

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 6

WARSZAWA, 31 MARCA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Kiła wrodzona spóźniona ucha wewnętrznego w świetle nowszych badań.

Podał

B. KARBOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie).

Z naszkicowanego obrazu klinicznego wynika, że rozpoznanie kiły wrodzonej ucha wewnętrznego nie zawsze może być oparte na ściśle ustalonym zespole klinicznym. W obrazie klinicznym mamy tak różnorodne objawy zarówno ze strony narządu dowodzącego słuchu, jak i odbiorczego, że potwierdzenia dla przypuszczalnego rozpoznania musimy szukać w wywiadach i w wynikach badania całego ustroju.

Dla zobrazowania, jak różnorodny jest obraz kliniczny, i jak trudne bywa rozpoznanie kiły wrodzonej spóźnionej ucha wewnętrznego, pozwolę sobie przytoczyć kilka własnych obserwacji.

Pierwszy przyp. dotyczy 20-letniej pac. H. M., która zgłosiła się z powodu silnych zawrotów głowy i ogłuszenia. Z wywiadów wynikało, że chora przed miesiącem urodziła zdrowe normalne dziecko, nigdy poważnie nie chorowała. Obecna choroba trwa zaledwie trzy dni.

Stan obecny chorej: budowa silna, odżywianie dobre. W narządach wewnętrznych i w układzie nerwowym nie stwierdzono odnotowania godnych zmian (Dr. Zandowa). Zrenice równe, reagują na światło i zbieżność. Na rogówkach stwierdzono zmętnienie ograniczone.

Badanie narządu słuchu:

bł. bęb. nieco mętne. Trąbki uszne drożne.

Słuch pr. ucho: szept u małżowiny

$a_1 = -40$

$C_3 = -10$

Rinne +

lewe ucho: szept 20 cm. od małżowiny

$a_1 = -30$

$C_3 = -8$

Rinne +

Weber nie lateralizuje

Schwabach (a_1) — 10

Narządy n. przedsionkowego:

Oczopląs samoistny w lewo

Romberg dodatni

Chód chwiejny

Odczyn cieplikowy:

pr. ucho: 0

lewe ucho: słaby odczyn

Odczyn obrotowy:

10 obrotów w prawo powoduje oczopląs w lewo, który trwa 6 sek.

10 obrotów w lewo nie wywołuje oczopląsu.

Obustronne cierpienie narządów odbiorczych ucha wewnętrznego o przebiegu prawie ostrym z obniżoną pobudliwością narządów n. przedsionkowego lewego i z zniesioną pobudliwością narządów prawych wskazywało na jakąś szkę ogólną, w pierwszym rzędzie na kiłę.

Badanie na odczyn Wassermanna (Doc. Hirschfeld) dało wynik ujemny. Pomimo ujemnego Wassermanna chorej zaleciłem leczenie przeciwkiłowe.

Badanie, przeprowadzone po dwóch miesiącach, dało następujący obraz:

Słuch pr. ucho: szept — 2 metry

$a_1 = -15$

$C_3 = -8$

Rinne +

lewe ucho: szept 20 cm.

$a_1 = -55$

$C_3 = -8$

Rinne +

Weber w prawem uchu

Schwabach — 6

Narządy n. przedsionkowego

bez zmian.

Leczenie specyficzne dało poprawę słuchu ucha prawego. Lewe ucho nie wykazało poprawy, przeciwnie, słuch dla a_1 pogorszył się.

Chora była pod moją obserwacją 1½ roku. Dwukrotnie w ciągu tego okresu były napady zawrotów głowy, niekiedy z wymiotami, z obniżeniem słuchu. Za każdym razem leczenie specyficzne dało widoczną poprawę słuchu pr. ucha.

Czy mieliśmy w tym przypadku do czynienia z kiłą nabytą, czy wrodzoną? Przeciw kile nabytej przemawia to, że chora przed miesiącem urodziła zdrowe normalne dziecko. Dziecko było badane kilkakrotnie przez pediatrę, który nie znalazł żadnych objawów kiłowych. Przeciw nabytej kile przemawia i ujemny Wassermann. Za kiłą wrodzoną przemawiały zmiany na rogówce, które były następstwem specyficznego zapalenia rogówek, przebytego przed kilkoma laty; za kiłą wrodzoną przemawiały również nawroty sprawy usznej i postępujący charakter pomimo leczenia specyficznego. Przepuszczalne rozpoznanie „kiła wrodzona spóźniona ucha wewnętrznego” potwierdzone zostało przez dokładne wywiady rodzinne. Dwoje rodzeństwa pac. było od najmłodszych lat w leczeniu z powodu kiły układu nerwowego z dodatnim Wassermannem we krwi. Matka chorej przyznała się, że została zarażona przez męża swego. Przypadek jest ciekawy ze względu na bardzo późne wystąpienie objawów kiłowych ucha w 21 roku życia.

Drugi przypadek dotyczy chorej R. J. 28 lat, która od kilkunastu lat cierpiała na przytępienie słuchu i na szum. Przed trzema laty prawie nagle słuch się pogorszył. Przez kilka dni były wówczas zawroty głowy i nudności. Tydzień temu nagle słuch się pogorszył; ogłuszenie związane było znowu z silnymi zawrotami głowy i bólami w potylicy i w części czołowej.

Badanie narządu słuchu:

pr. ucho — bł. bęb. mętna i wciągnięta, trąbka uszna słabo drożna.

Słuch: $a_1 = - 45$

$C_5 = - 12$

Rinne — 4

lewe ucho: szept u małżowiny („dwa“ „cztery“) błona mętna i wciągnięta.

$a_1 = - 75$

$C_5 = 0$

Mowa potoczna 1 metr.

Rinne — 6

Schwabach — 3

Weber nie lateralizuje

Narządy n. przedsionkowego:

Oczopląs samoistny w lewo, objawu omijania nie stwierdza się. Chód nieco chwiejny.

Badanie kaloryczne:

pr. ucho: po 100 cm.³ (18°) wzmoczenie samoistnego oczopląsu. Lekki zawrót głowy.

lewe ucho: po zużyciu 200 cm.³ wody o 18° ślad oczopląsu w prawo bez zawrotów głowy, bez objawu omijania.

Odczyn obrotowy:

10 obr. w prawo — oczopląs samoistny prawie bez zmiany. Objaw omijania słaby.

10 obr. w lewo — brak oczopląsu, brak odczynów ze strony tułowia i kończyn. 10 obr. w prawo z głową przechyloną ku przodowi — oczopląs samoistny wzmaga się, lekkie uczucie zawrotu głowy.

10 obr. w lewo z głową przechyloną ku przodowi — brak oczopląsu, brak objawów podmiotowych.

10 obr. z przechyloną głową na prawy bark — kilka sekund trwający pionowy oczopląs.

10 obr. z przechyloną głową na lewy bark — brak oczopląsu.

Odczyn galwaniczny:

katoda na pr. uchu 8 mamp.: oczopląs samoistny wzmaga się.

katoda na lew. uchu 10 mamp.: oczopląs nieco słabszy (?).

Objaw Henneberta:

pr. ucho — bardzo słabe migawkowe drżenie.

lewe ucho — ujemny.

Badanie ogólne: Budowa prawidłowa, w płucach zmian nie stwierdzono. Uzębienie: siekacze małych rozmiarów, brzęgi zleka wklęsłe. Tony serca czyste. Tętno zwolnione 60. Układ nerwowy: ze strony nerwów cząstkowych zmian nie stwierdzono. Dno oczne — normalne. Na rogówkach zmętnienia ograniczone. Żrenice reagują na światło i na przystosowanie. Odruchy ścięgnowe żywe, skórne prawidłowe. Przekłucie łądźwiowe. Nonne Appelt +, badanie cytologiczne 18 limfocytów. Wassermann we krwi i w płynie — ujemny.

Chora przeszła kurację przeciwikiłową. Po kilku tygodniach bóle głowy ustąpiły. Pozo tał lekki zawrót głowy. Bradykardja znikła, tętno 84. Badanie czynności narządów ucha wewn. nie wykazało poprawy.

Przypadek pod względem rozpoznawczym nie nasuwa żadnych trudności. Przebieg cierpienia usznego, nieprawidłowe uzębienie, ślady po przebytem zapaleniu rogówki, badanie funkcjonalne narządów odbiorczych ucha wewnętrznego, dodatni objaw Henneberta po stronie prawej uprawnia nas do rozpoznania kiły odziedziczonej spóźnionej. Zastanawiająca jest w przypadku naszym przejściowa bradykardja i zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. Co się tyczy zwolnienia tętna, to obecnie nie ulega już wątpliwości, że stan podrażnienia narządów n. przedsionkowego może przebiegać ze zwolnieniem tętna. Borries w 3 zeszytce Mon. f. Ohr. 1927 z kliniki kopenhaskiej poświęcił specjalną pracę tej sprawie i dochodzi do wniosku, że zwolnienie tętna, jako objaw błędnikowy, winno być uwzględnione w każdym podręczniku chorób usznych. Pleocytoza zaś w płynie mózgowo-rdzeniowym nie przeczy rozpoznaniu kiły wrodzonej odziedziczonej, albowiem z nowszych prac Maksa Schacherla i Oskara Becka wynika, że pleocytozę w płynie w kile wrodzonej spóźnionej ucha znajdujemy w 23,1%. Odczyn Wassermanna dodatni jest tylko w 7,7%.

Pozwolę sobie przytoczyć jeszcze jeden przypadek, który pod względem rozpoznawczym nasuwa duże trudności. Przypadek był demonstrowany na posiedz. Tow. Otolaryng. dnia 24.XI.27 r.

Przyp. dotyczy 20-letniej pac. J. W., która pochodzi podobno z rodziny zdrowej. Matka umarła na krwawą dyzenterję, ojciec na chorobę mózgową, która trwała 4 miesiące. 5-cioro rodzeństwa jest zdrowe. Jedna siostra umarła na suchoty płuc. Sama pac. chorowała w latach dziecińczych na gruźlicę (?) pr. stawu kolanowego i kości przedramienia i ramienia. Przed dwoma laty chora podobno nagle ogłuchła. Była wówczas pod obserwacją na oddziale specjalnym, gdzie proponowano jej operację. Na operację chora się nie zgodziła.

W kilka dni później nagle chora słuch odzyskała o tyle, że słyszała mowę potoczną dobrze. W ciągu dwóch lat chora miała wprawdzie słuch przytępiony, ale swobodnie porozumiewała się z otoczeniem; 20/X chora nagle ogłuchła, jednocześnie z głuchotą wystąpiły zawroty głowy i mdłości, które trwały trzy doby. Obecnie chora skarży się na głuchotę; zawroty głowy i mdłości ustąpiły.

Badanie, przeprowadzone 6 XI, wykazało: budowa prawidłowa, bladeść twarzy i śluzówek, pr. staw kolanowy zgrubiał, ruchy nieograniczone; na prawem ramieniu i przedramieniu blizny wciągnięte i zrośnięte z kością. Uzębienie normalne. Serce i płuca norma; tętno 80. Wassermann we krwi ujemny (kol. Grauberg-Rosentalowa). Mocz — norma. Badanie układu nerwowego nie wykryło uchybień od normy (kol. Zandowa). Odruchy zarówno ścięgnowe, jak skórne i ze śluzówek zachowane. Żrenice reagują na światło i przystosowanie. Dno oka norma — poza skąpem nagromadzeniem pigmentu na obwodzie tarczy w postaci drobnego półksiężycyca.

Badanie narządu słuchu:

Błony normalne, mają zlekka różowy odcień.

Trąbki uszne drożne.

Słuch	szept:	pr.	lewe
		0	0
	mowa zwykła	0	słyszy u małżowiny b. głośną mowę
	a ₁	0	— 75
	Schwabach		— 12
	Weber		nie lateralizuje
	Rinne	— 9	— 4
	A ₁	słyszy	słyszy
	C ₅	0	0
	Galton	nie słyszy	nie słyszy

Narządy n. przedsionkowego:

brak objawów samoistnych.

Odczyn cieplikowy:

pr.: pobudliwość obniżona, Ny po 50 cm.

lew.: pobudliwość obniżona, Ny po 50 cm.

Odczyn obrotowy:

pobudliwość kan. poziomych i tylnych obniżona, pobudliwość pionowych normalna.

Odczyn galwaniczny:

pr.: dodatni przy 5 mmamp.

lew.: dodatni przy 5 mmamp.

Objaw Henneberta:

pr.: ujemny.

lew.: ujemny.

Przekłucie łądźwiowe: ciśnienie wzmożone. Płyn klarowny. Badanie cytologiczne (kol. Grauber-Rosentalowa) nie wykryło nadmiaru limfocytów.

Badanie chemiczne:

Pandy — ujemny.

Nonne Appelt ujemny.

Lange ujemny.

Wassermann w płynie ujemny.

Z jakim cierpieniem mamy w danym przypadku do czynienia — czy z dziedziczno-degenera-

cyjną, czy też z nabytą głuchotą? Dziedziczno-degeneracyjną głuchotę zarówno otosklerozę, jak i konstytucyjno-degeneracyjną typu Hamerschlaga należy wyłączyć ze względu na nagły początek choroby i na nagłą poprawę, która miała miejsce przed dwoma laty; nawrót głuchoty przed 3-ma tygodniami wraz z objawami ze strony narządów n. przedsionkowego również przemawia przeciw dwom wyżej wymienionym postaciom dziedziczno-degeneracyjnej głuchoty.

Należy więc rozpoznać głuchotę nabytą. Przebieg cierpienia i wywiady wyłączają głuchotę urazową i głuchotę w następstwie ostrej infekcji. Natomiast przebieg cierpienia nagły początek i względnie nagła poprawa przed dwoma laty przyczem po tym pierwszym ataku pozostało upośledzenie słuchu, nagłe pogorszenie przed kilkoma tygodniami z trzydniowym okresem zawrotów głowy i mdłości — zgadza się z tem, co wiemy o przebiegu klinicznym kiły ucha. Jeżeli jest to kiła ucha wewnętrznego, czy mamy w tym przyp. kiłę nabytą, czy wrodzoną? Przeciw nabytej kile oprócz braku danych anamnestycznych i klinicznych przemawia nietylko brak Wassermann'a we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, lecz i ujemna reakcja kolloidalna; gdyby była to kiła nabyta ucha, to mielibyśmy do czynienia z cierpieniem kiłowym niedawno nabytem aparatu nerwowego ucha ew. z *meningitis basilaris*. Jedno i drugie dałoby, jeżeli nie dodatniego Wassermann'a we krwi, to dodatni odczyn Langego. Odczyn Langego jest bardzo czuły; we wrodzonej kile spóźnionej układu nerwowego jest dodatni i wówczas, gdy odczyn Wassermann'a w płynie mózgowo-rdzeniowym jest ujemny. Odczyn Langego kolloidalny w kile nabytej jest dodatni w 100%, wówczas gdy Wassermann w 90%.

Przeciw kile nabytej przemawiają też wyniki badania czynności narządów ucha wewnętrznego. Rinne ujemny nie należy do obrazu kiły nabytej ucha. Często natomiast stwierdzamy ujemnego Rinnego w kile wrodzonej. Według zestawień Ruttina w większości przypadków Rinne wypada ujemnie. Brak najbardziej czułego odczynu Langego, t. zn. kolloidalnego, nie wyłącza wrodzonej spóźnionej kiły ucha wewnętrznego, albowiem kiła wrodzona spóźniona ucha wewnętrznego jest cierpieniem nie aparatu nerwowego ucha wewnętrznego, lecz tkanki łącznej i torebki kostnej. Są to zmiany zapalne o charakterze przewlekłym w tkankach mezodermalnych; tem się też tłumaczy, że odczyn kolloidalny w kile wrodzonej spóźnionej ucha bez objawów klinicznych kiły układu nerwowego dodatni jest tylko w 23,1%.

Rozpoznanie w danym przyp.: kiła spóźniona wrodzona jest rozp. *per exclusionem*. Dowieść tego rozpoznania w tym przyp. nie możemy, albowiem oprócz rozpoznania kiły spóźnionej wrodzonej tylko na wynikach badania czynnościowego ucha wewnętrznego jeszcze obecnie nie możemy. Obrazy kliniczne niektórych postaci dziedziczno-degeneracyjnej głuchoty są bardzo zbliżone do obrazu klinicznego wrodzonej kiły spóźnionej ucha wewnętrznego.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z zakładu rentgenologicznego Kasy Chorych m. st. Warszawy
(Kierownik: Dr. S. RUBINROT).

O leczeniu wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy promieniami Roentgena.¹⁾

Podał

Henryk ADELFRANG (Warszawa).

Sprawa leczenia wrzodu trawiennego żołądka i 12-cy promieniami R. była już kilkakrotnie omawiana i w piśmiennictwie lekarskim polskim i na posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego. W roku 1924 Groszlik z Łódzkiej K. Ch. ogłosił 4 przypadki wrzodu żołądka, leczone z dobrym wynikiem promieniami R., w roku przeszłym Rubinrot sprawę tą omawiał w obszerniejszym odczycie, drukowanym w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“; ostatnio zaś Cytronberg poruszył sprawę leczenia wrzodów żołądka prom. R. w swym odczycie, wygłoszonym w Zrzeszeniu Lekarzy i na odpowiednich pokazach na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Gastrologicznego.

Nie będę tedy poruszał tych wszystkich, już dobrze znanych Panom spraw, ale postaram się ująć sprawę leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy z punktu biologicznego działania promieni R. na chorą tkankę i komórkę.

W piśmiennictwie lekarskim spotyka się często prace o doskonałym wpływie promieni R. na najróżnorodniejsze schorzenia i ta właśnie wielostronność ich działania była przyczyną dość sceptycznego zachowywania się ogółu lekarzy względem samej metody leczniczej. W obecnym jednak stanie naszego leczenia nie do pomyslenia jest obejście się bez promieni R. w żadnej dziedzinie medycyny praktycznej.

To jednakowe działanie promieni R. w tak różnorodnych schorzeniach może być wytłomaczone tylko brakiem jakiegokolwiek swoistości w ich działaniu. Objaśnię to na przykładach. Nie wiem, czy Panowie obserwowali, jak zmienia się, np., skóra w zwykłej wrzodziejącej pryszczycy pod wpływem promieni R. Widzimy więc na początku oczyszczanie się wrzodziejącej powierzchni, następnie zjawia się młoda tkanka ziarninowa, chory naskórek zaczyna się złuszczać i zmartwiałe masy odpadają. Następnie tworzy się młoda tkanka łączna i całe schorzone miejsce pokrywa się młodym naskórkiem. Sprawa jest wyleczona bez blizny, ale z pozostawieniem nieznacznego zabarwienia skóry.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa w gruźlicy skóry. W tym przypadku nie tworzy się nowy naskórek, ale tkanka ziarninowa przeistacza się w tkankę łączną, i cała sprawa goi się z pozostawieniem większej lub mniejszej blizny.

Takie same procesy anatomo-patologiczne, z takimiż wynikami obserwujemy i w naturalnym,

że się tak wyrażę, gojeniu się pryszczycy i gruźlicy skóry. Jedyna różnica polega na tem, że pod wpływem promieni R. wszystkie te sprawy odbywają się o wiele szybciej, niż bez udziału promieni. Ale sposób i rodzaj, w jaki się odbywają, jest ten sam, jak gdyby odbywały się samoistnie.

Porównywano działanie promieni R. z działaniem obcego białka, wprowadzonego do organizmu, do t. zw. proteinoterapii. Pewne podobieństwo rzeczywiście istnieje, i na tem tle powstała teoria Caspariego o biologicznym działaniu promieni R. Autor ten twierdzi, że pod wpływem promieni R. następuje rozkład chorych komórek i tkanek, jak również i białych ciałek krwi. Te rozpadowe części przedostają się do obiegu krwi i działają, jako ciała białkowe, obce ustrojowi, choć rodzajowo własne (Arteigen). Działają one, jak hormony, i pobudzają siły obronne organizmu do walki ze schorzeniem. Z drugiej strony następuje pod wpływem promieni R., jak już wyżej zaznaczyłem, szybsze gojenie się sprawy chorobowej w sposób właściwy ustrojowi. Te dwa czynniki pobudzenie sił obronnych ustroju i szybsze gojenie się miejscowe wzajemnie się dopełniają, i dlatego też w tak wielu schorzeniach promienie R. dają tak dobre wyniki.

Jeżeli przejdziemy teraz do wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy, to samowyleczalność tych wrzodów jest przez Panów dość często obserwowana. I klinicznie i rentgenologicznie stwierdzone wrzody żołądka i dwunastnicy znikają i pozostawiają ślady w postaci łączno-tkankowych blizn, co też dość często na stole sekcyjnym się stwierdza. Badania zaś histopatologiczne stwierdzają we wszystkich wrzodach grubszą lub cieńszą warstwę tkanki ziarninowej i młodą tkankę łączną, której jakość i ilość zależna jest od mniejszej lub większej tendencji wrzodu do wyleczenia samoistnego. Ta tendencja istnieje więc w mniejszym lub większym stopniu we wszystkich wrzodach. Idzie tylko o to, aby ją wzmocnić, aby pobudzić siły obronne organizmu i wyleczenie przyspieszyć.

Uważam, że środkiem, który najlepiej w tym razie działa, są promienie R. Zastrzegam się, że nie neguję zupełnie wszystkich innych środków leczniczych, przez Panów stosowanych, począwszy od odpowiedniej diety, a skończywszy na bardzo bogatej farmakopei. Przypuszczam jednak, że promienie R. powinny zajmować choćby równorzędne w tym arsenale stanowisko.

Działanie promieni R. na chorego, dotkniętego wrzodem żołądka lub dwunastnicy, jest dwójakie i wyraża się ustąpieniem lub znacznym zmniejszeniem się intensywności objawów podmiotowych, jak bóle, wymioty, odbijania i brak łaknienia. Chorzy zaczynają odżywiać się normalnie, zaczynają przybierać na wadze, i ginie uporczywe zaparcie. Z drugiej strony występują zmiany anatomiczne, przedmiotowe, wyrażające się w zbliżeniu się wrzodu i w ustaniu krwawień. I jeżeli Juengling jeszcze w roku 1924 zaznaczył, że tylko wówczas będzie można mówić o wyleczeniu wrzodu trawiennego żołądka, jeśli znikną nietylko objawy podmiotowe, które i tak mogą zjawiać się

¹⁾ Odczyt wygłoszony w Polskim Tow. Gastrologicznym 18 stycznia r. b.

okresowo, lecz jeśli zniknie również i rentgenologicznie stwierdzona nyża Haudeka, to takie dowody obecnie istnieją. W rok później, mianowicie, na zjeździe niemieckich rentgenologów w Nauheim w roku 1925, Lenk przedstawił siedm przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy, z których w czterech przypadkach stwierdzono rentgenologicznie nyżę Haudeka, w jednym nyżę opuszki dwunastniczej, w dwóch zaś typowe zniekształcenia opuszki. Z tych 7 przypadków sześć, to jest około 85%, zostały wyleczone wyłącznie za pomocą promieni R. Ustąpiły nietylko wszystkie objawy podmiotowe, ale i nyże zginęły z obrazu rentgenologicznego.

Nasze własne obserwacje dotyczą 20 przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy, stwierdzonych klinicznie i rentgenologicznie. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdziliśmy zbawienny wpływ promieni R. na chorych pomimo nie zachowywania przez nich żadnej diety, ani stosowania jakichkolwiek środków leczniczych. Objawy podmiotowe znikły zupełnie lub znacznie osłabły: chorzy tracili bóle i wszelkie inne dolegliwości, związane z omawianą chorobą; łaknienie stawało się normalne, i chorzy przybierali na wadze. Okresy te trwały przez dłuższy lub krótszy czas i nie u wszystkich chorych jednakowo się przejawiały. Mieliśmy takie przypadki, w których po jednej serii naświetlań chorzy uważali się za wyleczonych, ale mamy do zanotowania i 3 takie przypadki, w których nie było żadnej poprawy pomimo kilku seryj naświetlań, a w jednym było nawet pogorszenie. W każdym razie możemy zanotować około 75% przypadków, czasowo wyleczonych, obserwujemy je bowiem dopiero od półtora roku.

Niezmiernie ciekawe jest zachowanie się kwasoty żołądka pod wpływem promieni R. Otóż w 14 przypadkach na 20 stwierdziliśmy zmniejszenie się kwasoty ogólnej i wolnego kwasu solnego, w 5 przypadkach większych zmian nie stwierdziliśmy, a w jednym przypadku kwasota ogólna i wolny kwas solny po naświetlaniach stały się wyższe, pomimo że objawy podmiotowe straciły na sile.

Obserwacje nasze nod tym względem nie zgadzają się ze spostrzeżeniami Lenka, który w niektórych tylko przypadkach stwierdzał obniżanie się kwasu solnego i kwasoty ogólnej i dlatego też nie przypisujemy temu objawowi większego znaczenia. W naszych zaś przypadkach mieliśmy w 70% obniżenie się kwasoty i to nieraz dość znacznie. I dlatego uważamy, że jest to najbardziej dominujący z objawów przedmiotowych w leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy promieniami R. Przytoczę Panom kilka przykładów:

przed naświetlaniem

kwasota ogólna 70, 72, 56, 54, 66, 58
wolny kwas solny 50, 52, 22, 40, 56, 48

po naświetlaniu

56, 64, 50, 44, 48, 72
36, 44, 20, 28, 40, 60.

W odczycie swym starałem się wyjaśnić działanie biologiczne promieni R. na chorych, dotkniętych wrzodem żołądka i dwunastnicy. Stwierdziliśmy nietylko ustąpienie, ew. znaczne zmniejszenie się intensywności objawów klinicznych, ale

i zmiany anatomo-patologiczne w sensie zabliznienia się wrzodu. Uważamy przeto, że w tak ciężkim i długotrwałym schorzeniu, jakim jest wrzód żołądka lub dwunastnicy, promienie R. powinny znaleźć o wiele szersze zastosowanie, niż to się dzieje obecnie. Tak samo i we wszystkich przypadkach, które mają być poddane zabiegowi chirurgicznemu (po za przypadkami wrzodów, połączonych z organicznym zwężeniem odzwiernika), który często przynosi tylko przemijającą ulgę choremu i ponadto połączony jest z pewnym ryzykiem, że we wszystkich tych przypadkach chorzy uprzednio powinni być leczeni promieniami Roentgena, które w tak ogromnym odsetku przypadków dają szybkie i doskonałe wyniki.

PIŚMIENNICTWO.

Grosalik. Polska Gazeta Lekarska 1924; Lenk. Strahlentherapie t. XX 1925. Rubinrot. Rentgenoterapia wrzodu żołądka i dwunastnicy. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1926.

Ze Szpitala powszechnego na Radogoszczu w Łodzi.

Ocena kliniczna odczynu Wassermanna.

Podał

Dr. I. ITELSON (Łódź).

Doświadczenie kliniczne o tyle wzbogacone jest obecnie w ujmowanie odczynu Wassermanna, jako reakcji nie zawsze dla kiły swoistej, iż żaden klinicysta nie postawi rozpoznania schorzenia kiłowego na podstawie li tylko wyniku badania serologicznego.

Nic dziwnego, iż stwierdzany niekiedy brak odczynu Wa w infekcji kiłowej, z drugiej zaś strony nierzadkie występowanie odczynu tego w różnorodnych cierpieniach utrudnić może rozpoznanie sprawy chorobowej. Ujęcie odpowiednie reakcji Wa. dla celów rozpoznawczych nastęrczyć może nieraz tyle trudności, iż warto zapoznać się bliżej z temi schorzeniami, które najczęściej sprzyjają powstawaniu odczynu Wa.; wyswietlenie zaś warunków, wśród których odczyn ów stanowi jedynie wyraz zmian w strukturze fizyczno-chemicznej ustroju, uchroni klinicystę od „wygodnego“ nieraz rozwikłania patogenezy cierpienia pod kątem zmian kiłowych.

W pracy swej nad wahaniami odczynu Wa. w zależności od zaburzeń koloidalnych ustroju wykazałem, (1) iż wszędzie tam, gdzie ustosunkowanie wzajemne frakcyj białkowych krwi ulega znacznym zmianom, zwłaszcza zaś zmienia się na dobro globulin, występowanie odczynu Wa. oraz zmienność w nasileniu jego jest zjawiskiem nieomal codziennym. Wspomnieć wystarczy o zaburzeniach w układzie krążenia, bardzo sprzyjających zmianom w obrazie białkowym krwi, a co zatem idzie, wahanom w odczynie Wa. Na podstawie wyników pracy wzmiankowanej klinicysta, zdawałoby się, mógł znaleźć rozwiązanie dla ratowania odczynu Wa., jako reakcji swoistej: ponieważ wahaniem ulega przeważnie odczyn Wa. z surowicą czynną, odrzucenie go ułatwić może należyte ujęcie istoty cierpienia, tembardziej, iż nieswoisty od-

czyn Wa. oryginalny, o ile występował dodatnio, to o nasileniu nie przekraczającym „+ +”. Venulet (2), opierając się na dużym materiale, wykazał dobitnie, że odczyn Wa. z surowicą czynną jest nieraz jedynym wykładnikiem przebytej infekcji kiłowej.

Niejednokrotnie miałem możność przekonania się o charakterze cierpienia, nie traktując odczynu wspomnianego po macoszemu, i po odpowiedniej prowokacji doprowadzałem do występowania wybitnie dodatniego odczynu Wa. org. tam, gdzie poprzednio tylko odczyn Wa. czynny stanowił *memento* przebytego zakażenia swoistego.

Obecnie chciałbym wytrącić ostatnią broń tym, którzy uważają, iż posiłkowanie się wyłącznie wyraźnie dodatnim odczynem Wa. org. uchronić może od otrzymywania reakcji nieswoistej.

Niektóre publikacje ostatnich lat podkreślały występowanie dodatniego odczynu Wa. w przebiegu zapalenia powolnego wsierdza (*endoc. lenta*) tam, gdzie nie było podejrzenia infekcji kiłowej. Wspomina o tem An. Landau (3), nie uwzględniając co prawda stanu środowiska kolloidalnego. Otóż, zachęcony przez Prof. Venulet'a, idąc za wskazówkami jego, zdołałem w przeciągu trzech lat zebrać znaczny materiał kliniczny z dodatnim odczynem Wa. org. nieswoistym i wyjaśnić warunki, wśród których odczyn ów występuje. Okazuje się, iż w tych cierpieniach, gdzie środowisko kolloidalne ulega wyraźnemu zakłóceniu, zmiana w strukturze fizyczno-chemicznej uwypukla się w odczynie Wa. Jeżeli zaznaczę, iż narządem, najczęściej sprzyjającym występowaniu odczynu Wa., jest zmieniona chorobowo wątroba, będzie to zrozumiałe wobec wpływu, jaki wątrobą wywiera na stan środowiska kolloidalnego. Wystarczy przytoczyć szereg prac, jako to: Filińskiego (4), Urysona (5), poświęconych zmianom w obrazie białkowym krwi w schorzeniach wątroby.

Przystępując do omówienia występowania odczynu Wa. org. w schorzeniach niekiłowych, zatrzymam się najpierw na wątrobie, która daje największy odsetek nieswoistego Wa., w porównaniu z cierpieniami innych narządów.

Zacniemy od schorzeń zapalnych mięszu wątroby. Dla przykładu zatrzymam się na następującym przypadku:

Chora Szcz., lat 19-tu, zgłosiła się na oddział szpitalny wobec utrzymującej się od trzech tygodni żółtaczki. Żółtaczka wystąpiła powoli, bez jakichkolwiek objawów ze strony przewodu pokarmowego. Podczas badania stwierdzono powiększenie wątroby na dwa palce poniżej łuku żebrowego, tamże tklivość; śledziona niepowiększona. W moczu barwniki żółciowe obecne, urobilinogen niezwiększony, odczyn dwuazowy krwi bezpośredni dodatni. Obraz morfologiczny krwi wykazuje nieznaną leukocytozę obojętnochłonną. Odczyn Wa. z dwoma antyg. „+ + + +”. Meinicke „+ + + +”. Pamiętając o tem, iż odczyn otrzymany może być nieswoisty, zajęliśmy stanowisko wyczekujące. I rzeczywiście, po dziesięciu dniach, gdy żółtaczka zmalała, bilirubina w moczu wynosiła ślad, natomiast wystąpiło dużo urobiliny, odczyn Wa. wypadł „+ +”, M.—ujemny. W tydzień później chora opuściła oddział, jako wyleczona, przyczem kontrolne trzecie badanie odczynu Wa. dało wynik zupełnie ujemny.

Dodać należy, iż zmiana w odczynie Wa. występuje nieraz dopiero po dłuższym czasie, a to

wobec utrzymujących się co do swego nasilenia zmian chorobowych mięszu wątroby. Jakie wytyczne mamy wówczas dla oceny istoty cierpienia? O ile stwierdzenie zależności wahań odczynu Wa. od stopnia ciężkości cierpienia potwierdza nam nieraz charakter procesu, jako infekcji nie kiłowej, to występowanie wahań tych nieraz po kilku tygodniach zmusza nas do poszukiwania innych punktów uchwytu na drodze rozpoznania charakteru schorzenia. Otóż Gluziński (6) wykazał, iż schorzenia kiłowe wątroby nacechowane są w obrazie krwi jako leukopenja z limfocytozą względną z niedokrewnością o typie bledniczym, co stanowi nader ważny pomocniczy czynnik rozpoznawczy. W żadnym przypadku schorzenia wątroby niekiłowego z dodatnim Wa nie stwierdziłem wymienionej zmiany w obrazie krwi: przeciwnie, częstokroć występowała leukocytoza obojętnochłonna.

Gdy mamy przed sobą z jednej strony kliniczny obraz powiększenia wątroby i śledziony, z drugiej zaś badanie serologiczne w postaci silnie dodatniego odczynu Wa., rozpoznanie, zdawałoby się, nie powinno nam nastęrczać żadnych wątpliwości. Jednakże nie tak rzadkie są przypadki schorzenia dróg żółciowych, utrzymujące się nawet latami, z powiększoną śledzioną, nie stanowiące cech schorzenia kiłowego; wspomina o tem Klein (7) w pracy swej o pierwotnym zapaleniu dróg żółciowych („Primäre Cholangitis“), nadmieniając, iż obserwował stany zapalne, nie wygasające w ciągu 9-ciu lat (!), stany, które nazwać można „*cholangitis lenta*“. W podobnych przypadkach o dodatnim odczynie Wa. rozstrzygające będzie badanie treści dwunastniczej: stwierdzenie w niej ropy podczas badania za pomocą zgłębnika dwunastniczego wyjaśni istotę procesu chorobowego, w przeciwnym razie myśleć będziemy o *hepatitis interstit. diffusa cum hyperplasia lienis luica*.

Do drugiej grupy schorzeń wątroby, dających często dodatni odczyn Wa., zaliczyć należy sprawy nowotworowe.

Przypadek, nad którym zatrzymam się nieco dłużej, daje jaskrawą ilustrację wpływu wątroby na środowisko kolloidalne, gdzie odczyn Wa. stanowi jeden z epizodów wśród licznych zmian w strukturze fizyczno-chemicznej osocza: u chorej lat 56-ciu podczas badania stwierdzono raka żołądka. Odczyn Wa. ujemny. Podczas pobytu chorej w szpitalu wystąpiły objawy przerzutu nowotworu do wątroby; przeprowadzone badania wykazały, jak postępowanie sprawy chorobowej, poprzez środowisko kolloidalne, udziela się obrazowi białkowemu krwi oraz odczynowi Wa. Na początku, gdy w moczu wystąpił urobilinogen, odczyn Wa. pozostawał ujemny; później jednak, gdy stwierdzono obecność barwników żółciowych w noczu, otrzymaliśmy dodatni odczyn Wa. „+ + + +” (ilość globulin we krwi wynosiła 65%). Na autopsji rozpoznanie kliniczne zostało potwierdzone, żadnych cech schorzenia kiłowego nie wykryto. Dodać mogę, iż przypadki podobne nie są tak rzadkie. W jednym przypadku, w którym powiększona wątroba robiła wrażenie kilaka, a dodatni odczyn Wa. skłaniał nas do rozpoznania kily, badanie pośmiertne wykazało obecność zmian nowotworowych w wątrobie, przyczem w narządach żadnych zmian kiłowych nie stwierdziliśmy. Krokiewicz (8) w pracy swej o serodjagnosyce a medycynie praktycznej, opisuje dokładnie szereg przypadków schorzeń wątroby, w których występował silnie dodatni odczyn Wa., przeprowadzone zaś pośmiertne badania histopatologiczne nie wykazały jakichkolwiek zmian kiłowych w narządach.

Jak wzmiankowałem wyżej, zaburzenia ze strony układu krążenia doprowadzają często do zakłócenia równowagi układu kolloidalnego i sprzyjają powstawaniu nieswoistego odczynu Wa. Dodać mogę, iż wybitnie dodatni odczyn Wa. spostrzegalem zarówno w schorzeniu wsierdzia, jak i mięśnia sercowego. Dlatego też stwierdzenie nieraz w przebiegu *endoc. lenta* nieswoistego odczynu Wa., jak to podają niektórzy autorzy, nie jest żadną cechą znamionną.

Liczne schorzenia, przebiegające ze znacznym wzniesieniem ciepłoty, stanowią szerokie pole dla powstawania odczynu Wa. Jak wiadomo, stanom gorączkowym towarzyszy znaczny rozpad białka ustrojowego, co wpływa na zmianę w ustosunkowaniu frakcji białkowych krwi. Wyłania się stąd wniosek, że unikać należy pobierania krwi na odczyn Wa. przy wysokiej ciepłocie. Słuszność wypowiedzianego postaram się zilustrować na kilku wybranych przypadkach:

1) U 28-letniej chorej na zapalenie włóknikowe płuc odczyn Wa. w 9-tym dniu choroby (t° 38, 4) wypadł wybitnie dodatnio (++++) z dwoma antygenami), a już po dwóch dniach, gdy nastąpił krytyczny spadek ciepłoty, odczyn Wa. u tejże chorej okazał się zupełnie ujemny.

2) U chorej lat 38-miu, skierowanej na oddział szpitalny z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego, stwierdzono wysięk w jamie brzusznej; odczyn Wa. wybitnie dodatni przy t° 38,3. Po 5-ciu dniach wysięk ów, powstały na skutek schorzenia ginekologicznego, przebił się do pochwy, ciepłota spadła do 37,4, i dokonany wówczas odczyn Wa. dał wynik „++”. Gdy w tydzień później chora opuścić miała oddział, jako wyleczona, przeprowadzone badanie krwi poraz trzeci, przy normalnej ciepłocie ciała, dało wynik zupełnie ujemny.

Pamiętać należy, że nawiedzeniu ustroju przez czynnik chorobotwórczy czasem nie towarzyszy podrażnienie ośrodka ciepłnego: występujące jednak zmiany w strukturze fizyczno-chemicznej odzwierciedlają się w takich odczynach, jak Wa., Biernackiego.

Dla przykładu przytoczę przypadek dotyczący chorej J. Ant. lat 20-tu, u której podczas badania stwierdzono stan podostrego zapalenia stawów po przebytej anginie; przy stanie bezgorączkowym odczyn Wa. ++++ z dwoma antygenami, odczyn Biernackiego 20 min. Przy leczeniu salicylatami bóle w stawach ustąpiły po tygodniu, a przeprowadzone wówczas

badanie krwi na odczyn Wa. dało wynik ujemny; odczyn Biernackiego wynosił już 40 min. Dalsza obserwacja chorej żadnych cech zakażenia kiłowego nie wykazała.

W przypadku wspomnianym równomierne z poprawą w obrazie klinicznym wystąpiła zmiana w odczynach Wa. i Biernackiego.

W świetle badań powyższych spodziewać się należy, że, wywołując zmiany w strukturze fizyczno-chemicznej osocza, doprowadzić możemy do wahań w odczynie Wa. Naprz. u chorego na cukrzycę P. odczyn Wa. przed podaniem insuliny wypadł „++”, Meinicke „+++”; stosunek albumin do globulin wynosił $34/66\%$. Po zastrzyknięciu 20 jednostek insuliny stosunek albumin do globulin po 60 min. wynosił $56/44\%$, a badanie krwi na odczyn Wa. i Meinickiego dało wyniki ujemne, ponieważ jako wyraz spadku frakcji globulinowej.

(Wszystkie badania serologiczne zostały wykonane przez Państw. Zakład Higjenu w Łodzi).

Na podstawie badań powyższych wysuwa się zasadnicza teza, że odczyn Wa. dodatni nie musi stanowić wyrazu infekcji kiłowej tam, gdzie wahania odczynu tego idą w parze ze zmianami w środowisku kolloidalnym.

Powyżej wyłuszczone dane nie uprawniają nas bynajmniej do lekceważenia odczynu Wa. Odczyn ów, umiejętnie odczytany, jest nader cennym ogniwem w łańcuchu metod rozpoznawczych badania. Chociaż i w kile występują wahania odczynu Wa., to jednakże pamiętać należy, iż wahania te mogą być nieswoistego charakteru w stanach chorobowych o znacznych zaburzeniach w układzie kolloidalnym. Wahania odcz. Wa. występują najczęściej w przypadkach uszkodzenia wątroby. Badanie morfologiczne krwi oraz treści dwunastniczej ułatwi nieraz należyte ujęcie patogenezy cierpienia.

PIŚMIENNICTWO.

1. Itelson — P. G. Lek. 1924. Nr. 42 — 43.
2. Venulet — P. G. Lek. 1923. Nr. 20.
3. Landau i Held — Med. Dośw. i Społ. T. V. z. 3 — 4.
4. Filiński — P. Arch. Med. Wewn. T. I. z. I.
5. Uryson — P. G. Lek. 1926. Nr. 2.
6. Gluziński — Lw. Tyg. Lek. 1912 Nr. 22.
7. Klein — Erg. der ges. Med. 1925 B. VI.
8. Krokiewicz — Now. Lek. 1926 Nr. 22.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Fizjologia i patologia oddychania w świetle nowszych badań fizyczno-chemicznych.

Podał

Mieczysław FEJGIN (Warszawa).

Szybki rozwój wszystkich gałęzi wiedzy w ciągu lat ostatnich powoduje stopniowe zacieranie się granic pomiędzy różnymi dyscyplinami naukowymi, które dotąd były często obce sobie i najzupełniej

od siebie niezależne. Nader dobitnie zaznacza się to w medycynie, która z natury rzeczy korzystać musi z bardzo różnych źródeł — nie tylko ściśle biologicznych.

Trudno się wprost zorientować w mnóstwie nowych faktów, idei, teorii i interpretacji, jakie przynosi ze sobą codziennie i we wszystkich dziedzinach nauk lekarskich niepowstrzymany pochód wiedzy. Doskonały przykład tej wielostronnej ewolucji stanowi nauka o oddychaniu i wymianie ga-

zów w ustroju, której zrozumienie wymaga dokładnego zapoznania się z zagadnieniami, dotyczącymi nie tylko fizjologii i patologji, lecz i chemji zwykłej i fizycznej, nauki o kolloidach i t. d.

Zastrzegając się, iż mowa tu będzie tylko o zjawiskach fizyczno-chemicznych, związanych z oddychaniem i wymianą gazów w ustroju z pozostawieniem na uboczu wpływów nerwowych, psychicznych i t. d., wspomnieć muszę kilka słów o stronie fizjologicznej tych procesów.

Stwierdzono, że próbka powietrza, pobranego z płuc w końcu głębokiego wydechu, wynoszącego przeciętnie nie mniej, niż 800 cm³, wykazuje w warunkach normalnych niezmiernie stały skład co do zawartości tlenu i dwutlenku węgla. A mianowicie, powietrze to, zwane „powietrzem pęcherzykowym” (pow. p.) zawiera około 13⁰/₁₀₀ tlenu (co odpowiada ciśnieniu cząsteczkowemu 98 100 mm. Hg) i 5,6⁰/₁₀₀ dwutlenku (ciśnienie cząst. 40 mm. Hg). To powietrze pęcherzykowe, którego skład utrzymywany jest na stałym poziomie dzięki czynności oddechowej, warunkuje z kolei nasycenie, a więc zawartość O₂ i CO₂ we krwi, która przepływa przez naczynia włosowate, oplatające pęcherzyki płucne, i jako tętnicza, powraca do serca lewego. W tkankach traci ona, zależnie od warunków (stan spoczynku, czy wysiłek fizyczny) od 30⁰/₁₀₀ do 70⁰/₁₀₀ tlenu, zabiera natomiast dwutlenek węgla, odpowiednio do wyższego ciśnienia cząsteczkowego tego gazu wewnątrz ustroju (46 47 mm. Hg) i przez serce prawe dostaje się do płuc, jako krew żylna dla ponownej wymiany gazów pobrania O₂ i wydalenia nadmiaru CO₂ z powietrzem pęcherzykowym. Zauważyć tu trzeba, iż przenoszenie i wymiana tych gazów za pośrednictwem krwi odbywa się nie tylko dzięki różnicy ciśnień cząsteczkowych O₂ i CO₂, pod jakim nasycą się krew w tkankach i w pęcherzykach płucnych, lecz, że niezwykle doniosłą rolę w tym względzie odgrywa cudowny mechanizm, związany z fizyczno-chemicznymi własnościami hemoglobiny. Otóż badania Haldana, Priestleya, Douglasa i inn. wykazały, że krew pochłania dwutlen. węgla daleko chciwiej w atmosferze ubogiej w tlen, aniżeli w obecności większych ciśnień tlenu. Wynika stąd, iż krzywa dysocjacji CO₂ i krwi przebiega w płucach daleko niżej, aniżeli w tkankach, gdzie jest mało tlenu. To też krew w tkankach chciwiej chwyta CO₂, a w płucach łatwiej go oddaje, aniżeli to odpowiadało samej tylko różnicy napięcia cząsteczkowego CO₂ pomiędzy powietrzem pęcherzykowym a sokami tkanek gdyby tu nie współdziałała obecność tlenu.

Jak wykazały badania, krew w płucach oddaje o 55⁰/₁₀₀ więcej CO₂, aniżeli oddawałaby w tych samych warunkach ciśnienia cząsteczkowego tego gazu w nieobecności tlenu. Polega to na tem, iż Hb O₂ (hemoglobina utleniona) stanowi 10-krotnie mocniejszy kwas, aniżeli Hb odtleniona. To też w tkankach, w atmosferze beztlenowej, CO₂, jako stosunkowo mocniejszy od Hb kwas, chętnie tworzy sole z zasadami krwi. Natomiast w płucach oksyhemoglobina, dzięki swym własnościom mocniejszego kwasu, odbiera zasady, wypychając wolny i lotny dwutlenek i ułatwiając w ten sposób krążenie jego pomiędzy tkankami a powietrzem pęcherzykowym. Analogiczny mecha-

nizm współdziała w przenoszeniu tlenu z płuc do tkanek. Hb bowiem łatwiej wiąże się z tlenem w atmosferze ubogiej w CO₂ (w płucach), aniżeli w obecności CO₂ (w tkankach). A więc znów istnieją warunki, które, niezależnie od różnicy ciśnienia cząsteczkowego O₂, ułatwiają jego wiązanie z Hb w płucach a dysocjację w tkankach.

Zanim przejdziemy do omawiania procesów patologicznych, związanych z zaburzeniami wymiany gazów w ustroju, należy jeszcze kilka słów dodać o mechanizmie działania ośrodka oddechowego. Otóż dopiero w ciągu kilku, wzgl. kilkunastu lat ostatnich udało się uzyskać bardziej dokładne i szczegółowe wiadomości, dotyczące tej sprawy. Okazało się bowiem, że nie brak tlenu, ale nadmiar dwutlenku węgla stanowi bodziec właściwy dla ośrodka oddechowego. Albowiem, podczas gdy spadek zawartości, wzgl. ciśnienia cząst. tlenu w powietrzu oddechowym o $\frac{1}{3}$ normy może nie spowodować jeszcze widocznej zmiany w oddechu, to wzrost ciśnienia cząst. CO₂ w powietrzu pęcherzykowym a więc i we krwi tętnicznej o 0,2⁰/₁₀₀ normy wywołuje wzmożenie czynności oddechowej o 100⁰/₁₀₀ a więc wentylacja powietrza płuc podwaja się. Przeciwnie wszelkie, nawet nieznaczne obniżenie zawartości CO₂ daje zaprzestanie oddechu *apnoë* (bezdech), aż do właściwego wzmożenia się napięcia cząst. dwutlenku we krwi i w pow. pęcherzykowym. Chodzi tu właściwie nie o dwutlenek, jako taki, ale o utrzymanie stężenia jonów H⁺, czyli kwasowych w środowisku wewnętrznym ustroju na stałym poziomie, gdyż okazało się, że zmniejszenie ph krwi o 0,12 powoduje również 100⁰/₁₀₀ wzmożenie oddychania.

Otóż stężenie jonów H⁺ krwi wyraża się, jak wiadomo, przez stosunek stężenia kwasu węglowego do dwuwęglanów, tak, iż wszelkie zmiany stężenia CO₂ we krwi rozpatrywać należy łącznie ze zmianami wartości jej ph i odwrotnie. Ścisła kontrola tej wartości za pomocą nadzwyczaj sprawnego i precyzyjnego oddziaływania ośrodka oddechowego na najmniejsze wahania zawartości CO₂, stanowi niezwykle doniosłą linię obronną ustroju, stojącą na straży utrzymywania stężenia jonów H⁺ na stałym poziomie. Jest to więc jedno z najdonioślejszych ogniów w skomplikowanym mechanizmie regulacji kwasowo-zasadowej ustroju. Zrozumiałą więc jest rzeczą, że stężenie tlenu, nie odgrywającego bezpośredniej roli w wahaniami ph krwi, w daleko mniejszym stopniu wpływa na czynność ośr. oddechowego, albowiem ustrój bez porównania łatwiej przystosowuje się nawet do stosunkowo znacznie większych zaburzeń w dowozie tlenu, aniżeli do minimalnych nawet zmian stężenia jonów H⁺. Jeżeli wykonać szybko po sobie kilka głębokich wdechów i wydechów (hyperwentylacja), otrzyma się, wskutek dokładniejszego przewietrzania, zwiększenie zawartości tlenu, a spadek dwutlenku w powietrzu pęcherzykowym. Ponieważ i krew obniży jednocześnie swoje nasycenie CO₂ (zwiększona dysocjacja CO₂ w płucach dzięki większej różnicy ciśnień cząsteczkowych tego gazu), więc ośrodek oddechowy zawiesi swoją czynność na taki przeciąg czasu, aż nasycenie krwi dwutlenkiem i prężność tego gazu w powietrzu pęch. powrócą do poziomu normalnego. Stan bezdechu (*apnoë*) trwać może po dosta-

tecznie intensywnej hiperwentylacji tak długo, że osobnik, wykonywujący to doświadczenie, zesinieje zupełnie wskutek zużycia tlenu w tkankach i stanu anoksemji, a nie czuje potrzeby wykonania wdechu, gdyż napięcie CO_2 nie osiągnęło progu pobudliwości ośrodka oddechowego.

Nie dość na tem u zwierząt można było wywołać za pomocą sztucznego oddychania tak znaczny stopień hiperwentylacji i takie obniżenie CO_2 w powietrzu pęch., że po zaprzestaniu sztucznego oddychania ginęły one z braku tlenu, nie wykonawszy ruchu oddechowego wskutek zawieszenia czynności ośr. odd. Brak tlenu, stanowiący normalnie bodziec o wiele słabszy od zmian zawartości CO_2 , nie był w stanie pobudzić czynności ośrodka odd., którego wrażliwość obniżona została przez zmniejszenie prężności CO_2 we krwi i przez stan głodu tlenowego (anoksemji) w następstwie.

Drugi przykład patologicznego reagowania ośr. oddechowego wskutek niestosunku bodźców, zależnych od wahań zawartości O_2 i CO_2 , to tak zw. choroba górską. Ciśnienie atmosferyczne, a więc i ciśnienie cząsteczkowe tlenu zmniejsza się w miarę wznoszenia się ponad poziom morza. Ponieważ jednak zawartość CO_2 w powietrzu atmosferycznym i tak nikła — i wymiana CO_2 w ustroju nie ulegają znacznieszym zmianom, żadnego zaburzenia w oddechu nie będzie tak długo, aż ciśnienie atmosferyczne i zawartość tlenu w pow. pęch. nie spadnie przynajmniej o $\frac{1}{3}$ i nie osiągnie w ten sposób progu pobudliwości ośr. odd. w stosunku do tlenu. Jednakże wzmożone oddychanie, spowodowane wówczas brakiem tlenu, przez lepsze przewietrzanie płuc obniża zawartość CO_2 w pow. pęcherzykowem i we krwi i osłabienie czynności ośr. odd. w następstwie; przewietrzanie płuc się zmniejsza, i niedobór tlenu nie może być wyrównany. Powstaje tedy stan, który zasadniczo można scharakteryzować, jako przewlekłą anoksemję tkanek i alkalozę gazową (zmniejszoną zawartość CO_2 w pow. pęch. i we krwi), kiedy wzmożenie czynności oddechowej, spowodowane brakiem tlenu, wywołuje z kolei jej osłabienie przez obniżenie zawartości CO_2 w pow. pęch. Przełamać powstające tu błędne koło czynników, wzmacniających się wzajem i pogarszających sytuację, można albo przez doprowadzenie zwiększonej ilości tlenu t. zn. podniesienie odsetka O_2 w powietrzu wdychanem, albo przez dodanie CO_2 do powietrza oddechowego — co wpłynęłoby na wzmożenie czynności ośr. oddechowego i zwiększenie przewietrzania płuc — w celu szybkiego zwalczania choroby górskiej i przywrócenia stosunków w pow. pęch. i we krwi do normy. Ten wniosek, tak napozór paradoksalny, niewątpliwie oparty jest na słusznych i logicznych przesłankach. Po pewnym, zresztą, czasie przebywania w obniżonym ciśnieniu atmosferycznym ustrój przystosowuje się do zmienionych warunków przez zwiększenie ilości hemoglobiny, wzmożone wydalanie zawartości zasadowych w moczu i t. d.

Podobna naogół sytuacja zachodzi w przypadkach zatrucia tlenkiem węgla. I tu, bowiem, związanie znaczniejszej ilości Hb z CO powoduje upośledzenie zaopatrywania ustroju w tlen — wzmożone oddychanie — spadek CO_2 w pow. pęch. i we krwi — i osłabienie czynności ośrodka odd.

w następstwie, uszkodzonego jeszcze w dodatku przez anoksemję. I tu więc widzimy ten sam prawie mechanizm powstawania wyżej wspomnianego błędnego koła, którego przerwanie nastąpić może albo pod wpływem doprowadzenia tlenu pod wzmożonym ciśnieniem, albo przez zwiększenie przewietrzania płuc przez sztuczne podniesienie zawartości CO_2 w powietrzu oddechowym i pęcherzykowem. Ciekawą jest rzeczą, że związanie 50% Hb z CO powoduje stan b. ciężkiego zatrucia, podczas kiedy w niedokrewności, np. przy zawartości 20% Hb w ustroju — wymiana gazów i oddech odbywa się zupełnie prawidłowo, dzięki odpowiedniemu przyspieszeniu szybkości krążenia. Widocznie więc, w zatruciu CO istnieją jakieś dodatkowe niepomysłne czynniki, związane zapewne z utrudnieniem odszczepiania tlenu, połączonego z Hb dzięki obecności CO.

Znaczne zaburzenia w wymianie gazów zachodzą w różnych stanach patologicznych, w których z tych czy innych powodów utrudnione jest równomierne utlenianie krwi w płucach np. wskutek wadliwego przewietrzania różnych odcinków płuc (zapalenie lub rozedma, zastój krwi, znaczne obrzmienie błony śluzowej dróg oddechowych wskutek zatrucia gazami). Dla dokładnego zrozumienia mechanizmu tych zaburzeń należy sobie uprzytomnić kształt krzywych dysocjacji wzgl. wiązania się Hb z O_2 i CO_2 . Otóż jak z rozpatrzenia tych krzywych wynika, w atmosferze pow. pęch. przy ciśnieniu cząsteczkowym tlenu równym 13% atmosferycznego Hb jest nim w 95% 96% nasycona. Dalszy wzrost ciśnienia tlenu np. do 18% spowodowałby mógł tylko nieznaczne jeszcze zwiększenie nasycenia Hb do całkowitych 100%. Natomiast zmniejszenie ciśnienia tlenu np. o $\frac{1}{3}$ powoduje stos. znaczne obniżenie stopnia nasycenia Hb o jakieś 15-16 objętości (do 80%). Jeżeli więc w jakimś odcinku płuc panują warunki zmniejszonego ciśnienia tlenu (np. z powodu niedostatecznego przewietrzania), to krew z tego odcinka powraca ze znacznie mniejszym, niż normalnie, ładunkiem tlenu. W sercu lewem miesza się ona z krwią utlenioną prawidłowo z dobrze przewietrzanych obszarów płuc — w rezultacie ogólna ilość tlenu we krwi jest nieco mniejsza. Ponieważ warunki takie istnieją przy każdym okrażeniu krwi, a niedobór tlenu z pęcherzyków gorzej przewietrzanych, nie może być wyrównany przez odpowiednie zwiększenie nasycenia Hb w innych pęcherzykach — bo nasycenie to jest i tak już prawie maksymalne — więc stan niedotlenienia krwi — a z nią i tkanek stale i nieuchronnie wzrastać musi. Z tą wzrastającą anoksemją nie idzie w parze zmiana zawartości CO_2 , albowiem krzywa dysocjacji CO_2 krwią przebiega bardziej poziomo i stopień nasycenia krwi tym gazem zmienia się naogół bardziej równoległe do zmian jego ciśnienia cząsteczkowego. To też krew uboższa w CO_2 z lepszym przewietrzanych odcinków płuc miesza się z krwią odpowiednio bogatszą w CO_2 z gorzej przewietrzanych odcinków — w sumie zaś przeciętna zawartość CO_2 we krwi — a więc i wpływ na ośr. oddech. — nie ulega zmianom wybitniejszym. Kiedy zaś brak tlenu wywoła wreszcie wzmożone oddychanie, następuje spadek napięcia CO_2 i osłabienie ośrodka oddechowego, spotęgowane jeszcze przez wpływ samej sprawy chorobowej (niekiedy,

zatrucia) i przez anoksemję. Znow więc mamy wszystkie czynniki, prowadzące do utworzenia wspomnianego już wyżej błędnego koła.

Z drugiej zaś strony jasne jest, że w tych przypadkach zaburzonego krążenia lub nierównomiernego oddychania zawartość gazów we krwi ulegać może znacznym zmianom, niezależnie od składu pow. pęch., tak, iż badanie tego powietrza nie daje nam wtedy prawa wnioskować o tem, co się dzieje we krwi. Leczenie tych stanów polegać może jedynie na doprowadzeniu tlenu pod wzmożonym ciśnieniem, tak, że w Anglii np. chorych na zapalenie płuc umieszczają na stałe w specjalnych komorach tlenowych.

Z innych typów zaburzeń oddechowych, najczęściej spotykanych w klinice, wymienić należy t. zw. oddech Kussmaula, spotykany w kwasicy, oddech Cheyne-Stockesa i płytki oddech w razie bezpośredniego uszkodzenia ośrodka oddechowego. Otóż wzmożona zawartość we krwi dwutlenku węgla powoduje pogłębienie, brak tlenu przyspieszenie oddechu. Ale wzmożona zawartość CO_2 we krwi działa właściwie, jako czynnik, zmierzający do zwiększenia stężenia jonów (H^+). Ten sam skutek nastąpić jednak może w takich stanach patologicznych, które powodują zmniejszenie mianownika (ilości dwuwęglanów) w ułamku, wyrażającym stężenie jonów (H^+) krwi $\frac{\text{CO}_2, \text{H}_2}{\text{CO}_2, \text{HNa}}$ niezależnie od stężeń kwasu węglowego i jego soli

Zdarzyć się to może wtedy, kiedy, wskutek nagromadzenia się w ustroju znaczniejszych ilości kwasów nielotnych, ulegnie związaniu z temi kwasami pewna część stałych zasad, odebranych w ten sposób kw. węglowemu, — jak to się dzieje np. w kwasicy cukrzyczej przy wprowadzaniu kwasów dostunnie, chlorku amonu - dożylnie i t. d. CO_2 , wyługowany przez te kwasy z dwuwęglanów, wydzie-

la się przez płuca, a jednocześnie, — dzięki pobudzeniu ośr. odd. powstaje wzmożone oddychanie, wyrażające się przez znany głośny i głęboki oddech, zw. oddechem Kussmaula. W osoczu stwierdza się wtedy zmniejszony zasób zasad, dzięki wyparciu dwutlenku z jego połączeń i wydaleniu go w płucach, a także obniżoną zawartość CO_2 w pow. pęcherzykowym wskutek nasilonego przewietrzania. Jest to właśnie zespół, który łącznie z wzmożoną ilością amonjaku w moczu i zwiększoną jego kwasotą, cechuje stan t. zw. kwasicy niegazowej.

Jeżeli do zatrucia kwaśnego, wywołującego pogłębienie oddechu i obniżenie napięcia CO_2 w pow. pęch., przyłączy się uszkodzenie toksyczne ośr. odd., powstają warunki dla t. zw. oddechu okresowego Cheyne-Stockesa. Ten typ zaburzeń oddechu można otrzymać sztucznie, jeżeli wykonać doświadczenie z hyperwentylacją sztuczną w atmosferze, zawierającej mniej tlenu, niż normalnie, np. na znacznej wysokości nad powierzchnią morza. Powstaje wtedy wyraźna okresowość ruchów oddechowych, kiedy po serii coraz to płytszych oddechów następuje przerwa, poczem znow serja z początku głębokich, potem coraz to płytszych oddechów i t. d.

W klinice spotyka się ten typ zaburzenia rytmu oddechowego w warunkach, kiedy z tych czy innych powodów zaopatrzenie w tlen ośrodka oddechowego jest niedostateczne (np. wskutek zwapnienia tętnicy podstawowej mózgu), powstaje miejscowa kwasica oraz anoksemja, utrudniająca należyta czynność tego ośrodka.

W ten sposób przedstawia się w najogólniejszych zarysach patogeniza najczęściej spotykanych zaburzeń w wymianie gazów i oddychaniu, rozpatrywanych z punktu widzenia fizyczno-chemicznej strony zachodzących tu zjawisk.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

∞ Edmund MALINOWSKI. Dziedziczność i zmienność. (Zarys genetyki) z 94 rycinami w tekście str. 262, Lwów 1927.

Książka napisana jest przede wszystkim dla studentów wyższych szkół akademickich i ma charakter krótkiego podręcznika, dającego treściwy jasno przedstawiony obraz współczesnych poglądów na podstawowe zagadnienia genetyki. Autor omawia szczegółowo zasady mendelizmu, dając w kilku rozdziałach podstawy nauki o dziedziczności według dość wszechstronnie już opracowanych zasad wielkiego opata. Cały rozdział poświęcony jest powstawaniu gatunków z uwzględnieniem wpływu środowiska. Szczegółowo jest również przedstawiona teoria Morgana i całe zagadnienie ewolucji w krótkim historycznym szkicu od Lamarcka do Mendla, czy raczej jego współczesnych zwolenników.

Dla lekarza książka ta jest bardzo ciekawa z dwu powodów: najpierw daje naukowe podstawy do wyjaśnienia wielu zagadek życia w jego coraz to nowych przejawach zależnie od dziedziczenia cech, zjawiska mutacji i od modyfikacji wywołanych otoczeniem; następnie zawiera ona szereg danych dziedziczności u człowieka, o przekazywaniu cech fizycznych i psychicznych, o dziedziczeniu płci i innych kwestjach, bezpośrednio

już dotyczących człowieka. Tworzy to jakby wstęp do eugeniki, o której autor wspomina tylko w kilku wierszach. Dziś już ani lekarz praktyk, ani higienista, pracujący na polu społecznym nie mogą się obejść w swej pracy bez należytego zrozumienia zjawisk dziedziczności, dominujących nad zjawiskami środowiska, co ma duże znaczenie praktyczne, wbrew do niedawna jeszcze panującym dogmatom.

Należy również dodać, że jest to pierwsza oryginalna praca polska w tym rodzaju, co jeszcze bardziej zwiększa jej wartość. Książka jest pozatem bogato ilustrowana i wydana bardzo starannie, jak na nasze warunki, wprost luksusowo.

M. Kacprzak.

∞ Warszawski Kalendarz Lekarski na rok 1928. Warszawa 1928.

Z trzech składa się części kalendarz tegoroczny, a każda część stanowi całość odrębną.

Część pierwsza to bibliografia lekarska polska za rok 1926-1927. Zasługa, jaką opracowaniem tej bibliografii zdobywa sobie kol. Stanisław Konopka, pozostanie na zawsze tytułem niepodzielnym do głębokiej dlań wdzięczności ze strony świata lekarskiego. Jest to już drugi rocznik bibliografii lekarskiej, której zalety podnieśliśmy w sprawozdaniu zeszłorocznym. Pełnia

tych zalet, oczywiście, wystąpi dopiero z czasem, w miarę pomnżania się liczby roczników. Ktokolwiek uważniej wertuje kartki tej książki nie może oprzeć się zdumieniu, ile pracy włożył w umiłowany przez się przedmiot autor, będący dziś niewątpliwie najodpowiedniejszym wśród lekarzy polskich twórcą dzieła tak doskonałego. Pod adresem wydawcy pozwoliliśmy sobie przesłać życzenie, aby ta część kalendarza była — o ile można — wolna od ogłoszeń. To samo życzenie właściwie możnaby też wyrazić w stosunku do drugiej części kalendarza, części naukowej. Ze wszech miar słusznym nam się wydaje, aby ogłoszenia wszystkie mieściły się tylko w części trzeciej, informacyjnej.

Część druga, naukowa, zawiera około dwudziestu rozpraw z najrozmaitszych dziedzin medycyny praktycznej. Pomijamy omawianie szczegółowe każdej z pomieszczonych tu prac. Niektóre z nich stanowią powtórzenie, często uzupełnione, prac przeszłorocznych; inne są nowościami. Z tych ostatnich na szczególne wyróżnienie zasługują prace kol. Szulca p. t. „Ważniejsze dane z metodyki statystyki lekarskiej” oraz kol. Melanowskiego „Znaczenie badania dna oka”. Nie znaczy to, abyśmy innych prac nie doceniali. Nie widzimy wszelako konieczności cytowania tu wszystkich tytułów, ani tem mniej rozwodzenia się nad treścią poszczególnych opracowań. Wszędzie znać sumienność kompetencję i znajomość przedmiotu. Ta część naukowa przynosi więcej niż przelotny, doraźny pożytek, zachęca bowiem w wielu razach do głębszego poznania przedmiotu i sięgnięcia do źródeł poważniejszych. Cel, jaki sobie autorowie zakreślili w ramach kalendarza, osiągnęli wszyscy w sposób, nie pozostawiający nic do życzenia.

Na właściwy kalendarz składa się część trzecia, informacyjna. Nikt chyba nie podejmie się sprawdzania pełności i dokładności wszystkich pomieszczonych tu informacji. Można wszelako bez wielkiego ryzyka powiedzieć, że odbieramy wrażenie, iż dane, z jakimi się tu spotykamy, są ścisłe, prawdziwe i istotnie dobrze informujące. Ta zasługa należy się już wyłącznie redakcji kalendarza, której szczerze życzymy wytrwałości w dalszej pracy. Mimowoli nasuwa się pytanie, dlaczego dawniejsze kalendarze lekarskie zazwyczaj krótki wiodły żywot. Toż przecie wydawnictwa tego rodzaju, choć przeważnie o charakterze czysto praktycznym, stanowią niezbędną część składową każdej biblioteki lekarskiej.

M. F.

∞ J. MERING. Podręcznik chorób wewnętrznych, wydany przez L. Krehla. Tom drugi, zeszyt piąty. — Wydawnictwo naukowe „Wiedza”. Warszawa 1927.

Dość szybko idzie praca tłumaczy, kol. Handelsmana i Luxenburga. W niniejszym zeszycie, piątym, mamy opracowane działy następujące: zaburzenia przemiany materji przez F. Krausa, awitaminozy i choroby pokrewne przez W. Hisa, niektóre zboczenia konstytucjonalne i skazy przez Hisa, tak zwane choroby goścenne przez Hisa, fizykalne przyczyny chorób i działania lecznicze przez de la Campa, najważniejsze pod względem klinicznym zatrucia przez Hisa i wreszcie o pochodzeniu urazem chorób wewnętrznych i o ich ocenie w myśl ustawy o wypadkach przy pracy i o inwalidztwie przez Hirscha.

Jeżeli powiemy, że materiał tak bogaty pomieszczony jest umiejętnie, przejrzysto i do celów praktyki lekarskiej w sposób podręcznikowy bardzo zwięźle na niespełna 240 stronicach, to tem samem stwierdzimy, że treściwość, zwięźłość i wartość należąta przedmiotu jest tu pod każdym względem doskonała. Dla uczącego się może to przedstawiać pewne niebezpieczeństwa, jakie mieści w sobie każde konspektowe przedstawienie przedmiotu, gdyż istotnie, w niektórych ustępach nie można się oprzeć wrażeniu, że autor radby pomieścić jaknajwięcej treści na możliwie najkąpszej powierzchni papieru. Dobry wszelako nauczyciel kliniczny ostrzeże swych uczniów

przed możliwymi płynącymi stąd obawami. W takim np. dziele o fizykalnych przyczynach chorób i o leczeniu fizykalnem powstaje pewien nieład, któremu zaradzić można tylko przez posilkowanie się innymi obszerniejszymi podręcznikami. Ogólnie wszakże powiedzieć należy, a raczej powtórzyć to, cośmy już podkreślili parokrotnie przy omawianiu zeszytów poprzednich, że podręcznik ze wszech miar godzien jest pochwały i zalecenia. Opracowany przez pierwszorzędnych klinicystów niemieckich, zawiera wszystko, bodaj nawet więcej, niż potrzeba; przykład zaś polski i uzupełnienia, porobione przez tłumaczy, zasługują na szczerze uznanie.

M. F.

Higjena.

F. KULBS. O szkodliwościach palenia tytoniu. (Ther. der Geg. 1928 Nr. 1).

Autor na podstawie licznych klinicznych obserwacji dochodzi do wniosku, że palenie tytoniu w pierwszym rzędzie szkodliwie oddziaływa na układ krwionośny. Na 456 przypadków *anginae pectoris* w 58 czyli w 13% autor spostrzegł przewlekłe zatrucie nikotyną. Również palenie tytoniu przyczynia się do powstawania t. zw. chromania przestankowego. Obok klasycznych objawów tego cierpienia, są bóle i parestezje w rękach, plecach a nawet brzuchu, i te właśnie objawy drugorzędne według autora są prawie patognomiczne dla chromania przestankowego, wywołanego zatruciem nikotyną. Autor często spostrzegał wzmożone napięcie tętna.

Z innych objawów naczyniowych na uwagę zasługują — przyspieszenie, bądź zwolnienie tętna, nieprawidłowe tętno (*extrasystole*) i zaburzenia w przewodnicwie przedsionkowo-komorowem. Na tle przewlekłego zatrucia nikotyną występuje wczesna miażdżycza tętnic, która w 2-ch przypadkach, obserwowanych przez Kulbsa, spowodowała zgorzel kończyn dolnych. W kilku przypadkach w związku z zatruciem nikotyną nastąpiła zapaść.

Autor często obserwował zaburzenia żołądkowe; silne bóle, występujące nieraz napadowo w 2-3 godziny po jedzeniu, a imitujące częstokroć obraz kliniczny napadu kolki żółciowej lub nerkowej, którym towarzyszą zgaga, wymioty, kurcze odźwiernika (*pylorospasmus*).

Podobne kurcze występować mogą w okolicy kiszek grubej i powodują wtedy jej stan zapalny. Bóle podczas oddawania stolca, parcie na stolec, zaparcie, stolec kaszkowaty — oto objawy, towarzyszące temu cierpieniu. Bóle w różnych okolicach ciała, które autor uważa za nerwobóle, a szczególnie w krzyżu („Hexenschuss”) powstawać mogą naskutek zatrucia nikotyną i szybko ustępują po odstawieniu papierosów. Bóle i zawroty głowy również zatruciem tym mogą być spowodowane wskutek skurczu naczyń, za czem przemawiają parestezje w kończynach górnych i dolnych, bólowi tym towarzyszące. Często autor spostrzegał stany nieżytowe górnych dróg oddechowych naskutek długotrwałego palenia tytoniu, jednak nie powodowały one żadnych poważniejszych powikłań. U młodych nałogowych palaczy autor wielokrotnie stwierdzał powiększenie gruczołu tarczowego. W związku z tą tyreotoksykozą występowały nadmierne pocenie, drżenie palców rąk, wypadanie włosów, ogólny niepokój ruchowy i t. p.

Wogóle nikotyna wpływa ujemnie na gruczoły dołkowe, a szczególnie na gruczoły płciowe. Autor spostrzegał osłabienie popędu płciowego i zaburzenia miesiączkowania. Objawy te ustępowały po zaprzestaniu palenia papierosów. We krwi stwierdzał Kulbs częstokroć limfocytozę (30—45%).

Jako jedyne leczenie tych wszystkich objawów chorobowych, wywołanych zatruciem nikotyną, autor zaleca niezwłoczne i całkowite wstrzymanie się od palenia tytoniu.

K. Poncz

Fizjologia normalna i patologiczna.

PALLADIN i FERDMAN. O wpływie treningu na zawartość kreatyny w mięśniach. (Klin. Woch. Nr. 50, r. 1927).

Autorowie przypuszczają, iż kreatyna odgrywa rolę energetyczną przy wykonywaniu przez mięśnie pracy. — Badania nad zawartością kreatyny w mięśniu dwugłowym uda u królika, drażnionym przez szereg dni 2 razy dziennie przez 3 minuty w 4-godzinnych odstępach czasu za pomocą prądu indukcyjnego. — Wykazały wyraźny wzrost zawartości kreatyny w porównaniu z pozostawionym w spoczynku (dla kontroli) tym samym mięśniem kończyny drugiej. Ponieważ Embden wykazał wzrost zawartości klikogenu w mięśniach pracujących, autorowie zaś — równoległy wzrost ilości kreatyny. — sądzą zatem, że dla pracującego mięśnia dostarczają koniecznej energii odczynu biochemiczne z udziałem zarówno węglowodanów, jak i kreatyny.
Z. Świder.

SIEBERT. W sprawie powstawania w pracującym mięśniu substancyj, przyspieszających wzrost. (Kl. W. Nr. 4, r. 1928.)

W mięśniu pracującym wytwarzają się różne substancje („biogene Aminen“), posiadające własność wpływania pobudzająco na wzrost komórek roślinnych. Badania były przeprowadzone za pomocą choliny lub miazgi mięśniowej na odpowiednich obiektach, jak: cebula, hodowle drożdży i t. p.

Z. Świder.

UIBERALL i URBACH. O czynności jajników w okresie przekwitania. (Kl. Woch. Nr. 50, r. 1927).

U kobiet, znajdujących się w okresie przekwitania, występują po intensywnym naświetlaniu jajników promieniami Rentgena różne zaburzenia, które należy traktować jako objawy wytrzebienia. Jest to więc dowodem, że w tym okresie życia czynność jajników trwa nadal. Na 11 kobiet w wieku od lat 49 do 70, u których stwierdzono klinicznie wystąpienie *climacterium* przed 2-28 laty odnotowano u 8 obniżenie podstawowej przemiany materji, 5—17% — po naświetlaniach rentgenowskich, Z pozostałych 3 kobiet, u których podstawowa przemiana materji nie wykazała żadnych zmian, były 2 staruszki, 3-cia zaś kobieta przechodziła niegdyś obustronne po-durowe zapalenie jajników.

Z. Świder.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

BAER. Badania kliniczno-doświadczalne nad przesunięciem koloidów w surowicy. (Kl. Woch. Nr. 50, 1927).

Z badań autora, przeprowadzonych nad zawartością białka w surowicy krwi, obliczanego zapomocą refraktometru, oraz badań nad stosunkiem globulin do albumin — wynika, że stosunek tych substancji białkowych odpowiada stanowi klinicznemu; autor stwierdził dalej, że w przypadkach źle rokujących, zmniejsza się ogólna ilość białka w surowicy, a wzrasta znacznie udział w niem globulin. Metoda ta pozwala na rokowanie nawet wtedy, gdy klinicznie nic uchwytne jeszcze nie stwierdzamy, np. w *hydrops gravidarum* i w rzucawce macierzyńskiej: jeśli po porodzie nie wraca szybko do normy ogólna ilość białka w surowicy oraz stopień lepkości tej surowicy — należy wówczas spodziewać się pogorszenia. W gruźlicy i raku określanie całkowitej ilości białka oraz stosunku albumin do globulin — posiada również duże znaczenie dla oceny stanu chorego w danej chwili.

Z. Świder.

M. LABBÉ i E. AZERAD. Obrzęki i zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 22, 1927).

Teoria Fischera patogenezy obrzęków i jego doświadczenia nad zjawiskami uwodnienia tkanek mogły nasunąć myśli że w stanach obrzękowych istnieje zaburzenie równowagi kwa-

sowo-zasadowej. Dotychczas nie udało się wykazać w stanach obrzękowych zmian PH krwi lub wahań rezerwy alkalicznej ani w kierunku ich zmniejszenia, ani też powiększenia.

Autorzy wykonali na szeregu obrzękniętych chorych odpowiednie pomiary PH krwi, PH płynu obrzękowego i z sobu zasad,

Z przytoczonej tablicy wynika, że bez względu na rodzaj zachorzenia, powodującego obrzęki (marskość zanikowa wątroby, niedomoga serca, cukrzyca, zachorzenia nerek) nie można było ustalić żadnej zależności między wielkością PH krwi lub poziomem zasobu zasad z jednej strony a stanem obrzękowym z drugiej.

W jednym przypadku miano do czynienia z powikłaną zajęciem nerek ciężką cukrzycę z kwasicą i skłonnością do śpiączki oraz znacznymi obrzękami. Jako dowód, że między kwasicą płynów ustrojowych, istniejącą w tym wypadku a powstawaniem obrzęków nie mogło być żadnego związku, może posłużyć fakt, że poprawa stanu ogólnego, osiągnięta za pomocą energicznego leczenia insuliną i przejawiająca się podniesieniem się PH i wzrostem zasobu zasad, nie pociągnęła za sobą żadnej zmiany w stanie obrzęku tkanek.

Czy wynika z powyższego, że można w zupełności zaprzeczyć wszelkiemu wpływowi omawianych czynników w patogenezie obrzęków? Autorzy uważają, że wpływ ten istnieje, lecz że zmian PH należy poszukiwać nie w płynach ustroju, lecz w zmianach wewnętrznego PH komórek.

J. Typograf.

JADASSOHN i SULZBERGER. Odczyn pokrzywkowy a układ nerwów przywspółczulny. (Kl. W. Nr. 4, r. 1928).

Wśród wielu nierozstrzygniętych jeszcze zagadnień, dotyczących patogenezy bąbla pokrzywkowego, miejsce dominujące zajmuje kwestja roli pod tym względem układu nerwów roślinnych. Dla rozwiązania tego zagadnienia przeprowadzili autorowie badania nad powstawaniem bąbli po śródskórnym wprowadzeniu atropiny i pilokarpiny. Ponieważ jednak należało liczyć się z tem, że powstanie bąbla z odczynową obwódką zapalną może być nietyle wyrazem bądzięcia tych środków na układ parasympatyczny, ile następstwem podrażnienia chemicznego skóry — wykonali autorowie równoległe badania kontrolne z pochodniami tych leków: z apotropiną i solą sodową kwasu pilokarpinowego. Okazało się, że bąbel powstaje również pod wpływem apotropiny, jakkolwiek nie oddziałuje ona wcale na n. błędny. Stąd wniosek, że układ przywspółczulny żadnej tu roli nie odgrywa. Natomiast pod wpływem pilokarpiny oddziaływanie na *parasympathicus* oraz własności „bąblotwórcze“ (urtikariogenne) idą równoległe, gdyż pochodna pilokarpiny, pozbawiona jakiegokolwiek działania na układ parasympatyczny, nie wywołuje również pokrzywki przy śródskórnym jej wprowadzeniu. Nie są jednak te spostrzeżenia dowodem bezwzględnej zależności powstawania bąbli pod wpływem pilokarpiny — od bądzięcia jej na układ przywspółczulny.

Z. Świder.

BAAGOE. Badania nad pokrewnymi odczynami skórnymi i nad wrażliwością mnogą skóry u astmatyków. (Klin. Woch. 1927, Nr. 52).

Badania przeprowadzone przez autora na 88 astmatyków z dodatnim odczynem skórnym, wykazały, że jedni chorzy reagują tylko na jakąś jedną substancję, inni zaś — na wiele. Przeprowadzona przez B. analiza tej wrażliwości na szereg alergenów — wykazała, że częściowo da to się wytłómaczyć pokrewnieństwem tych bodźców, a zatem wolno w tym przypadku mówić o „odczynie pokrewnym“ lub „odczynie grupowym“. Natomiast w innych przypadkach należy przyjąć, że mamy tu do czynienia z wrażliwością mnogą skóry chorych — faktycznie na zupełnie różne substancje (*multisensibilitas*).

Z. Świder.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

HAFFNER. Badania farmakologiczne nad tyroksyną. (Klin. Woch. Nr. 41 — 1927).

Jest wielką zasługą amerykańskiego badacza K e n d a l l a otrzymanie z gruczołu tarczowego czystej krystalicznej, stosunkowo nisko molekularnej substancji, nazwanej tyroksyną, która już w niewielkich dawkach powoduje wszystkie objawy, jakie dotychczas spostrzegano przy podawaniu preparatów gruczołu tarczowego. Na tej podstawie można z dużą dozą prawdopodobieństwa uważać, że tyroksyna przedstawia hormon gruczołu tarczowego. Tyroksynę udawało się dotychczas otrzymywać jedynie w minimalnej ilości, i to bardzo utrudniało zarówno jej dokładniejsze poznanie, jak i zastosowanie w lecznictwie. Dalszym przeto wielkim postępem na drodze poznania hormonu tarczycy było udoskonalenie wyodrębniania substancji czynnej z gruczołu, dokonane przez Harringtona w Anglii (1926). Umożliwiło to uzyskanie hormonu w większej ilości i doprowadziło do wyjaśnienia jego budowy chemicznej. Z chemicznego punktu widzenia tyroksyna przedstawia dijodoxy-phenyleter jodotyrozyny. Następnie udało się Harringtonowi wspólnie z B a r g e r e m otrzymać tyroksynę nawet na drodze syntetycznej. W Niemczech przeprowadzili syntezę tyroksyny S c h o e l l e r i S c h m i d t.

Autor badał wpływ tyroksyny na cztery charakterystyczne dla hormonu tarczycowego odczyny: wpływ na przyspieszenie metamorfozy kołperzy, na powiększenie odporności myszy w stosunku do acetonitrilu, na gazową przemianę materji i na diurezę. Wszystkie te badania farmakologiczne wykazały, że działanie tyroksyny w zasadzie niczem się nie różni od działania preparatów tarczycowych z tą jedynie różnicą, że dla osiągnięcia tego samego wyniku, wobec zastosowania preparatu oczyszczonego i pozbawionego wszelkiego zbytecznego balasu, wystarczała dawka znacznie mniejsza.

Sprawa więc otrzymywania i poznania hormonu gruczołu tarczycowego wydaje się już ostatecznie rozstrzygniętą. Wobec wielkiego znaczenia omawianego hormonu dla konstytucji danej jednostki otwiera to duże pole zarówno dla dociekań teoretycznych jak i dla stosowania w lecznictwie.

J. T y p o g r a f.

A. SCHITTENHELM i B. EISLER. O działaniu tyroksyny w zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych. (Klin. Woch. Nr. 41 -- 1927).

Po odkryciu hormonu tarczycowego i po zbadaniu jego właściwości i skuteczności biologicznej przez farmakologów autorzy przystąpili do stosowania go w klinice, jako środka, będącego w stanie zastąpić różne dotychczas używane organopreparaty tarczycowe.

Autorzy postawili sobie za zadanie zbadać, jakie działanie wywiera tyroksyna na zdrowego i chorego człowieka i jaka jest jej skuteczność w porównaniu z organopreparatami.

Przyjmuje się dzisiaj z pewnością, że wszystek zawarty w tarczycy jod jest związany organicznie w tyroksynie i że niema innego organicznego związku z czynnością hormonalną zawierającego jod; można przeto uważać, że zawartość jodu prawidłowej tarczycy jest miernikiem zawartej *in vivo* ilości tyroksyny.

Jeżeli zaś tyroksyna w istocie przedstawia jedyny czynny hormon tarczycy, wówczas działanie określonej ilości tyroksyny musiałoby odpowiadać działaniu preparatu tarczycowego o tej samej zawartości jodu.

Autorzy przeprowadzali swe badania porównawcze nad tyroksyną, wyrabianą przez firmę Schering (tabletki i ampułki do wstrzykiwań). Preparat zawiera 65% jodu. Podawano go dożylnie w dawce 2 mg *pro dosi* i *pro die* w ciągu kilku dni. Doustnie stosowano dawki większe do 3—6 mg *pro die*. Dla porównania podawano tabletki organopreparatów wysuszonej

tarczycy z przeciętną zawartością jodu 244 mg. $\frac{0}{10}$. 1,5 gr. tego wysuszonego preparatu odpowiada 6 mg. tyroksyny.

U ludzi zdrowych stwierdzono po podaniu tyroksyny powiększenie oddechowej przemiany materji, zmienne zresztą u poszczególnych osób.

W klinice zaś wypróbowano ją przede wszystkim w przypadkach, w których stwierdzono zmniejszenie czynności tarczycy i to zarówno w przypadkach wyraźnego obrzęku śluzakowego jak i w łagodnych przypadkach hypotyroidyzmu, spotykanych szczególnie często u kobiet w związku z zaburzeniami jajnikowemi.

Dla sprawdzenia działania tyroksyny autorzy nie tylko zwracali baczną uwagę na charakterystyczne zmiany obrazu klinicznego ale przeprowadzili jaknajbardziej wszechstronne i szczegółowe badania ogólnej przemiany materji (oddechowej, białkowej i mineralnej).

Autorzy opisują szczegółowo, jak pod wpływem leczenia tyroksyną, osiągnęli znakomitą, wszechstronną, graniczącą z zupełnym wyleczeniem poprawę psychiczną i fizyczną w przypadkach braku lub niedostatecznej ilości hormonu tarczycowego.

Autorzy zwracają uwagę, że tak zwane poronne postaci niedomogi tarczycowej są rzeczą bardzo częstą i że przedstawiają one wdzięczne pole do leczenia hormonalnego, przyczem wprowadzenie do lecznictwa tyroksyny przedstawia w porównaniu z organopreparatami tę zaletę, że tyroksyna jest preparatem o składzie stałym i o dającym się w związku z tem dokładnie dawkować działaniu.

Porównawcze podawanie tyroksyny i odpowiednich ilości organopreparatów, zawierających według obliczeń tę samą ilość tyroksyny, wykazało przy stosowaniu w klinice pewne różnice widoczne szczególnie wyraźnie odnośnie do przyspieszenia przemiany materji i polegające na nieco słabszym działaniu tyroksyny czystej. Przyczyna tego zjawiska pozostaje narazie nieznaną. Może ono zależeć albo od tego, że w gruczole tyroksyna znajduje się w czynniejszej postaci, albo że w tarczycy, poza tyroksyną, istnieją inne substancje, uczulające jej działanie. Wyjaśnienie tego jest sprawą dalszych badań.

Co się tyczy działań ubocznych, występujących przy stosowaniu tyroksyny Scheringa, to były one bardzo nieznaczne i polegały na lekkich bólach głowy i objawach żołądkowo-jelitowych, które zresztą częstokroć stwierdza się w postaci nawet jeszcze gorszej przy podawaniu organopreparatów. Objawy sercowe występowały po tyroksynie bardzo rzadko. Wogóle objawy uboczne były przy odpowiednim dawkowaniu bardzo małe. Dla przewlekłego leczenia hormonalnego najwłaściwsze jest leczenie doustne, przyczem przeciętna dawka dobową waha się od 3 do 6 mgr.

Wynalezienie tyroksyny i możliwość jej stosowania dla leczenia licznych postaci chorobowych przedstawiają duży postęp w dziedzinie endokrynologii i przyczynią się niewątpliwie do teoretycznego wyjaśnienia działania hormonu tarczycowego.

J. T y p o g r a f.

A. RIZZOLO. O wpływie nikotyny na pobudliwość kory mózgowej. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 31, 1927).

Autorzy badali wpływ nikotyny na korę mózgową psa, stosując miejscowo na określone ośrodki ruchowe obnażonej kory mózgowej nikotyne w rozcieńczeniu 1 : 1000 w roztworze fizjologicznym i drażniąc następnie te ośrodki prądem elektrycznym.

Z doświadczeń ich wynika, że jednorazowe zastosowanie nikotyny (dotknięcie bibułą, nasyconą roztworem nikotyny) powoduje stale zmniejszenie pobudliwości o 25 do 50%. Przy powtórnym zatruciu kory nikotyne pobudliwość zmniejsza się jeszcze bardziej (przeciętnie do 65%); w kilku jednak przypadkach autor stwierdzał w tych warunkach powiększenie pobudliwości, przekraczające wartości normalne.

Trzecie dotknięcie kory mózgowej bibulką powoduje zawsze powiększenie pobudliwości, która może wzrosnąć nawet o 100%.

J. T y p o g r a f.

Znieczulanie.

Narkose und Anaesthesie. Zeitschrift und Zentralorgan für das Gesamtgebiet der Schmerzinderung und- Verhütung. Nakł. Georg Stilke. Berlin.

Pod powyższym tytułem wychodzi od stycznia r. b. nowe pismo, poświęcone usypianiu i znieczulaniu. Wydawcy postawili sobie za zadanie ogłaszać prace oryginalnych, traktujących stronę teoretyczną, kliniczną i techniczną znieczulania, oraz informowanie czytelników o ogólnym ruchu naukowym w tej dziedzinie. Dotychczas wyszły dwa zeszyty tego starannie redagowanego wydawnictwa, zawierające dwie prace oryginalne, mianowicie: Lindemanna „Nowe metody znieczulania szczęk i twarzy” oraz Frankena „Działanie fizjologiczne kwasu węglowego i znaczenie jego dla usypiania i leczenia wraz z opisem prostego przyrządu do jego stosowania”.

Prócz prac oryginalnych, których streszczenie wkrótce podamy, znajdujemy tu jeszcze referat zbiorowy p.t. „Dotychczasowe wyniki usypiania awertynowego” pióra H. Killiana oraz bogaty dział streszczeń z pism amerykańskich i angielskich i pozostałego piśmiennictwa, dotyczącego usypiania i znieczulania.

Z. S.

Gruźlica.

A. BACMEISTER. Nowe poglądy na sposób powstawania przewlekłej gruźlicy płuc. (Deutsch, med. Woch, Nr 51, 1927)

Dawne poglądy Rankego na gruźlicę I i II-go okresu jako na gruźlicę przeważnie dziecięcą, a okresu III-go — jako gruźlicę osób dorosłych, nie utrzymały się w świetle ostatnich badań, Aschoffa, Hübschmann, Redekera, Assmanna Bacmeister, Simon i in. wykazali, że istnieje szereg postaci przejściowych między gruźlicą II-go i III-go okresu, że nie ma zasadniczej różnicy między powstawaniem gruźlicy płuc u dorosłych i dzieci, że tak ognisko pierwotne, jak i wszelkie nowe zjawianie się ognisk u dorosłych odbywa się na tle wtórnej alergji, a więc ze zmianami wysiękowymi, z których następnie rozwijają się może postać wytwórcza.

Znaczenie ognisk szczytowych dla powstawania przewlekłych postaci gruźlicy zmniejszają zupełnie badania Brüninga, Lydtina, a zwłaszcza Redekera. Ten ostatni twierdzi, że suchoty płucne nigdy nie powstają ze sprawy szczytovej, której charakter jest przeważnie łagodny.

Z dawniejszych prac Aschoffa, ostatnich Assmanna, Redekera wynika, że t. zw. wczesne nacieczenie, leżące pod obojczykiem w częściach zewnętrznych lub środkowych, spotyka się nie tylko u dzieci i w okresie pokwitania, lecz równie często i w wieku dojrzałym. Rozwijające się dookoła nacieczenia zapalenie oboczne ma szczególne znaczenie dla powstawania suchot płucnych. Sposób powstawania wczesnego nacieczenia u dorosłych odbywa się podobnie jak u dzieci, na tle wtórnej alergji jako proces wysiękowy. Może ono ulec wessaniu, pozostawiając tylko lekkie zaciemnienie na kliszy Rentgenowskiej; może ulec zmianom bliznowatym z drobnoogniskowemi zwapnieniami. Przy szybkim wzroście odporności ulec może wczesne nacieczenie zwapnieniu (charakterystyczne zmiany dla okresu wtórnej alergji); przy zmniejszaniu się odporności — powstaną masy serowate. Mimo jednak zmian serowatych nacieczenie może się jeszcze wygoić przez zbliznowacenie. Najczęściej w razie zserowacenia powstaje ognisko rozpadowe z wytworzeniem jamy. Te „wczesne jamy”, a więc rozpadające się wczesne nacieczenie, są najczęstszą przyczyną dalszego rozwoju suchot płucnych. Z nich okresowo następuje rozsiewanie się nowych ognisk, na które

organizm oddziaływa w zależności od swego stanu odpornościowego. Nowe ogniska usadwiają się wszędzie, jednak w dolnych częściach płuc stosunkowo częściej ulegają wessaniu, pozostawiając ślady jedynie w szczytach.

Autor podkreśla szczególne znaczenie pozostawiania jam dla rozwoju suchot, gdy ogniskom rozsianym na drodze krwi przypisuje prawie bezwzględnie łagodny charakter. Jednakże ostrzega przed lekceważeniem ognisk szczytowych, które mimo swego charakteru łagodnego mogą się uczynić.

Klinicznie owe wczesne nacieczenia są bardzo trudne do rozpoznania. Nie dają żadnych prawie objawów fizykalnych, ani skarg ze strony chorego. Chorzy tacy nie mierzą sobie ciepłoty, gdy tymczasem stany podgorączkowe, obok laseczników w płwocinie są b. ważnemi czynnikami rozpoznawczemi. Rozstrzygające jednak znaczenie ma prześwietlenie promieniami Röntgena.

Omawiając leczenie, autor podaje, iż nie nadają się do leczenia chorzy z wyraźnemi starymi zmianami w szczycie. Natomiast ścisłej opieki wymagają przypadki z objawami zatrucia, podwyższeniem ciepłoty, nadając się do wczesnego leczenia klimatycznego. Dotyczy to zwłaszcza osobników konstytucjonalnie osłabionych ze skazą limfatyczną, wysiękową, którym grozi powstanie nowych zapaleń obocznych dookoła już wygasłych ognisk, rozsianych na drodze krwi.

Autor nie zaleca leczenia wczesnego nacieczenia odną, która spowodować może nowy wysiew. Wczesne nacieczenia goją się dobrze pod wpływem zwykłego leczenia sanatoryjnego.

Natomiast nacieczenia wytwórcze już ustalone z serowatem ogniskiem i pasem tkanki łącznej dookoła nadają się do lekkiego leczenia drażniącego pobudzającego bliznowacenie zapomocą umiejscowionego naświetlania promieniami Röntgena. Lecz nawet i w tych przypadkach dobre wyniki daje leczenie sanatoryjne. Niebezpieczeństwo tych jam polega na ewentualnem rozsianiu się wskutek aspiracji; przy skąpej wydzielinie można zastosować leczenie ogólne z lekką terapią pobudzającą; jeśli po 2 — 3 miesiącach poprawa nie następuje, należy przystąpić do leczenia chirurgicznego. Jamy z obfitą wydzieliną nadają się wyłącznie do leczenia chirurgicznego. Jako zabieg chirurgiczny, wymienia autor frenikotomię z następczem naświetlaniem promieniami Röntgena.

M. Goldman junior

H. ASSMANN. O ogniskach podobojczykowych w początkowych okresach gruźlicy. (Deutsch, med. Woch, Nr. 19, 1927).

Autor znajdował często u młodych osób ograniczone ogniska nacieczeniowe w zewnętrznych częściach okolicy podobojczykowej. Powyższe objawy rentgenologiczne występowały we wszystkich klinicznie wczesnych okresach, przy zupełnym nieraz braku skarg podmiotowych. Rzadko umiejscawiały się wymienione ogniska w innych częściach górnego i środkowego pola płucnego, zbijając w sposób pewny rozpowszechniony dogmat szczytovej powstawania gruźlicy.

Anatopatologicznie ogniska te miały charakter wysiękowy, ich lokalizacja i kształty przemawiały za możliwością endo- i exogennego rozwoju. Jednakże b. rzadko miał możliwość znalezienia ognisk gruźliczych, któreby stały się źródłami przerzutów; natomiast często mógł stwierdzić exogenne źródło zakażenia. Autor przypuszcza, że mamy tu do czynienia z reinfekcją po uprzednio przebytem, nie dającym się nawet stwierdzić, zakażeniu.

Ogniska podobojczykowe mają duże znaczenie praktyczne. Podkreślając możność ich dalszego niepomyślnego rozwoju, zaznacza jednak autor, że we wszystkich wczesnie rozpoznanych przypadkach energiczne leczenie klimatyczne względnie odma sztuczną doprowadziło do zejścia pomyślnego. Ogniska ulegały wessaniu przy stosunkowo niewielkiej induracji. Warunkiem niezbędnym jest wczesne rozpoczęcie leczenia, uwypuklające olbrzymią wartość rozpoznawczą rentgenologicznego stwierdzenia ognisk podobojczykowych.

M. Goldman junior.

Choroby serca i naczyń.

C. LIAN i A. BLONDEL. O stałym samoistnym podciśnieniu tętniczym. (Presse méd. 1927 Nr. 70).

Według autorów za mało uwagi dotychczas zwracano na samoistne podciśnienie. Obniżenie ciśnienia tętniczego uważane było za objaw, a nie za ściśle określony samoistny zespół chorobowy. Występuje podciśnienie, wprawdzie, objawowo, jak wiadomo, w schorzeniach serca (*Stenosis mitralis*) i t. d., w wyniszczających chorobach jak rak, w chorobach zakaźnych, w chorobie Addisona i t. d., ale pozatem należy zwrócić uwagę i na stałe samoistne podciśnienie tętnicze, które posiada cały szereg zupełnie swoistych objawów w dziedzinie krążenia. Zapadci i częste omdlenia z powodu nieraz bardzo błahych powodów, częste zawroty głowy; akrocyanozza odmrożenia, lekka niedomoga mięśnia sercowego pod postacią duszności wysiłkowej; wyjątkowo może nastąpić wielka niedomoga mięśnia sercowego. Często tętno jest zwolnione. Ciśnienie tętnicze waha się dla Mx w granicach 100 — 105 mm Hg, czasami dochodzi do 110 mm i w granicach 50 — 60 mm dla Min.

Ze strony układu nerwowego uderza wielka łatwość męczenia się, dochodząca często do wielkiej astenji, — częste bóle głowy.

W zakresie układu trawiennego może istnieć opuszczenie narządów jamy brzusznej, aero-gastrocolia i zaparcie stolca.

W dziedzinie gruczołów wewnętrznego wydzielania może istnieć niedomoga jajnikowa, tarczycowa, lub nadnerczy. Ta ostatnia istnieje prawdopodobnie w każdym przypadku.

W zależności od przewagi wymienionych objawów autorzy odróżniają postacie kliniczne: asteniczną, omdleniową, sercową, akrocyaniczną i t. d.

Co do patogenety, to autorzy wypowiadają się za hipotezę zaburzeń w wydzielaniu gruczołów wewnątrz - wydzielniczych, jako też zaburzeń w równowadze układu wegetatywnego z przewagą napięcia nerwu błędnego. Zaburzenia te mają działać deprymująco zarówno na naczynia krwionośne jak i na serce.

Jest to cierpienie ustrojowe, które się przejawia na skutek jakichkolwiek momentów sprzyjających, jak przemęczenie, zmartwienie i t. d.

Rokowanie naogół nie jest złe, chociaż skłonność do omdleń może być przyczyną nagłej śmierci.

Jako leczenie autorzy proponują strychninę, ergotynę, wyciąg z nadnerczy. Uważają, jednak, że jest o wiele trudniej podnieść ciśnienie w tych przypadkach, niż obniżyć ciśnienie w przypadkach nadciśnienia samoistnego.

J. Eisenfarb.

A. SALOMON. O leczeniu żyłaków zastrzykiwaniami. (Deutsch. med. Woch. Nr. 1. 1928).

Poza podaniem przez Linsera wstrzykiwaniami sublimatu (0,6 — 1 cm³ roztw. 10/0-go) i 15 — 25/0 rozc. soli kuchennej, stosuje aut. 66²/₃0 roztwór cukru gronowego, którego zaletą jest większe bezpieczeństwo przy nieostrożnym wstrzyknięciu do tkanek okołożyłnych części płynu. Możliwość powstania zatoru jest bardzo mała nawet przy leczeniu ambulatoryjnym.

Pierwsze wstrzyknięcie stara się aut. wykonać możliwie powyżej kolana. Płyn powinien zetknąć się ze ścianą w postaci najbardziej stężonej, dlatego też wstrzykiwać należy w pionowym ustawieniu kończyny i uciśnięciu żyły w obu kierunkach, a więc wtedy, gdy żyła zawierać będzie mało krwi. Autor wstrzykuje 5 cm³ rozc. cukru. Odczyn po wstrzyknięciu jest przeważnie niewielki.

Do zabiegu nie nadają się przypadki ze zbyt dużym rozszerzeniem żył, z objawami zapalnymi żył (*phlebitis*), przypadki z ogólnymi cierpieniami, jak niedokrewnością, cukrzycą, wadą serca i t. p.

Rozstrzygnięcie, czy dany przypadek nadaje się do zabiegu powyższego, czy też do operacji, powinno być ściśle indywidualizowane.

W kilku przypadkach auter połączył leczenie powyższe z operacyjnym podwiązaniem żyły podskórnej odpiszczelowej (v. saphena).

M. Goldman junior

Choroby nerwowe i psychiczne.

Dr. Ernst KRETSCHMER, prof. uniwersytetu w Marburgu. *Ueber Hysterie*. Nakł. Georg Thieme. Lipsk 1927.

Książka niniejsza, która ukazuje się już w drugim wydaniu, nie jest bynajmniej monografią hysterji w klinicznym znaczeniu tego słowa, nie stawia sobie bowiem za zadanie opisywania zespołów objawowych, ich rozpoznawania lub leczenia. Autor rozpatruje raczej typ reakcji historycznej, jako zagadnienie psychologiczne i neurofizjologiczne w szerokich ramach perspektywy biologicznej. Żywo i interesująco napisana oraz oryginalnie ujęta książka, która w znacznym stopniu opiera się na poprzednich pracach autora („Prawo dowolnego potęgowania odruchów” oraz „Aparaty woli w hysterji”) usiłuje pogodzić najbardziej zasadnicze i cenne myśli współczesnych badań nad hysterją (zwłaszcza Kraepelina i Freuda) z wynikami badań własnych autora. Wiele również ustępów książki tej zaopieczono zostało ze znakomitego dzieła autora, poświęconego psychologii lekarskiej — zwłaszcza zaś te, które zajmują się specjalnie sprawą orzecznictwa w hysterji oraz niektórymi zagadnieniami natury terapeutycznej.

Całkowity problemat hysterji, ujęty z jednej strony pod kątem związku hysterji z instynktem i popędem, z drugiej zaś w oświetleniu dynamiki psycho-fizycznej zjawisk historycznych — opiera autor na zasadniczym doświadczeniu klinicznym, które ujawnia nam zjawiska historyczne, jako reakcje głuche i popędowe u ludzi prymitywnych i niedojrzałych, natomiast stosunkowo rzadko u osobników, wysoko zróżniczkowanych ze złożoną strukturą przeżyciową.

Nowe wydanie książki wzbogacone zostało o rozdział o konstytucji i o charakterze historycznym, który, zgodnie z niekompletnym stanem wiadomości naszych w tej dziedzinie, nakreślony został tylko w postaci szkicowej. Wł. St.

K. BIRNBAUM (Berlin). *Obecne zasady tłumaczenia i leczenia hysterji*. (Wrac. Obzrenje Nr 11. 1928).

Hysterja nie jest chorobą w ściśm tego słowa znaczeniu, lecz anormalnym psycho-fizycznym sposobem reakcji. Do warunków niezbędnych do powstania objawów historycznych należą: 1) Anormalna skłonność do wpływów psychicznych. 2) Nadmierne wygórowana tendencja do przeistaczania duchowych podnieć w fizyczne. 3) Wygórowany wpływ samosugestyjny i sugestyjny, skutkiem czego afektywne zjawiska zyskują nadmierny wpływ na psychikę i mają możność zrealizowania się w szerokim zakresie. 4) Wreszcie dążenie chorego, zmierzające do akcentowania choroby i przeistaczania jej; to ostatnie winno być uważane za specyficzny objaw hysterji. Zasadniczo każdy człowiek jest „zdolny do hysterji”, szczególnie, jeżeli istnieją zewnętrzne wstrząsy i czynniki natury wewnętrznej (ciężkie warunki życiowe). Spotyka się również epizodyczne skłonności do hysterji, związane z pewnymi fazami rozwoju (dojrzewanie płciowe).

Historyczne zaburzenia czynnościowe przeważnie porażają te organy, które mają wrodzone, względnie nabyte defekty; one właśnie są przeceniane i świadomie okazywane. W różniczkowaniu należy pamiętać o symulacji; bywa ono niekiedy bardzo trudne, a bodaj niemożliwe.

Rokowanie zależy od wpływów psychicznych; w zasadzie historyczne zaburzenia mają skłonność do cofania się, zależy to bezwzględnie od umiejętnego obchodzenia się. (W urazowych hysterjach, drogą rychłego rozstrzygnięcia sprawy rekompensaty).

Leczenie psychiczne. Stosowane środki materialne (farmac.) odgrywają rolę maskowanej psychoterapii. Autor specjalną uwagę zwraca na oddziaływanie hipnozy, szczególnie w gwałtownie występujących jednoobjawowych hysterjach, przyczynowe psychiczne metody leczenia („Psychokatarzis” Franka) oraz psychoanalizę Freuda.

B. Rubinstein.

Wskazówki praktyczne.

— W a g n e r stosuje w szeregu *zapalnych schorzeń ginekologicznych* słabe naświetlanie *promieniami Roentgena*, nie uważa jednak leczenia tego za lepsze, niż szczepionki lub proteinoterapię. Najlepsze wyniki daje kombinacja naświetleń słabych z innymi metodami leczniczymi. W rzeżączce szyi macicznej leczenie rentgenowskie zawodzi.

(Ther. d. Gegenw. 1928 Z. 1).

— G a e b l e r gorąco zaleca *antytoksynę posoczniczą w gorączce połogowej*, szczególnie w zakażeniach paciorkowcowych. Działania szkodliwego surowicy, otrzymanej od koni szczepionych bardzo zjadliwymi szczepami paciorkowców, G. niespostrzegają. Występująca czasami wysypka jest bez znaczenia.

(Münch. med. Woch. 1928 Nr. 4).

— Aby zapobiec pomyłkom w dawkowaniu *plasmochiny*, M ü h l e n s podaje dokładnie jej dawki lecznicze i zapobiegawcze: 1) w zimnicy *trzeciackowej* i *czwartackowej* *plasmochinum purum* trzy razy dziennie po jednej pastylce (po 0,02); 2) w *zimnicy podzwrotnikowej* i w *celach zapobiegawczych* *plasmochinum compositum* trzy razy dziennie po dwie drażetki (po 0,01 plasmoch. + 0,125 siarczanu chininy), albo trzy razy po 2 pastylki (po 0,01 plasmoch. + 0,125 siarcz. chin.) po jedzeniu.

(D. med. Woch. 1927 Nr. 52).

— W 4 ciężkich przypadkach *anginy agranulocytowej* osiągnął F r i e d e m a n n wyleczenie przy pomocy *promieni Roentgena*. Naświetlania robione były w ten sposób, że pierwszego dnia naświetlane były udo i goleń ($1/20$ HED — twardy filtr), następnego dnia lub po 2-ch dniach — w ten sam sposób naświetlano ramię i przedramię. W jednym przypadku musiano zastosować jeszcze trzecie naświetlenie (udo i goleń).

(D. med. Woch. 1927 Nr. 52).

— W celu uniknięcia *wrzodu pełzającego (ulcus serpens)* zaleca H e e s c h, po każdym, choćby najlżejszym skałeczeniu oka wpuszczanie do worka łącnicowego 1% *maści z chlorku optochiny*. Po uskutecznieniu tego należy chorego przekazać okuliście. W klinice H. na 800 przypadków nie spostrzegano ani razu wrzodu pełzającego.

(M. med. Woch. 1927 Nr. 40).

— S i n g e r i S p i t z e r radzą w każdym przypadku *przewlekłego zapalenia worka łzowego* stosować *antivirus B e s r e d k i*. Środek ten często daje wyniki dobre.

(W. kl. Woch. 1927 Nr. 50).

— *Autohemoterapię w rzeżączkowym zapaleniu przyjądrza* stosuje S c h a r m a n, robiąc przeciętnie 4 zastrzykiwania *śródmieśniowe* po 3-7 ctm³ w dawce wzrastającej. W przypadkach świeżych czasami silny odczyn miejscowy.

(W. kl. Woch. 1927 Nr. 44).

— B u s c h k e i L ö w e n s t e i n stosowali z dobrym wynikiem zastrzykiwania dożylne *gonoflawiny* (przetwór trypaflawiny) w rzeżączce. Najlepsze wyniki dawała rzeżączka cewki przedniej. Zapalenie przyjądrza nawet w najostrejszym okresie, jakoteż najcięższe zapalenie cewki przy tem leczeniu nie tylko nie stanowiły przeciwwskazania do leczenia przeciwrzeżączkowego, lecz przeciwnie, poprawiały się szybko. W zasterzałych przypadkach rzeżączki cewki tylnej i przydatków, obok licznych zawodów, mieli jednak autorzy do zanotowania i bezsporne zalety tego postępowania, tak, iż sądzą, że kombinacja gonoflawiny z leczeniem miejscowym (przestrykiwania i mięsienie) w przyszłości da jeszcze lepsze wyniki.

(D. m. Woch. 1928 Nr. 2).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne.

ODDZIAŁ WARSZAWSKI.

Posiedzenie z dn. 15 listopada 1927 r. Obecnych osób 31. Przewodniczący prof. J. T u r.

1. Po przyjęciu protokołu posiedzenia poprzedniego Dr. L. D z w o n k o w s k i przedstawił przypadek *nieznanej odmiany fałdu otrzewny*. Prelegent pokazał zdjęcie fotograficzne omawianego przypadku. Fałd otrzewnowy przebiegał ponad fałdem pępkowym bocznym (*plica umbilicalis lateralis*) poprzecznie do jego przebiegu. Fałd był utworzony przez dwie blaszki otrzewny przedzielone luźną tkanką łączną w której znajdowała się tętnica pęcherza moczowego górna, odchodząca w tym przypadku od tętnicy pępkowej i łącząca się z tętnicą nadbrzuszną dolną.

2. Prof. E. L o t h przedstawił rysunki *kręgów szyjnych Myrmecophaga jubata z otworem poprzecznym dwudzielnym*.

3. J. G r z y b o w s k i pokazał przypadek *niedorozwoju opuszek węchowych dziecka*. Opuszki węchowe zajmowały tylko $1/3$ część blaszki sitowej, przyczem nerwy węchowe wyraźnie przebiegały w jamie czaszkowej.

4. A. T r o j a n o w s k i przedstawił rzadki przypadek *odmiany naczyniowej*: tętnica poprzeczna łopatki odbiegała od tętnicy sutkowej wewnętrznej. Prelegent omówił przytem pokrótce inne odmiany tętnicy poprzecznej łopatki.

5. P. E l k i n d pokazała *samca Carausius morosus*. Pokaz

wzbudził zainteresowanie, gdyż samiec tego rodzaju spotyka się niezwykle rzadko.

W dyskusji prof. B a e h r zaznaczył, że samiec *Carausius morosus* prawdopodobnie nie jest zdolny do zapładniania.

6. J. J a r o c k i wygłosił odczyt o *budowie nowego rzadkiego wymoczą z rodzaju Hastatella z grupy Peritricha*.

W dyskusji zabierali głos: prof. K. J a n i c k i, Dr. S ł o n i m s k i i Doc. J. Z w e i b a u m.

Sekretarz: (—) J. G r z y b o w s k i.

Posiedzenie z dnia 25.I. 1928 r. Obecnych osób 44. Przewodniczący prof. J. T u r.

1. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu posiedzenia poprzedniego, przewodniczący odczytał odezwę Ligi Ochrony przyrody, wzywającą do zapisywania się na członków Ligi.

2. Prof. E. L o t h pokazał zebraniu *portret Franc. Branda* — pierwszego anatoma warszawskiego z r. 1809, poczem zademonstrował *wykopaliską z pleistocenu*, mylnie określone przez p. S a w i c k i e g o, jako szczątki stopy ludzkiej.

W dyskusji nad wykopaliskiem przemawiał prof. T u r.

3. Prof. E. L o t h wygłosił referat: „*O otworach w wyrostkach poprzecznych kręgów piersiowych u niektórych wielorybowatych*“, przyczem jakgdyby na potwierdzenie teorii, że otwory wyrostków poprzecznych nie są formowane przez szczątkowe żebra, lecz są kanałami naczyniowymi (żylnymi), autor zademonstrował rysunki 10 kręgu piersiowego u *Physeter macrocephalus*, 6 i 7 kr. piersiowego u dwóch osobników *Hyperoodon rostratus*. Otwory w tych kręgach piersiowych najzupełniej przypominają otwory wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych.

4. Następnie prelegent wygłosił drugi referat: „o zębach szyjnych u wielorybowatych”. Autor demonstruje 7 przypadków zębów szyjnych, zaobserwowanych u *Balaenoptera borealis* (3 przyp.) *Monodon monoceros*, *Rachianectes glaucus* i *Sotalia gyanensis* i przychodzi do przekonania, że odmiana ta, spotykana u ludzi zaledwie w 2% przypadków, jest o wiele częstsza u wielorybowatych.

Głos w dyskusji nad obu referatami zabierali: Dr. W. Szaniawski, prof. Tur, Dr. Słonimski i Dr. Dehnel. R. Poplewski wygłosił referat: „O istotnem zakończeniu mięśnia czworobocznego wargi górnej”. Wbrew dotychczasowym poglądom (Henke, H. Virchow, Eisler), uważającym okolicę brzozy łukowatej (*sulcus nasolabialis*) za miejsce zakończenia omawianego mięśnia, autor na podstawie badań histologicznych oraz dysekcyjnych doszedł do wniosku, iż kończy się on wzdłuż wąskiego pasma skórniego, ciągnącego się 2 — 3 mm. powyżej czerwień wargowej i do niej równolegle. Miejsce przyczepu tworzy niekiedy charakterystyczną brzozę w powłokach skórnych, t. zw. szlak. Powyższe pozwala autorowi wyróżnić na terenie wargi górnej trzy obszary, ciekawe pod względem prozopologicznym: rąbek, czyli wąski pas nieowłosiony, ciągnący się równolegle do czerwień, pas, objęty zarostem, i wreszcie pole przyskrzydłkowe — obszar, przytykający do brzozy łukowatej, a podobnie jak rąbek, również nieowłosiony.

W dyskusji zabierali głos: prof. Tur oraz prof. E. LOTH.

Po zakończeniu referatów naukowych Doc. Zweibaum podzielił się wrażeniami z 3-go Zjazdu rosyjskiego zoologów, histologów i anatomów, przyczem autor opisał przebieg naukowy zjazdu; poczem Dr. P. Słonimski przedstawił zebrany stan instytucji naukowych w Leningradzie.

W dyskusji zabierali głos: prof. Kryński i prof. Tur.

Sekretarz: (—) J. Grzybowski.

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

KOŁO WARSZAWSKIE.

Posiedzenie naukowe z dn. 14 grudnia 1927 r.

I. ADELFFANG: *Problematy naświetlań nowotworów w związku z najnowszymi badaniami nad ich etiologią i nad biologią promieni Roentgena.*

Odczyt składa się z trzech części. W pierwszej ref. szczegółowo analizuje prace doświadczalne nad wywoływaniem nowotworów przez pasorzyty, drobnoustroje, przesącze z nowotworów, smołę, smary i ich pochodne i dochodzi do wniosku, że wszystkie te raki i mięsaki zostały wywołane nie przez drobnoustroje i pasorzyty, lecz albo przez ich fermenty, albo przez jakieś substancje chemiczne, które one wydzielają. Te substancje chemiczne znajdują się prawdopodobnie w smole, smarach i t. p. Następnie ref. omawia prace doświadczalne Warburga i jego szkoły nad biochemią nowotworów, teorię Freuda i Kamner, która pierwsza ujmuje w pewien system sprawę powstawania nowotworów.

Część druga poświęcona jest biologii promieni R. Omówiwszy różne teorie biologicznego działania promieni R., ref. analizuje teorię Nemenowa i dochodzi do wniosku, że jest ona może najodpowiedniejszą przy obecnym stanie naszej wiedzy o biologii promieni. Jest ona bowiem nietylko hipotezą, lecz opiera się na badaniach anatomo-patologicznych i danych doświadczalnych.

W trzeciej części ref. poddaje analizie dotychczasowe metody naświetlań nowotworów i uważa, że są one niewystarczające, nie opierają się bowiem na racjonalnych podstawach działania terapeutycznego. Nie wystarcza tylko naświetlanie promieniami R. lub radu, należy jeszcze działać na komórki nowotworowe w sensie ich uczulenia. Ponadto należy środkami wewnętrznymi i djetetycznymi działać na zakłócają przez nowotwór przemianę materji chorych.

W dyskusji Rubinrot zaznacza, że teoria drobnoustrojowa nie może być zarzucona, że zmiany chorobowe, zachodzące w przemianie materji, nie tłumaczą naprz. powstawania nowotworów u noworodków. Nieuwzględniona została również i teoria mieszkaniowa, która pod pewnym względem dowodzi, że nowotwory mogą powstawać przez masowe zarażanie się.

Gądek uważa, że najsłuszniejsza jest teoria o wadliwej przemianie materji, o pewnej skazie. Na uwagę zasługuje teoria Freuda i Kamner, która ujmuje w pewien system teorię powstawania nowotworów. Duże znaczenie w powstawaniu nowotworów należy przypisać gruźlicom o wydzielaniu dokrewnem. Sprawa usilnego odżywiania chorych nie może być traktowana ogólnie. Stwierdzono naprz. że u myszy, karmionych pokarmem awitaminowym, raki przyjmowały się o wiele trudniej, niż u karmionych pokarmem normalnym.

Gądek proponuje poświęcić specjalny wieczór dyskusji.

H. Adelfang.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Związku Lekarzy w Halle n. S. mówił w październiku r. ub. Göbel o *spostrzeżeniach klinicznych nad ostatnią epidemją choroby Heine-Medina w Halle* Zachorowywały przeważnie dzieci małe, przytem więcej dziewczynek, niż chłopców. W dziecięcej klinice uniwersyteckiej obserwowano ogółem 68 przypadków.

W Tow. Lek. we Freiburgu wygłosił dn. 15-go listopada r. ub. Marchionini nader ciekawy odczyt o *badaniach fizyczno-chemicznych nad skórą ludzką*. W celu wyjaśnienia lokalizacji różnych schorzeń skórnych w pewnych „ulubionych” okolicach ciała przeprowadził M. badania nad stężeniem jonów wodorowych w skórze ludzkiej, idąc od powierzchni jej do warstw głębszych. Okazało się, że powierzchnia skóry jest naogół kwaśna (pH = 3,0 — 5,0), co pozostaje w związku z parowaniem potu. Natomiast w tych miejscach ciała, gdzie parowanie potu jest utrudnione, jak pachy, przestrzenie międzypalcowe na nogach i t. p., — odczyn powierzchni skóry jest obojętny, a nawet zasadowy. I ten różny odczyn skóry, jako podłoża dla rozwoju różnych pasorzytów, tłumaczy nam doskonale różną lokalizację tych pasorzytnicznych dermatoz. Ponieważ odczyn kwaśny hamuje rozwój grzybków, dlatego właśnie mamy *epidermophytia interdigitalis* uzasadnioną między palcami nóg; również *eczema seborrhoicum*, jest niewątpliwie schorzeniem natury pasorzytnicznej, gdyż usadawia się przeważnie pod pachami, a zatem w miejscach ciała z wgl. niewielką kwasicią powierzchni skóry. Grzybek *microsporon furfur* usadawia się raczej na podłożu kwaśnym, bo na skórze grzbietu, zaś *microsporon minutissimum* bardziej na podłożu zasadowem, bo w miejscach stykania się fałdów skórnych. — W uporczywych przypadkach dermatoz międzypalcowych dobrze robi pendzlowanie tych miejsc kwasem solnym.

W Tow. Lek. w Essen w związku z dyskusją nad *leczeniem niedokrewności złośliwej* (posiedzenie z dnia 24/XI-27 r.) zwrócono uwagę na to, że terapia wątrobowa zasadniczo nowa nie jest, gdyż tę stęsują okuliści już dziesiątki lat w leczeniu kurzej ślepoty. Na Śląsku, gdzie choroba ta często występuje, spożywanie wątroby w celach leczniczych, jest popularnym wysoce, bo ludowym środkiem. — W tężycze dziecięcej również już od dawna stosuje się wątrobę z dobrymi wynikami.

Na listopadowem posiedzeniu Berlińskiego Tow. Psychjatrycznego zademonstrował Pinéas 2 przypadki *parkinsonizmu po zatruciu tlenkiem węgla*. Oba te przypadki cechowały zaburzenia chodzenia i stania. Pierwszy chory nie mógł zupełnie stać spokojnie, gdyż musiał stale robić kilka kroków naprzód, poczem po pewnej pauzie wracał na dawne miejsce (była to zatem pewna postać retropulsji); drugi zaś chory miał t. zw. „kolejowy”

sposób chłodzenia: nie mógł mianowicie ruszyć z miejsca odrazu — po wysiłku woli miają pewien czas, zanim ruszył wogóle; po czym zaczynał się posuwać drobnym krokiem i dopiero stopniowo chód jego stawał się szybszy, a kroki większe. (Kl. W. Nr. 6/28 r.).

W Tow. Lek. szpitali brukselskich zademonstrował Wasterlain w styczniu r. b. *przypadek wola z wytrzeszczem, wyleczonego zapomocą djatermji*. Kobieta lat 47, z zespołem objawów choroby Basedowa, straciła 13 kg. wagi w ciągu 2 miesięcy. Zastosowane początkowo naświetlania radem tylko pogorszyły stan chorej; natomiast 20 seansów djatermji dało już od pierwszego zabiegu wyraźną poprawę. W ciągu 20 mies. chora przybrała na wadze 18 kg.; wszystkie objawy nadczynności tarczycy ustąpiły w zupełności z wyjątkiem niewielkiego wytrzeszczu po stronie lewej. Bardzo ważne jest zanotowanie faktu, że poprawa ta jest trwałą, gdyż utrzymuje się już przez 2 lata od chwili przeprowadzenia powyższego leczenia.

Na tem samym posiedzeniu omówił Fouteyne *przypadek nietolerancji miejscowej na sulfarsenol u noworodka z kiłą wrodzoną*. Pomimo zupełnie aseptycznie wykonanego zastrzyknięcia podskórnego tego preparatu arsenobenzolowego wytworzył się w miejscu iniekcji duży ropień. Natomiast doustne podawanie preparatu treparsol dało doskonałe wyniki.

W Paryskim Tow. Ginekologicznym przedstawili pani Francillon-Lobre oraz Daisace spostrzeżenia swe, oparte na 2 przypadkach a dotyczące *badania jajowodów zapomocą wstrzykiwania lipiodolu*. Przypadki te zasługują na uwagę z tego względu, że dotyczyły kobiet nieplodnych, które wkrótce po

tym zabiegu zaszły w ciążę. W ten sposób zatem powyższa metoda, zastosowana do celów rozpoznawczych, stała się tu metodą leczenia niepłodności.

Brindeau i Jacquet podali do wiadomości swe obserwacje kliniczne, dotyczące przypadku (przejęciowej) *niedokrewności złośliwej*. Chodziło tu o pierwiastkę z kiłą, którą leczono bardzo energicznie arsenem. Po prawidłowym porodzie wystąpiła wybitna niedokrewność (100 tys. czerwonych ciałek krwi!). Po 5-6 iniekcjach dożylnych krwi, wziętej od siostry pacjentki, nastąpiła wyraźna poprawa; obecne liczbę cz. c. krwi wynosi 3,600,000.

W Paryskim Tow. Pediatrycznym mówił Alarcon (pos. T-wa z dnia 17.I-18) o dwu ciekawych przypadkach *wrodzonej zimnicy*. Pierwszy przypadek dotyczył dziecka, u którego wykryto *plasmodium vivax* po upływie 40 godz. od chwili urodzenia się; dziecko to wyzdrowiało zupełnie. Natomiast drugi osesek zginął podczas 2-go ataku malarji.

Nobécourt i Labée podali na tem samym posiedzeniu cenne wyniki swych badań statystycznych, trwających od szeregu lat, a dotyczących *związku między występowaniem drgawek we wczesnym dzieciństwie a kiłą wrodzoną*. Okazało się, że: 1) na 100 dzieci z drgawkami — od 40 do 50% ma kiłę; jednak: 2) na 100 dzieci kiłowych ma drgawki tylko jakie 5-6, zaś — 3) na 100 dzieci wogóle spotykamy kiłę u 20 — 25. Stąd wyprowadzają autorowie wniosek, że kiła wrodzona odgrywa wprawdzie doniosłą, ale nie dominującą, rolę w etiologii drgawek we wczesnym dzieciństwie. (Pr. Méd. Nr. 8 28 r.).

Z. Św.

Z j a z d y.

Międzynarodowy Zjazd Lekarski w Karlsbadzie.

(Dokończenie).

Prof. Dale (Londyn) *O teorii działania insuliny*.

Z odczytów teoretycznych, nieopozbawionych znaczenia praktycznego, pragnąłbym streścić odczyt prof. Dale'a. Charakteryzuje on stronę chemiczną insuliny w ten sposób, że insulina — to substancją, powstająca, jako wynik czynności fizjologicznej trzustki, i nie daje się ona dokładnie określić pod względem chemicznym, spełnia jednak pewną czynność fizjologiczną, wpływa na znikanie z organizmu krążącego w nim cukru gronowego, a zarazem i na znikanie objawów moczówki cukrowej i na powrót uprzednio zachwianej normalnej równowagi przemiany materji. A wszak w moczówce cukrowej główną rzeczą jest zaburzenie przemiany węglowodanowej i to w trzech kierunkach: w kierunku spalania, magazynowania i nadmiernego wytwarzania się węglowodanów. Pod wpływem insuliny ustępują w rzeczywistości u chorego djabetyka wszelkie zaburzenia tak samo, jak u zwierzęcia ze sztucznie wytworzoną moczówką. Jeśli zwierzęciu ze sztucznie wytworzoną moczówką wprowadzimy insulinę ponad potrzebę, to ilość cukru we krwi jego spadnie poniżej normy, a zwierzę wykaże charakterystyczne objawy nerwowe, które znowu znikają mogą po zastrzyknięciu mu cukru gronowego.

Ale prof. Dale zauważa, że insulina, sprowadzając znikanie cukru gronowego z organizmu, nie ma wpływu na zmniejszenie się wytwarzania węglowodanów w wątrobie. I pod tym względem najnowsze badania nie wyjaśniły mechanizmu działania insuliny.

Prof. Bloch (Zurych) *O chorobach skóry i ich zależności od ustroju*.

Prof. Bloch krytycznie ocenia tak-dziś rozpowszechniony pogląd o zależności wielu cierpień skórnych od chorób ustrojowych, a głównie od artretyzmu i w związku z tem tak przyjęte dziś leczenie dietetyczne spraw powyżej wymienionych. A więc rozmaite sprawy skórne, jak: pryszczycza (*eczema*) i łuszczyca (*psoriasis*) próbowano etiologicznie powiązać z dną. Leczenie dietetyczne tego rodzaju chorych okazało się według prof. Blocha bezmyślne i nie dało żadnych wyników.

Z chorób przemiany materji jedynie cukrzyca może dać w następstwie choroby skóry — które też znikają po zastosowaniu insuliny. Moczówka cukrowa może wywołać cierpienie skórne znane pod nazwą *xanthoma*.

Czyraki i pryszczycza nie są bezpośrednio następstwem moczówki, która jest tylko — jedną z przyczyn, zmniejszającą odporność skóry.

Choroby przemiany materji wywołać mogą tylko pewne przeobrażenia w skórze, przez co staje się ona bardziej podatną do zmian chorobowych. Takie same znaczenie mają i zaburzenia w czynności gruczołów. Do rzędu chorób wynikających z zaburzeń czynności gruczołów wydzielniczych lub hormonalnych — należy choroba Addisona lub obrzęk śluzakowy (*myxoedema*) oraz choroby skóry, zależne od zmian w gruczołach zarodkowych i u młodzieży w okresie dojrzewania: trądzik, łojotok, niedorosł włosów w okresie przekwitania. W ten też sposób tłumaczą się częste zaburzenia skóry w okresie ciąży.

Pogląd na zależność chorób skóry od ustroju pochodzi według prof. Blocha z dawnych czasów t. zw. dyskrazji, kiedy sądzono że wszelkie substancje, wydzielające się z ustroju podczas choroby, przejść muszą przez skórę i na niej wywołać swój wpływ szkodliwy. W ostatnich czasach objaśniamy so-

bie sprawy skórne djateją tam, gdzie nie jesteśmy pewni etjologii. Jest to tylko, według prof. Blocha pokrywa dla rzeczy, niedostatecznie naukowo objaśnionych.

W końcu B. wspomina o pewnym zaczynie, ostatnio odkrytym, tak zw. Dopao ks y d a z i e, odgrywającym ważną rolę w powstawaniu spraw skórnych.

Prof. Braun (Wiedeń) *O sercu i hormonach.*

Nietylko gruczoły jak gr. tarczowy, nadnercze i grasica, wydzielają hormony, lecz i mięśnie pojedyncze i serce człowieka czynią to samo. Serce produkuje własne i odbiera cudze hormony i jest ważnym aparatem odbiorczym hormonów w całym układzie hormonalnym naszego organizmu. Serce nasze jest przeto *primum movens* naszego organizmu. Hormony pobudzają serce, które bić przestało (adrenalina). 5 i 6-ty dziesiątek lat w życiu człowieka jest czasem krytycznym w czynności jego hormonów. Stąd zanik gruczołów rozrodczych i ich działalności w tym okresie. I podniesienie ciśnienia krwi u człowieka starszego jest następstwem upośledzonej czynności hormonalnej. No i wreszcie sam proces zmian starczych w sercu i ogólnego starzenia się jest następstwem upadku czynności hormonalnych w organizmie.

Substancje, wydzielane przez gruczoły i mięśnie t. j. hormony, przenoszone są w rozmaite miejsca organizmu, gdzie ujawniają swoją czynność regulującą. W niektórych narządach ich czynność hormonalna jest ich głównym zadaniem: np. w gr. tarczowym, w trzustce, w nadnerczu i grasicy. I serce jest takim wytwórcą hormonów i polega prawom hormonalnym, polegającym na tem, że każda komórka odpowiada za wszystkie i wszystkie za każdą. W tym układzie hormonalnym serce, jak wspomnieliśmy, jest wielokrotnie zaangażowane. Po pierwsze dostarcza krwi do wszystkich narządów, a więc i do hormonalnych; po drugie udziela krwi swych produktów przemiany, jako hormonów; po trzecie, dostarcza jeszcze jednego hormonu pętrznego dla własnej działalności, co w rezultacie znowu na dobre wychodzi całemu organizmowi.

Mówca porusza jeszcze po kolei cały szereg zaburzeń tyreotoksycznych działalności serca, a szczególnie tyreotyczny przerost serca, objawy krążenia w akromegalji, kretynizmie, w zmianach przysadki mózgowej i w stanach, znanych pod nazwą *status hypoplasticus*. Na omówieniu pokrótce stosunku pomiędzy insuliną i sercem, otyłością, sercem i okresem przekwitania i w końcu kwestją starzenia się serca mówca kończy swoje wywody. Nieco dłużej zatrzymuje się prof. Bloch nad kwestją okresu przekwitania i jego stosunku do serca, zaznacza przytem, że nie można objawów tu napotykanym uważać za właściwe tylko temu okresowi, występuje tu bowiem tylko koloryt indywidualno-konstytucjonalny, który mocno objawy te zabarwia.

W końcu prof. Bloch wskazuje na wielką wartość kuracji zdrojowej w opisanych cierpieniach, którą jednak poprzez może zawsze i leczenie hormonalne.

Prof. Fürbringer *O zmianach starczych w ustroju i balneoterapii.*

Najważniejszą chorobą starości jest miażdżycza naczyń (skleroza), t. j. zużycie naczyń z powodu mechanicznych, chemicznych, fizycznych i innych szkodliwości i zaburzeń przemiany materji. Starcy ciężko chorzy, dotknięci miażdżycą, nie nadają się do leczenia w zdrojowiskach. Tacy chorzy wjni być leczeni w domu. W miejscowościach kuracyjnych nie osiąga się u nich żadnej poprawy, przeciwnie, trudności podróży mogą im wielce zaszkodzić. Tylko w okresie początkowym zwapnienia naczyń możemy osiągnąć dobre rezultaty za pomocą leczenia zdrojowego (balneologicznego).

Pobyt w miejscowościach powyżej 1000 — 2000 metrów nad poziomem morza wymaga od chorych dużego wysiłku.

Prelegent—starzec 80-letni o młodzieńczym temperamentem, robi spacery od 10—20 kilometrów, wierny swemu rowerowi, doskonały łyżwiarz i pływak.

Kąpiele nazbyt zimne i za ciepłe mogą szkodzić, kwasowęgłowe i solankowe wzmacniają serce w ogólności.

Wody mineralne czyszczące mają dużą wartość, ale nie należy obciążać serca dużemi ich ilościami.

Drugą chorobą, która często nawiedza ludzi starych — to rozedma płuc. Takich chorych wysyłamy do miejscowości kuracyjnych, aby im dostarczyć świeżego powietrza. Ale nie należy zapominać o tem, że w klimacie wysokogórskim, a często i w górach o średniej wysokości powietrze, zawierające mniej tlenu, niedobrze jest znoszone przez chorych.

I kąpiele morskie zalecane być winny chorym ze zmianami miażdżycowymi z dużą ostrożnością, a to głównie ze względu na ostre wiatry.

Częstemi objawami wieku starczego są zmiany w stawach (*arthritis deformans*), zaparcie i bezsenność.

W końcu prof. Fürbringer robi uwagę, że niesłuszny jest pogląd o zmniejszonej sile rozrodczej u mężczyzn w 50 roku życia, gdyż siła ta trwa często do 70 roku życia. Nie wierzy on jednak w pomoc pod tym względem ze strony kąpiele, które mogą dać wzmocnienie ogólne.

Prof. Ira sek (Praga) *Z chirurgji mózgu i rdzenia.*

Chirurgja mózgu jeszcze do dziś dnia jest jednym z najtrudniejszych i najniewdzięczniejszych działów medycyny. I nic w tem dziwnego, wszak idzie tu o środowisko b. wrażliwe. Pierwszym warunkiem powodzenia na tem polu jest znajomość fizjologii i patologji mózgu. Każdy zabieg u osobnika z wzmoczeniem ciśnieniem wewnątrzczaszkowym, aby zapobiedz krwawieniu, musi poprzedzić obniżenie ciśnienia. Dwa niebezpieczeństwa grożą chorem w tych operacjach: gwałtowna zmiana ciśnienia wewnątrzczaszkowa i wzmoczone ciśnienie.

Chirurgja rdzenia przedstawia się pomyślniej, aniżeli chirurgja mózgu. I tu można za pomocą operacji obniżyć ciśnienie. Otwarcie twardej opony rdzenia uważane jest często za niecelowe, ale daje nieraz wyniki dodatnie.

Badanie rdzenia za pomocą promieni Roentgena może być źródłem błędów. Zastrzyknięcie lipiodolu do rdzenia daje cień, który można spożytkować w celach rozpoznawczych.

Prof. Stahl (Rostok) *O działaniu promieni ultrafioletowych i o naturalnych kąpielach słonecznych.*

Korzystny wpływ powietrza i słońca na organizm ludzki jest oddawna znany. W starożytnym Rzymie na dachach domów urządzone były miejsca, tak zw. *solaria*, gdzie wystawiano się na działanie promieni słonecznych. Ale zastosowanie światła słonecznego do leczenia pewnych cierpień jest stosunkowo nowe. Najważniejszym bodźcem w tem leczeniu są promienie słońca, które są najrównomierniejsze w górach; do tego dołączają się i inne bodźce klimatyczne, a przedewszystkiem wilgoć powietrza, prąd elektryczny, niskie temperatury i wiatry które stanowią o stopniu oziębienia powietrza.

Najintensywniejsze promieniowanie przypada na wiosnę, i w tym czasie należy być ostrożnym z naswietlaniem słonecznym, ponieważ łatwo możemy wywołać świeżą aktywną gruźlicę i krwotok. Szczególnie ważne w działaniu słońca pod względem chemicznym są promienie ultrafioletowe, gdy promienie czerwone wywierają wpływ jedynie ogrzewający.

Stosowanie promieni słonecznych zaczęło się od leczenia ran otwartych i skrofulozy. Potem zaczęto je stosować w gruźlicy kości, gruźlicy stawów i gruczołów. Najlepsze wyniki osiągamy w ropieniach kostnych, owrzdodzeniach ze złą tendencją do gojenia się, w gruźlicy skóry, gruźlicy gruczołów limfatycznych oraz w gruźlicy kiszek i otrzewny.

Prof. Fourneau (Paryż) *Postępy w dziedzinie stosowania chemji do lecznictwa.*

Prof. Fourneau dał w swym odczycie zarys histo-

ryczny stosowania chemji do leczenia i dokładnie zobrazował nowsze postępy w tej dziedzinie. Gdy jeszcze w roku 1839 uważano za utopję usypianie chorych dla celów operacyjnych i stosowano jedynie gaz rozweselający, jako środek znieczulający wkrótce potem wynaleziono usypianie ogólne za pomocą wdychania eteru i chloroformu. W czasach ostatnich wynaleziono też nowy sposób znieczulania za pomocą Awertyny E. 107, którą wprowadza się do dolnego odcinka kiszek, lub za pomocą chloralozy i somnifenu, wprowadzanych do układu krwionośnego, do żył.

Do znieczulania miejscowego najpierw stosowano kokainę, a później sztucznie wytwarzaną psikainę, która jest mniej trująca, a mocniej działająca od kokainy.

Wielki postęp stanowi wynalezienie całego szeregu środków nasennych, których niebezpieczeństwo początkowo bardzo przesadzano. Ze środków tych najważniejsze są: luminal, weronal, dial, soneryl.

Dawniej stosowane środki lecznicze były przeważnie pochodzenia mineralnego; później zaczęto stosować wyciągi z roślin i ze zwierząt. Przykładem takiego wydobywania środka działającego z rośliny było wytworzenie morfiny z opium w roku 1803. Następnie izolowano chininę, atropinę i kokainę. Przemysłowi chemicznemu udało się wytworzyć cały szereg środków leczniczych. Na polu tem dużo mamy do zawdzięczenia współpracy lekarzy w fabrykach chemicznych.

Tu prof. Fournéau wspomina substancje, które organizm nasz wytwarza, a które mogą być izolowane, — a więc: adrenalinę, tyroksynę. Do ważniejszych środków lekarskich Fournéau zalicza środki moczopędne: Novasurol i Salyrgan.

A prócz tych środków, zwalczających pojedyncze objawy chorobowe, inne mają na celu walkę z istotą samej choroby. A więc hemoterapii zawdzięczamy środki w rodzaju Salvarsanu i Stowarsolu. Następnie Atoksyl i Germanin są znakomitemi środkami leczniczymi przeciwko śpiączce, która czyni tak wielkie spustoszenia w krajach podzwrotnikowych. Dalej mamy Plazmochinę, środek przeciw malarji, a połączenia Bizmutu w leczeniu przymiotu. Cały szereg substancji barwnikowych okazał się szczególnie cenny w leczeniu spraw zakaźnych, Ołów w leczeniu nowotworów rakowych, wzbudza wielkie nadzieje. Prof. Fournéau wspomina jeszcze o leczeniu gruźlicy Sanokryzyną, i, jakkolwiek nie dała ona tych rezultatów, jakich się po niej spodziewano — nie należy jej pozostawiać bez uwagi.

W końcu swego odczytu prof. Fournéau wspomina o konieczności utworzenia jednej wielkiej światowej centrali dla opracowywania i badania środków lekarskich, — w której wszystkie narody mogłyby wspólnie i solidarnie współpracować. Bo dla chorób tak samo, jak dla środków lekarskich, niema na świecie granic. Dłaczegożby miały one istnieć dla tych, co te środki wynajdują i stosują.

Prof. Hellpach (Heidelberg). *O chorobie „Zauberberg“.*

Profesor psychologii uniwersytetu Heidelberskiego Hellpach wygłosił odczyt, który poświęcił opisowi i ocenie krytycznej choroby, którą nazwał „Zauberbergkrankheit“. Za temat posłużyła prof. Hellpachowi znana powieść Tomasza Manna „Der Zauberberg“. Odczyt ten był tak opracowany co do treści i formy, że nie sposób w krótkim sprawozdaniu przedstawić szczegółów jego myśli.

Nawiązując do powieści Goethego „Cierpienia młodego Werthera“, która świat ówczesny poruszyła, Hellpach przechodzi do oceny współczesnej niemieckiej powieści T. Manna „Der Zauberberg“ i zwraca uwagę na to, że żadna powieść nie dotyczyła w tym stopniu świata lekarskiego. Zauberberg ma jako treść: — gruźlicę i psychologię dotkniętych nią ludzi, skupionych w środowisku sanatoryjnym. Los i stan duchowy chorego, dotkniętego gruźlicą, nigdzie nie jest tak realistycznie przedstawiony, jak w wyżej wspomnianej powieści. Autor uchwycił trafnie całą atmosferę le'arską i współzycie

chorych w sanatorjum w Davos. Według Hellpacha — żaden lekarz nie opisał tak dokładnie gruźlicy, jak Tomasz Mann. Istota choroby, którą Hellpach nazywa Zauberbergkrankheit, w żadnym razie nie polega na fizykalnych symptomatach gruźlicy, lecz jedynie na objawach duchowych, które w tej atmosferze sanatoryjnej powstają i rozwijają się w całej pełni.

Całe otoczenie i środowisko w Davos wydaje się, jakby było na usługach i miało na celu podtrzymanie tej nieuleczalnej choroby. I nic w tem dziwnego, że po ukazaniu się książki Manna mówiono szeroko o tem, że lekko chorzy w Davos dopiero się ciężko rozchorowują i stają się nieuleczalni. Hellpach zwraca uwagę, że Mann wyprowadził na światło dzienne problemat lekarski, którego my lekarze nie dostrześliśmy. Nasza wiedza lekarska nie zwracała dotychczas dostatecznej uwagi na te objawy psychiczne i na ich wpływ na organizm gruźlicy. Chorzy, dotknięci gruźlicą, znani są ze swego nastroju optymistycznego. W dniu, w chorobie Basedowa i w innych daje się zauważyć, przeciwnie, nastrój pesymistyczny. Lekkomysłność gruźlika, często stawiającego życie na kartę, i burzliwy popęd do użycia tłumaczymy sobie zwykle działaniem toksyn gruźliczych.

Co do leczenia gruźlicy — to, o ile dawniej ograniczało się ono do łagodzenia dolegliwości fizycznych, dziś zwracamy uwagę i na psychiczną stronę leczenia, które polega na daniu choremu jakiegoś zajęcia, na jego powrocie do swego zawodu, do swojej rodziny i do prawidłowego trybu życia. Bo monotonia wylegiwania się w sanatorjach zabija w człowieku dążenie do pracy. Temu należy przeciwdziałać i o tem poucza choroba „Zauberbergu“.

Uwagi powyższe, które Hellpach robi z naciskiem, każdy lekarz winien mieć w pamięci, bo stosują się one nie tylko do gruźlicy, ale do każdej choroby przewlekłej, ponieważ każda choroba i każde leczenie stać się może „Zauberbergiem“.

Antoni Tuchendler (Warszawa).

Sprawozdanie ze zjazdu Komitetu Centr. Wszechśł. Związku Lek. odbytego 14 grudnia 1927 r. w Pradze.

Na 14 i 15 grudnia był zwołany do Pragi zjazd Centr. Komitetu Wszechśł. Związku Lek.

Celem zebrania przedewszystkiem było ostateczne rozstrzygnięcie sprawy przyjęcia do Komitetu Centr. lekarzy emigrantów Rosjan i Ukraińców, oprócz tego było niezbędne uzgodnienie głównych punktów drugiego zjazdu Lekarzy Słow., który ma się odbyć jednocześnie z VI zjazdem czechosłow. przyrodników, lekarzy i inżynierów w dniach 25 do 28 maja r. 1928.

Na zjeździe byli obecni z Jugosłowian Dr. Ivković (Belgrad) i Dr. Blažković (Zagrzeb), z Polski prof. Gluziński, prof. Czubalski, doc. W. Łapiński i Dr. Jakimiak, od emigrantów Rosjan prof. Redlich (Belgrad), od emigrantów Ukraińców prof. Matiuszenko (Praga).

Prof. Matiuszenko przedłożył swoją sprawę i opuścił zebranie. Od Czechosłowacji byli członkowie Komitetu Centr. profesorowie: Syllaba, Peszyna, Vesely i lirasek. Lekarze bułgarscy nieobecność swoją wytłumaczyli, wyłożywszy jasno w liście swoje stanowisko co do obu pierwszych spraw. Oprócz tego byli obecni dziekan wydziału lekarskiego prof. Honl, doc. Panyrek, Dr. Helblich, Dr. Malik, Dr. Nikiszyn i Dr. Nowakowicz.

Projektowane były trzy posiedzenia, lecz obrady szły tak gładko, że można było wszystkie sprawy załatwić na pierwszym posiedzeniu, które się odbyło w sali posiedzeń dziekanatu wydziału lekarskiego dnia 14 grudnia o godz. 10-tej przed południem. Delegatów i gości powitał dziekan wydziału prof. Honl, a następnie prof. Syllaba, który przewodniczył na zebraniu, jako prezes Komitetu. Prof. Vesely pozdrowił prof. Gluzińskiego, nawiązując przemówienie do 70-jej rocznicy urodzin profesora.

Następnie było złożone sprawozdanie jeneralnego sekretarza, obejmujące wyliczenie prac Komitetu od czasu zjazdu

warszawskiego. Projekt prof. Cieszyńskiego (Lwów) o jednolitej naukowej pisowni słowiańskiej przekazano sekcji prasowej przyszłego zjazdu; żądanie bułgarskiego związku lekarskiego o interwencji w sprawie D-ra Tatarczewa i studentów macedońskich było posłane D-rowi Ivkovičovi z prośbą, aby interweniował w sensie załatwienia sprawiedliwych pretensji.

Następnie wzięto pod rozwagę drugi list (pierwszy był złożony w Warszawie, dop. tłumacza) prof. Redlicha, żądający przyjęcia do Związku Lek. Słow. Federacji lekarzy rosyjskich z siedzibą w Paryżu. Był zakomunikowany list bułgarskiego związku lekarskiego i wreszcie projekt prof. Matiuszenki o takiej zmianie statutu, któraby umożliwiła przyjęcie emigrantów Ukraińców do Wszechśł. Związku Lek.

Co do żądania bułgarskiego związku lekarskiego, podał Dr. Ivkovič obszernie wyjaśnienie, że w sprawie uwieczonych studentów macedońskich nic nie mógł uczynić, ponieważ byli postawieni przed sądy państwowe, co zaś do sprawy Tatarczewa, to przytoczył jego postępowanie i jego zatarg z władzami S. H. S., który się skończył tem, że wobec niezadośćuczynienia rozporządzeniu władz lekarz ten był pozbawiony swego stanowiska urzędowego. Dr. Ivkovič zażądał jednak, aby związkowi bułgarskiemu było zakomunikowane o jego staraniach w tej sprawie, i że on ma nadzieję, że takie zdarzenia, mylnie niekiedy przedstawione, nie będą miały wpływu na dobre stosunki jugosłowiańskich i bułgarskich lekarzy czego sobie gorąco życzy.

Następnie, w nieobecności prof. Redlicha i Matiuszenki, radzono nad ich żądaniami przyjęcia do związku. W sprawie rosyjskiej po krótkich debatach jednogłośnie było postanowione, że „Federacja lekarzy rosyjskich z siedzibą w Paryżu” ma być przyjęta, jako równoprawny członek Wszechśł. Zw. Lek. zgodnie z § 4-tym statutu. Ich delegaci nie mogą być poddani państw słowiańskich. Od tego momentu prof. Redlich brał udział w posiedzeniu, jako delegat tej federacji. Co do prof. Matiuszenki, to najpierw jednogłośnie było odrzucone żądanie jego zmiany statutu, co zaś do sprawy przyjęcia Ukraińców, to po długich debatach było przyjęte 3-ma głosami na 4-ch głosujących (każdy naród ma jeden głos, przyp. tłum.), że Ukraińska federacja z siedzibą.... (co ma być zdecydowane i zakomunikowane) zostaje przyjęta do Wszechśł. Zw. Lek. jako równoprawny członek, zgodnie z § 4-tym statutu. Delegaci ich nie mogą być poddani państw słowiańskich.

Co się tyczy przyszłego zjazdu, to zdecydowano, aby otwarcie nastąpiło 25 maja po południu, decyzję o jego trwaniu i pozostałe kwestje pozostawiono zarządowi praskiemu.

Jako temat dotyczący stanu lekarskiego przyjęto: sprawa gospodarcza lekarska (sprawa bytu, przyp. tłumacza) na ziemiach słowiańskich.

Poruszono sprawę wspólnego pisma lekarskiego i po dłuższej dyskusji, w której brali udział prof. Gluziński, Dr. Jakimiak, prof. Syllaba i doc. Panayrek, zdecydowano, aby tą sprawą zajęła się sekcja prasowa przyszłego zjazdu.

Przyjęto to wiadomości tworzenie się słowiańskich towarzystw naukowych lekarskich, lecz dobitnie podkreślono, że to będą zawsze tylko sekcje Wszech. Zw. Lek. Zebranie było zamknięte przez prof. Syllabę, który stwierdził z radością piękny przebieg rozpraw i owocne decyzje i podziękował wszystkim obecnym. Do lekarzy bułgarskich był wysłany telegram z pozdrowieniem.

Tegoż dnia wieczorem była wspólna kolacja w praskim sanatorium (przyjęcie urządzone przez kol. czeskich, przyp. tłum.), w której wzięło udział około 30 osób. Poszczególni delegaci byli witani przez mówców czechosłowackich a z pośród delegatów przemawiał prof. Gluziński, Redlich, Ivkovič i Matiuszenko. Na drugi dzień delegaci byli na przedstawieniu „Hedy” w Narodn. Divadle.

W Pradze 26 grudnia 1927 r.

prof. Dr. Arnold Irasek
jeneralny sekretarz
Wszech. Zw. Lek.

prof. Dr. L. Syllaba
przewodn. Centr. Komitetu
Wszechśł. Zw. Lek.

Jak widać ze sprawozdania grudniowego zjazd delegatów Centr. Komitetu Wszechśł. Zw. Lek. w Pradze załatwił ciągnącą się dosyć długo sprawę lekarzy emigrantów rosjan i lekarzy ukraińskich bez uchybienia podstawowej tezie statutu organizacji Związku Lekarzy Słow. na zasadach państwowych.

Incydentalnie poruszone sprawy studentów macedońskich i D-ra Tatarczewa po wyjaśnieniu D-ra Ivkoviča, na wniosek delegacji polskiej, uznano za takie, które nie może i nie powinna się zajmować taka organizacja, jak Związek Lek. Słow., gdyż poruszone sprawy były natury czysto politycznej, i do rozstrzygnięcia ich są kompetentne jedynie władze S. H. S.

Otwarcie II Zjazdu Związku Lek. Słow. wyprzedzi o jeden dzień otwarcie VI zjazdu przyrodników, lekarzy i inżynierów czechosłowackich i nastąpi 25 maja po południu. Tematy naukowe znajdują miejsce w odpowiednich sekcjach zjazdu ogólnego. Tytuły tematów należy zgłosić do Zarządu Głównego Związku Lekarzy Słowiańskich w Warszawie (Niecała 7 — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie).

B. Jakimiak.

Przegląd terapeutyczny.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Ducha.

(Kierownik Oddziału: dr. med. Czesław OTTO).

O nowych środkach zastępujących morfinę i kodeinę.

(Dilaudid—Parakodina—Dikodid).

Podał

dr. Aleksander KRASUSKI, asystent oddziału (Warszawa).

(Dokończenie).

Na naszym oddziale szpitalnym stosowano już od dłuższego czasu parakodinę, dikodid i dilaudid. Parakodinę stosowaliśmy w kaszlu i duszności tam, gdzie objawy te były słabiej wyrażone. W razie większego kaszlu lub duszności stosowaliśmy dikodid. Dilaudid stosowaliśmy w napadach bólów, w colica hepatica, renalis i duszności, w astmie oskrzelowej oraz w chorobach serca. — Trudno byłoby omówić te wszystkie przypadki,

w których widzieliśmy doskonale działanie omawianych środków, omówię więc tylko te, gdzie zaznaczyło się ono najbardziej jaskrawo inne zaś podam w formie tabelarycznej. (Patrz str. 188).

A. Gruźlica płuc

Przyp. I. L. N. lat 25. *Tuberculosis pulmonum.*

Chora od trzech lat. Nadzwyczaj silne napady kaszlu, z powodu których nie sypia po nocach. Od tyłu z obu stron stłumienie do grzebieni łopatek. W granicach stłumienia oddech zaostrozony oraz liczne wilgotne rżenia drobnobańkowe. Od przodu stłumienie w dołach nad i podobojczykowych, oddech zaostrozony i liczne rżenia wilgotne. W płwocinie stwierdzamy prątki Kocha, 6-8 w polu widzenia. Stosowanie kodeiny, dioniny i morfiny nie odniosło skutku, wobec czego zaczęto stosować parakodinę w postaci zastrzykiwań podskórnych przed snem. Po zastrzyknięciu parakodiny kaszel nie przerywał snu chorej w czasie od godziny 10-ej wieczorem do 8-ej rano. W dniu stosowałem trzy razy dziennie po jednej tabletkę dikodidu. Po zażyciu pastylki dikodidu kaszel ustawał po 20-tu minutach, działanie środka trwało kilka godzin. W ten sposób leczyłem chorą w ciągu 8-tygodni. Zwiększanie dawek nie było potrzebne.

T A B L I C A I.

№	Nazwisko	Wiek	Rozpoznanie	Co stosowano	W jakiej ilości	Ile czasu	Uwagi i wynik
1	J. H.	39	<i>Cholelithiasis</i>	Dilaudid	1 amp. podskór.	W okresie ataku	Napad bólowy ustawał po 15 zastrzyknięciu.
2	A. K.	42	<i>Cholelithiasis</i>	Dilaudid	1 amp. podskór.	W okresie ataku	Uspokojenie bólów wystąpiło w 20' po zastrzyknięciu podskór.
3	M. N.	38	<i>Cholelithiasis</i>	Dilaudid	1 amp. podskór.	W czasie ataku	Uspokojenie bólów.
4	H. L.	36	<i>Appendicitis acuta</i>	Dilaudid	1 amp. podskór.	W czasie bólów 3 razy	Zastrzykiwano chorej z powodu bólów 3 razy Dilaudid; doskonale wpływał na ich zniesienie.
5	L. F.	28	<i>Appendicitis acuta</i>	Dilaudid	1 amp. podskór.	3 razy w czasie bólów	Uspokojenie bólów po 20'. Objawów ubocznych nie zauważono.
6	R. H.	30	<i>Colica renalis</i>	Dilaudid	1 amp. podskór.	2 razy	Bóle po zastrzyk. ustępowały szybko. Objawów ubocznych nie zauważyłem.
7	Z. M.	37	<i>Tabes dorsalis, Crises gastriques</i>	Dilaudid	1 amp. podskór.	12 razy	Bóle ustępowały w 20 — 30 minut po zastrzykn., dawek nie zwiększano.
8	B. K.	44	<i>Stenosis mitralis (dyscompensatio)</i>	Parakodina	2 x dz. 1 tabl. na noc podsk. 1 amp	6 tygodni	Zmniejszenie się znaczne kaszlu i duszności. Po zastrzyknięciu sen spokojny. Dawek nie zwiększano. Siła działania jednakowa.
9	W. A.	41	<i>Stenosis et insufficiencia mitralis. Induratio cardiaca hepatis</i>	Dikodid	3 x dz. 1 tabl.	4 tygodnie	Z powodu silnych napadów kaszlu. Doskonale uspokojenie kaszlu.
10	Z. K.	20	<i>Insufficiencia et stenosis mitralis</i>	Parakodina	Zastrzyk podskór. 1 amp.	2 tygodnie	Z powodu skarg na bezsenność oraz duszność. Sen spokojny, duszność mniejsza.
11	J. Z.	50	<i>Stenosis mitralis Hysteria</i>	Parakodina	3 x dz. 1 tabl.	7 tygodni	Podawano parakodinę jednocześnie z bremem. Osiągnięto doskonale uspokojenie chorej.
12	D. M.	54	<i>Insufficiencia valv. aortae</i>	Parakodina	1 amp. podskór.	W napadach duszności	Po zastrzyknięciu osiągnęto zawsze uspokojenie duszności oraz nieprzyjemnych wrażeń ogólnych.
13	K. J.	44	<i>Asthma bronchiale</i>	Dilaudid	2 razy 1 amp. podsk.	W czasie napadu	Chora po zastrzyknięciu doznawała ulgi w duszności.
14	S. P.	36	<i>Asthma bronchiale</i>	Dilaudid	3 razy 1 amp. podsk.	W czasie napadu	Po zastrzyknięciu w 15 m. ustanie duszności, uspokojenie ogólne chorej.
15	O. S.	16	<i>Pneumonia caseosa</i>	Dikodid i Parakodina	3 razy po 1 tabl. na noc zastrzyk podskór.	2 tygodnie	Osiągnęto doskonale uspokojenie kaszlu oraz dobry sen.
16	T. K.	50	<i>Phthisis pulmonum occulta progrediens</i>	Dikodid	3 x dz. 1 tabl.	6 tygodni	Uspokojenie kaszlu trwające 3 — 4 godzin po zażyciu, dawek nie zwiększano.
17	S. Z.	18	<i>Phthisis pulm. confirmata fibrocasseosa</i>	Dikodid	3 x dz. 1 tabl.	8 tygodni	Uspokojenie kaszlu na kilka godzin po zażyciu. Dawek nie zwiększano.
18	F. Z.	65	<i>Tbc. pulmonum fibro-ulcerosa</i>	Parakodina	3 x dz. 1 tabl.	4 tygodnie	Uspokojenie kaszlu. Znaczne uspokojenie stanu ogólnego.
19	M. G.	17	<i>Infiltratio apicis sin.</i>	Parakodina	3 x dz. 1 tabl.	9 tygodni	Uspokojenie kaszlu. W czasie leczenia dawek nie zwiększano.
20	G. C.	24	<i>Tbc. pulm. fibrocasseosa</i>	Parakodina	2 x dz. 1 amp. podsk.	4 tygodnie	Doskonały wpływ na kaszel. Dawek nie zwiększano.
21	S. S.	26	<i>Tbc. pulm. manifesta regrediens</i>	Parakodina	3 x dz. 1 past.	6 tygodni	Doskonały wpływ na kaszel. Dawek nie zwiększano.
22	D. Z.	34	<i>Tbc. pulm. stationar incipiens. Insuff. mitralis</i>	Dikodid	3 x dz. 1 past.	7 tygodni	Uspokojenie kaszlu, trwające kilka godzin. Dawek nie zwiększano.
23	S. K.	41	<i>Climax</i>	Dikodid	3 x dz. 1 past.	6 tygodni	Podawano w połączeniu z preparatami jajnikowymi. Uspokojenie nerwowe ogólne.
24	J. J.	44	<i>Climax</i>	Parakodina	3 x dz. 1 past.	8 tygodni	W połączeniu z preparatami jajnikowymi. Ustąpienie objawów.
25	P. W.	38	<i>Polyarthritus rheumatica acuta</i>	Dilaudid	na noc 1 amp.	4 razy	Po zastrzyknięciu spokojny sen. Uśmierzanie bólów na kilka godzin.

Przyp. 2. J. P. lat 64. *Phthisis pulmonum fibrosa*.

Chora od roku. Od tyłu stłumienie do kątów łopatek, od przodu w dołach nad i podobojczykowych. W granicach stłumienia liczne drobno-bańkowe rżenia wilgotne. W płwocinie stwierdzono prątki Kocha 8,12 w polu widzenia. Kaszel bardzo uporczywy, często powodujący wymioty. Stosowano trzy razy dziennie po jednej tabletki parakodiny. Na noc zastrzykiwano jedną ampułkę parakodiny podskórnie. Snu kaszel nie przerywał. Osiągnięto znaczne zmniejszenie się pobudliwości kaszlowej. W ciągu 7-io tygodniowego leczenia dawek nie zwiększano.

Przyp. 3. K. J. lat 21. *Tbc. fibrosa pulmonis dextri*.

Chora od roku. Nad całym płucem stłumienie; w granicach stłumienia oddech zastrzony oraz liczne wilgotne drobno-bańkowe rżenia. Prątki Kocha 8-10 w polu widzenia. Zastosowano odmę. Podczas zakładania odmy wystąpił kaszel, duszność, omdlenie. Chora jest bardzo wrażliwa. Po dwóch dniach przystąpiono do założenia drugiej odmy. Na pół godziny przed tym zabiegiem zrobiono chorej zastrzyknięcie jednej ampułki dilauidu oraz dano doustnie 10 kropli Kardiazolu. Chora po tym zabiegu zniosła odmę znakomicie. Następne odmy wykonywałem po uprzednim zastrzyknięciu w przeddzień odmy na noc parakodiny i podaniu łyżki roztworu broмку sodu. W dzień odmy chora była spokojna i zabieg znosiła zawsze doskonale.

Rozważając wyniki stosowania parakodiny, dikodidu i dilauidu w licznych przypadkach gruźlicy, obserwowanej w ciągu kilku miesięcy na naszym oddziale, oraz w wyżej opisanych przypadkach, przychodzę do wniosku, że zwalczanie kaszlu należy rozpoczynać od zalecania parakodiny w tabletkach. Jeżeli ta nie daje pożądaných wyników, należy uciec się do stosowania dikodidu w tabletkach. Dikodid okazał się środkiem, doskonale uspakajającym kaszel, co nam jaskrawo ilustruje przypadek pierwszy. Do dilauidu w celu zahamowania kaszlu u gruźlików nie uciekałem się nigdy. Stosowałem go jedynie w pewnych przypadkach przed wykonaniem odmy. Natomiast muszę podkreślić, że zastrzyknięcie podskórne parakodiny, przed snem szczególnie, stosowałem na szeroką skalę i zawsze osiągałem uspokojenie kaszlu

na przeciąg całej nocy. Muszę zaznaczyć, że podawanie parakodiny wywierało doskonały wpływ na ogólny stan nerwowy pacjentów.

B. przypadki sercowe.

Przyp. 4. J. Z. lat 50. *Stenosis mitralis*.

Duszność, osłabienie. Obrzęki kończyn dolnych. W dolnych płatach płuc liczne drobno-bańkowe rżenia wilgotne. Serce *in toto* powiększone. Tętno 68, niemiarowe. U wierzchołka serca szmer djastoliczny. Wątroba macalna na trzy palce pod łukiem żebrowym. Oprócz leczenia napastrnicą chorej w czasie duszności dawałem po dwie pastylki parakodiny po 2 do 3 razy dziennie. W razie skarg na bezsenność zastrzykiwano na noc podskórnie parakodinę. Po parakodinie kaszel zmniejszał się bardzo znacznie, duszność ulegała zmniejszeniu, sen chora miała zawsze spokojny. Oprócz tego muszę podkreślić dobre działanie na układ nerwowy.

Przyp. 5. M. P. lat 65. *Emphysema pulmonum. Myocarditis*.

Granice płuc na XII żebrze, bardzo słabo ruchome, oddech osłabiony. Serce powiększone *in toto*. Tętno arytmiczne. Z powodu duszności stosowałem u tej chorej podskórnie dwa razy zastrzyknięcie dilauidu. Po zastrzyknięciu dilauidu w ciągu dwunastu godzin nie obserwowałem napadów duszności. Wymiotów, trudności w oddaniu moczu nie obserwowałem. Wogóle muszę zaznaczyć, że stosowanie parakodiny, dikodidu i dilauidu w grupie chorych sercowych oddało znakomite usługi tak przez znoszenie stanów duszności, jak i przez wpływ na kaszel, który ulegał zmniejszeniu lub zahamowaniu. Pobudliwość nerwowa, tak znaczna u chorych sercowych, ulegała zawsze znacznemu obniżeniu.

Przyp. 6. F. K. lat 38. *Cholelithiasis*.

Chora przybyła do szpitala z powodu bólów w prawym podżebrzu, promieniujących ku prawej łopatce. Bóle zjawiały się nagle, towarzyszyły im wymioty żółciowe. Badanie stwierdza powiększenie i bolesność wątroby. Pęcherzyk żółciowy macalny, bolesny. Po zastosowaniu zastrzyknięcia podskórnego dilauidu bóle ustąpiły po 5 minutach.

Przyp. 7. M. D. lat 30. *Pyelitis calculosa*.

Chora przybywa z powodu gorączki oraz napadów bólów w okolicy lędźwiowej prawej. Okolica lędźwiowa prawa przy opukiwaniu bolesna. Badanie rentgenologiczne stwierdza obecność kamieni w prawej nerce. Po zastosowaniu dilauidu bóle przemijały po upływie 15 do 20 minut.

T A B L I C A II.

№	Nazwisko	Wiek	Rozpoznanie	Ciśnienie krwi (P a c h o n)				Zasób alkaliczny krwi			
				przed	po morf.	przed	po dil.	przed	w l g. po morf.	przed	w l g. po dilaud.
1	D. W.	60	<i>Insufficiencia et stenosis mitralis</i>	Mx 110 Mn 70	Mx 85 Mn 55	Mx 110 Mn 70	Mx 100 Mn 70	39.5 ⁰ / ₀	42.4 ⁰ / ₀	33.2 ⁰ / ₀	35.2 ⁰ / ₀
2	W. P.	54	<i>Emphysema pulm. Myocarditis</i>	Mx 110 Mn 50	Mx 90 Mn 45	Mx 110 Mn 50	Mx 100 Mn 50	41.6 ⁰ / ₀	43.8 ⁰ / ₀	36.8 ⁰ / ₀	37.6 ⁰ / ₀
3	S. T.	32	<i>Tbc. pulmonum</i>	Mx 110 Mn 60	Mx 85 Mn 45	Mx 100 Mn 60	Mx 90 Mn 55	42.1 ⁰ / ₀	45.3 ⁰ / ₀	39.3 ⁰ / ₀	41.5 ⁰ / ₀
4	D. W.	48	<i>Cholecystitis</i>	Mx 100 Mn 50	Mx 90 Mn 45	Mx 100 Mn 50	Mx 95 Mn 50	38.3 ⁰ / ₀	42.1 ⁰ / ₀	39.1 ⁰ / ₀	41.5 ⁰ / ₀
5	K. S.	21	<i>Tbc. pulmonum</i>	Mx 135 Mn 90	Mx 115 Mn 70	Mx 135 Mn 90	Mx 125 Mn 85	42.4 ⁰ / ₀	44.6 ⁰ / ₀	39.4 ⁰ / ₀	40.6 ⁰ / ₀
6	K. B.	26	<i>Pyelitis. Colica renalis</i>	Mn 175 Mx 55	Mx 150 Mn 50	Mx 175 Mn 55	Mx 165 Mn 55				
7	W. M.	32	<i>Cholelithiasis</i>	Mx 110 Mn 55	Mx 90 Mn 50	Mx 110 Mn 55	Mx 100 Mn 55				

Zestawiając trzy grupy przypadków: płucnych, sercowych oraz cierpień, którym towarzyszyły silne bóle, muszę zaznaczyć, że dilaudid, dikodid i parakodina są doskonałymi środkami, hamującymi odruch kaszlowy, znoszącymi duszność, bóle i zapewniającymi spokojny sen chorym. Muszę zaznaczyć, że dilaudid przewyższa morfinę dzięki brakowi działań ubocznych. Podawanie parakodiny obok bromu wywierało zawsze doskonały skutek w stanach podniecenia, towarzyszących różnym chorobom narządów wewnętrznych. Prócz tego stosowanie dikodidu w trzech przypadkach w dolegliwości okresu przekwitania włącznie z preparatami jajnikowymi potęgowało oddziaływanie tychże, co inni autorowie opisywali w stosunku do morfiny (M. Bonjour).

Przy badaniu ciśnienia krwi oraz zasobu alkalicznego, jak to widzimy na tablicy N. 2, okazało się, że dilaudid mniej wpływa na wahania w ciśnieniu oraz zasobie alkalicznym krwi, co przemawia na korzyść tego środka w porównaniu z morfiną.

Co się tyczy przywykania do tych preparatów, to większość autorów go nie spostrzega, jednakże, moim zdaniem, należy i tu zachować pewną ostrożność. My przy stosowaniu na oddziale szpitalnym nawet w okresach, trwających kilka tygodni, nie byliśmy zmuszeni powiększać dawek.

PIŚMIENNICTWO.

1. Paulson Lehrbuch der Pharmakologie 1922. — 2. Gottlieb-Mayer Lehrbuch der Experimentellen Pharmakologie 1916. 1. Bijlsma Opium u. Morphin. Klin. Wochenschrift N. 41—1926. 4. M. Bonjour La Codéine et la Morphine au point de vue hypotenseur. Presse Medicale 1926. PARACODIN. 5. K. Wentzel Meine Erfahrungen mit Paracodin Kl. Woch. 1914 N. 13. 6. Bratke Behandlung von Keuchhusten u. Durchfall mit Paracodin. D. med. Woch. N. 2 1925. 7. K. Fahrnkamp Paracodin zur Behandlung der Hemikranie. Kl. Woch. 1923 N. 42. 8. Leschke Erfahrungen mit Paracodin Münch. Med. Woch. 1917 N. 40. 9. Josephson Ueber Paracodin — Sirup. Praktischer Arzt. H. 17 — 1922. 10. Maeltzer Ueber Indicationen zur Paracodin—Darreichung. Fortschritte der Medizin 1919 N. 32/33. 11. Pick Meine Erfahrungen mit Paracodin. Klinisch. therapeutische Wochenschrift 1917 N. 43/44. 12. Enrico di Poggio Husten u. Paracodin. Pensiero Medico 1922 N. 33 34. DICODID. 13. Alessandro Paresi Ueber die Verwendung des Dicodids—Gazetta degli

Ospedali edelle Cliniche N. 13—1927. 14. P. Bottcher Ueber Dicodid. Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung 1926 N. 2. 15. Castellhum u. Langheinrich—Neue Beiträge über klinische Erfahrungen mit Dicodid. Münch. Med. Woch. 1924 N. 46. 16. W. H. Crohn Dicodid, ein neues Morphin—Präparat. Med. Klin. 1923 N. 41. 17. L. Firgau Klinische Erfahrungen mit Dicodid. Der Prakt. Arzt. 1925 N. 22. 18. E. Bernheim Ueber Dicodidwirkung. Therapie der Gegenwart 1923 N. 3. 19. Bing Ueber der Verwendbarkeit des Dicodid. D. Med. Woch. 1924 N. 10. 20. Boehnke Zur Behandlung des Reizhustens. Med. Klinik. 1923 N. 17. 21. W. Gerber u. G. Rembold Münch. Med. Woch. 1923 N. 46. 22. A. Kebben Prakt. Arzt. 1925 N. 22. 23. R. Kafemann Ueber Alkoholentwohnung u. Dicodid — Gewöhnung. Fortschritte der Medizin 1926 N. 21. 24. K. Kleinschmidt Münch. Med. Woch. 1923 N. 13. 25. W. Kaupe Dicodid im Kindesalter. Med. Klin. 1924 N. 42. 26. W. Kaupe Weitere Erfahrungen mit Dicodid. Med. Klin. 1927 N. 22. S. 840. 27. E. Mensing Dicodid zur Behandlung des Keuchhustens. Der. Prakt. Arzt 1926 H. 3. 28. F. Weinberg Erfahrungen mit Dicodid. Med. Woch. 1926 N. 52. 29. F. Simon Ueber Dicodid. Med. Klinik. 1924 N. 48. 30. E. Herz Erfahrungen mit Dicodid in der Psychiatrie u. Neurologie, D. Med. Woch. 1924 N. 14. 31. C. A. Guttman Zahnärztliche Rundschau N. 8. 1925. 32. K. Schmidt Münch. Med. Woch. 1924 N. 52. 33. M. Rosenberg Erfahrungen mit Dicodid in der Chirurgie. Med. Klinik. 1925 N. 15. 34. E. Freundlich Ueber Dicodid, Fortschritte d. Medizin. 1923 N. 11 12. 35. Martin u. Wolff Erfahrungen mit Dicodid, Münch. Med. Woch. 1926 N. 43. 36. G. Lunz Erfahrungen mit Dicodid. Zentralblatt für Gynaekologie 1924 N. 22. 37. K. Heusler Erfahrungen mit Dicodid. Zentralblatt f. Gynaekologie 1924 N. 37. DILAUDID 38. R. Gottlieb Vergleichende Messungen über die Gewöhnung des Atemzentrums an Morphin, Dicodid u. Dilaudid, Münch. Med. Woch. 1926 N. 15. 39. Hans Dielmann Ueber Dilaudid — Skopolamin, Med. Klin. 1926 N. 50. 40. E. Trautman Dilaudid in der Nervengpraxis, Münch. Med. Woch. 1926 N. 42. 41. G. Sterchele Pensiero Medico N. 11, S. 214 1927. 42. E. W. Taschenberg D. Med. Woch. 1926 N. 35. 43. Hilar Rady Med. Klin. 1926 N. 19. 44. P. Seeliger Wiener Klin. Woch. 1927 N. 15, S. 495. 45. Oettingen Dilaudid, Münch. Med. Woch. N. 28 1927. 46. L. Krehl Münch. Med. Woch. N. 15 1926. 47. Basch Fortschritte der. Medizin N. 13 1926. 48. K. Boehnke Der. Prakt. Arzt 1927 N. 1. 49. Werther Med. Klinik 1926 N. 23. 50. C. Behlan Münch. Med. Woch. 1927. N. 27. 51. Birkholtz D. Med. Woch. 1927. N. 8. 52. Curt Hartung M. Med. Woch. 1927 N. 7. 53. E. Freundlich Fortschritte d. Medizin 1927 N. 31. 54. H. Hammerling Münch. Med. Woch. 1926 N. 15.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Nowe prądy w nauczaniu higieny.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

W artykule: „W sprawie szkolenia personelu służby Zdrowia” (Czasopismo Lekarskie, Listopad 1926 r.) poruszyłem między innymi zagadnienie nauczania higieny w uniwersytetach, wskazując na konieczność zwrócenia uwagi na stronę zapobiegawczą w wykładzie przedmiotów teoretycznych i we wszystkich wykładach klinicznych przy oma-

wianiu poszczególnych chorób. W ten sposób można osiągnąć połączenie leczenia z zapobieganiem, co powinno być celem wszelkich zabiegów naszych o zdrowie. Wskazywałem wówczas również na uchwałę Głównej Rady Angielskiej, która orzekła, że „przez cały czas studjów uniwersyteckich profesorowie winni skierowywać uwagę słuchaczy za zagadnienia medycyny zapobiegawczej”. Wobec tego, że sprawa nauczania higieny wszędzie staje się coraz bardziej aktualna, sądząc choćby z coraz częstszych głosów prasy, przytaczam w streszczeniu kilka prac ostatnich, a przede wszystkim dwie

próby, poczynione w tym kierunku: jedna z nich dotyczy Rosji Sowieckiej, druga Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Pobieźnie tylko wspomina o klasycznych już dziś pracach angielskich.

W Rosji po rewolucji zagadnienie higieny zajęło miejsce dominujące, i przez pewien czas mogło się nawet wydawać, że lecznictwo zostanie zepchnięte na drugi plan. Tryumf medycyny zapobiegawczej dotyczył jednak więcej zasad teoretycznych, niż pracy, i był w swej pierwotnej postaci krótkotrwały. Szczycili się wprawdzie niektórzy neofici nowego ruchu sanitarno-społecznego, że „zdruzgotali lecznictwo do podstaw”, były to jednak raczej hałaśliwe okrzyki ludzi, nie mających gruntu pod nogami, niż rzeczowe dążenia budowniczych przyszłego życia. W Rosji współczesnej mówi się do dnia dzisiejszego, że podstawą medycyny sowieckiej jest: „uzdrowotnienie środowiska i zapobieganie chorobom, związanym z warunkami pracy i bytu społecznego, jak również zapewnienie ludności wykwalifikowanej pomocy lekarskiej”, a więc na pierwszym miejscu zapobieganie, na drugim lecznictwo; ale to jest dogmat z rzędu tych, które głoszą, że zadaniem sowieckiej medycyny jest przygotować lekarza, materialistycznie myślącego, inaczej bowiem nie mógłby on prawidłowo ująć zależności między organizmem a środowiskiem. Rzeczywistość każe jednak zająć się najpierw człowiekiem chorym, który woła o pomoc, a dopiero później uczyć zdrowego, jak ma to zdrowie pielęgnować.

Rosja, ze względu na niską stopę życiową i niski poziom kultury mniej, niż jakiegokolwiek inne państwo, nadaje się do szybkiego wprowadzenia w życie medycyny zapobiegawczej w jej dzisiejszym pojęciu. Tymczasem można naprawdę chyba tylko „stawić wiechy” według utartego zwrotu w literaturze sowieckiej. Tem nie mniej trzeba przyznać, że w dziedzinie nauczania higieny zrobiono w Rosji wiele, i eksperyment rosyjski, tak samo w jego znaczeniu dodatkiem, jak i ujemnym, nie powinien być lekceważony. Dotychczasowe wyniki różnorodnych prób, tam czynionych, wymagają szczególnego krytycznego rozpatrzenia. W dzisiejszym artykule chcę tylko pobieżnie omówić program wykładów higieny według ostatniego rozporządzenia, uzgodnionego z opinią Państwowej Rady Naukowej¹⁾. Na ogólną liczbę 6102 godzin teorii i praktyki, przewidzianych w programie 10 semestrów dla słuchaczy medycyny, na higienę przypada 684 godziny. Po wyłączeniu zaś 72 godzin higieny wojskowej 612 godzin, to jest 10% wszystkich godzin wykładowych. Odsetek ten jest bardzo wysoki, i mówi o przeładowaniu programu przedmiotami teoretycznymi, tembardziej, że wśród przedmiotów teoretycznych istnieją jeszcze języki obce (72 godziny), nauki wojskowe (72 godziny), nauki społeczne (252 godziny).

¹⁾ Korzystałem głównie z 3 artykułów W. M. Bronnera w Nr. Nr. 3, 4 i 12 Wiadomości z Medycyny Współczesnej (Wiestnik Sovremiennoj Mediciny) z roku ubiegłego, oraz z mniejszych artykułów, referatów (d-ra Siemaszki) i sprawozdań, ogłoszonych w ostatnich latach w czasopiśmie „Higiena i Epidemjologia” i „Medycyna Profilaktyczna”.

Podział godzin higieny jest następujący:

	Godziny:		Razem przez cały semestr
	Teor.	Prakt.	
III rok studjów.			
5 semestr			
Higiena eksperymentalna	2	4	108
Higiena społeczna (statystyka, antropologia, antropometria)	1	1	36
6 semestr			
Higiena eksperymentalna	2	6	144
IV rok studjów.			
7 semestr			
Higiena pracy	2	3	90
Higiena wojskowa	2	—	36
8 semestr			
Higiena wychowania	2	3	90
V rok studjów.			
9 semestr			
Higiena społeczna	2	2	72
Higiena wojskowa	2	—	36
10 semestr			
Higiena społeczna	2	2	72
Razem			684

Dla wprowadzenia w życie tak szerokiego planu projektowane jest utworzenie w każdym uniwersytecie po 4 katedry higieny, zgodnie z wymienionym wyżej podziałem: higieny ogólnej, społecznej, higieny wychowania i higieny pracy, choć dotąd w większości uniwersytetów nie wszystkie są obsadzone. Tak obszerny program, obejmujący najróżnorodniejsze działy higieny, można było utworzyć tylko przez zmniejszenie liczby godzin innych przedmiotów, szczególnie propedeutycznych, jak również przez zwiększenie ogólnej liczby godzin wykładowych, (ogółem 5 lat po 34 godziny tygodniowo, 36 tygodni zajętych w roku, razem 6102 godziny). Trudności natury technicznej, jak brak środków, personelu i t. p., uniemożliwiły całkowite wykonanie nakreślonego planu w dziedzinie higieny. Rzuci się jednak w oczy, że wszystkie programy sowieckie zbyt mało uwzględniają rzeczywistą współpracę lecznictwa i zapobiegania, przedewszystkiem katedr klinicznych i katedr higieny. Leaderzy, nadający kierunek nowej medycynie, mówią wiele o społecznym charakterze pracy lekarza, o jego sposobie myślenia i stosunku do choroby, którą, ich zdaniem, należy traktować nie z punktu widzenia jednostki, nie jako zjawisko indywidualne, lecz jako wynik pracy i warunków bytu — o profilaktycznym kierunku w lecznictwie; uchwały przedstawicieli katedr higieny domagają się rozszerzenia nauczania higieny i zwrócenia uwagi na stronę zapobiegawczą w wykładach klinicznych. Rzeczywistość zaś mówi, że przepoić lecznictwo myślą zapobiegania według abstrakcyjnych formułek, w obrębie których ma się układać całe życie, jest bardzo trudno. Wyraźnie o tem mówi Dr. Siemaszko urzędowy kierownik medycyny sowieckiej, a jednocześnie jej teoretyk i entuzjasta: „Zaszczepienie kierunku zapobiegawczego w lecznict-

wie jest wyjątkowo trudne, nic też dziwnego że jest tak wolno wprowadzane w życie". Dalej ten sam autor mówi, że główną przyczyną tego stanu jest brak przygotowania ze strony lekarzy, leczących. Stąd głośno dyskusje na temat, jak wyzyskać do celów medycyny zapobiegawczej istniejące poradnie przeciwigruźlicze, przeciwweneryczne, opieki nad matką i dzieckiem, ambulatorja i przychodnie miejskie, dążenie do zniesienia odrębności klinik, by w ten sposób wyzyskać wszystkie zakłady lecznicze wielkomiejskie, jako centrum praktycznego szkolenia słuchaczy uniwersyteckich. Ta myśl, że trzeba już w uniwersytecie przygotowywać lekarza do jego pracy leczniczej i zapobiegawczej w warunkach najczęściej spotykanych w Rosji, a więc na wsi — siłą faktu prowadzi do kontaktu między uniwersytem a najmniejszą komórką higieniczno-lekarską, okręgiem lekarskim (wraczebnym uczastok). Obecnie więc coraz częściej słyszy się o delegowaniu przez kliniki uniwersyteckie tak zwanych aspirantów na kilkumiesięczną pracę do szpitali prowincjonalnych lub o wysyłaniu studentów z ostatnich kursów w czasie letnich wakacji na praktykę do ośrodków wiejskich.

Kilka prac amerykańskich i angielskich z ostatnich czasów poruszają to samo zagadnienie z innego punktu widzenia. Amerykański sposób rozwiązania sprawy jest daleko mniej teoretyczny. Anglo-sascy nowatorzy w Stanach Zjednoczonych nie zajmują się umysłowością lekarza, jego poglądem na świat, nie rozpatrują medycyny z punktu widzenia klasowego i nie używają jej za narzędzie propagandy, lecz w całym zagadnieniu współpracy kliniki z higieną opierają się na celowości i opłacalności, są praktyczni, idą od życia do teorii.

Amerykanie o zapobieganiu mówią bardzo wiele, i dziś możnaby ich śmiało nazwać, poza Rosją, najgorętszymi apostołami medycyny zapobiegawczej. Pisma ich roją się od artykułów, poruszających to zagadnienie z rozmaitych punktów widzenia. Poglądy działaczy amerykańskich na tę sprawę dobitnie wyraża Dr. A. Flexner w znanej książce „O kształceniu lekarzy” (Medical Education, A. Flexner). „Wobec szybkiego rozwoju bakterjologii, kierunek i duch szkoły medycznej uległy już wyraźnej zmianie. Zapobieganie, z punktu widzenia zarówno jednostki, jak i społeczeństwa, zajmuje coraz więcej miejsca w wykształceniu studenta i w działalności praktyka. Dążenia humanitarne nie pozostają też bez wpływu na umysł badacza. Rzeczą oczywistą jest, że trzeba będzie stworzyć fakultety zdrowia publicznego, lecz nie dowodzi to wcale, że zapobieganie będzie ich dziedziną, podczas gdy leczenie pozostanie udziałem lekarza. Odwrotnie, na samym wydziale lekarskim staje się coraz mniej możliwe studjowanie leczenia i rozpoznania chorób bez zwracania uwagi na wykończenie i zapobieganie”.

O praktycznym zastosowaniu tych poglądów mówi Leathers, prof. higieny (zdrowia publicznego, jak nazywają Amerykanie) w uniwersytecie Vanderbilta w Nashville.

Leathers*) powiada wyraźnie, że nie jest zwolennikiem klasycznego dydaktycznego kursu higieny, obejmującego usuwanie nieczystości, wodę, kanalizację, walkę z chorobami zakaźnymi. Jego

zdaniem, pomimo wykładów, zgrupowanych koło katedry higieny, ujmujących higienę w jednolitą całość, konieczna jest ścisła współpraca katedry z kliniką. W uniwersytetach amerykańskich na ogólną liczbę 4.000 godzin zajęć na wydziałach lekarskich na higienę przeznaczone jest 3 4%, co wynosi zaledwie 120 160 godzin. Zdaniem Leathersa jest to zupełnie wystarczające. Oto jego osobiste doświadczenie. Mając do rozporządzenia 110 godzin zużył on na teorię 44, na zajęcia praktyczne 66. Zajęcia praktyczne były bardzo różnorodne. Najpierw polegały one na zwiedzaniu w małych grupach instytucyj sanitarnych miejskich i wiejskich, na zaznajomieniu słuchaczy z samymi instytucjami i ich urządzeniem, na wejrzeniu w metodę pracy administracji sanitarnej. Jest to niezbędne ze względu na konieczność współpracy między lekarzem praktykiem a tak szeroko rozgałęzioną w Ameryce służbą zdrowia. Przedewszystkiem więc drogą wypełniania i badania kart meldunkowych o chorobach zakaźnych słuchacz został zaznajomiony z przebiegiem akcji władz sanitarnych od początku do końca, zrozumiął celowość ich zarządzeń; następnie każdy słuchacz musiał przygotować, na podstawie własnych obserwacji, sprawozdanie dotyczące pewnego działu administracji sanitarnej, co pozwoliło mu głębiej wejrzeć w istotę pracy lekarza higienisty.

Współpraca katedry higieny z katedrą bakterjologii była przeprowadzona w ten sposób, że profesor higieny miał szereg wykładów na kursie bakterjologii. Wykłady te dotyczyły głównie epidemiologii niektórych chorób zakaźnych i ogólnych podstaw walki z chorobami zakaźnymi. I odwrotnie, profesor bakterjologii poświęcił kilka godzin na techniczną stronę badania mleka, wody i t. d.

Uzgodnienie medycyny zapobiegawczej z kliniką najlepiej zobrazują przytoczone przez prof. Leathersa przykłady. Trzy konkretne przypadki współpracy jego katedry z kliniką dotyczyły duru brzuszego, zimnicy i zatrucia ołowiem.

Z 6 osób, tworzących pewną rodzinę, zachorowało na dur brzuszny 5; wszystkie znajdowały się na kuracji w klinice. Na wykładach medycyny wewnętrznej profesor dał obraz klinicznego przebiegu choroby, jej objawów i leczenia — profesor zaś higieny wziął na siebie wszystko, co dotyczy epidemiologii, i cała strona zapobiegawcza zagadnienia była przez niego bardzo szeroko uwzględniona. Zbadano szczegółowo warunki bytu rodziny, dokonano szeregu zdjęć, dających obraz środowiska w którym chorzy przebywali. W ten sposób zostały uwypuklone możliwe drogi zakażenia w omawianem otoczeniu. Społeczna strona zagadnienia była również wzięta pod uwagę: wyliczono że chorzy członkowie rodziny przed przybyciem do kliniki stracili wspólnie 365 dni pracy. Wnioski, wprowadzone z badania, znalazły praktyczne zastosowanie, gdyż, dzięki czynnemu poparciu ze strony uniwersytetu, cały dom chorej rodziny został wybielony i odnowiony, wykopano studnię i doprowadzono do porządku ustępy.

Drugi przykład dotyczył zatrucia ołowiem. Pacjent, przysłany z rozpoznaniem wrzodu żołądka, po szczegółowym zbadaniu okazał się cierpiącym z powodu zatrucia ołowiem. Po kilku dniach nastąpiło polepszenie, i pacjent wypisał się ze szpitala, otrzymawszy napomnienie, że dalsza praca w tym

*) Journ. of Amer. Medic. Association. March 26, 1927.

samym zakładzie przemysłowym może powtórnie wywołać to samo schorzenie w ostrzejszej formie. Wobec tego jednak, że ofiarowano mu wkrótce znacznie większe wynagrodzenie, wrócił powtórnie do tego samego zajęcia. Dzięki łączności między katedrą chorób wewnętrznych i katedrą higieny, profesor higieny został poinformowany o tym przypadku. Zarządził on zbadanie krwi robotników w małej wytwórni naczyń emaljowanych, skąd pochodził pacjent. Z 9 wziętych preparatów w 6 stwierdzono charakterystyczne zmiany zatrucia ołowiem. Wówczas zbadano większość robotników, którzy chętnie zgodzili się na to. Z 39 zbadanych u 15 znaleziono wyraźne objawy zatrucia ołowiem, 11 było na granicy choroby i 13 zagrożonych. Cała sprawa była szczegółowo rozważana wspólnie przez zainteresowane oddziały fakultetu lekarskiego, i dzięki współpracy kliniki, katedry higieny i miejscowych władz sanitarnych, które zainteresowały się daną sprawą, zwrócono uwagę na uzdrowotnienie warunków pracy w miejscowym przemyśle.

Anglja, która często nazywana jest kołyską medycyny zapobiegawczej, może się naprawdę poszczycić publikacjami pierwszorzędnej wartości w sprawie szkolenia personelu służby zdrowia. W ostatnich latach na szczególną uwagę zasługują prace G. Newmana, nie tylko, że ze względu na stanowisko autora mają one charakter niejako pół-urzędowy, wyrażają poglądy sfer administracyjno-lekarskich w kraju, gdzie higiena jest już od szeregu lat naprawdę specjalnością, ale i ze względu na głębokie i szerokie ujęcie zagadnienia. G. Newman rozpatruje całe zagadnienie medycyny zapobiegawczej i w związku z niem szkolenie lekarzy wogóle, higienistów zaś w szczególności nie z punktu widzenia specjalności higieny, ale jako lekarz, myśliciel społeczny o dużej wiedzy i dużej kulturze, który patrzy na zdrowie mas jako majątku stanu, posiadający kwalifikacje lekarskie. Dwie największe prace Newmana w tej sprawie można dziś śmiało zaliczyć do literatury klasycznej; („An outline of the Practice of Preventive Medicine” i „Recent Advances in Medical Education in England”).

Z pośród innych licznych mniejszych prac i artykułów angielskich, dotyczących nauczania higieny, artykuł Dr. Balfoura¹⁾, dyrektora londyńskiej Szkoły Higieny, zasługuje na szczególną uwagę. W artykule (Through the maze of medicine Lancet, November 1926), który jako odczyt był wygłoszony w październiku 1926 roku w uniwersytecie w Rochester, autor poddał szczegółowej analizie studia lekarskie, kładąc wielki nacisk z jednej strony na konieczność dostosowania programów uniwersyteckich do życia i rzeczywistych potrzeb przyszłego lekarza, z drugiej na bardziej harmonijny układ poszczególnych przedmiotów w jedną całość. Najwięcej uwagi poświęca on idei medycyny zapobiegawczej w *curriculum* słuchacza wydziału lekarskiego. Według naszkicowanego pobieżnie planu, zapobieganie chorobowości winno być uwzględnione już w przedmiotach przygotowawczych do właściwych studjów lekarskich, jak fizyka, chemia, zoologia, botanika. W każdym ze wspomnianych przedmiotów i w wykładach i w zajęciach praktycznych można

zawsze brać przykłady, związane bezpośrednio z człowiekiem zdrowym lub chorym. W ten sposób słuchacz, widząc, że przedmiot wykładany nie jest ani oderwaną botaniką, ani zoologią, ani fizyką, tak, jak one są zwykle w szkole średniej traktowane, ale ściśle wiąże się z normalnymi lub patologicznymi przejawami życia ludzkiego, słuchałby samego przedmiotu z większą ciekawością, na czym zyskałaby całość. A medycyna zapobiegawcza skorzystałaby tembardziej, gdyż słuchacz, słysząc o tem od pierwszych dni pobytu w uniwersytecie, miałby umysł niejako nastawiony w tym kierunku. Poza tem idea medycyny zapobiegawczej łatwiejsza jest, zdaniem Balfoura, do wpojenia na początku studjów niż później. Anatomja i fizjologja dostarczają jeszcze bogatszego materiału pod tym względem, jeśli traktować je nie jako cel sam w sobie, lecz jako środek do wejrzenia bliżej w funkcje organizmu, celem zapewnienia im należytego rozwoju i obrony ich normalnej działalności.

Łączność lecznictwa z zapobieganiem, zdaniem Balfoura, jest tak ścisła, że nie wymaga nawet bliższego uzasadnienia. Niema takiego działu kliniki, który należałoby traktować wyłącznie jako lecznictwo. Nawet farmakologja obecnie może być i jest z wielką korzyścią wyzyskiwana w celach zapobiegawczych, nie mówiąc o serologii, fizjo-terapii i psychoterapii, które święcą tryumfy w lecznictwie współczesnem, przedewszystkiem jako środki zapobiegawcze. Należy dodać, że właśnie na przykładach, zaczerpniętych z medycyny zapobiegawczej, najłatwiej jest wpoić w umysł przyszłego praktyka, „że ma on obowiązki podwójne, w stosunku do pacjenta i w stosunku do państwa, które to obowiązki ma on spełnić jaknajlepiej w miarę sił i zdolności”, jak mówi Balfour. *Qui non prohibet, quoad prohibere potest, assentire videtur.*

Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych.

Podał

W. KNAPPE (Warszawa).

(Ciąg dalszy).

Dla łatwiejszej orjentacji podzielimy choroby zakaźne na dwie grupy: na choroby, szerzące się przez przewod pokarmowy, i na choroby, szerzące się przez narządy oddechowe. Do pierwszej grupy należą: cholera, dur i paradury oraz czerwonka, do drugiej - grypa, krztusiec, błonica, płonica, drętwa karku, odra i wreszcie gruźlica.

Osobną grupę stanowią: dur osutkowy i gorączka powrotna, które przenoszą się przez wesz zakaźną, i zimnica - szerząca się przez zakażone komary.

Pierwszą grupę możnaby nazwać również chorobami kontaktowymi, gdyż zakażenie powstaje w ten sposób, że człowiek musi się zetknąć z przedmiotami, zanieczyszczonemi wydaliniami chorego, i wydaliny te, a ściślej zarazki w nich zawarte, zanosi do ust; drugą zaś grupę można nazwać chorobami inhalacyjnymi, ponieważ zarazek wykrztusza się przez chorego z gardzieli, unosi się w kropelkach śliny w powietrzu i przy oddy-

¹⁾ Praca dr. Balfoura ukazała się w przekładzie niemieckim w *Deutsch. Med. Woch.*

chaniu dostaje się do narządów oddechowych zdrowego człowieka, zakażając go chorobą. Leczenie te zarazki z czasem opadają na sprząty i drogą zetknięcia mogą się udzielić zdrowemu.

Zastrzegamy się, że podział taki jest najzupełniej sztuczny, gdyż zarówno choroby kontaktowe mogą się szerzyć drogą gardzieli i narządów oddechowych jak np. dury, i choroby inhalacyjne mogą się szerzyć drogą kontaktu, jak błonica i płonica. Zresztą wszystkie choroby zakaźne można wywołać przez zakażenie odpowiednim materiałem parenteralnie, np. przez skórę (gruźlicą) i podskórnice; z tego to powodu szczepionki wytwarza się z zabitego materiału bakteryjnego. To, że po zakażeniu wypadkowym lub sztucznym choroba przejawia się zmianami anatomicznymi bądź w jelitach, bądź w gardzieli, bądź w płucach, bądź w układzie nerwowym, tłumaczy się wybiórczością czyli szczególną predylekcją danego zarazka do pewnych narządów, co zwykliśmy nazywać tropizmem bakteryj.

Choroby zakaźne dróg pokarmowych: cholera, dury, czerwonka, dostają się do ustroju głównie przez usta. Choroby te przeważnie się spożywa, t. j. zjada lub wypija, dokładniej mówiąc, zdrowy zaraza się w ten sposób, że zjada kał chorego z własnych rąk lub zanieczyszczonych produktów spożywczych. Na przygotowanie pokarmów należy przede wszystkim zwrócić największą uwagę. Rozsiewacze zarazków nie mogą być zatrudniani w przemyśle spożywczym, w kuchni, mleczarni, restauracji. W czasie epidemii należy nawet chleb przed spożyciem przetrzymać w gorącym piecu przez 10 minut w ciepłocie 70°. Na ciepłych kartoflach doskonale rozmnażają się prątki durowe, dlatego nie należy spożywać kartofli, przyrządzonych poprzedniego dnia. Niejednokrotnie notowano szerzenie się duru za pośrednictwem sałaty kartoflanej, wskutek zanieczyszczenia czy to przez muchy, czy przez rozsiewaczy zarazków. Również i inne pokarmy mogą stanowić podłoże dla prątków durowych, a najbardziej mleko, które należy pasteryzować, sterylizować lub przegotowywać przed spożyciem. W piwie przecinkowce cholery utrzymują się jeden dzień, prątki durowe — 2 tygodnie, to samo w wodzie sodowej. Dury rzekowe przenoszą się na mięsie — unikać należy przeto mięsa surowego przez wzgląd na dury, pomijając już włośnicę i tasiemca. Owoce powinny być kilkakrotnie myte przed spożyciem.

Właściwie wszystkie zarazki mogą się przechowywać na pokarmach. Dlatego personel w kuchni powinien zachowywać skrupulatnie czystość i raz po raz myć sobie ręce. Mydło i czysty ręcznik powinny stale znajdować się w kuchni przy samym kranie wodociągowym. Wszyscy powinni myć ręce przed jedzeniem, dzieci powinny być do tego wdrażane od małego.

Specjalną rubrykę w walce z chorobami zakaźnymi przewodu pokarmowego stanowi tępienie much. Ze komary są przenośnikami chorób u ludzi i zwierząt, jest powszechnie wiadome. Muchy także szerzą choroby. Przenoszą one zarazki na nóżkach i przechowują w swoim przewodzie pokarmowym do 7 dni nie tylko bakterje, ale nawet jajeczka *oxyuris*, *trichocephalus*, *taenia echinococcus*, *taenia nana*.

Tizzoni i Cattani wychodowali z much, wy-

łapanych w szpitalu cholerycznym — przecinkowce cholery. To samo Sinimonds w Hamburgu w 1892 i Tzuzuchi w Tientsinie w 1904. Ficker wychodował prątki duru z much, wyłapanych w domu, gdzie szerzył się dur. Hamilton wychodował dur z 5 na 18 wyłapanych much. Flexner i Clark stwierdzili, że mucha domowa przenosi zarazek porażenia dziecięcego; przenoszą one granulozę w Egipcie i w Algierze; przekonano się również, że prątki gruźlicze przechodzą nieuszkodzone przez przewód pokarmowy much. Tych kilku przykładów wystarczy, ażeby przekonać każdego o roli much w przenoszeniu i szerzeniu chorób zakaźnych.

Egzystencja much zależna jest od brudu. Brud jest dla much pokarmem i podłożem do składania jaj. Z ekskrementów, bezmyślnie oddawanych, z gnoju, zwalanego na kupę bez odkażania, z plwocin gruźlików, spluwanych niechlujnie na ziemię, chwytają muchy zarazki i przenoszą je na nóżkach lub w przewodzie pokarmowym i osadzają na naczyniach i produktach spożywczych, skąd zarazki dostają się do człowieka.

Jeżeli przedmioty te powinny być przechowywane w miejscu zamkniętem wprost ze względów estetycznych, to w czasie epidemii jest to niezbędne przez wzgląd na zagrażające zdrowiu muchy. Resztek potraw nie należy nigdzie rozstawiać, należy je przechowywać w szafie lub pod siatkami. Okna należy uszczelnić w kuchni siatkami niezbyt gęstymi. Siatki należy zmywać bezwzględnie po użyciu. Muchy w kuchni należy tępić wypróbowanymi sposobami: rozpylaniem w powietrzu flytoksu, flintu lub ustawianiem talerzy z trucizną na muchy (quassia, preparaty arszenikowe z cukrem lub łapek na muchy z mieszaniną formaliny 15%, mleka 25%, wody 60% oraz cukru). Można także wyparować na patelni krezol w stosunku 5% na metr sześć. przestrzeni. Późną jesienią, zimą i na wiosnę należy tępić muchy, ukryte po szczelinach i kątach; przeważnie są to samice, znoszące jaja; a nawóz koński, gnoj, śmieci, doły kloaczne, słowem, wszystkie materje gnijące, które służą muchom za wylęgarnie, należy chronić przed dostawaniem się do nich much.

Sprawa ta jest bardzo ważna, niemniej ważna od tępienia komarów, a władze sanitarne jeszcze się nią w dostatecznej mierze nie zajmują. W Ameryce Północnej walkę z muchami rozpoczęto przed wojną. Na wystawie międzynarodowej w Waszyngtonie w r. 1912 przedstawiono walkę z muchami obrazowo, a szerokie masy poczynano za pomocą ulotek, które Stany Zjednoczone były wprost zasypywane. W ulotkach tych szkodliwość much była przedstawiona nawet z przesadną drastycznością. We Francji walkę z muchami rozpoczął zasłużony inspektor sanitarny wojskowy Vaillard, który w tej sprawie wydał ciekawą i wyczerpującą pracę.

U nas w czasie wojny bolszewickiej Wydział Sanitarny wydał rozporządzenie trzymania produktów spożywczych w sklepach pod siatkami z muslinu.

Lekarz praktyk powinien wejrzeć w tę sprawę, odwiedzając chorego zakaźnego, i udzielić rad, jak należy muchy tępić, i dopilnować wykonania jego, a nie opędzać się obojętnie od much, obsiadających chorego i jego samego.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	12 II — 18 II	19 II — 25 II	26 II — 3 III
Dzuma	0	0	0
Ospa	1 (zg. 0)	0	0
Cholera	0	0	0
Dur brzuszny	230 (zg. 18)	206 (zg. 10)	201 (zg. 16)
Dur rzekomy	0	0	0
Dur osutkowy	57 (zg. 10)	62 (zg. 3)	57 (zg. 7)
Dur powrotny	0	0	1 (zg. 0)
Czerwonka	15 (zg. 0)	5 (zg. 0)	8 (zg. 0)
Płonica	665 (zg. 51)	672 (zg. 41)	620 (zg. 51)
Błonica	219 (zg. 14)	216 (zg. 22)	244 (zg. 27)
Zapal. op. mózgu	8 (zg. 6)	14 (zg. 3)	15 (zg. 4)
Odra	703 (zg. 5)	941 (zg. 16)	912 (zg. 11)
Róża	80 (zg. 3)	79 (zg. 2)	90 (zg. 3)
K. ztusiec	202 (zg. 12)	236 (zg. 27)	355 (zg. 14)
Malarja	8 (zg. 0)	5 (zg. 0)	2 (zg. 0)
Posoczn. połog.	18 (zg. 9)	22 (zg. 10)	24 (zg. 10)
Trąd	0	0	0
Jaglica	243 (zg. 0)	349 (zg. 0)	367 (zg. 0)
Wąglik	2 (zg. 0)	2 (zg. 0)	1 (zg. 0)
Nosaczna	0	0	0
Włośnica	6 (zg. 0)	11 (zg. 0)	0
Wścieklizna	0	0	0 (zg. 1)
Zatrucie jad. kiełb.	0	0	0
Choroba Heine-Medina	1 (zg. 0)	3 (zg. 1)	0
Inne choroby zakaźne	276 (zg. 42)	404 (zg. 51)	231 (zg. 35)

— Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej ogłasza, że z dniem 1 września 1928 wakować będzie stypendjum Towarzystwa w wysokości tysiąca złotych, przeznaczone dla studenta-medyka 4 lub 5 roku lub dla młodego lekarza, poświęcającego się pracy naukowej z zakresu nauk lekarskich.

1. Stypendjum nadawane jest w drodze konkursu, ogłoszonego 1 marca, na przeciąg jednego roku akademickiego, licząc od 1 września.

2. Kandydaci winni składać na ręce sekretarza Towarzystwa (Dr. Knappe, Hoża 37) podanie i *curriculum vitae*, uwzględniające kierunek zamierzonej pracy oraz opinię dotychczasowych kierowników naukowych.

3. Wybór kandydata powierza się Komisji naukowej, wybieranej corocznie przez Zarząd Towarzystwa w składzie 3 członków.

4. Stypendjum przyznaje Zarząd na zasadzie powziętej uchwały.

5. Zasadniczo przyznaje się stypendjum na rok jeden; prolongowanie jest możliwe, ale najwyżej dwukrotnie.

6. Stypendjum zobowiązuje do złożenia sprawozdania z pracy, wykonanej w ciągu roku.

— Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej wysłało do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych następujący memoriał w sprawie projektu rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej widzi w przepisach ustawowych, dotyczących walki z jaglicą, początek wcielenia w życie dezyderatów licznych zjazdów okulistów polskich z kilkunastu lat ostatnich, uznaje doniosłość wszystkich artykułów projektu, jednakże uważa, że większość ich nie będzie mogła być wcielona w życie, dopóki kraj nasz nie będzie pokryty siecią szpitali, w których chorzy na oczy, a w szczególności dotknięci jaglicą mogliby znaleźć odpowiednią pomoc fachową. Stworzenie takich zakładów powinno, zdaniem naszym, poprzedzić wszystkie rozporządzenia dotyczące przymusowej izolacji i leczenia chorych na jaglicę. Dopóki nie powstanie w kraju dostateczna ilość takich zakładów, wszelkie wysiłki zwalczania kłęski jaglicy będą bezowocne, a rozporządzenia przymusowego internowania i odosobniania — czczą literą pra-

wa. Tak więc stworzenie we wszystkich województwach przynajmniej po jednym szpitalu okulistycznym nie tylko dla zwalczania jaglicy, ale dla leczenia wszelkich chorób ocznych, powinno być punktem wyjścia walki z jaglicą.

Na następnym planie tej walki powinna, zdaniem Towarzystwa być umieszczona akcja propagandowa. Uświadomienie szerokich warstw ludności co do kłęski, jaką wyrządza jaglica, powinno być prowadzone wszelkimi sposobami, nie wyłączając filmów i radja. Specjalną uwagę należy skierować na sfery nauczycielskie, gdyż od nich przedewszystkiem zależy pomyślny wynik podejmowanej walki z kłęskami wogóle, a jaglicą w szczególności. W akcji propagandowej ogromną rolę mogą odegrać przychodnie, których znaczenie pod tym względem projekt za słabo podkreśla. Państwa zachodnio-europejskie uciekają się do wszystkich metod propagandy, uważając ją za warunek nieodzowny skutecznej walki z jaglicą. We Francji powstała Generalna Komisja Propagandowa Narodowego Wydziału Zdrowia Publicznego, która ma za zadanie skoordynowanie akcji propagandowej w walce ze wszystkimi kłęskami społecznymi.

Towarzystwo jest zdania, że leczenie chorych na jaglicę powinno się odbywać zupełnie darmo nawet łącznie z lekarstwami, gdyż w przeciwnym razie ludność niezamożna, a ta przeważnie jest jaglicą dotknięta, z kuracji nie będzie korzystała.

Co się tyczy zgłaszania jaglicy to powinno ono dotyczyć wyłącznie przypadków jaglicy zdeklarowanej. Obowiązek zgłaszania powinien ciążyć wyłącznie na lekarzach okulistach, gdyż nie tylko pielęgniarki, wywiadowniczy i sanitariuszki, ale nawet lekarze nieokuliści z natury rzeczy są pod tym względem niekompetentni, ponieważ ściśle rozpoznanie jaglicy wymaga znacznego wyrobienia fachowego. Obowiązkiem tych osób powinno być jedynie kierowanie przypadków ocznych do właściwego okulisty.

Doniosłą rolę w walce z jaglicą odgrywa sprawa mieszkaniowa. Dopóki ta sprawa nie ulegnie pomyślnemu rozwiązaniu, dopóty walka ze wszystkimi kłęskami społecznymi, a w szczególności z jaglicą nie odniesie pożądanego wyniku. Dopóki nie powstanie u nas dostateczna liczba zakładów i przychodni, dopóki sprawa mieszkaniowa nie ulegnie radykalnej poprawie, przymus izolacji i sankcje karne powinny być zawieszane, jako nie odpowiadające warunkom miejscowym.

Na zakończenie Towarzystwo pozwala sobie zwrócić uwagę, że w projekcie brak przepisu, dotyczącego ochrony niemowląt i dzieci przed jaglicą ze strony matek i piastunek, które zwłaszcza w okręgach zakażonych mogą być źródłem zarażenia dzieci jaglicą.

Prezes Dr. K. Dłuski.

Sekretarz Dr. W. Knappe.

Warszawa, d. 6 marca 1928.

— Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, pragnąc przyczynić się do jaknajszerszego spopularyzowania naszych uzdrowisk i skierowania kuracjuszków do uzdrowisk swoich zamiast do obcych, urządziło wzorem dwóch lat ubiegłych, w siedzibie swej (Widok 23) serję odczytów z dziedziny klimatoterapii i balneoterapii polskiej.

Bezpłatne te odczyty przeznaczone były dla lekarzy, studentów i osób zainteresowanych.

1) Serja odczytów. 1) Piątek dnia 23 marca, godz. 8^{1/2} wieczorem. Docent Dr. med. A. Sabatowski (Lwów). Wybrzeże Morskie i północna krawędź Pomorza, jako obszary lecznicze.

Dyrektor J. St. Szczerbiński. Uporządkowanie spraw uzdrowiskowych na wybrzeżu. Odczyt będzie ilustrowany obrazami świetlnymi.

2) Piątek dnia 30 marca, godz. 8^{1/2} wieczorem. Dr. W. Tarnawski (Kosów). Lecznica D-ra Tarnawskiego w Kosowie i jej metoda. Dr. Józef Zakrzewski, (Lwów-Niemirów). O wartościach kąpieli siarczanych i borowinowych w Niemirowie zdroju (woj. Lwowskie).

— Do Panów Wojewodów. Na skutek licznych zapotrzebowań na plany i kosztorysy ośrodków zdrowia Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) podaje do wiadomości, że posiada obecnie takie plany ośrodków dla osiedli mniejszych (wsi, osad i małych miast). Cena kompletu, składającego się z siedmiu plansz oraz z kosztorysu, wynosi 10 złotych.

Uprasza się o podanie powyższego do wiadomości czynników zainteresowanych na terenie Województwa.

(—) Dr. Pięstrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Departament V Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. rozesłał do szpitali dla psychicznie chorych kwestjonariusz w sprawie psychoz alkoholowych, obejmujący dane dotyczące chorych leczonych w latach 1921 — 1927, mianowicie: liczba chorych psychicznie, ilu z pośród nich zmarło, liczba psychoz alkohol. ostrych, podostrych i przewlekłych, ogólna liczba psychoz alkohol., ile z pośród nich zmarło oraz liczba przypadków zaburzeń psych. na tle alkohol., które stały się przyczyną konfliktów z kod. karn. W wykazie mają być podani osobno mężczyźni, osobno kobiety.

— Min. W. R. i O. P. rozesłało następujący okólnik do Kuratorów Okręgów Szkolnych do Liceum Krzemienieckiego, do Wydziału Oświecenia w województwie Śląskiem, do Dyrekcji i Kierownictw szkół w sprawie udziału młodzieży szkolnej w orkiestrach dętych.

W związku ze wzrastającą w szkołach tendencją do organizowania orkiestr szkolnych na instrumentach dętych i ze względu na to, że gra na powyższych instrumentach w pewnych przypadkach przynieść może szkodę organizmowi ucznia, zarządzam w tej sprawie, co następuje:

Zasadniczo uczniowie poniżej lat 14 nie powinni brać udziału w grze na instrumentach dętych.

W wyjątkowych razach uczniowie powyżej lat 12 mogą być dopuszczani do udziału w orkiestrze dętej, o ile rozwojem fizycznym o rok lub dwa przewyższają swój wiek kalendarzowy.

Uczniowie, kandydaci do orkiestry dętej, winni być badani uprzednio przez lekarza. Za główne przeciwwskazanie lekarskie do uczestniczenia w orkiestrze dętej uznać należy: usposobienie gruźlicze, skłonność rodzinną do rozedmy płuc, do astmy, wady organiczne górnego odcinka dróg oddechowych, organiczne cierpienie serca, ropotok uszny i przedziurawienie bębenków usznych, istniejącą przepuklinę pachwinową lub wyraźną do niej skłonność, brak zębów lub wybitną ich próchnicę.

Lekarze szkolni tam, gdzie są czynni, winni periodycznie badać młodzież, należącą do orkiestr dętych, zwracając uwagę na wspomniane wyżej punkty, poza tem bacząc szczególnie na stan serca i płuc.

Kierownik orkiestry winien jak najtroskliwiej pouczać o racjonalnym stosowaniu wdechu i wydechu podczas gry.

Dobierając kandydatów do orkiestry dętej, trzeba mieć na uwadze, że do gry na takich instrumentach dętych, jak: oboj, klarnet, kornet, bas-waltornia i baryton-eufonium, przedstawiających znaczne trudności techniczne gry i wymagających zwiększonego wysiłku ze strony grającego, należy kwalifikować uczniów, lepiej rozwiniętych fizycznie.

Instrumenty dęte, a zwłaszcza ustniki, winny być utrzymywane w należytej czystości. Koniecznym jest, by w razie, gdy kilku uczniów korzysta z tego samego instrumentu dętego, każdy uczeń posiadał własny ustnik.

Minister W. R. i O. P. (—) Dr. Dobrucki.

—XXIV Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie dnia 12, 13 i 14 kwietnia b. r.

Tematy programowe: 1) Prof. A. Leśniowski (Warszawa), Nowotwory okrężnicy. 2) Prof. I. Wierzejewski (Poznań) — Zwężenia zastarzałe stawów: barkowego, łokciowego i biodrowego.

Zgłoszone referaty: 3) Doc. K. Nowakowski (Poznań) — O guzach zapalnych okrężnicy. 4) Prof. T. Ostrowski — Postępowanie przy nowotworach okrężnicy. 5) Prof. T. Ostrowski — O nowotworach dróg żółciowych i ich leczeniu operacyjnym. 6) Prof. L. Kryński (Warszawa) — W sprawie operacji wytwórczych na czaszce. 7) Prof. Z. Radliński (Warszawa) — W sprawie techniki zespolenia tętniczko-żylnego. 8) Doc. Br. Szerszyński (Warszawa) — Z badań nad czynnością nerek: a) wpływ odnerwienia na czynność nerki, b) czynność nerki a zabieg operacyjny. 9) Prof. A. Jurasz (Poznań) — O operacjach wytwórczych. 10) Prof. R. Węglowski (Lwów) — Co się dzieje z żyłą, przeszczepioną do tętnicy człowieka, po upływie szeregu lat po operacji. 11) H. Weis (Łódź) — Z kazuistyki torbieli trzustki. 12) M. Eliasberg (Łódź) — Z kazuistyki skrętu kąticy. 13) J. Kalisz (Łódź) — Wskazania do stosowania radu i sprawozdanie z leczonych przypadków. 14) M. Abramowicz (Warszawa) — Hisztofizjologia i patologia sutki w świetle najnowszych badań.

15) P. Goldstein (Warszawa) — Wyniki leczenia operacyjnego nowotworów mózgu i rdzenia. 16) J. Pomper (Warszawa) — Leczenie przepuklin pachwinowych u małych dzieci. 17) F. Niewiadomski (Warszawa) — Leczenie nowotworów okrężnicy. 18) St. Radwan (Warszawa) — Przeszczepianie kości długich. 19) J. Szper (Warszawa) — Leczenie obrzęków przewlekłych kończyny dolnej sympatektomią okołotętniczną. 20) J. Zaorski (Warszawa) — Zestawienie porównawcze zapatrywań ra rozpoznawanie i leczenie owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. 21) F. Skubiszewski (Poznań) — Guzy żółtawe z komórkami olbrzymimi pochwęk ścięgniętych oraz torebek stawowych. 22) F. Skubiszewski (Poznań) — W sprawie różniczkowego rozpoznania wrzodów dwunastnicy lub przyrodziwnikowych, a schorzeń dróg żółciowych. 23) Cz. Maciejewski (Poznań) — Przypadek megaloureteru obustronnego. 24) W. Kowalski (Poznań) — O przewlekłym zapaleniu trzustki. 25) M. Miłoszewski (Poznań) — Mesenterium ileocolicum commune. Patologia, klinika i leczenie. 26) M. Miłoszewski (Poznań) — Operacja wyboru przy wrzodach dziurawiących żołądka i dwunastnicy. 27) W. Türschmid (Nowy Targ) — Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego na tle pasożytniczym (tasiemiec wycraska). 28) Z. Dziembowski (Bydgoszcz) — O nowotworach okrężnicy i wynikach ich leczenia. 29) Z. Dziembowski (Bydgoszcz) — Chorobie Hirschrunga. 30) Z. Dziembowski (Bydgoszcz) — Nowsze doświadczenia z dziedziiny chirurgii śledziony. 31) S. Kaliniewicz (Kalisz) — O bepośrednim przelewaniu krwi na podstawie własnych obserwacji. 32) S. Kaliniewicz (Kalisz) — Rzadki przypadek umiejscowienia gruczolaków, wychodzących z gruczolów przysterczowych, wyleczony drogą operacji. 33) S. Kaliniewicz (Kalisz) — Pokaz kamieni pęcherzowych, usuniętych u 13 letniego chłopca. 34) K. Czyżewski (Lwów) — Postępowanie przy ostrem przebiegu wrzodu żołądka. 35) K. Czyżewski (Lwów) — Postępowanie przy nowotworach złośliwych kości. 36) J. Kochaj (Lwów) — Wyniki zestawień statystycznych operacji wyrostka robaczkowego za lata 1923 — 1927. 37) S. Sassower (Lwów) — Etiologia, patogenez i leczenie żylaków kończyn dolnych. 38) E. Misels (Lwów) — Ostitis cystica fibrosa i ostitis deformans Paget. 39) K. Szpilman i F. Niewiadomski (Warszawa) — Guzy wątroby. 40) Doc. H. Hilarowicz (Lwów) — O wartości rozpoznawczej odmy otrzewnowej. 41) Doc. H. Hilarowicz i M. Szajna (Lwów) — Z badań doświadczalnych nad udoskonaleniem znieczulenia rdzeniowego. 42) A. Gruca (Lwów) — W sprawie leczenia żylaków sposobem Sicarda, Linsera i Genevriera. 43) A. Gruca (Lwów) — Trzy przypadki t. zw. Luxatio coxae centralis. 44) A. Gruca (Lwów) — Pokazy z zakresu chirurgii stawu biodrowego. 45) M. Jurim (Lwów) — W sprawie rozejścia się rany polaparotomijnej. 46) Doc. J. Glatzel (Kraków) — Nowotwory okrężnicy. 47) St. Nowicki (Kraków) — Powstawanie i znaczenie kliniczne martwicy kości w nasadach. 48) J. Zaremba (Kraków) — Luxatio coxae centralis. 49) J. Jasiński (Kraków) — Gruźlica trzonów kości długich.

— Drugi zjazd Związku Lekarzy Słowiańskich.

W dniach 25 — 28 maja r. b. odbędzie się drugi zjazd lekarzy słowiańskich w Pradze. Postanowienie urzędzenia II-go Zjazdu w Pradze zapadło na I-szym zjeździe lekarzy słowiańskich, który się odbył zeszłego roku w Warszawie. Zgłoszenia na zjazd mają być przesłane do Zarządu w Pradze najdalej do 31 marca b. r.

Członkowie Związku Lekarzy Słowiańskich chcący wziąć udział w zjeździe w Pradze, winni niezwłocznie przez zarządy swoich okręgów lub wprost do Zarządu Głównego (Towarzystwo Lekarskie Warszawskie — Warszawa, Niecała 7) przesłać imię, nazwisko i dokładny adres.

Tematy naukowe z krótkim streszczeniem, należy zgłosić przed 15 kwietnia r. b.

— Program II-go zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Pradze.

Uroczyste otwarcie zjazdu Lekarzy Słowiańskich odbędzie się dnia 25 maja r. b. przed południem w sali Uniwersytetu Karola.

Po południu po iedenie Związku Lekarzy Słowiańskich. 26 maja o godz. 11-ej przed południem uroczyste otwarcie VI-go zjazdu lekarzy, przyrodników i inżynierów czesko-słowackich. Po południu rozpoczyna się praca w sekcjach. Zjazd lekarzy słowiańskich łączy się w pracach w sekcjach z VI-tym zjazdem lekarzy, przyrodników i inżynierów czeskich.

27 maja, praca w sekcjach. Wieczorem przyjęcie dla gości.

28 maja, praca w sekcjach. Po południu plenarne posiedzenie. Wieczorem teatr dla gości.

29 maja, zwiedzanie rozmaitych instytucji miejscowych.

30, 31 i 1 czerwca, wycieczki.

Jest 24 sekcje, z których pierwszych 8 są przyrodnicze i inżynierskie. Od IX do XX poświęcone są rozmaitym działom

lekarskim; XXI sekcja weterynaryjna, XXII kształcenie matematyczne i przyrodnicze; XXIII sekcja, wychowanie fizyczne, XXIV sekcja prasa.

Jako tematy są postawione: (na podstawie sprawozdań prasy czeskiej)

Sekcja X — Arterioskleroza, patologia wątroby, gruźlica. Istota i znaczenie refleksów (odruchów).

Sekcja XI — Colitis w wieku dziecięcym. Wrodzona kiła.

Sekcja XII — Leczenie kiły. Lupus erythematosus.

Sekcja XIII — Leczenie zniekształceń kończyn dolnych wrodzonych i nabytych metodami chirurgicznymi i ortopedycznymi.

Sekcja XIII-a — Leczenie chirurgiczne raka piersi; porównanie z innymi metodami leczniczymi. Leczenie zakażenia ran. Biochemia rany. Przygotowanie chorego do operacji.

Sekcja XIII-b — Leczenie raka macicy, jajników, jajowodów i narządów rodnych zewnętrznych.

Sekcja XV — Znaczenie kliniczne ucha środkowego. Ry-nologiczne metody usuwania narośli.

Sekcja XVI — Etiologia szkodliwych zębów.

Sekcja XVIII — Leczenie ran postrzałowych. Szczepienie ochronne.

Sekcja XIX — Teoretyczne podstawy klimatologii lekarskiej. Skóra, jako pośrednik zabiegów hydroterapeutycznych.

Sekcja XXIV — Międzysłowiańskie archiwum lekarskie. Słowiański bibliograficzny instytut lekarski. Słowiańska bibliografja lekarska.

Udział członkowski wynosi 100 koron czeskich, za co się otrzyma pamiętnik zjazdu. Uczestnictwo w zjeździe — 50 koron czeskich.

Nasz Rząd daje ograniczoną liczbę paszportów ulgowych, od 80 do 100. Osoby towarzyszące, nie lekarze, o tyle będą mogły korzystać z paszportów ulgowych, o ile liczba członków Związku Lekarzy Słowiańskich chcących pojechać na zjazd, będzie mniejsza, niż liczba paszportów ulgowych. Pierwszeństwo mają panie, które należały do Komitetu Pań zeszłego roku. Na jak długo będą wydane paszporty, jeszcze nie wiemy.

Nasze koleje dają zwykłą zniżkę kolejową 33¹/₃%. Koleje czeskie dają również 33¹/₃%.

Według sprawozdań prasy lekarskiej czeskiej tramwaje i autobusy w Pradze, będą w czasie zjazdu dla członków zjazdu, gratisowe.

Wystawy: W czasie zjazdu będą urządzone przez niektóre sekcje specjalne wystawy: dentystyczna, medycyny wojskowej i t. p.

Operacje: W czasie zjazdu będą dokonywane operacje w klinikach uniwersyteckich, w szpitalu wojskowym i na Bukowce.

Zwiedzanie: szpitali, księgarni, drukarni i czytelnicy Jednoty cześć, mat. zwiedzanie fabryki w Kalinie, ewent. wyjazd do Pecek, do Budziejowic, do Michli (cukrownia), do instytutu radiologicznego w Podolu. Zwiedzanie zakładów szkolnych.

Wycieczki: Do Jachimowa (Joachimsthal), do Radotirskeho udali, na Morawy i do Słowacji do grotty Demarowskiej.

Zgłoszenia Zarząd Główny w Warszawie (Niecała 7, Tow. Lekarskie) musi otrzymać przed 30 marca, gdyż lista zgłoszeń do Pragi musi być wysłana na 31 marca r. b. Zgłoszenia referatów naukowych z krótkim streszczeniem muszą być przesłane do Pragi przed 15 kwietnia r. b.

Prosimy o przedłużenie terminu, lecz jeszcze odpowiedzi nie mamy i musimy się stosować do terminu, który nam przyjdzie podać, o którym rozesłaliśmy zawiadomienie do Zarządu wszystkich przewidzianych statutem 5-ciu Okręgów Związku Lekarzy Słowiańskich. Rozesłaliśmy również zawiadomienia do redakcji prasy lekarskiej i codziennej z prośbą o umieszczenie.

O jakichś nowych okolicznościach, które mogą się zdarzyć, niezwłocznie zawiadomimy.

— III Zjazd Okulistów Polskich odbędzie się w Poznaniu 27, 28 i 29 kwietnia r. b. Referatów zgłoszono 55.

Wszelkich informacji udziela Dr. Jasiński, klinika Okulistyczna U. P., Wały Batorego 2.

Z poważaniem
Dr. Jasiński.

— Zmiana terminu II Zjazdu Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich.

Z powodu zjazdu lekarzy słowiańskich w Pradze, mającego się odbyć w czasie Zielonych Świąt b. r., Komitet organizacyjny uchwalił przełożyć termin II Zjazdu Mikrobiologów i Epid. Polskich.

Zjazd ten odbędzie się we Lwowie, dnia 2 i 3 listopada b. r. bezpośrednio po zjeździe higienistów.

Tematy główne pozostają bez zmiany, tematy zwykłe uprasza się zgłaszać najpóźniej do połowy września na ręce sekretarza generalnego Dr. St. Legeżyńskiego, Lwów, Kochanowskiego 63.

— X Karlovarski Międzynarodowy Kurs Lekarski ze specjalnym uwzględnieniem Balneologii i Balneoterapii.

Tegoroczny kurs Lekarski odbywać się będzie w czasie od 23 do 29 września w Karlovyh Varach. Do wzięcia w nim udziału są upoważnieni lekarze i ich najbliższa rodzina za biletami udziału albo zaproszeniami. Przy towarzyszących imprezach są posiadacze tych kart gośćmi miasta. Studenci medycyny mają na odczyty wstęp bezpłatny.

Uczestnikom zagranicznym i towarzyszącym im osobom udziela czeskosłowackie Ministerstwo Kolei od granicy Republiki Czeskosłowackiej do Karlovyh Varów i z powrotem, jakoteż i na turystyczne ekskurje wewnątrz kraju Republiki Czeskosłowackiej 33¹/₃% zniżki we wszystkich klasach pociągu.

Wiadomości udziela zarządzający Dr. Edgar Ganz w Karlovyh Varach.

— Ciągająca się od dłuższego czasu sprawa kol. Witolda Szumlańskiego z kolegami Borzęckim i Jakubowskim, którzy za pośrednictwem Ministerstwa Kolei skierowali do sądu skargę na kol. Szumlańskiego o obrazę ich, jako urzędników tegoż Ministerstwa, zakończyła się niedawno uniewinnieniem kol. Sz. przez sąd apelacyjny.

Sprawa wynikła z powodu listu, napisanego przez kol. Sz. do wspomnianych kolegów, którym zarzucał intrygi, mające na celu usunięcie go ze stanowiska lekarza konsultanta kolei na rzecz innego, protegowanego przez nich lekarza. D-rzy Borzęcki i Jakubowski mieli wprawdzie jedyną w tym razie właściwą drogę zwrócenia się do sądu Izby Lekarskiej, woleli jednak uważać się za obrażonych w charakterze urzędników i skierowali skargę do sądu koronnego.

Po przejściu sprawy przez kilka instancji sąd apelacyjny ostatecznie uwolnił kol. Sz. od odpowiedzialności, motywując wyrok w ten sposób, że treść zarzutów uczynionych d-rom B. i J. bądź odpowiadała prawdzie, bądź też, że oskarżony miał podstawy obiektywne do uważania ich za prawdziwe, przyczem działał w obronie swej czci, domagając się w ten sposób ujawnienia rzeczywistych przyczyn zwolnienia go z zajmowanego stanowiska.

— Od kol. Jerzego Bujalskiego otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze!

Mam zaszczyt uprzejmie prosić o łaskawe umieszczenie w najbliższym numerze „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego” mego oświadczenia:

„Podaję do wiadomości, że d. 4 marca br. przestałem być członkiem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Wydawniczego i z tego powodu nie ponoszę ani moralnej, ani materialnej odpowiedzialności za jego działalność, jak również i za działalność drukarni, która stała się prywatną własnością Dr. R. Wierzbickiego”.

Zechce Pan Redaktor przyjąć wyrazy szacunku i poważania.

Dr. Jerzy Bujalski.

Warszawa 21.III.28.

— Kol. Edward Flatau nadesłał nam list, otrzymany od Zarządu Amerykańskiego Towarzystwa Neurologicznego. List ten w tłumaczeniu polskim brzmi jak następuje:

Szanowny Panie Doktorze,

Zarząd Amerykańskiego Towarzystwa Neurologicznego jest zdania, że chwila obecna sprzyja zaprojektowaniu Międzynarodowego Kongresu Neurologicznego, któryby się odbył latem 1931 r. Niżej podpisani powołani zostali jako Komitet.

Przedewszystkiem Komitet pragnie wiedzieć, czy projekt ten spotka się z uznaniem naszych Kolegów z innych krajów i jakie miejsce dla Kongresu byłoby ewentualnie najdogodniejsze i możliwe do przyjęcia dla wszystkich zainteresowanych.

Pomimo, że neurologzy Amerykańscy byłiby szczerze radzi przyjąć swych Kolegów w Stanach Zjednoczonych, przypuszczają oni, że Kongres Międzynarodowy będzie miał większą frekwencję, jeśli odbędzie się w bardziej centralnie położonym i dostępniejszym kraju, np. w Szwajcarii lub Holandji.

Najdogodniejszą porą wydawałby się nam ostatni tydzień stercnia lub pierwszy tydzień września. Koledzy z Europy będą mogli zapewne uzgodnić ten termin z okresem swych wakacji, zaś neurologzy Amerykańscy biorąc udział w Kongresie zdążą powrócić do Ameryki w czasie, gdy zwykle rozpoczynają swą pracę jesienną.

Komitet zwraca się do WPana z prośbą o poruszenie tej sprawy na łamach krajowej prasy medycznej i neurologicznej i poddać ją dyskusji na zebraniach medycznych. Komitet prosi

także o powołanie w możliwie najbliższym czasie conajmniej 2 delegatów z każdego kraju, celem szczegółowego omówienia ogólnych planów Kongresu. Komitet prosi o wypowiedzenie się, czy jest wskazane lub konieczne spotkanie się tych delegatów latem 1928 r. dla sformułowania ogólnego programu. Ze względu na to, że czasu jest pod dostatkiem, Komitet Amerykański jest zdania, że wszelkie porozumienia wstępne mogą być załatwione drogą listowną.

Jeśli myśl przedstawiona w niniejszym liście spotka się z uznaniem, Komitet Amerykański w najbliższym czasie zwróci się z prośbą o złożenie wniosków dotyczących utworzenia Komitetu Generalnego, ilości dni poświęconych na Kongres, powołania Komitetu Programowego, i wszelkich innych szczegółów, które mogą być wzięte pod uwagę, aby zapewnić Kongresowi Międzynarodowemu powodzenie. Mile widziane będą wnioski w sprawie miasta, w którym Kongres mógłby się odbyć. Koledzy znający dobrze warunki miejscowe będą mogli udzielić nam swych cennych wskazówek.

Oczekując rychłej odpowiedzi na niniejszy list ankietowy, który rozsyłamy do licznych przedstawicieli neurologii w krajach Europy, Azji i Ameryki Południowej

pozostajemy etc.

Komitet

(—) B. Sachs, New-York, Prezes
Charles L. Dana, New-York
Frederick Tilney, New-York
Theodor Weisenburg, Philadelphia

(—) Henry Alsop Riley, New-York, Sekretarz

— W Szpitalu Państwowym dla chorych psychicznie w Tworkach (dojazd z Warszawy elektryczną kolejką dojazdową z ul. Nowogrodzkiej) wakują dwie posady lekarskie.

Po bliższe informacje w sprawie tych posad należy się zwracać do dyrektora Szpitala (Pruszków, Tworki — lub Telefon podmiejska 1.54).

— Nowy zeszyt „Wszechświata“ Należy zaznaczyć ukazanie się nowego 9-go numeru „Wszechświata“, który znów przynosi szereg ciekawych artykułów i notatek. Na uwagę zasługuje zwłaszcza artykuł prof. Wertensteina o drogach wiodących do poznania jądra atomowego. O tak szeroko dziś omawianej sprawie hodowli żywych tkanek zwierzęcych pisze prof. J. Zweibaum na podstawie własnych doświadczeń.

— Numery 5 i 6 dwutygodnika „Dziecko i Matka“ zawierają dużo interesującej treści, między innymi artykuły: „Kilka uwag o baśniach i bajkach“, „Dziecko jako organizm czynny“, „Dziecko

i jego sen“, „Lecnicze działanie pobytu nad morzem“, „O żelazie“, „O rozwoju pojęć oderwanych u dzieci w wieku przedszkolnym“ i wiele innych.

— Rozpoczęcie kursu dla kontrolerów sanitarnych.

W początkach marca otwarty został w Państwowej Szkole Higjenu w Warszawie 4-ro miesięczny kurs wyszkolenia dla kontrolerów (dozorców) sanitarnych, jako pomocniczych organów wykonawczych w dziale administracji sanitarnej.

Zadaniem kursu jest nauczenie słuchaczy dokonywania inspekcji otoczenia (t.zn. domów, podwórzy, studni, ustępów i t. p.), dokonywania nadzoru nad produktami spożywczymi, wytwórn i miejsc sprzedaży ich, pobieranie prób do analizy wody, dokonywanie dezynfekcji i dezynsekcji i t. p.

Na kurs wpłynęło ogółem 85 zgłoszeń, w tem 54 kandydatów zgłoszonych przez władze rządowe i samorządowe (Wydziały Powiatowe Sejmików, Magistratów i t. p.).

Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc na kursie, w związku z ćwiczeniami praktycznymi, Państwowa Szkoła Higjenu uwzględniła tylko 34 zgłoszeń, w tem 31 kandydatów, delegowanych przez urzędy; 3 zgłoszenia prywatne.

Przeważna liczba kandydatów, którzy nie mogli być przyjęci na obecny kurs, zgłosiła swoje uczestnictwo na II-gi kurs, który rozpocznie się w styczniu 1929 r.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

— H. Strauss. Ueber das Schmerzproblem beim Magen-und Duodenalgeschwür. Odb. z „Klin. Woch.“ 1928. № 2.

— Zakład Psychjatryczny w Tworkach. IX Sprawozdanie za r. 1927. Tworki. 1928.

— Ludwik Łukowski. Przyczynę do dziedziczności krwawiączki. Odbitka z „Pamiętn. Wil. Tow. Lek.“ Rok 1. Zesz. I. 1925.

— H. Strauss. Sammelröhren oder pyelo-venöser Reflux im Nieren-Röntgenbild? Odb. z „Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr.“. T. XXXVI. Z. 6.

— Z. Stankiewicz. O t. zw. chorobie Osgood Schlattera (Apophysitis tibiae). Odb. z „Polsk. Rzegl. Radjolog.“ T. II. Z. 4. 1927.

— L. Hirszfild. Emil Freiherr von Dungern. Warschau 1928.

Od Administracji.

Z początkiem II kwartału r. b. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ wychodzić będzie raz na tydzień—we czwartek—w objętości 1 $\frac{1}{4}$ arkusza (20 kolumn).

Warunki prenumeraty:

w Warszawie kwartalnie Zł. 12.—

na prowincji „ „ 14.—

zagranicą „ „ 16.—

Administracja przeniesiona została na ulicę Zielną Nr 47 do Drukarni Kooperatywy Pracowników Drukarskich.

TRĘŚĆ: B. KARBOWSKI. Kiła wrodzona spóźniona ucha wewnętrznego w świetle nowych badań, (dokończ.). — H. ADEL-FANG. O leczeniu wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy promieniami Roentgena. — I. ITELSON. Ocena kliniczna odczynu Wassermann. — M. FEIGIN. Fizjologia i patologia oddychania w świetle nowszych badań fizyczno-chemicznych (streszcz. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. Zjazdy. — A. KRASUSKI. O nowych środkach, zastępujących morfinę i kodeinę (Dilaudid—Parakodina—Dikodid) (dokończ.). — M. KACPRZAK. Nowe prądy w nauczaniu higjenu. — W. KNAPPE. Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). Wiadomości bieżące. Nadesłano do Redakcji. — Od Administracji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: B. KARBOWSKI. Syphilis héréditaire tardive de l'oreille interne au point de vue des théories modernes (fin.). — H. ADEL-FANG. Sur le traitement de l'ulcère peptique de l'estomac et du duodénum au moyen des rayons X. — I. ITELSON. La valeur clinique de la réaction de Wassermann. — M. FEIGIN. La physiologie et la pathologie de la respiration au point de vue de l'examen physico-chimique moderne. — A. KRASUSKI. Les nouveaux remèdes qui remplacent la morphine et la codéine. — M. KACPRZAK. Nouvelles idées dans l'enseignement de l'hygiène.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa, Zielna 47. Tel. 19-57.