M. CHABROL, H. HERMANN i M. PERRON. **O wpływie kokainizowania opuszki na poziom cukru we krwi.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 9 — 1926).

Od czasu badania Claude Bernarda, który stwierdził, że nakłucie czwartej komory powoduje cukromocz, przyjmuje się, że w opuszcze istnieje ośrodek, regulujący poziom cukru we krwi. Obecnie wiadomo, że uszkodzenie opuszki powoduje hyperglikemię za pomocą podwójnego mechanizmu: nerwowego i adrenaliny.

Autorzy postawili sobie za zadanie stwierdzenie, czy ośrodek, którego podrażnienie powiększa poziom cukru we krwi, znajduje się w stanie stałego napięcia. Dla wykazania stałego wpływu opuszki na równowagę glikemii, autorzy w doświadczeniach na psach kokainizowali dno czwartej komory i stwierdzili, że kokainizacja opuszki zmniejszała we wszystkich przypadkach glikemię. Poziom cukru zmniejszał się przeciętnie o 25% do 35% i wracał do normy, gdy działanie kokainy się wyczerpywało. Największe działanie hypoglikemizujące kokainizacja powodowała w tych przypadkach, w których poziom cukru był początkowo najwyższy.

Nie ulega więc wątpliwości, że opuszka wywiera stały regulujący wpływ tonizujący na równowagę glikemii.

J. T y p o g r a f.

L. BINET i B. FOURNIER. **O zachowaniu się śledziony podczas upustu krwi.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 32 1926).

Barcroft wykazał, że śledziona wypuszcza do krwiobieg w pierwszych okresach krwotoku pewną ilość krwi, uprzednio w tym narzędzie nagromadzonej. W związku z tym spostrzeżeniem autorzy badali zachowanie się liczby krwinek czerwonych przed, podczas i po upuszczeniu u psów, u których zmieniano czynność śledziony (śledziona nietknięta, wycięcie śledziony, ucisk chwilowy naczyń śledziony).

Wiadomo, że podczas krwotoków liczba krwinek czerwonych zmniejsza się wraz z powiększeniem się utraty krwi; wiadomo jednak również, że podczas krwawień niewielkich można zauważyć paradoksalny fakt powiększenia się liczby krwinek. Spostrzeżenia autorów wykazują, że ta poliglobulia jest skutkiem odczynu śledziony na krwawienie.

W doświadczeniu pierwszym ze zdrowym psem wagą 14 klg. dokonano upustu 80 cm³ krwi. Liczba krwinek przed upustem 5.190.000. w 5 min. po upuszczeniu — 7.470.000, po 30 min. — 5.000.000. Krótkotrwałość poliglobulii po niewielkim upuszczeniu krwi zależy od rozcieńczenia krwi krążącej przenikającymi do niej limfą i płynem tkankowym.

W doświadczeniu z psem, któremu uprzednio usunięto śledzionę, poliglobulii po niewielkim upuszczeniu nie stwierdzono.

Nie stwierdzono również poliglobulii u psa z otwartą jamą brzuszną, u którego dokonano upustu krwi po uprzednim uciśnięciu pnia naczyniowego śledziony; poliglobulia ta zjawia się jednak natychmiast po zaniechaniu ucisku. Śledziona staje się małą, a liczba krwinek z 8 milionów podnosi się do 10.

Doświadczenia te wykazują, że poliglobulia, wywołana przez niewielki upust krwi, jest znaczna, lecz krótkotrwała, i że jest wynikiem skurczu śledziony, wywołanego przez utratę krwi.

J. T y p o g r a f.

P. CARNOT i Z. GRUŻEWSKA. **O stężeniu jonowym żółci i zawartości w niej CO₂ podczas wydzielania żółtkowego.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 6 — 1926).

Doświadczenia autorów, dokonane na psach, wykazały, że wydzielanie kwaśnego soku żółtkowego zmienia PH żółci w kierunku zasadowości przez powiększenie jej zasobu zasad. Rozczyn zaś kwasu solnego równoważny ilości wytworzonej przez śluzówkę żółtka, ale wprowadzony biernie do żółtka, zmniejsza rezerwę alkaliczną żółci albo pozostawia ją bez zmiany, w każdym razie nigdy jej nie powiększa.

Zależności wydzielania żółci od obecności kwasu solnego w żółtku nie stwierdzono. Ilość wydzielonej żółci nie ma żadnego wpływu na powiększenie lub zmniejszenie jej PH lub zawartości w niej dwuwęglanów.

J. T y p o g r a f.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

A. DOBRZAŃSKI. **O wchłanianiu nikotyny przez drogi oddechowe** (Cmpt. rend. de la Soc. Nr. 6 — 1926).

Znany jest wpływ toksyczny nikotyny na zwierzęta. Przypadki zatrucia ludzi z powodu nadużycia tytoniu należą do rzeczy powszednich. Nikotyna z początku podrażnia, a następnie poraża nerwy obwodowe, a w szczególności zwoje nerwowe. Działa ona również na nerwowe ośrodki automatyczne serca, na mięśnie i wreszcie na ośrodki nerwowe układu centralnego.

Autor poczynił cały szereg doświadczeń nad wchłanianiem nikotyny przez błony śluzowe układu oddechowego i nad wpływem nikotyny na ten układ oraz na krążenie krwi. Nikotyna jest jadem bardzo silnym, gdyż u psa 0,25 do 0,5 mgr. na kilo wagi wystarcza do porażenia nerwów obwodowych, a 1mgr. na kilo wagi okazuje się dawką śmiertelną. W doświadczeniach swych autor wprowadzał uspiąnym psom nikotynę bądź do tchawicy, bądź do jamy nosowej i stwierdził, że rozczyn nikotyny, wprowadzony do tchawicy, wchłania się bardzo szybko. Po zastrzyknięciu większej dawki stwierdza się po 10 — 20 minutach objawy bardzo ciężkiego zatrucia. Wprowadzenie tej samej dawki nikotyny do jamy nosowo-gardzielowej okazuje się 2 — 3 krotnie mniej szkodliwym. Jadowność nikotyny zmniejsza się 2 do 3 razy, o ile tę samą ilość wprowadza się *in dosi refracta* w odstępach kilku minut. Dym papierosa, wprowadzony do tchawicy i płuc psa, powoduje te same objawy zatrucia, co wprowadzanie nikotyny do dróg oddechowych.

J. T y p o g r a f.

A. LUMIERE i H. COUTURIEUX. **O stosowaniu soli cynkowych w celu przeciwdziałania krzepnięciu krwi.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 15 — 1926).

Sole cynkowe posiadają własność przeciwdziałania krzepnięciu krwi nawet w dawce 0,5 na 1000, podczas gdy dla osiągnięcia tegoż wyniku z cytrynianem sodu należy zastosować stężenie 1:100. Siarczan cynku obdarzony więc jest zdolnością, powstrzymującą krzepnięcie krwi, 20 razy większą, niż cytrynian sodu.

Wobec tego, że zastrzykiwanie dożylnie cytrynianu niezawsze są dla ustroju obojętne, autorzy uważają, że w pewnych przypadkach może się okazać korzystnym zastąpienie podczas przetaczania krwi cytrynianu sodu siarczanem cynku. Siarczan cynku okazuje pod tym względem jeszcze tę wyższość nad cytrynianem, że, jak wykazują badania autorów na świnakach morskich, cytrynian sodu jest co najmniej dwa razy jadowitszy, niż siarczan cynku.

Należy jednak zwrócić uwagę, że sposób działania obu środków nie jest jednakowy. Cytrynian, znoszący krzepliwość *in vitro*, powiększa ją *in vivo*, podczas gdy toż samo działanie soli cynkowych przejawia się zarówno *in vivo*, jak i *in vitro*. Z tego względu w przypadkach krwawięzki zastrzykiwania krwi z dodatkiem soli cynkowej okazałyby się, prawdopodobnie, mniej odpowiednimi, niż krwi z cytrynianem.

Autorzy są zdania, że badania fizjologów nad wpływem soli cynkowych na proces krzepnięcia mogą się przyczynić do wyjaśnienia tajemniczej jeszcze dotąd sprawy krzepnięcia krwi, klinicyści zaś mogą wykorzystać sole cynkowe dla celów przetaczania krwi.

J. T y p o g r a f.

NITZESCU. **Insulina a wydzielanie żółci.** (Cmpt. rend. de Soc. de Biol. Nr. 27 — 1926).

Autor badał wpływ insuliny na wydzielanie żółci. Jednocześnie badał również, jaki wpływ na to wydzielanie wywierają fizyostygmina, pilokarpina, atropina, adrenalina, pituitryna, ergotamina i histamina. Z doświadczeń wykonanych na psach z przetokami żółciowymi, wynika, że insulina powoduje wybitne powiększenie się ilości wydzielanej żółci. Pośród badanych związków jedyna insulina okazała się czynnym środkiem żółciopędym. Uprzednie zastrzyknięcie atropiny znosi działanie insuliny. Szczyt wydzielania następuje około 3 godzin po zastrzyknięciu, następnie obniża się i po 4 — 5 godz. wraca do normy. Stężenie żółci pozostaje bez zmiany albo zmniejsza się nieznacznie.

Fizyostygmina wykazała niewielki wpływ pobudzający, szczególnie w stosunku do substancji, rozpuszczonych w żółci, gdyż żółć okazała się bardziej stężoną.

Pilokarpina, która powodowała bardzo obfite wydzielanie śluzianek i opróżnianie się jelit oraz pęcherza moczowego, powodowała raczej niewielkie zmniejszenie ilości żółci, a nawet zmniejszanie jej stężenia.

Atropina zmniejsza znacznie ilość wydzielanej żółci, nie okazuje jednak wpływu na jej stężenie.

Pituitryna, ergotamina i histamina nie wywierają prawie żadnego wpływu na wydzielanie żółci, chyba nieznaczne zmniejszenie ilości (a również i stężenia w stosunku do pituitryny i histaminy).

Jaki jest mechanizm działania insuliny, czy działa ona za pośrednictwem włókien wydzielniczych, i jakie są te włókna, czy też działa drogą humoralną, będzie przedmiotem dalszych prac autora.

J. T y p o g r a f.

J. H. CASCAO de ANCIAES. Insulina a czynność żołądka. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 34 — 1926).

Autor badał wpływ insuliny na ruchy żołądka, na czas trwania i ilość wydzielanego soku żołądkowego, na ilość kwasu solnego oraz fermentów (podpuszczki).

Pod względem wpływu insuliny na wydzielanie kwasu solnego stwierdzono mniej lub więcej zaznaczone powiększenie się jego ilości. Wpływ ten był szczególnie duży u osobników, dotkniętych czynnościowym upośledzeniem wydzielania kwasu solnego. Autorowi udawało się np. osiągnąć wydzielanie wolnego kwasu solnego u osobnika, dotkniętego czynnościową achylją; sondowanie kontrolne nie wykazywało u tego chorego nawet śladu kwasu solnego, który się jednak zjawiał po zastrzyknięciu 5 jednostek insuliny.

Czas trwania wydzielania soku żołądkowego oraz jego ilość powiększały się znacznie pod wpływem insuliny: w jednym z przypadków wydzielanie soku w badaniu kontrolnym kończyło się w 75 min. po spożyciu próbnego śniadania bez obecności kwasu solnego, pod wpływem zaś insuliny przedłużyło się do 165 min., a kwas solny osiągnął wysokość 31.

Co się tyczy ruchomości żołądka, to insulina w dawkach 5—8 jednostek powoduje przyspieszenie ruchów żołądka, sprzyjające szybszemu opróżnieniu się (o ½ godziny szybciej, niż w badaniu kontrolnym).

Również i na wydzielanie podpuszczki insulina wywierała wpływ drażniący, powiększając znacznie ilość wydzielanego zacynu.

Szczególnie wybitny wpływ działania insuliny na czynność żołądka osobników, dotkniętych jego nerwicami, oraz wpływ nie tylko na wydzielanie kwasu solnego, lecz również na ruchy żołądka, na czas trwania i ilość wydzielanego soku żołądkowego, przemawiają za przypuszczeniem, że działanie insuliny ma miejsce za pośrednictwem układu nerwowego roślinnego.

Na podstawie wyników swych badań autor proponuje stosowanie insuliny do celów rozpoznania różniczkowego upośledzenia wydzielania soku żołądkowego pochodzenia czynnościowego od organicznego, jak również i do leczenia nerwic żołądkowych, przebiegających z hyposekrecją.

J. T y p o g r a f.

L. JUNG i L. AUGER. Insulina a ciśnienie tętnicze. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 28 — 1926).

Antagonizm, istniejący pod względem węglowodanowej przemiany materji pomiędzy wydzielaniem wewnętrznym trzustki i nadnerczy, ma również miejsce w działaniu odpowiednich hormonów na mięśnie gładkie tęczówki i jelit, przyczem insulina zachowuje się, jako czynnik wagotoniczny, a adrenalina — sympatykotoniczny. Autor zajął się zbadaniem sprawy, czy podobny antagonizm istnieje również w działaniu obu hormonów na układ sercowo-naczyniowy, czy działaniu, pobudzającemu serce i wzmagającemu ciśnienie tętnicze adrenaliny, można przeciwstawić działanie, porażające serce i obniżające ciśnienie insuliny?

Autorzy wykonali szereg doświadczeń na psach, którym zastrzykiwali dożylnie małe, średnie i duże dawki insuliny, i stwierdzili, że insulina obniża stopniowo i względnie nieznacznie ciśnienie (od 1,5 do 3,8 cm. Hg). Obniżenie to utrzymuje się około 3 godzin. Spadek ciśnienia zmienia się wraz z powiększaniem dawki, nie jest jednak do niego wprost proporcjonalny i wzrasta znacznie mniej szybko. Tętno, zwolnione w poszczególnych przypadkach, staje się naogół w okresie obniżenia ciśnienia przyspieszone.

Jeżeli więc działanie insuliny na ciśnienie tętnicze jest wprost przeciwnie do działania adrenaliny, wydaje się jednak trudnym uznać biegunowy antagonizm pomiędzy gwałtownym, silnym i szybko przemijającym działaniem adrenaliny, a stopniowo wzrastającym, stosunkowo słabym i długotrwałym działaniem insuliny.

J. T y p o g r a f.

Choroby kobiet i położnictwo

SCHNEIDER i EISLER. Rozpoznawanie ciąży pozamacicznej za pomocą promieni Roentgena. (Ztbl. f. Gyn. 1927, Nr. 22).

Na całym szeregu rentgenogramów autorzy podkreślają miejsca charakterystyczne w dagnostyce różniczkowej ze sprawami zapalnymi w przydatkach, które przeważnie wchodzi w takich razach w grę. Zdaniem autorów, brak drożności jednego z jajowodów przy zupełnej drożności drugiego nie jest jeszcze cechą charakterystyczną dla ciąży zamacicznej, gdyż podobny stan stwierdzali oni i w sprawach zapalnych. Ważny jest charakterystyczny kształt trąbki, niezupełnie drożnej, zależny od umiejscowienia jaja w trąbce i obrazu morfologicznego po przerwaniu ciąży (*abortus tubarius, raptura tubae* i t. d.).

Dotychczasowe dociekania autorów sprowadzają się do wniosków następujących:

1) w początkach ciąży, kiedy jajo nie zamyka jeszcze światła trąbki w całości, pozostaje pomiędzy jajem a ścianą przeciwną szpara, przez którą masa kontrastowa przechodzi, drożność więc trąbki jest zachowana, ale w miejscu usadwienia jaja powstaje plama jasna na ciemnym tle kształtu okrągłego (jajo).

2) Ponieważ trąbka jest wypełniona, ale nie szczelnie, skrzepami, po wypełnieniu więc masą kontrastową, przedstawia się ona w postaci pojedynczych odcinków (miejsca wolne od skrzepów) różnokształtnych, lecz nie wrzecionowatych, jak to bywa przy salpingografji trąbki normalnej, że znacznie wzmocnionymi ruchami robaczkowemi.

3) Światło trąbki zostaje kompletnie zatknięte masą kontrastową, która dochodzi tylko do skrzepu; bezpośrednio przed przeszkodą trąbka jest znacznie rozszerzona (obraz najbardziej charakterystyczny).

4) Jajo wraz ze skrzepami nie zamyka szczelnie światła; cząsteczki masy kontrastowej przedostają się do odcinków dystalnych trąbki. Obok cienia powstają wówczas drobne plamki (o tem, że to nie są cząsteczki masy, które znalazły się w jamie brzusznej, świadczą stałość tego obrazu przy kilkakrotnych zdjęciach w pewnych odstępach czasu).

5) Pomiedzy ścianą trąbki a jajem ze skrzepami, przylegającym do ściany przeciwną, pozostaje szpara o powierzchni dużej; masa kontrastowa swobodnie przechodzi; powstaje obok trąbki szeroka plama ciemna o nieprawidłowych kształtach.

S. Gordon.

G. SCHUBERT. Operować włókniki macicy czy naświetlać je? (Ztbl. f. Gyn. 1927, Nr. 21).

Autor w zakłamanem wciąż pytaniu: naświetlać, czy operować w przypadkach włókniaków macicy—przychodzi do wniosku, iż zasadniczo należy operować, chyba, iż istnieją jakiejś bezwzględnie przeciwwskazania do wykonania zbiegu. Pogląd swój autor opiera głównie na tem, że 1. często po naświetlaniu, narażającym jednocześnie pacjentkę na koszty, zabieg z powodu dalszego krwawienia staje się koniecznym; 2. z chwilą, gdy krwawienie nawet ustaje na pewien czas, pacjentki, u których obok włókniaków macicy rozwijają się raki przydatków (co według statystyki autora jest rzeczą wcale nie rzadką), przy lekko krwawych wydzielinach z pochwy, zwlekają z ponownem naświetlaniem, przypuszczając, iż jest to tylko początek znów rozpoczynającego się krwawienia; tymczasem warunki dla wykonania zabiegu stają się coraz gorsze; 3. autor ma wrażenie, że naświetlanie włókniaków nie pozostaje bez wpływu na powstawanie raków (statystyka O l s h a u s e n a 10%).

S. Gordon.

Choroby dzieci.

L. PAYAN i E. GIRAUD. O prawidłowym ciśnieniu żylnem u dzieci. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 5 — 1926).

Autorzy badali metodą pośrednią ciśnienie żylnie u 104 dzieci w wieku od 1 roku życia do lat 15. Z badań ich wynika, że ciśnienie żylnie u dzieci stopniowo wzrasta i wznosi się od 6 cm. wody w pierwszych latach życia do 10 cm. w 15 roku.

Krzywa ciśnienia żylnego przebiega dość równolegle do krzywej ciśnienia maksymalnego, wahającego się u dzieci od 7 do 11 cm. rtęci. Ciśnienie minimalne wzrasta znacznie wolniej, wznosząc się z 5 na 7.

Autorzy są zdania, że badanie ciśnienia żylnego u dzieci chorých (choroby serca, płuc i śródpiersia) posiada wielką wartość rokowniczą i rozpoznawczą, równającą się znaczeniu badania ciśnienia żylnego u dorosłych.

J. T y p o g r a f.

Ch. RICHET — syn. O odżywianiu dzieci w wieku od 4 do 15 lat. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 2 — 1927).

Istnieją bardzo dokładne obliczenia, dotyczące ilościowego żywienia ośesków i dorosłych. Natomiast dane te w stosunku do dzieci w wieku między 4 a 14 rokiem życia są bardzo mało znane. Istnieją, co prawda, tablice wykazujące, ile te dzieci powinny spożywać, ale autor uważa, że tablice te są obliczone raczej teoretycznie, niż wynikają z dokładnych badań.

Otóż autor zajął się zbadaniem nie tego, co dzieci te powinny jeść, lecz ile jedzą w rzeczywistości. Przedmiotem spostrzeżeń było 12 dzieci z 5 różnych rodzin, zamieszkałych częściowo na wsi, częściowo w mieście i badanych zimą lub latem. Wszystkie dzieci były zdrowe, prawidłowo rozwinięte i odżywiały się w zwykły przeciętny sposób.

Obliczono zawartość białka w pożywieniu i jego wartość kaloryczną. Z badań autora wynika, że dzieci w wieku od 8 do 15 lat jedzą tyleż, co dzieci od 4 do 8 lat. Odżywianie chłopców nie różni

się od odżywiania dziewcząt. Wartość kaloryczna pożywienia wynosi latem 94 kalorie i 3,15 gr. białka na kilo wagi, jesienią 72 kalorie i 2,62 gr. białka. (Większe zapotrzebowanie kaloryczne latem tłumaczy się tem, że dzieci bawiły się na brzegu morza, jeździły na rowerze itd. czyli że prowadziły tryb życia znacznie bardziej czynny, niż jesienią). Odżywianie na wsi wynosiło 91 kal. i 3 gr. białka, w mieście zaś 68 kal. i 1,79 gr. białka na kilo wagi. Wahania indywidualne u poszczególnych dzieci okazały się dość znaczne.

Dzieci jedzą więc znacznie więcej, niż dorośli w stosunku do swej wagi. Wzrost wagi dzieci, większa podstawowa przemiana materji i podstawowa azoturja oraz spostrzeżenia codzienne potwierdzają ten fakt. Dorosły o wadze 70 kg. spożywa przeciętnie w ciągu dnia pokarmy o zawartości 100 gr. białka i o wartości cieplnej 3.000 kaloryj. Wynosi to 43 kalorie oraz 1,40 gr. białka na kilo wagi, też same dane u dzieci wynoszą 85 kaloryj i 2,47 białka, czyli że dzieci w stosunku do swej wagi jedzą dwa razy więcej, niż dorośli.

J. T y p o g r a f.

Wskazówki praktyczne.

— Dla zapobieżenia powikłaniom ze strony płuc po cieżcu brzuszkiem zaleca P f a f f zastrzykiwanie domięśniowe 2 ctm.³ Mentopiny [1% tymolu, 3% mentolu i 96% terpiehiny (oliwa + ol. terpentynowy)]. Na 1461 laparotomij miał autor przeciętnie 1% śmiertelności z powodu zapalenia płuc.

(M. med. Woch., 1927, Nr. 19).

— V i s c h e r leczy żyłaki goleni zastrzykami 1 — 3 ctm.³ 1 — 2% roztworu chloranu rtęci lub 6, wzgl. 4, wzgl. 2 ctm.³ 20%, wzgl. 30%, wzgl. 40% salicylanu rtęci lub też 5 ctm.³ 20% chlorku sodu, albo wreszcie 5 ctm.³ 66% roztworu glukozy. Na tysiące przypadków, w ten sposób leczonych, nie spostrzegano ani razu zatoru.

(Lancet, 1927, Nr. 5396).

— Przeciwno bezmoczowi pooperacyjnemu zaleca H i n r i c h s e n zastrzykiwanie dożylnie pilokarpiny. Jednorazowe, rzadko dwurazowe zastrzyknięcie 0,01 pilokarpiny sprowadza samodzielne oddanie moczu. Przeciwwskazane jest to postępowanie, w cukrzyicy,

w stanach, w których nie wolno pobudzać ruchów robaczkowych kieszek, i w ciąży.

(D. m. W. 1927, Nr. 21).

— K i n s b e r g otrzymał 100% wyników dodatnich, stosując zapobiegawcze zastrzykiwanie surowicy ozdrowieńców po odrze, nawet ku końcowi okresu wylegania. Choroba przebiegała nader łagodnie, bez powikłań. Dla pewności działania zaleca się dodatkowo zastrzyknięcie małej ilości krwi dziecka, wziętej w okresie ostrym.

(Lancet 1927, Nr. 5492).

— H ü n e r m a n n potwierdza dodatnie wyniki, otrzymane przez innych w leczeniu promienicy szyi za pomocą Yatrenu. W dwóch przypadkach promienicy szyjnych gruczołów chłonnych po cieżcu i zastosowaniu Yatrenu nastąpiło szybkie wyleczenie zupełne. Żadnego przykrego działania ubocznego nie spostrzegano.

(D. med. Woch. 1927, Nr. 19).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z d. 12.V 1927 r.

W. D o b r z y Ń s k i. Jak ma się odbywać rozbudowa kraju.

Prelegent w wstępie zaznacza, że z racji braku kapitału, który mógłby zaspakajać na podstawach przedwojennych olbrzymie potrzeby mieszkaniowe dla warstw pracujących, stanowiących przeszło 90% całej ludności kraju, akcja budowlana stanie się z konieczności jedną z dziedzin opieki społecznej nad tą ludnością.

Rządy i samorządy Europy Zachodniej roztaczają coraz dalej swoją opiekę nad warstwami pracowniczymi, wpływając na system budowlany i na ustalenie czynszu i jednocześnie przychodzą one z pomocą ludności, pokrywając różnicę pomiędzy czynszem gospodarczym czyli kameralnym (15 — 16% zarobku pracownika), a to — ze źródeł publicznych, w Polsce, jak i w Niemczech — ze specjalnego podatku na budowę mieszkań. Ale przedewszystkiem wskazana tu jest pożyczka długoterminowa, którą spłacałoby nie tylko tak zubożałe wskutek wojny pokolenie obecne, ale i przyszłe które z niej korzystać będzie.

Udzielanie pomocy na budowę mieszkań winno być połączone z polityką właściwego rozmieszczenia ludności i przemysłu w nowych, odpowiednio rozplanowanych ośrodkach zamiejskich.

Władze nasze powinny się kierować społecznie i gospodarczo zdrową polityką budowlaną, dostarczając ludności tanich i dobrych mieszkań. Tą drogą najprostszą rozwija się w pracownikach poczucie przynależności państwowej i zadowolenie z życia.

Celem umożliwienia racjonalnej akcji budowlanej należy powołać do życia specjalny Urząd, w którym ześrodkowano by wszystkie sprawy osiedleniowo-mieszkaniowe. Urząd ten winien opracować

w porozumieniu z właściwymi czynnikami program budowy mieszkań na dłuższą metę.

Pomoc finansowa polega w Anglii, Holandji i innych krajach na udzielaniu subsydjów i pożyczek dogodnych, a tanich.

Dla nas subsydja z racji braku funduszy nie są na czasie, pozostaje jedyna droga: pożyczka państwowa specjalna na cele budowlane i udzielanie właściwym ciałom zbiorowym i jednostkom kredytu, wzamian oczywiście za pewne zobowiązania wobec władz.

Należy w najbliższym czasie uchwalić jednolitą ustawę budowlaną łącznie z ustawą o budowie miast, obejmującą całokształt sprawy osiedleniowo-mieszkaniowej.

Nie mniej doniosła jest sprawa systemu zabudowań (wysoki czy niski?), który zależy od formy prawnej władania terenem, i wobec tego należy usilnie dążyć do reformy prawa terenowego, jak to się dzieje w Niemczech.

Niskie zabudowanie (domek jedno i dwurodzinny z ogrodem), poza wielu pierwszorzędnymi zaletami natury higienicznej i kulturalnej, cenne też jest z powodu korzyści, jakie stąd osiąga gospodyni domu, która wszak szczególnie jest zainteresowana w posiadaniu mieszkania (domku), ułatwiającego jej zadania wychowawcze i gospodarcze. Jest więc rzeczą niezbędną by w Komitetach rozbudowy czynny udział brały i kobiety.

Wszystkie te sprawy i wiele innych bardzo aktualnych, które po uzyskaniu kredytów przybiorą kontury konkretne, ujmują prelegent w szeregu postulatów, które mają być przedstawione na V Zjeździe Higienistów Polskich w Poznaniu, w końcu czerwca r. b.

Po odczytaniu wywiązała się ożywiona dyskusja, w której zabierali głos: Knappe, Szware, Trenkner i inni.

A. S z w a r c.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Pasteur Vallery-Radot i P. Blamontier. *Leczenie niektórych postaci migreny zapomocą zgłębnikowań dwunastnicy; wskazania; wyniki.* (Posiedzenie czerwcowe Tow. Lekarskiego Szpitali Paryskich).

Referenci stosowali w 22 przypadkach typowej migreny zgłębnikowanie dwunastnicy z drenowaniem pęcherzyka żółciowego zapomocą 32% roztworu siarczynu magnezu według techniki Meltzera. W 7 przypadkach wynik był znakomity. Liczba stosowanych zgłębnikowań była różna. Naogół robiono jedno zgłębnikowanie na tydzień w ciągu 6 — 8 tygodni. U niektórych chorych po przerwaniu zgłębnikowań napady nie wznawiały się. U innych przeciwnie zaczęły ponownie występować, co zmusiło do kontynuowania leczenia; wówczas napady nie powracały.

W 8 przypadkach chorzy bardzo poprawili się. Napady stały się można u chorych, którzy mają napady z częstymi i obfitymi jej pracy; mdłości i wymioty w czasie napadów ustąpiły. Wreszcie u 7 chorych zgłębnikowania dwunastnicy nie dały żadnej poprawy. Na podstawie tych przypadków autorzy wysuwają wskazania do stosowania omawianego leczenia. Pomyślnych wyników spodziewać się można u chorych, którzy mają napady z częstymi i obfitymi wymiotami, z obecnością żółci w wymiocinach, i u chorych, wykazujących wrażliwość pęcherzyka żółciowego przy obmacywaniu.

W dyskusji Chaffard zaznacza, że w niektórych przypadkach migreny osiągnął dobre wyniki przez podawanie doustne siarczynu magnezu i peptonu.

Flandin spostrzegł w jednym przypadku astmy i w jednym przyp. migreny obrzmienie pęcherzyka żółciowego i wątroby przed napadami.

(Presse Méd. 1927, Nr. 48).

M. Chiray i A. Lomon. *O migrenie żółciowej i leczeniu jej zapomocą drenowania dróg żółciowych.* (Posiedzenie czerwcowe Tow. Lek. Szpitali Paryskich).

W r. 1925 prelegenci wykazali rolę, jaką odgrywa zastój żółci w pęcherzyku w powstawaniu niektórych postaci migreny, dających się pomyślnie leczyć za pomocą drenowania dróg żółciowych. Cechą charakterystyczną tego typu migreny są wymioty żółciowe. W przypadkach tych ma się do czynienia z atonją pęcherzyka żółciowego. Świadczy o tem intensywne zabarwienie żółci pęcherzykowej, otrzymanywanej przy zgłębnikowaniu dwunastnicy. Ważne również dowody daje cholecystografia. Wykazuje ona powiększenie pęcherzyka żółciowego, niskie jego ustawienie, zmienność położenia, niedostateczne opróżnianie się. Leczenie migreny żółciowej sprowadza się do wzmocnienia kurczliwości pęcherzyka; stosuje się zgłębnikowanie dwunastnicy, środki cholokinetyczne, odpowiednie mięsienie wątroby i pęcherzyka.

(Presse Méd. 1927, Nr. 48).

Rousseau Saint-Philippe. *Stale wymioty u nie-mowląt.* (Posiedzenie Akademii Lekarskiej w Paryżu).

W 95% są one spowodowane zatruciem lub niestrawnością, wywołaną pokarmem lub mlekiem. Tylko w 5% ma się do czynienia ze zwężeniem odźwiernika, które może być przejściowe, jako następstwo kurczu, lub stałe i wrodzone. Często do zwężenia odźwiernika dołącza się zatrucie i niestrawność, co przy leczeniu należy brać pod uwagę. Do środków leczniczych, które pomagają w większości przypadków, należą alkalja, pepsyna, kwas solny, belladonna i inne.

Tylko w stałych zwężeniach odźwiernika uciekać się należy do zabiegu chirurgicznego.

(Presse Méd. 1927, Nr. 41).

L. J.

Przegląd terapeutyczny.

Z Oddziału wewnętrzznego „B” Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
(Ordynator: doc. dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

O strofantynie.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Nasiona strofantu, obdarzone działaniem podobnym do działania naparstnicy, pochodzą z różnych odmian afrykańskiej rośliny *Strophantus*. Pierwsze badania nad działaniem strofantu były dokonane w r. 1865 przez Pelikana i Vulpiana, którzy stwierdzili, że jest to niesłychanie mocna trucizna z zadziwiającym działaniem wyborczym na mięsień sercowy. W r. 1877 Hardy i Gallois wyodrębnili z nasion strofantu bardzo jadowity glukozyd, który nazwali strofantyną. Zastosowanie w lecznictwie znalazły strofantyny, otrzymane z 3 odmian strofantu, mianowicie Kombé, Hispidus i Gratus; strofantyny te posiadają odmienne do pewnego stopnia właściwości.

Arnauud był pierwszy, który opisał (1888) strofantynę jako dobrze krystalizujący glukozyd, otrzymany ze *Strophantus Kombé*. Następnie Arnauud zbadał dokładnie krystaliczną strofantynę, otrzymaną ze *Strophantus gratus*, która, jak się okazało, różni się pod pewnymi chemiczno-fizycznymi względami od strofantyny Kombé. Strofantyna ta okazała się natomiast identyczną ze składnikiem czynnym, wyodrębnionym z korzenia drzewa Ouabaio i otrzymanym przez Arnauuda już w r. 1882. Na tej podstawie dla odróżnienia glukozydu, otrzymanego ze *Strophantus*

gratus, od innych strofantyn nazwał go Arnauud ouabainą.

Przez długi okres czasu pierwszych żmudnych botanicznych, chemicznych i farmakologicznych badań strofantyny wydawała się ona pod względem leczniczym mało pożyteczna. Lekarze obawiali się jej, jako leku bardzo heroicznego, i stosowali ją jedynie w dawkach krańcowo małych po 0,1 mgr.; przez nadmiar ostrożności woleli stosować nalewkę lub wyciąg, leki słabe, o niepewnej i niestalej sile działania.

W r. 1906 nastąpił w terapii strofantynowej zasadniczy przewrót. W roku tym A. Fraenkel doniósł o znakomitych wynikach, osiąganych w chorobach serca za pomocą dożylnych zastrzykiwań strofantyny. Korzystał on z bezpostaciowej strofantyny — Kombé wyrabianej przez firmę Boehringer. Dobroczynny wynik zastrzyknięcia przejawiał się częstokroć w ciągu 3 — 4 minut. W niewyrównanych niedomogach serca tętno się zwalniało, stawało się bardziej miarowe i lepiej napełnione, oddech uspokajał się, duszność znikła, sinica ustępowała, diureza podnosiła się znacznie, objawy zastój cofały się. Jedno jedynie zastrzyknięcie strofantyny często wystarczało do usunięcia najcięższych, groźnych objawów niedomogi i doprowadzało do takiej poprawy, jaką dawniej można było osiągnąć dopiero po kilkudniowej terapii naparstnicowej, a która w poszczególnych przypadkach była za pomocą dotychczas znanych leków wogóle nieosiągalna. Wobec tych doskonałych i tak szybko dających się otrzymać wyników liczni klinicyści prawie we wszystkich krajach poczęli stosować dożylnie zastrzykiwania strofantyny i przekonali się o jej wielkiej użyteczności. Ukazała się duża liczba prac o nowej metodzie leczenia, które jednomyślnie wykazują (nie-

które, co prawda, z pewnymi zastrzeżeniami), że przedstawia ona bardzo cenne wzbogacenie arsenału leczniczego w ostro i przewlekle przebiegającym osłabieniu serca.

Strofantyna, znajdująca naogół największe zastosowanie w Niemczech, została we Francji wyparta przez jej francuski równoważnik ouabainę Arnaud, wprowadzoną do terapii przez Vaqueza i Lutembachera w r. 1918.

Stopniowo strofantyna i ouabaina znajdowały coraz większe rozpowszechnienie i powoli przeniknęły również i do nas. W Polsce strofantyna poza klinikami i większymi szpitalami szerszego prawa obywatelstwa dotychczas nie uzyskała i do praktyki prywatnej przeniknęła w stopniu bardzo słabym. Większość lekarzy praktyków obawia się strofantyny i zwraca się do niej, jako do ostatniej deski ratunku, dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków, gdy tymczasem w całym szeregu przypadków należy, nie tracąc bezużytecznie drogiego czasu, stosować ją jako środek wyboru i cel niej zaczynać postępowanie lecznicze.

Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi ogółu lekarzy na ten wielce cenny lek, którego zastosowanie może, jak to niejednokrotnie mieliśmy sposobność się przekonać, wprost uratować życie chorego lub sprawić mu szybko znaczną i długotrwałą ulgę. Szkody zaś przy stosowaniu strofantyny, pomimo korzystania z niej względnie *larga manu*, nie widzieliśmy ani razu.

Największe rozpowszechnienie zyskały dwa, najlepsze zresztą z tej dziedziny, preparaty, mianowicie niemiecka strofantyna Boehringera (bezpociągowa strofantyna, pochodząca ze *Strophantus Kombé*) oraz francuska ouabaina Arnaud (produkt krystaliczny, otrzymany ze *Strophantus gratus* i różniący się pod pewnymi chemiczno-fizycznymi względami od strofantyny *Kombé*). Są to leki, pochodzące z dokładnie już obecnie poznanych gatunków, o stale jednakowym składzie i w związku z tem o ściśle określonym działaniu. Przy najmniejszej stosunkowo jadowitości okazują one najsilniejsze działanie nasercowe i dlatego znajdują w ostatnich latach coraz szersze zastosowanie. Jak wynika z bardzo obszernego już obecnie piśmiennictwa, zebranego odnośnie do strofantyny na podstawie 20-letniego doświadczenia, okazała się ona środkiem, dzięki któremu udawało się utrzymać przy życiu lub przedłużyć życie w znośnym stanie licznych chorym, którzy bez niej byłiby zginęli. Nie zawodziła ona nawet w tych przypadkach, w których wszystkie inne dotychczas znane leki zawodziły.

Z punktu widzenia klinicznego i farmakologicznego wyraźniejszej istotnej różnicy pomiędzy działaniem strofantyny i ouabainy nie stwierdza się. Badania Richaуда nad działaniem farmakodynamicznym ouabainy i strofantyny wykazały, że ani doświadczenia na żabach, ani na psach nie pozwalają na wyraźne odróżnienie tych dwóch ciał. Wszystkie szczegóły, dotyczące jednego z tych leków, można z dużą dozą słuszności odnieść również i do drugiego. Dane badaczy niemieckich, dotyczące strofantyny, zostały przeważnie potwierdzone przez autorów francuskich, pracujących nad ouabainą. Dla uniknięcia przeto powtarzania się ograniczymy się w niniejszym artykule głównie do omówienia strofantyny.

Strofantyna Boehringera przedstawia biały

proszek o wybitnie gorzkim smaku, bardzo łatwo rozpuszczalny w wodzie. 1 mgr. tej dokładnie dawkowanej strofantyny odpowiada 20 jednostkom żabim; jednostka żabia zaś jest to ilość strofantyny, doprowadzająca serce żaby w przeciagu mniej więcej 30 min. do zatrzymania. Strofantyna należy pod względem farmakologicznym do ciał naparstnicowych i działa w pierwszym rzędzie na mięsień sercowy. Stosuje się ją, podobnie jak i naparstnicę, dla zwalczania osłabionej lub nieprawidłowej czynności serca. Posiadając wszystkie podstawowe właściwości grupy naparstnicowej, jest strofantyna lekiem znacznie mocniejszym i działa nawet w małych dawkach bardzo silnie i szybko. Zasadniczej różnicy jakościowej pomiędzy działaniem nasercowym naparstnicy i strofantyny niema. W doświadczeniach na zwierzętach stwierdza się pod wpływem obu leków te same zmiany czynności serca i te same objawy zatrucia. Występują i ustępują one jednak po strofantynie znacznie prędzej, niż po naparstnicy. W zespole zwalczania niedomogi krążenia strofantyna, podobnie jak i naparstnica, działa na mięsień sercowy, na naczynia krwionośne oraz na ośrodek nerwu błędnego. Z pośród tych trzech czynników przeważa wybitnie jej bezpośrednie intensywne działanie na mięsień sercowy, wpływ zaś na naczynia oraz na nerw błędny ustępuje na dalszy plan (Vaquez).

Strofantyna naskutek swego wyjątkowego wybiornego powinowactwa do mięśnia sercowego i szybkiego wiązania się z nim działa bardzo szybko, dzięki zaś stosunkowo małej sile wiązania i równie szybkiemu oswobodzeniu się lub zniszczeniu substancji czynnej, działanie jej tak samo szybko mija. Stopień zadziałania strofantyny zależy wyłącznie od zastrzykniętej w danej chwili ilości czyli od jej stężenia we krwi. Ze względu na szybkość jej unieczynniania się i stosunkową krótkotrwałość działania kumulacja w stosunku do strofantyny odgrywa w przeciwieństwie do naparstnicy rolę bardziej podrzędną.

Strofantyna przedstawia pod pewnym względem ideał leku, zastrzyknięcie jej bowiem natychmiast doprowadza substancję czynną w ściśle dokładnej dawce do miejsca przeznaczenia i zadziałania. Nie potrzebujemy, jak to ma miejsce przy stosowaniu naparstnicy, oczekiwać krótszego lub dłuższego okresu nagromadzenia się strofantyny w sercu, gdyż działanie jej występuje zaraz po osiągnięciu dostatecznego stężenia we krwi, częstokroć już podczas zastrzykiwania.

Podłożem anatomicznym działania strofantyny jest rozszerzenie przerosłego i znajdującego się w stanie osłabienia mięśnia sercowego, gdy naskutek zmniejszenia rzutu krwi dochodzi do nierównego jej podziału. Strofantyna w tych warunkach wzmacnia skurcz, przedłuża rozkurcz, powiększa dzięki temu rzut krwi, powoduje przemieszczenie krwi z układu żylnego do tętniczego i doprowadza w ten sposób do wyrównania utraconą kompensację.

Główne wskazania do stosowania strofantyny warunkują jej zasadnicze właściwości farmakologiczne, mianowicie szybkość i siła działania. Należy więc ją stosować bezwzględnie w tych wszystkich groźnych przypadkach, w których niewolno tracić ani chwili czasu. W przypadkach ostrego osłabienia serca, przebiegających zwykle z objawami obrzęku płuc, niema poza

strofantyną innego preparatu, któryby zapewnił choremu natychmiastowy dobroczynny wpływ naparstnicy. W przypadkach takich w przeciągu kilku minut może nastąpić zupełny zwrot krytycznego położenia, i jedno jedynie zastrzyknięcie strofantyny, przewyciężając w zbawienny sposób osłabienie krążenia, może uratować życie chorego. Chorzy bladzi i sini, z niewyczuwalnym tętnem, z obniżeniem do minimum ciśnieniem tętniczem, z rozpaczliwym bólem w okolicy serca, pokryci lepkiem potem, odpluwający krwawą pienistą plwociną, niemogący złapać tchu — powracają prosto do życia po zastrzyknięciu strofantyny: samopoczucie się poprawia, duszność i ból znikają, ciśnienie się podnosi, czynność serca staje się prawidłową.

Dalszem bezwzględnie wskazaniami do stosowania strofantyny jest nagłe obostrzenie mniej lub więcej ukrytej niedomogi w przebiegu przewlekłego osłabienia krążenia. Gdy serce, które dotychczas za pomocą przerostu dawało sobie radę z utrzymaniem krążenia na potrzebnym poziomie, nagle po upływie krótszego lub dłuższego czasu zawodzi, i gdy stan obecny wydaje się tak groźny, że niewolno czekać ewentualnego, stęskunkowo powolnego zadziałania naparstnicy, wówczas jest wskazanie do interwencji natychmiastowej i energicznej. Jedyną strofantyną jest w tych warunkach lekiem właściwym. Chorzy doznają ulgi podmiotowej i poprawiają się tak szybko, że lekarz, który zastał chorego w chwili największego niebezpieczeństwa, grożącego życiu, opuszcza go z uczuciem udzielenia mu doraźnej i skutecznej pomocy.

Bezwzględnie wskazaną okazuje się strofantyna również w tych licznych przypadkach, w których inne leki zawodzą. W przypadkach przewlekłych, leczonych pomyślnie przez długi czas naparstnicą, nadchodzi jednak często chwila, że naparstnica bez względu na preparat i sposób stosowania (dożylnie, przez odbytnicę) okazuje się bezskuteczną: postępujące osłabienie akcji serca wymaga interwencji energiczniejszej. W przypadkach takich ze względu na zwykle poprzedzające intensywne leczenie naparstnicą, które przedstawia, jak o tem poniżej będzie mowa, chwilowe przeciwwskazanie do natychmiastowego zastosowania strofantyny, należy poczekać 2 — 3 dni, aż do wydzielenia się zalegającej naparstnicy, podtrzymując w międzyczasie akcję serca innymi środkami pobudzającymi (kardiazol, koramina, hekseton, kamfora) i następnie przejść do przewlekłej kuracji strofantynowej. Postępowanie takie często okazuje się zbawiennem: duszność, sinica i obrzęki, nie poddające się wcale wpływowi naparstnicy, ustępują szybko pod wpływem strofantyny. Chorego, który, zdawało się, już był stracony, możemy utrzymać dzięki strofantynie jeszcze przez dłuższy czas przy życiu i przywrócić mu w pomyślnych warunkach nawet zdolność do wykonywania lżejszej pracy zawodowej.

Oslabienie krążenia na tle długotrwałego nadeśnienia, związanego z zachorzeniem nerek, również przedstawia według większości autorów wdzięczne pole do stosowania strofantyny. Wbrew panującemu poglądom właśnie przerosłe serca, które przez dłuższy czas walczyły z dużym wysiłkiem przeciw zwiększonemu ciśnieniu, reagują dobrze na strofantynę. (Semerau - Siemiąnowski). Strofantyna, podobnie, zresztą, jak naparstnica, nie powoduje w dawkach leczniczych podniesienia ciśnienia, a jeśli nawet

powoduje, to jedynie bardzo nieznaczne i to tylko w tych przypadkach, w których działa pomyślnie. Szczególnie skuteczną okazuje się strofantyna w przypadkach niedomogi serca u chorych z marskością nerek. Współczynnik sercowy cierpienia u chorych nerkowych możemy za pomocą strofantyny znacznie złagodzić. Samo przez się rozumie się, że w przypadkach wyjątkowo wysokiego ciśnienia, należy być bardzo ostrożnym z dawkowaniem.

Przy określaniu wskazań do stosowania strofantyny jest rzeczą obojętną, czy osłabienie krążenia zależy przeważnie od lewej lub prawej komory, czy jest pierwotne lub wtórne, za pomocą bowiem strofantyny możemy osiągnąć poprawę krążenia w każdej postaci organicznego zachorzenia serca, gdy rzut krwi okazuje się zmniejszony, i następuje jej nierówny podział. Jedynym warunkiem powodzenia jest oczywiście dostateczny jeszcze zapas sił rezerwowych serca, będących w stanie zareagować na pobudzenie strofantynowe.

O ile chodzi o sprecyzowanie przeciwwskazań, to Fraenk el, twórca współczesnej terapii strofantynowej, uznaje jako stanowcze tylko jedno i to chwilowe przeciwwskazanie, mianowicie, niedawne intensywne leczenie naparstnicą. Zaleca natomiast ostrożność w przypadkach uszkodzenia krążenia wieńcowego, tacy bowiem chorzy nie są w stanie odpowiedzieć w potrzebny sposób na poprawę czynności serca i reagują z tego powodu na nieco większą dawkę strofantyny silniejszymi objawami podmiotowymi i nawet napadami prawdziwej duszniczy bolesnej. Nie nadają się do terapii strofantynowej chorzy, dotknięci krańcowym, daleko posuniętym wyczerpaniem serca: mocne pobudzenie bezsilnego, zwyrodniałego mięśnia może jedynie przyspieszyć koniec. Za przeciwwskazanie uważa się również niedawno przebyte krwotoki, gdyż przyspieszenie krążenia może utrudnić powstanie i utrzymanie się skrzepu; apopleksje, w której silniejsze *cardiotonicum* jest oczywiście przeciwwskazane, oraz obecność zawałów, gdyż wzmożenie się akcji serca może sprzyjać powstaniu nowych zawałów.

Strofantyna, która w arsenale leków nasercowych zajmowała skromne miejsce na szarym końcu, wysunęła się szybko na plan pierwszy. W związku z wprowadzeniem jej do terapii — udawało się osiągnąć wielkie niewidziane dotychczas w okresie przedstrofantynowym sukcesy. W pierwszych jednak czasach wprowadzenia strofantyny do powszechnego użytku, opisywano poza powodzeniem również i mniej lub więcej przykre objawy uboczne i powikłania, a nawet przypadki nagłej śmierci w związku z zastrzykiwaniami strofantyny. Te ujemne strony działania strofantyny należą przeważnie już do przeszłości, wynikały bowiem w znakomitej większości przypadków z nieustalenia, wobec braku doświadczenia, sposobu postępowania, wielkości dawki, częstości jej stosowania, koniecznych środków ostrożności, ścisłego sprecyzowania wskazań i przeciwwskazań. Studja opisanych przypadków nagłej śmierci bezpośrednio po zastrzyknięciu strofantyny ustaliły, że najczęściej te zejścia śmiertelne zależały bądź od użycia zbyt wielkiej dawki, bądź od nieprzestrzegania dostatecznie długich pauz pomiędzy zastrzykiwaniami i podania zbyt wielkiej dawki w stosunkowo krótkim przeciągu czasu, bądź wreszcie od kumulacji z uprzednio stosowaną naparst-

nią. Ten ostatni błąd stosowania strofantyny u takich chorych, którzy niedawno otrzymali duże dawki naparstnicy, był najczęstszy. Lekarze niezawsze, pomimo ostrzeżeń, dowiadują się o poprzednim leczeniu, niezawsze, zresztą, jest możliwe uzyskanie potrzebnych danych i zdarza się, że sama przez się niewielka dawka strofantyny staje się jednak niebezpieczną przez połączenie z uprzednio podaną i związaną jeszcze w sercu naparstnicą. Znajdujący się w tych warunkach w nadmiarze lek może spowodować podrażnienie drugorzędnych ośrodków sercowych i doprowadzić do migotania komór i śmierci natychmiastowej.

Co się tyczy działań ubocznych strofantyny, to niczem się one nie różnią od znanych działań ubocznych, właściwych wszystkim lekom naparstnicowym i występujących przy każdym sposobie postępowania (bigemja, nadmierna bradykardja). Przy dożylniej terapii strofantynowej występują one raczej rzadziej i łatwiej dają się opanować. Powikłania strofantynowe nigdy niebywają tak przykre, aby uniemożliwiły przeprowadzenie potrzebnego leczenia we właściwy sposób. W licznych spostrzeganych przypadkach przy wielu setkach dokonanych zastrzyknięć nie spostrzegaliśmy żadnych niepokojących powikłań. Na tej podstawie czujemy się w swoim postępowaniu leczniczym zupełnie pewni.

Strofantynę stosuje się wyłącznie dożylnie. Lekarz zastrzykający winien być doskonale obznajmiony z techniką zastrzykiwań dożylnych i zastrzykiwać bardzo ostrożnie i jaknajdokładniej do żyły, albowiem nawet ślady strofantyny, dostające się do tkanki podskórnej, powodują wysoce bolesny i niesłychanie przykry dla chorego stan zapalny. Zastrzyknięcie dożylnie, dokonane *lege artis*, jest zupełnie niebolesne, o ile przede wszystkim podczas zastrzykiwania chory skarży się na ból, albo lekarz sam stwierdzi nieprawidłowe lub choćby nawet wątpliwe położenie igły, należy zastrzykiwanie natychmiast przerwać i nakłuć żyłę powtórnie. Zastrzyknięcie bowiem niefortunne zraża najczęściej chorego do dalszego stosowania strofantyny, będącej w cięższych przypadkach jedynym sposobem utrzymania chorego przy życiu. Trudności te jednak dają się, jak to wykazuje nasze już dość duże obecnie pod tym względem doświadczenie, zawsze przezwyciężyć, i nie mieliśmy dotychczas ani jednego przypadku, w którymby sprawa techniki zastrzykiwań dożylnych była przeszkodą do stosowania strofantyny.

Przy stosowaniu dożylnem leku, tak silnie działającego, jak strofantyna, konieczne jest, oczywiście, przestrzeganie pewnych środków ostrożności. Zastrzykiwać należy bardzo powoli. Ze względu na to, że zastrzyknięcie powolne niewielkiej ilości płynu (przeciętna dawka 0,4 — 0,5 mgr. odpowiada 0,4 — 0,5 cm³ wody) jest dość trudne, radzimy sobie w ten sposób, że albo rozcieńczamy strofantynę krwią wciągniętą do strzykawki, którą następnie wtłaczamy z powrotem, albo też, co jest lepsze, rozcieńczamy uprzednio strofantynę dla powiększenia ilości płynu roztworem fizjologicznym, wodą destylowaną lub 10% roztworem cukru glukozy, których bierzemy około 5 cm³, i w ten sposób możemy z łatwością przedłużyć procedurę iniekcji, która powinna trwać 30 do 50 sek. Dawka początkowa strofantyny wynosi 0,2—0,25 mgr. ($\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ cm³), przy dalszych zastrzykiwaniach możemy odpowiednio do przypadku dawkę stopniowo powięk-

sząć, dochodząc, jako do przeciętnej, do dawki, najczęściej stosowanej, 0,4 — 0,5 mgr. Dawkę tę uważamy za maksymalną i przekraczamy ją nieznacznie jedynie w wyjątkowych okolicznościach. Należy zwrócić uwagę, że ampulki strofantyny Boehringera zawierają w 1 cm³ wody 1 mgr. strofantyny. Jest to dawka dwugrotnej większa, niż przeciętna dawka maksymalna, nie wolno przeto nigdy zastrzykiwać całej zawartości ampulki.

Pomiędzy poszczególnymi zastrzykiwaniami należy zasadniczo zarządzać przerwy conajmniej 24-ogodzinne. W przypadkach zaś zastosowania jako pierwszej próbnej dawki 0,2 — 0,25 możemy w razie potrzeby tę dawkę, jako stosunkowo niewielką, powtórzyć w ciężkich przypadkach już po 12 — 18 godzinach. W przypadkach, w których nie osiągamy po pierwszym zastrzyknięciu pełnego efektu, a poprawa dotyczy tylko oddechu, albo diurezy, albo tętna, albo nawet, gdy nie stwierdza się żadnego uchwytanego wpływu na krwiobieg, a wynik, jako jedynie podmiotowy, czuje tylko chory przez ustąpienie uczucia opresji, przez poprawę snu, należy wówczas, nie zrażając się wcale, zastrzykiwania z początku dość często (24 — 36 godzin), a później coraz rzadziej (2 — 3 dni) powtarzać, i zwykle następnie zastrzykiwania odzywają się jednak w sposób widoczny na krążeniu.

W przypadkach przewlekłe przebiegającej niedomogi serca doskonale wyniki osiąga się, stosując przewlekłe leczenie strofantyną. Zarówno z piśmiennictwa (Fraenkel, Semerau-Siemianowski), jak i z własnego doświadczenia znamy liczne bardzo ciężkie, zdawało się, skazane na rychłą śmierć przypadki, które jedynie dzięki strofantynie udawało się utrzymać przy życiu w ciągu 2 — 3 lat. W takich ciężkich przypadkach jest bardzo ważnem, aby nie pozwolić się ludzić chwilowym efektem, zatrzymywać się przy początkowym powodzeniu i oczekiwać z dalszym leczeniem prędszego lub późniejszego powrotu osłabienia czynności serca; po osiągnięciu poprawy krążenia, usunięciu duszności i odwodnieniu należy podawać stale w okresie wyrównania małe dawki strofantyny, mające na celu jaknajdłuższe niedopuszczenie do jawnej niedomogi krążenia. Zwykle osiąga się przy tem pogłębienie i utrwalenie przelotnej początkowo poprawy.

Przy przewlekłym leczeniu strofantyną zastrzykiwania robi się początkowo 3 — 4 razy na tydzień, następnie przy pomyślnym przebiegu sprawy coraz rzadziej, zależnie od stanu chorego (tętno, diureza, samopoczucie). Najlepszym wskaźnikiem, od którego uzależniamy wielkość przerwy między zastrzykiwaniami, jest stan podmiotowy chorego, jego uczucie reżkości lub znużenia. Dobrze obserwujący się chory daje nam zawsze doskonale wskazówki o stanie sił swego serca. Tak długo póki chory odczuwa ulgę po strofantynie, potrzebuje on jej wpływu.

W ciągu takiej przewlekłej kuracji chory otrzymuje dziesiątki, a nawet setki zastrzykiwań. Oczywiście, że osiągnięta poprawa jest względna i utrzymuje się w znośnym stanie tylko tak długo, póki chory w swym trybie życia jest w stanie dostosować się do posiadanej w obecnej chwili wydolności serca. Przeciwnie w ciężkich przypadkach zachodzi potrzeba zastrzykiwania co 48 g. po 0,5 mgr. Konieczność częstszego zastrzykiwania dowodzi postępowania cierpie-

nia. W przypadkach krańcowego wyczerpania serca należy dla osiągnięcia ulgi zastrzykiwać codziennie, stosując jednocześnie w razie istniejących obrzęków leki moczopędne, z których na pierwszym planie należy postawić nowazuroł i salirgan. Gdy wreszcie to wszystko zawodzi, i lek przestaje działać, oznacza to zwykle początek końca: serce pomimo energicznego tonizowania go słabnie, zasadnicza bowiem sprawa chorobowa nieubłaganie postępuje. Aby strofantyna działała, musi oczywiście istnieć w dostatecznej ilości wrażliwa na nią substancja, której ilość z biegiem choroby stale się zmniejsza. To też, gdy sprawa chorobowa

wa kładzie wreszcie kres życiu, możemy spokojnie powiedzieć, żeśmy spełnili odpowiednio do współczesnego stanu wiedzy obowiązek lekarza, że czas trwania życia powierzonego naszej opiece chorego udało się nam znacznie przedłużyć i to w znośnych warunkach i przy łagodnym, pozbawionym cierpienia końcu.

Piśmiennictwo zostanie przytoczone w obszerniejszej pracy, omawiającej szczegółowo związki strofantynowe, a przeznaczonej do ogłoszenia w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Zdrowie Warszawy w okresie powojennym.

Podał

Marcin KACPRZAK (Warszawa).

(Ciąg dalszy).

Wiele wysiłków ze strony administracji sanitarnej miasta wymaga walka z gruźlicą. Pociąga to za sobą również znaczne wydatki. Lata wojny wytworzyły tak podatne podłoże dla tej choroby nędzy, że w r. 1917 osiągnęła ona rekordową wysokość 97,5 zgonów na 10,000 ludności. Warunki ekonomiczne i sprawa mieszkaniowa nie mogły ulec nagłej poprawie, stąd i walka z gruźlicą była i jest utrudniona. Tem niemniej w r. 1925 współczynnik zgonów na gruźlicę spadł do 23,1 na 10,000 ludności. (Wykres IV). Jest to najniższa liczba, spotykana dotąd w Warszawie, niższa, niż w okresie przedwojennym, kiedy współczynnik nie spadł nigdy poniżej 30‰. Wielką przeszkodą w walce z gruźlicą był brak łóżek szpitalnych, których potrzeba wskutek nędzy mieszkaniowej dała się tembardziej odczuwać. Chorzy na gruźlicę dostają się zwykle do szpitala w ostatnim okresie choroby, na co wskazują niżej umieszczone liczby:

Dni przebyte w szpitalu przed śmiercią przez chorych gruźliczych (rok 1924):

Do 7 dni	142
„ 14 „	98
„ 21 „	75
„ 30 „	79
„ 1 mies.	394 (58%).
Od 1 do 2 mies.	143 (21%).
„ 2 „ 3 „	65 (10%).
„ 3 „ 6 „	57 (8%).
„ 6 „ 12 „	14 (2%).
i powyżej 12 „	5 (1%).

Razem 678 (100%).

Niemożliwość izolacji chorych z otwartą gruźlicą, będących głównym źródłem szerzenia się choroby, jest naprawdę kłeską, dotychczas nieopanowaną.

Zwalczanie gruźlicy, jak i w innych państwach, zostało oparte przedewszystkiem na przychodniach, których zadaniem jest wyszukanie chorego w najwcześniejszym okresie choroby, zbadanie warunków

zarobkowania, odżywiania, mieszkania, uświadomienie chorego i jego otoczenia co do istoty choroby, dróg szerzenia się i zapobiegania jej. Wobec tego, że praca w tym kierunku była już poprzednio prowadzona przez Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze, działalność Magistratu była skierowana głównie na popieranie akcji tego Towarzystwa przez udzielenie mu lokali i zapomóg finansowych.

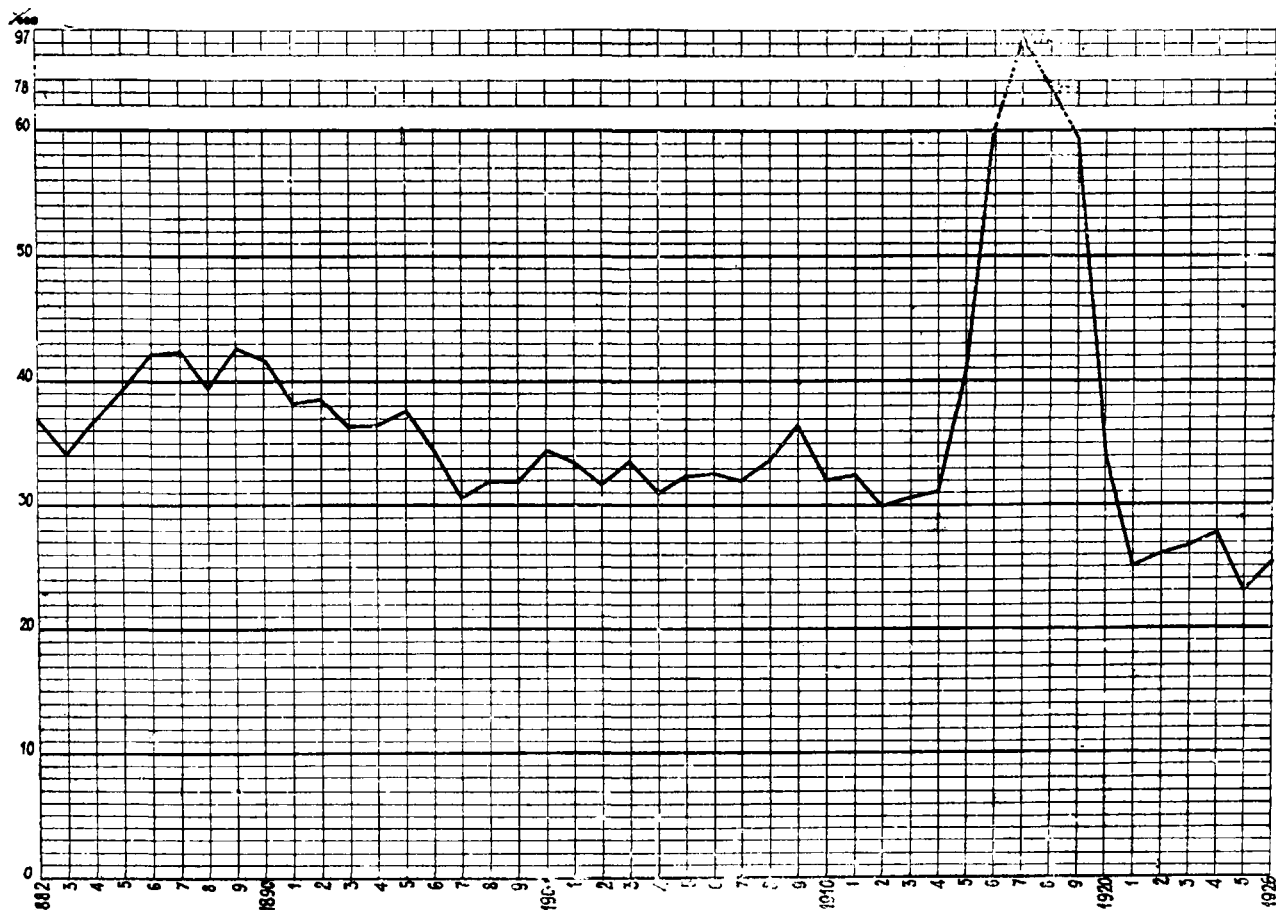
Zapomoga Magistratu dla Towarzystwa Przeciwgruźliczego wynosiła w 1925 r. 64,735 złotych, to jest 25,4% całego budżetu T-wa, a w roku 1926 wzrosła do 122,400. To też liczba udzielonych porad w przychodniach T-wa od roku 1918 do 1926, stopniowo zwiększając się, wzrosła z 2,723 do 31,016, liczba odwiedzin dokonanych przez wywiadowczyńce, z 974 do 4,026, liczba zbadanych próbek płwociny ze 117 do 10,816. Różnorodne badania (Roentgen), pomoce (lampa kwarcowa) i zabiegi zwiększyły się w podobnym stosunku. Obecnie Towarzystwo prowadzi przychodnię, dobrze zaopatrzoną pod względem urządzeń technicznych. w przychodniach pracuje 24 lekarzy i 33 osoby personelu pomocniczego (pielęgniarki społeczne), a wpływami swemi Towarzystwo objęło prawie całe miasto, nietylko udostępniając pomoc lekarską najuboższym warstwom ludności, lecz prowadząc jednocześnie szeroką akcję propagandową.

Pozatem czynne są jeszcze 4 przychodnie przeciwgruźlicze: jedna w Ośrodku Zdrowia w Mokotowie, druga prowadzona przez Towarzystwo Brius, trzecia przez Towarzystwo ochrony zdrowia i czwarta, należąca do Towarzystwa Przyjaciół Dzieci.

Walkę z innymi chorobami społecznymi, jak choroby weneryczne, jaglica, alkoholizm, można również uważać za zapoczątkowaną. Zwalczanie chorób wenerycznych prowadzone jest przez Urząd Sanitarно-Obyczajowy Komisarjatu Rządu, do którego należy cały nadzór sanitarny nad prostytutką, i przez miasto, utrzymujące dla szerokich warstw ludności 4 bezpłatne przychodnie przeciwweneryczne o charakterze zapobiegawczym. Dotychczasowa praktyka wykazuje, że urządzenia przychodni wspólnych, w których chory nie jest zgóry napiętnowany, na co się przyszedł leczyć, odpowiednie traktowanie chorych daje dobry rezultat. Zaprojektowane dalsze udostępnienie fachowej i bezpłatnej pomocy lekarskiej ludności niezamożnej w dzielnicach specjalnie robotniczych może okazać wielką pomoc w zwalczaniu kłeski wenerycznej.

W Y K R E S I V.

Zgony na gruźlicę (wszystkich postaci) w Warszawie w l. 1882—1926 na 10.000 mieszkańców.



Do walki z jaglicą otworzono 5 przychodni i przygotowano szerszy teren do dalszej pracy przez zbadanie pod względem zajągliczenia znacznej liczby dzieci. Sprawa ta jest niejako na porządku dziennym, i tu można w najbliższej przyszłości oczekiwać pokaźnych wyników.

Najgorzej przedstawia się walka z alkoholizmem, który się raczej zwiększa, niż zmniejsza. Wydział Zdrowia otworzył parę przychodni, frekwencja w nich jednak okazała się minimalna. Należy w przyszłości zmienić całkowicie charakter ich działalności. Propaganda, przynajmniej jak dotąd prowadzona, więcej dosięga tych, którzy nie mają skłonności do picia, niż tych, dla kogo jest przeznaczona. Zdaje się, że pójście drogą stowarzyszeń i propagandy przez nie i przez szkoły przyniesie lepsze wyniki.

Umieralność niemowląt, niekiedy traktowana jako wskaźnik stopnia kultury ludności, wahała się w bardzo wąskich granicach, pozostając jednak stale na wysokim poziomie. (Tablica Nr. III). Organizacje społeczne i towarzystwa, rozciągające opiekę nad niemowlętami, prowadzą szeroką akcję, podtrzymywaną przez Magistrat, który udziela zapomóg i prowadzi własne przychodnie. Sekcja P. A. K. P. D., Towarzystwo opieki nad niemowlętami, „Kropla mleka“ dla dzieci wyznania chrześcijańskiego i mojżeszowego, przychodnie Wydziału Zdrowia udzielają porad, przeprowadzają wywiady domowe przez pielęgniarki, rozdają odpowiednio przygotowane mleko, prowadzą propagandę wśród matek. W rzeczywistości jednak liczba dzieci, które znajdują się pod stałą opieką w stosunku do ogólnej liczby dzieci, żyjących w złych wa-

runkach jest tak nieznaczna (według rocznika statystycznego za rok 1925 przez wszystkie stacje opieki nad niemowlętami przeszło 6223 dzieci, przez żłobki 1061), życie uboższych warstw ludności tak nędzne, że rezultaty tej akcji, tak jeszcze krótkotrwałej, nie odzwierciedlają się wybitnie w statystyce umieralności niemowląt. Poprawa jest widoczna, lecz bardzo powolna. Wszystko, co dotąd w tej dziedzinie zrobiono, należy traktować za ledwie jako początek, jako szukanie dróg, zmierzających do roztoczenia opieki nad dzieckiem od pierwszych chwil jego życia i nad przyszłą matką, której stan zdrowia dla dziecka ma duże znaczenie. Naturalnie, wysoki współczynnik urodzeń powoduje zawsze wysoką śmiertelność niemowląt, w danym jednak razie tłumaczenie w ten sposób nadmiernej śmiertelności niemowląt jest niewystarczające.

Jedną z najostrzejszych potrzeb w sprawie walki z umieralnością niemowląt jest zaopatrzenie ludności w dobre mleko. Jedyna stacja mleka, prowadzona przez Magistrat, nawet rozszerzona do obrotu 10,000 litrów dziennie, co już jest zapoczątkowane, może za ledwie w drobnym odsetku pokryć zapotrzebowania ludności niezamożnej. Zresztą i zamożniejsze warstwy ludności niezawsze są w stanie otrzymać ten produkt, naprawdę wysokowartościowy. Uruchomienie wielkiej centrali mlecznej przez „Agril“ (miasto), obliczonej na dzienny przerób 100,000 litrów mleka, wyposażonej w najnowsze urządzenia techniczne, będzie wielkim etapem w tej sprawie.

Nadzór nad produktami spożywczymi, ze względu na ścisły związek odżywiania ze zdrowiem, zajmu-

TABLICA 3.

Zgony niemowląt w Warszawie w lat. 1882 — 1926 r.

ROK	Na 100 żywych urodzonych zmarło w 1 r. życia	
	za rok	średnia roczna
1882—1884	—	29,5
1885—1889	—	28,7
1890—1894	—	16,8
1895—1899	—	17,8
1900—1901	—	
1902	75,7	18,3
1903	20,0	
1904	16,9	
1905	17,4	
1906	19,3	19,0
1907	20,5	
1908	19,0	
1909	18,8	
1910	19,0	17,2
1911	17,8	
1912	15,6	
1913	15,12	
1914	18,38	16,1
1915	25,57	
1916	13,24	
1917	15,55	
1918	14,47	15,4
1919	12,28	
1920	15,81	
1921	14,81	
1922	16,64	14,28
1923	14,56	
1924	15,87	
1925	15,18	
1926	14,28	

je w działalności władz sanitarnych, po chorobach zakaźnych pierwsze miejsce. Brak odpowiednich przepisów o charakterze ogólnopństwowym utrudnia przeprowadzenie należytej kontroli. Dlatego też działalność personelu sanitarnego sprowadza się przede wszystkim do przestrzegania czystości produktów spożywczych, ocena zaś wartości produktów pod względem odżywczym, w małym tylko stopniu może być kontrolowana przez Urzędy Zdrowia. Największą uwagę zwracano dotąd na mleko, pieczywo i mięso.

Obory i krowiarnie, znajdujące się w Warszawie w liczbie 1100, są pod stałym nadzorem Wydziału Zdrowia. Nie mogąc dotrzeć do tysięcy drobnych obór, produkujących mleko poza obrębem miasta, nie mogąc wpłynąć na stan zdrowotny większości krów, ich utrzymywanie i dojenie, przechowywanie mleka, personel sanitarny walczy z zanieczyszczeniem i zafalszowaniem mleka na ulicach Warszawy, na stacjach kolei i kolejkach, w sklepach, przy wjeździe do miasta, na rynkach.

Częściowo dzięki tej kontroli, częściowo wskutek polepszenia się warunków ekonomicznych, jakość sprzedawanego mleka poprawiła się znacznie, i odsetek zafalszowań mleka z 53,6% w roku 1918 spadł do 12,4% w roku 1925. Należy jednak dodać, że terazniejsze normy warszawskie co do mleka w porównaniu z okresem przedwojennym i z innymi państwami są niskie: minimalna dozwolona zawartość tłuszczu w mleku wynosi zaledwie 2,8%, gdy tymczasem przed wojną mleko, zawierające poniżej 3,0% tłuszczu, było traktowane, jako rozcieńczone, lub zbierane. Sprawa ta była wielokrotnie rozpatrywana, i zostały opracowane pewne postulaty, dotyczące handlu mlekiem,

lecz uchwały te w życie nie weszły. Ostatnio została utworzona przy Wydziale Rada, mająca za zadanie opracowywanie wszelkiego rodzaju projektów, dotyczących produkcji i obrotu nabiałem, co sprawę kontroli niewątpliwie poprawi.

Z piekarń warszawskich, których liczbą w roku 1922-im wynosiła 522, znaczny odsetek pozostawał początkowo wiele do życzenia. Niektóre z nich były bardzo stare, inne znów zostały założone w okresie wojennym, kiedy o wymaganiach sanitarnych nie myślano, stąd też i lokale były ciasne, ciemne, brudne, personel pracujący nie posiadał najprostszycch urządzeń, nie przestrzegał najelementarniejszych przepisów higieny. Dopiero szczegółowe oględziny wszystkich piekarń pozwoliły sprawdzić istotny stan rzeczy. Kilkadziesiąt najgorszych, najdrobniejszych otrzymało zlecenie zlikwidowania wypieku, w 250 zaś zostały zaprowadzone niezbędne inwestycje i ulepszenia. Stale zaś, perjodycznie dokonywane, tak we dnie jak i w nocy, wizytacje wszystkich miejsc wypieku pozwoliły większości z nich doprowadzić pod względem sanitarnym do możliwego stanu. Rozpoczęta jest budowa wielkiej piekarni mechanicznej, co może być bodźcem do radykalnej zmiany panujących warunków wypieku na nadzieję higieniczne.

Nadzór nad mięsem jest prowadzony przez urzędy zdrowia wspólnie z lekarzami weterynaryjnymi. Warszawa posiada 4 rzeźnie, z których jedna końska (konsunecja mięsa końskiego stale się zmniejsza: w roku 1922 poszły na ubój 2462 konie, a w roku 1925 zaledwie 865. We wszystkich rzeźniach lekarze weterynaryjni prowadzą stale oględziny inwentarza idącego na ubój, i badają otrzymywane mięso. Na stacjach kolejowych i na targowiskach były również stale dyżury lekarzy weterynaryjnych, mających pieczę nad wszystkimi zwierzętami, wwożonymi do Warszawy. Trudności finansowe nie pozwoliły na dokonanie gruntownych inwestycji w rzeźniach i na targowiskach. Zaprowadzone zostały tylko najniezbędniejsze ulepszenia i remont niekiedy kapitalny. Ostatnio uruchomiona rzeźnia w r. 1926 (Namestnikowska 1) jest pod względem technicznym urządzona zupełnie nowoczesnie. Targowiska pod względem sanitarnym nie odpowiadają dotąd potrzebom wielkiego miasta. Jatki, wędliniarnie i masarnie, znajdujące się w śródmieściu ze zrozumiałych powodów muszą być i są urządzone należycie. Te z pośród nich, które posiadały większe braki, pod pewnym naciskiem zostały doprowadzone do należytego stanu. Jatki zaś, znajdujące się na przedmieściach, i obecnie pozostawiają wiele do życzenia.

W nadzorze nad handlem produktami spożywczymi przeszkody natury ekonomicznej i trudności związane z całym układem naszego życia są znacznie większe, niż w jakiegokolwiek innej dziedzinie. Między wymaganiami higieny i rzeczywistością jest niejednokrotnie taka przepaść, iż kompromis jest nieunikniony. Warunki zmuszają do godzenia się z wadliwie urządzonymi sklepami, byle nie dopuścić do szerzenia się sprzedaży potajemnej, która w skutkach jest znacznie gorsza, gdyż nie podlega żadnej kontroli. Dzięki nielegalnej sprzedaży mięsa w Warszawie są częste przypadki włośnicy, nie mówiąc już o różnego rodzaju zatruciach mięsnych. Sprzedaż potajemna pieczywa, nabiału, napojów niewątpliwie winna jest wie-

lu zaburzeń żołądkowych, często zupełnie nie dochodzących do wiadomości władz sanitarnych.

Drobne sklepikarstwo, drobny nędzarski wprost handel, w podobnych rozmiarach nieznanym prawdopodobnie żadnej stolicy na Zachodzie, jest u nas jedną z głównych przyczyn trudności nadzoru nad produktami spożywczymi. Wielka liczba drobnych producentów i drobnych niekulturalnych pośredników, którzy szczególnie w okresie załamania się życia gospodarczego powstają i upadają bez przerwy, jest prawie nieuchwytna dla należytej kontroli, jako dobrze obeznana ze wszystkimi arkanami życia stolicy. Ta grupa zna tak dobrze wszystkie sposoby usunięcia się od kontroli i tak kontroli tej umiejętnie unika, że o zastosowaniu do niej ścisłych przepisów sanitarnych nie może być mowy.

Drobni kupcy i przemysłowcy, którzy tworzą w śródmieściu poważny odsetek i opanowali całkowicie przedmieścia, są bardzo ściśle złączeni z ludnością, która solidaryzuje się z nimi w zupełności i wszelkie wymagania poprawy traktuje, jako prześladowanie warstw uboższych. Drobniemu sklepikarzowi na przedmieściu trudno stawiać wymagania, do jakich może i powinien zastosować się właściciel dużego przedsiębiorstwa w centrum miasta. Nie można wymagać od właściciela 2 krów, stanowiących cały jego majątek, a który sam mieszka w warunkach, urągających wszelkim potrzebom sanitarnym, by urządził wzorową oborę. Wreszcie niski poziom i brak wymagań ze strony ludności nawet zamożniejszej czyni często wymagania władz sanitarnych bezskutecznymi, bo ludność kupuje produkty jak najgorsze, byleby one były jak najtańsze. Dlatego też urzędy sanitarne w dzielnicach uboższych i na przedmieściach domagają się przede wszystkim czystości lokali, które niekiedy same przez się nie nadają się zupełnie do prowadzenia handlu. Najdrobniejsze sklepy zmuszono do segregacji artykułów sprzedawanych, do urządzenia gablotek i ram ochronnych ze szkłem lub siatką, celem zabezpieczenia produktów spożywczych przed zanieczyszczeniem przez muchy, kurz lub rękami kupujących.

Zwrócono również uwagę na handel uliczny, szczególnie na sprzedaż różnego rodzaju napojów chłodzących, które niekiedy były przygotowane i sprzedawane w warunkach, urągających elementarnym zasadom higieny. Przymus i kary stosowane są w stosunku do właścicieli sklepów częściej, niż w innych sprawach, choć i tutaj kara jest ostatecznością, najczęściej stosowaną w przypadkach złej woli lub wyjątkowego zaniedbania. Przekonywanie i pewien nacisk moralny zwykle wystarczają. Ze względu jednak na przyzwyczajenia publiczności sprzedaż uliczna nielegalna szerzy się i nadal w Warszawie pomimo wszelkich zarządzeń policyjno-sanitarnych. Tylko uświadomienie ludności (znacznie więcej, niż sprzedawców) może uporać się z tą plagą.

Stan sanitarny zakładów przemysłowych i fabryk był i jest niejednorodny. Zakłady, powstające obecnie, są urządzone, jeśli nie wzorowo, to przynajmniej nie przeczą przeciętnym wymaganiom sanitarnym. Zrozumienie ze strony przemysłowców potrzeby higienicznych urządzeń jest obecnie większe, niż było dawniej, a przedstawiciele Wydziału Zdrowia obecni *ex officio* przy wydawaniu koncesyj stawiają pewne wymagania, które w granicach możliwości zawsze są

uwzględniane. Zupełnie inaczej ma się sprawa z zakładami dawnymi, które powstawały przed wojną lub w okresie wojny. Szczególnie małe warsztaty rzemieślnicze, mieszczące się w mieszkaniach prywatnych, znajdują się naogół w bardzo złym stanie, wprowadzenie radykalnych zmian często nie mogło być rzeczywistnie, dlatego starano się o wprowadzenie niezbędnych ulepszeń, które można uskutecznić we wszelkich warunkach, jak szatnie, umywalnie dla robotników, osobne pokoje jadalne, czystość lokali, szczególnie tam, gdzie są przygotowywane przedmioty spożywcze.

Rezultaty nadzoru nad czystością placów publicznych, ulic, podwórz, ustępów, prócz estetycznego wyglądu, winny się uwidoczniać w krzywej liczby zaskarżeń na niektóre choroby zakaźne, jak dur brzuszny, czerwonka. Pod tym względem jeszcze jest wiele do zrobienia i choroby jelitowe gnębią stolicę. Należy się spodziewać, że wprowadzenie mechanicznego czyszczenia całego miasta przez tabory magistrackie odbije się dodatnio na wyglądzie miasta. Wywożenie śmieci przez gospodarzy podmiejskich na tych samych wózkach, na których przywożone jest warzywo i mleko (puste butki, kosze i śmiecie wożone są razem), jest rzeczą niedopuszczalną. Również stan ogólnych ustępów w podwórzach nawet większych kamienic i w środku miasta pozostawia wiele do życzenia.

Zakłady sanitarne miejskie, tworzące jeden kompleks budynków (Spokojna 15), powstały jeszcze w ostatnich latach przed wojną. Składają się one z działów: dezynfekcyjnego, izolacyjnego, spalania śmieci. Początkowo były to instytucje odrębne, w celach jednak oszczędnościowych i dla uproszczenia administracji połączono je w jedną całość, i kierunek nad nimi objął lekarz-higienista.

Personel Zakładów wynosi obecnie około 100 osób.

Zakład dezynfekcyjny przeprowadza odkażanie lokali na mieście i rzeczy po chorych zakaźnych, przysyłane z domów prywatnych, czy też z instytucji miejskich. Dla dezynfekcji na miejscu zakład posiada aparaty formalinowe, dla wyjazdów na miasto 3 karetki, zaopatrzone w odpowiednie przyrządy i środki dezynfekcyjne. Każda karetka jest obsługiwana przez 2 dezynfektorów i lekarza, który jest kierownikiem takiej kolumny dezynfekcyjnej.

Zakład izolacyjny służy do oczyszczania i krótkiej obserwacji osób, które stykały się z chorymi na ostre choroby zakaźne. Osoby, przywiezione z mieszkań zakażonych, są poddawane kąpieli, badane co do stanu zdrowia, a rzeczy ich są odsyłane do znajdującego się obok zakładu dezynfekcyjnego. W tym samym czasie kolumna dezynfekcyjna przeprowadza odkażanie ich mieszkań. Żeby zapobiec szerzeniu się chorób zakaźnych przez tramwaje i dorożki, tak chorzy z domu do szpitala, jak i osoby z otoczenia chorych z domu do zakładu izolacyjnego przewożone są specjalnymi karetkami. To samo dotyczy rzeczy, branych do zakładu dezynfekcyjnego.

Zakład spalania śmieci założony został dla odpadków wszelkiego rodzaju i śmieci ze szpitali i innych instytucji i posiadłości miejskich. Dodatkowo spalane są śmieci z prywatnych posesyj. Śmieci zwożone są przez tabor miejski w stosownie uszczelnionych wozach. Spalanie odbywa się bez dodatku węgla, a wytwarzana energia cieplna idzie na oświetlenie miejscowych

Zakładów i dla uruchomienia urzędów technicznych. Istniejący Zakład, prócz instytucyj miejskich, obsługuje nieznaczną tylko część stolicy, spalając rocznie około 6 milionów klg. śmieci. Dążeniem Magistratu jest wybudowanie kilku podobnych zakładów, co umożliwiłoby usuwanie śmieci z całego miasta w sposób najbardziej higieniczny.

Obok wyżej wymienionych działów w zakładach znajduje się jeszcze pralnia, w której sposobem mechanicznym prana jest bielizna ze szpitali i niektórych instytucyj miejskich, jak również z pewnej liczby domów, w których były przypadki chorób zakaźnych.

Miejski Instytut Higjeny (Nowogrodzka 82), składa się z 3 działów: bakterjologicznego, chemicznego i działu propagandy. Dział bakterjologiczny wykonywa badania djagnostyczne prób pobranych od chorych zakaźnych, bakterjologiczne analizy wody, jak również prowadzi różnorodne badania o szerszym zakresie, mające na celu planową rozbudowę przeciwepidemicznej działalności Wydziału Zdrowia.

W ostatnich latach przeprowadzono badania odporności metodą Schick a i Dick ó w, badania na nosicielstwo w błonicy i w durze brzuszny, analizy krwi w celu stwierdzenia stopnia rozpowszechnienia kily, badania nad zimnicą i t. p. (patrz ostre choroby zakaźne). Pod kierunkiem tego działu dokonywane są również szczepienia ochronne. O rozwoju pracowni mówi fakt, że liczba analiz od roku 1919 do 1925 wzrosła z 1,630 do 13,479, a szczepienia ochronne udostępnione zostały szerokiemu ogółowi dopiero w ostatnich latach.

Dział chemiczny zajmuje się przede wszystkim analizą produktów spożywczych i naczyń do nich używanych, a następnie niektórych przedmiotów codziennego użytku. Wśród badanych produktów pierwsze miejsce zajmuje mleko, jako produkt niezmiernie ważny z punktu widzenia higjeny i najczęściej fałszowany. Kiedy dział rozpoczął swoją działalność w roku 1919, liczba analiz wynosiła 7.267, a w roku 1925 — 13.840; zafałszowania w tym samym czasie spadły z 42,5% do 13,5%.

Dział propagandy higjeny prowadzi działalność zapomocą odczytów i wydawnictw popularnych oraz wystaw ruchowych. Z chwilą, kiedy w działalności sanitarnej na pierwsze miejsce zamiast przymusu wysuwa się nauczanie i uświadamianie, kiedy współpraca ze strony jaknajszerszych mas obywateli uważana jest, jako niezbędny warunek podniesienia zdrowia publicznego, dział propagandy zyskuje coraz więcej na znaczeniu. Liczba odczytów w ciągu ostatnich lat wzrosła kilkakrotnie, został nawiązany kontakt ze szkołami i z instytucjami oświatowymi, przez co praca działu rozwija się coraz bardziej. Dział, posiadając muzeum higieniczne, urządzał ruchome wystawy nie tylko w różnych dzielnicach Warszawy, lecz i w kilku miastach (Brześć n/B., Kraków, Łuck, Częstochowa, Lwów, Lisków), gdzie wystawy trwały zwykle kilka

dni i ściągaly po kilka, kilkanaście tysięcy widzów. Do obowiązków działu propagandy należy również urządzanie perjodycznych kursów dla personelu sanitarnego, np dla kontrolerów sanitarnych, inspektorów handlowych, dezynfektorów i t. d.

Wreszcie należy wspomnieć o najważniejszej inowacji, wprowadzonej przez Wydział Zdrowia w ostatnich latach, a mianowicie o „Ośrodkach Zdrowia“, zwanych jeszcze Stacjami Higjeny Zapobiegawczej. Zadaniem tych stacyj jest rozwój medycyny zapobiegawczej drogą uruchomienia szeregu przychodni, znajdujących się pod jednym dachem i wspólnie administrowanych. Idea ta znalazła już szerokie zastosowanie na całym świecie, rozwija się tak w Ameryce, jak w Niemczech, jak i w Rosji. Dyskusja obecnie jest prowadzona już nie co do wartości przychodni, lecz co do ich kierunku i dostosowania do potrzeb miejscowych.

W przychodni chorzy są przyjmowani przez lekarzy specjalistów, udzielane są porady w różnorodnych sprawach dotyczących zdrowia, urządzane są odczyty, pogadanki, zabawy. Prócz tego higienistki w każdym poszczególnym przypadku choroby, przeprowadzają w rodzinie chorego wywiad, aby znaleźć przyczynę, która spowodowała chorobę, udzielają wskazówek choremu i otoczeniu, uczą ich, jak winni urządzić życie domowe, aby uniemożliwić dalszy rozwój choroby i jej rozszerzenie się na pozostałych członków rodziny. Nie są to więc ambulatorja dawnego typu, które miasto i obecnie prowadzi przy szpitalach, i które udzielają rocznie około 300.000 porad o charakterze wyłącznie leczniczym. Przychodnie nowo utworzone zajmują się leczeniem tylko z konieczności; w niektórych chorobach ta konieczność musi pozostać i na przyszłość (choroby weneryczne), w innych jest zjawiskiem przejściowym.

Pierwszy Ośrodek powstał w Mokotowie, dzięki wydatnej pomocy fundacji Rockefellerowskiej. Działalność Ośrodka, prowadzącego przychodnie: przeciwgruźliczą, przeciwalkoholową, przegrucliczą, przeciwweneryczną, poradnie dla matek i dzieci, dzienne sanatorium, okazała się tak owocną, że miasto utworzyło 5 nowych Ośrodków, całkowicie z własnych funduszy i zaopatrzyło je w niezbędne urządzenia techniczne, udostępniając w ten sposób fachową pomoc lekarską ludności niezamożnej, szerząc akcję zapobiegawczą tam, gdzie ona jest najpotrzebniejsza. Przez wczesne rozpoznanie choroby zapoczątkowano na szeroką skalę walkę z kłeskami, jak gruźlica, choroby weneryczne i inne. Przychodnia stała się jednocześnie ośrodkiem propagandy higjeny, miejscem zetknięcia się działacza sanitarnego, lekarza i higienisty z ludnością miejscową. Szczególnie wielką rolę pod względem propagandy higjeny i pracy społeczno-sanitarnej, mającej wpływ na podniesienie kultury ludności, odgrywają higienistki, obznajmione, dzięki wywiadom domowym, nie tylko z chorym, lecz i całą jego rodziną. One są właściwie osią całej pracy w przychodniach.

(D. n.)



Wiadomości bieżące.

-- Zaczynając od numeru dzisiejszego, wprowadzamy dział p. n. „Przegląd Terapeutyczny“ w którym dawać będziemy krótsze i obszerniejsze prace z dziedziny lecznictwa.

-- Otrzymałmy pismo następujące:

Niewiele lekarzy wie o powstaniu w Warszawie Zrzeszenia Lekarek Polskich. U tych, którzy wiedzą, wiadomość ta wywołuje przeżwanie odruch zdziwienia, a nawet niechęci, wydaje im się bowiem, że zbędna jest separacja, zwłaszcza teraz, kiedy kobieta zrównała się niemal w prawach swych z mężczyzną. A jednak praktyka życiowa wykazała, że istnieje cały szereg zagadnień, które głęboko interesują kobiety—lekarke, podczas gdy wyjątkowi tylko mężczyźni—lekarze poświęcają im czas i myśli. Do rzędu takich zagadnień należy w pierwszym rzędzie dziedzina warunków higieniczno-społecznych wychowania dziecka, sprawa prostytutki, chorób wenerycznych u kobiet i t. d. Zagadnienia te tak intensywnie zatraćają o stronę uczuciową kobiety, że z wewnętrznej konieczności poświęca im dużo myśli i pracy.

Zachód wyczuł tę potrzebę organizowania kobiet lekarek i stworzył przed kilku laty „Międzynarodowy Związek Lekarek“ z główną siedzibą w Londynie. Corocznie zjazd ten zwołuje Zjazdy, na których są omawiane sprawy społeczno-higieniczne.

Ostatni Zjazd w sierpniu 1926 r. odbył się w Pradze Czeskiej. Tematami programowymi były: „Gruźlica a ciąża“ oraz „Kobieta—lekarz na służbie policyjnej“. Referentka pierwszego tematu p. W a l k e r (Anglja) rozesłała ankietę przed zjazdem z zapytaniami: 1) czy należy przerywać ciążę u kobiet gruźliczych?, 2) czy gruźlica matka może karmić piersią?, 3) jak należy leczyć gruźlicę u ciężarnych?, 4) czy noworodek może pozostawać z chorą matką? Odpowiedzi były bardzo różnorodne.

Ządanie, aby lekarka znajdowała się przy sądach dla nieletnic i przy badaniu kobiet i dziewczyn aresztowanych, było wysunięte przez lekarkę Niemiec i Austrii.

Ządanie to ze wszech miar słuszne znalazło poparcie Zjazdu.

Lekarki polskie odezwały się na apel koleżanek z Zachodu i w r. 1926 założyły „Zrzeszenie Lek. Pol.“. Tematy omawiane dotychczas na posiedzeniach Towarzystwa dotyczą: „Roli lekarki w życiu społecznym“ (G a r l i c k a), „Sprawy Złobków u nas i na Zachodzie“ (G a r l i c k a), „Wychowania fizycznego“ (Z a b a w s k a), „Historji ze stanowiska teorii F r e u d a“ (Z a n d o w a), „Ligi opieki nad dzieckiem opuszczonym“ (R o z e n b l u m ó w n a).

Tematy, jak widać, dotyczą roli lekarki i jej zadań higieniczno-społecznych. Młoda, bądź co bądź, siła, jaką jest lekarka na polu współpracy z lekarzem mężczyzną, na terenie „Zrzeszenia Lekarek“ znajdzie pole do wyrobienia się społecznego, możność zdobycia ekspresji słów swych a także obronę interesów zawodowo-społecznych.

N. Z. Z.

— Ze Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. W wyniku dorocznego Zebrania ogólnego w dniu 3 czerwca r. b. Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich ukonstytuował się jak następuje: Prezes Dr. E. Osiniński, wice-prezes Dr. K. Orzeł, sekretarz Dr. St. Tomaszewski, zastępca sekretarza Dr. Cz. Jaworski, skarbnik Dr. E. Jarcosiński, gospodarz Dr. L. Nowacki, zastępca gospodarza Dr. K. Jasielwicz; członkowie Zarządu: Dr. J. Belkowski, Dr. A. Gruszczyński, Dr. A. Jasiobędzki, Dr. Br. Luczycki, Dr. T. Podczaski, Dr. W. Starkiewicz, oraz zastępcy: Dr. St. Anteck, Dr. J. Mazurek, Dr. N. Metelski, Dr. S. Pręczkowski, Dr. J. Żeliszawski.

Na temże zebraniu na członka honorowego jednogłośnie powołany został Dr. J. Bączkiewicz. Nadto zatwierdzono regulamin komisji zdrowia oraz przyjęto memoriał w sprawie potrzeby utworzenia katedr balneologicznych na uniwersytetach naszych. Memoriał ten został już przesłany Panu Ministrowi Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Panu Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a w odpisie Panom Dziekanom Wydziałów Lekarskich i Izbowi Lekarskim oraz Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Sekretarz-Członek Zarządu (—) Dr. Cz. J a w o r s k i.

Przewodniczący (—) Dr. E. O s i n i Ń s k i.

— Memoriał Stow. Lek. Polskich w sprawie utworzenia katedr balneologicznych.

I. Do Pana Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

II. Do Pana Ministra Spraw Wewnętrznych.

Usunięcia braków w urządzeniach naszych uzdrowisk, zaprowadzenia w nich inwestycji całkowicie współczesnych, słowem stworzenia polskiego przemysłu zdrojowego wymaga zarówno nasze

pouczanie narodowe, jak i względy natury praktycznej, t. j. zapewnienie liczniejszym, niż dotychczas, rzeszom obywateli zarobków i uczynienie z naszych uzdrowisk rzeczywistych wytwórni zdrowia dla pewnej kategorii kuracjuszków, co równa się podniesieniu zdrowotności naszego kraju.

Powstanie zaś przemysłu zdrojowego, jako jednej z gałęzi gospodarstwa narodowego i jego stały rozwój możliwe będą, zlaniami naszym, wówczas dopiero, gdy w akcji mającej na celu podniesienie naszych uzdrowisk, a obejmującej w zgodnej i skoordynowanej pracy zarówno społeczeństwo, jak i Państwo, uwzględnione będą dwa czynniki podstawowe: organizacja gospodarza i organizacja naukowa naszych uzdrowisk.

Idea zespolenia naszych uzdrowisk w jednej wspólnej organizacji gospodarczej, celem ujednostajnienia i przyspieszenia prac nad doprowadzeniem naszych uzdrowisk do poziomu wymagań współczesnych i celem zapewnienia stałego rozwoju naszych uzdrowisk już na krótko przed wojną, jeszcze w Polsce niewolnej, w b. zabrze austriackim, znalazła swoje urzeczywistnienie w Związku zdrojowym i uzdrowisk z siedzibą we Lwowie.

Po wojnie, w Polsce Niepodległej Związek ten odzyskał pod mianem „Związku Uzdrowisk Polskich“, jako organizacji, ustawowo opartej na zasadach ścisłe gospodarczych.

Potrzeba i ważność istnienia takiej gospodarczej organizacji naszych uzdrowisk zostały należycie ocenione przez społeczeństwo, większość bowiem naszych zdrojowisk i uzdrowisk łącznie z uzdrowiskami państwowymi już przystąpiła do Związku.

Ta właśnie okoliczność ostatnia wraz z dużą żywotnością i sprawnością, jakie wykazuje Związek w swej działalności, budzą uzasadnione nadzieje, że naprawa gospodarki naszych uzdrowisk i powstanie w nich urzędzeń współczesnych nie każą na siebie czekać długo.

W dążeniu jednak do przyszłego, wszechstronnego rozwoju naszych uzdrowisk lekarze, jako jeden z czynników z istoty rzeczy najwięcej powołanych do wypowiedzenia w tym względzie swego głosu fachowego, tembardziej zrzeszenia lekarskie w głębokim poczuciu i należytem zrozumieniu obowiązków obywatelskich muszą zwrócić uwagę na to, że całkowity rozwój uzdrowisk naszych oparty będzie na podstawach moenych wtedy dopiero, gdy narówni z gospodarczą organizacją uzdrowisk pamiętać będziemy o naukowej organizacji tychże.

Muszą wyrosnąć i wejść w życie nowe pokolenia lekarskie, gruntownie wyposażone w wiedzę balneologiczną i klimatologiczną społeczną i specjalnie polską, i one będą owemi rozsądnymi i pionierami naszego zdrojo- i klimatolecznictwa.

Jest przeto rzeczą nieodzowną jaknajrychlejsze utworzenie na uniwersytetach naszych katedr balneologii i klimatologii, któreby obok pełnienia roli pedagogicznej jednocześnie prowadziły ścisłe, metodyczne badania naukowe w zakresie balneo- i klimatologii polskiej.

Tylko w taki sposób pomyślany i przeprowadzony plan podniesienia naszych uzdrowisk, zdaniem naszym, da w wyniku po szeregu lat skutek dobroczynny, t. j. zapewni trwały rozwój naszych uzdrowisk na pożytek gospodarstwa i zdrowotności naszego kraju oraz stworzy uzdrowiskowy przemysł krajowy, zdolny dotrzymać kroku z uzdrowiskami zagranicznymi.

W myśl przesłanek powyższych Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, uzyskawszy aprobatę członków Stowarzyszenia na posiedzeniu dorocznym w dniu 3 czerwca r. b., zwraca się do Pana Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i do Pana Ministra Spraw Wewnętrznych

z przedstawieniem, aby raczył swem wstawiennictwem przyczynić się do rychłego spowodowania sprawy utworzenia katedr balneologii i klimatologii na wydziałach lekarskich naszych uniwersytetów.

Sekretarz-Członek Zarządu (—) Dr. Cz. J a w o r s k i.

Przewodniczący (—) Dr. E. O s i n i Ń s k i.

— Pod redakcją prof. J u r a s z a w Poznaniu i prof. R u t k o w s k i e g o w Krakowie zaczęło wychodzić nowe pismo lekarskie p. t. Chirurgja Kliniczna. Przed kilku tygodniami opuścił prasę T. I. Z. 1. tego zapowiadającego się bardzo obiecująco wydawnictwa. Zarówno treść, na którą składają się dwie oryginalne prace kliniczne i jedno sprawozdanie poglądowe, jak i strona zewnętrzna zeszytu pierwszego robi jaknajlepsze wrażenie.

Adres Redakcji i Administracji pisma: Kraków, Kopernika 40, Klinika Chirurg. U. J.

— Biblioteka Oficerskiej Szkoły Sanitarnej nadesłała nam z prośbą o umieszczenie następujący komunikat:

Z końcem b. r. ukazuje się z druku II-gi Rocznik Polskiej Bibliografii Lekarskiej za okres czasu od 1.VII. 1926 do dn. 30.VI. 1927, opracowany systemem krzyżowym, t. zn. alfabetycznie według autorów i uzupełniony dokładnymi odsyłaczami rzeczowymi.

Aby Bibliografja ta mogła objąć możliwie kompletny wykaz wszystkich prac z zakresu medycyny polskiej, proszę uprzejmie JWpp. Lekarzy o łaskawe nadsyłanie swych prac wydanych oddzielnie (książki, broszury, odbitki prac, ogłoszonych w czasopismach polskich i zagranicznych) — pod adresem niżej podanym. Wszystkie łaskawie nadesłane prace zostaną po wykorzystaniu wcielone do inwentarza Biblioteki Oficerskiej Szkoły Sanitarnej.

JWPP. Lekarzom, którzy do tej pory byli łaskawi prace swe nadesłać, składam gorące podziękowanie.

Jednocześnie pozwalam sobie nadmienić, że pragnąc zainwentaryzować dotychczasowy, bogaty materiał naukowy Polskiej Medycyny — opracowuję Polską Bibliografję Lekarską za okres 1901 — 1925 roku. Opracowana będzie według najlepszego wzoru bibliograficznego i umożliwi szybkie orientowanie się i wyszukanie prac na wszystkie tematy i zagadnienia. Praca ta obejmie dzieła osobno wydane, artykuły w czasopismach lekarskich, oraz artykuły i prace popularne lekarskie, pisane przez lekarzy a ogłoszone w rozmaitych czasopismach. Materiał jest tak obfity, że mogą się zdrzyć przeciętnia i niedokładności, byłbym zatem bardzo zobowiązany za łaskawe nadsyłanie materiałów i z tego okresu czasu.

Kierownik Biblioteki Of. Szkoły Sanitarnej
K o n o p k a Stanisław. kapitan.
Warszawa, ul. Górnośląska 45.

— Kuratorjum Okręgu szkolnego lubelskiego podaje do wiadomości, że wskutek okólnika Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, polecającego obsadzenie stanowisk lekarzy szkolnych w żeńskich szkołach średnich ogólnokształcących i seminarjach nauczycielskich kobietami lekarkami, w seminarjach nauczycielskich lubelskiego Okręgu będą od 1 września b. r. wakowały dwa takie stanowiska w Seminarjum Żeńskim w Lublinie i w Chełmie. Na stanowisku tem obowiązują prace w wymiarze 15 godzin tygodniowo, pobory zaś wymierza się według IX stopnia służbowego.

Podania, należycie udokumentowane, należy wnosić do Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lubelskiego do 15 sierpnia 1927 r.

Za Kuratora Okręgu Szkolnego

(podpis nieczytelny).
w z. Naczelnika Wydziału.

— Związek Lekarzy P. P. Obwód Kaliski m. Kalisz prosi nas o wydrukowanie następującego komunikatu:

Wobec tego, że Magistrat m. Kalisza, ogłaszając konkurs na stanowisko naczelnego lekarza szpitali kaliskich, — odrzucił propozycję Związku Lekarzy Obwodu Kaliskiego dopuszczenia do komisji konkursowej przedstawicieli lekarzy (Związku Lekarzy P. P. i Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego) jako sil fachowych i wobec faktu, że o wyborze kandydata na tak poważne stanowisko lekarskie decydować będą ludzie niefachowi, — Związek Lekarzy P. P. (Obwodu Kaliskiego) ostrzega kolegów, mających zamiar reflektować na powyższe stanowisko, przed jego przyjęciem bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Związku Lek. Obw. Kal. Dr. Czajkowski.

Adres Sekretarjatu Związku Lek. Obw. Kal. Dr. Czajkowski: Kalisz, Aleja Józefiny 15a. Telef. 49.

Za Zarząd Zw. Lek. Obwodu Kaliskiego:
Sekretarz: Dr. C z a j k o w s k i.

TREŚĆ: E. HERMAN, Fizjologia przysadki mózgowej oraz dna III komory. — S. ABRAMOWICZ i F. GROSSMAN. Dalsze badania doświadczalne nad wprowadzaniem neosalvarsanu do oka za pomocą jontoforezy. — K. DŁUSKI. Uwagi o ciepocie podłożniczowej (Dok.) — H. HIGIER. O powrotnych postaciach chorób układu nerwowego. (Dok.) — J. KON. Rola witamin w dietezie dziecięcej. (Str. zbior. c. d.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — J. TYPOGRAF. O strofantynie. — M. KACPRZAK. Zdrowie Warszawy w okresie powojennym. (C. d.) — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: E. HERMAN. La physiopathologie de l'hypophyse et du plancher du III ventricule. — J. ABRAMOWICZ et F. GROSSMANN. L'introduction du neosalvarsan dans l'oeil à l'aide de l'iontophorèse. — C. DŁUSKI. Remarques sur la température subfebrile. (fin.) — H. HIGIER. Les formes recurrentes des maladies nerveuses. (fin.) — J. KON. Le rôle des vitamines dans la diététique infantile (Rev. gén. Suite). — J. TYPOGRAF. Sur la strofantine. — M. KACPRZAK. Les conditions sanitaires de Varsovie après la guerre. (Suite).

— Baron Edmund Rotszyld, głowa paryskiej rodziny Rotszyldów, przeznaczył 300 milionów franków na instytut biologii fizyczno-chemicznej. Kierunek nowego instytutu ma odpowiadać teorjom Claude Bernarda i służyć do kontynuowania jego dzieła. W r. 1921 ofiarował już Rotszyld na ten sam cel 10 milionów franków.

— „Ars Medica w Baccelonie rozpisuje konkurs z nagrodami w wysokości 2000, 1000 i 500 pesetów za prace przeważnie doświadczalne, przedewszystkiem zaś mające na celu wyjaśnienie szczegółów praktycznych badań naukowych, prac laboratoryjnych w odniesieniu do medycyny praktycznej. Najbardziej pożądane są prace z dziedziny lecznictwa. Nagroda druga przeznaczona jest za pracę z dziedziny położnictwa i chorób kobiet. Prace, pisane na maszynie, objętości 5 — 12 stron i opatrzone godłem, wraz z zapieczetowaną kopertą, zawierającą nazwisko i adres autora, nadsyłać należy do dnia 1 października r. b. do redakcji „Ars Medica“.

— Dr. Herman Hayek ogłosił niedawno pracę p. t. „Wolny wybór lekarza i ubezpieczenia społeczne“, której kwintesencja da się sprowadzić do następującego zdania: dalszy los całego stanu lekarskiego, dalsza możliwość owocnej współpracy lekarzy na polu ubezpieczeń społecznych, a zarazem dalszy los wielu tysięcy chorych ludzi, cały dalszy rozwój medycyny praktycznej, która przecież stanowi poważną część życia kulturalnego narodów, — związany jest z zagadnieniem wolnego wyboru lekarza.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

— Grossfeld. Glikoza a etiologia raka. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.“ 1927, Nr. 17.

— Tenże. Insulinmastkur bei beinnender und bei stationärer Lungentuberkulose. Odb. z „Ztschr. f. Tuberk.“ 1927, T. 47. Z. 5.

— Statut Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie. Kraków 1927.

— Działalność Warsz. Tow. Przeciwgruźl. w 1926 r. Warszawa 1927.

— Hirszfild. O istocie zakaźności. Odb. z „Med. Doświadc. i Społecz.“ T. VII. Z. 3 — 4 — 1927.

— Franciszek Gobel. Osteomalacja, jako zakwaszenie organizmu. Odb. z „Med. Dośw. i Społ.“ T. VI. Z. 1 — 2, 1926.

— Tenże. Cholestérine du liquide céphalorachidien et du sang dans les maladies psychiques. Odb. z „Folia Clinica Chimica et Microscopica“ T. 1. Z. 3.

— Grzywo-Dąbrowski. Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 1927.

— Tenże. Tajemnica lekarska. Odb. z „Lekarza Polskiego“, Rocz. III. Nr. 2, 1927.

— A. Puławski. Urządzenie i prowadzenie kuchni Szpitalnej oraz zasady odżywiania chorych w szpitalu. Odb. z „Nowin Lekarskich“, 1927. Z. 1.

— Tenże. W sprawie bibliotek dla chorych szpitalnych. Odb. z „Nowin Lekarskich“, 1927. Z. 5.

— Tenże. Odżywianie chorych szpitalnych. Odb. z „Nowin Lekarskich“, 1927. Z. 7 — 8.

— Dr. Wiktor Grzywo-Dąbrowski, prof. Uniw. Warsz. Dzieciobójstwo z punktu widzenia prawnego i sądowno-lekarskiego. Biblioteka Gazety Administracji i Policji Państwowej. Warszawa.

— Pamiętnik Stowarzyszenia Lekarzy Polskich za r. 1926. Warszawa 1927.