

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. 14

WARSZAWA, 15 WRZEŚNIA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O niskiem parciu krwi.

Podał

Dr. WASSERTHAL (Karlsbad).

Niema jeszcze 40 lat od czasu wprowadzenia do kliniki oznaczania parcia krwi, a mimo tak względnie krótkiego czasu metoda ta, jak mało innych zyskała ogólne rozpowszechnienie i stała się metodą, używaną nie tylko w klinikach i szpitalach, lecz i w praktyce codziennej. W ostatnich zaś czasach publiczność często wprost żąda tego badania. Dzięki pracom von Bascha, Potaina, Gaertnera, Reylingha i wielu innych, w przeciagu krótkiego czasu poznano znaczenie i doniosłość oznaczania parcia krwi i naucono się odpowiednio oceniać wyniki, tą drogą otrzymane.

Uderza jednak fakt, że, gdy tak zwanej hipertonji czyli wzmózonemu parciu krwi w piśmiennictwie wszystkich narodów kulturalnych poświęcono setki prac, — opracowanie naukowe sprawy niskiego ciśnienia prawie aż do ostatnich czasów uległo znacznemu względnie zaniedbaniu.

Jako normę dla dorosłych, trzeba, według autorów, n. p. Oppenheimera i Bachwitza, uważać 120 m/m. Hg. Powyżej lat 40-tu cyfra parcia krwi mniej więcej się równa cyfrze lat + 100.

Na zasadzie 19339 oznaczeń podaje Fischer z Ameryki jako średnią normalną dla osób dorosłych 128,91 m/m Hg.

Poważniejsze wahania poniżej 120 m/m u dorosłych uważane są za hypotoniczne, przyczem trzeba rozróżniać między hypotonją przemijającą a hypotonją stałą, którą się ogólnie uważa jako wyraz osłabienia napięcia naczyniowego, wywołanego przez czynniki fizjopatologiczne. Z czynników fizjopatologicznych znany jest ogólnie spadek parcia krwi przy każdym wdechu i wzmaganie się przy każdym wydechu.

Ciekawe i uwagi godne jest działanie trawienia. Przez Olivera zostało ono dokładniej zbadane, i okazało się, że bezpośrednio po przyjęciu pokarmów parcie krwi lekko wzrasta, potem dopiero następuje

spadek. Dane te doskonale się zgadzają z wynikami otrzymanymi przez Loepera, który sprawie tej poświęcił gruntowne studjum i doszedł do wyników, które później znacznie zużytkowane zostały przy tak zwanym odczynie hemoklazycznym Widała.

Loeper rozróżnia 3 fazy:

I faza początkowa wzmóżenia się parcia „Hypertension immediate“,

II faza — między 1-szym a 3-cim kwadransem po przyjęciu pokarmów „spadek wtórny“ — „Hypotension secondaire“.

i ostatecznie III faza — dość nieregularna co do czasu występowania — ponowne wzmózenie się parcia — „Hypertension tardive“.

Wpływy zewnętrzne, jako to: ciśnienie barometryczne, temperatura — również nie zostają bez wpływu. Niskie ciśnienie barometryczne wzmaga parcie krwi, wysokie je obniża.

Temperatura powietrza działa bądź rozszerzająco, bądź też kurcząco na naczynia skóry, — ciepło je rozszerza i jednocześnie obniża parcie krwi, — zimno działa odwrotnie.

W krajach podzwrotnikowych parcie naogół jest mniej więcej o 15 m/m Hg. niższe od normy stref umiarkowanych Europy i Ameryki, któremu to prawu podlegają zarówno tubylcy stref podzwrotnikowych, jak i obcy (Amerykanie strefy umiarkowanej), jak to stwierdzili u członków ekspedycji autorzy amerykańscy Roddis i Cooper.

Podobne jest działanie kąpieli. Choć, jak dotychczas, mimo dużej liczby prac, poświęconych wpływowi kąpieli na ciśnienie krwi, rozbieżność poglądów jest bardzo znaczna, — naogół jednak prawie wszyscy autorzy przyznają kąpieli ciepłej (nie gorącej) działanie obniżające parcie krwi, — zimnej działanie odwrotne (Reylingh).

Jeśli się zajmiemy kwestją, jakiego rodzaju czynniki patologiczne wywołać mogą przemijające lub stałe obniżenie się parcia krwi, to jak właściwie tego by *a priori* oczekiwać należało, obniżają parcie krwi *primo loco* wszelkie ciężkie, wyczerpujące procesy chorobowe, jako to: ciężkie choroby zakaźne, stany

wyczerpania pierwotne i wtórne, chroniczne krwawienia, rak, niedokrewność złośliwa i t. d.

W pierwszym rzędzie przyczyn, wywołujących przemijające obniżenie się ciśnienia postawić należy znaczny wpływ krwi i połączone z tem znaczne zmniejszenie się ogólnej masy krwi.

W istocie znaczny wpływ krwi obniża parcie krwi, ale tylko na krótko, bo albo krwawienie ustaje, a wtedy ciśnienie szybko wraca do normy, albo też prowadzi do śmierci.

Średnie upusty krwi, nawet kilkakrotnie powtarzane, jak to stwierdził już w r. 1905 *Ambard*, nie wywierają zbyt wielkiego wpływu na parcie krwi, a jeżeli wywierają, to wpływ ten szybko mija, następuje bowiem niebawem wtórne zwężenie naczyń, które działa kompensująco i regulująco na parcie krwi, jednocześnie też powstaje żywe przesączanie (*filtration*) z tkanki otaczającej do obiegu — co również wywołuje kompensację.

Doświadczenia kliniczne w zupełności odpowiadają wynikom, otrzymanym przez *Ambarda* drogą doświadczeń — skonstatowano przytem, że 400 — 500 cm. sześć. wytoczonej krwi obniża parcie nie więcej, niż o 15—20 m/m Hg. Czasem i to nieznaczne obniżenie się występuje nie odrazu i zjawia się dopiero po kilku dniach (*Gaillavardin*).

Nakłucie łądźwiowe działa również na krótki czas hypotonizująco (*Claude i Lamache*).

Podobne do krwawienia, przynajmniej do silnego krwawienia, względnie silnego upustu krwi, jest działanie wstrząsu, n. p. na skutek urazu brzuszego, przyczem drogą poprzez nerw trzewny (*n. splanchnicus*) powstaje rozszerzenie naczyń brzusznych i pośrednio obniżenie napięcia w naczyniach peryferycznych (*Reylingh*).

W praktyce niesłychanie ważne jest gwałtowne obniżenie się ciśnienia w trakcie t. zw. wstrząsu chirurgicznego (wyczerpanie ośrodka naczynioruchowego) (*Cushny, Bartlett, Mann i inni*).

Gwałtowne bóle np. podczas „*crises*“ u tabetyków (*Pol*) oraz podrażnienie brzuszego nerwu współczulnego (*Thomas i J. Ch. Roux*) również mogą wywołać znaczny spadek ciśnienia.

Równie ważny jak wstrząs urazowy jest dla fizjopatologii hypotonji wstrząs parenteralny, t. zw. anafilaktyczny (*Cannon, Krogh i wielu innych*).

Fizyczne przemęczenie wszelkiego rodzaju pociąga również za sobą obniżenie się parcia krwi, które trwać może nawet czas dłuższy. Charakterystyczne i ciekawe jest obniżenie się parcia krwi w włóczęgów po przyjęciu ich do szpitala, — obniżenie to może być dość znaczne i trwać może kilka dni, a nawet i dłużej. W tym przypadku najważniejszą przyczynę stanowią wpływy naczynioruchowe, wywołane zmianą temperatury oraz zmianą warunków i środowiska (*milieu*).

Badając kwestję trwałego spadku parcia krwi, znajdziemy, że starsze prace jeszcze ze schyłku ubiegłego stulecia podają jako najczęstszy i najważniejszy czynnik stałej hypotonji chroniczne wyczerpujące schorzenia.

Pomijając schorzenia układu cyrkulacyjnego, gdzie nawet zwężenie aorty i zastawki dwudzielnej niekoniecznie połączone być muszą ze spadkiem ciśnienia, widzimy w silnie rozwiniętej miażdżycy również, wbrew ogólnej regule, czasem spadek parcia krwi.

Joachim na 3000 badanych w 181 przypadkach znalazł ciśnienie poniżej 110 m/m., a z tych było 19! przypadków ze zmianami organicznymi serca.

Autorzy francuscy, np. *Marfan i inni*, już dawno temu zwrócili uwagę na związek, zachodzący pomiędzy gruźlicą płuc a parciem krwi. W ocenie doniosłości parcia krwi, jako objawu w gruźlicy płuc, najdalej się posunął *Potain*, twierdząc, że, o ile u osobnika o niskim ciśnieniu nie można wykazać innej genezy tego obniżonego ciśnienia, należy zawsze mieć na uwadze utajoną tuberkulozę. Na zasadzie li tylko niskiego ciśnienia można odróżnić według *Potaina* utajoną tuberkulozę od właściwej blednicy (*chlorosis*).

Gaillavardin poddaje krytyce powyższe orzeczenie *Potaina*, uważa je za zbyt daleko idące i podaje ze swych obserwacji przypadki niskiego ciśnienia u osób zdrowych, wytrenowanych sportowo i muskularnie silnych.

Osobną grupę stanowi hypotonja, oparta na niedomocy układu inkrecyjnego, bardzo charakterystyczna np. w adynamji *Addisona*, w obrzęku śluzowym (*myxoedema*) i w tak zw. stanie wielogruczolewej niedomogi, jak to podają *Bernard, Dresel, Zondek, Liebesny i inni*.

Skonstatowanie powyższych faktów klinicznych prawie w zupełności wyczerpało zainteresowanie się tym przedmiotem autorów starszych, i, jak wyżej zaznaczyłem, uderza nas fakt dysproporcji między liczbą badań nad hipertonią a niskim ciśnieniem — wypadającą znacznie na niekorzyść tej ostatniej.

W Niemczech, jak podają *Martini i Pierach*, dopiero w najostatniejszych czasach obudziło się znaczniejsze zainteresowanie się hypotonją, stworzono nawet nowy typ choroby „hypotensji samoistnej“ (*hypotonia essentialis*) na wzór dawno już znanej *hypertonia essentialis*.

Ostatnio pod wpływem prac autorów amerykańskich i francuskich zjawily się i w Niemczech sumienne prace, poświęcone sprawie niskiego ciśnienia. Starano się stworzyć nowy typ choroby hypotonji samoistnej, jako ramę w którą oprawiono cały zespół wszelakich objawów, bądź chorobowych, bądź biologicznych.

Osobiście nie mam możności rozstrzygnięcia, czy uprawnione jest tworzenie nowego ostro zarysowanego typu chorobowego — chcę się tylko oprzeć na zdaniu autorów.

Według *Martiniego i Pieracha* (klinika v. *Müllera* w Monachjum) na obraz choroby składają się natępujące objawy: Pacjenci skarżą się na zanik pamięci, zmęczenie, zawroty głowy i skłonność do omdlenia. Często występują bóle głowy, głównie tyłogłowa, bardzo według autorów charakterystyczne dla nowego zespołu. Często są skargi na bicie serca i brak tehu.

Większość autorów zalicza hypotoników do typu „*habitus hyposthenicus*“ — ogólnie osłabionych, bledych osobników, o słabej potencji i o różnego rodzaju zaburzeniach układu roślinnego: np. upośledzonej funkcji wazomotorów, czerwiieniu się, blednięciu. Zimne kończyny, łatwe pocenie się, wielomoczw nerwowy, nerwowa biegunka, ale też i zaparcie, zbyt błyszczące gałki oczne (*Glanzauge*), moczu fosforanowy — dopełniają obrazu.

Odpowiednio do zmian somatycznych daje się obserwować pewną chwiejność psychiczną: pacjenci skarżą się przeważnie na pewną dysproporcję między możliwością wykonania a wolą (zwischen Wollen und Können). Jeden z chorych *Martiniego* i *Pieracha* skończył bez widocznego powodu samobójstwem.

M. i *P.* żądają wyodrębnienia owego zespołu objawów jako „kompleks hypotoniczny“ (*Hypotonischer Symptomencomplex*), inni zaś autorzy, na ich czele *Curschmanna*, nie uznają pojęcia hypotonji samoistnej, ten ostatni autor widzi w hypotonji jedynie częściowy objaw ogólnego wyrazu hypotyreozy, tak np. w niskim parciu krwi u starców — arteriosklerotyków — gdzie hypotyreoza przeważa nad hipertonią, jako zwykłym objawem sklerozy. Podobną hypotonję spotykał *Curschmann* u młodych, zupełnie zdrowych osobników, szczególnie kobiet i młodych dziewcząt.

Münzer uważa hypotonję za objaw częściowy „*status thymico-lymphaticus*“, *Herz* zaś napotykał objaw ten obok ortostatycznego białkomoczu oraz w połączeniu z bradykardią.

Curschmann podaje 4 historie choroby obserwowanych przez siebie przypadków, z tych 2 przypadki hypotonji bradykardjalnej u mężczyzn, 2 zaś inne, polegające na konstytucyjnej postępującej niedomodze wielogruczolowej, zaznacza jednocześnie czynnik oszczędzający (*schonender Faktor*) hypotonizacji — specjalnie pochodzenia hypotyreatycznego. Na poparcie swego zdania podaje dane *Friedlandra*, zaczerpnięte z doświadczeń wielkich towarzystw ubezpieczeń w Ameryce, że hypotonicy wykazują jakoby dłuższą żywotność.

Curschmann nie uważa hypotonji za coś złowrogiego, za coś, co wywołuje choroby — i na tym punkcie zgadza się z *Barachem*, który przypuszcza u hypotoników obniżoną oksydację, a jako następstwo tego stanu oszczędzanie funkcji organizmu (?)

Mimo bardzo wyczerpujących i gruntownych badań w tym kierunku sprawa etjologii i patogeny niskiego ciśnienia pozostaje dotychczas niewyjaśnioną, — autorzy naogół bardzo są ostrożni w wypowiedaniu się w tej kwestji.

Pracę *Martiniego* i *Pieracha*, opartą na badaniach, wykonanych przy pomocy najnowszych i najdoskonalszych metod klinicznych, uważam ze wszystkich mi dostępnych za najbardziej wyczerpującą — mimo to autorzy bardzo są powściągliwi w swych ostatecznych wnioskach. Chciałbym tu podać kilka głównych wytycznych myśli tych autorów.

Otóż uważają oni, że zespół hypotoniczny polega w pierwszym rzędzie na upośledzonej czynności organów, przyczem przeważa typ konstytucyjny, dalej na obniżeniu się zdolności reagowania gruczolów układu inkrecyjnego i układu roślinnego.

Zdaje się też, że mamy przed sobą obniżenie energii potencjalnej układu mięśniowego oraz organów inkrecyjnych, nie podlegających kontroli woli. W tym obrazie hypotonja stanowi właśnie najwybitniejszy objaw.

Co się tyczy fizjo-patologicznego mechanizmu hypotonji, doszli autorzy na zasadzie swych badań hemodynamicznych do następującej koncepcji: zarówno ilość, jak i lepkość krwi są normalne, to znaczy ten czynnik jest bez znaczenia.

Poglądu *Fossiera*, jakoby zwężenie aorty oraz

ostrzejsze, niż normalne, wygięcie łuku aorty powodować miało silniejszy opór dla obiegu krwi, — autorzy nie podziwiają. Za pomocą sztucznego modelu przekonali się, że zmiany formy aorty są prawie bez znaczenia.

Ważniejsze znaczenie ma wiotkość (*Nachgiebigkeit*) dużych i średnich tętnic i ewentualnie upośledzona wydajność pracy serca. Amplituda parcia krwi w większości przypadków była niższą od normalnej. Mimo to jednak objętość wyrzutu serca (*Schlagvolumen des Herzens*) okazała się normalną.

W połowie przypadków częstość uderzeń była wprawdzie zmniejszona — autorzy mimo to jednak tylko z dużym zastrzeżeniem chcą uznać typ hypotonji bradykardjalnej. W przypadkach z bradykardią siła serca okazała się normalną, co zresztą odpowiada dość wiadczeniu *Baracha* u sportowców szybkobiegaczy (*Marathonläufer*).

Zdaje się, że najważniejszy czynnik stanowi zmniejszenie się oporu drobnych naczyń i mimo wszystko jednak pewne upośledzenie pracy serca. Autorzy negują teorię napięcia wazomotorów *Roberts*a oraz zbyt optymistyczny pogląd tego autora, który ocenia stan serca w hypotonji, jako zupełnie normalny.

Munk w swej pracy sprowadza przyczynę hypotonji do czynnika zawartości albumozy we krwi jak się to widzi w infekcjach — w tyfusie wysypkowym lub w okresie przesilenia pneumonji, poza tem skłania się do poglądów *Martiniego* i *Pieracha* i również uznaje obraz chorobowy hypotonji samoistnej. Podkreśla też zaburzenia stosunku kwas zasada we krwi

Joachim zaznacza, że w przypadkach hypotonji często napotykał obrzmienie gruczolów chłonnych i przypisuje temu zbiegowi objawów znaczenie przyczynowe, opiera się przytem na doświadczeniach *Wirtha*, któremu udało się wykazać, że wyciąg z gruczolów chłonnych działa u królików na obniżenie parcia krwi.

Na ogół w piśmiennictwie przeważa pogląd, że stała hypotonja jest raczej jednym z objawów mniej lub więcej określonego kompleksu objawów lub też całego obrazu chorobowego — nie obojętnego dla osobnika i zdarzającego się tylko u ludzi, konstytucyjnie dysponowanych.

Tylko niewielu autorów — *Gaillavardin*, *Joachim* i kilku amerykańskich — przyznaje możliwość występowania hypotonji u osobników zupełnie zdrowych i muskularnie silnych. Względnie mniejsze zainteresowanie się kwestją niskiego ciśnienia, niż hipertonią, tłumaczą *Martini* i *Pierach* w ten sposób, że mimo względnej częstości hypotonji mało się nią interesowano, ponieważ występuje nie w jednej grupie pokrewnych stanów — jeno w najróżnorodniejszych, zupełnie ze sobą nic wspólnego nie mających schorzeniach.

Jeżeli zatem ośmielam się, wobec tak gruntownych prac, opartych na badaniach klinicznych, wykonanych przy pomocy najnowszej i najdoskonalszej metodyki, — wystąpić ze spostrzeżeniami praktyki ambulatoryjnej, otrzymanymi w gabinecie lekarskim na prowincji, czynię to na zasadzie pewnego praktycznego uzasadnienia:

Już dawniej, nawet już przed wojną stawaliśmy często bezradni prawie wobec urojonych często obaw zbyt dbałych o swe zdrowie hipertoniców, — już naówczas często wszelkie perswazyje nie pomagały. Obecnie do tej rzeszy bojaźliwych hipertoniców przybyła nowa grupa bardziej jeszcze nastraszonych osobników o niskim ciśnieniu.

Zauważyłem, że często ze strony lekarskiej przecenia się objaw hypotonji, nawet u osobników, względnie zdrowych następują zakazy ruchu, sportów, konnej jazdy, kąpiei, pływania i t. p. Wszystko to ujemnie wpływa nie tylko na stan fizyczny pseudo-chorych.

Dla mnie, który od lat 18 niemal u wszystkich pacjentów oznaczam ciśnienie krwi — nie ulega prawie żadnej wątpliwości, że naogół od czasu wojny napotyka my hypotonję znacznie częściej, niż dawniej, i tu właśnie między innymi czynnikami szukać należy przyczyny, dlaczego ostatnie lata stwarzają coraz obfitsze piśmiennictwo tego przedmiotu.

Jak już wspomniałem, nie chciałbym wydawać sądu o uprawieniu tworzenia nowego typu t. zw. hypotonji samoistnej. Osobiście mało skłonny jestem do wynajdywania nowych chorób lub też wyodrębniania i kreślenia kompleksów objawowych — uważam jednak za bardzo prawdopodobne, że normy maksymalnego ciśnienia systolicznego u bardzo wielu osób w porównaniu z czasem przedwojennym są obecnie co najmniej o 14—15 mm., a może nawet o 20 mm. Hg. niższe — i jeżeli się tylko o jeden krok posuniemy, znajdziemy nader częste przykłady subnormalnego ciśnienia — hypotonji.

Większość pacjentów, których widuję w swej praktyce, są to ludzie powyżej 25 lat, i, jeżeli u tych osób w ostatnich latach bardzo często napotyka się cyfry ciśnienia 100—95 mm. Hg., to chyba nie bez podstawy mówić możemy o wartościach subnormalnych.

Pewien niezbyt wielki odsetek wykazuje ciśnienie 95—85 mm., — zarówno kobiety jak i mężczyźni, — tych już stanowczo należy zaliczyć do hypotoników.

W pojedynczych przypadkach widziałem ciśnienie 85—75, a nawet 70!...

Sam fakt, że spostrzeżenia swoje opieram na badaniu chorych ambulatoryjnych, już sam przez się eliminuje wszystkich ciężko chorych, gorączkujących, obłożnie chorych i t. d.

Pozatem naogół zarówno przypadki ciężkich zaburzeń cyrkulacyjnych, ciężkie stany adynamji i kacheksji nie zdarzają się w Karlsbadzie w praktyce kuracyjnej. Tego rodzaju pacjenci z natury rzeczy nie wchodzą w zakres mojej obserwacji. Większość chorych naszych nie jest, powiedzmy, wolna od pewnej „skazy“ roślinnej, często się zdarza typ ptotyczny *Stiller*a, dużo jest amfotoników i wagotoników — naogół jednak są to ludzie dotknięci chorobami dróg trawienia i moczowych oraz chorobami przemiany materji lżejszego stopnia.

Pewien niezbyt mały odsetek pacjentów stanowiły osoby silnej budowy, przyzwyczajone do sportów i do wysiłków fizycznych, — znam też chorych, których przez kilka lat obserwowałem rokrocznie i których znałem jako lekkich hipertoniców — nie tylko stracili swą hipertonię, ale, wręcz przeciwnie, wykazywali w ostatnich czasach ciśnienie subnormalne. Ma się rozumieć wyłączam w tych przypadkach silnie roz-

winiętą miażdżycę tętnic lub ciężkie schorzenia nerek (*amyloidosis*).

Zdarzały się też przypadki wyjątkowo niskiego ciśnienia, np. w sezonie ubiegłym obserwowałem 27 letnią idealnie zdrową, doskonale zbudowaną, bardzo wytrzymałą i wysportowaną pacjentkę rasy romańskiej, mieszkającą w strefach gorących, o ciśnieniu 70 — 55 mm. Hg!

Analogji z hipertonią białą lub czerwoną nie napotykałem (*Volhard*). Mocz fosforanowy w sensie *Munka*, *Martiniego* i *Pieracha* — napotykać wogóle bardzo często, a co zatem idzie przypuszczalnie nadkwaśność żołądka. Pacjenci byli badani stale w pozycji siedzącej, często dla kontroli w pozycji leżącej, wszyscy za pomocą tego samego manometru zegarkowego, kontrolowanego bardzo często zapomocą barometru rtęciowego. Ciśnienie oznaczałem palpatorycznie i wysłuchowo, ostatnio również oscylometrycznie.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mamy do czynienia ze zjawiskiem powojennem, napotykanem zarówno u pacjentów z Europy, jak i z Ameryki, co do którego istoty mógłbym mieć może pewne przypuszczenia, mogę też ewentualnie przytoczyć pewne analogje, ale pozatem nic więcej. Właściwego powodu nie znam. Rezygnuję z tworzenia hipotez, których nie mógłbym poprzeć żadnymi dowodami.

Jako analogję podałem znany fakt bardzo często napotykanym podczas wojny podkwaśności i bezkwaśności żołądka u żołnierzy zupełnie zdrowych i nie zdradzających żadnych zaburzeń dróg trawienia.

Ku wielkiemu swemu zdziwieniu sam zupełnie przypadkowo zrobiłem to spostrzeżenie u żołnierzy w t. zw. centrali wenerycznej wojskowego szpitala w Lipniku na Morawach (obejmującej cały korpus armji austriackiej) w zimie roku 1916 na 1917 — znacznie później znalazłem w literaturze potwierdzenie swoich spostrzeżeń, mianowicie w pracy *Rotkyego*, opartej na badaniach w szpitalu garnizonowym w Pradze.

Według moich osobistych notatek liczba przypadków kongegatywnych między żołnierzami oddziału, który naówczas prowadziłem, (t. zw. urologicznego — właściwie rzerzączkowego) wynosiła około 28%—30%. Statystyka przedwojenna *Kellinga* podaje 16% u chorych żołądkowych — prawdopodobnie zatem u zdrowych znacznie mniej (wedł. *Boasa*).

Z pracy *Rotkyego* widzę, że podobne spostrzeżenia poczyniono w Królewcu u ludności cywilnej (*Bothmer*). *Heinsheimer*, *Weig* i *Schuller* podają podobne obserwacje, — ten ostatni jako genezę tych stanów bezkwaśności podaje czynnik nerwowy. Co do swoich przypadków zaznaczę tylko, że stan odżywiania żołnierzy austriackich w okresie 1916 — 1917 był jeszcze zupełnie wystarczający, dopiero znacznie później, po zakończeniu moich badań zaczęło się ciężkie głodowanie w armji austriackiej.

Jak długo trwał ten stan bezkwaśności, podać nie mogę.

Inna analogja w sensie odwrotnym dotyczy blednicy (*chlorosis*). Można o tej sprawie sądzić co się chce, można nawet przypuszczać (jak to czytałem u autorów niemieckich), że większość dawnej blednicy to tylko niezrozpoznane przypadki utajonej gruźlicy, można część zanikającej blednicy zwać na karb zanikającego obecnie u dziewczyn i kobiet ściskania się

w pasie gorsetem (na wsi niewiele się zmieniło, a i tam błednica wygasa) — faktu, że prawie znikła, negować nie można. Objąsnienia nie znamy.

Jako resumé swoich wywodów, chciałbym się streścić w następujących słowach: Niezależnie od stanów hypotonicznych, wywołanych bądź to przez czynnościowe, bądź też anatomiczne lub konstytucyjne czynniki, dalej przez ciężkie zatrucia, przez sprawy niedomogi hormonalnej, zakażenia i ciężkie stany wycieńczenia pierwotnego i wtórnego — napotyamy w ostatnich czasach częściej, niż dawniej, u ludzi pozatem zdrowych, często nawet silnych, muskularnych i wysportowanych zupełnie niewinną i nieszkodliwą, żadnych następstw za sobą nie pociągającą hypotonję, której genezy nie znamy.

Idąc za przykładem v. Noordena, nazwałbym tę hypotonję „*hypotonia innocens*“.

Że hypotonja taka nie wymaga żadnego specjalnego leczenia, niema chyba potrzeby podkreślać. Mimo to widziałem już nawet stosowaną transfuzję krwi.

PISMIENICTWO.

- 1) D. de Vries Reylingh: Die Blutdruckmessung. München. 1918.
- 2) L. Gaillavardin: La tension arterielle (Bibliografie do r. 1920), Paris (Masson) 1920.
- 3) K. Curschman: Zur Frage der Essentiellen Hypotonie, Zeitschr. f. Klin. Mediz. H. 3 — 4, 1926.
- 4) P. Martini u. A. Pierach: Der Niedere Blutdruck und der Symptomenkomplex der Hypotonie, Kl. Wochenschr. 1926, Nr. 30 und 40.
- 5) F. Wagner: Beitrag z. Hypotonie. problem. Med. klinik. 1925 Festschrift Ortner.
- 6) H. Rotky: Beobachtungen ueber Magen-darmaffektionen bei Soldaten (Aciditätsverhältnisse Coloptose). Mediz. Klinik. 1917, Nr. 32.
- 7) F. Munk: Der niedere Blutdruck (Arterielle Hypotonie). Med. klinik. 1926, Nr. 37 und 38.
- 8) J. Pal: Niederer Blutdruck-Blutdrucksenkung. Med. Klinik, 13, H. 2, B. 19 (Referat).
- 9) P. Martini: Ueber die Bedeutung d. niederen Blutdrucks. Aertztl. Ver. München. 2/6, 1926, Ref. D. med. Woch. 1926, Nr. 33.
- 10) G. Joachim: Der Hypotonische Symptomenkomplex. München. Med. Woch. Nr. 16.
- 11) J. Boas: Diagnostik u. Therapie d. Magenkrankh: Berlin 1920.
- 12) M. Villaret, M. Bariety et L. Jostin: Besançon. S. Med. Hopit. 9/7, 1926. Pr. Med: 885, 1926.
- 13) Claude et Lamache: Soc. Biol. 5/2, 1927.
- 14) Dumas, Bronar Verand: Soc. Med. Hopit. Lyon, 25.I 1927.
- 15) Jungi Auger: C. R. Soc. Biol. Lyon, 17.I 1927.
- 16) Z. H. Roddis, G. W. Cooper: The Effects of Climate on Blood pressure, J. Amer. Med. Association 2053/26 (87/25).
- 17) Ch. Laubry et E. Doumer: Pr. Med. 1926, p. 817.
- 18) Govaerts: Bull. Acad. Belg. 1924, Morphards. Moude medical 27.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z miejskiego szpitala w Neukoeln pod Berlinem.

(Dyrektor: prof. dr. R. EHRMANN).

Badanie treści żołądkowej za pomocą próbnego trunku alkoholowego Ehrmanna (E. P. T.=Ehrmann's Probetrunck).

Józef NUSBAUM (Warszawa, czasowo Berlin, miejski szpital neukoellnski).

Z licznych metod badania treści żołądkowej stosowano dotąd w praktyce głównie śniadanie próbne Boas—Ewalda i obiad Leube—Regela.

Tak zwane frakcjonowane wydobywanie treści żołądkowej za pomocą zgłębnika dwunastniczego, czem zajmowali się Ehrenreich, współpracownik Ehrmanna, już w roku 1912, podając rozmaite posiłki, Katsch i Kalk, stosując śniadanie próbne Ehrmanna, nie utrzymało się, gdyż metoda ta daje mało charakterystyczne krzywe kwasoty, zbyt obciąża pacjenta, wobec czego nie może być stosowana w praktyce prywatnej; zalegające zaś często resztki pokarmowe nie przechodzą przez cienki zgłębnik.

W roku 1914 zastosował Ehrmann, jako napój próbny przy badaniu treści żołądkowej 5% alkohol (w 950 gr. wody destylowanej rozcieńcza się 50 gr. 93 — 94° alkoholu), który podaje się choremu naczno w ilości 300 cm³, poczem w 20 — 30 minut żołądek opóźnia się za pomocą zgłębnika.

Trunek Ehrmannowski pozwala wyprowadzać wnioski dagnostyczne i terapeutyczne, o wiele dalej idące, niż wszystkie dotychczasowe metody; pozwala on zwłaszcza lepiej zorientować się, co do czynności, opróżniania oraz zawartości składników patologicznych.

Treść wydobyta po zastosowaniu próbnego trunku

Ehrmanna, przedstawia się pod względem ilości, woni, zabarwienia i kwasoty w sposób następujący:

Normalnie ilość wydobytego płynu waha się od 30 do 60 cm³. Wchłanianie alkoholu w żołądku prawidłowym następuje szybko, wobec czego treść pozbawiona jest alkoholu lub wykazuje słaby zaledwie zapach alkoholowy; stwierdzenie silnego zapachu alkoholu przemawia oczywiście za upośledzonym wchłanianiem, zwolnionem przedostawaniem się treści lub jej zatrzymaniem. W wielu przypadkach stwierdzić można inne zapachy, jak np. fermentacyjny (*sarcina*), gnilny i t. d.

Zabarwienie treści pochodzić może od regurgitacji, jeżeli barwa płynu jest mniej lub więcej zielono-żółta, lub od innych domieszek chorobowych.

Jedną z głównych zalet próbnego trunku Ehrmanna jest absolutna przezroczystość wydobytego płynu, dzięki której możemy już makroskopowo rozróżnić wszelkie domieszki chorobowe. Jeżeli dać choremu w przeddzień 20 gr. siarczanu baru (*barium sulfuricum*), zawieszzonego w wodzie, lub 2 gr. karminu w postaci proszku w opłatku, to substancje te przyczepiają się do śluzu oraz do niepokrytej śluzówką ściany żołądka.

Stwierdzenie dużej ilości baru, nie związanego ze śluzem, w wydobytej treści przemawia za istnieniem przeszkody w wydalaniu treści lub za owrzodzeniem; mała ilość baru poza śluzem wskazuje na nierówności lub pofałdowania śluzówki, cząstki baru, stwierdzone drobnowidzowo lub znajdujące się wewnątrz śluzu, nie mają znaczenia chorobowego.

Łatwo jest rozpoznać domieszki patologiczne, jak śluz w niezyciu żołądka, krew w owrzodzeniach i t. d.

Jedynie napój próbny Ehrmanna pozwala na zasadzie wykrytych resztek mikroskopowych, t. zw. mikroresztek, rozpoznawać początki upośledzenia ruchowej zdolności żołądka. Normalny bowiem żołądek nie

wykazuje po 12—16 godzinach nawet mikroskopowych resztek, wobec czego te t. zw. mikroresztki (kropelki tłuszczu, krochmalu) są już przejawem chorobowym. Przy gastroskopowaniu normalnie widać też niekiedy małe jeziorko śluzu, w którym mogą się znajdować mikroskopowe resztki pokarmowe; po podaniu alkoholu zmywa się to ewentualne jeziorko, wobec czego pozostaje w mocy fakt, iż tylko w stanach patologicznych żołądka zjawiają się mikroresztki w wydobytej treści po trunku alkoholowym.

Przy miareczkowaniu otrzymujemy liczby nieco niższe, niż po śniadaniu B o a s—E w a l d a.

Liczba wolnego kwasu solnego waha się tu od 12—18, ogólna kwasota od 18—24. Niższe liczby tłumaczą się silniejszą regurgitacją, częściowo zaś łagodniejszym drażnieniem alkoholu. Różnica między liczbą, wyrażającą kwasotę ogólną a wolny kwas, wynosi najwyżej 10, a ile zaś przekracza 15, to mamy do czynienia z domieszkami patologicznymi: treść zawiera wówczas np. dodatkowe substancje białkowe (resztki pokarmowe, krew lub wydzieliny raka, względnie wrzodu), które wiążą kwas solny. E. P. T. posiada jeszcze tę wyższość nad innymi próbnymi śniadaniem, że wywołuje lekkie odurzenie, zwłaszcza u wrażliwych kobiet, wskutek czego łatwiej poddają się one sondowaniu.

Inne drażniące roztwory, zaproponowane później na wzór E. P. T., jak kofeina, buljon, histamina i t. d., pobudzają zbyt mało wydzielanie lub też powodują dodatkowe objawy (histamina).

Streszczając się, podnoszę następujące główne zalety E. P. T., który w ciągu 13 lat od wprowadzenia go przez E h r m a n n a okazał się bardzo odpowiednim i rozpowszechnia się coraz więcej:

- 1) przezroczystość płynu umożliwia zaobserwowanie wszelkich domieszek;
- 2) proste własności chemiczne jakoteż brak białka pozwala na łatwe przeprowadzenie różnego rodzaju badań;
- 3) stanowi dostateczny bodziec, jest nieszkodliwy, chorzy zaś dobrze go znoszą.

PIŚMIENICTWO.

1) Archiv. f. Verdauungskr. 29—1918, H. I. 2) Prüfung der digestiven Tätigkeit des Magens. K r a u s—B r u g s c h. 3) Prohemlzeiten. M o h r—S t a e h e l i n, 1926. 4) Friedrich—Neumann. D. M. W. 1921. 5) E r m a n n i n D i n k i n. Rusko-niemiecki: medic. gazeta w Berlinie, 1927, czerwiec.

Z oddziału chorób nerwowych szpitala na Czystem w Warszawie (Ordynator: E. FLATAU).

Przypadek guza mózgu z prawdopodobnym umiejscowieniem w lewym ciele prążkowanym*).

Podali

E. HERMAN (Warszawa) i T. SIMCHOWICZ (Warszawa).

Chory Kap... A., l. 34, rolnik, przybył na oddział 19 stycznia 1927 r., żonaty, ma troje zdrowych dzieci, choroby weneryczne neguje, alkoholu nie nadużywa, pali niewiele. W r. 1918 przechodził jakoby tyfus, pozatem zawsze był zdrowy. Obecną chorobę datuje od lat 2-ich. Rozpoczęła się od bólów w prawym ramieniu; bóle

*) Według pokazu w Warsz. Tow. Neurologicznem w dniu 19.II 1927 r.

o charakterze uciskowym, zjawiały się co rano i trwały około ¼ godziny; nie były silne, tak iż chory wspomina o nich dopiero po dokładnem wypytywaniu w tym kierunku. Po 3-ich miesiącach wystąpiło drżenie w pr. k. g., wzmagając się przy ruchu. Drżenie to stopniowo się nasilało i trwa do dziś dnia. Po upływie następnych kilku miesięcy dołączyły się bóle głowy, umiejscowione, początkowo rzadkie, z biegiem czasu coraz to silniejsze i powtarzające się codziennie. Bólom głowy towarzyszą wymioty, niezależne od pokarmów. Ani drgawek, ani utraty przytomności nie było. Od roku nieznaczne pogorszenie wzroku. Stuch bez zmiany. Łaknienie, pragnienie nie uległy zmianie.

Od roku utrudnienie w oddawaniu moczu oraz zaparcie stolca. W sferze płciowej zaburzeń brak.

Choroba obecna nie była poprzedzona żadną chorobą gorączkową, zwłaszcza nie było zaburzeń snu, dwojenia i t. p. objawów, wskazujących na nagminne zapalenie mózgowia.

St. o b e c n y. Wzrost wysoki, budowa silna, odżywianie dobre. Narządy wewn. — bez zmian. Tętno — 48, miarowe.

Zrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziałują dobrze. Dno oczu: obustronna tarcza zastoinowa, wyraźniejsza po str. prawej (tarcze obrzękłe, granice zatarte, naczynia poszerzone, miejscami wygięte; wyniosłość tarcz około 1,0 D, wybroczyny na tarczy prawej, większa przy tarczy, dwie mniejsze wzdłuż naczyń dolnego i zewnętrzne). Visus oc. utr. — 5/5 (+1,0). Pole widzenia — prawidłowe. Mroczków niema. Bródka nosowa pr. w spokoju nieco pływata, zresztą twarz unerwiona z obu stron dobrze. Inne nerwy czaszkowe — bez zmian. Kk. górne: siła mięśniowa prawej cokolwiek osłabiona, ruchy, napięcie, czucie wszystkich rodzajów bez zmiany. Kk. dolne: bez zmian. Petits signes — nie stwierdza się.

O d r u c h y: pr. okostnowy górny żywszy od lewego, z m. trójkłowego — umiarkowane, brzuszne żywe, pr. nieco słabszy, M a y e r a + obustr., PR — słabe, jednakowe, AR — bardzo słabe, otrzymuje się jedynie przy kaszlu, podeszwowe — zgięcie stopowe, B a b i Ń s k i e g o niema, R o s s o l i m o, M e n d e l—B e c h t e r e w a brak. Obj. nosowopodbródkowego, R a d o v i c i — M a r i n e s c o, skurczu rozciągowego mięśni przeciwniczych, paradoksalnego W e s t p h a l a — niema. Chód prawidłowy. Balansuje kk. dobrze. Mowa nieco nosowa. W k. g. prawej widoczne drżenie o dużej amplitudzie, stojące na pograniczu pomiędzy drżeniem zamiarowym a ruchami hemibalicznymi. Przy bliższem spostrzeganiu widać, co następuje:

Gdy chory unosi k. g. pr. szybko, występuje w niej drżenie o dużej kolistej amplitudzie, sprawiające wrażenie, jak gdyby chory dłonią w przestrzeni kreślił weźwonicę o dużym rozmiarze. Drżenie to zjawia się na początku ruchu zamierzonego, rozmiar jego jest wówczas jeszcze mały, w dalszym przebiegu ruchu drżenie znika, by zjawić się ponownie w końcu ruchu wykonanego; ma wówczas amplitudę bardzo dużą, tak, iż sprawia wrażenie rytmicznego hemibalicznego potrząsania całą kończyną, po chwili amplituda jego coraz maleje, drżenie przybiera charakter bardziej sprecyzowany i powoli zupełnie ustaje, mimo iż chory utrzymuje kończynę uniesioną.

Słowem, drżenie wymienione zjawia się przeważnie w trakcie ruchu, na jego początku lub też w końcu, a zwł. przy ustaleniu k. g. pr. po jakimś wykonanym ruchu, natomiast w ułożonej spokojnie kończynie jest znacznie mniejsze lub go niema. Przy unoszeniu powolnem kończyny drżenie jest również daleko mniejsze i zjawia się, gdy choremu poleci przerwać ruch i kończynę ustalić. Przy ruchu odwrotnym, to zn. przy układaniu kończyny tej na postaniu drżenie i potrząsanie występuje w momencie ułożenia kończyny, poczem znika. W k. g. l. i w dolnych drżenia, ani też ruchów mimowolnych niema. Gdy chory wykonywa ucisk dłonią zdrową, to w chorej występuje drżenie synkinetyczne.

Badania pomocnicze: roentgenogram czaszki (Dr. M e s z) wykazał — siodło tureckie o kształcie nerkowatym, o rozmiarach wybitnie poszerzonych, zarysach naogół zachowanych, o wyrostkach tylnych częściowo zniszczonych.

Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi ujemny. Mocz bez zmian. Chory miewa napady bardzo silnych bólów głowy, w czasie których głośno krzyczy.

Zastosowano naświetlanie promieniami R o e n t g e n a okolicy węzłów podstawowych po str. lewej oraz iniekcje dożylnie 33% cukru gronowego. Naświetlanie chory otrzymał w czasie od 22.I do 4.II w ciągu 5 seansów, zastrzykiwania 33% glukozy otrzymywał w ilości 10 cm³ co dzień, poczynając od 2.II. Stan chorego znacznie się poprawił. Bóle głowy prawie że ustąpiły. Inne objawy przedmiotowe, jak drżenie opisane, bradykardja oraz objawy zastoinowe na dnie oczu trwają.

Reasumując przypadek powyższy, widzimy, iż u 34 l. silnej budowy, zdrowego skądinąd mężczyzny, zjawiają się bez żadnych

poprzedzających zwiastunów, a zwłaszcza bez choroby gorączkowej, nieznaczne bóle w pr. k. g., po kilku miesiącach osobliwe drżenie w niej, a po następnych kilku miesiącach napadowe bóle głowy, coraz to wzmagające się, oraz wymioty.

Przedmiotowo stwierdzono obustronną tarczę zastoinową z krwotokami po stronie prawej, bradykardję, poszerzenie siodła turckiego, drżenie ograniczone w k. g. pr. obok nieznacznego osłabienia teźże kończyny. Wybitne objawy wzmózonego ciśnienia śródczaszkowego, jak silne napadowe bóle głowy, wymioty, zwolnienie tętna, obustronna zastoina na dnie oczu nasuwają rozpoznanie guza w mózgu lub też zapalenia surowiczego opon; stale zaś postępowanie tych objawów, bez najmniejszych wahań i remisji, długie, bo przeszło półtoraroczne nieprzerwane ich trwanie, wreszcie niejednakowy stopień zmian na dnie obu oczu i zogniskowane objawy mózgowie przemawiają za guzem mózgu.

Kolejność objawów powyżej naszkicowanych, a mianowicie wyprzedzenie na ½ roku objawów ogólnoucziskowych przez objawy takie, jak bóle i ograniczone drżenie w k. g. prawej, charakter tego drżenia, stojącego na pograniczu pomiędzy drżeniem zamiarowym a ruchami hemibalicznymi, czynią najbardziej prawdopodobnym umiejscowienie guza w ciele prążkowanym lewym; tembardziej, że bóle początkowe w obrazie klinicznym nie dominują bynajmniej. Zmiany w siodłach są wyrazem wtórnego wodogłowia wewnętrznego, gdyż niema żadnych danych, wskazujących na usadowienie się guza w przysadce (prawidłowe pole widzenia, brak zespołów przysadkowych, wybitna zastoina na dnie oczu). Na karb wodogłowia wewnętrznego kłaść należy również wybitne osłabienie odruchów ścięgowych ze strony kończyn dolnych. Osłabienie nieznaczne k. g. l. oraz l. n. twarzowego, wzmózenie odruchu okostnowego lewego wskazują na ucisk, wywierany przez guz na torebkę wewnętrzną. Bóle początkowe w k. g. l. są pochodzenia prawdopodobnie centralnego ze strony wzgórków wzrokowych. Zaburzenia pęcherza moczowego w postaci utrudnionego oddawania moczu, być może, są objawem ogniskowym, na co wskazali już Czyhlarz i Marburg.

Przypadki guzów mózgu, umiejscowionych w ciele prążkowanym, należą stosunkowo do bardzo rzadkich. Flatau w monografii swej z r. 1923 „O zespołach pozapiramidowych“ wspomina zaledwie o 3-ch tego rodzaju spostrzeżeniach w piśmiennictwie. Z lat ostatnich udało nam się odnaleźć w piśmiennictwie jeszcze kilka nowych opisów. We wszystkich tych przypadkach notowano, jako objawy charakterystyczne, do pewnego stopnia ogniskowe, ruchy mimowolne w postaci drżenia, ruchów płasawicznych, atetotycznych lub t. p. I tak Schilder (w r. 1911) spostrzegł przyp. atetozę jednostronnej, przyczem badanie pośmiertne wykazało guz jądra soczewkowatego.

Scheeri i Sturman (w r. 1915) u 65 l. mężczyzny z objawami sztywności przy ruchach biernych w l. połowie ciała, stężeniem ogólnym, sennością, znaleźli na sekcji guz w pr. ciele prążkowanym.

Sterz (w r. 1921) wspomina o przypadku podobnym, przebiegającym pod postacią choroby Parkinsona. Nieco analogiczny przyp. przytacza Cassirer.

Pussep (w r. 1925) ogłosił 5 własnych przypadków guzów ciała prążkowanego, leczonych operacyjnie. W 1-szym z nich wystąpił najpierw niedowład, do którego następnie dołączyły się ruchy płasawicze; na operacji odsunięto zakręt Roland'a i za pomocą igły wyczuto opór, okolicę tę nacięto, z głębi wyłonił się guz, który wyluszczone; po operacji ruchy płasawicze ustały, natomiast porażenie i znieczulenie wzmogły się, stopniowo jednak również cofnęły się. W przypadku II-im tegoż autora choroba rozpoczęła się od zaburzeń czucia na stopie, które rozprzestrzeniło się stopniowo na całą pr. połowę ciała; niebawem wystąpił pr. niedowład połowiczny, a następnie drżenie w ręce, kurcze mykloniczne, ruchy atetotyczne i sztywność. I tu stwierdzono za pomocą nakłucia, na głębokości 2 cm. guz, który usunięto. Nastąpiło wyzdrowienie.

Istnieje kilka spostrzeżeń, dotyczących guza ciała prążkowanego, przebiegających pod postacią zapalenia śpiączkowego mózgu.

Więc Claude, Schaeffer i Alajouanine opisali przypadek, dotyczący 49 l. kobiety, u której od 2-ch m. wystąpiła senność, po upływie 6 tyg. czkawka napadowa, podwójne widzenie, bóle głowy. Przedmiotowo stwierdzono wygląd parkinsonowski, nieznaczną hipertonię w mięśniach kk. oraz ubóstwo ruchów dowolnych. Objawów piramidowych nie było. Dno oczu nie było badane. Chora zmarła wśród objawów śpiączki. Rozpoznano: zapalenie nagminne mózgu. Sekcja wykazała duży glejak w zwojach podstawowych prawej półkuli mózgowej. Jądro soczewkowate było przez guz zupełnie zniszczone.

Rabinovitsch w przypadku, przebiegającym klinicznie jako *encephalitis leth.*, stwierdził glejomięsak w zwojach podstawowych. Na tego rodzaju trudności rozpoznawcze wskazują również Valude i Wertheimer.

Istnieje więc kilka spostrzeżeń, dotyczących zespołów pozapiramidowych, wywołanych przez guz, usadowiony w ciele prążkowanym. Nie mówimy o tych przypadkach, w których zespoły pozapiramidowe spowodowane zostały przez ucisk z odległości lub też wodogłowiem wewnętrznym.

Aczkolwiek zdajemy sobie sprawę, że znaczenie istotne posiadają w pierwszym rzędzie spostrzeżenia, sprawdzone anatomicznie, to jednak przypadek nasz zasługuje na uwagę ze względów następujących:

- 1) ścisłe ograniczenie objawów ze strony prążkowania i wzgórków wzrokowych wyłącznie do jednej kończyny;
- 2) trwanie tych objawów przez czas dłuższy, zanim zjawiły się oznaki wzmózonego ciśnienia śródczaszkowego;
- 3) późne wystąpienie tarczy zastoinowej;
- 4) osobliwy charakter objawów prążkowania;
- 5) zaburzenia moczu pochodzenia mózgowego;
- 6) dodatni wpływ promieni R. i zastrzykiwań roztworu hipertonicznego (33% glukozy) na objawy ogólnoucziskowe.

PIŚMIENNICTWO,

uwzględnione w pracy:

- 1) Cassirer, cyt. u Oppenheima. 2) Claude, H. Schaeffer, et T. Alajouanine: Un cas de tumeur cérébrale ayant simulé l'encéphalite léthargique. Paris méd. Nr. 15, p. 337—338, 1923. 3) Czyhlarz u. Marburg: Über cerebrale Blasenstörung. Jahrb. f. Psych. 20, p. 134. 4) Flatau E.: O zespołach pozapiramidowych, Warszawa, 1923. 5) Lama H.: Tumore del mesencefalo con sintomatologia simile a quella del l'encefalite letargica. Studinne Nr. 10, p. 304 — 310, 1921, ref. w Zbltt. f. d. N. und P. 1922, Nr. 28, p. 408. 6) Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkr. 1923, p. 1411 (Geschwülste in den Zentralganglien). 7) Pussep: Die Symptomatologie, die Diagnostik u. die operative Behandlung der Tumoren des Corpus Striatum. Folia neuropat. estoniana 1924, Bd. 2, p. 149 — 170, ref. w Zbltt. p. 68, Bd. 41, 1925. Rabinovitsch A.: Fall von Hirntumor unter dem Bilde einer epidemischen Encephalitis. Journal psych. Bd. 4, S. 109 — 114 (po rosyjsku) ref. Zbltt. f. N. u. P. 1925, Bd. 42, p. 636. 8) Schilder: Über Chorea u. Athetose Zeitschr. f. d. Ges. N. u. Psych. 1911, Bd. 7. 9) Scheeri i Sturman: Beitr. zur Kenntnis d. corp. Striatum. Zeitschr. f. d. Ges. N. und Psych. 1915, Bd. 30. 10) Sterz: Der Extrapyramidale Symptomenkomplex, 1921 und Deutsche Zeitschr. f. Nervenkr. 1921, Bd. 68 — 69. 11) Valude E. et Wertheimer: Sur un cas d'amaurose definitive sans lésions ophtalmoscopiques. Diagnostic différentiel entre tumeur cérébrale et encéphalite epidémique. Ann. d'oculist. T. 160, p. 731 — 734, 1923.

Z praktyki prywatnej.

Przypadek pęknięcia wodogłowia podczas wydobywania płodu *).

Podał

D. THURSZ (Warszawa).

Przypadki wodogłowia płodu należy zaliczyć do bardzo rzadkich wad rozwojowych. Lachapelle i Dugès na 43555 porodów widzieli wodogłowie w 15 przypadkach; Sickel na 65581 porodów spostrzegali je 11 razy. Schuchard na 12055 porodów stwierdził wodogłowie w 16, a Winckel na 15000 porodów w 8 przypadkach.

Ścisłych danych, co do przyczyn powstawania wodogłowia płodu dotychczas nie posiadamy, aczkolwiek różni autorzy usiłują uzależnić tworzenie się wodogłowia od przebytych chorób matki lub płodu w jej łonie. Znane są spostrzeżenia, gdy kobiety kilkakrotnie z rzędu rodziły dzieci z wodogłowiem, lecz istotnej przyczyny tego szczególnego zбочenia wykryć nie zdołano.

West i Olivier uważają puchlinę wodną matki za zjawisko, sprzyjające powstaniu wodogłowia. Carus, Schneider i Siebold twierdzą, że wodogłowie powstaje z powodu puchliny wodnej jaja płodowego, a z kolei choroba ta przechodzi również na płód.



Wobec tego, że często obok wodogłowia występują objawy kily noworodka, zaczęto w ostatnich czasach coraz większą wagę przywiązywać do kily rodziców, jako momentu etjologicznego. (Elsner, Birch, Hirschfeld, Fournier i in.). Należy też pamiętać, że nierzadko w przypadkach wodogłowia spotykamy się z innymi chorobami lub wadami rozwojowymi płodu, jak naprz. z rozszczepieniem kręgosłupa (*spina bifida*), z obustronną stopą szpotawą, z puchliną brzuszną itd.

*) Pokaz preparatu na posiedzeniu nauk. w Szpitalu Starozakonnym na Czystem.

Nadmierne rozcięcie czaszki przez wielką ilość gromadzącego się płynu (do kilku niekiedy litrów), w komorach mózgu utrudnia bardzo rozpoznanie wodogłowia, gdyż wówczas kości czaszki ulegają znacznemu ścięczeniu (do grubości papieru), a szwy czaszkowe rozchodzą się znacznie.

Podług Buma często zdarzają się pomyłki rozpoznawcze, gdyż przy badaniu wodogłowia można wziąć za pośladek, za mocno napięty pęcherz płodowy lub nawet za tułów płodu. Podług tegoż autora rozpoznanie wodogłowia łatwe jest tylko wtedy, gdy się o niem w danym przypadku pamięta.

Życie matki narażone jest w przypadkach wodogłowia płodu na znaczne niebezpieczeństwo, gdyż wobec słabych bólów, towarzyszących zwykle większemu wodogłowiu, poród przeciąga się nadmiernie, i możliwość zakażenia przez częste badanie i próby rozwiązania potęguje się znacznie. Prócz zakażenia grozi matce przy wodogłowiu płodu również pęknięcie macicy i jej zwiotczenie po porodzie (*atonia uteri*), co doprowadzić nieraz może do wyniku śmiertelnego. Pęknięcie macicy nastąpić może nie tylko z powodu zastosowania nieodpowiednich zabiegów, lecz występuje również naskutek samoistnego naderwania dolnego odcinka macicy. Podług Winckla w 7—8% przypadków wodogłowia następuje samoistne pęknięcie macicy.

Hönek przytacza przypadek wodogłowia płodu przy łożysku przodującym; przypadek zakończył się śmiercią.

Z powyższego wynika, że wodogłowie płodu należy uważać za powikłanie porodu, mogące mieć dla matki b. poważne następstwa. Na 77 przypadków wodogłowia Hohla przytacza 21 przypadków śmierci matek; Winckel na 66 przypadków — 10 przypadków śmierci matek; Schuchard na 73 — 17 przypadków śmierci matek.

O wiele znaczniejsza jest śmiertelność płodów z wodogłowiem.

Do wyjątkowo rzadkich przypadków zaliczyć należy samoistne pęknięcie wodogłowia podczas wydobywania płodu. W dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem tylko jeden tego rodzaju przypadek, opisany przez Küstnera. Wobec niezmiernej rzadkości takiego powikłania porodu pozwolę sobie opisać przypadek z własnej praktyki prywatnej.

G. A., lat 36, VIII-ra. Wzrostu dużego, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. Serce i płuca bez zmian. Tętno 80, pełne, miarowe. Chorób, oprócz dziecięcych, nie przechodziła. *Lues negatur* (mąż zdrowy). Rodziła zawsze prawidłowo, bez pomocy lekarza. Bardzo rzadkie i niezbyt silne bóle porodowe rozpoczęły się o godzinie 10, wody płodowe odeszły o godz. 12. Brzuch dość duży, dno macicy wyczuwa się na 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. Jedna duża część — po stronie lewej nad pępkiem, druga — nad spojeniem łonowym, mało ruchoma. Drobne części po stronie prawej nad pępkiem. Tętno serca płodu wyraźnie nad pępkiem po stronie lewej. Samopoczucie rodzącej dobre. Ciężota 36, 8. Zastrzyknąłem ampułkę pituglandoli bez widocznego skutku. O godz. 20 zbadałem rodzącą wewnątrz. Rozwarcie ujścia na 3 palce. Część przodująca gładka, dość twarda; włosienia brak, szwy czaszkowych nie wyczuwałem; z prawej strony tuż przy warcie przedniej wyczuwał się twór, przypominający mosznę. Wobec takiego stanu rzeczy rozpoznałem położenie pośladowe, tembardziej, że podczas badania wewnętrznego zaczęła się ukazywać smółka w znacznej ilości. O godz. 24 zastryk-

nałem powtórnie jedną ampulkę pituglandolu. Dość silne i częste bóle wkrótce ustaly prawie zupełnie. Przez noc całą bóle były bardzo rzadkie i słabe. O godz. 7 przystąpiłem do wydobycia płodu wobec zupełnego wyczerpania rodzącej. Ujście szyi rozwarło na 4 i ½ palca. Obrzękła warga przednia nie dała się zupełnie odsunąć ku górze; zamiast przewidywanego poślądka wypinał się silnie przez ujście mięski twór, przypominający brzuszek płodu. Udało mi się dość łatwo usunąć tę miękką masę, wejść ręką głębiej do macicy i, chwyciwszy za nóżkę, dokonać obrotu. Wydobycie płodu aż do główki szło dość gładko. Podczas bardzo uciążliwego wydobycia główki sposobem *Wiegand-Martina* usłyszałem nagle trzask wewnątrz macicy i miałem wtedy wrażenie, jakby się główka płodu urywała. Po chwili udało mi się jednak z łatwością główkę wydobyć. Okazało się wówczas, że mamy przed sobą płód nieżywy z olbrzymim wodo-

głowiem i znacznym pęknięciem powłok czaszki w okolicy prawego szwu ciemieniowego. Długość pęknięcia około 9 cm.; szerokość około 2 cm. Pęknięcie sięgało wgiąb do mózgu. Ilość cieczy wodogłowia wynosiła około 2¼ litra.

Innych zboczeń, prócz wodogłowia, u płodu nie stwierdziłem.

Z powodu kilkakrotnego badania wewnętrznego rodzącej przez położną i przeze mnie i wobec dokonanych rękoczynów podczas wydobywania płodu zastrzyknętem chorej zapobiegawczo surowicę przeciwpaciorkowcową wielowartościową. Po kilku dniach wystąpiły objawy nadwrażliwości (anafilaksji), które po znacznych dawkach salicylanu sodu znikły. Połóg bez powikłań.

Streszczenia zbiorowe.

Wyniki szczepienia ochronnego metodą Calmette'a w gruźlicy bydłej.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

W marcowym zeszycie roczników pasteurowskich znajdujemy szereg prac w tej aktualnej sprawie, a mianowicie pracę *Guérina*, najbliższego współpracownika *Calmette'a*, dotyczącą hodowli, obserwacji i systematycznie szczepionej od roku 1921, następnie zespół poszukiwań, dokonanych we Włoszech pod przewodnictwem prof. *Ascoli*, i wreszcie badania, wykonane na Ukrainie. Oto jak się pokrótce przedstawiają wyniki.

Guérin, *Richard* i *Boissière* szczepili bydło na fermie, specjalnie zajmującej się hodowlą cieląt, trzymanych do 4 miesięcy na nieprzetworzonym mleku matki, a potem aż do 8 miesiąca na pokarmie mieszanym. Zwierzęta są cały czas na wolnym powietrzu, z wyjątkiem miesięcy zimowych, które spędzają w oborach, wzorowo urządzonych. Gruźlica jest stwierdzona w tym majątku od roku 1915. Tuberkulina dała wówczas 32 odczynu dodatnie na 67 sztuk badanych czyli 47,7%. W roku 1920, w końcu, cyfra ta spadła do 41,7%. W tym czasie autorzy rozpoczęli akcję szczepienną, polegającą na uodpornieniu cieląt nowonarodzonych. Wszystkie inne środki zapobiegawcze, jak odosobnienie, ubój sztuk podejrzanych w celu usuwania źródeł zakażenia, uległy odtąd zawieszaniu.

W roku 1921 uodpornienie polegało na wprowadzeniu do tkanki łącznej podgardla kulki z pumeksu średnicy 10 milim., wewnątrz wydrążonej i napelnionej gęstą zawiesiną żywych prątków. W ten sposób autorzy uodpornili w ciągu roku 22 sztuki. Zabieg wykonano w miesiąc po urodzeniu. Cztery sztuki padły w ciągu roku z przyczyn, nie mających nic wspólnego z gruźlicą. Odczynów w miejscu szczepienia nie znaleziono. Gruczoły chłonne nie były zakażne dla świńek morskich. Prątki, zawarte w kulkach, ginęły szybko, odporność, nabyta tą drogą, jest tylko przemijająca. Autorzy cytują te doświadczenia dlatego, że są identyczne z metodą, podaną w r. 1924 przez *Vallégo*. W r. 1922 autorzy już szczepią dożylnie. Badanie całego pogłowia za pomocą tuberkuliny wykazało wówczas 20 razy wynik wyraźny i 9 razy wynik podej-

rzany na ogólną liczbę 64 sztuk. W ciągu tego roku zaszczepiono 15-oro cieląt jednorazowo dożylnie dawką 1 lub 2 mg. prątków BCG. Nadto zaszczepiono 17 cieląt przeszlorocznych dawką 20 mg. Trudności związane ze szczepieniem dożylnem sprawiły, że od r. 1923 autorzy przeszli do szczepień podskórnych, wykonywanych w ciągu pierwszych dni po urodzeniu dawką 50 mg. W roku tym zaszczepiono 19 cieląt, z których pozostało przy życiu 11. Na gruźlicę nie padło żadne. Jednocześnie zaszczepiono powtórnie cielęta z lat poprzednich, których pozostało razem 32 sztuki. Szczepienie podskórne nie spowodowało żadnych zmian szkodliwych; tworzy się stwardnienie miejscowe, związane ze skórą, wielkości od orzecha do pięści, utrzymujące się aż do roku. Przypadków śmierci z gruźlicy w ciągu r. 1923 nie było. W roku 1924 zaszczepiono 17 cieląt, z których pozostało przy życiu 11 (pozostałe padły z różnych przyczyn niezależnych od gruźlicy). Sztuki z lat poprzednich zaszczepiono powtórnie. W tym roku po raz pierwszy poszły na rzeź sztuki, uodpornione od urodzenia z r. 1921 i 1922, w ogólnej liczbie 11. Żadna nie miała gruźlicy ani śladu.

W roku 1925 zaszczepiono 25 sztuk, z których pozostało przy życiu 23, dwie padły na biegunkę. Ze sztuk dawniejszych zaszczepiono ponownie 42. W ciągu roku padło 5 na rozmaite choroby, i oddano na rzeź jedną sztukę. Nadto poszło na rzeź 5 sztuk. Wszystkie były od gruźlicy wolne. W roku 1926 pogłowie liczyło jeszcze dwie krowy, reagujące dodatnio w roku 1919. Pozatem była jeszcze jedna urodzona w 1919 i jeszcze nie szczepiona, w swoim czasie za pomocą tuberkuliny nie badana. Zabita w roku 1926, okazała się dotknięta gruźlicą ogólną, tak, że mięso było w całości skonfiskowane. Świadczy to niezbicie o istnieniu ogniska zakażenia w oborze. Z 26 cieląt, urodzonych w tym roku, padły 4, wszystkie inne pozostały przy życiu. W ciągu tego roku poszło na rzeź 14 sztuk, urodzonych pomiędzy rokiem 1922 i 1924. Wszystkie były szczepione systematycznie i wszystkie były wolne od gruźlicy. Ogółem 1 stycznia r. 1927 było jeszcze 11 sztuk dawnych i 58 szczepionych. W ciągu całego czasu poszło na rzeź 30 sztuk, z których żadna nie miała gruźlicy. Zauważyć należy, że wśród nich 20 pochodziło od matek gruźliczych lub o gruźlicę podejrzanych, były one żywione w ciągu kilku miesięcy życia nieprzetworzonym mlekiem matczynym.

Zatrzymaliśmy się dłużej nad tą publikacją. Jest ona niezmiernie przekonująca. Wynika z niej, że

metoda Calmette czyni zadość trzem zasadniczym wymaganiom: jest prosta, nieszkodliwa i skuteczna. Takiej obfitości danych kontrolnych nie spotykamy w żadnej publikacji dotychczasowej.

Doświadczenia autorów włoskich dotyczą szczepień, rozpoczętych od r. 1925. Do chwili ogłoszenia publikacji wykonano ich z górą 1000, przeważnie na cielętach bardzo młodych. Nadto kilkaset sztuk szczepiono 2-krotnie. Sam zabieg jest zupełnie nieszkodliwy. Cielęta rozwijają się doskonale, a prątki, utrzymujące się w miejscu szczepienia raz do roku nie wykazują żadnego zwiększenia zjadliwości. Autorom udało się wyhodować bakterje ogniska szczepionnego i stwierdzić ich nieszkodliwość dla morskiej świnki. U zwierząt zabitych nie znaleziono gruźlicy ani razu. Pozatem wykonano szereg doświadczeń kontrolnych na kozach i jałówkach. Zakażenie wywoływano w pół roku po uodpornieniu. Sztuki kontrolne miały wszystkie ciężką gruźlicę, sztuki uodpornione były zupełnie zdrowe. Dalsze doświadczenia są w toku. Akcja szczepienna zatacza coraz szersze kręgi.

Doświadczenia Komisji Ukraińskiej są zakrojone na bardzo szeroką skalę. Dotyczą one zarówno sprawy zjadliwości szczepionki, jak i odporności, przez nią wywoływanej. U świnek, szczepionych rozmaitemi dawkami zarazka, wprowadzonego rozmaitemi drogami, nie stwierdzono ani razu gruźlicy, wywołanej przez szczep BCG. Szczepiono ogółem 145 świnek, z których 50, padłych z rozmaitych przyczyn, względnie zabitych, zbadano histologicznie. Gruźlicy nie znaleziono nigdzie. Szczepionka wywoływała odczyn miejscowy, częściowo także odczyn w narządach wewnętrznych. W ogniskach takich znajdowano komórki olbrzymie i nabłonkowe, ale nie widziano nigdy guzków włściwych. W celu zbadania wrażliwości ustroju osłabionego autorzy zaszczepili 22 świnki, które otrzymały o 2 tygodnie wcześniej $\frac{1}{3}$ dawki śmiertelnej toksyny błoniczej, oraz 26 świnek, pozostających na djecie awitaminowej. U tych zwierząt również gruźlica nie rozwinęła się. Doświadczenia takie same wykonano na 91 królikach. Wynik był podobny. Guzki rozwijały się u nich częściej, zwłaszcza w płucach, po szczepieniu dożylnem, miały jednak charakter łagodny i po przeszczepieniu na świnki nie wywoływały zmian gruźliczych. Zresztą, proces ten jest przemijający, gdyż króliki, zabite po upływie 2 — 3 miesięcy po szczepieniu, guzków nie miały. Ośmiokrotne pasażę, wykonane w ciągu roku na królikach i na świnkach, nie wykazały żadnego wzmoczenia zjadliwości.

Na specjalną uwagę zasługują spostrzeżenia autorów nad stosunkiem szczepu BCG do tuberkuliny. Przedewszystkiem okazało się, że hodowla buljonowa zawiera tuberkulinę, może nieco słabszą od tuberkuliny wytwarzanej przez szczepy zwykłe, ale w każdym razie zabijającą morskie świnki po zastrzyknięciu podskórnem i dającą wyraźny odczyn śródskórny. Co się tyczy zwierząt, szczepionych szczepem BCG, to świnki

reagują na jedną i drugą tuberkulinę i to wyraźniej na tuberkulinę BCG. Reakcja nie występuje jednak u wszystkich zwierząt. Proporcja zwierząt wrażliwych wzrasta stopniowo. Wykazuje maximum 70% po upływie 3 — 4 miesięcy po wprowadzeniu szczepionki do przewodu pokarmowego i 45% po zaszczepieniu podskórnem. Później odczyn tuberkulinowy znika w coraz większym stopniu i z końcem roku snada do zera. Króliki reagują wyraźnie tylko na próbę spojówkową.

Doświadczenia na cielętach obejmują 15 sztuk i na zrebietach 2 sztuki. Obserwacja cieląt trwała około 8 miesięcy, źrebiąt przeszło rok. Zwierzęta były cały czas zdrowe i rozwijały się prawidłowo. Sekcja 2 cieląt, z których jedno dostało 83 mg. prątków pod skórę, a drugie 200 mg. do żyły, nie wykazała ani śladu gruźlicy. Guz podskórny pierwszego cielęcia, przeszczepiony na świnki i króliki, gruźlicy nie wywołał. Co się tyczy zachowania się szczepu BCG względem tuberkuliny w organizmie cielęcia, autorzy bezpośrednich doświadczeń nie przytaczają. Stwierdzają tylko, że zwierzęta uodpornione dają wyraźny przemijający odczyn ciepły po wprowadzeniu dożylnem prątków zjadliwych, gdy tymczasem zwierzęta nieuodpornione odczynu tego nie dają.

Przechodzimy teraz do doświadczeń nad działaniem uodparniającem szczepu BCG. Uodpornienie świnek i królików doprowadziło do wyników niezupełnie jednolitych. Świnki małe, ważące najwyżej 180 gr. i uodpornione drogą ustną, są częściowo wrażliwe na działanie szczepów zjadliwych, wprowadzonych do ustroju po 3 — 4½ miesiącach. Świnki, ważące 165 gr., wykazują znacznie mniejszą śmiertelność w porównaniu z kontrolnemi, względnie powolniejszy rozwój procesu gruźliczego. Uodpornienie drogą ustną nie zabezpiecza przed zakażeniem drogą podskórną. Króliki uodpornione zapadają na gruźlicę w mniejszym stopniu, niż kontrolne, zwłaszcza po uodpornieniu podskórnem. Autorzy kładą nacisk na konieczność powtórzenia i rozszerzenia tych doświadczeń.

Doświadczenia na cielętach są bardziej jednolite. Przedewszystkiem wszystkie kontrolne w liczbie 4 padły na ciężką gruźlicę przed upływem 2 miesięcy. Wszystkie zwierzęta uodpornione pozostały przy życiu z wyjątkiem jednej sztuki, która padła z przyczyn, nie mających nic wspólnego z gruźlicą. Sztuki uodpornione, zabite po upływie 3-ch — 6 miesięcy po zakażeniu, miały bardzo nieznaczne zmiany gruźlicze, które nie wywarły żadnego wpływu na ogólny stan zdrowia. Sztuki, zabite później, były zupełnie zdrowe (o zmianach gruźliczych autorzy nie wspominają).

Zmiany histologiczne wskazywały u zwierząt kontrolnych na ostry proces gruźliczy z tendencją do uogólnienia, gdy tymczasem u zwierząt uodpornionych guzki były otoczone tkanką łączną i wykazywały tendencję do gojenia się.

W wyniku tych doświadczeń autorzy zaszczepili 400 cieląt, pozostających na obserwacji u właścicieli. Wyniki tej akcji będą przedmiotem specjalnego doniesienia.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

∞ J. v. MERING. **Podręcznik chorób wewnętrznych** wydany przez L. Krehla. Tom I, zeszyt III i tom II, zeszyt IV. Tłumaczy: Br. Handelsman i J. Luxenburg. Warszawa, 1927.

Świeżo wydane zeszyty zawierają: 1) choroby przewodu pokarmowego, otrzewny, wątroby i trzustki i 2) choroby nerek, krwi i gruczołów dokrewnych. Już przy omawianiu pierwszych dwu zeszytów tego wydawnictwa podkreśliśmy zalety podręcznika. Należałoby powtórzyć tu wszystko, co przytaczano w poprzednich wzmiankach sprawozdawczych. Wybór dzieła jest istotnie nader szczęśliwy, albowiem dla większości naszych lekarzy podręcznik, tak właśnie opracowany, okazać się musi pod każdym względem przewodnikiem pożytecznym. Strona praktyczna na pierwszy tu plan się wysuwa; teoria uwzględniona jest w takiej mierze, że zadawała potrzeby umysłu lekarza i daje poważną podstawę dla naukowego traktowania przedmiotu. W wielu miejscach wprost podziwiamy zręczność autorów w opracowaniu przedmiotu i jasnym tegoż wykładzie. Autorzy tacy, jak Gerhardt, Matthes, Winternitz, Minkowski, dalej Müller Fryderyk, Naegeli i Kraus w mistrzowski sposób wywiązują się ze swego zadania. Szczęśliwy dobór autorów, doskonały, treściwy wykład, wreszcie tłumaczenie polskie staranne, jasne — to wszystko zaleca podręcznik i daje nam sposobność do wyrażenia znów pochwały dla kolegów Handelsmana i Luxenburga. Jeżeli wydawnictwo naukowe „Wiedza“ wytrwa w swych zamierzeniach, należy się spodziewać, że w najbliższym czasie nasza literatura podręcznikowa znakomicie zostanie wzbogacona.

M. F.

Serologia i Bakterjologia.

P. LESBRE i H. JAUSION. **O zdolności redukującej gronkowców różnej jadowitości w stosunku do błękitu metylenowego.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. N. 9 — 1926).

Zdolność redukująca, jako probiez natężenia odczynów biochemicznych, daje się wykorzystać dla oceny czynności życiowej drobnoustrojów.

Autorzy badali porównawczo gronkowce saprofityczne i chorobotwórcze, wzięte bądź z nieuszkodzonych powłok skórnych, bądź też z różnych chorób skórnych (*furunculosis, acne, ectyma, impetigo*) o różnym nasileniu. Gronkowce te zasiewano na podłożach z dodatkiem błękitu metylenowego i śledzono następnie natężenie i czas trwania odbarwienia. Okazało się, że prawie wszystkie szepczy chorobotwórcze wykazały wybitne właściwości redukujące, odbarwiając w znacznym stopniu środowisko, w którym były posiane, szepczy zaś saprofityczne tej własności nie okazały i hodowle ich pozostawały niebieskimi. Klasyfikacja ta okazała się zupełnie zgodną z danymi klinicznymi: wszystkie gronkowce z czyraków okazały się redukującymi, zaś gronkowce, pochodzące z trądzika, nieredukującymi, inne gronkowce chorobotwórcze redukowały odpowiednio do ciężkości zmian chorobotwórczych, przez nie wywołanych, i do stopnia ich rozwoju. Z prób tych można więc wyciągnąć wnioski rokownicze.

Autorzy porównywali również stopień złośliwości drobnoustrojów i ich zdolność redukcyjną za pomocą odczynów śródskórnych, i okazało się, że drobnoustroje redukujące dawały odczyny silne, zaś nieredukujące nie dawały żadnych odczynów.

Z doświadczeń tych autorzy wyciągają wniosek, że badanie zdolności redukującej gronkowców w stosunku do błękitu metylenowego może dawać cenne wskazówki dla określania stopnia złośliwości szepczy i dla rokowania ropnych zapaleń skóry.

J. Typograf.

O. THOMSEN. **Badania grup serologicznych u starców z punktu widzenia żywotności poszczególnych grup.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 20 — 1927).

Istnieje obecnie już dość liczny szereg prac, w których różni autorzy udawadniają pewną zależność niektórych chorób od grup serologicznych osobników, u których te zachorzenia najczęściej się stwierdza.

Jeżeli pewne grupy byłyby rzeczywiście szczególnie skłonne (lub odporne) w stosunku do chorób, powodujących zejście śmier-

telne (rak, gruźlica), to należałoby oczekiwać, że w wieku starszym wzajemne ustosunkowanie się grup powinno się odpowiednio zmienić: grupy te, jako do pewnego stopnia mniej wartościowe, powinny u ludzi coraz starszych spotykać się coraz rzadziej, na korzyść przewagi ilościowej innych grup. Dla sprawdzenia, czy tak jest w istocie, autor zbadał w Kopenhadze grupy serologiczne u 1151 staruszków w wieku od 65 do 102 lat.

Otóż wynik badań grup krwi u tych starców wykazał, że odsetek poszczególnych 4 grup u nich różni się jedynie bardzo nieznacznie od ustosunkowania się wzajemnego tych grup wśród zdrowej ludności Kopenhagi w wieku średnim.

Badania więc autora nie potwierdzają przypuszczenia, aby niektóre śmiertelne schorzenia, jak np. gruźlica lub rak, atakowały przeważnie osobników pewnej określonej grupy, a nawet wprost przeciwnie, przemawiają za tem, że grupa serologiczna, podobnie jak i szereg innych cech, nie okazuje wyraźniejszego bezpośredniego związku w stosunku do odporności lub wrażliwości względem różnych chorób.

J. Typograf.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

∞ **Synonimy syntetycznych środków leczniczych z podaniem ich nazw, zastrzeżonych prawnie, własności chemicznych i fizycznych oraz wskazań leczniczych dla użytku lekarzy i aptekarzy.** Tom XIII Biblioteki okręgowego związku Kas Chorych w Krakowie 1927 — stron 48).

Liczba środków leczniczych, wprowadzanych na rynek, ustawnie wzrasta, daleko szybciej jeszcze wzrasta liczba opatentowanych nazw środków leczniczych, gdyż jeden i ten sam środek zjawia się na rynku pod najrozmaitszymi nazwami, zależnie od firmy, która go wyrabia. Po upływie pewnego czasu opatentowany środek staje się dostępny dla każdego przemysłowca, dotychczasowy zaś wytwórca zatrzymuje nadal wyłącznie tylko opatentowaną dawniejszą nazwę; następnicy wytwórcy muszą tenże środkowi nadać inną nazwę. W ten sposób złożyło się, że np. środek o wzorze chemicznym $(CH_2)_6N_4$, którego nazwa chemiczna jest *hexamethylentetraminum*, znajduje się w handlu pod następującymi nazwami, zależnie od tego, jaka firma środek ten wypuściła, a mianowicie: urotropin, cystamin, cystogen, metramin, formamin, formin, naphtamin, xametrin, vesaloin, urisol, uritone, methenamin, hexamine.

Środek o wzorze chemicznym $C_7H_6O_7 (CH_2)_6N_4$, którego nazwa chemiczna jest *hexamethylentetraminum aviylromethylencitricum*, zjawia się w handlu pod następującymi nazwami: helmitol, urotropine nouveau, neurotropin, citramin, hexamol, citramine oxyphen, formamol, uropurgol.

Dla tych określeń ustalila się w praktyce nazwa „synonim“ zupełnie niesłusznie, gdyż są to tautonimje.

Zadaniem obecnej broszury jest zorientowanie lekarzy i aptekarzy w zakresie synonimów najczęściej używanych syntetycznych środków leczniczych.

Materiał opracowany jest w ten sposób, że pierwsza rubryka obejmuje nazwę chemiczną środka, druga — jego nazwę opatentowaną i „synonimy“, trzecia — wzór chemiczny, czwarta — własności chemiczne i fizyczne, wreszcie piąta — wskazania lecznicze i dawkowanie. Na końcu broszury dodany jest skorowidz według nazw chemicznych i skorowidz według nazw opatentowanych z podaniem strony, na której dany środek odszukać można wśród jego „synonimów“.

Broszura jest ułożona przejrzysto i starannie, najzupełniej odpowiada swojemu zadaniu i może być polecona każdemu, który się z tą sprawą styka i nią interesuje.

W. Knappe.

∞ Mr. Farm. Jan MUSZYŃSKI, prof. nadzw. farmacji Univ. Stefana Batorego. **Podręcznik do mikroskopowego rozpoznawania surowców lekarskich dla farmaceutów, lekarzy i ekspertów celnych.** Nakładem Mr. Franciszka Heroda. Warszawa 1926 — stron 303.

Minęły już te czasy, kiedy aptekarz otrzymywał surowce lekarskie w takim stanie, w jakim je człowiek wydarł przyrodzie; oczyszczał je, gatunkował, wreszcie krajał i proszkował. Współczesny aptekarz nie widzi już surowców naturalnych, albowiem otrzymuje wszelkie zioła w stanie drobno pokrajanych lub w postaci proszku. Ani najlepsza znajomość morfologii, ani nawet pomoc lupy

nie ułatwi stwierdzenia tożsamości lub rozpoznania zafalszowań. Niezbędną tu jest znajomość anatomii każdego poszczególnego surowca i pomoc mikroskopu.

Materiał opisowy książki ułożony jest w postaci klucza, który pozwala czytelnikowi, obznajmionemu z anatomją roślin i techniką mikroskopową, określić samodzielnie badany surowiec na zasadzie pewnych cech anatomicznych, które łatwo dostrzedz nawet w surowcu sproszkowanym. Załączony przy opisach rysunki mikroskopowe ułatwiają rozpoznanie. Materiał podzielono na 8 grup: skrobie i mąki; zarodniki, gruczoly, grzyby; kory, owoce i nasiona; kłącza, bulwy i korzenie; drewna; liście i ziola; kwiaty. W każdej z tych grup podane są cechy najbardziej używanych okazów w liczbie od kilku do kilkunastu; opisy cech drobiazgowo, sumienne; widać, że osobiście sprawdzone. Praca jest mrówcza, benedyktyńska; świadczy o dużym zamiłowaniu autora i chęci dania do rąk czytelnikowi dzieła doskonałego.

Podręcznik prof. J. Muszyńskiego jest pierwszą tego rodzaju pracą w naszym piśmiennictwie naukowym; odda on duże usługi ekspertom celnym, lekarzom i farmaceutom w razach potrzeby szybkiego i pewnego stwierdzenia jakości surowca i jego zafalszowań

Część ogólna, zajmuje 70 stron i obejmuje szczegółowy opis mikroskopu oraz techniki mikroskopowej jak: przygotowanie preparatu, robienie skrawków, opis płynów i odczynników, używanych przy mikroskopowaniu, barwników, sposobów zalewania i utrwalania preparatów.

Przy końcu podręcznika umieszczony jest słowniczek łacińsko-niemiecko-polski i polsko-łaciński ale tylko wyrazów technicznych i nazw części roślin; jest to wyrazownictwo techniczne, nie zaś jak głosi napis „słowniczek botaniczny“, przez co możnaby rozumieć słownik nazw roślin. Brak takiego słownika odczuwa dotkliwie każdy, kto przy opisie ziół i t. p. pragnie obok nazwy łacińskiej umieścić nazwę polską. Autor wywiązałby się z takiej pracy niewątpliwie również doskonale.

W. Knappe.

RATHERY, LEVINA i MAXIMIN. O działaniu syntaliny na osobników zdrowych i cukrzyczych (Cmp. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 13 — 1927).

Frank, Nothman i Wagner zaproponowali ostatnio w leczeniu cukrzycy pewną polimetylową pochodną guanidyny, nazwaną przez nich syntaliną. Dokładnego wzoru chemicznego syntaliny autorzy nie podawali. Wobec tego, że syntalina okazuje się czynną również i przy stosowaniu doustnym, nadawałaby się ona lepiej do leczenia cukrzycy, niż insulina. Autorzy wykonali szereg badań nad wpływem syntaliny na ludzi zdrowych i cukrzyczych.

Z badań ich wynika, że u osobników zdrowych syntalina jest w stanie przeciwdziałać hyperglikemji, powstającej po podaniu cukru. U osobników cukrzyczych syntalina nie okazuje działania stałego. U pewnych chorych może pozostawać zupełnie bez wpływu na zachowanie się cukru, u innych zaś wpływać wybitnie dodatnio. Różnice działania nie zależą, prawdopodobnie, od ciężkości przypadku, gdyż na niektóre lekkie przypadki syntalina nie działała lepiej, niż na bardzo ciężkie. Czas utrzymywania się działania syntaliny jest dłuższy, niż insuliny.

Wniosków swych autorzy nie uważają za ostateczne, należy bowiem dla powzięcia o syntalinie właściwej opinji, spostrzegać chorych przez czas znacznie dłuższy. Nie mamy więc obecnie jeszcze dostatecznego prawa uważać syntaliny za lek przeciw cukrzycy, tak samo czynny, jak insulina, i będący w stanie ją zastąpić. Możliwe jest jednak, że pewne postacie cukrzycy poddają się łatwiej leczeniu syntaliną, niż insuliną, i że można łączyć z pomyślnym wynikiem oba sposoby leczenia.

J. Typograf.

E. HELAERS. O wpływie heksetonu na norfinowe porażenie oddechu. (Cmp. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 2—1927).

Liczni autorzy stwierdzili pomyślny wpływ heksetonu na oddech zatrutych morfiną zwierząt. Modrakowski i Sikorski i uzależniają jednak ten dodatni wpływ nie od zawartej w heksetonie syntetycznej kamfory, lecz od użytego jako rozpuszczalnik salicylanu sodu. Dla rozstrzygnięcia kwestji, który ze składników heksetonu jest składnikiem czynnym, autor zajął się zbadaniem wpływu, jaki wywiera hekseton, rozpuszczony nie w salicylanie sodu, lecz w będzwinianie sodu, na morfinowe porażenie oddechu. Doświadczenia wykonano na królikach, zatrutych takimi dawkami morfiny, które powodowały ciężkie, szybko doprowadzające do śmierci zaburzenia oddechu. Z chwilą, gdy częstość i objętość od-

dechu zmniejszyły się do połowy, autor zastrzykiwał dożylnie bądź sam będzwinian sodu, bądź też w połączeniu z heksetonem.

Otóż będzwinian sodu sam nie poprawiał rozpaczonego stanu zwierząt i nie był w stanie ich uratować, zastrzyknięcie zaś heksetonu, rozpuszczonego w będzwinianie sodu, powodowało początkowo silne drgawki, trwające 1 — 2 minuty, oraz jednoczesne wybitne powiększenie częstości i objętości oddechu. Drgawki te występowały również i u królików normalnych. Rozczyn salicylanu lub będzwinianu sodu samego drgawek nie powodowały.

Poprawa ruchów oddechowych, wywołana heksetonem, utrzymuje się nadal po ustaniu objawów drgawkowych, i można ją wówczas dokładnie obliczyć. Objętość oddechu i jego częstość wracają do normy, a czasem nawet ją przekraczają. W ciężkich zatruciach morfiną dobroczynny wpływ heksetonu wyczerpuje się szybko, i w kilka minut po zastrzyknięciu oddech znowu słabnie. Nowe zastrzyknięcie heksetonu znowu poprawia go wybitnie, tak, że, zastrzykując hekseton kilkakrotnie, można osiągnąć zupełne ustąpienie porażenia oddechu, spowodowanego morfiną, i uratować królika.

Po zastrzyknięciu dużej dawki morfiny oddech królika gwałtownie ustaje. Zastrzyknięcie heksetonu w rozczyn będzwinianu sodu, dokonane w 1½ minuty po ustaniu oddechu, doprowadza natychmiast ruchy oddechowe do normy.

Doświadczenia powyższe wykazują w nieulegający wątpliwości sposób pomyślny wpływ heksetonu na znaczne nawet porażenie oddechu w przypadkach zatrucia morfiną.

J. Typograf.

P. WEGER. O wpływie strofantyny na liczbę ciałek białych i płytek krwi. (Cmp. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 1. 1927).

Autor zastrzykiwał królikom strofantynę i badał, czy i jakie zachodzą w związku z temi zastrzykowaniami zmiany ilościowe lub jakościowe ciałek białych oraz płytek krwi, i stwierdził, że strofantyna w dawkach małych posiada właściwość wywoływania dość znacznej leukocytozy, która w miarę powiększania dawki staje się coraz mniej wyraźna. Większych zmian w ustosunkowaniu się ciałek białych wielojądrowych i jednojądrowych strofantyna nie powoduje.

Szczególnie silnem okazuje się działanie strofantyny na liczbę płytek krwi: powoduje ona wybitną trombocytemję, która przy większych dawkach utrzymuje się bardzo długo.

Liczba płytek, znacznie powiększona po jednym zastrzyknięciu, może się utrzymywać na tym wysokim poziomie w ciągu nawet tygodnia. Wydaje się więc, że strofantyna pobudza silnie tę część szpiku kostnego, która wytwarza płytki krwi.

J. Typograf.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

E. WIRTH. Odczyn śródskórny po szczepieniu paciorkowcami hemolizującymi u zdrowych i u chorych dotkniętych zakażeniem paciorkowcowem ze szczególnem uwzględnieniem zagadnienia migdałkowego. (Ztschr. f. Hals-Nasen-1. Ohrenhkl. T. 17. Z. 2 — 1827).

Wnioski autora są następujące:

Szczepienie śródskórne paciorkowców hemolizujących wywołuje u zakażonego paciorkowcami taki sam odczyn, jak u zdrowego. Najróżnorodniejsze szczepy zachowują się pod względem intensywności odczynu jednakowo. Ponieważ szczep zakażający nie wywołuje żadnego odczynu swoistego, przeto odczyn śródskórny po szczepieniu paciorkowcami z migdałka nie daje prawa do uznania tych drobnoustrojów za patogenetyczne dla jakiegokolwiek bądź zakażenia ogólnego. 2. Nie stwierdzono żadnego związku pomiędzy wynikiem odczynu Dicka i odczynu śródskórnego po zastosowaniu szczepionki paciorkowcowej jakoteż pomiędzy odczynem Dicka i przebiegiem choroby.

Z. S.

L. PESTI. Zapalenie ropne zatoki czołowej, wywołane przez paciorkowca śluzowego. (Ztschr. f. Hals-Nasen — u. Ohrenhkl. T. 17 Z. 2 — 1927).

W 4 tygodnie po nieźycie nosa wystąpiło u młodej kobiety w okolicy czołowej lewej bolesne chęlboczące obrzmienie. W lewej połowie nosa w przewodzie środkowym znaleziono trochę wydzieliny ropnej. Po przecięciu ropnia stwierdzono w głębi ubytek kostny w przedniej ścianie zatoki czołowej, a z ropy wyhodowano paciorkowca śluzowego. Po wykonaniu operacji Killiana nastąpiło zupełne wyleczenie. Przypadek ten dowodzi, że w przypadkach z wczesnem schorzeniem kości i z nieznacznymi

zmianami w nosie, a nawet z brakiem tych zmian, należy liczyć się z możliwością zapalenia zatoki czołowej, wywołanego przez paciorkowca śluzowego. Ponieważ ani z obrazu klinicznego ani z rentgenogramu nie można wnosić o stopniu zniszczenia kości, więc dla uniknięcia ciężkich powikłań wskazany jest wczesny radykalny zabieg operacyjny.

Z. S.

E. WIRTH. Podostre zapalenie wyrostka sutkowego wywołane przez zakażenie mieszane lasecznikiem błękitnym i paciorkowcem niehemolizującym. (Ztschr. f. Hals—Nasen—u. Ohrenhkl. T. 17. Z. 2 — 1927).

Z ropy, otrzymanej przy operacji wyrostka sutkowego, wyhodowano lasecznika błękitnego i paciorkowca niehemolizującego. Z doświadczeń na myszach okazało się, że paciorkowiec niehemolizujący sam nie był wcale zjadliwy dla myszy, lasecznik błękitny sam miał dla niej bardzo słabe własności chorobotwórcze, zaś zakażenie mieszane z całą pewnością prowadziło do zejścia śmiertelnego. Autor wyprowadza stąd wniosek, że lasecznik błękitny jest w stanie niewinnemu paciorkowcowi niehemolizującemu nadać własności chorobotwórczych, i w ten sposób też tłumaczy powstanie ropnego zapalenia wyrostka sutkowego w opisanym przypadku. Możliwe jest przeto, że laseczniki błękitne i wobec innych bakterij ropnego zapalenia płuc posiadają takie same własności.

Z. S.

O. MAYER. Badanie histologiczne i kliniczne w sprawie wskazań operacyjnych w ostrym zapaleniu wyrostka sutkowego. (Ztschr. f. Hals—Nasen—u. Ohrenhkl. 17. Z. 2—1927)

Z obrazu histologicznego 30 przypadków wynika, że już w kilka dni od początku choroby w wyrostku sutkowym może rozgrywać się intensywne zapalenie ropne: obok tego odbywa się nacieczenie okolonaczyniowe w przestrzeniach naczyńnicowych kości oraz osteoklazja. Widoczne gołem okiem schorzenie kości stwierdzić się daje dopiero w 4-ym tygodniu choroby. Większość powikłań występowała już w czasie, kiedy nie dawały się jeszcze zauważyć jakiegokolwiek objawy ze strony kości. Należy tedy stawiać wskazanie do operacji już wtenczas, kiedy na zasadzie objawów klinicznych można przypuszczać ropienie w wyrostku sutkowym a zarazem obawiać się wystąpienia niebezpiecznego powikłania, nawet jeżeliby wynik badania rentgenowskiego był ujemny. Błędem jest czekanie na wyraźne objawy schorzenia kości, gdyż można spóźnić się z wykonaniem zabiegu operacyjnego.

Z. S.

Choroby kobiet i położnictwo.

BRINDEAU et LANTUEJOU. Znieczulanie lędźwiowe u akuszerki. (Bulletin de la Société d'obst et de gyn. Nr. 4, 1927).

Doleris i Malartie już od 1901 r. przyszedli do wniosku, że znieczulenie lędźw. gra trójaką rolę w akuszerji: znieczula, wzbudza bóle porodowe i wstrzymuje krwawienie. Z punktu widzenia fizjologicznego rozróżniamy dwie części kanału rodniczego. Górny, który się powinien kurczyć, i dolny (szyja, pochwa i krocz), który powinien stopniowo wiotczeć, ażeby przepuścić dziecko.

Keiffer i inni wykazali, że przecięcie mleczka pocięzowego pobudza skurcze mięśni macicy i paraliżuje dolny odcinek macicy. Znieczulenie lędźw. działa w identyczny sposób. Przy normalnym porodzie z. l. jest przeciwwskazane.

Poród pośladowki u pierwiastek przechodzi o wiele łatwiej po z. l. Tak samo działa przy nakładaniu kleszczy u pierwiastki przy niepodatnym kroczu. Tym sposobem zmienia się krocz pierwiastki na elastyczne krocz wielorodki.

Przy obrocie z. l. nie jest wskazane, gdyż skurczona macica nie pozwala zrobić obrotu. Cesarskie cięcie pochwowe (Dührsen) jest o wiele łatwiej wykonać w z. l., gdyż miękkie części są elastyczne i nie krwawią tak mocno; jedyną niewygoda w tym razie jest konieczność zakończenia porodu obrotem.

Najwięcej wskazane jest znieczulenie lędźw. przy cesarskim cięciu klasycznym. Znieczulenie jest zwykle zupełne, płód nie cierpi, a najgłówniejsze, że krwawienie jest minimalne. Po wyciągnięciu płodu macica się tak kurczy, że zeszczy brzegów ran jest bardzo łatwe.

Co do powikłań, jak wymioty, bóle głowy, paraliż i t. d., to są one bardzo rzadkie. Na 296 przypadków jedna chora nie mogła trzymać moczku dwa miesiące, u drugiej paraliż ósmej pary nerwów trwał 8 dni.

W 4—5% z. l. nie wytarcza, a czasami nie można go zastosoować, gdyż nakłucie lędźwiowe jest niemożliwe z powodu wykrzywienia kręgosłupa.

Autorowie używali z początku stowainy, a później nowokainy z adrenaliną. Autorowie postępują wedl. Delmasa. Nakłucie w okolicy czołowej lewej bólsne chętnie obrzmię. W lewej znajduje się 10 cgr. nowokainy z adrenaliną w proszku. Po zmieszaniu wstrzykuje się chorej powoli. Ostatniemi czasy autorowie przed znieczuleniem wstrzykują ampulkę sparteiny.

I. Ebin.

PORTES et SEGUY. Wpływ ciąży, porodu i połogu na ostre zapalenie kiszki ślepej. (Gyn. et Obst. N. 2, T. XV, 1927).

Ciąża daje często nawroty ataków zapalenia ślepej kiszki. Poród i połóg jeszcze więcej działają na ślepą kiszkę, rozrywając mechanicznie zrosty, i mogą wywołać nawet śmiertelne zapalenie otrzewny. Z powodu tego, że ciąża działa bardzo ujemnie na chorą ślepą kiszkę, autorowie przychodzą do następujących wniosków praktycznych: chora ślepą kiszka u kobiety ciężarnej powinna być bezwzględnie operowana. Jeżeli można, to należy czekać, aby ostry stan przeszedł, gdyż operowana na gorąco chora zwykle roni (40% przypadków). Jeżeli zapalenie ślepej kiszki jest połączone z zapaleniem otrzewny, jedynym ratunkiem dla matki jest natychmiastowa interwencja.

Podczas porodu zwykle się nie interwenjuje. W tym razie operuje się kilka godzin po porodzie. W połogu chorą trzeba bardzo skrupulatnie obserwować, gdy tylko zauważy się jakieś pogorszenie, interwencja jest niezbędna.

L. Ebin.

A. A. SZOROCHOWA. Sztuczne zapłodnianie u ludzi. (Gyn. et Obst. Nr. 2, T. XV, 1927).

Autorka w przeciągu ośmiu lat badała 586 kobiet, które nie miały potomstwa. Nasienie mężów tych 586 kobiet było zupełnie normalne w 8,2%. W 54% nasienie było tak zmienione, że przyczyna niepłodności była tylko po stronie męża. W niektórych przypadkach płodność mogła być osiągnięta, ale z trudem, tak, że wi-na niepłodności była po jednej i po drugiej stronie.

Przypadki, które wyłączają płodność u kobiety, nie mogą służyć do sztucznego zapł. Najlepiej nadają się kobiety, u których znajdujemy: zwężenie ujścia wewnętrznego szyi, płytką pochwę, (w której nasienie prędko wycieka nazewnątrz), wydzieliny pochowe zabójcze dla nasienia. Oprócz tego *impotentia coeundi*, anormalne nasienie (*azoo-necrosperma* i t. d.) lub przypadki, w których klinicznie nie można skonstatować przyczyny niepłodności.

Nie jest wskazane sztuczne zapłodnienie u kobiet chorych dziedzicznie z niedorozwojem organów płciowych, z nowotworem, z zapaleniem organów rodnych, z gonokokami w wydzielinach. Ze strony męża nasienie jest niedobre (*azoo, necrosperma*), gonokoki w spermie lub inne mikroby, duża liczba leukocytów i t. p.

Najlepiej udaje się szt. zapł. w 12—13 dniu po perjdzie.

Technika jest bardzo prosta. Najpierw bada się wydzielinę, jak mężczyzny, tak i kobiety. Nasienie powinno mieć od 60—80 tysięcy plemników w cm³. Bakterje i leukocyty nie powinny przewyższać liczby 1—3 w polu widzenia, gdyż w przeciwnym razie takie nasienie może wywołać zapalenie macicy. Spermę otrzymuje się przez *Coitus interruptus*, a nie przez *coitus condomatus*, gdyż kondom nie jest dostatecznie aseptyczny. Jak tylko się otrzymuje nasienie, trzeba jaknajprędzej wprowadzić je do macicy. Wlewa się 2—3 krople do macicy bardzo delikatnie, ażeby nie podrażnić macicy i nie wywołać w ten sposób jej skurczu, podczas którego macica może wyrzucić nasienie.

Po iniekcji kobieta powinna leżeć 20—30 minut nieruchomo. Autorka dokonała 50 szt. zapł. i otrzymała 22 wyniki dodatnie, czyli 44%. Przy tych doświadczeniach autorka przyszła do wniosku, że: 1-o Dzieci rodzą się zupełnie normalne, 2-o Szt. zapł. jest nieszkodliwe dla kobiety i dlatego powinno być próbowane przed każdym zabiegami operacyjnym. 3-o Udaje się czasami zapłodnić kobietę, gdy wszystkie inne środki zawiodły. 4-o Szt. zapł. może służyć nie tylko do zapłodnienia, ale nawet jako metoda leczenia zaburzeń menstruacyjnych.

L. Ebin.

E. GROSS. O stosowaniu lecniczem cukru gronowego w gorączce połogowej i o wynikach tego leczenia. (Ther. d. Gegenw. 1926, Z. 11).

Wlewania dożylnie i doodbytnicze cukru gronowego, o ile są stosowane wczesnie i systematycznie, wpływają pomyślnie na stan ogólny chorych i na przebieg choroby. Autor robił codziennie lub

co drugi dzień wlewania dożylnie 200 ctm³ 20% roztworu. Obok tego dawał alkohol w dużych dawkach, septojod i kuprokollargol.

Z.

K. WARMKROS, N. LOUROS i M. BECKER. O leczeniu posocznicy połogowej za pomocą nowej surowicy. (Münch med. Woch. 1926, Nr. 51).

Doświadczenia autorów dowiodły, że strąk hodowli bardzo zjadliwego szczepu paciorkowca gorączki połogowej posiadał swojskie jadowite własności. Na tej zasadzie autorzy przystąpili do wytwarzania surowicy antytoksycznej za pomocą szczepienia hodowli tego paciorkowca koniom metodą *D o c h e z a i D i e k a*. Surowicą tą leczono 200 przypadków ciężkiego posoczniczego zakażenia połogowego bez żadnego przypadku śmierci. Zastrzykiwano surowicę domięśniowo w ilości 50 ctm³ codziennie, aż do zupełnego spadku gorączki.

Z.

M. HENKEL. Rozmyślenia nad powstawaniem i leczeniem upławów pochwowych. (Med. Klin. 1926, Nr. 48).

Autor jest zdania, że zagadnienie upławów nie jest ani bakterjologiczne, ani chemiczne, lecz czysto biologiczne. I dlatego z punktu widzenia leczniczego i flora bakterjologiczna i skład chemiczny wydzielin pochwowych mają znaczenie podrzędne. W każdym przypadku upławów należy rozstrzygnąć pytanie, czy przyczyna choroby jest miejscowa, czy też ogólna. Autor zwraca uwagę na znaczenie pochwy zięjącej, nietrzymania moczu, pryszczycy i czyraków pochwy oraz niezżyków kiszki; dalej — na znaczenie zmian tkanki łącznej miedniczej, nieprawidłowego położenia macicy, zaburzeń miesięczkowych, zapalenia macicy, nadżerek i t. p. Do natychmiastowego usunięcia nadżerek poleca autor jako najlepszy środek wypalenie rozpalone żelazem, do stłumienia następstw upławów — płukania pochwy łagodnymi środkami odkażającymi.

Z.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

C. BRUHNS. Czy przez dzisiejsze leczenie salwarsanem we wczesnym okresie kły powiększa się niebezpieczeństwo późniejszego zapalenia tętnicy głównej i powikłań nerwowych pozakłifowych? (Med. Klin. 1927, Nr. 7).

B r u h n s dochodzi do wniosku, że niewątpliwie powiększenie liczby kilowych cierpień tętnicy głównej, zauważone w ostatnich latach, nie może być przypisane leczeniu salwarsanem, gdyż wobec okresu wylegania zapalenia aorty dopiero późniejsze lata dać mogą odpowiedź na pytanie, czy intensywne leczenie salwarsanem w okresie wczesnym kły ma w następstwie schorzenie aorty. Skrócenie okresu wylegania dla zapalenia aorty nie dało się stwierdzić. Możliwość częstszego występowania zapalenia tętnicy głównej prowadzi do wyleczenia kły, niż to było osiągnięte dotychczas. To samo dotyczy wianu rdzenia i porażenia postępującego. Energiczne leczenie salwarsanem zmniejsza liczbę chorych na kły i zapobiega schorzeniom aorty i układu nerwowego.

Z.

W. KRANTZ. Objawy odpornościowe po wyjąławiającem leczeniu salwarsanem. (Ztschr. f. Immuniätsforsch. und exp. Ther. T. 50. Z. 1 i 2, 1927).

U myszy, zakażonych krętkiem *O b e r m e y e r a*, znikają ze krwi krętki po leczeniu salwarsanem, jeżeli jednak zakażenie mysz powtórnie tym samym szczepem, to zakażenie przyjmuje się. Przeciwnie zaś, mysz, która przetrzymała zakażenie bez leczenia, staje się odporna na zakażenie powtórne. Choroba myszy, lezonej poprzednio salwarsanem, a powtórnie zakażonej, odznacza się jednak powolnym występowaniem i osłabionym przebiegiem, z czego wnosić można, że salwarsan wywołuje częściową odporność. Doświadczenia autora przypuszczają do potwierdzają, przyczem, zdaniem *K.* odporność nie jest następstwem podrażnienia, wywołanego zabitemi krętkami, lecz znajduje się w ścisłym związku z działaniem samego salwarsanu.

Z.

J. v. KENNEL. Leczenie bismutem w okresach bezgórzkowych zimnicy szczepionej na podstawie ilościowego określania bismutu w płynie mózgowo-rdzeniowym. (Münch. med. Woch. 1927 Nr. 2).

Ścisłe badania wykazały wyraźny wzrost bismutu, przechodzącego do płynu mózgowo-rdzeniowego, jeżeli zastrzykiwania bismu-

tu robione były podczas przebiegu zimnicy, mianowicie w okresie apiteksji. Wpływ bismutu na samą zimnicę nie był stwierdzony. Z tego wynika, że kombinacja: zimnica szczepiona i jednocześnie zastrzykiwania bismutu jest skuteczniejsza, niż stosowanie bismutu przed zimnicą lub po niej.

Z.

GOMES da COSTA. O wpływie syntaliny na gojenie się owrzodzeń skórnych. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 16; 1927).

Wiadomo, że insulinę stosuje się obecnie nie tylko do leczenia cukrzycy pochodzenia trzustkowego, lecz również do leczenia nadczynności tarczycy, wychudzenia, a ostatnio i do leczenia owrzodzeń skórnych; w tym ostatnim przypadku stosuje się insulinę miejscowo. Autor również wypróbował insulinowe leczenie ubytków skórnych i w 3 przypadkach owrzodzeń goleni na tle żylaków osiągnął znakomite wyniki. W dwóch innych podobnych przypadkach insulina żadnego wpływu na gojenie się owrzodzenia nie wywarła. Autor otrzymał w tym czasie kilka próbek syntaliny i zastosował ją do leczenia tych opornych na wszelką dotychczasową terapię wrzodów. Stosował ją w postaci pasty (0,05 na 100), zmienianej dwukrotnie w ciągu dnia. Wynik tego nowego sposobu leczenia okazał się niezwykle pomyślnym, ubytek skóry w krótkim czasie począł się pokrywać raskórkiem, i obecnie po 30 dniach leczenia owrzodzenie, którego rozmiary wynosiły 6×3,5 cm², przedstawia jedynie bardzo małą powierzchnię: 15 mm² i jest na drodze do zupełnego wyleczenia.

J. Typograf.

Medycyna sądowa.

Ö. C. KRAUSE. Określenie czasu powstania zmian w narządach u człowieka i zwierząt na podstawie cech histologicznych. Jena. 1927 rok.

Z ciekawej książki autora przytaczamy poniżej niektóre spostrzeżenia, mające pewne znaczenie w przypadkach sądowo-lekarskich badań narządów ciała: początek bujania stałych komórek łącznotkankowych rozpoczyna się na 2—3 dzień; początek rozrostu naczyń włosowatych — na 5—7 dzień; rozwój włókienek łącznotkankowych — na 5—7 dz.; różnicowanie się nowych włókien elastycznych około 30-go dnia; tworzenie się hemosyderyn — u konia na 2-gi dzień, u bydła na 3-ci, u psa na 2-gi; tworzenie się u konia larwnika, nie zawierającego żelaza, na 6-ty dzień. Ponadto autor podaje jeszcze i następujące zestawienia: ciałka ropne fagocytykujące zjawiają się na wewnętrznej powierzchni torebki ropnia na 2—3 dzień; bujanie gleju w mózgu obserwuje się na 2-gi dzień, wytwarzanie się zaś włókien gleju — na 10—14 dzień; tworzenie się nowych naczyń chłonnych — na 10 dzień; początek regeneracji włókien mięsnych (tworzenie się pęczków) — na 5—7 dz., poprzednie zaś przątkowanie w nowopowstałych pęczkach mięśni występuje na 20 dzień. Bujanie komórek okostny i ochrzęstny rozpoczyna się na 2-gi dzień, na 5-ty dzień rozpoczyna się tworzenie się tkanki chrzęstnej, na 12—14 tworzy się tkanka kostna, na 30—40 powstaje blizna, zawierająca sole wpcia. Autor zaznacza, że w dalszych okresach zmian histologicznych stwierdzenie czasu powstania tych zmian napotyka trudności, gdyż obserwuje się dość znaczne wahania i odchylenia w rozwoju zmian, w okresach zaś wczesnych widzi- my znacznie większą prawidłowość i stopniowość w ich powstawaniu.

W. Grzywo-Dąbrowski.

H. ALBRECHT. Samobójstwo w Niemczech. (Archiv für Kriminologie 80 Bd. 4 Heft).

W r 1924 w Niemczech zmarło wskutek samobójstwa 1438 osób, co wynosi na 100000 mieszkańców 23 samobójstwa, przycem przeważa pięć męska nad żeńską w stosunku 3 do 1-go. Wśród samobójców w r. 1924 było 100 dzieci do lat 15 (92 chłopców i 8 dziewcząt). Prawie połowa przypadków samobójstw była spowodowana chorobami psychicznymi, wzgl. nerwowymi lub miała swe źródło w jakichś fizycznych dolegliwościach denatów. Jak u mężczyzn, tak i u kobiet, najczęstszym sposobem pozbawienia się życia było powieszenie się, dalej — postrzelenie się u mężczyzn i utopienie się u kobiet, na trzecim miejscu stoi otrucie się gazami, przeważnie — gazem świetlnym. Sądząc z podanej przez autora tabelki, najrzadziej spotyka się samobójstwo zapomocą otrucia truciznami niegazowymi. W Berlinie w roku sprawozdawczym było 1111 samob. mężczyzn i 619 kobiet. Liczba samobójstw jest większa w miastach dużych, niż w małych, tak w Berlinie i w Hamburgu na 100000 mieszkańców było 45 samobójstw w całym zaś Niemczech — 23. W roku 1925 liczba samobójstw wzrosła o 5%.

W. Grzywo-Dąbrowski.
www.dibrowa.wum.edu.pl

DAISABRO HIRANUMA. Samobójstwo w Japonii. (Archiv. fur Kriminologie 80 Bd. 4 H.).

W ostatnich 25 latach w Japonii liczba samobójstw wzrosła, w roku 1900 było 13 przypadków na 100000, w latach zaś późniejszych — 16 do 20. W roku 1924 było razem 11261 (6958 m. 4304 k.) samobójstw. Od marca do sierpnia liczba samobójstw wzrasta, od września — zaczyna opadać, najmniej samobójstw spotyka się w listopadzie i lutym. W czerwcu, miesiącu deszczów w Japonii, rzadziej występują samobójstwa, niż w maju i lipcu. Najwięcej samobójstw spotyka się od roku 20 do 25, we wczesnej młodości znacznie częściej pozbawiają się życia kobiety, niż mężczyźni. Jako sposoby samobójstwa najczęściej są stosowane powieszenie się, potem — utopienie się, dalej otrucia, lecz co ciekawe, niezmiernie rzadko są stosowane trucizny żrące, częste są przejechania, jako samobójstwa, rzadkie — postrzały i zadanie ran. Prawie połowa samobójców była zajęta w rolnictwie.

W. Grzywo-Dąbrowski.

R. HEINDL. Samobójstwo w Rosji Sowieckiej. 1922 — 1925 r. (Archiv. fur Kriminologie 80 Bd. 4 H.).

Liczba samobójców mężczyzn. naogół jest większa, niż kobiet, z wyjątkiem lat 16 do 19; w tym krytycznym wieku liczba ta u obu płci jest prawie jednakowa. Uderza duża liczba samobójstw dzieci, liczba ta do lat 15 pięciokrotnie jest większa, niż w Niemczech w tym samym wieku. Najwięcej samobójstw ma miejsce w czerwcu, najmniej — w styczniu. W wieku 10 — 15 lat chłopcy najczęściej zabijają się w lipcu, dziewczęta zaś — w czerwcu. W latach 16—19 u obu płci najczęściej samobójstw spotyka się w maju. Co do dni tygodnia, to najczęściej popełniano samobójstwa w poniedziałki (dzień poświęcony).

W. Grzywo-Dąbrowski.

A. THEODOROW. Dziwny przypadek śmierci wskutek zaduszenia. (D. Zeitsch f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. IX).

Pewien osobnik lat 28 popełnił samobójstwo w sposób następujący: próbował on się zadusić, mocno zawiązując naokoło szyi szelki, pozatem — wypił pewną ilość koloksyniny — jest to bi-trinitrocelluloza, rozpuszczona w eterze octowym, płyn krzepnie na powietrzu. Na sekcji tego samobójcy znaleziono w tchawicy, dużych oskrzelach i ich rozgałęzieniach masy twarde; utworzone przez skrzepłą koloksyninę.

W. Grzywo-Dąbrowski.

J. FOG. Samobójstwo, zbieg przyczyn śmierci. (D. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. IX).

Pewien mężczyzna próbował pozbawić się życia w sposób następujący: okręcił on i zacisnął szyję dziesięciokrotnie sznurem, następnie oblał ubranie naftą i benzyną i podpalił, wreszcie — wyskoczył z klatki schodowej z wysokości 10 metrów. Wskutek upadku nastąpiło pęknięcie czaszki, złamanie żeber, miednicy i prawej ręki.

Główną przyczyną śmierci widzi autor w oparzeniach ciała, które zajmowały znaczną powierzchnię i były połączone ze zwęglaniem tkanek.

W. Grzywo-Dąbrowski.

F. GELMA i K. SIMONIN. Zatrucie tlenkiem węgla w czasie pożaru, znaczenie współczynnika zatrucia. (Annales de Medecine legale Nr. 4, 1927).

13.XI 1926 r. pod Sträsburgiem w czasie pożaru zginęło w płomieniach 4 osoby: kobieta lat 44, dziewczyna lat 19, dziewczynka lat 6, chłopczyk lat 2. Osoby te znajdowały się na 2 piętrze w mansardach i nie mogły się stamtąd wydobyć. W atmosferze ognia i dymu, osoby te miały przebywać około 20 minut. Na sekcji zwłok kobiety i dziewczyny znaleziono tylko powierzchowne oparzenie skóry, na zwłokach zaś dziewczynki i chłopczyka — częściowe zwęglenie tkanek. Przy badaniu chemicznym krwi, pobranej z serca, stwierdzono w niej obecność CO w ilości: na 100 cm³ krwi 20,4 cm³ u kobiety, 16,3 cm³ u dziewczyny, 26,66 cm³ u dziewczynki, 18,66 cm³ u chłopczyka.

Ilości te odpowiadają współczynnikom zatrucia: 0,77 — 0, 87—0, 89—0, 85 (stosunek danych ilości do ilości CO w stanie nasycenia). Ponieważ: a) przeniknięcie CO do krwi serca po śmierci jest wyłączone, b) współczynnik zatrucia śmiertelnego wynosi 0,66 według Balthasarda i Nicloux, c) zwierzęta zaś giną w ciągu 20 minut przy 1% zawartości CO w powietrzu, autorzy doszli do wniosku, że powyższe osoby zmarły wskutek zatrucia CO. Zdaniem autorów stwierdzenie współczynnika ma znaczenie w przypadkach, kiedy chodzi o stwierdzenie, czy osoba X lub Y zmarła wskutek zatrucia CO, czy też wskutek spalania się.

Alfred Piotrowski.

Balneologia i klimatologia.

☉ **Zdrowiska i uzdrowiska polskie.** (Przewodnik ilustrowany. Rocznik III na rok 1927).

Przy poparciu generalnej dyrekcji Służby Zdrowia i współpracy prof. Sabatowskiego ukazał się przewodnik, dobrze informujący o stanie naszych zdrowisk, uzdrowisk, stacyj klimatycznych, nawet znaczniejszych letnisk. Nietylko lekarz, lecz i każdy szukający odpowiedniego miejsca kuracyjnego znajdzie w nim wiadomości niezbędne dla orjentowania się w wyborze właściwego uzdrowiska. Wstęp zaznajamia z przeszłością lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce. Wobec krytycznego traktowania przedmiotu wskazane są tu też braki i liczne bolączki oraz wymieniane środki zmierzające ku naprawie zła. W osobnych rozdziałach mowa jest o tem, jak należy zachowywać się w uzdrowisku, oraz opisany jest rozwój techniczny i organizacyjny uzdrowisk polskich w ostatnich latach. Wiadomości czerpane są ze źródeł pewnych, a opracowanie całego przedmiotu nie pozostawia nic do życzenia.

M. F.

Wskazówki praktyczne.

— Kalisch, idąc za radą Boasa, stosuje w wątpliwych przypadkach *wzrodu żółdka gorące kataplazmy na brzuch chorego*, celem wykazania *utajonej krwi w wypróżnieniach*. W przypadkach, w których brak było krwi w stolcu, i badanie rentgenowskie nie dawało wyniku dodatniego, K. w sposób powyższy wykrywał krew w kale.

(D. med. Woch. 1926, Nr. 52).

— Saxl zaleca *efedrynę i efetoninę* w leczeniu *starczej rozedmy płuc*. Środki te działają pomyślnie na stan duszności szczególnie w przypadkach o niskim ciśnieniu krwi. Stosuje się naprzemian efedrynę i efetoninę.

(Wien. Kl. Woch. 1927, Nr. 23).

— W przypadkach *opóźniającego się zrastania kości* stosuje Brun leczenie operacyjne zamiast leczenia bodźcowego. Obnaża się miejsce złamania, oddziela okostną, ewentualnie z dłurowaniem kości i napelnia się ranę krwią, następnie szew na okostną. Ścisła aseptyka.

(Schweiz. med. Woch. 1927, Nr. 23).

— W *miążdżycy tętnic* poleca Schmilinsky *Theominal*, kombinację teobrominy 0,3 z luminalem 0,03. W wielu przypadkach osiągnano tą drogą wybitną poprawę, mianowicie, ustępowała dokuczliwa duszność już w pierwszym tygodniu leczenia, sen stawał się spokojny i głęboki, zaburzenia cyrkulacyjne w kończynach poprawiały się, przeszkody w chodzeniu były mniejsze. Na początek dawano 3 razy dziennie po jednej pastylce, a w miarę ustępowania objawów chorobowych i w lżejszych przypadkach po 2-ch tygodniach zmniejszano dawkę do 2-ch pastylek dziennie (w obiad i wieczorem).

(Klin. Woch. 1926, Nr. 46).

— Zamiast jodyny do *wyjałowienia skóry* pola operacyjnego poleca Nehrorn *Dijozol*, który w 1000 przypadkach nie zawiodł ani razu. Przytem dijozol nie wywołuje pryszczy i nie plami bielizny.

(Münch. med. Woch. 1927, Nr. 18).



Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

73-cie posiedzenie kliniczne w dniu 2.III 1927 r.

Przewodniczący: Bregman.

Sekretarz: Płoński.

Pokazy:

1) W. Dworecki. *Ostre ropne zapalenie błędnika z pomysłnem i szybkim zejściem pooperacyjnym.*

U 26-letniego mężczyzny rozpoznano: *Labyrinthitis purulenta acuta circumscripta*. Wykonano typową operację doszczętną w narkozie chloroformowo-eterowej, przyczem w torebce kostnej kanału poziomego półkolistego znalaziono 2 przetoki wielkości ziarnka maku w odległości 2 mm. jedna od drugiej. W 5 tygodni po operacji wszystkie objawy błędnikowe minęły, słuch częściowo powrócił.

D. przypuszcza, że poza odpornością osobniczą, obecność aż dwóch przetok umożliwiła w krótkim stosunkowo czasie usunięcie ropy, zrosty zaś okazały się dostateczne, by zapobiec powikłaniom przed- i pooperacyjnym.

2) Goldstein. *Przypadek nowotworu okołonerkowego.*

3) Sołowiejczyk. a) *Przypadek tłuszczaka pozaotrzewnowego*; b) *Przypadek mnogich chrząstniaków.*

4) Szenkier. *Przypadek kamienia moczowodu, operowanego przez pochwę.*

5) Bregman, Szpilman—Neudingowa i Goldstein. *Przypadek nowotworu rdzenia, wyleczony operacyjnie.*

U chorego A. K. na oddziale dr. Bregmana stwierdzono: niedowład l. k. d., wzmoczenie odruchów, obrustr. Babiński, obwodowe zaburzenia czucia, płyn mózgowo-rdzeniowy ksantochromiczny, rozszczepienie białkowo-komórkowe, Lipjodol, zastrzyknięty podpotylicznie zatrzymał się ponad 10 kręgiem grzbietowym.

Podczas laminektomji, dokonanej przez dr. Goldsteina, stwierdzono, że w okolicy 9—10—11 kręgów grzbietowych znajduje się guz, łatwo wyluszczalny. Badanie mikroskopowe guza — *neurofibroma*. Po 3-ch miesiącach chory już chodził o kiju. Na uwagę zasługują: 1) długi okres bólów początkowych, bez objawów ucisku na rdzeń, 2) obrzęk obu stóp oraz ciepota 38° (podrażnienie ośrodków współczulnych w rdzeniu, 3) objawy oponowe, które wystąpiły po rentgenoterapii, 4) znaczne pogorszenie po nakłuciu łądźwiowem, 5) szybka poprawa, która się tłómaczy krótkim trwaniem ucisku na rdzeń.

Odczyt:

Kramsztyk. *Współczesny stan nauki o środkach odżywczych.*

Prelegent omawia znaczenie preparatów odżywczych białkowych, węglowodanowych oraz zwraca uwagę na nowe możliwości odżywe w związku z nauką o witaminach.

74-te posiedzenie kliniczne w dniu 15.III 1927 roku.

Pokazy:

1) Goldstein. *Przypadek operacyjnego wytworzenia sztucznej pochwy.*

2) Higier. *Przypadek „epilepsia praecursoria et rotatoria“.*

Pokaz 11-toletniej dziewczynki, dotkniętej tem rzadkiem schorzeniem. Bromki i luminal działały bardzo dobrze. (Rozprawa: Bregman i Z. Bychowski).

Odczyty:

1) Higier. *O powrotnych postaciach chorób układu nerwowego.*

2) Wassertal (z Karlsbadu). *O hypotonji.*

75 posiedzenie kliniczne w dniu 29.III 1927 roku.

Pokazy:

Klein i Płoński. *Przypadek splenomegalji typu Gaucher.*

Klein mówi o przebiegu klinicznym przypadku, który nie mógł być dokładnie zbadany, ponieważ chora 40-toletnia kobieta, wkrótce po przybyciu na oddział zmarła. Zwracały uwagę niesłychanie silne bóle najpierw w prawem, a potem w lewem podżebrzu.

Płoński omawia wynik sekcji. Sledziona ważyła 670 gr. Wylewy krwawe do obu nadnerczy. W obrazie mikroskopowym

typowe komórki Gaucher (pokaz preparatów mikroskopowych).
Rozprawa: Bussel.

2) G. Bychowski. *Przypadek padaczki dziecięcej.*
Dziewczynka, u której po 2-minutowej hyperwentylacji występuje krótkotrwały napad „petit mal“.

3) Saidman. *Przypadek operacyjnego wyleczenia „ptosis bulbi“* (pokaz fotografii przed operacją i chorego po operacji).

4) Bregman i Szpilman—Neudingowa. *2 przypadki narkolepsji.*

Szpilman—Neudingowa demonstruje dwóch chorych z napadami snu i szczegółowo omawia wyniki badań klinicznych.

Bregman mówi o stosunku t. zw. narkolepsji, jako oddzielnej jednostki do nagminnego zapalenia mózgu. Połączenie napadów snu ze szczególną utratą napięcia mięśni pod wpływem wzruszeń wskazuje na podobieństwo do objawów, występujących w nagminnem zapaleniu mózgu, a więc i na podobne umiejscowienie sprawy w istocie szarej lejka i w okolicy wodociągu Sylwiusza.

Rozprawa: Higier i G. Bychowski.

Odczyt:

Lewenfisz. *Z kazuistyki oścych ciał w drogach oddechowych i przetyku.*

Na podstawie własnego materiału. (200 przypadków) prelegent bardzo szczegółowo omawia objawy kliniczne oraz metody badania chorych z ciałami obcymi w drogach oddechowych lub w przetyku. Podając dokładnie wskazania do broncho- lub ezofagoskopji, mówi o rokowaniu i przestrzega przed próbami usuwania ciał obcych na ślepo. Demonstruje 100 ciał obcych różnego rodzaju, usuniętych z przetyku lub dróg oddechowych.

Rozprawa: Karbowski, Szlagier, Dobrowolski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

12-te Zebranie Niemieckiego Tow. Mikrobiologicznego we Wiedniu dnia 7 — 9. Czerwca 1927 r.

Haendel. *Doświadczalne badanie raka.* Wyniki doświadczalnego wywoływania nowotworów u zwierząt poddają w wątpliwość przypuszczenie o t. zw. odporności atreptycznej. Pewna jednak odporność względem nowotworów musi być przyjęta; nie jest ona jednakowo rozwinięta we wszystkich narządach. Największą odporność wykazuje śledziona. Po radykalnej operacji nowotworów spotyka się często zupełną odporność względem ponownego szczepienia. Natomiast po operacji niedostatecznej widuje się zwiększoną skłonność do nowotworów. Między ustrojem zarodkowym a rozwiniętym istnieją duże różnice w odporności. Materiał, używany do szczepienia nowotworów u zwierząt, niekoniecznie musi zawierać niernarszone komórki nowotworowe. Tak naprz. materiał do mięsaka Rousa jest przesączalny. Sprawa możliwości wywołania mięsaka Rousa bez uszkodzenia żywej tkanki pozostaje jeszcze sporną. Wpływ jednak pewnych szkodliwych jest jasny. Wstrzykiwania tuszu zwiększają wrażliwość na komórki nowotworowe. Wydaje się, iż układ śródśluzkowo-siateczkowy odgrywa jakąś rolę w powstawaniu nowotworów. Szczególne znaczenie posiadają nieznanne dotąd momenty wewnętrzne, których wpływ na powstawanie nowotworów jest większy, niż czynników zewnętrznych.

A. Fischer. *Doświadczalne wywoływanie nowotworów.*

Przyjąć należy, że same bodźce zewnętrzne mogą wywoływać nowotwory. Niekoniecznie trzeba przyjmować powstawanie pasorzytnice. Postępy w badaniu nowotworów osiągnięto dwiema drogami: 1) za pomocą sztucznego hodowania tkanek, 2) za pomocą mierzenia przemiany materji komórek nowotworowych. Dla doświadczalnego badania raka szczególnie ważne było spostrzeżenie Carrela, któremu udało się przez dodanie makrofagów do przesączu komórek nowotworowych Rousa przeistoczyć komórki normalne w komórki nowotworowe. Przemiana ta następuje w ciągu 2 dni. Nowotwory otrzymane w ten sposób niczem nie różnią się od nowotworów, wywołanych przez smole, arsen lub indol.

(Kl. Woch. 1927, Nr. 32).

Na posiedzeniu berliń. tow. lek. Sata (Japonja) wygłosił odczyt o wrotach i umiejscowieniu zakażenia w gruźlicy i o znaczeniu zakażenia ponownego i dodatkowego (reinfectio, superinflectio).

Badania Saty i jego uczniów prowadzone w ciągu ostatnich 10 lat rzucają światło na wrota zakażenia gruźliczego i sposób jego szerzenia się w ustroju. Umiejscowienie zakażenia nie zależy od sposobu zakażenia, lecz przedej od powinowactwa zarazka do po-

szczególne narządu. Suchoty płucne nie tylko są następstwem zakażenia pierwotnego dróg oddechowych, lecz należy je uważać, jako końcowy etap i innych pierwotnych zakażeń. W miejscu wnikania do ustroju prątki gruźlicze mogą nie wywoływać żadnych zmian. Pr. gruź. mogą prznikać przez nicuszkodzoną skórę i w ten sposób zakażać ustrój. Ten ostatni sposób zakażenia ma duże znaczenie dla wyjaśnienia: patogeny zolżów i powstawania ponownych zakażeń. S a t a już dawno wykazywał, że dotychczasowe środki wywoiywania odporności przeciwgruźliczej są niedostateczne. S. rozporządza odpowiednim materiałem do wywoiywania zakażenia i odporności przeciwgruźliczej. Jest to silnie roztarty proszek bardzo zjadliwych

prątków ludzkich. Badania, przeprowadzone na zwierzętach, zakażonych tym materiałem, wykazały, że ogólne zakażenie może następować bez zmian w miejscu zakażenia i bez zmian w okolicznych gruczołach chłonnych. Gruczoły chłonne okołoskrzelowe mogą ulegać zmianom gruźliczym bez zmian w mięszu płucnym i odwrotnie. Badania S a t y nad odpornością przeciwgruźliczą stawiają ją w związku z powstawaniem skazy wysiękowej i włóknistej.

(Kl. Woch, 1927, Nr. 31).

L. J.

Przegląd terapeutyczny.

Z II-go Oddziału Chirurgicznego Szpitala małż. Poznańskich w Łodzi.
(Ordynator: Dr. GOLDMAN).

O środkach, używanych do przemywań pęcherza moczowego.

Podał

Ludwik PIKIELNY (Łódź).

Przeplukiwania, które stosujemy w podostrych i przewlekłych sprawach zapalnych pęcherza moczowego, mają na celu oczyszczenie ścian pęcherza od przylegających doń mas ropnych i rozpadowych oraz unieszkodliwienie drobnoustrojów, które spowodowały i podtrzymują stan zapalny. O ile chodzi tylko o mechaniczne oczyszczanie, wystarczają przemywania wodą jałową. Zwykle staramy się połączyć oba cele. Rozporządzamy sporą liczbą środków odkażających, wypróbowanych przez szereg lat, obok nowych ciągle zjawiających się na rynku farmaceutycznym. Do pierwszych zaliczamy: kwas borowy, nadmanganian potasu, kwasocjanek rtęci, przetwory srebra i t. d. Kwas borowy, używany w 2 — 3% roztworze, jest łagodnym środkiem odkażającym; hamując zaledwie rozwój drobnoustrojów, tkanek nie uszkadza, używany w mocnych roztworach może spowodować zatrucie organizmu. Kwasocjanek rtęci (*hydrargyrum oxycyanatum*) jest środkiem, bardzo często stosowanym, jednakże w niektórych klinikach zasadniczo go nie używają: środek ten łatwo ulega wchłanianiu i może prowadzić — zwłaszcza w razie owrzodzeń lub krwawień śluzówki pęcherza — do zatrucia ustroju ludzkiego (w piśmiennictwie znane są przypadki śmiertelnego zatrucia). Drugi preparat rtęciowy — sublimat, używany nawet w najslabszym rozcieńczeniu, wywołuje silne bóle pęcherzowe i wobec tego do naszego celu nie nadaje się. Z pośród przetworów srebra, używanych do przeplukiwań pęcherza moczowego, utrzymał się od czasów G y o n a azotan srebra, najczęściej obecnie stosowany. Działanie przetworów srebra polega, jak wiadomo, na połączeniu srebra z białkiem komórki (powinowactwo chemiczne). Im większe jest strącenie białka, tym większa jest siła odkażająca środka. W ten sposób zostają zniszczone i drobnoustroje, które, jak wszystkie komórki żywe, są ciałami białkowymi. Siła odkażająca preparatów srebra jest jednakże zależna nie od ilości zawartego w nich srebra, albowiem srebro metaliczne nie ma żadnego lub prawie żadnego działania bakterjobójczego, lecz od zawartości jonów. Reakcja, zachodząca pomiędzy solą ciężkiego metalu a

białkiem komórki drobnoustroju, jest reakcją jonów. Srebro, zawarte w azotanie srebra, znajduje się w postaci całkowicie zjonizowanej, nieczynnego metalu w niem niema. Natomiast związek organiczny srebra, jak na przykład kollargol, choć zawierający procentowo więcej srebra, niż lapis, ma jonów, t. zn. czynnego srebra, bardzo niewiele. Ścisłe badania nad tą sprawą wykazały:

	Całkowita ilość srebra w %	Srebro aktywne w %	Srebro nieaktywne w %
azotan srebra	63,5	63,5	0
albargina	15,3	13,3	1,7
argirol	22,0	0,4	22,1
kollargol	78,0	1,5	76,5
protargol	8,3	7,5	0,8

Z zestawienia tego wynika przewaga siły odkażającej azotanu srebra nad innymi przetworami srebra. Organiczne związki srebra posiadają jednakże, z powodu słabszego łączenia się z białkiem, większe działanie w głąb tkanki, niż azotan srebra, który działa tylko na samą powierzchnię błony śluzowej.

Ujemną stroną przemywań pęcherza roztworami azotanu srebra — o ile nie używa się zbyt słabych roztworów — są bóle i parcie na mocz. Objawy te uwarunkowane są uszkodzeniem komórek (nerwów), gdyż w dążeniu naszym do unieszkodliwienia drobnoustrojów jednocześnie niszczymy i samą tkankę, wśród której one się rozmnażają. Próby połączenia azotanu srebra ze środkiem znieczulającym, jak morfina, kokaina, usuwały wprawdzie omówioną wadę, lecz przy częstszym używaniu istnieje obawa zatrucia organizmu. wobec czego połączeń tych zaniechano. Nowy preparat srebra, pozbawiony ujemnej, a zachowujący dodatnią stronę azotanu srebra, podaje C a s p e r pod nazwą „argolaval“; jest to połączenie lapisu z urotropiną. Czynne srebro, zawarte w argolawalu, strąca białko w mniejszym stopniu, aniżeli azotan srebra, a w związku z tem bóle są mniejsze. Znaczna siła odkażająca tego nowego preparatu ma polegać na jego własności utleniającej: oksydacja występuje w chwili zetknięcia się argolawalu z żywą tkanką, i w ten sposób zostają unieszkodliwione drobnoustroje.

Z pośród nowych środków odkażających, stosowanych w urologji, wyróżnia się riwanol. Zarówno jak i inne zalecane barwniki chemiczne — argoflawina, tryptaflawina, argochrom i t. p., ma riwanol tę zaletę, że nie uszkadza tkanek. Jednakże ze spostrzeżeń, zrobionych w różnych klinikach, wynika, że waz. riwanolu polega na jego sile odkażającej — i w tym

względem ustępuje on preparatom srebra — lecz, że działanie riwanolu jest w pierwszym rzędzie znieczulające i przeciwwzapalne. Temu przypisać należy skuteczny wpływ przepłukiwań riwanolem na przebieg gruźlicy pęcherza moczowego: pojemność pęcherza powiększa się, bóle i parcie ustają. Trypaflawina i argoflawina, zalecane przez jednych autorów, podług innych nie wykazują żadnych specjalnych zalet. Prócz bezpośredniego działania na same drobnoustroje wszystkim tym środkom przypisują ogólnie „chemoterapeutyczny“ wpływ na tkankę, polegający na pobudzeniu komórek do czynniejszej walki z drobnoustrojami, podobnie do działania ciał białkowych, wprowadzonych pozajetowo.

Rozczyn *Preghla* (preparat jodowy) stosuje się z powodzeniem w klinikach urologicznych, np. w Wiedniu, do przemywań przed operacją i w leczeniu operacyjnym pęcherza moczowego, podobnie jak polskie „solutio jodico-jodata“, wyrabiane przez fabrykę Laokoon we Lwowie.

PISMIENICTWO.

1) Casper. Zur Behandlung der Cystitis mit einem neuen Blasenspulmittel, Zeitschrift für Urologie 1926, Nr. 9. 2) Gaggstatter. Wiener, Klin. W. 1926, Nr. 40. 3) G. Joseph. Münch. med. W. 1924, Nr. 7. 4) Pollenburg. Farbstoffe im Arzneischatz, Theurap. Berichte, 1927, Nr. 2. 5) Rosenstein. D. med. W. 1921, Nr. 44. 6) Sternbach. W. 1926, Nr. 40. 7) Werborff. Z. f. Ur. 1926, Nr. 10.

Z pracowni Tow. Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego Mag. Klawe.

Przyczynki do stosowania buljonów szczepionkowych Besredki.

Podał

Ludwik PIETKIEWICZ (Warszawa).

Uodparnianie miejscowe za pomocą zewnętrznego stosowania buljonów szczepionkowych *Besredki* (*Bouillon—vaccin, Antivirus*) zdobyło szerokie zastosowanie w leczeniu rozmaitych zakażeń skóry i błon śluzowych. Doskonale wyniki tej metody w rozmaitych chorobach ogłaszane są coraz częściej w pismach już nie tylko francuskich, ale i niemieckich, a ostatnio i rosyjskich. — U nas tylko dotychczas ogół lekarzy mało się interesuje tą kwestją, i dopiero ostatnimi czasy zjawilo się parę prac w tym kierunku. Tymczasem wyniki leczenia buljonami *Besredki* bywają często wprost zdumiewające, jak np. dwa przypadki, obserwowane przezemnie w ciągu ubiegłej zimy, które pozwalam sobie tu opisać.

1. W styczniu roku bieżącego zgłosiła się do mnie, jako kierownika działu szczepionek T-wa Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego Magister Klawe, S. A., produkującej buljony *Besredki*, pani B., której 15-to letnia córka, w czasie pobytu przeszłego lata na Helu, dostała ropienia skóry na nodze i wyrzutów, nie ustępujących po żadnych środkach, stosowanych w ciągu 6-ciu miesięcy przez powagi dermatologiczne Warszawy. Po zastosowaniu każdego nowego środka następowało zawsze pogorszenie, tak, że ostatnio panna B. ograniczyła się do zasypywania ropiejących powierzchni niedrażniącym pudrem. Dowiedziawszy się o istnieniu buljonów *Besred-*

ki i dobrych wynikach ich stosowania w ropieniach, pani B. prosi, czyby nie można było spróbować tego środka w danym przypadku. Zażądałem zrobienia analizy wydzielin. Po paru dniach otrzymałem wynik badania prywatnej pracowni, że znaleziono tylko gronkowce białe, zarówno w wydzielinie, jak i w naskórku pęcherzy. Jednocześnie doręczono mi hodowlę tych gronkowców. Wobec tego poradziłem zastosować, tytułem próby, okłady z buljonu gronkowcowego wieloważnego (przygotowanego z 16-tu szczepów gronkowców złotych i białych); okład robić na noc, a na dzień zdejmować i zasypywać pudrem. — Po zastosowaniu wieczorem okładu, już w parę godzin ból, swędzenie i palenie znikły. Nazajutrz zrana zatelefonowano mi, że puchlina i czerwoność są znacznie mniejsze, a stan subiektywny doskonały. Polecilem więc zrobić okład na noc następną. Ale po drugim okładzie wystąpiły znowu bóle i palenie, a puchlina i czerwoność zaczęły się rozszerzać. Jednocześnie w dostarczonej mi hodowli znalazłem, oprócz gronkowca białego, jeszcze gronkowca złotego i specjalnego grubego paciorkowca typu enterokoka. Zaleciłem więc zaprzestać okładów i wrócić do zasypywania pudrem, obiecując przyrzadzić autobuljon. Uzyskawszy zgodę Zarządu fabryki na zajęcie się tym przypadkiem, udałem się sam do Pp. B. dla wzięcia osobiście materiału do hodowli (obecność paciorkowca mogła być przypadkowa). Zastałem chorą w stanie następującym:

Lewa stopa silnie opuchnięta od końców palców do połowy podeszwy i podbicia. Naskórek na całej powierzchni złuszczonej, *corium* obnażone; powierzchnia czerwona, moknąca, z bąblami białawymi, jak po oparzeniu pokrzywą. Wewnętrzna powierzchnia wszystkich palców wygląda, jak ropiąca i krawiąca rana. Wydzieliną obfita ropna. Przy pudrowaniu tworzą się strupy, po których odpadnięciu ukazują się powierzchowne owrzodzenia. Stan ogólny chorej marny: silna anemja, osłabienie, brak apetytu. Sen upośledzony wskutek bólów i swędzenia.

Materiał, wzięty po starannem oczyszczeniu powierzchni, wykazał te same paciorkowce w dużej ilości a także gronkowce białe i złote. Innych drobnoustrojów nie znaleziono.

Zaleciłem arsenik i żelazo wewnątrz, a jednocześnie przygotowałem buljon według *Besredki* z wydzielonych drobnoustrojów i po paru tygodniach dałem chorej do okładów. Skutek był zdumiewający: już po pierwszym okładzie puchlina i czerwoność znikły, a wydzieliną znacznie się zmniejszyła; bóle i palenie ustały. Po drugim okładzie (stosowano okłady tylko na noc) noga wróciła do wyglądu normalnego: skóra stopy i palców zupełnie zbladła, moknięcie ustało, opuchnięcia ani śladu. Pozostała tylko moknąca powierzchnia między palcami.

Chora robiła dalej okłady, już tylko między palcami. Na noc co parę dni (stosowanie codzienne wywoływało macerację naskórka), stosując w przerwach pudrowanie. Ropiejące powierzchnie między palcami zagoiły się w ciągu kilku tygodni, pozostawiając tylko parę małych owrzodzeń w kątach palców, które znikły po parokrotnym przymoczeniu wodą utlenioną.

2. Drugi przypadek dotyczy pracownika fabryki p. K., który cierpi od lat kilku na czyrączność (furunkulozę), powracającą napadami, trwającymi zwykle po 4—6 tygodni i wymagającymi okładów, otwie-

rania ropni i t. d. W jesieni 1926 roku dostał on dreszczy, podniesienia ciepłoty i bólu głowy. Jednocześnie skóra na całym karku od jednego ucha do drugiego poczerwieniała, stwardniała i pokryła się twardymi guzkami, zaczątkami przyżylch czyraków. Zastosowano na noc okład z buljonu gronkowanego wieloważnego. Następnego rana twardość i czerwoność

skóry znikły zupełnie, samopoczucie doskonałe. Pozostały tylko znacznie zmniejszone twarde guzki. Po drugim okładzie guzki znikły zupełnie, a tylko na miejscu największego zrobił się pryszczek wielkości ziarna konopnego, który zasechl i zagoił się po jednorazowym posmarowaniu jodyną.

Odcinek.

Z zagadnień psychologii lekarskiej.

Podał

Dr. med. i fil. Władysław MEDYNSKI (Kraków).

(Ciąg dalszy).

VII. Wiemy już, że dziedziną życia psychicznego składa się nie tylko z objawów świadomości. Jest cały szereg procesów nerwowych, których natężenie nie było tak wielkie, aby z nimi mogła się związać świadomość. Może nawet działać podnieta fizyczna na układ nerwowy tak, że uczucie zmysłowe nie powstaje, powstanie zaś dopiero wskutek pewnej intensywności podniety. Mówimy o „wrażeniach, wyobrażeniach lub uczuciach podświadomych“, choć wiemy, że są one pierwiastkami świadomości. Pozornie więc, zdawałoby się, że to powiedzenie jest niedorzecznością, z drugiej zaś strony należy pamiętać, że wyrażenia „świadomość“ używa się nie tylko, dla oznaczenia wewnętrznego występowania naszych czuć, uczuć lub woli, lecz również dla oznaczenia samowiedzy, t. j. uwagi, zwróconej na nasze wrażenia, uczucia, wyobrażenia i objawy woli. Podświadome więc wyobrażenie oznaczać będzie to, którego doznaję, lecz nie myślę o niem, nie zwracam na nie żadnej uwagi, że je mam.

Miewamy, niewątpliwie, wiele czuć i wyobrażeń, których nie jesteśmy świadomi, że je posiadamy, najrozlicniejsze budzą się w nas uczucia i popędy, chociaż dość trudno ująć je nam, zrozumieć ich cel, istotę i kierunek. „W tem znaczeniu, mówi H ö f f d i n g⁽¹⁸⁾ można mówić o miłości nieświadomej, kto żywi to uczucie, nie wie co się z nim dzieje, być może, widzą to inni, albo on sam to odkrywa stopniowo“. Pod podświadomością należy rozumieć pewien stan, który tkwi nie tylko pod progiem naszej samowiedzy, lecz świadomości wogóle. Nie jest to stan zupełnie odrębny od świadomego, lecz, przeciwnie, dość pokrewny, a wybitna różnica jest przeważnie ilościową. Gorącym zwolennikiem szeroko ujętej podświadomości jest L i p p s. W „Grundtatsachen des Seelenlebens“, twierdzi on, że są dane warunki doświadczalne podświadomości, których właściwie niema w świadomości. Rozpoznaje L i p p s „podświadome“ w formie nieznanych warunków określonych treści świadomości. Zgadza się również L i p p s na podświadome podniety i wrażenia. Rozwijają następnie swe poglądy w pracy „Der Begriff des Unbewussten in der Psychologie“. Tu wyjaśnia przyczynowo podświadomość, która leży u podstawy fenomenu psychologicznego, jako niezbędnym warunkiem każdej wiedzy. W „Leitfaden der Psychologie“ transcendentalna podświadomość jest punktem wyjścia dla treści świadomości. Nie należy, naturalnie, iść

w ślady mistyczne H a r t m a n n a, które on utorował w „Filozofji zasady bezwiednej“, gdzie z całą bezwzględnością robi podświadomość pojęciem twierdzącem, ale posługuje się niem, jako zasadą objaśniającą wszędzie, gdzie wydaje mu się, że szeregi fizyczne i psychiczne zawodzą.

Pomiędzy stanami świadomości a podświadomości zachodzi stałe współdziałanie.

A b r a m o w s k i⁽¹⁹⁾ nazywa podświadomością dziedzinę zjawisk psychicznych, te wszystkie działania na organizm, aktualne lub minione, które nie odnajdują jeszcze swego wyrazu w introspekcji naszej. Możemy stwierdzić istnienie takiego stanu utajonego, albo 1) bezpośrednio, jako pewną zmianę subiektywną, 2) pośrednio przez wpływ, jaki wywiera ów stan utajony na sprawy świadomości naszej, 3) przez wpływ, jaki wywiera na reakcję organizmu.

W życiu normalnym zazwyczaj naturalne powstawanie stanów podświadomych odbywa się dwojaką drogą. Zwolennicy podświadomości mówią o zapomnieniu i roztargnieniu. Przypominanie jest typowym zjawiskiem psychologicznym.

Przypuszcza się, że pierwiastki świadomości następują po sobie w zmiennej kolei. Gdzie więc przebywają minione wrażenia — można zapytać — zanim zostaną wywołane na nowo? W mowie potocznej przypominanie wydaje się jakby spichlerzem, gdzie wyobrażenia przechowują się do nowego użytku. Kiedy pragniemy coś wywołać w swoim przypominaniu i nie możemy tego osiągnąć, to dobrym środkiem na to — przestać myśleć i szukać zupełnie innych rzeczy, a wtedy nagle może wynurzyć się w świadomości wyobrażenie, któregośmy szukali. A więc, zaniechawszy szukania świadomego, pozwoliliśmy rozwinąć się pracy nieświadomej, której poszukiwania często wieńczy się pomyslnym skutkiem. H ö f f d i n g powiada: „Nieświadome działanie sprawiło to, co prawdopodobnie nigdy by się nie udało świadomej bezpośredniej i wytężonej pracy. Oczywiście, nie przychodzi się nigdy we śnie do takich wyników; natężona praca jest koniecznym warunkiem, nieświadome działanie wieńczy dzieło“. Niektórzy psychologowie skłonni są suponować, że mamy tu do czynienia tylko z większą świeżością mózgu i usposobienia, ale to objaśnienie, jak słusznie twierdzi H ö f f d i n g, może się stosować tylko do tych przypadków, kiedy się rzecz po przerwie bierze wprost nanowo, ale nie do takich, gdzie przerwany przedmiot nagle, wśród zajęcia innymi rzeczami, przedwiera się myśli z zupełną jasnością. W tych razach sam przedmiot od tego czasu uległ pewnej przeróbce, ale ta przeróbka odbyła się pod progiem świadomości, przeróbka ta dokonywała się w nas, choć nie przez nas.

Akcja podświadoma odbywa się często z większą swobodą, mniej ulega wpływowi nacisku chwili, niż myśl zupełnie świadoma. Odtwarzanie i zestawianie, nie dane do rozporządzenia świadomej myśli, zdają się w jakiś sposób przysługiwać pracy podświadomej, która zresztą w całości nosi piętno tych samych zasad i praw, które kierują pracą świadomą. Coś identycznego możemy powiedzieć o czynności syntetyzującej (por. z patrzeniem oboczem), która jest warunkiem wszelkiej świadomości, a która zachodzi nieraz na ślepo, bezwiednie. Tylko wynik wówczas dochodzi do świadomości, a nie sama robota. — Nietylko mogą się tworzyć wyniki świadome nieświadomych poprzednich, lecz wśród świadomej pracy umysłowej mogą się znaleźć nieświadome ognia pośrednie. Wiemy, np. z doświadczenia, że, gdy wyobrażenie *a* związane jest z *b*, *a* *b* z *c*, to wyobrażenie *a* może wywołać wyobrażenie *c*, nie naruszając *b*. Niejednokrotnie ognia pośrednie są tak liczne lub zgola ukryte, że ich wcale nie można odnaleźć lub z wielką trudnością. „Instykt, takt, nabyta lub wrodzona skłonność, mówi H ö f f d i n g (l.c.) żyją jeszcze długo, kiedy ich przyczyny już nie istnieją. Wyobrażenia, uczucia i postęпки, do których dążności te nas prowadzą, nie znajdują wcale zupełnego objaśnienia w samym życiu świadomości“. Stale — można powiedzieć — istnieją ognia pośrednie, które bywają pomijane, a można je odkryć tylko dzięki badaniom fizjologicznym i socjologicznym. Pobudki świadome mogły już odpaść, ale ich skutki trwają. Słusznie mówi tenże autor, że „instykt — to działanie celowe które nie jest świadome celów“. Jeżeli obserwujemy przejawy instyktu, to na pierwszy rzut oka zdaje się, że mamy tu do czynienia z czynnością świadomą, a więc czynnością rozumną, na wiedzy opartą. Dopiero szczegółowsza analiza wykazuje, że nie można danej czynności ująć jako czynność świadomą. Bergson⁽²⁰⁾ cytuje cały szereg przykładów czynności instyktownych, gdzie nie można mówić o wiedzy dla ich wytłumaczenia.

Wiadomo np., że owady z rodziny gąsieniczników (*Tchneumonidae*) zakluwają żądlem trującym zwoje nerwowe gąsienic, w których mają złożyć swe jaja, a czynią to w ten sposób, aby gąsienica została tylko sparaliżowana, a nie zabita, by wylęgłe larwy miały już gotowe świeże pożywienie. Gdybyśmy chcieli tę czynność gąsienicznika uznać za świadomą, to należałoby mu również przypisać dość wiele wiadomości z anatomji, fizjologii oraz toksykologii. Raczej należałoby tu mówić o wewnętrznej pobudce do czynu, niż o właściwej wiedzy. (K o z ł o w s k i: Telepatja, instykt i mistycyzm).

Gąsienicznik zatem czuje popęd do zaklucia gąsienicy w chwili, gdy ma znosić jaja, a popęd ten kieruje jego żądło we właściwe miejsce skóry dostrzeżonej gąsienicy i odpowiednio reguluje siłą uklucia. Zdaniem Bergsona, rozum i instyktu tworzą dość odmienne drogi, któremi kroczy ewolucja umysłowości w naturze. Rozum tworzy narzędzia, a instykt posiada podświadomą umiejętność korzystania z organów. „Instykt — to przypominanie dziedziczne“. (R o m a n e s: Mental Evolution in Animals). Towarzyszy mu prawdopodobnie silne parcie i silne uczucie przyjemności przy jego zaspakajaniu. Postępowanie instyktowne różni się od odruchów swoją celowością. Tu celowość jest stała, druchom przypadkowo tylko

może towarzyszyć cel przydatny dla osobnika lub gatunku. Instykt niekoniecznie ujawnia swą czynność jako odrazu gotową; nie wyłącza on konieczności pewnych doświadczeń pierwiastkowych, ale doświadczenia te bywają wykonywane w sposób łatwy i naturalny na mocy organizacji pierwotnej, która jest danym punktem wyjścia, gdzie zespalają się świadomość i nieświadomość, spuścizna gatunku i własne doświadczenie. — Przejawy pracy podświadomej zaobserwować można również dość wybitnie w doświadczeniach telepatycznych, które stanowią dziś pokaźny materiał dla badań metapsychicznych. „Telepatja“, czyli „czucie zdaleka“, oznacza ujmowanie w takich warunkach, w jakich nie możemy przy pomocy zmysłów stwierdzić objawów zewnętrznych tego, co stanowi przedmiot naszego ujęcia. Za pośrednictwem telepatji świadomość zostaje poinformowana (choć mniej pewnie, o tem, o czem w normalnych warunkach dowiadujemy się za pośrednictwem dróg zmysłowych. W zakres więc telepatji wchodzić będą takie zjawiska, jak odgadywanie myśli (nie należy tego mieszać z t. zw. Cumberlandyzmem, polegającym na wyczuwaniu subtelnych ruchów ręki osobnika, który wie o schowanej rzeczy), prorocze sny, różne przeczucia i t. p., które to zjawiska psycholog Meyers nazwał „halucynacjami telepatycznymi“, gdyż przybierają postać wizyj wzrokowych („Dziwy życia“).

VIII. Niejednokrotnie stwierdzono już też i moc hamująca pierwiastka podświadomego. Wiemy że wdrożone w pamięć głoski, gdy usiłujemy zastąpić je nowym szeregiem, z o wiele znacznie większą trudnością nawiązują się do siebie. Mamy tu do czynienia ze skłonnością do odtwarzania się, hamowanie warunkuje się przytem przyczynowo przez czynność podświadomą. Müller i Schuman⁽²¹⁾ nazywają to „hamowaniem asocjacyjnym przez możebne odtwarzanie“. To, co zostało nabyte świadomie, wówczas dopiero się zakorzenia, gdy działa podświadomie, gdy, jak w życiu codziennem wyrażamy się, „przeszło w ciało i krew“. Praca świadoma jest istotą naszego życia psychicznego, nie mniejszą jednak rolę odgrywa mechanizm podświadomości. Można również coś praktykować wyłącznie mechanicznie, a wówczas życie świadome stopniowo poddaje swej mocy. „Nawrócenie przymusowe może prowadzić do wiary gorliwej, mówi H ö f f d i n g, jeżeli nie w tem samym pokoleniu, to w przyszłych. Przymus działa przeciwko temu, co dzieje się w naszej jasnej świadomości, a zatem przymusowe nawrócenie udaje się tylko tam, gdzie niema wcale obecności jasnego i rozwiniętego życia świadomego. Ćwiczenia mechaniczne mogą również stopniowo osłabić świadomość. Pascal słusznie się wyraził, że jesteśmy również automatami, jak i duchami, wobec czego doradza on zaczynać od tego, żeby kropić się wodą świeconą i wypełniać obrządki, a wiara sama już przyjdzie. Co zaszło podświadomie, może później uwydatnić się w świadomości. Np. gdy w roztargnieniu słuchamy kogo, wówczas dopiero później odkrywamy to, co on powiedział, podnieta widocznie dla zajętej czem innym świadomości była zbyt słaba, aby ją mogła „zbudzić“.

Wśród chorych Charcota⁽²²⁾ była kobieta, która straciła przypominanie z okresu czasu, tuż poprzedzającego silne wstrząśnienia nerwowe, jak również zdolność zatrzymywania w pamięci tego, czego

doznawała, kiedy już napad minął. Hipnotyzując, Charcot zdołał zbudzić w niej znowu przypominanie zdarzeń wymienionego okresu. Charcot mówi o tym stanie: „Ta kobieta odzyskuje w śnie hipnotycznym zdolność przypominania wszystkich dotąd zaszłych zdarzeń, i wszystkie te przypomnienia, które zatem są zarejestrowane podświadomie, odżywają podczas hipnozy powiązane, zespolone, nieprzerwane, tak, iż tworzą ciągłą tkanę i jakby drugie „ja“, utajone, podświadome „ja“, które często w zadziwiający sposób kontrastuje z „ja“ właściwym, cierpiącym na głęboką bezpamięć“. Wogóle, można powiedzieć, że nie dostarcza tak ciekawych danych o zjawiskach podświadomych, jak materiał psycho-patologiczny. Stany somnambuliczne, hipnotyczne, automatyzm psychiczny, — wszystko to oświetla jeszcze tak mało zbadane, a jeszcze mniej wyjaśnione dziedziny ducha ludzkiego, które kryją się w podświadomości lub zmiennej świadomości. Świadomość zjawia się i znika, doświadczamy tego na sobie. Wrażenia zjawiają się i giną, wspomnienia blakną, umiera obecność w świadomości, zjawia się przeszłość, wieczna zaś jest zmienność. Ten stały przepływ stanów świadomości jest podstawą naszego wewnętrznego i osobistego doświadczenia, i nie możemy tego inaczej wytłumaczyć, jak w ten sposób, że przyjmujemy podświadome warunki dla zjawienia się i wystąpienia treści świadomej, które są w tym celu dane, by wcześniejsze, równoważne przeżycia pozostały usunięte. I w rozwoju uczuć również wielką rolę grają stany podświadome. Uczucie jest nie tylko uwarunkowane prze jasne i nieokreślone wrażenia i wyobrażenia, lecz również przez niedostrzegalne wpływy, których suma dopiero w świadomości przybiera znaczenie. Stąd właściwie pochodzi pierwiastek tajemniczy, dziwny, niewytłumaczony w istocie wielu uczuć. Zwłaszcza w okresie dojrzewania płciowego możemy często zauważyć wpływ budzenia się niezrozumiałego dla osobnika instynktu ustrojowego, wpływ nieraz decydujący o ukonstytuowaniu się tego lub innego uczucia, takiej lub innej fantazji. Nie dostrzegamy w zupełności wszystkich wpływów na nasze życie uczuciowe, dopiero, gdy uczucie przybiera charakter wybitny, może nam się czasami udać analiza dokładna podświadomych wpływów. Słusznie porównywano ten wpływ do budowli koralu pod powierzchnią morza, którą (budowlę) odkrywa się wówczas dopiero, gdy ta wzniesie się już ponad płaszczyznę morza.

IX. Świadomość senna posiada swój próg znacznie niżej położony, aniżeli próg świadomości czuwania. Przesuwanie się progu świadomości jest w ścisłym związku z rodzajem świadomości. Posiadamy kilka rodzajów świadomości, a zależnie od tego, w jakim stopniu czynności znajduje się intelekt, każdy rodzaj świadomości ma swój własny próg, wyżej lub niżej umieszczony, w stosunku do innych. Abramowski⁽²²⁾ jest zdania, że przy całkowitem zawieszeniu czynności intelektu mamy świadomość najszerszą, wzruszeniową wyłącznie natury, t. zn. bezimienną, a — intelektualną, agnostyczną, czyli podświadomość właściwą. Próg podświadomości jest najniższy, gdy wszystkie pobudzenia, idące z zewnątrz organizmu czy z wewnątrz, dochodzą do niej i wpływają na jej jakość. Jest to sferą naszej duszy, gdzie nie ginie i gdzie odbywa się ciągła, nieprzerwana zmiana świata otaczającego na naszą psychikę, na naszą jaźń indywidualną.

W drugim stopniu mamy świadomość senną, przy częściowem zawieszeniu intelektu, pozwalającym jednak na sprawę wyobrażeniową i skojarzenia myślowe w pewnym zakresie.

Marzenia senne występują najczęściej zaraz po uśnięciu i bezpośrednio przed końcem snu, większość występuje przy lekkim śnie. Możemy zaobserwować dość wyraźny związek między marzeniem sennem a świadomością na jawie, gdyż to, co nas zajmuje w dzień, co jest treścią naszej świadomości jawy, to również często staje się tłem marzeń sennych. W nich pokonywamy trudności i utrapienia, które nas męczyły w świadomości jawy. Freud⁽²³⁾ w treści marzeń sennych widzi realizację symbolicznych naszych utajonych pragnień. Pierwiastki, z których powstają marzenia senna, bywają najczęściej zapożyczane z doświadczeń na jawie, z którymi kombinuje się wpływ wrażeń zmysłowych, odbieranych podczas snu (V old.⁽²⁴⁾). Akt przebudzenia rzuca nieraz światło na stosunek pomiędzy świadomością a podświadomością. Wyraz obojętny, wymówiony z cicha — nie budzi. Przeciwnie, wiadomo, że matkę jest wstanie obudzić nawet najslabszy ruch dziecka. Wielkiego skąpcza — opowiada Hö f f d i n g — zbudzono przez to, że mu weisnęto w pięść monetę. Wskazywałoby to, że pojedyncza podnieta dochodzi do świadomości dopiero przez związek z innymi doświadczeniami. W trzecim stopniu — w podziale Abramowskiego, mamy świadomość stanów hipnotycznych, sfera świadomości zacieśnia się w porównaniu z poprzednią. W hipnozie próg świadomości obniża się jeszcze bardziej, występuje hyperestezja, wyczuwanie bodźców minimalnych, nie istniejących dla stanu normalnego. Zahipnotyzowany jest opanowany przez sugestję. Sugerując, możemy nadać określony przebieg wyobrażeń u zahipnotyzowanego w tym kierunku, do jakiego dążymy. Pamięć przenosi się w stan „*amnesia*“, „*hyperamnesia*“ i „*paramnesia*“. Może również hipnotyzer w ten sposób na pamięć wpłynąć, że powstaną w niej wyobrażenia pohipnotyczne, a w następstwie tego mimowolne czyny, już po obudzeniu się osobnika. Ten wpływ jest naturalnie o wielkiem znaczeniu dla osobnika zahipnotyzowanego. Hipnoza tak zmienia przebieg czynności psychicznych, że nie możemy nadal ich nazywać normalnie świadomymi. W hipnozie panuje „*hyperemnezja*“ dla wszystkich skojarzeń, pochodzących z wyobrażeń sugestyjnych, natomiast panuje „*amnezja*“ dla wyobrażeń przeciwnych. Co najbardziej uderza nas w zahipnotyzowanym, to jego automatyzm, brak inicyjatywy, łatwość w przyjmowaniu idei i wprowadzaniu ich w czyn, nieświadomość ich po przebudzeniu się, wreszcie podleganie złudzeniom i wmojom. — Czemże jest więc podświadomość, jaki jest jej związek z świadomością? Hö f f d i n g podaje trzy hipotezy.

Pierwsza mówi: w sprawach podświadomych świadomość jest obecna, tylko nastąpiło zapomnienie. Potwierdzenie tej hipotezy spotykamy w życiu codziennem dość często. Druga hipoteza powiada, że sprawy podświadome to są tylko sprawy mózgowe. Niezrozumiałaby wówczas była różnica między sprawami mózgowymi świadomości a podświadomości. Analogja pomiędzy czynnością świadomości a nieświadomości mogłaby przekonująco prowadzić do pojmowania tej niedostępnej dla zewnętrznego postrzegania strony ist-

nienia analogicznego z tem, co przez samopostrzeganie poznajemy, jako zjawisko świadomości. Ale musimy naturę jej, jako nieokreśloną, pozostawić nierozstrzygniętą i tylko przypuszczać, że ona musi umożliwiać zarówno powstanie zjawisk świadomości, jak i współdziałanie pomiędzy czynnością świadomą i podświadomą.

Przez przyjęcie tylko różnicy stopnia stanów świadomych i podświadomych, to i tamto stanie się zrozumiałe. Można przyjąć, że mamy w wrażeniach, uczuciach i myślach istot świadomych wyższe formy rozwojowe czegoś, co w niższym stopniu i formie niższej zachodzi na niższych stopniach przrody. Cl. Bernard powiada: jak siła napięta czyli energia potencjalna jest siłą żywą w równowadze, tak mogłaby podświadomość być świadomością w spoczynku, czyli obojętną. Podświadomości zatem nie można by traktować jako przeczenia świadomości, lecz tylko niższego stopień tego, co ujawnia się w świadomości. Według Bernarda odczyn świadomy byłby tedy wyższą postacią odczynu podświadomego. („Leçons sur les phénomènes de la vie“). Zgodzić się więc trzeba z Höffdingem, gdy mówi: „Podświadomość jest pojęciem granicznym nauki, i gdziekolwiek stoimy na tej granicy, może to mieć swoje znaczenie, polegające na tem, ażeby w drodze hipotezy wykonać próbę wymierzenia możebności, przedstawiające się, jako konsekwencje wiedzy naszej: jednak rzeczywiste rozszerzenie naszego poznania faktycznego jest tu niemożliwe“.

X. Dla dokładniejszego zobrazowania zagadnienia podświadomości należałoby bliżej jeszcze rozpatrzyć dwa zjawiska psychologiczne, z którymi spotykamy się w życiu, a które często wiążą z omawianem tu zagadnieniem. Myślę tu o t. zw. „automatyzmie psychicznym“ oraz o t. zw. „rozdwojeniu osobowości“. Na pierwszy rzut oka zjawiska automatyzmu psychicznego wydają się dość zagadkowemi. Jeśli jednak wziąć pod uwagę, że wiele czynności psychicznych odbywa się poza progiem świadomości, wówczas czynność psychiczna, automatyczna może się stać zrozumialsza. Wiemy, że już w normalnych warunkach, jeśli świadomość nasza jest czemkolwiek zajęta, zaczynamy działać automatycznie, ruszamy się, omijamy przeszkody, nawet nieraz mówimy zupełnie mechanicznie. W automatyzmie psychicznym świadomość jest znacznie osłabiona, jakgdyby wyczerpana, pracuje zaś podświadomość, nieraz zaś jedne świadomość zamienia druga, powstaje wówczas rozdwojenie osobowości. W automatyzmie psychicznym człowiek wykonywa cały szereg czynności samodzielnych, nieraz i celowych, o których potem nie wie. Stan ten często obserwujemy u cierpiących na padaczkę. Janet, którego prace najwięcej rzuciły światła na te stany, opisuje („L'automatisme psychologique“) jednego kupca, który udał się w sprawach handlowych do Paryża, później gdzieś zginął, a po kilku tygodniach obudził się, ogromnie zdumiony

tem, co zaszło w Indiach Wschodnich. Podobne zjawiska obserwujemy w transie somnambulicznym u lunatyków i alkoholików. Alkoholik może popełnić przestępstwo w okresie somnambulicznym białej gorączki (*delirium tremens*), nie nie pamiętając o tem. To samo obserwujemy w stanach histerycznych i hipnotycznych. Z czynności jednak tych osób pozostają ślady pamięciowe, gdyż powtórne zahipnotyzowanie pozwala osobie z całą dokładnością opowiedzieć to, co się działo przedtem podczas snu. Nieraz obserwujemy fakty, gdy występuje kolejno świadomość jedna po drugiej, dwa stany następują kolejno po sobie, i w każdym z nich osobnik wydaje się innym: charakter wspomnienia, wiadomości i nastroje bywają rozmaite. Nietylko podwójną świadomość, lecz kilka świadomości (nawet ośm!), stale zmieniających się, zdolano stwierdzić u jednego i tego samego osobnika. (por. Górski: „Świadomość jaźni“). Literatura o rozdwojeniu osobowości jest już dziś dość obfita, stale badacze gromadzą świeże fakty wypadków rozdwojenia, które świadczą o tem, że istotnie świadomość rozkłada się na poszczególne świadomości, często od siebie dość odmienne. A tak, jak ciało chemiczne złożone może mieć właściwości, których nie posiada żadne ciało składowe, tak też i świadomość główna może w niczem nie przypominać powstałych z niej świadomości. Klasyczne są dziś już opisy rozdwojenia osobowości prof. z Bordeaux, d-ra A z a m a. Jeden z nich opisuje niejaką Felidę, histeryczkę, która żyła życiem podwójnem. W stanie normalnym jest spokojna, powściągliwa, nieco przygnębiona i pracowita. Od czasu do czasu zapada w sen, budzi się potem, lecz już zupełnie inna, staje się wesola, ożywiona, przedsiębiorcza i ruchliwa. W tej osobie istnieją dwie świadomości, z których jedna nie wie o drugiej. Współcześni psychjatrzy utrzymują, że człowiek przez życie może zmieniać swą osobowość dość wybitnie. Foster (cyt. według Serbskiego: Psychologja sądowa) mówi: „gdyby każda faza życia człowieka mogła ulec inkarnacji w rozmaitych osobach, które możnaby było zebrać razem, wówczas stanowiłyby one dość pstrą grupę członków, która miałaby odmienne zapatrywania i przekonania, wzajemnie niewidziałaby się, szybko się rozeszły, nie zdradzając najmniejszej ochoty zetknięcia się powtórnie“. Nie bez słusności twierdzi Paulhan, że człowiek składa się z kilku „ja“, a więc i z kilku świadomości, które się zlewają, lecz nie zupełnie. Pamięć warunkuje jedność tych osobowości, gdy jej niema lub gdy jest również podwójna, wówczas występuje zupełne rozdwojenie. Jaźń rzeczywista nie jest raz na zawsze skończona, a jej granice pomiędzy środkiem naszej świadomości a jej obwodem, zarówno jak granica pomiędzy świadomością i podświadomością nie są bynajmniej stale i niezmienne.

(Dok. nast.).

Korespondencja.

Paryż, w lipcu.

Staraniem „Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris“ odbył się tu przed niedawnym czasem odczyt D-ra Milliana, odynatora oddziału skórno-syfilitycznego Szpitala S-go

Ludwika w Paryżu, p. t. „Biotropisme et accidents medicamenteux“, który w streszczeniu podaje.

Bardzo często przy stosowaniu leków zaobserwować można u niektórych osobników pewne dolegliwości, jako też wysypki skór-

ne. Większość lekarzy tłumaczy je zatruciem lekowym, inni znów myślą o anafilaksji, czy też kolloidoklajzi lub uczuleniu. Jednak, zdaniem D-ra Miliana, na stu osobników, u których powyższe objawy stwierdzono, zaledwie w jednym przypadku występuje anafilaksja, w dziewięciu -- zatrucie, zaś w dziewięćdziesięciu przypadkach -- objawy biotropizmu.

Co należy pod biotropizmem rozumieć? Genezą tego wyrazu jest słowo „tropizm“, oddawna używane przez botaników. Oznacza ono zdolność niektórych istot żyjących, szczególnie roślin, zwracania się w pewnym kierunku... wskutek powinowactwa. Naprzykład, koziwe rośliny, kierujący się do ziemi, posiada „geotropizm dodatni“, zaś lodyga, kierująca się w stronę odwrotną -- „geotropizm ujemny“.

Ehrlich nadal temu słowu inne pojęcie. Gdy wprowadził on do terapii preparat „606“, nazwał tropizmem zdolność łączenia się leków z istotą żywą, przyczem pod słowem „parazytotropizm“ rozumiał zdolność leku łączenia się z mikroorganizmami i zabijania ich, zaś słowem „organotropizm“ określał własność łączenia się z komórkami narządów ustroju, które niszczy. Stąd problemat dla chemikoterapeuty znalezienia takich substancji, któreby posiadały minimalny „organotropizm“, zaś wybitny „parazytotropizm“.

Ta koncepcja Ehrlicha jest, według D-ra Miliana, nie wystarczająca, gdyż wiemy, że istnieją substancje, które, wprowadzone do organizmu, zabijają mikroby, lecz istnieją również i takie środki, które pobudzają drobnoustroje do życia i wzmagają ich jadowitość. Dlatego też należy odróżniać dwie odmiany tropizmu: biotropizm, który wzmagają jadowitość mikrobów, i nekrotropizm, który je zabija. Pomiędzy temi dwoma pojęciami istnieje cały szereg pośrednich: mamy substancje, które, stosowane w słabych dawkach, posiadają zdolność biotropizmu, zaś w silnych -- nekrotropizmu. Dlatego też naprzykład objaw Herxheimera (chwilowe wzmoczenie się objawów kily pod wpływem leczenia rtęcią lub arsenikiem), wytłumaczymy biotropizmem.

Następujące obserwacje z oddziału D-ra Miliana to wyjaśnią.

Czterdziestoletni osobnik cierpiał przed dwudziestu laty na czyrączność, która występowała napadowo w ciągu dwu lat, i z której się wyleczył. Przez następne osiemnaście lat był zdrow. W czterdziestym roku życia zaraził się syfilisem. Po zastosowaniu pierwszej iniekcji preparatu „914“ wystąpiła czyrączność, po której przejściu zastosowano drugie zastrzyknięcie „914“. Czyrączność powtórnie wystąpiła. Kontynuowano w ten sposób dalsze zastrzykiwania i po każdym występowały systematycznie napady czyrączności. Jednak zauważyć należy, że napady te zmniejszały się stopniowo, tak, że przy piątym, szóstym i siódmym zastrzyknięciu czyraki już więcej nie występowały. Nastąpiło uodpornienie.

W przypadku drugim -- chora zaraziła się jednocześnie kilą i wszierzbą, w której przebiegu wtórnie wystąpił liszajec (*impetigo*) pierś z postacją pęcherzy ropnych. Nigdy przedtem chora ta nie przechodziła róży, która jednak wystąpiła na piersi po pierwszym dożylnym zastrzyknięciu preparatu „914“. Po wyleczeniu róży zastosowano drugie zastrzyknięcie „914“, i róża na piersi wystąpiła ponownie. Powtarzało się to aż do piątego zastrzyknięcia, kiedy róża znikła definitywnie.

Oba przytoczone wyżej przykłady są niezwykle charakterystyczne, gdyż widzimy, że pod wpływem leku nastąpiło pobudzenie do życia mikroba (gronkowca lub paciorkowca), a więc typowe przykłady biotropizmu.

Zdarza się również, że pod wpływem leczenia preparatem „914“ występują często i inne schorzenia skóry, które tylko biotropizmem wytłumaczyć się dają. Prócz tego niekiedy obserwujemy odczyn gorączkowe polekowe, które polegają na przebudzeniu się chorób, nie tylko poprzednio leczonych, lecz zakażeń dotychczas ukrytych („kryptogenetycznych“), najczęściej zimnicy.

Dr. Milian przed kilku laty leczył pewnego młodzieńca na kilę. Po drugiej iniekcji „914“ wystąpiła silna gorączka (39—40), dreszcze i ogólne niedomagania. Objawy te ustąpiły po 48-iu godzinach, jednak ponowiły się po trzecim, jak i po czwartym zastrzyknięciu „914“. Przypuszczając, że są to objawy zatrucia, zastąpiono preparat „914“ zastrzyknięciem rtęci, po którym również wystąpiło wzniesienie temperatury, która tym razem przybrała przebieg typowy dla zimnicy. Badanie krwi wykazało obecność pasorzytów zimnicy. Zastosowano więc chininę w ciągu 10-ciu dni, poczem kontynuowano leczenie preparatem „914“, i pomimo, że stosowano go w dawkach dwu i trzykrotnie większych, niż na początku, chory znosił je zupełnie dobrze.

Widzimy więc, że pod wpływem zastrzyknięcia „914“ nastąpiło tutaj przebudzenie ukrytej dotychczas choroby, której w anamnezie wykryć nie było można; chory przypomniał sobie tylko, że,

będąc w wojsku przed kilku laty, przechodził lekką żółtaczkę, która trwała 3 — 4 dni,

Dr. Milian obserwował więcej podobnych przypadków u senegalczyków podczas ostatniej wojny.

Co się tyczy odczynów skórnych, występujących przy stosowaniu „914“, to one również mogą być pochodzenia bądź toksycznego, -- gdyż Dr. Milian zupełnie nie neguje działania toksycznego arsenu, -- bądź częściej zakaźnego. To ostatnie zaobserwować można dzicwiatego dnia po zastrzyknięciu; są to wykwity rumieniowe o charakterze wysypki odrowej, plonicznej, kurowej, pokrzywkowej lub wielokształtnej. Wytłumaczyć je sobie należy biotropizmem, a wykwity te wziąć za wysypki jednej z wyżej wymienionych chorób. Weźmy dla przykładu rumienie kurowe: otóż zawsze obok nich występuje obrzmienie gruczołów podszczękowych, potylicznych itp. co jest przecież dla przebiegu tej choroby charakterystyczne.

U pewnej chorej, znajdującej się na oddziale D-ra Miliana od dwóch miesięcy, której zastosowano leczenie preparatem „914“, wystąpiły rumienie typu odrowego, pomimo, że chora leżała na sali, gdzie żadnego przypadku odry nie było. Chora ta zaraziła dwóch oseków, które od dłuższego czasu znajdowały się w tym samym pawilonie. Jednocześnie zaobserwowano w tym samym pawilonie, pomiędzy pozostałymi syfilitykami, dwóch innych chorych, u których również dziesiątego dnia po zastrzyknięciu „914“ wystąpiły rumienie odrowe.

Nietylko preparaty „606“ i „914“ posiadają zdolność biotropową, lecz i wiele innych leków. I nie ulega wątpliwości, że cały szereg objawów lekowych, które załączamy obecnie do zatruc, wytłumaczymy biotropizmem.

Rozpatrzmy rtęć. Wiemy, że nawet w dawce leczniczej wywołuje ona zapalenie rzęciowe jamy ustnej, którego jednak nie należy tłumaczyć zatruciem rtęcią, lecz zakażeniem wrzeczonowato-krętkowem. Już przed laty Dida wykazał zaraźliwość rzęciowego zapalenia jamy ustnej, przytaczając przypadek wystąpienia tegoż u zamężnej kobiety, której mąż przełodził podobne zapalenie i którym zaraził swoją żonę przez całowanie. Dlatego też rzęciowe zapalenie jamy ustnej obserwujemy u osób, mających zęby w zaniedbaniu, zaś nie widzimy ich u oseków i bezzębnych starców.

Również zapalenia jelit, występujące podczas leczenia rtęcią, są pochodzenia zakaźnego, a nie wywołane zatruciem. Wystarczy przecież doprowadzić do porządku przewód pokarmowy za pomocą środków przeczyszczających, odpowiedniej diety, nie sprzyjającej kiełkowaniu mikrobów, i stosowania dużych dawek bizmutu (od 3 do 6 gr. dziennie), by przewód ten tolerował następnie nawet bardzo wysokie dawki rtęci.

Niemniej przekonywająca jest następująca obserwacja. Pewien wojskowy, podczas wojny, chcąc pozbyć się pasorzytów, wysmarował się masją neapolitańską. Po upływie 48-miu godzin wystąpił zupełny bezmocz i silna azotemia. W 24-ry godziny po zastrzyknięciu hipertonicznego roztworu glukozy chory oddał 250 gr. moczu. Przypuszczając, że bezmocz wywołany został zatruciem rtęcią, spodziewano się przy badaniu tego moczu znaleźć nabłonek nerkowy, waleczki i dużą ilość białka; tymczasem stwierdzono wyłącznie w olbrzymiej liczbie leukocyty i bardzo liczne paciorkowce. Było to więc paciorkowcowe zapalenie miedniczek nerkowych, które na pierwszy rzut oka robiło przecież wrażenie sprawy zapalnej wskutek zatrucia.

Także objawy, występujące czasami przy stosowaniu bizmutu, dadzą się również biotropizmem wytłumaczyć.

Przejdźmy teraz do jodu potasu przy którego stosowaniu zaobserwować można objawy podwójne, a więc: zatrucia i biotropizmu. Przy stosowaniu jodu potasu występują u niektórych osób objawy rozszerzenia naczyń krwionośnych, a więc: łzawienie, ślinotok, silne bóle głowy -- prawdopodobnie wskutek obrzęku mózgu -- dojsć może nawet do plamicy skóry i błon śluzowych, a nawet krwawień z tych ostatnich. Wszystko to są objawy zatrucia, gdyż występują one przy dawkach toksycznych. Lecząc równocześnie zaobserwować można objawy biotropizmu: a więc trądzik, który jest oznaką kiełkowania gronkowców w mieszkach włosowych i łojowych skóry. Najlepszym tego dowodem będzie, że trądzik ten ustępuje po odpowiedniej dezynfekcji skóry, ba, nawet przez zewnętrzne zastosowanie tegoż jodu pod postacią nalewki jodowej. Należy to rozumieć w ten sposób, że przy braniu jodu potasu do wewnątrz, jod dochodzi drogą krwionośną tylko w minimalnych dawkach do gruczołów łojowych skóry, wówczas, gdy przy stosowaniu zewnętrznym nalewki niszczy miejscowo kiełkujące bakterje.

To samo da się powiedzieć o trądziku bromowym, którego badanie mikroskopowe wykazało nie objawy zwyrodnienia komórek, jak należałoby przypuszczać, gdyby był on objawem zatrucia, lecz

naciek komórek wielojądrowych, pośrodku których w dużej liczbie znajdują się gronkowce.

Również wysypki występujące przy używaniu gardenalu, tłómaczą się biotropizmem.

Co się tyczy surowicy, to należy tu odróżniać objawy, występujące ostro 3-go — 5-go dnia po ich zastosowaniu, nieraz o gwałtownym przebiegu — tłómaczymy je anafilaksją — od rumieni, występujących 9-go — 10-go dnia — podobnie jak przy stosowaniu „914“ — o najrozmaitszych postaciach, lecz najczęściej pokrzywkowej. Te ostatnie opisano pod nazwą choroby posurowiczej, uważając je za objawy toksyczne. Jako dowód przytacza się zapalenia włóclonerwowe, które występują w chorobie posurowiczej, a których prototypem, między innymi jest zapalenie nerwu pachowego.

Od czasu do czasu widzimy naprzykład, że wskutek zastrzyknięcia surowicy tęcejowej dziewiątego dnia występuje pokrzywka, a później przejściowe objawy zapalenia nerwów pachowych, przeważnie obustronne. Objawy te zaliczane są do kategorii toksycznych.

Jednak według D-ra Miliána, owe po zastosowaniu surowicy występujące pokrzywki są w 90% przypadków charakteru infekcyjnego, i prawie za każdym razem udało mu się stwierdzić bądź duży czyrak, karbunkul, ropowicę lub inny moment zakaźny, poprzedzający ową pokrzywkę. Przytacza on obserwację chorej, u której po przecięciu ropnia na plecach, piątego dnia, wystąpiła niezwykle obfita pokrzywka i bóle w barkach a dziesiątego dnia typowe objawy obustronnego zapalenia nerwu pachowego. A więc przebieg charakterystyczny dla choroby posurowiczej pomimo, że chora nie otrzymała ani kropli surowicy. Czy można wątpić, że powodem powyższych objawów był gronkowiec, którego z ropy po jej wypuszczeniu wychodowano.

Niemniej ciekawy pod względem klinicznym i eksperymentalnym jest niżej przytoczony przypadek, w którym biotropizm występuje bardzo wybitnie. W Paryskim Towarzystwie Dermatologicznym pewien lekarz, przed kilku miesiącami, zakomunikował, iż udało mu się wychodować bakterję, wywołującą grzybicę guzowatą (*mycosis fungoides*). Po zastrzyknięciu świnkom morskim surowicy krwi, którą brał on od chorego na grzybicę guzowatą, otrzymywał stale podobne zmiany wątroby, śledziony i t. p., które były zupełnie zblizzone anatomicznie do grzybicy guzowatej, i w których w zmianach stale wykrywał obecność pewnego mikrobu. Po zbadaniu preparatów Dr Milián doszedł do wniosku, że spotykał tę samą bakterję i zmiany identyczne u świnek morskich w liszajcu opryszczkowatym (*impetigo herpetiformis*), co go również do błędnych wniosków doprowadziło.

Okazało się, że mikrobia ten jest bakterją pseudo-gruźliczą, bardzo często nagminnie spotykaną u świnek morskich, nie mającą nic wspólnego ani z grzybicą guzowatą, ani z liszajcem opryszczkowatym. Bakterja ta znajduje się przeważnie w stanie utajonym, lecz

wystarczyło zastrzyknąć surowicę biotropową, by spowodować kiełkowanie wspomnianego mikrobu i chorobę.

Takie są główne objawy biotropizmu przy stosowaniu leków, których lista jest otwarta.

Prócz biotropizmu chemicznego, istnieje również biotropizm fizyczny, a więc np. promienie „X“.

Pewnej chorej, u której przypuszczano przewlekłe gruźlicze zapalenie gruczołów szyjowych, zastosowano leczenie promieniami „X“; gruczoły jednak, zamiast się zmniejszyć, powiększyły się jeszcze bardziej, na ciele wystąpiła niezwykle obfita wysypka kilowa, a po upływie 2-ch — 3-ch dni gruczoł szyjowy otworzył się, robiąc wrażenie typowego kilaka guczolowego. Mamy więc tu objaw biotropizmu wobec krętka.

Podobnie działają promienie „X“ i na inne bakterje, co musi być brane pod uwagę przy naswietlaniu nowotworów owrzodziałych i zakaźnych.

Bakterje mogą posiadać w stosunku do siebie również działanie biotropowe. Można zaobserwować naprzykład, podczas zapalenia płuc, wystąpienie objawów syfilitycznych, których przedtem nie było. Nawet opryszczka pospolita może reaktywować odczyn Wassermana, a więc wywołać zmianę w cieczech ustroju.

Reasumując powyższe, widzimy, że mechanizm biotropizmu polega na rozmnożeniu jadowitości mikroba przez wprowadzenie leków, który to mikrobia dotychczas znajdował się w organizmie w stanie utajonym.

Musimy odróżniać dwie odmiany: w pierwszej żywotność tych mikrobow już się raz przejawiała, nastąpiło tylko przebudzenie się choroby, (przykład z czyracością), do drugiej zaś odmiany zaliczymy przypadek ze świnką morską, u których nigdy nie występowały objawy pseudogruźlicy, a które tylko przeżywały w środowisku, gdzie choroba ta jest nagminna. Badania Lereboullet wykazały, że w środowisku epidemicznym każdy w większym lub mniejszym stopniu się zaraża, lecz wywołuje to u jednych uodpornienie zupełne, u innych zaś chorobę.

Pomiędzy temi dwiema serjami istnieje jedna pośrednia, gdzie uodpornienie występuje na skutek nieznacznej, łagodnej infekcji, w której przebiegu zastrzyknięcie preparatu „914“, lub inny przepisany lek może spowodować rozwinięcie się choroby, która jednak nie wystąpiłaby, gdyby owego zastrzyknięcia czy też leku nie zastosowano.

Prócz tego widzimy, iż nie należy przypisywać zatruciu, czy też anafilaksji lub kolloidoklacji tego, co jest wywołane zakażeniem, w przeciwnym razie pozbawimy np. syfilityków preparatu „914“ lub ręki pod pretekstem, że ich to zatrąwa.

Marek Lewenfisz (Paryż).

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Organizacja pracy na oddziale noworodków.

Podala

Marta ERLICHÓWNA*) (Warszawa).

Sprawę opieki nad noworodkami poruszyłam po raz pierwszy w r. 1922 na posiedzeniach Tow. Pedjatrzyckiego i Ginekologicznego¹⁾, gdzie zostały postawione przeze mnie następujące dezyderaty: 1) w zakładach położniczych powinny istnieć oddzielne sale dla noworodków; 2) noworodki powinny znajdować się pod opieką wykwalifikowanych pielęgniarek; 3) pożądane byłoby wysłanie kilku akuserek lub pielęgniarek na praktykę do wzorowo prowadzonego oddziału noworodków; 4) sale noworodków powinny być prowadzone przez pedjatę, względnie wykwalifikowanego w tym kierunku ginekologa; 5) w szkołach aku-

*) Według odczytu, wygłoszonego w Tow. Pedjatrzycznym d. 6. IV. 1927 r.

1) M. Erlichówna. W sprawie opieki nad noworodkami w zakładach położniczych. „Zdrowie“ 1922/3.

szeryjnych o noworodkach wyklądać ma pedjatę; 6) w klinice ginekologicznej odbywać się powinny dla lekarzy i studentów kursy o noworodkach, prowadzone przez pedjatę; 7) w wykształceniu pedjatrów należy położyć nacisk, jakiego dotąd brak, na naukę o higjenu, djetetyce i chorobach noworodków.

W związku z mojem przemówieniem Zarząd T-wa Pedjatrzyckiego uchwalił i przesłał odpowiednim władzom wnioski tej samej treści. Najbliższe zjazdy — pedjatrzyczny i ginekologiczny, — z inicjatywy kol. Szena jcha, uchwaliły i przesyłały Władzom podobne wnioski, dotyczące opieki nad noworodkami.

W pierwszej chwili zdawało się, że nasze dezyderaty pozostały bez echa; jednak stopniowo nastąpiła w Warszawie poprawa stosunków: wprowadzono wykłady o niemowlętach w szkołach akuszerjnych; w r. 1925 magistrat m. st. Warszawy uchwalił etaty pedjatrów w trzech zakładach położniczych; od września 1925 r. dr. A. Natanson wprowadził w swoim pawilonie oddzielną salę dla noworodków z pedjatą i wykwalifikowanymi pielęgniarkami.

Co się tyczy Uniwersytetu Warszawskiego, to już w r. 1921 profesor C z y ż e w i e z w swoim wykładzie inauguracyjnym zaznaczył, że opieka nad noworodkiem jest jednym z celów uniwersyteckiej kliniki położniczej. Od początku powstania naszych klinik pedjatrzy wzywani byli stale do chorych noworodków. W roku 1925 Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa objęła opiekę nad jedną z sal położnic i nad wszystkimi noworodkami, a w kwietniu r. z. oddzielono małą salkę na 40 łóżek dla noworodków. W ten sposób powstał pierwszy oddział dla noworodków w Uniwersytecie Warszawskim.

Objąwszy kierownictwo nad tą cenną placówką, chcę w krótkich słowach omówić organizację naszej pracy, którą będziemy niewątpliwie według potrzeb i doświadczeń modyfikowali. Jednocześnie podkreślać będę braki, wynikające z warunków od nas niezależnych.

Ponieważ Oddział jest placówką, w której kształcą się uczennice szkoły, etatów zaś dla stałych pielęgniarek wcale niema, wynika stąd, że pod kierunkiem instruktorki uczą się i jednocześnie spełniają wszystkie obowiązki uczennice szkoły w liczbie 3—4 na dyżur przedpołudniowy i 2—3 na dyżury popołudniowy i nocny. Uczennice zmieniają się co kilka tygodni. Dzięki zainteresowaniu kierownictwa szkoły i zapałowi instruktorki praca idzie sprawnie. Istnieją jednak 2 poważne braki: 1-o — zbyt mały personel, co utrudnia prowadzenie wzorowe kart, kontrolę wagi, ciepłoty i t. p.; 2-o — zmienność materiału pielęgniarskiego, co sprawia, że i wyniki naszej pracy są okresowo zmienne. Stosunki nasze z Władzami Szkoły są nadzwyczaj miłe, stale porozumiewamy się i naradzamy nad sprawami bieżącymi i nad usuwaniem braków, reformami i t. d. Staramy się przytem, aby pielęgniarki pogłębiały swoje znajomości teoretyczne przez objaśnianie im zasad karmienia, istoty różnych objawów fizjologicznych i patologicznych u noworodka i t. p.

Jedyna salka, którą mogła klinika na ten cel ofiarować, jest tak mała, że na 1 noworodka przypadają tylko 4 kubatory powietrza i 1m² powierzchni, przy wysokości 4 m, stąd łóżeczka stoją blisko jedno przy drugim. Normy, ustalone obecnie dla dziecka, są znacznie większe¹⁾, wynoszą bowiem 15 m. kubatury, 5 m² powierzchni; dla oddziałów noworodków dotąd norm nie ustalono, co jest zrozumiałe wobec tego, że oddziałów takich istnieje zaledwie kilka w Europie, a powstały one przeważnie, podobnie jak nasz, przygodnie, w klinikach, zbudowanych bez intencji tworzenia oddziału dla dzieci. Szczupłość pomieszczenia nie odbija się jednak ujemnie na zdrowiu dzieci dzięki starannemu pielęgowaniu, a przede wszystkim temu, że mamy do czynienia przeważnie ze zdrowym, co 8 — 14 dni zmieniającym się materiałem. W każdym razie warunki, w których noworodek znajduje się na małej salce są stokroć lepsze, niż gdyby leżał na sali z matką, często niekulturalną, w atmosferze zakaźnej, w zetknięciu z odchodami i t. p.

Temperatura na sali wynosi w okresie nieupalnym około 16° R. Reguluje się t° dobrze, mimo braku wzorowej wentylacji, przez ochładzanie kaloryferów wodą i częste otwieranie okien w czasie, gdy dzieci są zażożone do karmienia.

Z wyjątkiem dzieci niedonoszonych, wszystkie noworodki są codziennie kapane, pepowinę opatruje się spirytusem — jodyną — dermatolem. Odpadanie pepowiny i gojenie się odbywa się zupełnie prawidłowo. Ważenie dzieci i wpisywanie wagi do schematu odbywa się raz dziennie po kąpieli. Mierzy się ciepłotę niestety, tylko u tych dzieci, które są bądź chore, bądź specjalnie z jakich bądź powodów interesujące. W czasie kąpieli, przewijania i t. p. pielęgniarki notują wszelkie nieprawidłowości — odparzenia, wysypki, występowanie niektórych objawów fizjologicznych noworodka i t. p. Z powodu małej liczby uczennic zmuszeni jesteśmy rezygnować także z mycia rąk przy każdym dziecku — (karmienie, przewijanie i t. p.), wypadaloby bowiem na jedną osobę myć ręce więcej, niż 100 razy na dzień, co jest niemożliwe do wykonania. Na razie obowiązuje więc tylko mycie rąk przy wcześniejszych oraz po każdym dotknięciu dziecka chorego (ropienie oczu, W a s s e r m a n n i t. d.). Szczególny nacisk kładzie się na usuwanie z oddziału osób z niezłym nosa, względnie zawiązywanie gazą nosa i ust — to samo stosujemy w czasie karmienia u matek zakatrzonych. Na salę niewolno jest wchodzić nikomu, nawet matkom — prócz lekarzy i pielęgniarek. Noworodki z oddziału zakaźnego, znajdującego się na innej stronie kliniki, nie są przyjmowane na salkę, lecz pozostają z matkami, gdzie je na wezwanie lekarza odwiedzamy. Izolowanie dzieci chorych uniemożliwia nam brak separatki. Wobec tego zadawalniać się musimy tem, że niektóre łóżeczka, np. dzieci z W a s s e r m a n n e m +, z ropieniem oczu, stawiamy zdala od innych. W razie schorzenia dróg oddechowych — co zdarza się niezmiernie rzadko, zmuszeni jesteśmy położyć dziecko na sali położnic przy matce.

Karmienie dzieci rozpoczyna się w 12 godz. po urodzeniu, jeśli niema przeciwwskazania ze strony matki (rzucawka, cięcie cesarskie i t. p.). W zasadzie karmi się dzieci 7 razy na dobę, t. j. co trzy godziny. Pielęgniarki rozwożą dzieci po salach na wózkach, kontrolując, o ile im czas pozwala, zachowania się matki i dziecka podczas karmienia. W niektórych przypadkach, np. braku laktacji, trudnej piersi i t. p., dzieci karmione są częściej.

Studjowanie krzywej wagi i spadku fizjologicznego utrudnia nam w większości przypadków niemożność określenia dobowej ilości pokarmu, bowiem ważenie 40 noworodków przed ssaniem i po ssaniu — 500 — 600 razy — wymagałoby 3 lub 4-krotnie większego personelu. Dlatego w czasie wizyty lekarskiej wybieramy do ważenia te dzieci, których waga nas niepokoi, które muszą być dokarmiane, lub są z innych względów ciekawe. Metody karmienia, dokarmiania naturalnego i sztucznego omówię obszerniej kiedy indziej, tu zaznaczę tylko najważniejsze zasady, któremi się kierujemy:

Od matek zdrowych, z obfitym pokarmem ściągają się możliwie dużo pokarmu, jako zapas dla innych noworodków. Dokarmia się noworodka, u którego waga wykazuje, że je zamało 1) jeśli ssie za słabo — pokarmem, ściągającym od matki; 2) jeśli pokarmu jest za mało — pokarmem, ściągającym od innych matek; 3) w wyjątkowych przypadkach (brak pokarmu od innych matek lub brak matek zdrowych) dokarmia się mieszankami mleka. 1:1 i 5% cukru, względnie mieszanką D u b o.

1) S z e n a j e h. Szpital im. Karola i Marji r. 1926.

Za podstawę do ilości pokarmu bierzemy następujące normy: dla noworodków dojrzałych:

Finkelstein — $(1d - 1) \times 70 - 80$. np. dzień szósty życia: $(6 - 1) \times 70 - 80 = 350$ do 400.

Pfaundler — waga $\times 1,5 : 100$ np. waga 3000 = $3000 \times 1,5 : 100 = 450$.

Schick — $1/10$ wagi przez pierwsze 2 do 4 dni.

Pfaundler — $(d + \frac{waga}{100}) \times 10$ np. waga

1400 szósty dzień życia: $(6 + 14) \times 10 = 200$.

Reuss — 1 — 4 dnia 30 do 50.

W kalorjach: dojrzałym noworodkom 120 do 150, niedojrzałym 150 do 200 na kilo wagi.

Bardzo celowa zamiana dzieci na pewien czas, polegająca na przystawianiu dobrze ssącego do piersi, mało wydajnej lub trudnej — np. z płaską brodawką, a słabo ssącego do obfitej, łatwej piersi, oczywiście rodzin zdrowych, natrafia często na niedający się zwalczyć opór ze strony matek.

Dużo pracy i starania wkładamy w najtrudniejsze nasze zadanie, t. j. hodowanie dzieci niedonoszonych.

Kładziemy tu specjalnie nacisk na staranną opiekę lekarską i dobre pielęgnowanie z zachowaniem ścisłych zasad aseptyki.

Weżeśniak w dobrym stanie, z niezbyt niskimi wagą i ciepłotą (do 2 kilo i $35 - 36^\circ$) zostaje owinięty watą i obłożony flaszkami.

Noworodek z wybitnymi objawami weżeństwa zostaje natychmiast włożony do cieplarki Nobela, przy temperaturze 27 do 30° . Ciepłota ciała dziecka jest bezustannie kontrolowana przez całą dobę i notowana na tablicy. Wyjmuje się z cieplarki tylko wyjątkowo, waży się rzadko, w miarę potrzeby. Pozostaje w cieplarce aż do unormowania się ciepłoty ciała i wyjmuje się stopniowo przez szereg dni, rozpoczynając od godziny dziennie, kontrolując ciepłotę po pobycie poza cieplarką. Karmienie ustala się w każdym poszczególnym przypadku indywidualnie, karmi się co dwie godziny, co pół godziny, a nawet częściej, smoczką, łyżeczką, kroplomierzem, zwiększając ilości stopniowo; o ile dziecko nie umie łykać, wtedy wlewa się przez zgłębnik pokarm 2 — 3 razy dziennie. Obowiązuje staranne mycie rąk przed każdym dotknięciem się weżeśniaka. Szczególną uwagę zwraca się na to, aby matka pokarmu nie straciła, pożądane jest aby matkę ssał, o ile jest zdrowa, 2 do 3 razy dziennie, dojrzały zdrowy noworodek.

Omówienie szczegółów, dotyczących karmienia weżeśniaków i dotychczasowych wyników, przekroczyłoby ramy tego artykułu, mogą tylko zaznaczyć jedną korzyść, którą już osiągnęliśmy, mianowicie, że szereg pielęgniarek i uczenie nauczyło się techniki hodowania weżeśniaków.

O chorobach noworodka i ich leczeniu również tu mówić nie będziemy; na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia w odżywianiu i wynikające stąd cierpienia skóry, w których zwalczaniu główną rolę odgrywa profilaktyka.

Od kilku miesięcy rozpoczęto szczepienie przeciwgruźlicze metodą BCG pod kierunkiem koleżanki Wierzbowskiej.

Uwagi o stanie noworodka wpisujemy tylko wyjątkowo i to w kilku słowach do schematu. Stolce, obecność żółtaczki, odpadnięcie pępownicy, ilość pokarmu i t. d. notują pielęgnarki na schemacie za pomocą umówionych znaków.

Po zbadaniu dzieci przechodzimy do matek — oglądamy piersi, pokarm, rozmawiamy z matkami o ich dziecku. Matki przeważnie lubią te odwiedziny i nieraz upominają się o nie.

Nie trzeba podkreślać, że we wszystkich ważniejszych sprawach porozumiewamy się z lekarzami, względnie z adjunktem kliniki, którzy na każdym kroku starają się ułatwić nam, nasze nieraz trudne zadania. Do naszej pracy wciągają się, na razie jeszcze niestale, młodzi lekarze, którzy odbywają praktykę w klinikach ginekologicznej i pediatrycznej.

Zadania kierownika oddziału dla noworodków w klinice uniwersyteckiej nie kończą się na prowadzeniu sali, ale polegają również na studjowaniu fizjologii i patologii noworodka, na zbieraniu materiału dla celów pedagogicznych i naukowych. W roku ubiegłym akademickim odbyło się już kilka demonstracji oraz kilka wykładów dla studentów o fizjologii i patologii noworodka. Projektują się wykłady przy kursach dokształcających dla lekarzy. Zawiazaliśmy korespondencję z klinikami polskimi i zagranicznymi. Korzystamy z łaskawej pomocy lekarzy z innych klinik, zwłaszcza ocznej, skórnej i chirurgicznej.

Lekarz, który zajmuje się dziećmi w klinice położniczej, musi, chociażby nie chciał, wciągnąć się w zagadnienia natury społecznej, z których najważniejsze jest dalszy los noworodka, zwłaszcza nieślubnego.

Wprowadziliśmy schematy, które wypełniamy i wysyłamy z dniem wypisania się dziecka do stacji opieki w odpowiedniej dzielnicy, na schemacie tym wypisujemy adres, nazwisko i najważniejsze dane o dziecku (waga, karmienie, stan odżywiania, W a s s e r m a n u i . d.), chcemy w ten sposób 1^o oddać dziecko pod dobrą opiekę i 2^o mieć możność obserwacji w poszczególnych przypadkach. Znaczna część materiału przepada jednak z powodu podawania przez matki fałszywych adresów.

Trudności w wykonywaniu naszej pracy, które wynikają z braków od nas niezależnych, bynajmniej nas nie zniechęcają, wiemy bowiem, że w wielu klinikach zagranicznych jest nie lepiej, a może nawet znacznie gorzej: przeważnie dzieci leżą na salach z matkami, a jeden z najlepszych znawców noworodka, Yllpö, odwiedza tylko dorywczo klinikę położniczą, która dotąd nie posiada swego stałego konsultanta — pedjatry.

W zakończeniu należy podkreślić, jak dobrze zasłużył się dla pedjatry polskiej profesor Czyżewicz, stwarzając u siebie nową placówkę pedjatryczną.

Sprawy zawodowe

Projekt reformy nauczania otorynolaryngologii w Uniwersytetach *).

Podał

Dr. A. SCHWARZBART (Kraków).

Ordynator Oddz. otolar. Szpitala izr. w Krakowie.

Do ważnych funkcji, jakie spełniają dzisiaj Uniwersytety i kliniki, należy przygotowanie teoretyczne i praktyczne przyszłego lekarza: 1) do wykonywania praktyki wolnej i w Kasach Chorych, 2) do pracy pomocniczej lub samodzielnej w klinikach i szpitalach, po 3) do wypełnienia kadr pracowników społeczno-lekarskich, społeczno-higienicznych i sanitarnych. Dowodem tych wszystkich uzdolnień ma być dyplom doktorski. Plan nauki winien tedy obejmować wszystko, co do spełnienia tych zadań jest konieczne. Zgodnie z ewolucją zagadnień społecznych i stanu nauki, plan ten z natury rzeczy ulegać również musi przemianie. Przebieg tego procesu widzimy też nieustannie od czasu, gdy dyplom opierał się na egzaminach z chorób wewnętrznych i chirurgji — aż do ery dzisiejszej trzech egzaminów ścisłych, obejmujących łącznie około 20 przedmiotów. W ten sposób stały się z czasem przedmiotem egzaminów n. p. biologia, medycyna sądowa, okulistyka, a zagranicą również neuropatologia i laryngologia, a w niedalekiej przyszłości przybędą i inne przedmioty jak n. p. balneoterapia.

Sluchacz medycyny naogół nie ma własnego poglądu i doświadczenia, co do zakresu potrzeb jego przyszłego zawodu. Z obserwacji musimy stwierdzić, że uważa się on za przygotowanego dostatecznie, gdy zaznajomił się jako tako z interną, pedjatrją i akuszerją, a poniekąd jeszcze z chirurgją i dermatologją. A jednak otolaryngologia jest mu we wszystkich na wstępie wspomnianych kierunkach potrzebna i wprost nieodzowna, a brak jej znajomości wyciska już dziś na lekarzu piętno zacofania i dyskwalifikacji, regulatorem zaś w przyswojeniu sobie tej umiejętności w dostatecznej mierze może być jedynie odpowiednio zmieniona ustawa uniwersytecka.

Przypatrzmy się obecnemu zakresowi i znaczeniu otolaryngologii. Otolaryngologia, jako stosunkowo młoda gałąź wiedzy lekarskiej, była długi czas w zależności od chorób wewnętrznych i chirurgji. Gdziekolwiek znów powstały konflikty z neurologją, która zgłosiła pretensje do otocirurgji, mimo braku kwalifikacji zarówno otologicznych, jak i chirurgicznych. Dzisiejsza otolaryngologia uwolniła się już od zabiegów opiekuńczych i podaża samodzielnie własnymi drogami, co więcej, rozrosła się tak znacznie, że z macierzystego jej pnia wyrastają już dzisiaj dalsze, poniekąd samodzielne gałęzie. Wystarczy wskazać na rozwój otocirurgji, sięgającej z powodzeniem i wielką subtelnością metod po najwyższe laury chirurgji czaszki i mózgu, na oryginalny rozwój neurologji błędniaka i nerwu VIII-go, na dżagnostykę i chirurgję cierpień jamy bocznych nosa i na wielką chirurgję krtani, na rozwój metod bezpośredniego badania krtani, oskrzeli i przełyku, na rozwój logopedji i fonjatrji, nauki o niemotach i lecznictwa głuchoniemot, — aby zrozumieć i uznać, że otolaryngologia jest dziś ogromnym kompleksem wiedzy lekarskiej, który nie tylko dorównywa innym poważnym działom medycyny, ale niektóre w swym zakresie znacznie przerasta. Wobec tego jest jasnym, że w funkcjach lekarskich, o jakich była mowa na wstępie, i do jakich Uniwersytet ma przygotować lekarza, otolaryngologia dzisiejsza zajmuje, wzgl. zajmować powinna poczesne miejsce. Nietylko wolna praktyka lekarska chroma dziś ciężko bez jej znajomości, nietylko szpitale i kliniki potrzebują otolaryngologów, ale i Kasy Chorych zgłaszają ogromne i rosnące zapotrzebowanie na fachowców tego działu, a wreszcie wzrastająca z roku na rok w swem znaczeniu higiena społeczna i szkolna, lecznictwo głuchoniemoty i wad wymowy domagają się coraz to nowych zastępów lekarzy, jeśli już nie specjalistów, to przynajmniej obznajmionych dokładnie, teoretycznie i praktycznie z otolaryngologją i działami pokrewnymi.

Nie ulega tedy wątpliwości, że moment, w którym otolaryngologia powinna stać się na Uniwersytetach naszych na równi z in-

nemi przedmiotami klinicznymi obowiązkowym przedmiotem nauczania i egzaminowania, jest już dawno osiągnięty, i że przeprowadzenie odpowiedniej reformy ustawy uniwersyteckiej jest niezaprzeczoną koniecznością.

Fakt ten został już zagranicą od pewnego czasu uznany, a wnioski praktyczne, stąd płynące, zostały częścią już wysnute, częścią znajdują się w stadium realizacji.

Plan studjów uniwersytetu wiedeńskiego na r. 1927 przewiduje obowiązkowy kurs praktyczno-teoretyczny z otolaryngologii w półroczu letnim, obejmujący trzy godziny tygodniowo, a od zaświadczenia uczęszczania na kurs ten zależne jest absolutorjum. Wedle oficjalnej wiadomości, otrzymanej przezemnie z Uniwersytetu wiedeńskiego, przedmiot ten będzie na podstawie nowej ustawy uniwersyteckiej w najbliższej przyszłości obowiązujący na równi z innymi przedmiotami klinicznymi.

W Niemczech otolaryngologia jest już przedmiotem obowiązującym na równi z innymi przedmiotami klinicznymi. Brzmienie odnośnego przepisu w regulaminie egzaminowym za r. 1925 jest następujące: „Kandydat ma w obecności egzaminatora zbadać chorego, opisać stan obecny i plan leczenia i w następnym ustnym egzaminie wykazać, że posiada w zakresie chorób uszu, gardła i nosa, jakoteż w leczeniu tychże wiadomości potrzebne dla lekarza-praktyka“. Wedle informacji prywatnych z berlińskiego uniwersytetu (klinika prof. Eickena) słuchacz dostaje do zbadania jeden przypadek ciężki kliniczny i kilka poliklinicznych, potem następuje egzamin teoretyczny. Zdanie egzaminu jest warunkiem promocji.

W Szwecji—jak pisze mi ostatnio prof. Holmgren—obowiązuje dwumiesięczny kurs otolaryngologii, obejmujący w tygodniu sześć godzin klinicznych i dwie godziny polikliniczne. Z pracy Holmgrena z r. 1926 „Die Organisation der Otolaryngologie in Schweden“ w Passows „Beitraege“ wynika, że i tam sprawa obowiązkowego egzaminu z otolaryngologii znajduje się w stadium ustawowego załatwienia. W wymienionej pracy pisze prof. Holmgren między innymi: „Otolaryngologia musi być zrównana z innymi przedmiotami; obowiązkowa praca pomocnicza praktyczna na poliklinikach po ukończonym kursie i stopniowana nota muszą być objęte świadectwem licencjatu medycyny“ (równego naszemu doktoratowi).

Uderzającym jest, że niektóre działy medycyny już stosunkowo wcześniej w powszechnem ustawodawstwie uniwersyteckiem stały się obowiązkowymi. Naprz. okulistyka, której znaczenie w ogólnej praktyce jest, bądź jak bądź, ograniczone, już dawno uzyskała pełne prawo obywatelstwa we wszystkich uniwersytetach. Jeśli zastanowimy się nad przyczynami tego zjawiska, dojdziemy do wniosku, że decydującą rolę odegrały w niem autorytet i przebojowa inicjatywa koryfeuszów okulistyki, w które dział ten w okresie rozkwitu obfitował.

I nam potrzebna jest ta inicjatywa, ażeby wypełnić luki ustawy uniwersyteckiej polskiej w stosunku do otolaryngologii i spowodować zmianę tej ustawy za przykładem zagranicy wedle wymagań czasu i postępu oraz potrzeb lekarzy i społeczeństwa.

W myśl tych wywodów stawiam następujące wnioski:

Wniosek 1). „Zjazd Otolaryngologów Polskich, zebrany w dniu 29 maja 1927 r. w Warszawie, wypowiedział się jednomyślnie za reformą ustawy uniwersyteckiej w kierunku rozszerzenia i zmodernizowania nauczania otolaryngologii i w kierunku obowiązującego egzaminu z tego przedmiotu na równi z innymi przedmiotami klinicznymi“.

Wniosek 2). „Zjazd Otolaryngologów Polskich, uchwała polecić Prezydium Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego przesłanie powyższego wniosku wraz z uzasadniającym memoriałem w duchu niniejszego referatu do Ministerstwa W. R. i O. P.“

Uwaga: Wnioski powyższe zostały przez Zjazd jednomyślnie uchwalone.

*) Wygłoszone na V Zjeździe Otolaryngologów Polskich w Warszawie d. 29.V. 1927 r.

Wiadomości bieżące.

Redaktor „Warsz. Czasop. Lekarsk.“ wyjechał na kilkotygodniowy odpoczynek. Zastępować go będzie kol. Mieczysław Gantz, Złota 26.

— Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej złożył na ręce p. Ministra Spraw Wewnętrznych następujący Memorjał:
Do Pana Ministra Spraw Wewnętrznych.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej już kilkakrotnie poruszał w swych wystąpieniach do Władz sprawę konieczności zniesienia ograniczeń paszportowych. Starania te nie zostały, niestety, uwzględnione przez Władzę. Wobec tego i wskutek prób swych członków — lekarzy Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej pozwala sobie tym razem zwrócić się do Pana Ministra z prośbą o uwzględnienie szczególne położenia lekarzy, którzy od trzech lat nie mogą wyostać się poza granice kraju.

Wyjazd przeciętnego lekarza zagranicę przy obowiązujących przepisach jest niemal nie do skuteczenia bez względu na to, czy ma na celu kurację czy odpoczynek. Niezliczone niemal przeszkody w postaci niezbednych zaświadczeń, świadectwa niezamężności, choroby i t. p. czynią otrzymanie paszportu ulgowego dostępnym li tylko dla pojedynczych bardzo cierpliwych i wytrwałych lekarzy. Zarząd nie ma potrzeby objaśniać, jakie wielkie znaczenie posiada właśnie dla lekarzy wyjazd za granicę w celu odpoczynku, jak wyczerpująca siły fizyczne i system nerwowy codzienna praca lekarza czyni koniecznym zupełne oderwanie się od warunków życia zwykłego chociażby na kilka tygodni, niewystarczający jest w tych razach pobyt w kraju. Zbytecznym jest nadmienić, że wyjazd za granicę, poza całkowitym wypoczynkiem i tak konieczną dla lekarza i zwłaszcza jego systemu nerwowego zupełną zmianą otoczenia, jest zawsze wielce korzystny ze względu na zetknięcie się ze światem lekarskim za granicą, na zapoznanie się z urządzeniami kąpielowemi, szpitalami, klinikami i t. p. I ten tak korzystny z wielu względów dla całego kraju wyjazd jest obecnie dostępny tylko dla bardzo nielicznej garstki lekarzy, mogących pozwolić sobie na prawie 600 złotych (z tak zwanym świadectwem kwalifikacyjnym, opłatą na bezrobotnych etc.) paszport i dla tych również nielicznych lekarzy, którzy mają możność i wytrwałność przebycia niezliczonych trudności na drodze do uzyskania paszportu ulgowego.

Otrzymanie paszportu ulgowego w celach naukowych jest również sprawą niezmiernie trudną, gdyż wymaga: 1) przedstawienia odpowiedniego zaświadczenia od jakiejś instytucji, co już stawa poza nawias szersze koła lekarzy praktyków, nie pracujących w instytucjach odpowiednich, 2) gdyż często zaświadczenie takie bywa kwestjonowane i 3) gdyż często związane jest z całym szeregiem starań niemitych i obciążających. Zaznaczyć przytem należy, że bardzo często starania podobne na zjazdy, czy kursy naukowe — kończą się odmową.

Wyżej wyluszczone pokrótce uwagi zmuszają Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej do zwrócenia się z gorącą prośbą do P. Ministra o wzięcie pod uwagę sprawy wymienionej w nadziei, że Pan Minister, najlepiej znający życie lekarza, zechce przyczynić się do usunięcia ograniczeń paszportowych narazie przynajmniej dla lekarzy, dopóki wreszcie nie znikną one zupełnie z naszego życia państwowego. Zarząd pozwala sobie wyrazić przypuszczenie, że znaczenie stanu lekarskiego dla Państwa nie jest mniejsze, niż np. zawodu dziennikarskiego, który w tak rozległym stopniu korzysta z ułatwień paszportowych. Na zakończenie Zarząd pozwala sobie przypomnieć Panu Ministrowi pozostałość po rządach rosyjskich w postaci konieczności wyrabiania t. zw. świadectwa kwalifikacyjnego w komisariatach policji, jeszcze bardziej utrudniających i podrażających paszporty. Zarząd wierzy, że Pan Minister,

którego działalność dotychczasowa ożywiona jest tendencją ułatwiania życia obywatelom, zechce usunąć te niemiłe pozostałości po zaborcach.

Prezes Dr. K. Dłuski.
Sekretarz Dr. W. Knappe.

— W Nr. 78 „Dziennika Ustaw“ ogłoszono rozporządzenie p. Prezydenta Rzeczypospolitej o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu. Na mocy tego dekretu za choroby zawodowe uważane są choroby ostre lub przewlekłe, powstające: wskutek wykonywania pewnego zawodu, z istoty danej pracy lub z powodu warunków, w jakich się ona odbywa. Wykaz tych chorób ustalają w drodze rozporządzeń łącznie minister spraw wewnętrznych oraz minister pracy i opieki społecznej. Ci sami ministrowie wraz z ministrem przemysłu i handlu łącznie wydają przepisy sanitarno-higieniczne, mające na celu zapobieganie chorobom zawodowym i ich zwalczanie.

— Według wiadomości, zaczerpniętych z pism codziennych, do miejscowości Małopolski Wschodniej, dotkniętych powodzią, wydelegowany został Dr. Palester, naczelnik wydziału chorób zakaźnych departamentu służby zdrowia Min. Spr. Wewn., celem zapobieżenia epidemii czerwonki i innych chorób zakaźnych. Dr. Palester wydał szereg koniecznych zarządzeń w kierunku osuszenia domów oraz odbudowania i oczyszczenia studni na terenie dotkniętych klęską województw. Na podstawie raportów, nadsyłanych do woj. Lwowskiego, nie było tam dotąd przypadku czerwonki. W województwie Stanisławowskim powódź poczyniła spustoszenia wielkie. W Zabiem i po wszech, na południu województwa położonych, szerzy się czerwonka. Ekspedycja zaopatrzona została w duże ilości szczepionek oraz surowicy przeciwczerwonkowej.

— W Paryżu pod redakcją prof. Borela, De Nobela, Hartmanna, Regaud i Roussy zaczął wychodzić „Index Analyticus Cancerologiae“. Pismo to nosi charakter międzynarodowy i ma komitety redakcyjne miejscowe prawie we wszystkich krajach Europy. (Niemcy, Belgja, Danja, Hiszpanja, Holandia, Włochy, Norwegja, Portugalia, Szwecja i inn.) Na zaproszenie Redakcji powstał również Komitet Redakcyjny dla Polski w składzie następującym: Prof. Ciechanowski (Kraków, Pluczki 4). Doc. Sterling-Goniewski (Warszawa, Marszałkowska 41). Dr. Med. Wejnert, (Warszawa, Marszałkowska 73. Prof. Wrzesiek (Poznań, Uniwersytet).

Uprasza się niniejszem wszystkich Kolegów, którzy w roku 1927 ogłosili w języku polskim prace, dotyczące nowotworów, o nadesłanie w terminie jaknajprędszym *krótkiego streszczenia*, jeżeli można w języku franc., ewentualnie po polsku, pod adresem jednego z powyżej wyliczonych członków Pol. Kom. Red. (Przy streszczeniu należy wskazać ściśłą datę, kiedy praca była drukowaną, nazwę i numer pisma oraz pierwszej i ostatniej strony).

— Sekcja Higjeny Ligi Narodów rozesała 2 sprawozdanie Komisji do spraw malarji. Wyłonione 3 sekcje zdają sprawę o sposobach walki z malarją, o organizacji akcji zapobiegawczej i o metodach badania malarji.

— W Londynie powstało biuro pośrednictwa pracy dla uzdrowieńców gruźliczych.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

Publicaciones del Instituto Ravetlat—Pla. Concept clinique de la Tuberculose selon la Bactériologie et la Pathogénie de Ravetlat—Pla par le Dr. R. Pla y Armengol, directeur de l'Institut Ravetlat—Pla.

TRÉŚĆ: WASSERTHAL. O niskim parciu krwi.—J. NUSBAUM. Badanie treści żołądkowej za pomocą próbnego trunku alkoholowego Ehrmanna (E. P. T. = Ehrmanns Probetrunck).—E. HERMAN. Przypadek guza mózgu z prawdopodobnym umiejscowieniem w lewym ciele prątkowanym.—D. THURSZ. Przypadek pęknięcia wodogłowia podczas wydobywania płodu.—Z. SZYMANOWSKI. Wyniki szczepienia ochronnego metodą Calmetta w gruźlicy bydłej (Streszcz. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — L. PIKIELNY. O środkach używanych do przemywania pęcherza moczowego. — L. PIETKIEWICZ. Przyczynek do stosowania buljonów szczepionkowych Besredki. — Wł. MEDYNSKI. Z zagadnień psychologii lekarskiej (c. d.). — Korespondencja. — M. ERLICHOWA. Organizacja pracy na oddziale noworodków. — A. SZWARZBART. Projekt reformy nauczania otorynolaryngologii w Uniwersytetach Polskich. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: D. WASSERTHAL. Sur l'hypotension du sang. — J. NUSBAUM. L'examen de chimisme stomacal à l'aide de repas alcoolique d'Ehrmann. — E. HERMAN. Un cas de tumeur cérébrale localisée probablement dans le corps strié gauche. — D. THURSZ. Un cas de rupture de l'hydrocephalie au cours de la délivrance du fœtus. — Z. SZYMANOWSKI. Le résultats de la vaccination préventive contre la tuberculose bovine d'après la méthode de Calmette (Rév. gén.). — L. PIKIELNY. Sur les remèdes employés pour le lavage de la vessie. — L. PIETKIEWICZ. Contribution à l'application des bouillons de Besredka. — L. MEDYNSKI. Les problèmes de la psychologie médicale (suite). — M. ERLICH. L'organisation du travail au service des nouveau-nés. — A. SCHWARZBART. Projet d'une réforme des cours de l'oto-rhino-laryngologie aux universités polonaises.