

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 28 M A J A 1931 R.

Nr. 22

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z kliniki chorób dziecięcych U. W.

(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz)

i z Działu Bakteriologii Państwowego Zakładu Higieny.

(Dyrektor: Prof. L. Hirschfeld).

Odporność ustrojów młodych.

Podali

Hanna i Ludwik HIRSZFELDOWIE (Warszawa).

Przedmiotem niniejszego artykułu są nie tylko zjawiska odpornościowe ustroju młodego, ale wszelki sposób ustosunkowania się do zarazka lub jego jadu, a zatem zarówno zjawiska oporności, jak i wrażliwości. Wrażliwość nie jest zjawiskiem *a priori* zrozumiałym, nie wymagającym wyjaśnienia. Wrażliwość jest nie tylko brakiem odporności, ale określonym ustosunkowaniem się ustroju do zarazka. Przy takim ujęciu nie możemy zadowolić się jedynie omówieniem zjawiska odporności czynnej i biernej, ale musimy ująć całokształt zjawisk odpornościowych. Musimy przede wszystkim uświadomić sobie, jaki jest wzajemny stosunek ustroju ludzkiego, wzgl. zwierzęcego do drobnoustroju. Dla przedstawienia tej sprawy podajemy niżej następujący schemat.

Postacie odporności.

a) fizjologiczna = naturalna b) czynna c) bierna d) symbiotyczna =
śródzakażna

Mechanizmy odporności.

A. Tkankowe

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| I) Areaktywność
= brak powinowactwa | { | fizjologiczna | { | a) przejściowa (niedojrzałość tkankowa) |
| | | | | b) trwała (konstytucyjna) |
| | | nabyta? | | (niewrażliwość na trucizny?, antyanafilaksja?) |
| II) Reaktywność
= istnienie powinowactwa | { | fizjologiczna (na jady pierwotne) | | |
| | | nabyta (na jady wtórne) | | |
| III) Hyperreaktywność = powinowactwo wzmożone | { | fizjologiczna (idiosynkrazja) | | |
| | | nabyta (alergja, paralerghja, wzmożona wrażliwość na jady pierwotne lub wtórne) i t. p. | | |

B. Humoralne

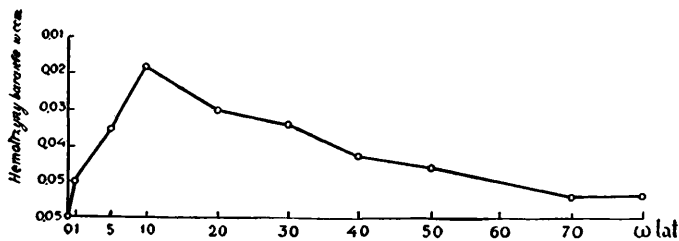
- | | | | | |
|---------------------------------------|---|-------------------|---|--|
| I. Brak przeciwciał | { | fizjologiczny | { | a) przejściowy (niedojrzałość (serologiczna) |
| | | | | b) trwały (konstytucyjny) |
| | | nabyty? | | (faza ujemna? antyanafilaksja?) |
| II) Ciała odpornościowe fizjologiczne | { | a) strącające | { | precypityny |
| | | | | aglutyniny |
| | | | | antytoksyny |
| III) ciała odpornościowe nabyte | { | b) rozpuszczające | | (lizyny) |
| | | c) opsonizujące | | (bakterjotropiny i t. p.) |
| | | d) dysocjujące | | (odzjadliwiające?) |
| | | | | (uzjadliwiające?) |

C. Fagocytoza (leukocyty, układ śluzkowo-śródbłonkowy)

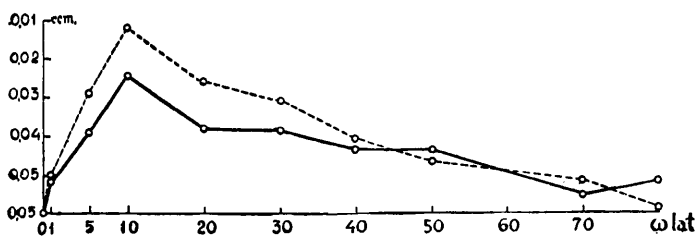
Odporność fizjologiczna albo naturalna byłaby niezależna od swoistych bodźców zewnętrznych. Ponieważ najdokładniej zanalizowany jest pod tym względem odczyn Schicka, niechże więc on będzie tym prototypem, ilustrującym, co pod odpornością fizjologiczną rozumieć należy. Odczyn Schicka ujemny polega zwykle na obecności antytoksyn t. z. normalnych. Podczas gdy w wieku do 6 miesięcy liczba odczynów ujemnych wynosi około 90%, odsetek ten spada znacznie i wznosi się w miarę dojrzewania ustroju, wynosząc około 85% u osobników dorosłych. Podczas gdy większość autorów uważa te przeciwciała za zdobyte na skutek zakażenia (często utajonego) wspólnie z Brokmanem podaliśmy szereg danych, że rozchodzi się tu o cechy przede wszystkim konstytucyjne jak sądzili już dawniej Groer, Schicki Kassowitz. Nie można, naszym zdaniem, mówić jedynie o wpływie bodźców swoistych na powstawanie przeciwciał, albowiem istnieją one i w stosunku do zarazków niechorobotwórczych, wzgl. dla komórek, z którym ustroj nie walczył (np. izoprzeciwciała). Stwierdzić należy, że przeciwciała fizjologiczne w ustroju młodym do 6 miesiąca życia są zazwyczaj nieobecne i rozwijają się dopiero jako wyraz dojrzewania ustroju — proces, nazwany przez Hirschfelda serogenezą. W pracach dawniejszych zwróciliśmy uwagę na konieczność dokładniejszego zbadania wzrostu przeciwciał fizjologicznych. Prace te zostały ostatnio dokonane przez kilku badaczy. Tak np. Schiffi Mendlo-

wicz, potwierdzając wzrost izoprzeciwciał w młodym wieku, zwrócili uwagę na ich zanik w wieku starszym, ujmując to jako *inwulcję serologiczną*. Thomsen i Kettel podają, że najwyższe miano izoprzeciwciał znajduje się pomiędzy 5 — 10 rokiem życia. Friedberger i jego współpracownicy podają krzywą podobną do hemolizyn przeciwbarycznych, szczyt krzywej znajduje się jednak pomiędzy 10—20 rokiem życia. Ciekawym jest, że aglutyniny w surowicy człowieka dla krwinek króliczych wykazują nieco odmienną krzywą rozwoju. Podług Friedbergera krzywe wzrostu u kobiet i mężczyzn zachowują się również odmiennie: dziewczęta na ogół dojrzewają serologicznie wcześniej, niż chłopcy. Podajemy krzywe Friedbergera, zaznaczając, że i izoprzeciwciała w obrębie rozmaitych grup wykazują pewne różnice w mianie.

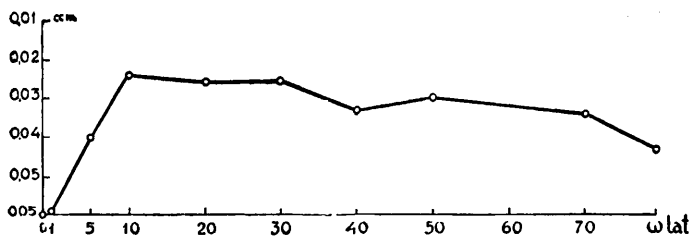
Hemolizyny baranie w surowicach ludzkich p/g wieku



Hemolizyny baranie w surowicach ludzkich p/g wieku i płci — — — — — mężczyźni
- - - - - kobiety



Agglutyniny dla krwi królika w surowicach ludzkich p/g wieku



Widzimy zatem, że ciała odpornościowe niezależnie od bodźców zewnętrznych wznoszą i znikają, że odmiennie ciała odpornościowe posiadają swój własny rytm powstania i zaniku, który następuje tak wcześnie, że pod względem serologicznym już powyżej 20 roku życia jesteśmy w stanie wolnego, lecz stalego zaniku naszych sił odpornościowych. Stwierdzamy zatem jako pierwsze prawo, odróżniające ustrój młody od dorosłego: podczas gdy ten ostatni zwykle ma zrealizowaną zdolność wy-

tworzenia pewnych przeciwciał, ustrój młody zdolności tych nie zrealizował, jest on pozbawiony antytoksyny i innych przeciwciał fizjologicznych, wytworzonych przez siebie, przeciwciał własnych. Natura jednak postarała się zastąpić tę nieudolność fizjologiczną młodego ustroju opieką serologiczną matki. Dziecko młode posiada te przeciwciała odpornościowe, lecz nie nabyte wysiłkiem własnym.

Tę postać odporności nazywamy, jak wiadomo, bierną.

Zastanówmy się, w jaki sposób odbywa się przekazywanie przeciwciał z matki na dziecko. Serologiczne współżycie matki i płodu nie kończy się z chwilą porodu. Jakie mechanizmy u różnych zwierząt odgrywają najważniejszą rolę w życiu płodowym i w jaki sposób matka może udzielić opieki serologicznej dziecku w życiu pozapłodowym?

Przekazywanie przeciwciał odbywa się poprzez łożysko oraz poprzez młodziwo (*colostrum*), i to ostatnie jest możliwe dzięki przepuszczalności przewodu pokarmowego niemowląt młodych.

W roku 1892 r. Ehrlich, uodparniając czynnie myszy przed zapłodnieniem przeciwko jadom roślinnym (rycynie, abrynie itd.), dowiódł 1) iż tylko matka przekazuje odporność potomstwu, ojciec zaś nigdy nie przenosi odporności poprzez plemniki, 2) że ta odporność jest przejściowa, trwa półtora do trzech miesięcy i nie zostaje przekazywana drugiemu pokoleniu, 3) że przeciwciała przechodzą poprzez łożysko i do mleka. To ostatnie zostało dowiedzione w ten sposób, iż młode matek nieuodpornionych, ssąc u matek odpornych, zdobywały odporność; młode odporne, ssąc u matek nieuodpornionych, traciły ją, zaś młode odporne, ssąc u matek odpornych, zachowywały długo odporność.

Co do przepuszczalności łożyska, dawniej istniał pogląd (Behring, Pfaundler, Roemer), iż bez względu na gatunek zwierzęcy, łożysko jest nieprzepuszczalne dla substancji białkowych i dla przeciwciał matczynych, i że jedynie po uszkodzeniu łożyska przez procesy chorobowe lub białko heterologiczne, stawało się ono przepuszczalne. A zatem dla tych autorów przepuszczalność łożyska była zjawiskiem patologicznym. Ostatnio większość autorów, szczególnie amerykańskich, przypuszcza, że przepuszczalność łożyska jest fizjologiczna i odbywa się poprzez mechaniczną filtrację. Przyjrzyjmy się, jak się te procesy odbywają u ludzi i zwierząt na mocy najnowszych badań.

Obserwacja kliniczna wykazuje, że dzieci matek odpornych na choroby zakaźne są również odporne na te choroby, że rzadko zakażenie występuje przed 3-6 miesiącem życia do czasu zupełnego wyeliminowania przeciwciał. Przeciwnie, dzieci matek nieodpornych mogą zapadać i nawet ciężko na dane schorzenia. Tak samo istnieje odporność na choroby, na które matka zapadła na krótko przed porodem. Lereboullet i Bruckner wykazali to dla ospy. Burckhardt wykazał, że dzieci matek szczepionych przeciwko ospie w ostatnich miesiącach ciąży, są odporne na krowiąkę, podczas gdy większość dzieci kon-

trólnych reaguje na szczepienie. Szereg autorów wykazał obecność przeciwiadu błoniczego we krwi pępkowej dzieci matek odpornych. Podług Groera i Kassowitza w 84 proc. przypadków miano antytoksyny we krwi pępkowej i we krwi matki jest identyczne. Wynioskowali oni z tego faktu, iż ludzkie łożysko jest przepuszczalne dla antytoksyny błoniczej.

Ten Broeck i Bauer wykazali przepuszczalność ludzkiego łożyska dla antytoksyny tężcowej. Scholz, Stäubli, Mosse wykryli aglutyniny przeciwdrurowe we krwi w pępowinie dzieci, których matki przechodziły dur podczas ciąży. Coock i Debré twierdzą, że matka przekazuje dziecku przeciwiaciała, odchylające dopełniacz w gruźlicy. Halban i Landsteiner znaleźli bakterjolizyny matki w surowicy dziecka, lecz w mniejszym mianie. Hirschfeld i Zborowski zbadali przedewszystkiem przepuszczalność łożyska dla przeciwiaciół fizjologicznych izoaglutynin. Jeżeli z jednej strony potwierdzili, że łożysko jest mało przepuszczalne, to jednocześnie mogli wykazać, że przepuszczalność zależy od grupy krwi: jest najczęstsza w grupie O, najrzadsza w grupie A. Wszystkie te fakty wskazują na fizjologiczną przepuszczalność łożyska u ludzi, niejednakową dla rozmaitych przeciwiaciół, być może, różną dla rozmaitych osobników. Dowiedziono również przechodzenia poprzez łożysko precypityn, bakterjolizyn, chemicznych składników krwi i t. d. Teoria przepuszczalności jedynie po uszkodzeniu łożyska — upadła.

O ile się zwrócimy do świata zwierzęcego, zobaczymy, iż zauważono fakty zgoła rozbieżne. Nie udało się wykryć przeciwiaciół u koźląt. Podług Gengou koza aglutynowała węglik w rozcieńczeniu 1:400, koźlą zaś 1:10, co jest normalne. Podług Krausa odpornościowe hemaglutyniny nie przechodzą z uodpornionej owcy na jagnię. To samo ma miejsce przy uodparnianiu owcy krwinkami kurzemi (Bertarelli). Roemer i Dzierzgowski, uodparniając konie, bydło rogate, owce, świny i psy antytoksyną tężcową, otrzymali wyniki ujemne. Natomiast udało się Chauveau przez uodpornienie owiec na węglik otrzymać odporne młode. Udało się dowieść obecność aglutynin przeciwdrurowych i przeciwholerycznych u morskich świnek i królików matek odpornych. Teobald Smith wykazał, że morskie świnki, otrzymując zastrzykiwania toksyny błoniczej, przekazują potomstwu odporność. Ascoli karmił i zastrzykiwał ciężarnym morskim świnkom różne proteiny, wydobywał płody za pomocą cesarskiego cięcia i dowiódł obecności precypityn zarówno u matki, jak i u płodu. Zostało to potwierdzone przez Holforda. A zatem heterologiczne proteiny mogą przechodzić poprzez normalne łożysko. Roemer znalazł, że łożysko krów, owiec i koni nie przepuszcza przeciwiaciół, podczas kiedy łożysko morskich świnek, królików i ludzkie posiada zdolność przepuszczania ich w wysokim stopniu.

Na czem mogą polegać różnice te u ludzi i gryzoniów z jednej strony, u zwierząt przeżuwaczy z drugiej? Kutner i Ratner podają nader ciekawe objaśnienie histologiczne dla tego zjawiska. U ludzi i gryzoniów krwiobiegi matki i dziecka dzieli jedna tylko warstwa komórek, podczas gdy u zwie-

rząt przeżuwaczy stwierdza się istnienie trzech pokładów komórkowych.

Pozatem różne wyniki autorów, według Famulenera objaśniają się tem, iż nie uwzględniano u młodych, czy ssały już one młodziwo, czy nie, gdyż podług niego ono głównie przenosi przeciwiaciała bierne. Już w roku 1909 Bauer wyraził przypuszczenie, iż młodziwo odgrywa dużą rolę w odporności noworodka. Famulener, eksperymentując na kozach, znalazł, iż młodziwo odgrywa pierwszorzędną rolę w przenoszeniu hemolizyn na młode. Zawiera ono często znacznie więcej przeciwiaciół hemolitycznych, niż surowica uodpornionego zwierzęcia.

Howe dowiódł, że krew nowonarodzonego cielęcia nie zawiera ani pseudoglobulin, ani euglobulin. Po spożyciu młodziwa zawartość globulin szybko wzrastała w porównaniu z cielętami kontrolnymi. Little i Orend wykazali, że jałówki krów odpornych na *bacillus abortus* nie zawierają po urodzeniu aglutynin w surowicy, że zjawiają się one natomiast już w kilka godzin po spożyciu młodziwa.

Podług Smitha i Little'a 75—78 proc. jałówek, pozbawionych młodziwa, ginie skutkiem ogólnego zakażenia wywołanego przez prątek okrężnicy. Przy życiu zostają jedynie te zwierzęta, które choć przez krótki czas spożywają młodziwo.

U ludzi Lewis i Wells wykazali, że krew z pępowiny zawiera pseudoglobuliny i jest pozbawiona euglobuliny. U trojga dzieci po karmieniu młodziwem euglobulina zjawiała się, u niemowląt kontrolnych było jej brak. Kutner i Ratner dowiedli, że miano antytoksyny u matki i dziecka jest identyczne i nie wzrasta po karmieniu młodziwem. To ostatnie zawiera antytoksynę, ale w znacznie mniejszej ilości, niż krew. A zatem u ludzi młodziwo zdaje się nie odgrywać tej roli, co u zwierząt.

Budowa histologiczna łożyska (3 warstwy komórek) u kóz i krów nie pozwala na przechodzenie substancji odpornościowych poprzez łożysko; głównym czynnikiem przenoszenia przeciwiaciół z matki na dziecko staje się młodziwo. Wymiona krwi przy porodzie zawierają 9 kg. młodziwa.

U ludzi łożysko jest przepuszczalne dla niektórych przeciwiaciół, młodziwo zjawia się dopiero po 12 godzinach w ilości 5 ccm., zaś po 48 w ilości 90 ccm., z braku młodziwa nie wynika szkoda dla noworodka ludzkiego. W 18 przypadkach niemowląt, karmionych młodziwem, i tyłuż kontrolnych rozwój fizyczny był jednakowy.

A zatem, jak widzimy, istnieją duże różnice w przechodzeniu przeciwiaciół poprzez łożysko u różnych gatunków zwierząt. U kóz i krów ze złożoną budową anatomiczną łożyska przeciwiaciała nie przechodzą poprzez nie, i młodziwo okazuje się głównym przenosicielem odporności z matki na potomstwo. U ludzi i gryzoniów prosta budowa łożyska (jedna warstwa komórek) pozwala na przechodzenie przeciwiaciół. W zjawisku tem widzimy pewną ekonomję natury, która nie jest zbyt hojna w uposażeniu dziecka. Tam, gdzie łożysko przepuszcza przeciwiaciała, młodziwo odgrywa mniejszą rolę, zaś tam, gdzie łożysko jest nieprzepuszczalne, dziecko otrzymuje całokształt odporności poprzez młodziwo.

Co się tyczy znaczenia mleka dla

o d p o r n o ś c i, istnieją pewne kliniczne wskazówki, że mleko matki może przenieść białko pokarmowe na ssące niemowlę i wywołać u niego zaburzenie w odżywianiu. O'Keefe wykonał dodatnie alergiczne odczyny skórne u ssących niemowląt, które nigdy nie stykały się z danymi pokarmami. Ostatnio Moro i Witebski wykazali często obecność przeciwciał dla mleka krowiego w surowicy osesków, karmionych sztucznie. Shamon stwierdził jakoby istnienie białka jaja w pokarmie kobiecym, co nie zostało potwierdzone.

Autorzy badali, czy morska świnka, otrzymując duże dawki surowicy końskiej przez pierwsze dni po porodzie, może przenieść ją poprzez mleko i uczulić młode. Po 3—7 tygodniach zastrzykiwano surowicę końską, okazało się, że nie są one uczulone. Te same samice bez dalszych zastrzykiwań surowicy urodziły po raz drugi i temu pokoleniu przekazały przeciwciała uczulające, albowiem w 24 godziny do 8 dni po urodzeniu, po zastrzyknięciu młodym surowicy końskiej, wykazywały one objawy wstrząsu anafilaktycznego. Brieger i Ehrlich wykazali u kóz przechodzenie antytoksyny tężcowej w znacznych ilościach mleka; Ehrlich i Wassermann — obecność antytoksyny błoniczej w mleku. Vaillard potwierdził doświadczenia Ehrlicha dla myszy, ale wykazał, że u morskiej świnki

i królika antytoksyna u matki uodpornionej przechodzi do mleka, ale nie może uodpornić młodych.

Co do aglutynin durowych, większość autorów dowodzi, że przechodzą one do pokarmu kobiecego, ale co do ich obecności u ssawców zdania są podzielone. Salge dowiódł, że karmicielka odporna na błonicę przeniosła antytoksynę na niemowlę; po zastrzyknięciu karmicielce antytoksyny miano u dziecka wzrosło. Nie zostało to potwierdzone przez innych metodą Roemera. Ehrlich omylił się, sądząc, że mleko odgrywa tak ważną rolę u wszystkich gatunków zwierzęcych. Achard stwierdził aglutyniny durowe w mleku karmicielki chorej na dur. Dieulafoy, Widal i Sicard w mleku króliczym i koziem u zwierząt, którym zastrzyknięto prątki durowe.

Intensywność przechodzenia przeciwciał humoralnych do mleka jest zmienna. Przyczyny tego zjawiska są nieznanne. Według spostrzeżeń własnych, izoprzeciwciała w mleku w obrębie grupy O spotykają się 2 razy częściej, niż w obrębie grupy A i B. Wobec tego liczyć się należy z możliwością, że zawartość przeciwciał w mleku jest pewną swoistą cechą, być może konstytucyjną.

Nie byłoby wyłączeniem, iż przeciwciała, pochodzące od matki, należącej do odmiennej grupy serologicznej, krążą krócej w ustroju dziecka.

(C. d. n.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyrektor: Prof. Dr. med. Witold Orłowski).

Modyfikacja metody Hagedorn-Jensena oznaczania zawartości glukozy we krwi w zastosowaniu do praktyki lekarskiej.

Podał

Prof. Dr. A. MAŃKOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 22)

Pierwsza trudność i źródło błędów w metodzie Hagedorn-Jensena kryje się w pobieraniu krwi pipetą miareczkowaną. Każdy, kto wielokrotnie pobierał krew pipetą do oznaczania glukozy, wie bardzo dobrze, jak często to pobieranie może powodować niedokładności wyników, dzięki zaczynającemu się skrzepowi krwi w kanale pipety, przez co nie wszystka pobrana krew może być wydmuchana do probówki zawierającej odczynniki I i IX. Wejście pęcherzyków powietrza do pipety w chwili pobierania krwi, niedokładne napełnianie się jej krwią do podziałki 0.1 i inne usterki, które mogą zdarzyć się w rękach nawet bardzo wprawnego badacza, nasunęły mi myśl używania pipet specjalnie sporządzonych o pojemności 0,1 cm³, przedstawiających cienkościennie rurki, podobne do używanych do pobierania krwi dla oznaczenia hemoglobiny przyrządem Flejszla. Taka wąska rurka łatwo wciąga krople wyciekającej krwi, tak, iż pobierającemu krew pozostaje tylko zauważyć moment, kiedy

rureczka napełni się krwią zupełnie, aby w tej chwili odsunąć ją od kropli krwi. Napełnioną krwią rurkę wrzuca się do grubościennej probówki z jenajskiego szkła zawierającej odczynniki I i IX. Krew wycieka z pipety i miesza się z odczynniki. Jeżeliby krew skrzepła w pipecie, trzeba pipetę stłuc w probówce szklanej laseczką.

Odmierzanie odczynników pipetami może być źródłem błędów dla badacza, który nie posiada należytej wprawy; to jest drugą ujemną stroną metody Hagedorn-Jensena. Poza tem mieszanki odczynników, np. odczynnika II, (składająca się z roztworu K₄FeCN₆ i roztworu Na₂CO₃), a również mieszanka odczynników III i IV, prędko psują się, co też jest cechą ujemną metody, bo wymaga częstej zmiany odczynników. Dla usunięcia błędów w odmierzeniu podczas wykonywania badania, oraz zapobiegania rozkładowi odczynników „*lege artis*” przygotowanych, przechowuje je po dokładnem ich odmierzeniu w ciemnych ampułkach w ciemnej szafie. W takich ampułkach odczynniki przechowują się długo, nie ulegając zmianom, które mogą nastąpić wskutek rozkładającego działania powietrza, światła i innych czynników oraz wskutek wysychania roztworów naokoło korków butelek, w których zwykle odczynniki się przechowuje.

Odczynnik II przechowuje nie jako mieszanekę, lecz jako osobne roztwory:

a) — 1,65 K₄FeCN₆ w wodzie przekroplonej do 500 cm³ i

b) — 10,6 Na₂CO₃ w wodzie przekroplonej do 500 cm³.

Każdy z roztworów rozlewa się do ampułek

po 1 cm³, i przechowuje się w zalutowanych ampułkach do wykonania próby. W chwili wykonania badania zawartość ampułek wlewa się do przesącza badanego płynu.

Odczynnik III i IV też przechowuje się w osobnych ampułkach, z których jedna zawiera 1,6 cm³. Nr. III, a druga—0,4 cm³. Nr. IV.—Zawartość obu ampułek łączy się z sobą podczas wykonania próby.

Podobne przechowywanie odczynników III i IV każdego osobno zapewnia ich długotrwałość w roztworach.

Odczynnik V przechowuje się w ampułkach à 2 cm³. Odczynnik VI (skrobia 2 krople)—w zalutowanej pipecie.

Odczynnik VII—tiosiarczan sodu—n²⁰⁰, przechowuje się długo w ampułkach bez zmian, jeżeli użyć do rozcieńczenia starego n¹⁰ roztworu, rozcieńczając go gorącą świeżą wodą przekroploną. Rozcieńczony roztwór rozlewa się do ampułek i zalutowuje się. Ampułki z tiosiarczanem muszą być przygotowane rozmaitej pojemności, a mianowicie: 1,0 cm³, 0,5; 0,2; 0,1; 0,05; 0,02 i 0,01 cm³.

Posiadając zapas takich ampułek, łatwo jest wykonać nawet bardzo ściśle oznaczenie bez mikrobiurety. Ma się rozumieć, dla ścisłego określenia trzeba oznaczyć miano n²⁰⁰ tiosiarczanu, używanego do miareczkowania. W moich badaniach miano n²⁰⁰ tiosiarczanu pozostało bez zmian, pomimo przechowywania go prawie 6 miesięcy.

Odczynnik VIII (jodan potasu—KJO₃) zwykle nie zmienia się przez długi czas, jeżeli przechowywać go w naczyniu z ciemnego szkła i w ciemnej szafie; w zalutowanych ampułkach ciemnego szkła nie ulega on zupełnie zmianom.

Roztwory K₃FeCN₆, KJ i KJO₃ muszą się przechowywać bezwzględnie w ampułkach z ciemno-żółtego szkła. Dla innych natomiast odczynników barwa szkła jest obojętna, ale lepiej ampułki z odczynnikami przechowywać w ciemnym miejscu.

Dla ułatwienia wykonania próby trzeba mieć zapas wody przekroplonej w ampułkach po 3 cm³.

Nie mam potrzeby zastanawiać się dłużej nad tem, dlaczego używanie seryj odczynników w ampułkach usuwa niedokładności, które mogą powstawać wskutek odmierzania odczynników pipetami podczas wykonywania próby. Ponadto samo badanie zabiera o wiele mniej czasu gdy się posługujemy odczynnikami w ampułkach nie zaś zwykłymi ich roztworami z butelek.

Jedną z trudności w metodzie Hagedorn-Jensena tworzy długo trwające sączenie przez zwilżony wacik. Tę wadę usunąłem, używając zamiast zwykłej bawełnianej waty watę szklaną—czystą albo z bardzo małą domieszką waty bawełnianej*). Lejki, których używam, są nieco węższe i dłuższe, niż zwykłe, a ściany ich nie tworzą kąta ze ścianami wychodzącej z nich rurczki, lecz stopniowo przedłużają się w rurczkę tak, że cały lejek przedstawia stożek, którego szeroka część ma średnicę 25—30 mm., a wąska—4 mm. W takich

*) Po napisaniu niniejszego artykułu przeczytałem pracę A. Jędrzejewskiej i Kołodziejewskiej: „Kilka uwag co do sposobu oznaczania cukru we krwi mikrometodą Hagedorna i Jensena”. Warsz. Czasopismo Lek. Nr. 33. Paźdz. 4; 1928. Autorki używają do sączenia oczyszczonego asbestu zamiast wacików bawełnianych, które mogą zawierać substancje redukujące.

lejkach sączki ze szklanej waty trzymają się dobrze, a po przesączeniu płynu można łatwo przedmuchiowaniem wypędzić z wacika ostatnie krople płynu. Wkładając wacik do lejka przed jego zwilżeniem, przykładam lejek do ust szeroką stroną i przedmuchiuję suchy wacik, aby spróbować, czy sączenie będzie łatwe. Jeżeli powietrze przechodzi zbyt łatwo, trzeba wacik ostrożnie popchnąć szklaną laseczką do rury lejka. Jeżeli zaś, odwrotnie, wacik źle przepuszcza powietrze, lepiej zamienić go na inny, aby sączenie nie trwało długo. Zwykle sączenie z dobrze sporządzonym szklanym wacikiem trwa nie dłużej nad 1/2—1 1/2 minuty. Przed użyciem lejków z wacikami ze szklanej waty trzeba koniecznie waciki zwilżyć wodą przekroploną i przedmuchać lejki, aby wypędzić wodę.

Momentem decydującym w metodzie Hagedorn-Jensena jest miareczkowanie tiosiarczanem sodu z mikrobiurety. Moment ten wymaga posiadania mikrobiurety oraz pewnego doświadczenia ze strony badacza.

Usunąć te wymagania starałem się w ten sposób, że jak już wyżej zaznaczyłem tiosiarczan nalewałem do ampułek w rozmaitej ilości: po 1,0—0,5; 0,2; 0,1; 0,05; 0,02 i 0,01 cm³. Miareczkowanie wykonywam w ten sposób, że ampułkę, zawierającą pewną ilość tiosiarczanu sodu, wrzucam do szerokiej próbówki z badanym płynem i tam rozbijam laseczką szklaną. Połączenie się wylewającego się z ampułek tiosiarczanu sodu z płynem w próbówce powoduje pewne jego odbarwienie. Zupełne odbarwienie płynu wskazuje na koniec miareczkowania. W badaniach z próbówką kontrolującą wrzucam się od razu ampułkę à 1,0 cm³, następnie à 0,5 cm³, à 0,2 cm³, każdorazowo zwracając uwagę na stopień odbarwienia płynu w próbówce. Wreszcie à 0,1 cm³, 0,05, 0,02 i 0,01 cm³ tiosiarczanu sodu n²⁰⁰. Notując liczbę i zawartość ampułek, otrzymujemy ilość zużytego tiosiarczanu. W próbówce, zawierającej badaną krew, miareczkowanie trzeba zaczynać od ampułek, zawierających mniej tiosiarczanu, mianowicie, od ampułek à 0,2 cm³*, gdy podejrzewa się niedocukrzenie krwi, oraz od ampułek z 0,5 cm³ tiosiarczanu w przypadkach z przecukrzeniem.

Wykonanie oznaczenia glukozy we krwi za pomocą powyżej opisanej modyfikacji metody Hagedorn-Jensena przedstawia się tak:

1) Przygotowujemy ampułki z odczynnikami w porządku ich używania.

2) Do dwóch grubościennych próbówek z najskiego szkła nalewa się z ampułek odczynniki I i IX.

3) Do jednej z próbówek wrzucą się pipetą pojemności 0,1 cm³ z pobraną krwią i krew miesza się z odczynnikami.

4) Próbówki wkłada się na 3—4 minuty do wrzącej kąpieli. Jednocześnie szykuje się 2 lejki z wacikami ze szklanej waty. Po zwilżeniu wacika lejki wkłada się do szerokich grubościennych próbówek 30 mm. średnicy i 100 mm. wysokości.

5) Gorącą zawartość próbówek sączy się przez lejki z wacikami i próbówki 2 razy przepłukuje się 3 cm³ wody przekroplonej, którą wy-

*) Zakończyć miareczkowanie można wlewając kropelkami n^{10/200} tiosiarczan pipetą z podziałkami na 1/100 cm³.

lewa się do lejka. Po skończeniu sączenia lejki przedmucha się nad probówkami i do każdej probówki wlewa się płyn z ampulek, zawierających po 1 cm³. roztworów, tworzących odczynnik II.

6) Probówki wkłada się do wrzącej kąpieli wodnej na 15 minut.

7) Po ostudzeniu probówek dodaje się odczynnik III i IV (III w ilości 1,6 cm³, a IV w ilości 0,4 cm³, co razem tworzy 2 cm³.)

8) Dodaje się odczynnik V (2 cm³.)

9) Nalewa się odczynnik VI (2 krople skrobi).

10) Miareczkuje się wymierzonymi ampułkami tiosiarczanu w sposób, podany wyżej.

11) Oblicza się ilość glukozy za pomocą tablicy Hagedorn-Jensena, jak w oryginalnej metodzie.

Opisany sposób wykonania metody Hagedorn-Jensena pozwala każdemu lekarzowi-praktykowi z łatwością samemu oznaczyć u siebie w domu % glukozy we krwi chorego, pobranej za pomocą pipety, którą wrzuca się do probówki zawierającej mieszanek odczynników I i IX.

Do celów praktyki lekarskiej nie jest konieczne ściśle wyliczanie mgr. % glukozy, ma natomiast znaczenie stwierdzenie stanu bliskiego do hipoglikemii albo do hiperglikemii. W tym celu można było by moim zdaniem badanie ograniczyć ponieważ do wykonania próby tylko w jednej probówce, zawierającej krew.

Zużycie 1,60 cm³. i więcej tiosiarczanu n₂₀₀ do pełnego odbarwienia płynu w szerokiej probówce przemawiałyby za stanem niedocukrzenia krwi, albo bliskim do niego. Natomiast zużycie 1,30 cm³. albo mniej wskazywałoby na stan mniej więcej hiperglikemiczny. Wreszcie liczby zużytego n₂₀₀ tiosiarczanu między 1,60 cm³. i 1,30 cm³. świadczyłyby o normalnej zawartości glukozy we krwi.

Polecana przezemnie modyfikacja metody Hagedorn-Jensena przedstawia następujące zalety:

1) Ułatwia dokładne i szybkie pobieranie krwi, ponieważ pipety nie mogą pomieścić więcej, niż 0,1 cm³. krwi. Zaznaczę tu, że, pobierając krew, trzeba pamiętać, że 0,1 cm³. zawiera niemniej, niż 2 duże krople krwi, a więc nakłucie musi być odpowiedniej głębokości.

2) Zapewnia stałość odczynników.

3) Usuwa niedokładności, wynikające z używania pipet do wymierzania odczynników podczas wykonywania oryginalnej próby.

4) Znacznie skraca czas wykonania próby, przyspieszając sączenie i dodawanie odczynników.

5) Nie wymaga używania do miareczkowania mikrobiurety, ponieważ miareczkowanie może być wykonane bardzo dokładnie za pomocą mikro-

ampulek (pipetek) zawierających po 0,02 i 0,01 cm³. tiosiarczanu n₂₀₀.

6) Umożliwia wykonanie próby nawet przez osoby, nie zajmujące się analizami.

7) Nie wymaga specjalnie urządzonej pracowni albo drogo kosztujących przyrządów (jak mikrobiurety).

Do wykonania próby Hagedorn-Jensena w podanej przezemnie modyfikacji jest potrzebne:

a) 2—3 grubościenne probówki ze szkła jenajskiego średnicy 15—16 mm. i długości 160—170 mm.;

b) 2 szerokie (130 mm. średnicy i 100 mm. długości) probówki;

c) 2—3 szklane laseczki 4—5 mm. grubości i 200 mm. długości;

d) 5—6 pipet à 0,1 cm³. do pobierania krwi;

e) lampka spirytusowa;

f) 2—3 lejki szklane i trochę waty szklanej;

g) rondelczek blaszany średnicy 75 mm. i wysokości 100 mm. (na dno rondelka podczas nagrzewania wody wrzuca się kilka kawałków bibuły, aby szkło probówek nie dotykało się do metalu);

h) serja ampulek z dokładnie odmierzonemi odczynnikami;

i) tablica Hagedorn-Jensena do obliczenia zawartości mgr. % glukozy.

Ma się rozumieć, że do pobrania krwi trzeba mieć igłę Franka, albo inny odpowiednio kłujący przyrząd.

Oczywiście, że korzystając z podanej przezemnie modyfikacji można, tylko posiadając dokładnie wymierzone pipety à 0,1 cm³. oraz ampułki z *lege artis* przygotowanemi i odmierzonemi odczynnikami. Masowa produkcja tych przedmiotów musi wykonywać się pod specjalną kontrolą w zakładach, które mogą poręczać dokładność wykonania tej pracy. Państwowy Zakład Higjeny, wyrabiający insulinę, mógłby, jako najmocniej zainteresowany, przygotowywać masowo odczynniki w ampułkach i pipety à 0,1 cm³.

Wydatki na wyrób tych przedmiotów z lichwą się pokryją, ponieważ wszystkie kliniki, szpitale i nawet pracownie analityczne prywatne oraz lekarze chętnie będą nabywali te przedmioty, jeżeli będzie zapewniona dokładność wytwarzania i odmierzenia odczynników i pipet à 0,1 cm³.

* * *

Zgodnej z tradycjami dawnych czasów kolegialności p. prof. Orłowskiego, mianowicie jego zezwoleniu na dopuszczenie mnie do pracy w powierzonej Mu klinice, zawdzięczam wykonanie pracy, której część stanowi ten artykuł. Szczerze podziękowanie p. prof. W. Orłowskiemu jest im miłym obowiązkiem, który tu spełniam.

*Z Zakładu Farmakognozji U. S. B.
(Kierownik: Prof. J. Muszyński).*

Dr. M. Chorzelka.

Z badań nad jecorolem.

Każde nowe odkrycie, każdy postęp w dziedzinie medycyny pobudza wytwórczość chemiczno-farmaceutyczną. Nowych leków zarówno wypróbowanej, jak i niewypróbowanej wartości posiadamy dziś tak wiele, że stare środki lecznicze zostały w znacznej mierze wyrugowane i zastąpione t. zw. lekami patentowanymi, wyprodukowanymi masowo przez fabryki chemiczne. Wśród ich powodzi nowych leków są jednak i nieliczne stare, których znaczenie nie umniejszył czas ani najnowsze postępy nauki. Niejednokrotnie też w pracowniach naukowych szukamy uzasadnienia tej wytrzymałości, tego niekiedy wiekowego trwania leków i przyznać trzeba, rzadko spotyka nas zawód. Instynkt, intuicja i zdolność obserwowania przyrody były niekiedy bodźcami dużo płodniejszej i trafnej wytwórczości, aniżeli teoretycznie wypracowane nowe leki.

Nie chcę bynajmniej przez to powiedzieć, że wszelka celowa i teoretyczna wytwórczość jest zbędną, przeciwnie, uznaję całkowicie jej konieczność, chcę tylko zaznaczyć, że nie wszystkie stare leki są pozbawione wartości.

Jednym z najstarszych weteranów w lecznictwie jest tran. Ileż to pokoleń dziecięcych przeszło tę przykrą, ale i niezawodną kurację tranową. Zastosowanie było dosyć szerokie: krzy-

rym z gorączką popołożową podawano tran jako źródło czynnika odporności, z doskonałym zresztą wynikiem). Nie jest również stwierdzone, czy kseroftalmja jest objawem wtórnym, czy też może spowodowana jest brakiem swoistego czynnika. Prof. Muszyński, farmakognosta wileński, od dawna wyrażał przypuszczenie, że t. zw. antocyjany, naturalne składniki licznych kwiatów i owoców, posiadają pewną niezaprzeczoną łączność z witaminami. Aby rzecz nieco wyjaśnić, pozwolę sobie w kilku słowach omówić charakter chemiczny antocyjanów. Są to barwniki roślinne z grupy glikozydów, rozpadające się pod działaniem kwasów na glikozę i barwniki, t. zw. antocyjanidy. Związki te posiadają własności mocnych zasad i z HCl dają sole; sole te należą do związków oksoniowych, w których budowie przypuszczamy istnienie tlenu czterowartościowego.

Związki antocyjanowe należą do grupy chinooksoniowych.

W takie to antocyjany obfitują różne soki owocowe, jak wiśniowy, jagodowy i t. p.

Dalsze moje badania dotyczyły zatem już nie *jecorolu* samego, ale jednego ze składników tego preparatu, a mianowicie soku wiśniowego i konfitur wiśniowych (ostatnie badania w czasie mej choroby kontynuował łącznie ze studentami prof. Muszyński).

Wyniki tych badań całkowicie potwierdziły nasze przypuszczenia. Swą biologiczną aktywność *jecorol* zawdzięcza trafnej kombinacji antocyjanowych soków owocowych.

Trudno dziś oczywiście powiedzieć, jaki związek posiadają witaminy A, a może i D z antocyjanami; prawdopodobnie zachodzi tu wypadek łącznego występowania, nie zaś identyczności.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogładowe.

Z Prosektorjum Szpitala Ś-to Ducha w Warszawie.
(Kierownik: Dr. med. A. Siedlecka).

Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań.

Podał

Dr. med. Józef STEIN (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz № 21).

Warunki rozwoju gruźlicy w ustroju ludzkim, oraz stany alergiczne, związane z zakażeniem gruźliczym.

Prątki gruźlicze wydzielają toksyn. Jady gruźlicze są to endotoksyny, t. j. ciała, powstające przy rozpadzie prątków. Dopiero zjawienie się w tkance pewnej, koniecznej do zakażenia ilości endotoksyn powoduje pierwsze objawy zakażenia, wyrażające się w miejscowym uszkodzeniu tkanki, którego następstwem są zaburzenia w krążeniu i wysięk. Dalszy los wysięku — serowacenie — jest również wywołane jadami prątków. Swoisty typ martwicy serowatej zależy od swoistego charakteru jądów gruźliczych, a, być może, również pewnych wytworów przemiany materji prątków, przedewszystkiem białka i ciał woskowatych, które odróżniają prątki gruźlicze od innych bakteryj.

Inaczej przedstawia się sprawa z okresem wytwórczym gruźlicy. Powstawanie i rozrost komórek nabłonkowatych oraz tworzenie komórek olbrzymich nie może być tłumaczone wpływem jądów gruźliczych. W okresie tym na plan pierwszy występuje drugi rodzaj oddziaływania prątków — prątki działają tutaj, jako ciała obce. Dlatego gruzelki gruźlicze tak bardzo przypominają guzki ciał obcych. Ciała obce mogą stanowić bądź całe prątki, bądź ich szczątki, a możliwe, że również ciała woskowate prątków. Tak, jak niema zakażenia gruźliczego i okresu wysiękowego bez działania jądów gruźliczych, tak samo nie może być okresu wytwórczego bez prątków, działających jako ciała obce.

Warunki szerzenia i postaci gruźlicy zależą od: 1) ilości i zjadliwości prątków zakażających, 2) anatomicznych własności narządu i tkanki, oraz 3) ogólnych i miejscowych zdolności odczynowych ustroju, zależnych od wszelkich możliwych czynników odpornościowych, dyspozycyjnych i konstytucjonalnych.

Co do ilości i zjadliwości prątków zakażających — zrozumiałem jest, że, im liczniejsze i im bardziej zjadliwe są prątki, tem większe jest wywołane przez nie uszkodzenie tkanki oraz znaczniejsze i ostrzejsze zmiany wysiękowe. Umiejscowienie zmian stwarza mniej lub więcej dogodne warunki powstawania wysięku.

Ogromną jednak i bodaj czy nie największą rolę w następstwach zakażenia gruźliczego dla ustroju grają ogólne i miejscowe warunki odpornościowe i dyspozycyjne ustroju.

Odporność ustroju i jego tkanek we wszystkich chorobach zakaźnych, również w gruźlicy posiada

wielkie znaczenie. Wkrótce po wtargnięciu prątków gruźliczych warunki odpornościowe ustroju ulegają zmianie. Tę zmianę zdolności odczynowej nazywamy alergją (innoczynność) i mówimy, że ustrój stał się alergiczny, w przeciwieństwie do ustroju normergicznego, t. j. bądź zupełnie nietkniętego dotąd przez prątki, bądź też znajdującego się jeszcze w bardzo pierwotnych okresach zakażenia. W zależności od tych stanów odróżniamy odczyn normergiczny (ustroju normergicznego) i odczyn alergiczny (w ustroju alergicznym).

Znamy dwie postaci alergji. Jedna — odpowiadająca właściwej odporności (*immunitas*) — charakteryzuje się przebiegiem zjawisk odczynowych, zarówno miejscowych, jak i ogólnych — względnie dowolnym i słabo wyrażonym. W drugiej postaci alergji — t. zw. przewrażliwości, zjawiska odczynowe przebiegają ostro i gwałtownie.

Ranke odróżnia 3 typy alergji, odpowiadające jej trzem okresom rozwoju gruźlicy w ustroju.

W przebiegu zespołu pierwotnego alergja „pierwotna” prowadzi po krótkim okresie wysiękowo-serowatym do zmian wytwórczych silnie wyrażonych; dlatego Ranke nazywa pierwotną alergję „alergją wytwórczą”. Niektórzy autorzy mówią również o „alergji stwardnieniowej” lub „sklerotycznej”.

Drugi rodzaj alergji — przewrażliwość — spotyka się często już w tworzeniu zespołu pierwotnego; wyrazem jej jest znaczne serowacenie okolicznych gruczołów limfatycznych, lub wtórne serowacenie niektórych części już wytwórczego ogniska pierwotnego; zapalenie okołogniskowe jest przy tym typie alergji bardzo silnie wyrażone. Przewrażliwość ma również miejsce, gdy w najrozmaitszych narządach zjawiają się przerzuty na drodze krwionośnej, a zmiany gruźlicze szerzą się bez przeszkody, obejmując coraz znaczniejsze odcinki tkanek.

Okres odosobnionych zmian gruźliczych narządów jest związany ze stanem względnej odporności ustroju; nie powstają już przerzuty na drodze krwi, a zmiany w gruczołach limfatycznych ulegają gojeniu pomimo postępującej przewlekłej gruźlicy odosobnionej pewnych narządów; w okresie tym brak również zapalenia okołogniskowego.

Ranke pierwszy wykazał związek pomiędzy alergją i odczynem tkanek w gruźlicy; jednakże podział alergji według 3-ich okresów, które Ranke stara się odróżnić w każdym procesie gruźliczym w ustroju ludzkim — jest, jak również sam podział rozwoju gruźlicy, nazbyt schematyczny. Schematu Rankego nie można np. zastosować do wyjaśnienia powstania gruźlicy prosówkowej. Pozatem Ranke za mało wagi przypisuje innym warunkom rozwoju gruźlicy, mianowicie ilości i zjadliwości prątków oraz usposobieniu nieswoistemu, jak również zdolności prątków do pozostawania w stanie utajonym.

W powstawaniu obrazu alergji grają rolę z jednej strony ciała szkodliwe, tworzące się przy zakażeniu, z drugiej strony — zakażony ustrój. Jeden ustrój jest oporniejszy na zakażenie, inny — bardziej wrażliwy.

Dlatego powstawanie tego czy innego rodzaju alergii jest nader trudne do wyjaśnienia, często nawet zupełnie niezrozumiałe. Niekiedy wprowadzenie do ustroju zwierzęcia, już uodpornionego przeciwko danym bakterjom, niewielkiej względnie ilości tych samych bakterij — powoduje śmierć; mówimy wówczas o przewrażliwości. Widocznie w pewnym okresie uodparniania ponowne wprowadzenie antygeny powoduje wytwarzanie specjalnie zjadliwych ciał. Niekiedy przewrażliwość zależy również od ilości wprowadzonych bakterij.

W szerzeniu gruźlicy w ustroju ludzkim widzimy niekiedy zjawiska podobne; jako przykład możemy przytoczyć znaczne serowacenie gruczołów limfatycznych zespołu pierwotnego przy małym, szybko otarbiającym się ognisku pierwotnym. Zależy to prawdopodobnie od tego, że zmiany w gruczołach limfatycznych przypadają na ujemny okres alergii (wywołanej zakażeniem pierwotnym), w którym tworzenie jadu jest specjalnie silne, a tkanka — bardzo wrażliwa. Taki rodzaj alergii nazywa Rössle: hiperergją. Jest ona jednoznaczna z przewrażliwością. Hiperergję możemy spotykać w całym szeregu postaci gruźlicy.

Ognisko gruźlicze jest miejscem wytwarzania przeciwciał; o ile dostające się na drodze krwi do ogniska tego prątki natrafiają na wydzielane przez ognisko przeciwciała w okresie hiperergicznym, jest zrozumiałe, że w otoczeniu ogniska powstaną odczyny hiperergiczne. Huebschmann mówi tu o „swowistem usposobieniu“.

Zapalenie okołogniskowe wywołują wytwory przemiany materij prątków oraz pewne ciała, powstające przy uszkodzeniu i obumieraniu komórek (zwłaszcza w serowaceniu); ponieważ są one tem obfitsze i czynniejsze, im gwałtowniej przebiegają zmiany w ognisku gruźliczem — przy odczynach hiperergicznym zapalenie okołogniskowe jest znacznie intensywniejsze i zajmuje większe odcinki tkanki.

Istnienie tej czy innej postaci alergii znajduje swój wyraz w rozmaitych zmianach anatomicznych. Odczyny hiperergiczne charakteryzują się występowaniem na plan pierwszy zmian wysiękowych i serowacenia, odczyny zaś odpornościowe — nieznaczniemi zmianami wysiękowemi, natomiast silnie wyrażonemi procesami wytwórczemi. Przy odczynie normergicznym

(w początkowych okresach zakażenia pierwotnego) zmiany wysiękowe i wytwórcze znajdują się w pewnej równowadze; innemi słowy, w ustroju normergicznym działanie jądów prątkowych i prątków jako ciał obcych posiada mniej więcej takie same nasilenie.

Istnieją też stany alergiczne ustroju, które nazywamy anergicznemi. Ustrój anergiczny nie daje odczynu na zakażenie. Znane są 2 typy anergji. W jednej — zdolne do zakażenia prątki szybko zostają rozłożone przez ustrój na ciała nieszkodliwe, lub też powstaje pewna równowaga między prątkami a ustrojem zakażonym. Ten rodzaj anergji (anergia dodatnia) jest związany z odpornością i jest stanem wysoce pomyślnym dla ustroju. Inny rodzaj anergji, przeciwnie, jest wyrazem zupełnego braku sił odpornościowych ustroju (anergia ujemna); objawem jego są ciężkie uszkodzenia tkanek aż do martwicy przez rozmnażające się w ustroju prątki, jednak ustrój nie jest w stanie odpowiedzieć na uszkodzenia odczynem zapalnym; przypadki takie są rzadkie i dotyczą zwykle słabych osesków.

A więc odczyny ustroju na zakażenie gruźlicze zależą w znacznym stopniu od rozmaitych stanów alergicznych. Zapewne niesłuszne jest przypuszczenie Rankego, że ten czy inny stan alergiczny dotyczy w równym stopniu wszystkich narządów i tkanek ustroju; znacznie bardziej prawdopodobne są pewne różnice w alergji rozmaitych tkanek i narządów.

Według Mucha i Huebschmanna, różne typy alergji zależą nie tylko od zakażenia, lecz również od całego szeregu czynników nieswoistych, między innymi — od warunków konstytucyjnych. Wiadomo przecież, że pewne typy konstytucyjne są skłonne do zakażenia gruźlicą. Saltykow twierdzi nawet, że przewaga postaci wysiękowej czy wytwórczej gruźlicy zależy w dużym stopniu od typu konstytucyjnego osobnika.

Jest rzeczą zrozumiałą, że czynniki dyspozycyjne grają rolę względnie małą w przypadkach zakażenia bakterjami bardzo zjadliwemi; jednakże w stosunku do prątków gruźliczych, posiadających zjadliwość niewielką — mają one bardzo duże znaczenie.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Radjologia.

■ Priv-Doz. Dr. F. EISLER i Dr. G. KOPSTEIN. Röntgendiagnostik der Gallenblase. (str. 153, ilustracyj 151, nakład: Georg Thieme Lipsk).

Tom XVII „Radiologische Praktika“ poświęcony jest rentgenodjagnostyce pęcherzyka żółciowego w opracowaniu Eislera i Kopsteina z Wiednia.

Eisler, który od samego początku cholecystyografij był zwolennikiem metody doustnej, opiera wywody swoje wyłącznie prawie na materjał, otrzymanym drogą doustnego podania tetrajodu w opłatkach. Autorzy stoją na stanowisku, iż otrzymane przez nich wyniki nie ustępują wynikom stosowania dożylnego. Praca naogół jest zestawieniem ogłoszonych dotychczas w druku prac referentów i innych autorów.

Książka ilustrowana jest 151 przezroczami. Zwraca uwa-

gę niedostateczne przeczyszczenie chorych przed zabiegiem, co przeszkadza w odczytywaniu obrazów.

B. Kryński.

■ Priv. Doz. Dr. J. PALUGYAY. Einführung in die Röntgentherapie chirurgischer Erkrankungen. (str. 103, nakład: Georg Thieme, Lipsk).

Tom XVIII „Radiologische Praktika“ poświęcony jest rentgenoterapii schorzeń chirurgicznych w opracowaniu Palugyaya. Aczkolwiek autor zastrzeżę, iż praca jego przeznaczona jest dla lekarza praktyka celem zapoznania go z ogólnemi wskazaniem do rentgenoterapii schorzeń chirurgicznych, tem niemniej opracowanie jej jest tak wszechstronne, iż zasługuje ona na to, by przeczytał ją i fachowiec.

Omawiana jest rentgenoterapia spraw zapalnych, guzów łagodnych i złośliwych, wola. Jako oddzielna grupa — zapalenie stawów zniekształcające i rzezączkowe.

Wreszcie uwzględnia autor i nowe nabytki rentgenoterapii, jak naświetlanie kości w leczeniu złamań, śledzony przed operacją, celem wywołania skrzepliwości, ślinianki w przypadkach przetoki oraz owrzodzenia żołądka.

Autor jest bezwzględny zwolennikiem najmniejszych dawek we wszystkich sprawach zapalnych oraz średnich w nowotworach. Neguje on racjonalność t. zw. dawki nowotworowej oraz wpływu drażniącego (pobudzającego) małych dawek promieni R.

B. Kryński.

FORSZMANN. Uwidocznienie kontrastowe prawej połowy serca i t. płucnej. (Müch. med. Woch. Nr. 12—1931).

Znany wynalazca metody zgłębnikowania prawego serca używa tego zabiegu dla bezpośredniego wypełnienia serca masą kontrastową i uwidocznienia kształtu przedsionka i komory prawej, jakoteż t. płucnej. Do tego konieczne jest nie tylko szybkie wypełnienie serca za pomocą odpowiedniej sondy, ale i szybkie rozpuszczanie się we krwi płynu kontrastowego, którego ciężar gatunkowy jest wysoki. Warunki te spełnia sposób wstrzykiwania przez liczne otworki boczne, znajdujące się w sercowym zakończeniu zgłębnika. Poza to należało liczyć się z tem, że bezpośrednio wprowadzenie do serca obcego i silnie hipertonicznego roztworu spowoduje zgubne w skutkach podrażnienie nerwów serca. Jednakże badania, prowadzone w tym kierunku na zwierzętach i ludziach, wykazały zupełną nieszkodliwość omawianego zabiegu, gdyż odpowiednie wstrzyknięcie i rozpuszczenie się we krwi płynu kontrastowego osłabia przypuszczalne podrażnienie. Drugą przykrą możliwością jest zachwianie równowagi kolloidów krwi po wprowadzeniu wysoko skoncentrowanego roztworu i wynikające z tego tworzenie się zakrzepów, co istotnie zdarzyło się po wstrzyknięciu 10% roztworu srebra do serca psa; zwierzę zginęło wśród objawów obrzęku płuc. Wobec tego wyniku zaniechano badań ze srebrem. Lepsze obrazy uzyskano po wstrzyknięciu 15 — 20% jodku sodu. Następnie F. przeszedł do uroselektanu, który w roztworze 40% nie dał żadnego obrazu, poczem dobry cień wypadł z 50% roztworem tego preparatu. Psy dobrze znosiły te wstrzykiwania.

Po doświadczeniach wstępnych F. rozpoczął badania nad samym sobą. Wprowadzenie 5 gr. 25% NaJ nie spowodowało żadnych zaburzeń, ani nie było wcale przez autora odczuwane. Po wstrzyknięciu 20 gr. tego roztworu wystąpił lekki zawrót, który szybko przeminał. Wydalanie jodu objawiło się lekkim katarzem i upośledzeniem smaku. Zdjęcie, wykonane po wstrzyknięciu NaJ, wykazało tylko kontur t. płucnej.

Następnie F. przeszedł do doświadczeń z uroselektanem. Po próbnym i nieszkodliwym wstrzyknięciu 5 gr. kontrastu wprowadził sobie 20 gr. w czasie b. krótkim i pod dużym ciśnieniem. Tym razem odczuł szybko przemijający lekki zawrót głowy. Po chwili wystąpiło uczucie ciepła w jamie ustnej. I tym razem wykonane zdjęcie nie dało żadnego cienia.

Różne wyniki, uzyskane u zwierząt i u siebie, tłumaczy autor odmiennym ułożeniem serca w stosunku do innych trzewi i innymi warunkami statycznymi. Odczytywanie otrzymanych obrazów jest utrudnione, gdyż utrwalony na zdjęciu okres pracy serca jest za każdym razem różny i przypadkowy. Wprowadzenie 20 gr. płynu do komory serca zwierzęcego rozciąga poza to ścianę serca. W każdym razie, w przeciwieństwie do serca nieżyjącego, otrzymuje się kontur narządu, którego ściany zachowują napięcie życiowe.

Powyższe doświadczenia wykazują jednakże, że zupełnie dodatnie wyniki można będzie uzyskać z chwilą zestawienia takiej masy kontrastowej, która, będąc nieszkodliwa, da wyraźne cienie przy użyciu małych i nieszkodliwych jej ilości.

Dołączone są i omówione zdjęcia serca zwierząt żywych i zabitych.

F. Turyn.

J. ROBINSON. Obserwacja objawu Jakobson-Holznechta na przełyku. (Wien. kl. Woch. 1931 N. 14).

R. opisuje obserwację pewnej odmiany tego objawu, polegającej na tem, iż przy ostrym obrzęku gruczołów oskrzelowych ze zwężeniem jednego oskrzela — śródpiersie podczas wdechu przemieszcza się w stronę zwężonego oskrzela, podczas wydechu — wraca z powrotem. Podczas gdy to przesunięcie było dotąd obserwowane na cieniach serca i naczyń, R. stwierdza je łatwiej na obrazie kontrastowym przełyku. Przełyk wypełnia się gęstą, przylegającą papką (baryt + cukier mleczny) i zaleca się pacjentowi nie wykonywać ruchów połykowych, przyczem każe mu się głęboko oddychać, ustalwszy z obu stron ramiona.

A. Neumann (Vöslau).

Lecznictwo.

DEHNER. Spostrzeżenia kliniczne w sprawie nowego preparatu tarczycy Elityran. (D. m. W. Nr. 7. 1931).

Elityran został wprowadzony do handlu przez firmę I. G. Farbenindustrie A. G. i jest reklamowany, jako preparat tarczycy, posiadający wysoką zawartość ciał tarczycy.

Preparat ten jest naturalną tyreoglobuliną, zawiera jod w ilości od 0,7—1,0% oraz w porównaniu z tyroksyną ma mieć znacznie lepsze działanie.

Dla sprawdzenia tych danych dokonano szeregu badań klinicznych, a przedewszystkiem oznaczono wpływ elityranu na przemianę podstawową i wagę ciała. Zbadano ogółem 20 przypadków, przyczem oprócz elityranu w ilości 3 razy dziennie, nie po 2 tabletki a 25 mgr., żadnych innych środków farmakologicznych nie podawano.

Najmniejsze ilości tego środka, dające już wyraźny skutek, wynosiły 2 tabletki dziennie, największy—3 razy dziennie po 4 tabletki przez 3 tygodnie, przyczem objawów szkodliwego działania nie zauważono. Prawie we wszystkich przypadkach zauważono przyspieszenie tętna, jednak nigdy nie dochodziło do konieczności odstawienia preparatu, gdyż w zupełności wystarczyło zmniejszenie jego ilości. We wszystkich przypadkach stwierdzono wzmoczenie przemiany podstawowej, przeciętnie o 30—40% w ciągu 3 tygodni. Spadek wagi ciała był zupełnie wyraźnie zaznaczony i jedynie ze względu na stan zdrowia chorych nie był z całą dokładnością przeprowadzony, przeciętna tygodniowa wynosiła 1,7 kg.

Z powyższego wynika, że elityran okazał się preparatem b. dobrze znoszonym, o dużej sile działania i jednakowym nastawieniu.

St. Luxemburg.

WACHENHEIMER. Dormalgina w praktyce ogólnej. (D. m. W. Nr. 8. 1931).

Już od dość dawna wskazania do stosowania morfiny zostały ograniczone, i środek ten został zachowany dla tych przypadków, w których nie działają inne preparaty.

Wprowadzona do handlu przez firmę „Riedel” dormalgina, połączenie piramidonu i noktalu, jest znakomitym środkiem tej grupy, wypróbowanym przez autora w przeciągu 2 lat.

Wskazania specjalne stanowią: mała chirurgia, bóle po złamaniach kości, po przecięciu ropnia, wrzody, bóle w anginach i t. p., bóle następne, powodujące bezsenność. Podawanie preparatu przez czas dłuższy, przy jednakowej sile

jego działania, nie powodowało przyzwyczajenia. B. dobre skutki otrzymano przy podawaniu preparatu w nerwobólach międzybrownych, w wielu przypadkach praktyki ginekologicznej i położniczej.

Preparat był stosowany w postaci tabletek po 0.2 gr. 2—3 razy dziennie. Zazywanie w wodzie ciepłej wzmacnia jego działanie.

St. Luxemburg.

Von den VELDEN. **Badania nad dożylnym podawaniem bromu.** (D. m. W. Nr. 9. 1931).

Jakkolwiek mamy już dziś dość gruntowne badania nad zachowaniem się związków mineralnych w ustroju, to jednak wiadomości te nie przeniknęły jeszcze w dostateczny sposób do praktyki. Bez wątpienia możemy wyrzucić pewien wpływ na stan fizyko-chemiczny tkanek za pośrednictwem środków farmakologicznych, dietetycznych i fizycznych, powodując w ten sposób zmiany w zdolności oddziaływania tkanek na pewne bodźce. Należy jednak dobrze pamiętać, że zmiany mineralne w tkankach udaje się osiągnąć jedynie przy ich uszkodzeniu.

Jako przyczynek do tych uwag służyć mogą doświadczenia autora, dokonane z dożylnym stosowaniem bromohsalu. Wysokie stężenia roztworów bromu i sodu 5, 10-cio, a nawet 25% nie powodują jakiegoś ostrego przeistoczenia tkanek w ich zdolności oddziaływania, jak np. przy pozajelitowym stosowaniu białka. Natomiast spostrzegano w 12, a zwłaszcza w 24 godziny po zastosowaniu 4—10 cm³ tego roztworu, wzmożone wydalanie soli kuchennej. Działanie bromu jest prawdopodobnie wzmożone przez wymianę płynów i soli pomiędzy krwią, limfą i tkankami.

Jako wskazania do stosowania bromu w postaci roztworów o wysokich stężeniach należy wymienić cierpienia alergiczne, niemniej jednak nadaje się to do ogólnego leczenia zapomocą przestrajania ustroju.

St. Luxemburg.

Gruźlica.

P. F. ARMAND—DELILLE, R. LEHMANN i Ch. LESTOQUOY. **Adenopatje tchawiczno-oskrzelowe i zgęszczenia okołownikowe.** (Paris Méd. № 47/1930).

Sprawę adenopatji tchawiczno-oskrzelowych poddano w ostatnich czasach gruntownej rewizji; rozpoznanie to, zdaniem L. Bernarda i Vitryego, jest stawiane zbyt szybko i łatwo. Porównawcze badania kliniczne i anatomo-patologiczne wykazały, że ani objawy opukowe, ani wysłuchowe (stłumienie okolicy międzyłopatkowej, objaw d'Espinea itd.) nie wystarczające do postawienia rozpoznania adenopatji tchawiczno-oskrzelowej, gdyż takie same objawy mogą dać zmiany mięszu płucnego, zniekształcenia klatki piersiowej, a nawet rozmaite typy oddechowe u normalnych dzieci.

Każde rozpoznanie adenopatji tchawiczno-oskrzelowej powinno być poparte ustaleniem źródła zakażenia, co autorom udawało się w 85—100% przypadków.

Należy systematycznie wykonywać próbę skórną Pirqueta, lecz bynajmniej nie w tym celu, aby dodać jeszcze jeden objaw dodatni do innych elementów rozpoznawczych. Próba skórna ma tylko znaczenie wyłączone, t.j. jeśli kilkakrotnie wykonana wypada ona ujemnie i uległa skontrolowaniu przez próbę doskórną Mantoux, pozwala wyłączyć gruźliczą adenopatję tchawiczno-oskrzelową.

Dla wyłączenia zmian mięszu płucnego ważne jest poszukiwanie prątków Kocha w płwocinie; u małych dzieci należy ich szukać w płwocinie, połkniętej i wydobytej przez płukanie żołądka rano wkrótce po przebudzeniu się.

Decydujące znaczenie rozpoznawcze ma jednak badanie rentgenowskie, jeśli jest ono dobrze wykonane i dobrze interpretowane. Nie należy przytem ograniczać się do prześwietlań, lecz trzeba robić również zdjęcia i to w kilku pozycjach.

Zdjęcia, robione en face, uwidaczniają dobrze powiększenia grupy okołotchawicznej prawej; widać wtedy na prawym brzegu szypuły naczyniowej górnej, mającym normalnie przebieg prostoliniowy, ciemne masy, mające wypukły brzeg. Gruczoły przedtchawiczne zlewają się z cieniem szypuły naczyniowej; jednak dokładne badanie zdjęć pozwala uchwycić ich powiększenie; jasny pas, pochodzący od tchawicy, wyraźnie widoczny przed kręgami szyjnymi, znika zupełnie na poziomie pierwszych kręgów grzbietowych. Zniknięcie zatem jasnego pasa tchawicznego jest objawem adenopatji tchawiczno-oskrzelowej. Gruczoły okołotchawiczne lewe są schowane poza cieniem tętnicy głównej i dużych naczyń; powiększenie ich manifestuje się odchyleniem tchawicy, której jasny pas przebiega w tych razach nie prostoliniowo, lecz zwraca się wypukłością ku stronie prawej. Grupa międzyczawiczno-oskrzelowa, umieszczona w kącie rozdwojenia tchawicznego, jest całkowicie ukryta poza cieniem sercowym. Grupa międzyoskrzelowa jest też schowana za sercem. Grupa międzyoskrzelowa prawa jest widoczna na prawym brzegu serca w postaci zaokrąglonych mas.

Zdjęcia w prawym skośnym położeniu mogą wprawdzie uwidoczniać grupę międzyczawiczno-oskrzelową, ale mogą tutaj powstawać liczne błędy wskutek cieniów, dawanych przez tętnicę płucną i żyły płucne prawe.

Zdjęcia w profilu, mając te same zalety, co zdjęcia w skośnym położeniu, pozwalają jednocześnie unikać ich trudności. Uwidaczniają one wyraźnie grupę międzyczawiczno-oskrzelową.

Przy interpretowaniu rentgenogramów istnieje możliwość przyjęcia zmian płucnych okołownikowych za adenopatję tchawiczno-oskrzelową i odwrotnie: pamiętać więc należy, że gruczoły gruźlicze dają jednolite cienie w ostrych zarysach, podczas gdy obrazy zmian w mięszu płucnym są nieprawidłowe, o konturach nieostrych.

Rokowania w prawdziwych adenopatjach tchawiczno-oskrzelowych jest, zdaniem Rista i Lévesquea, bardzo poważne, za czem przemawia fakt, że nie spotyka się ich podczas autopsji u dorosłych, gdyż nosiciele tych zmian umierają w dzieciństwie i latach młodzieńczych.

Henryk J. Landau.

GROSS. **Wartość rozpoznawcza objawu kaszlowego.** (Münch. med. Woch. Nr. 15—1931).

Objaw Kreuzfuchsa, polegający na wyjaśnianiu się pola szczytów płucnych podczas kaszlu, miał przez dłuższy czas dużą wartość rozpoznawczą dzięki znaczeniu, jakie przypisywano zmianom gruźliczym w szczytach płuc. W całym szeregu przypadków szczyty wyjaśniają się pomimo rozległych zmian gruźliczych, względnie współistnienia odmy; odwrotnie, stwierdza się często brak wyjaśnienia tych pól u osób z zupełnie zdrowymi płucami. Autor przeprowadza analogię płuca z elastycznym pęcherzem, którego ściany cieńszeją po wypełnieniu gazem, a cień staje się przez to jaśniejszy. Zgrubiła opłucna, pomimo lepszego wypełnienia powietrzem zdrowych szczytów, nie daje wyjaśnienia, gdy zmienione gruźliczo szczyty wyjaśniają się przy kaszlu, o ile pokrywająca je opłucna nie uległa jednocześnie żadnym zmianom chorobowym. W niektórych przypadkach stopień wyjaśnienia się szczytów płucnych zależy od elastyczności tkanki płucnej.

Wobec powyższego autor odmawia objawowi Kreuzfuchsa znaczenia diagnostycznego w rozpoznawaniu gruźlicy płuc.

F. Turyn.

LANGER. Leczenie zaburzeń dyspeptycznych gruźlików za pomocą Intestinalu (Henniga). (Med. Klin. Nr. 10 1931.)

Zaburzenia dyspeptyczne w gruźlicy płuc b. często występują na plan pierwszy tej postaci chorobowej. W większości tych przypadków nie mamy jednak rozwiniętej gruźlicy jelit, pomimo istnienia objawów subiektywnych. Naodwrot: b. często zmiany gruźlicze jelit, jakie stwierdza się na sekcji, za życia nie dawały żadnych objawów.

Przyczyną tych zaburzeń są najprawdopodobniej jady gruźlicze, które wywołują czynnościowe zaburzenia przewodu pokarmowego.

Wychodząc z tego założenia, zrozumiałe staje się stosowanie tych leków, które mogą pobudzić czynność wydzielniczą żołądka, względnie zastąpić brakujące zczyny.

Takim preparatem jest Intestinal, który zawiera pankreatynę, węgiel zwierzęcy, sekretynę i sole kwasów żółciowych, przyczem, jak wykazały badania, [węgiel zwierzęcy] nie wpływa hamująco na zczyny trzustkowe, zawarte w preparacie.

Podawanie od 1 do 2 drażetek dziennie, zabezpieczonych od wpływu szkodliwego soku żołądkowego i nie dających żadnych ubocznych objawów, wpływa b. korzystnie na stan ogólny, łaknienie chorych i podnosi ich wagę ciała.

St. L u x e n b u r g.

M. ZARPL. Rokowanie w gruźlicy osesków. (Wien. klin. Woch. Nr. 17/1931).

Zarażenie w wieku osesków jest zawsze poważne, dopiero z końcem pierwszego roku poprawia się rokowanie. Zależy ono dalej od liczby superinfekcji, od stanu odżywiania i warunków otoczenia oseska, dalej od stopnia sił obronnych i ciepłoty (najniepomyślniejsze rokowanie daje gorączka typu stałego i przepuszczającego). Z rozmaitych umiejscowień najniebezpieczniejsza jest gruźlica płuca i gruźlicze zapalenie opon mózgowych, dalej gruźlica prosówkowa i pierwotna gruźlica ucha środkowego. Ale nawet w najcięższych przypadkach może w sposób zupełnie nieoczekiwany nastąpić wyleczenie. Dlatego też i w tym kierunku zalecona jest rezerwa w rokowaniu.

A. N e u m a n n (Vöslau).

Choroby narządów trawienia.

■ W. LÖHR i L. RASSFELD. Die Bakteriologie der Wurmfortsatzentzündung und der appendikulären Peritonitis. Lipsk, Georg Thieme, 1931. Stronic 96. tabl. fotografów 11.

Sprawa etjologii i patogenezy zapaleń wyrostka robaczkowego nie przestaje zajmować badaczy. Pomimo wyłożonej pracy takich koryfeuszów badania w dziedzinie patologii i bakterjologii, jak A s c h o f f w Niemczech i W e i n b e r g w Paryżu, wiele stron pozostało niewyjaśnionych. Autorzy wykonali pracę łacie benedyktyńską. Wszelkstronne w 131 przypadkach pod względem bakteriologicznym, oparte na najnowszej bez zarzutu stosowanej technice badanie, zajęło im kilka lat wyłożonej pracy. Trzeba przyznać, że jedynym właściwie wnioskiem, jaki z tych poszukiwań wypływa jest drugorzędna rola flory bakteryjnej. W streszczeniu wyniki przedstawiają się jak następuje: Zdrowy wyrostek robaczkowy może zawierać albo nie zawierać kalu. We florze kalowej wyrostka zdrowego autorzy znajdowali szereg gatunków bakterij beztlenowych i tlenowych. W skład pierwszej grupy wchodzi: laseczka obrzęku ropówki gazowej, F r a e n k a e l - W e l c h 80%, *b. tertius* i *b. multifementans* po 35%, *b. putrificus* i *b. sphenoides* po 23%. Z tych wszystkich tylko pierwszy należy do chorobotwórczych, pozostałe są saprofitami. Ale

uwał laseczka Fraenkla-Welcha nie odgrywa roli chorobotwórczej, lecz jest prostym saprofitem kalowym. Wszystkie gatunki powyższe występują wyłącznie niemal w postaci zarodników. Z bakterij tlenowych na pierwszym miejscu stoi pałeczka okrężnicy (94%), paciorkowiec mleczny (enterokok) 65% oraz występujące w 3/4 przypadków pałeczki rzekomobloniczne i cienkie rozgałęzające się pałeczki promienicy.

Preparaty bakterjoskopowe ze słuzówki wyrostka zdrowego wykazują wyraźną przewagę flory tlenowej. Co się tyczy wyrostka, zmienionego chorobowo, to zawiera on bardzo często tę samą florę, co wyrostek zdrowy, z przewagą flory tlenowej. Obok tego jednak spotykamy stosunkowo często paciorkowce różnych typów, hemolizujące i niehemolizujące, paciorkowce zieleniejące i w rzadkich przypadkach pneumokoki. W przypadkach daleko posuniętej ropówki i zgorzeli flora nie tylko nie jest bardziej urozmaicona, ale często, przeciwnie, zawiera znacznie mniej gatunków. Bakterjoskopowo znajdujemy większą obfitość zarazków, dotyczy to zwłaszcza pałeczki rzekomoblonicznej i promienicznej. Zarazki beztlenowe są daleko rzadsze, niż w wyrostku zdrowym. Wielka obfitość zarazków promienicznych świadczy o przewlekłym unieruchomieniu wyrostka, gdyż promienica odznacza się bardzo powolnym wzrostem. Rola etjologiczna paciorkowca mlecznego nie może być jeszcze uważana za zupełnie rozstrzygniętą.

Prawdopodobniejsze jest znaczenie w tym względzie innych gatunków paciorkowca. W procesie gnilnym towarzyszącym zgorzeli, urzestniczą bakterie beztlenowe i tlenowe, należącej do normalnej flory wyrostka robaczkowego. Z tego wszystkiego wynika, zdaniem autorów, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest pochodzenia wewnętrznego, że w jego powstaniu odgrywa decydującą rolę normalna flora kalowa. W przypadku obecności paciorkowców hemolitycznych, zwłaszcza w hodowli czystej należy się liczyć z możliwością zawleczenia ich z innych okolic ciała w prądem krwi. Stałego związku pomiędzy zapaleniem gardzieli a zapaleniem wyrostka autorzy udowodnić nie zdołali. Zapalenie otrzewny, spowodowane przez przebiecie wyrostka, zależy przeważnie od pałeczki okrężnicy i laseczki Fraenkla-Welcha; wchodzi tu nadto w rachubę rozmaite gatunki paciorkowców chorobotwórczych.

Z. S.

W. ZWEIG. Leczenie wewnętrzne kamicy żółciowej. (Wien. klin. Woch. № 18 1931).

Zapobieganie polega na unikaniu uciskającego ubrania, szybkich kuracyj odtłuszczających, możliwem powstrzymaniu się od wzruszeń i odpowiedniej djecie.

Co do leczenia, to autor zaleca następujące postępowanie: przez dłuższy czas co drugi miesiąc systematyczna kuracja, polegająca na pobudzaniu odpływu żółci przez *chologoga* (decholina, felamina i t. p.) — oczywiście nie w zamknięciu światła przewodu żółciowego przez kamień (w tym przypadku — belladonna, papaweryna) lub też za pomocą 300 cm³. 15% roztworu siarczanu magnezowego, wprowadzonego do dwunastnicy przez zgłębnik dwunastniczy, lub kuracyj oliwnych (100-300 gr. oliwy nicejskiej w ciągu dnia), lub też kuracyj wodami mineralnemi. Przeciwno zakażeniom stosuje się *Natrum salicylicum* 2-3 gr. dziennie, urotropinę lub aspirynę. Ważna jest djeta, która musi unikać podawania cholesterolu, a więc: żółtek jaj, tłuszczów zwierzęcych, prócz masła; dozwolone są: owoce, sałaty z cytryną, śmietana, węglowodany, chude, miękkie mięso; posiłki muszą być częste i nieobfite. Nadewszystko należy dbać o regularność wypróżnień.

A. N e u m a n n (Vöslau).

EWALD. Leczenie chirurgiczne kamicy żółciowej. (Wien. klin. Woch. № 17 1931).

Ustąpienie bólów nie oznacza wyleczenia. Krwotoczne zapalenia woreczka żółciowego, jego zgorzel, ropowica, ropnie podśluzówkowe mogą istnieć bez bolesności uciskowej. Dlatego nie należy niedoceniać kamicy żółciowej, nawet jeśli istnieje tylko nieznaczna bolesność uciskowa i ciepłota podgorączkowa. Guz woreczka żółciowego dowodzi ropnia w jego ścianie, ubytku uciskowego, lub zapalenia martwiczego i wymaga dlatego natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Wogóle kamica żółciowa jest mieczem Damoklesa, wiszącym nad chorym. Dlatego wskazane jest wczesne operowanie, gdyż wtedy szanse operacyjne są lepsze, i zapobiega się powstawaniu zapalenia dróg żółciowych. Otłuszczenie, zwyrodnienie mięśnia sercowego, miażdżyca tętnie, rozedma płuc, podeszły wiek pogarszają rokowanie operacyjne.

A. Neumann (Vöslau).

Choroby serca i naczyń.

BILSKI. Nowa metoda czynnościowego badania niedomogi serca. (Münch. med. Woch. Nr. 13 — 1931).

B. zauważył, że jedna z chorych nie znosiła bandaży, uciskającego przepuklinę pooperacyjną, wywoływał on u niej częste napady duszniczy bolesnej, połączone z zatrzymaniem oddechu. Dopiero leczenie strafantyną poprawiło czynność serca i pozwoliło na ucisk przepukliny. Po tem spostrzeżeniu autor systematycznie uciskał prawą okolicę nadbrzusza u chorych z niedomogą serca, i prawie zawsze ucisk ten wywoływał odruch, polegający na zatrzymywaniu się oddechu. Następnie B. zestawiał przyrząd, pozwalający na mierzenie siły ucisku, koniecznej do wywołania tego odruchu. Na podstawie liczniejszych pomiarów autor wnioskuje, że siła ucisku, niezbędna dla wywołania odruchu, jest jednakowa u tego samego chorego przy niezmiennym stanie serca. U niektórych chorych, w momencie zahamowania oddechu, zjawia się kaszel.

Siła ucisku niezbędna dla wywołania odruchu jest odwrotnie proporcjonalna do stopnia niedomogi serca. W niektórych przypadkach odruch zahamowania oddechu występuje po ucisku innych okolic brzucha lub klatki piersiowej. Siła ucisku jest zależna od miejsca jego zastosowania i wzrasta w następującej kolejności: nadbrzusze, śródbrzusze, klatka piersiowa, podbrzusze, grzbiet. W pozycji stojącej kolejność jest inna.

Omawiany odruch wynika prawdopodobnie z podniesionego ciśnienia śródbrzusznego, względnie śródpiersiowego. Przy prześwietleniu stwierdza się wdechowe ustawienie przepony w chwili zjawienia się odruchu.

F. Turyn.

J. BRINCK, B. MISSKE i G. SCHÖNE. W sprawie kliniki i patologii „arborisation block” (bloku rozdrzewienia). (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 169, z. 3—4).

Autorzy podają opis 12 przypadków „arborisation block”, z których 5 uległo kontroli sekcyjnej. Jako moment etiologiczny wchodziła w 2/3 przypadków miażdżyca naczyń wieńcowych z wytwarzaniem zawałów i blizn, w pozostałych przypadkach zapalenie mięśnia sercowego i zmęczenie serca w stanie bardzo silnego niewyrównania.

Zmiany anatomiczno-patologiczne znajdowano nie tylko w obwodowych rozgałęzieniach końcowych specyficznego układu przewodzenia bodźców, lecz także na całej przestrzeni pęczka Hisa i jego rozgałęzień.

Symptomatologia, klinika i obraz rentgenowski nie wykazują zupełnie jakichś charakterystycznych dla bloku rozdrzewienia cech, lecz odpowiadają objawom choroby zasadni-

czej. Rozpoznanie stawia się li tylko na zasadzie obrazu elektrokardjograficznego, który może być zmienny i wykazywać wszelkie przejścia do zespołu bloku gałązki (Schenkelblock).

Rokowanie w stosunkowo często spotykanym bloku rozdrzewienia jest niepomyślne.

Henryk J. Landau

M. LABBÉ. Arteriitis diabetica. (Presse med. Nr. 15, 21, 11—31.)

Stany zapalne tętnic są najczęstszą komplikacją i najczęstszą przyczyną zgonu chorych na cukrzycę. Statystyki Joslina wykazują stały wzrost zgonów z powodu *arteriitis* (z 15% do 47%) i zmniejszenie śmiertelności z powodu śpiączki w związku z odkryciem insuliny (z 61% do 20%).

Aczkolwiek wszystkie tętnice ustroju mogą być dotknięte, np. tętnice mózgu (wylewy krwawe, ogniska rozmiękczenia), serca i aorty (dusznicza bolesna), wydaje się jednak, że u djabetyka istnieje usposobienie do zajęcia tętnic obwodowych kończyn (gangreny) i to przede wszystkim kończyn dolnych.

Opierając się na swych spostrzeżeniach klinicznych, badaniach histologicznych i chemicznych Labbé twierdzi, iż *arteriitis diabetica* stanowi odrębną postać kliniczną, różniącą się od innych stanów zapalnych tętnic. Różni się od starczych wczesnym wystąpieniem i rodzajem zmian histologicznych, od *arteriitis syphilitica* umiejscowieniem i zmianami histologicznymi (*lues* atakuje aortę i duże tętnice, cukrzyca małe tętniczki kończyn, w kile mamy *panarteriitis*, w cukrzycy dotknięta jest przede wszystkim błona wewnętrzna, *endarteriitis*).

Częstość występowania nie jest zależna od ciężkości cukrzycy, występuje częściej w cukrzycy o łagodnym przebiegu bez wyniszczenia i stoi raczej w pewnym związku z długością schorzenia. Zdaniem Labbé występowanie tego cierpienia jest, być może, w związku z rodzajem odżywiania uboższego w węglowodany, a bogatego w tłuszcze, co wywołac może hipercholesterynemję i sprzyjać może tworzeniu się ateromatów (przypadek Gordona, Connora i Rabinowitscha, po dziecie Petrena).

Na początku występują zaburzenia czuciowe w kończynach dolnych, szczególnie w nocy uczucie drętwienia, zimna, mrowienia i skurcze; później dołączają się napady bólowe z uczuciem ściskania. Podczas dnia dokuczają chorym zespół objawów charakterystycznych dla chromania przestankowego, spowodowanego ischemją. Kończyna jest przeważnie biała, sina, szczególnie podczas napadu ischemji.

Metoda oscylometryczna pozwala już bardzo wczesnie obiektywnie stwierdzić zmiany w świetle naczyń. W stanie normalnym oscylacje w odpowiednich odcinkach kończyn dolnych są znaczniejsze, aniżeli w kończynach górnych. U chorych na cukrzycę często stwierdza się odwrotne stosunki, co świadczy o zwężeniu tętnic kończyn dolnych (częściej dotkniętych). W dalszym przebiegu oscylacje stają się coraz słabsze, wreszcie mogą zupełnie zniknąć, nie dowodzi to zresztą zupełnego ustania krążenia, lecz świadczy o jego zmniejszeniu, a więc możliwości wystąpienia napadów ischemji i gangreny.

Próba Babińskiego i Heitza, polegająca na zanurzeniu kończyn do gorącej wody, dowodzi w tych przypadkach braku skurczu naczyniowego, gdyż oscylacje po tej kąpeli nie zjawiają się ponownie, ani nie zwiększają się.

W połowie przypadków mogą wystąpić na kończynie, dotkniętej zgorzela, znaczniejsze oscylacje, aniżeli na kończynie zdrowej. Ten paradoksalny objaw tłumaczy się dodat-

kowym skurczem tętnic w kończynie zdrowej i dowodzi, że zgorzel może wystąpić w kończynie, w której krążenie wydaje się jeszcze dostateczne, i że infekcja odgrywa rolę w patogenie zgorzeli cukrzyczej.

Stwierdzono wlewaniem dotętnicznymi papki barytowej (Kittrick i Root), że u djabetyków rozwija się obfite krążenie tętnicze oboczne w przeciwstawieniu do zgorzeli starczej miażdżycowej.

Rentgenogramy stwierdzają istnienie znacznego zwapnienia tętnic u chorych na cukrzycę, o wiele częściej, aniżeli u ludzi zdrowych tego samego wieku. Joslin stwierdził zwapnienie tętnic u 90% chorych powyżej 5 lat na cukrzycę. Próba lipjodolowa, zaproponowana przez Sicarda i Forestiera, nie jest miarodajna, gdyż wywołuje skurcz tętnicy powyżej zwężenia. Wstrzykiwanie jodku sodu, stosowane w Stanach Zjednoczonych, zostało zarzucone jako niezmiernie bolesne i niebezpieczne.

Autor podaje opis 5 przypadków. Na podstawie badań histologicznych następuje dokładna charakterystyka zmian histologicznych. *Arteriitis diabetica* cechuje zwapnienie *mediae* i *intimae*, zgrubienie włókniste *intimae*; zwyrodnienie szkliste, zanik błony środkowej z objawami zapalnymi i nowotworzenie naczyń, zmiany ateromatyczne. Brak zakrzepu, lecz zgrubienie *intimae*, które zwęża światło naczynia do 1/10 a nawet 1/50.

Badanie chemiczne ścian tętnic, dotkniętych powyższymi zmianami, wykazało zwiększone ilości cholesteryny, wapnia i magnezu w porównaniu z innymi tętnicami i tętnicami zdrowych. Ten sam zespół chemiczny cechuje krew chorych na cukrzycę, a szczególnie na cukrzycę zapalenie tętnic.

Patogenezę *arteriitis diabetica* Labbé ujmuje następująco: krążąca we krwi w nadmiarze glikoza drażni chronicznie błonę wewnętrzną i wywołuje zgrubienie i łagodny odczyn zapalny. Następnie cholesteryna, również krążąca w nadmiarze we krwi tych chorych, przenika błonę wewnętrzną i odkłada się w niej.

Cholesteryna, infiltrując błonę wewnętrzną i wywołując jej oprzmienie, ponosi winę za zaburzenia krążenia: ona to zwęża światło naczyń, powodując niedokrwienia i zgorzel kończyny.

Zwapnienie, zdaniem Labbé nie jest zależne od hiperkalcemji. Stąd wskazania terapeutyczne: zmniejszenie przekrwienia krwi i hipercholesterynemji.

H. Szpidbaum.

BOAS. Mała ale ważna uwaga w sprawie mojej metody w leczeniu wewnętrznych guzów krwawnicowych. (D. m. W. N. 6 1931.)

W roku 1927 autor podał metodę leczenia guzów krwawnicowych za pomocą wstrzykiwania alkoholu. Obecnie rozporządza już 261 spostrzeżeniami z pomyślnym wynikiem.

Niepowodzenia, jakie tutaj się zdarzają, mogą zależeć 1. od specjalnego usposobienia pewnych przypadków do tworzenia się żyłaków, 2. nawroty sprawy chorobowej zdarzają się wskutek niedostatecznego zwrócenia uwagi na małe guzki, które, rozwijając się, mogą być powodem nowych krwawień. Autor specjalnie zwraca uwagę na te małe guzki.

Objawy uboczne, jakie tu spostrzegano, są: szybko przemijające podniesienie ciepłoty w 2—3 dni po wstrzykiwaniu, późne krwawienia w 10—12 dni po zabiegu, martwica guzków.

Obawa przed możliwością zatorów jest zupełnie nieuzasadniona. Nigdy nie widywano zatorów i dzięki miejscowym warunkom nie mogą się one zdarzyć.

Przyczynę komplikacji widzi autor w zbyt silnym stężeniu alkoholu, i, podczas gdy dawniej używał w tym celu 96%, obecnie stosuje 80%, a nawet 70% alkohol. Przy tem stężeniu alkoholu jedynie w wyjątkowych przypadkach widywano podniesienia temperatury ciała, krwawienia późne lub martwicę. Jednocześnie o wiele szybciej następowało wyzdrowienie. Stosowano jeden najwyżej dwa ccm. alkoholu, co w zupełności wystarcza. Być może, że dalsze zmniejszenie stężenia alkoholu okaże się zupełnie wystarczające i zmniejszy w dalszym ciągu możliwość objawów ubocznych.

St. Luxemburg.

Choroby kobiet i położnictwo.

RICHTER. Jak należy leczyć zapalne zmiany przydatków. (Wien. klin. Woch. № 17 1931).

W zapaleniach przydatków należy zapewnić spokój narządom płciowym przez leżenie w łóżku, przerwać stosunki płciowe.

Dalej położyć pęcherz z lodem na brzuch, uregulować wypróżnienie. W ten sposób mogą zwykle w 10-14 dni ustąpić ostre objawy. W następującym potem podostrym okresie, który trwa o wiele dłużej, należy stosować leżenie w łóżku, leczenie bodźcowe można stosować tylko bardzo ostrożnie, gdyż mogą wystąpić silne odczyny ogólne i miejscowe, zaniechać trzeba wszelkiego leczenia miejscowego. Dopiero wtedy, gdy ustąpi gorączka, a bóle i bolesność uciskowa staną się mniejsze, a więc gdy nastąpi okres przewlekły, można próbować ciepła w postaci okładów, termoforu, djatermji, lecz i tutaj zrazu bardzo ostrożnie, a ewentualnie w razie silniejszych odczynów nanowo stosować spokój, dalej wchodzą w rachubę tampony z tigenolu lub ichtiolu. W zmianach plastycznych należy próbować masażu, leczenia obciążaniem i kąpielami, ewentualnie Roentgen, lecz przy nim wskazana jest ostrożność, zwłaszcza w krwawieniach macicznych i wobec niebezpieczeństwa sterylizacji. Przy leczeniu zachowawczem w 80-90% przypadków stwierdza się ustąpienie dolegliwości, lecz tylko w 50% wyleczenie przy badaniu palpacyjnym, 10-20% przypadków musi być operowanych.

A. Neumann (Vöslau).

B. ASCHNER. Zachowawcze i radykalne leczenie nietypowych krwawień macicznych. (Wien. klin. Woch. № 18. 1931).

Autor podnosi nanowo znaczenie normalnego miesiączkowania, jako niezbędnego dla zdrowia procesu wydalania. Opóźnione lub niedostateczne miesiączkowanie wywołuje cielesne dolegliwości. Pomiędzy ogólnymi przyczynami najczęstsza jest astma ze zwiotczeniem żołądka i zaparciem stolca, dalej nie-normalna pobudliwość narządów płciowych, częste ciążę, ogólny nadmiar krwi, choroby krwi, zaburzenia wewnątrzwydzielnicze i t. d. Z tego wynika możliwość ogólnego leczenia tych stanów. W nadciśnieniu wskazane są upusty krwi, w dysfunkcji tarczycy leczenie jej Roentgenem lub chirurgiczne, w zaburzeniach przemiany materji odpowiednie leczenie djetetyczne, saliniczne środki przeczyszczające, dalej *resolventia* i *anti-dyscratica*. W zwiotczeniu żołądka i zapaleniu nawykowem stolca, jako przyczynach nie-normalnego miesiączkowania, działają djeta, wodolecznictwo, saliniczne środki przeczyszczające (należy je jednak stosować tylko przemijająco), goryczki, środki krzepiące i pobudzające łaknienie lepiej, aniżeli czysto miejscowe środki specjalne. Jako dowód przytacza autor szereg historii chorób.

A. Neumann (Vöslau).

H. HOGLER. O przedwczesnem odklejananiu się łożyska. (Wien. klin. Woch. № 17. 1931).

Dzisiaj skłania się pogląd ogólny ku temu, by przedwczesne odklejanie się łożyska tłumaczyć przyczynami toksycznymi. Ze 158 przypadków kliniki Kermaunera w 21 znaleziono obrzęki, w 38 białko, obie zmiany w 29, rzucawkę w 2 przypadkach.

Podrawy wyników leczenia należy oczekiwać tylko przez zapobieganie, surowe dietetyczne środki ostrożności, ograniczenie podawania białka i tłuszczów i małosolną dietę. W ciężkich przypadkach niewiele można się spodziewać nawet po częstem stosowaniu radykalnych zabiegów operacyjnych.

A. Neumann (Vöslau).

SCHULTZE. W sprawie leczenia cierpień połogowych. (D. m. W. N. 6 1931).

Niejednokrotnie, pomimo licznych badań bakteriologicznych krwi, nie jesteśmy w stanie na początku choroby odróżnić zakażenia ciężkie od lekkiego, gorączki jednodniowej, i dlatego wszelkie stosowane środki muszą być absolutnie nieszkodliwe, czego nie można powiedzieć o wielu preparatach zawierających np. metale lub pochodne akrydyny.

W przeciwieństwie do tych środków z wielkiem powodzeniem stosuje się ostatnio preparaty jodu. Trudności, jakie się tu zdarzają, polegają na konieczności wprowadzenia b. dużych dawek, 30-150 cm. Dla uniknięcia tego firma Sächsische Serumwerke A. G. sporządziła preparat jodu „Inoid”, który może być stosowany w ilości nawet 2 ccm.

Inoid był stosowany w około 50 przypadkach gorączki połogowej. W grupie przypadków bez zmian miejscowych było 44 przypadki, gdzie Inoid stosowano tylko jeden raz, 14-gdzie stosowano 2-5 wstrzyknięć. W 2 przypadkach, pomimo licznych wstrzykiwań, wystąpiły później miejscowe sprawy, jak zapalenie przydatków, zakrzepy żyłne. W 6 przypadkach, w których sprawy połogowe miejscowe już były rozwinięte podawanie Inoidu było bezskuteczne.

Inoid nie jest środkiem uniwersalnym, nadaje się jednak w zupełności do stosowania w gorączkach połogowych.

St. Luxenburg.

Choroby dróg moczowych.

Gg. SCHREYÖGG. Przebieg i rokowanie „samoistnych nerczyc”. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, z 1—2).

Rokowanie samoistnej lub lipidowej nerczycy jest po ustąpieniu ostrego okresu obrzękowego pomyślnie nie tylko *quoad vitam*, co poczęści już przedtem przyjmowano, ale również *quoad sanationem*.

Przebieg samoistnej nerczycy rozciąga się na wiele lat, lecz nawet po dziesięcioletnim i dłuższem nawet trwaniu choroby należy się jeszcze liczyć z możliwością całkowitego wyleczenia. Są jednak również przypadki, które ulegają wyleczeniu już po rocznem trwaniu choroby.

Pomimo utrzymywania się białkomoczu mogli prawie wszyscy pacjenci po ukończeniu okresu obrzękowego wziąć się nanowo do swej pracy zawodowej. Ten powrót do pracy w tym stanie nie zmieniał w niczem dobrego rokowania.

O etiologii samoistnej nerczycy i dzisiaj nie wiemy jeszcze nic pewnego. W każdym razie, zdaje się, że ani gruźlica, ani kiła nie mają decydującego wpływu na powstawanie nerczycy. Samoistna nerczyca rozwija się, na co już Fr. Müller zwracał uwagę, u młodych ludzi powolnie, bez uchwytnej przyczyny.

To, że choroba z uprzywilejowaniem atakuje młody wiek, w którym przemiana materji jest najbardziej intensywna, wynika również z przypadków autora. Najczęściej zapadają na nerczycę ludzie w drugim i trzecim dziesiątku lat.

Henryk J. Landau.

R. SCHOEN. O obustronnem przewlekłym zapaleniu nerek pochodzenia miedniczkowego. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 169, z. 5—6).

Wśród wstępujących przewlekłych cierpień nerkowych, które naogół przedstawiają jeszcze bardziej barwny obraz, niż zapalenia nerek, powstające drogą krwionośną oraz pochodzenia naczyniowego, powinno znaleźć należne sobie miejsce obustronne przewlekłe zapalenie nerek, pochodzenia miedniczkowego. Obraz chorobowy wykazuje cechy przewlekłego zapalenia nerek, które zwykle w bardzo powolnym przebiegu prowadzi do mocznicy. Związane z tem jest przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych, przebiegające zupełnie skrycie bez gorączki i posiadające swą długą historję. Zmiany w moczu są nieznaczne, charakterystyczna jest zachowana zdolność rozcieńczania moczu przy braku zdolności stężania go oraz stała bakterjuria. Przypadki autora dotyczą kobiet z zakażeniem prątkiem okrężnicy. Autor opisuje szczegóły anatomiczne i kliniczne tego cierpienia, które nazywa przewlekłym zapaleniem nerek pochodzenia miedniczkowego (*nephritis chronica pyelogenas*). Podkreśla on jego odrębność w stosunku do przewlekłego zapalenia nerek pochodzenia miedniczkowego w zastoju moczu (*nephrocirrhosis hydronephrotica*) oraz w stosunku do przewlekłego nawrotowego zapalenia miedniczek nerkowych i nerek (*pyelonephritis chronica recidivans*), w którym w sposób bardziej jaskrawy zaznacza się zakażenie dróg moczowych, które, mając często za podłoże moczówkę cukrową, przebiega wysiewami, etapami.

Przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych i nerek obejmuje następujące grupy:

1) przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych i nerek z zastojem moczu (*nephrocirrhosis hydronephrotica*);

2) przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych i nerek bez zastoju moczu:

a) przebieg z ostremi wysiewami — *pyelonephritis chronica recidivans* (częsta u chorych cukrzycowych);

b) pierwotnie przewlekły przebieg — *nephritis chronica pyelogenas*.

Henryk J. Landau.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

■ Kiła (Traité de la syphilis). Tom I. i II., dzieło zbiorowe pod dyрекcją Prof. Jeanselmea. Paryż, Doinet Comp. 1931.

Dotąd wyszły dwa tomy tego dzieła. Wskazują one, że zakrojono je na bardzo duże rozmiary (razem tomów 7), większe od dotąd istniejących. Te dwa tomy mają prawie 1500 stron w 8 druku i liczne ryciny barwne i czarne. — W pierwszym tomie kreśli prof. Jeanselme, po krótkim wstępie ogólnym o istocie tej choroby, historję kiły, porządkując znalezione dotąd dokumenty historyczne i faktyczne w sposób bardzo pouczający. Rozdziela bowiem te władomości na wieki starożytne i oddzielnie od wieku XV aż do czasów ostatnich. Roztrząsa zatem nie tylko dane historyczne co do czasu zjawienia się kiły, ale podaje także historję doświadczeń, lecznictwa, a nawet środków zapobiegawczych. Rozdział ten (560 stron) kończy autor spisem chorób analogicznych lub pokrewnych z kiłą tak u ludzi, jak i zwierząt. — Osobny rozdział tego samego autora zajmuje się etiologią ogólną kiły nabytej.

Kiła doświadczalna wyszła z pod pióra znawców tej sprawy: A. Sézaryego, E. Schullmanna i G. Levyego. Toteż uwzględniono w tym rozdziale olbrzymie piśmiennictwo tego przedmiotu, t. j. doświadczeń tak u rozmaitych zwierząt, jak i u ludzi, rozmaitemi szczepami i w rozmaity sposób. — Proces rozwijania się odporności w kile opracowali E. Schullmann i A. Lemaire, poruszając i oświetlając ten niejasny i skomplikowany temat z dotąd dokonanych prac.

W tymie drugim etjologię krętka bladego objął Touraine, przedstawiając tę kwestję tak historycznie, jak i pod względem technicznym, morfologii i własności życiowych, sposoby hodowli, klasyfikację i sposoby rozpoznawcze. Anatomję patologiczną ogólną kiły opisał Y. de Jong. Odczyny serologiczne opracował R. Demanche, opisując nietylko metodę klasyczną Bordet-Wassermann'a i rozmaite jej modyfikacje, — nietylko metody klaczkowate, ale objaśniając przytem wszystkie te metody dotąd znanymi teorjami i dając czytelnikowi obraz dotychczasowych zapatrywań na znaczenie praktyczne tych badań serologicznych. Ten tom II kończy artykuł G. Lévyego o odczynach biologicznych luetynowych i glikocholowych, objaśniający ich znaczenie w rozpoznaniu kiły i zastanawiając się nad ich swoistością.

Całość dzieła przedstawia się jako wydawnictwo wprost zbytckowne, opatrzone licznymi rycinami w tekście i na osobnych tablicach, a szczegółowe opracowanie dotąd poruszonych tematów uczyni dzieło to niezbędnem dla każdego, pracującego nad kiłą. To też można oczekiwać z niecierpliwością dalszych tomów, które mają się zajmować każdym z okresów kiły z osobna.

Dzieło to — w cenie niezbyt wygórowanej, bo 200 fr. fr za tom — przynosi zaszczyt nietylko autorom, ale i wydawcom: Doin et Cie, Paris VI-e. 8, place de l'Odéon.

Fr. Krzysztalowicz.

BOIT. Doświadczenia w sprawie naświetlania promieniami Roentgena przypadków przerostu gruczołu krokowego. (D. m. W. N. 9, 1931).

Spostrzeżenia swe opiera autor na 114 przypadkach gruczolaków gruczołu krokowego, które były poddane naświetleniom promieniami R., 8 przypadków w 1 stadium, 22—w 2 stadium, 6 z ostrem zatrzymaniem moczu, 78—3 stadium.

Chorzy byli poddani najpierw odpowiedniemu leczeniu miejscowemu i ogólnemu, pozatem byli naświetlani promieniami R. 80% chorych straciło swe dolegliwości. Wywiady, uzyskane później, w 1 — 5 lat, w 86 przypadkach ustaliły, że więcej niż w połowie przypadków uzyskano wynik dobry, w 1/4 części — zadawalający, a w pozostałej — zły. Nawroty sprawy chorobowej więcej, niż po roku dobrego samopoczucia, spotykano w 32 przypadkach.

Wynik naświetlania ujawniał się po 10 — 14 dniach w postaci łatwiejszego oddawania moczu. Dokonywano jedynie 4 — 5 naświetlań, w obawie o wystąpienie włóknistego zwężenia *partis prostaticae*.

Naświetlanie promieniami Roentgena w przypadkach nie nadających się do zabiegu gruczolaków gruczołu krokowego jest postępowaniem słusznem. Dobre wyniki otrzymuje się także w 1 okresie gruczolaków oraz w przypadkach ostrego zatrzymania moczu. W przypadkach, nadających się do operacji w 2 i 3 okresie, należy zalecać zabieg radykalny, ponieważ tą drogą otrzymuje się wyniki lepsze i dłużej trwające.

Wyniki naświetlania ulegną dalszej poprawie z chwilą ulepszenia techniki naświetlania.

St. Luxenburg.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ Stefan BALEY, prof. Uniw. Warsz. **Psychologia wieku dojrzewania.** (Książnica Atlas, Lwów-Warszawa 1931).

Zainteresowanie psychologją dojrzewania, przejawiające się w piśmiennictwie wszystkich prawie krajów Europy i Ameryki, oraz bogactwo nowych rezultatów, osiągniętych w tej dziedzinie, skłoniło autora do napisania książki powyższej, która jest pierwszem w Polsce monograficznem opracowaniem tego zagadnienia. W części pierwszej pracy tej, dotyczącej charakterystyki dzieciństwa w jego końcowej fazie — w na-

kreśleniu właściwości somatycznych tego okresu — zajmuje się autor szczegółowo ejdetyzmem, jako formą wyobrażenia, występującą szczególnie intensywnie pomiędzy 7-ym a 10-ym rokiem życia, stwierdzając na zasadzie badań własnych, przeprowadzonych w wieku szkolnym przez prowadzony przez siebie Zakład Psychologii Wychowawczej U. W., że na tutejszym terenie zdolności ejdetyczne w wybitniejszym stopniu nie należą do zjawisk szczególnie częstych. Następnym rozdziałem o „funkcjach myślowych” omawia nowsze badania szkoły genewskiej, analizując koncepcję Piageta o artyficyalizmie dziecięcego poglądu na świat, następnie wprowadzone do nauki przez Claparedea pojęcie synkretyzmu spostrzeżenia, rozumienia i myślenia oraz ciekawe badania Piageta nad zjawiskiem t. zw. partycypacji, wiążące się ściśle z zagadnieniem magji dziecięcej i magicznego poglądu na świat i upodabniające psychikę dziecięcą do psychiki człowieka pierwotnego. Ilustrując zjawiska te ciekawymi przykładami z beletrystyki polskiej oraz własnego materiału, wskazuje autor na psychasteniczny i poniekąd anankastyczny charakter zjawisk tych w niektórych przypadkach. W uwagach dotyczących sfery intelektualnej omawia autor t. zw. kliniczną metodę Piageta, dotyczącą badań wrażeń zmysłowych oraz niższych funkcji pamięci i uwagi, następnie zaś przechodzi do sfery uczuć i woli, analizując rozwój współczucia na zasadzie własnej ankiety zakładowej, dalej analogie społecznego zachowania się dzieci do społeczeństw ptasich na zasadzie badań Schjelderupa-Ebbego oraz pewne uszeregowania w grupowym pożyciu dzieci, oparte na „zmierzeniu się” pomiędzy nimi (t. zw. „lista dziobania” Reininger'a). Część tę kończy analiza uczuć estetycznych oraz sztuki dziecka, wykazująca swoiste cechy psychiki dziecięcej, oddzielone wielkim dystansem od przeżyć estetycznych człowieka dojrzałego i stwierdzające typowe okresy, dotyczące głównie rozwoju rysunku dziecięcego (bazgrota, schemat, fizjoplastyka, załamanie się linii rozwojowej sztuki dziecka).

W części drugiej zastanawia się autor przedewszystkiem nad źródłami psychologii dojrzewania, omawiając krytycznie wprowadzoną do nauki przez świetną badaczkę wiedeńską Charlotte Böhler metodę dzienniczków, podnosząc następnie znaczenie listów młodzieży, pisanych do przyjaciół, pamiętników i autobiografii — jako metod produkcji spontanicznej, oraz metodę ankietową, uzyskującą wypowiedzi ustne czy piśmienne drogą apelu do młodzieży. Oprócz powyższych metod natury introspekcyjnej odróżnia autor jeszcze metody behawiorystyczne, śledzące zachowanie się jednostki w jego obiektywnej formie (eksperyment grupowy, metodyka testów), podnosząc znaczenie psychologii strukturalnej oraz szczególnie ważne w tym kierunku badania Sprangera. W rozdziale o rozwoju fizycznym omówione zostało znaczenie gruczolów dokrewnych oraz wyniki badań szkoły Steinacha nad t. zw. gruczolem dojrzewania. Szczególnie interesujące są tu uwagi o rozwoju sprawności ruchowej, oparte na nowoczesnych badaniach natury psychotechnicznej, oraz o wypływającej z nich koncepcji t. zw. inteligencji praktycznej. Tu również znajdujemy dokładne odgraniczenie pojęcia psychicznego dojrzewania płciowego od pozapłciowego, analizę poglądów Freuda, omówienie pojęcia ciekawości płciowej, uwagi o infantylnym psychoseksualnym, wreszcie wyjaśnienie teorii Weininger'a w świetle eksperymentów Steinacha. Bardzo obszernie również potraktowane zostało zagadnienie t. zw. adoracji („Schwärmerei”) w świetle doniosłych prac Charlotty Böhler oraz Sprangera, głównie zaś na zasadzie ankiety zakładowej, przyczem autor przeciwstawia się zarówno pogładowi, doszukującemu się w adoracji niedokształconego po-

peđu płciowego, jak i krańcowo aseksualnej teorii Spran-gera. W rozdziałach następnych znajdujemy charakterystykę życia uczuciowego w okresie dojrzewania ze szczególnym uwzględnieniem t. zw. „przełomów uczuciowych“. W uwagach o rozwoju woli podnosi autor znaczenie tej interesującej fazy rozwoju w okresie przedpokwitania, która nosi nazwę drugiego okresu buntu i przekory, analizując ją w świetle badań szkoły Adlera oraz swoich własnych poglądów. W rozdziałach następnych podnosi autor doniosłe znaczenie psychopatologii wieku dojrzewania, wypowiadając ciekawą hipotezę o aktualizacji drzemających w dziecku skłonności psychopatycznych przez „fizjologiczną patologję“ okresu dojrzewania oraz podnosząc na zasadzie ankiety zakładowej szczególne znaczenie t. zw. zespołu depresyjnego i t. zw. zespołu wielkiego osamotnienia. Następnie szczególnie ważne rozdziały o rozwoju inteligencji i fantazji opierają się w znacznym stopniu na badaniach własnych autora oraz jego uczennicy Chmieleńskiej. Dalej zajmuje się autor przeżyciami społecznymi w okresie dojrzewania, rozwojem uczuć estetycznych oraz przeżyć etycznych i religijnych. W końcowym rozdziale wreszcie znajdujemy szczegółową analizę typów dojrzewania ((typ kulturalny i prymitywny, typ męski i kobiecy).

Książka prof. Bałeya wyróżnia się wśród zwykłych opracowań monograficznych zupełnie odrębnym ujęciem przedmiotu. Nie podaje ona bowiem spetryfikowanych doktryn choćby najnowszego autoramentu, ale w sposób niezmiernie żywy i indywidualny wprowadza czytelnika w proces krystalizowania się współczesnej nauki o psychologii dojrzewania. Kto styka się z nieograniczonym piśmiennictwem tego zagadnienia, ten łatwo zda sobie sprawę, na jak olbrzymim, przetrwionym krytycznie i prześwietlonym własnym doświadczeniem materiału opiera się dzieło prof. Bałeya. Dzięki temu wszechstronnie opanowaniu przedmiotu, dzięki jasności, plastyce i temperamentowi wykładu, monografia ta jest całkowicie dostępną nawet dla nie specjalistów w tej dziedzinie. Dodać należy, że doświadczenie psychiatryczne pozwala autorowi w wielu miejscach skorygować cały szereg poglądów, ujmujących niektóre zagadnienia z punktu widzenia rozwoju normalnej osobowości, podczas gdy w istocie charakter ich jest raczej natury patologicznej. Wartość książki podnosi jeszcze fakt, że w wielu miejscach oparta jest ona na własnych badaniach autora i jego uczniów, zaś szczególnego powabu dodaje jej trafne ilustrowanie wielu zjawisk przez przykłady, zaczerpnięte z beletrystyki polskiej i obcej („Portret“ Joyce'a byłby tu niewyczerpaną kopalnią). Niepospolite dzieło to, poruszające również liczne zagadnienia z dziedziny patologii psychofizycznej,

powinno zainteresować żywo nie tylko psychologów, ale i lekarzy.

Wł. Sterling.

■ K. ORZECZOWSKI. **Rozpoznawanie i leczenie rwy kulszowej.** (Biblioteka okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie „Lekarz-Praktyk“. 1931).

Autor w krótkiej monografii, przeznaczonej dla lekarzy-praktyków, podaje wszystkie najważniejsze dane, dotyczące rozpoznania i leczenia rwy kulszowej. Zadanie pod względem praktycznym niezmiernie ważne, albowiem z cierpień układu nerwowego rwa kulszowa najczęściej bodaj bywa przedmiotem zabiegów lekarza-praktyka. Cierpienia organiczne mózgu lub rdzenia zazwyczaj kierowane są odrazu do specjalistów. Natomiast rwa kulszowa, choroba b. częsta i, aczkolwiek niezupełnie słusznie, uważana za czynnościową, z natury rzeczy pozostaje częstokroć w opiece lekarza-praktyka. Z monografii Orzechowskiego dowie on się, jakimi trudnościami sprawa ta, napozór tak prosta, jest najeżona, i przekona się, jak łatwo popełnić może błąd dagnostyczny, któryś przez niewłaściwe leczenie może dla chorego zgubne następstwa.

W pojedynczych rozdziałach autor rozpatruje rwę kulszową objawową i samoistną, objawy pod- i przedmiotowe, odmiany rwy kulszowej, rozpoznanie różniczkowe, przebieg i leczenie. Opisując boczne skrzywienia kręgosłupa, przytacza różne teorie powstawania tego tak ciężkiego objawu, przeczył jednak pracę niżej podpisanego, który pierwszy zwrócił uwagę na zwłotczenie m. prostującego kadłub i zmniejszenie jego pobudliwości elektrycznej. W rozdziale o rozpoznaniu różniczkowym autor zatrzymuje się dłużej na nowych pracach autorów amerykańskich, którzy główną winę w powstawaniu rwy kulszowej przypisują zmianom stawu biodrowo-krzyżowego, oraz na pracach Kienböcka o osteoartrozie trofostatycznej. Poglądy te znajdują swe potwierdzenie w niektórych, jednak stosunkowo nielicznych, przypadkach, które wykazują punkt bolesny w miejscu, odpowiadającym powyżej wymienionemu stawowi.

Książka napisana jest zwięźle i treściwie i zawiera na 28 stronach wszystko, co lekarz-praktyk o rwie kulszowej wiedzieć powinien, to też możemy ją czytelnikom gorąco polecić.

Bregman.

A. JAXL. **Rwa kulszowa a stopa płaska.** (Wien. klin. Woch. Nr. 18|1931).

Rwa kulszowa może wywołać przez uszkodzenie mięśni powstanie stopy płaskiej, a przez przeciążenie nawet na drugiej nodze. Z drugiej strony stopa płaska może doprowadzić do rwy kulszowej przez przechodzenie bólu po tym nerwie.

A. Neumann (Vöslau).

Wskazówki praktyczne

Haemozitrat jest roztworem kwasu cytrynowego w surowicy krwi ludzkiej. *H-Haemozitrat* jest kombinacją *Haemozitratu* z hirudyną. Zastrzykiwania domięśniowe 20 ctm⁵ pierwszego wybitnie skracają czas krzepnięcia i mają długotrwałe działanie, tamujące krew. Drugi przedłuża czas krzepnięcia i zalecany jest przez Loenharda, jako lek, zmniejszający niebezpieczeństwo zatorów. Zastrzykiwania są bolesne i powinny być poprzedzone zastrzyknięciem nowokainy pod skórę upatrzonej okolicy. (M.m.W. 1931 Nr. 11).

—o—

Gene chwali wcieranie *Doloresum-Tophiment* (kombinacja salicylu z atofanem) w *ostrych i podostrych schorzeniach gośćcowych stawów i mięśni, w nerwobólach i zapaleniach nerwów.* (M.m.W. 1931 N. 11).

—o—

W. Gloor i K. Rohr stosują z dobrym skutkiem *Optalidon* jako środek przeciwbólowy. *Optalidon* zawiera 0,05 *Sandoptal*, 0,125 *Dimethylaminophenozon*, 0,025 *Coffein*. (Schweiz. med. Woch. 1931 N. 6).

Herz zwraca uwagę na *obraz hematologiczny w zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci*: prawie stale stwierdza się względną granulocytozę. W przypadkach ropnia leukocytoza ponad 15.000 a zarazem przesunięcie na lewo. (Monatsschr. f. Kindheilk. T. 49 Z. 4 i 5).

—o—

L. Wikullil przekonał się, że *plyn tkankowy, otrzymany z pęcherza po przyszczydle*, może służyć jako materiał do wykonania odczynu Wassermann'a. Sposobu tego należy używać w przypadkach, w których nakłucie żyły jest niewykonalne. (M.m.W. 1931 N. 17).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 24.II 1931 r.

Obecnych członków Towarzystwa — 62.
Wprowadzonych gości — 88.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 17.II 31 przyjęto.

2. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Książnicy Towarzystwa oraz podziękowanie od Łuckiego Towarzystwa Lekarskiego za ofiarowanie dublikatów lekarskich.

3. Kol. Dąbrowska J. przedstawiła 3 preparaty: a) tętniaka części wstępującej tętnicy głównej, b) tętniaka części zstępującej tętnicy głównej, i c) raka przełyku (streszczenie własne).

Pokaz preparatu tętniaka części wstępującej tętnicy głównej. Przypadek dotyczy mężczyzny lat 42. Tętniak wielkości dużego bochenka chleba umiejscowił się na prawej ścianie tętnicy głównej wstępującej, tuż pod tętnicą podobojczykową, uwypuklał się workowato na prawo ku przodowi i ku górze, niszcząc skutkiem ucisku II, III i IV żebra na znacznej przestrzeni. Przednia ściana tętniaka grubości 1 cm. składa się tylko z mięśni klatki piersiowej. Jama tętniaka jest wypełniona a obrzymią skrzepliną. Tętnica główna tuż ponad zastawkami jest równomiernie rozszerzona. W ścianie jej znajdują się zmiany kilowe oraz miazdżycowe. Z innych oznak przebytej kily należy zwrócić uwagę na ziarenkowate zapalenie wyściółki IV komory mózgu (*ependymitis granulalis*), zgrubienie opon na podstwie mózgu oraz zgrubienie czaszki. Mięsień lewej komory był nieznacznie przerośnięty. Klinicznie rozpoznano zupełnie zgadzało się z anatomicznym.

Pokaz preparatu tętniaka części zstępującej tętnicy głównej. Przypadek dotyczy kobiety lat 52. Tętniak wielkości mandarynki umiejscowił się w górnym odcinku części zstępującej i przedziurawił lewe oskrzela, co spowodowało śmiertelny krwotok. Część wstępująca tętnicy głównej jest równomiernie rozszerzona. W błonie środkowej tętnicy głównej na całej długości widać wyraźne zmiany kilowe (*mesoaortitis luetica*). Do lewej ściany tętniaka przylega skrzeplina, częściowo zamykająca otwór w ścianie, wiodący do oskrzela. W tchawicy i w żołądku znaleziono obfite skrzepy krwi. W płucach czerwone ogniska, jako skutek zachłystywania się krwią. Przerost nieznaczny serca. Ziarenkowate zapalenie wyściółki komór III i IV.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na czterokrotne krwotoki z ust w przeciągu 6 tygodni.

Klinicznie w tym przypadku rozpoznano: gruźlicę włóknistą płuc oraz kilę żołądka i płuc.

Pokaz preparatu raka przełyku dziurawiącego tylną ścianę oskrzela lewego. Przypadek dotyczy mężczyzny lat 61. Klinicznie rozpoznano raka przełyku. Chory zmarł na zachyłkowe obustronne zapalenie płuc.

4. Kol. Galewski A. omówił wyniki swej pracy „O chlorkopędnym działaniu wątroby“ (streszczenie własne). Referent przedstawia wyniki swej pracy nad wpływem podawania wątroby na wydalanie wody i chlorków z ustroju. Daje chorym z początku ustaloną djetę, a następnie tę samą djetę z dodatkiem 250 g wątroby i znajduje różnicę w ilości moczu i chlorków na dobę. Badania przeprowadził w 10-ciu przypadkach. Dochodzi do wniosku, że wątroba 1) działa moczopędnie, 2) działa chlorkopędnie; jako przy czynny prelegent przypuszcza istnienie w wątrobie hormonu moczopędnego.

Dyskusja.

Kol. W. Orłowski podkreśla doniosłość badań prelegenta dla Kliniki. Należy jednak badania przeprowadzić na większym materiale. Grossmann pierwszy spostrzegł chlorkopędne działanie wątroby (w przypadku nerczycy w ciągu 3 miesięcy nie otrzymał zmniejszenia obręzków, pomimo diety bezsolnej, po podaniu 150 gr. wątroby — obrzęki zmikły). W Polsce Goldfeil w przypadku nerczycy, w której dieta bezsolna, ograniczenie płynów i podawanie tyreoidyny dawały małe wyniki, po podaniu wątroby uzyskał zwiększenie wydalania chlorków z 5—7 na 15—35 gr., na dobę. Badania Rzętkowskiego wskazują, że wątroba wychwytuje chlorki z przewodu jelitowego i chroni ustrój przed nadmiernym gromadzeniem ich, wydalając je z żółcią. Należy jednak zwracać uwagę, by przy stosowaniu wątroby nie dodawać soli,

oraz by chorzy sami jej nie dodawali. Następnie należy uwzględnić i tę ilość soli, która zawarta jest w wątrobie, i starać się czynnik ten wyłączyć.

Kol. Galewski dodaje, że do wątroby soli nie dodawał, natomiast dodawał trochę cytryny.

5. Kol. Hirszfild L. wygłosił odczyt p. t. „Współczesne zagadnienie nauki o odporności w zastosowaniu do serodjagnostyki raka“ (streszczenie własne).

Autor omawia istotę serodjagnostyki kily. Z początku sądzono, że odczyny odpornościowe skierowane są przeciwko krętkom białym. Doświadczenia wykazały jednak, że surowice kilowe reagują w pierwszej linii z wyciągami alkoholowymi narządów, zawieszonymi w soli fizjologicznej. Dwie teorie zostały wysunięte: 1) teoria dysharmonii fizycznej, według której globuliny surowicy kilowej znajdują się w stanie chwiejności i wypadają pod wpływem zawiesiny lipidów i 2) teoria dysharmonii biochemicznej, według której tkanka własnego ustroju wywołuje pod wpływem zakażenia kilowego ciała odpornościowe. W sprawach serodjagnostyki raka napotykały te same dwa ujęcia. Teoria, że wszystkie dotychczas opisane odczyny serodjagnostyczne rakowe (Ascoli i Izar, Abderhalden, v. Dungern, Kahn i inni), polegają na chwiejności koloidów, została wysunięta przez Sachsa i zaakceptowana przez większość autorów. W przypadkach kily natomiast Sachs sądzi, opierając się na własnościach antygennych lipidów (hapteny), że odczyn Bordet-Wassermana jest wyrazem ciała odpornościowych dla lipidów tkankowych.

Badania referenta i jego współpracowników (Halberówny i Laskowskiego) zarówno jak i Witebskiego, wykazały, że tkanka rakowa różni się pod względem serologicznym od tkanki normalnej. W surowicy ludzi chorych na raka referent wspólnie z p. Halberówną stwierdził istnienie ciał odpornościowych, dających odchylenia dopełniacza z wyciągami alkoholowymi nowotworów. Zdaniem referenta stwierdzenie to wykazuje istnienie ciał odpornościowych w stosunku do komórek rakowych. W jakim stopniu te odczyny odpornościowe będą mogły być spotęgowane i czy będą mogły służyć jako odczyny w stosunku do komórek rakowych, mogą wykazać jedynie przyszłe badania.

6. Kol. Floksztrumpf M. i kol. Kołodziejski J. przedstawili wyniki dotychczasowych badań nad „Wartością próby serodjagnostycznej z antygenem Hirszfilda i Halberówny w cierpieniach rakowych ze stanowiska klinicznego“ (streszczenie własne).

Floksztrumpf i Kołodziejski zdają sprawę z wywartościowania próby serologicznej w schorzeniach rakowych z antygenem Hirszfilda i Halberówny.

Autorzy brali udział w opracowaniu próby serologicznej, jako współpracownicy kliniczni Hirszfilda, Halberówny i Laskowskiego.

Gdy próba serologiczna została teoretycznie opracowana, autorzy zestawili ją z dwoma postulatami, które, według nich, wymagane są od idealnego odczynu serologicznego, t. zn. z odwracalnością i swoistością próby.

Zbadano około 600 przypadków nierakowych (oprócz kily). Odczyn omawiany wypadł dodatnio w 6,2%, ujemnie w 93,8%. W niektórych schorzeniach surowice reagowały specjalnie częściej, a mianowicie, w chorobie Basedowa (2 na 9), w tyfusie plamistym (3 na 5) i w rzeżączce (30%). Ponadto odczyn ten wypadł dodatnio przy dodatnim Wassermanie w 85% oraz w 69—63% w ciąży.

Odczyn rakowy nie nadaje się w klinice tam, gdzie WR — jest dodatni lub gdzie jest ciąża. Jeżeli odrzucimy te stany kliniczne, które stoją daleko od raka i mogą być w klinice stwierdzone łatwo za pomocą metod badania, a więc tyfus plamisty, rzeżączka, Basedow i ciąża, to odsetek nieswoistości będzie wynosił 4—5%, czyli, że metoda ta w obecnej swojej formie nie daje nam idealnej swoistości. Metodą tą otrzymuje się jednakże, jak to później wykazemy, wyniki z prawdopodobieństwem 60—80 : 5, t. j. przeciętnie w stosunku 14 : 1.

W celu zestawienia próby z drugim postulatem, t. zw. idealnego odczynu — z odwracalnością, zarejestrowano w ciągu roku 528 przypadków różnych raków, przyczem odczyn dodatni wypadł w 36,78%. Innymi słowy, dla wczesnego rozpoznania raka odczyn ten w klinice nie może być wyzyskany. Ciekawie natomiast przedstawiają się wyniki zestawienia odczynu z różnymi etapami rozwoju raka. W rakach sutka, macicy,

a częściowo i przewodu pokarmowego dało się stwierdzić, że, im bardziej rak szerzy się na gruczoły chłonne, im bardziej uogólnia się („carcinosa“), tem częściej daje znać o sobie w surowicy krwi. Tu odczyn występuje dodatnio do 80%. Autorzy sądzą, że, jeżeli w danej chwili odczyn serologiczny z antygenem Hirszfelda i Halberówny nie może być praktycznie wyzyskany dla celów wczesnego rozpoznania, — to może on świadczyć — w wypadku dodatnim — o zajęciu rozleglejszym tkanki gruczolowej. Może to w danej chwili mieć praktyczne znaczenie w przypadkach wątpliwych, niełatwych do rozpoznawania, jak np. w rakach płuc (9 dodatnich na 3 ujemne), w późnych przerzutach raka do mózgu i t. p.

Praca oryginalna ukaże się w druku.

Dyskusja nad punktami 4 i 5 porządku obrad.

Kol. Kryński L. uważa, że w dziedzinie nowotworów złośliwych, a raka w szczególności, wszelkie nowe drogi budzą niesłychane zaciekawienie w świecie lekarskim. Niestety, znamy dokładnie tylko stronę histologiczną raka, natomiast wiadomości o jego etjologii, biochemji i innych przejawach są bardzo nikiłe i nieuchwytnie. Z wygłoszonych odczytów dowiedzieliśmy się, że nowe drogi w dziedzinie raka budują się, jak się jednak okazuje, jest to odczyn późny. Powstawanie serologicznego odczynu rakowego ma zależeć od istnienia wywoławcza (antygenów), ale jednocześnie istnieje raki uogólnione (z rozległymi przerzutami), w których odczyn ten jest ujemny. Również trudno wytłumaczyć, że ognisko pierwotne raka i jego przerzuty odmiennie reagują. Nic też dziwnego, że dotychczasowe próby są jeszcze chwiejne, niepewne i wywołują zastrzeżenia.

Kol. Karwacki. (Streszczenie własne).

Argumenty, przytoczone przez kol. Hirszfelda, nie przekonują mnie, że odczyn z antygenem rakowym jest swoisty.

Nie podnoszę tu zarzutów, bo odczyn jest utrzymany w tonie zbyt ogólnym, i wiele szczegółów technicznych jest zaledwie zaznaczonych. Natomiast przypomnę analogiczny wysiłek Abderhaldena w dziedzinie serologii nowotworów. Odczyn serologiczny w tem cierpieniu był tylko drobnym odcinkiem odczynów w dysfunkcjach narządowych różnego typu, czyli obejmował całą patologję, a nawet stany takie, jak ciąża. „Abwehrfermente“ były wykryte w granicach 80% w dysfunkcjach narządowych wszelkich typów i również w nowotworach. Gdy jednak w miejsce antygenów swoistych zaczęto stosować antygeny nieswoiste, a nawet zawiesiny obojętne ciał chemicznych, odczyn wypadł również, i teza swoistości nie mogła być utrzymana. Okazało się, że chwiejność surowic była powodem tych odczynów. Wydaje mi się, że ten sam czynnik wchodzi w grę i w odczynie Hirszfelda.

Kol. Floksztumpf M. omawia znaczenie praktyczne próby rakowej na podstawie spostrzeganych przypadków. Stwierdza, że często odczyn rakowy wypadł dodatnio w przypadkach uogólnienia się raka (przerzuty), stoi zatem na stanowisku, że na podstawie wyniku odczynu można opierać rokowanie (odczyn ujemny) — rokowanie dobre, brak przerzutów; dodatni — złe, przerzuty takie nie poddają się również leczeniu radem.

Kol. Orłowski W. podaje, że badania na odczyn rakowy u chorych w II Klinice Chorób Wewnętrznych zaczęto przeprowadzać przed 5—6 mies. Spostrzeżenia obejmują narazie zaledwie 13 przypadków. W 7-miu przypadkach odczyn wypadł dodatnio (ca 54%). Zwraca uwagę, że w przypadkach rozległego uogólnienia raka, potwierdzonych badaniem pośmiertnym, odczyn wypadł ujemnie. We wszystkich 3 przypadkach raków żołądka również był ujemny.

Spostrzegane 13 przypadków należy zaliczyć do raków daleko posuniętych. Dlatego też na podstawie materiału II Kliniki trudno jest mówić o wartości próby rakowej dla wczesnego rozpoznawania raka.

Kol. Hirszfeld. (Streszczenie własne).

Prof. Kryński poruszył niezmiernie ważną sprawę wczesności odczynu. Odczyn rakowy nie jest odczynnem wczesnym. Należy jednak podkreślić, że wszystkie bez wyjątku odczyny serologiczne są jedynie odpowiedzią ustroju na obecność antygeny, że zatem odczyn wczesny zawsze musi polegać na stwierdzeniu samego wywoławcza. Szybkość odczynów odpornościowych zależy od siły antygennej danego wywoławcza; jaka jest siła antygennej substancji rakowej w ustroju człowieka, nie wiemy, prawdopodobnie nie jest ona wielka. Dlatego, zdaniem referenta, wczesne odczyny rakowe mogą się opierać jedynie na bezpośredniej obecności tkanki rakowej w krwiobiegu lub w wydzielinach ustroju. Do-

tychczasowe próby wykrycia serologicznego antygenów rakowych w krwiobiegu były ujemne, nie wiemy jednak, czy jest to spowodowane zbyt niesubtelnymi metodami, czy też „antygeny“ rakowe w pierwszych stadiach raka są umiejscowione i nie krążą w ustroju.

Kolega Karwacki wysuwa odczyn Abderhaldena i podkreśla, że był on stwierdzony przed naszym odczynnem, i zerzucił mi, że go nie cytowałem. Pragnąbym przypomnieć, że demonstrowałem tablicę, na której wymieniałem przeszło tuzin odczynów serodjagnostycznych dla raka i między niemi odczyn Abderhaldena. Odczyn ten praktycznie okazał się bez większej wartości i nie było motywu, ażeby omawiać go dokładniej, niż inne. Wspomniałem jedynie, że większość autorów uważa istniejące odczyny serodjagnostyczne dla raka, jako wyrazy chwiejności globulin w surowicy; opierając się na badaniach lat ostatnich, zwalczałem ten pogląd, podkreślając swoistość tkanki rakowej pod względem antygenem.

Prezes zawiadamia, że wskutek braku quorum wybory Podskarbięgo nie doszły do skutku.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 25.

Prezes: Witold Orłowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego:

Karol Chodkowski.

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

Posiedzenie naukowe i doroczne walne zebranie

z dnia 29 listopada 1930 r.

Przewodniczący: N. Mesz.

Sekretarz: J. Kochanowski.

Obecnych 24.

Porządek dzienny:

1. P. Martyszewski i M. Werkenthinówna. *Tak zwana „nowa nauka“ o powstawaniu gruźlicy płuc w świetle obserwacji poradni przeciwgruźliczej.* (Ukaże się w druku).

W dyskusji Rubinrot zwraca uwagę, że w odczynie swoim prelegent pominął nazwisko zmarłego niedawno znakomitego fizjologa polskiego, Dłuskiego. W numerze jubileuszowym Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, poświęconym Dłuskiemu, O. Sokołowski z Zakopanego podkreśla, że już w r. 1904 Dłuski w sprawozdaniu z działalności uzdrowiska wspomina, iż zauważył częste występowanie pierwszych ognisk gruźliczych w okolicy podobojczykowej z przodu i na wysokości grzebienia łopatki z tyłu. Okoliczność, że umiejscowienie to często usuwa się uwadze internistów, tłumaczy się grubą warstwą mięśni, znajdujących się w tej okolicy i osłabiających wrażenia słuchowe. Prelegent słusznie podkreśla znaczenie badania radjologicznego, które jest nieodzowne w każdym przypadku sprawy płucnej.

Mesz zaznacza, że, aczkolwiek u chorych szpitalnych spotykamy przeważnie objawy rentgenologiczne późniejsze i zmiany daleko posunięte, to w innych okolicznościach widziemy objaw może wcześniejszy, niż naciek wczesny, mianowicie, zawoalowanie jednego pola płucnego, przypominające zastój i powstałe wskutek wysięku. Dopiero po pewnym czasie objawy wysiękowe ustępują, i uwidacznia się naciek pierwotny.

Zawadowski proponuje nazwać nacieki wczesne „naciekami Dłuskiego“.

W odpowiedzi Prel. podnosi, że w referacie pominięto Dłuskiego dlatego, że nie wyosobnił on ogniska podobojczykowego, jako takiego, lecz stwierdził, że gruźlica płuc, rozpoczynająca się pod obojczykiem, przebiega zwykle gorzej, niż rozpoczynająca się w szczycie.

2. W. Zawadowski. *O pomiarach dawek promieni X i dawkomierzu Solomona.* (Ukaże się w Przeglądzie Radjologicznym).

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

3. Schmorak. a) *Przypadek ostitis fibrosa generalisata.*

b) *Przypadek periostitis ossificans gonorrhoeica.*

Dyskusja. Zawadowski: Pierwszy przypadek Kol. Schmoraka przydstawia się niezwykle ciekawie, jednakże rozpoznanie torbielowato-włóknistego schorzenia nie wydaje się w tym przypadku dostatecznie uzasadnione. Przeciwnie temu rozpoznaniu przemawia umiejscowienie i charakter ognisk, brak ogólnego tła rozmiękczeniowego i kliniczny obraz cierpienia, który prelegent przedstawił. Natomiast wiek pacjentki,

istnienie jednocześnie zaburzeń rozwojowych kości długich jednostronne wystąpienie zmian, umiejscowienia w częściach przynasadowych a także sam wygląd ognisk wskazują na to, że ma on tu do czynienia z rzadkiem cierpieniem kostnym, opisanym po raz pierwszy w r. 1899 przez Olliera pod nazwą dyschondroplazji, a znanem też, jako połowicza rozsiana chrzęstniakowatość (*chondromatosis multiplex unilateralis*).

Elektorowicz zwraca uwagę na skrócenie kości, dotkniętych schorzeniem, co przemawia za sprawą chorobową o podłożu wrodzonym.

Kochanowski znajduje analogję pomiędzy demonstrowanym przypadkiem a swoim własnym, gdzie poza obrazem, bardzo zbliżonym do przedstawionego, znalazł zupełnie typowe chrzęstniaki palców. Zarówno w przypadku demonstrowanym, jak i we własnym, K. podkreśla jednostronne występowanie zmian, względnie silniejsze zaakcentowanie po jednej stronie.

W odpowiedzi Prel. oświadcza, że zdania Kolegów są dla niego przekonujące, i że rozpoznanie swoje opierał na orzeczeniu rentgenologa.

Elektorowicz prosi o bliższe wyjaśnienia co do etjologii drugiego przypadku.

Prel. zaznacza, że nie uważał obrazu za znamienny dla rzeźączki, lecz dla zapalenia okostny wogóle.

Schmorak przedstawia pozatem zdjęcia, dotyczące nieprawidłowości w położeniu łopatki u dziecka.

W dyskusji Stankiewicz stwierdza, że chodzi tu o typowy przypadek *supralevationis scapulae*; podkreśla obecność tarni dwudzielnej w górnym odcinku kręgosłupa pierśwego.

4. Sprawozdanie ustępującego zarządu:

a) Sekretarza:

W r. 1930, t. j. od stycznia do 29 listopada 1930 r. odbyło się 8 posiedzeń naukowych. Liczba obecnych wahała się od 18 — 31 osób, przeciętnie wynosiła 26 osób. Wygłoszono razem 15 cdczytów, 39 pokazów przypadków i 1 pokaz filmu kinematograficznego. W dyskusjach zabierało głos 55 osób. Zarząd P. L. T. R. wystąpił na posiedzeniach Warszawskiego Koła z 7 komunikatami.

b) Skarbnika: (Za czas od 20.I.30. do 24.XI.1930)

Dochód:	Rozchód:	
Składki po 1 zł. zebrane	Mechanik na posiedzeniach	70.00
na posiedz.	196.— Woźny na posiedzeniach .	35.00
Pożyczka z P.L.T.R.	28.55 Druk zaproszeń	90.00
Razem 224.55	Znaczk. pocztowe	20.55
	Zwrot długu (część.) P.L.T.R.	9.00
	Razem	224.55

Skarbnik wyjaśnia, że dług w kwocie 19.55 powstał w ten sposób, że zbierane na posiedzeniach jednorazowe opłaty od członków nie wystarczały na pokrycie kosztów urzędowania posiedzeń, wobec czego zaszła konieczność pożyczania tej kwoty od PLTR. Pozatem skarbnik stwierdza, że wspólnie z komisją rewizyjną wykryto w zeszłorocznym sprawozdaniu dług analogiczny do tego, w kwocie 115 zł. powstały przez to, że skarbnik Koła Warszawskiego ścigał składki od członków Koła Warszawskiego, która to suma wyniosła 1150 zł. zaś wpłacił do skarbu P.L.T.R. 1035 zł. Reszta została zużyta na wydatki wewnętrzne Koła, gdyż jednorazowe opłaty nie wystarczyły na ich pokrycie. Skarbnik wnosi o zwrócenie się do Zarządu P.L.T.R. o umorzenie powyższego długu.

c) Komisji Rewizyjnej:

Dnia 27.XI.30 komisja rewizyjna w składzie Kol. Gądek a i Kol. Stankiewiczza sprawdziła dowody kasowe i stan bierny kasy w wysokości 143 zł. 55 groszy, a to za okres 1928 — 1930 r. (115 zł. za 1928 — 29 r. i 28 zł. 55 gr. za 1929 — 30 r.). Suma ta została pokryta pożyczką Koła Warszawskiego od Skarbnika P.L.T.R. z funduszy Towarzystwa. Dochody za r. 1930 wynoszą 196 zł., wydatki 224 zł. 55 gr.

Gądek popiera w imieniu komisji rewizyjnej wniosek skarbnika o wystąpieniu do P.L.T.R. o umorzenie długu.

d) Prezes ustępującego zarządu, Mesz, reasumuje jego działalność. W dyskusji Zawadowski proponuje, by dług rozdzielić pomiędzy członków, uczęszczających na posiedzenia.

Kochanowski wskazuje na niesprawiedliwość tego projektu, gdyż ci, którzy stale przychodzą na posiedzenia i płacą regularnie opłaty, musieliby jeszcze zapłacić za tych, którzy się do tego obowiązku nie poczuwają.

Kukliński proponuje, by składki ściągnąć wstecz, wystawiając rachunki formalne.

Elektorowicz stawia wniosek, by dług za ostatnią kadencję ściągnąć od członków, zaś prosić o umorzenie poprzedniego długu (115 zł).

Wniosek Zawadowskiego uzyskuje 4 głosy Elektorowicza — 9.

Rubinrot proponuje, by dług obecny przekazać na następny rok.

Stefanowski proponuje podwyższenie składki do 1 zł. 50 gr.

5. Wybory nowego Zarządu Warszawskiego Koła: Przewodniczący ustępującego zarządu Mesz, korystając z prawa przysługującego mu, wysuwa następujących kandydatów:

Przewodniczący — Rubinrot.

Zastępca przewodniczącego — Stankiewicz.

Sekretarz — Werkenthinówna.

Skarbnik — Kochanowski.

do komisji rewizyjnej:

Drozdowicz, Zawadowski, Gądek.

Wyniki głosowania (głosuje 20 osób):

Przewodniczący (Rubinrot 17 głosów
(Zawadowski 1 gł.

Wiceprzewodniczący (Stankiewicz 18 gł.
(Zawadowski 3 gł.

Sekretarz — Werkenthinówna — 20 gł.

Skarbnik — Kochanowski — 20 gł.

Komisja rewizyjna:

Drozdowicz 9 gł.

Gądek 10 gł.

Flektorowicz 1 gł.

Zawadowski 10 gł.

Stefanowski 1 gł.

W wyniku Zarząd i Komisja Rewizyjna zostają obrani w składzie, zaproponowanym przez ustępujący Zarząd.

Z powodu późnej godziny Przewodniczący zamyka przewizorycznie zebranie, zapowiadając jego zakończenie na najbliższy termin.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 grudnia 1930 r.

Przewodniczący: Mesz i Rubinrot.

Sekretarz: M. Werkenthinówna.

Obecnych — 32.

1. Mesz wysuwa wniosek o udzielenie absolutorjum ustępującemu Zarządowi. Wniosek zostaje przyjęty. Rubinrot obejmuje przewodnictwo.

Wniosek Stefanowskiego o podwyższeniu składki jednorazowej na posiedzeniach do 1 zł. 50 gr. zostaje przegłosowany i przyjęty.

2. Inż. K u r c z H. z Wiednia. *Pokaz dawkomierza Mekapion.*

Prelegent na wstępie podkreśla wyższość sumującego mierzenia dawki nad mierzaniem natężenia promieni, a następnie naświetlania tylko według czasu. Następnie prelegent przechodzi do omówienia budowy dawkomierza. W przyrządzie tym siatka lampy wzmacniającej ładuje się silnie ujemnie, co powoduje znikanie w niej prądu anodowego. Komora jonizacyjna jest włączona równolegle do kondensatora ładującego siatkę. Naskutek naświetlania komory siatka kondensatora rozładowuje się, i w lampie zjawia się zwu prąd anodowy, uruchamiający przekazywacz, który poprzez transformator ponownie ładuje ujemnie siatkę, co znosi prąd anodowy. Perjodyczne powtarzanie się tych zjawisk odbywa się tem szybciej, im silniejsze jest natężenie promieniowania. Promieniowanie, przechodzące przez komorę, jest rejestrowane przez licznik, który daje sygnał w chwili, gdy została zastosowana pożądana dawka, zaznaczona z góry na skali. W momencie sygnału może być wyłączony także cały aparat rentgenowski.

Do uruchomienia przyrządu potrzebny jest akumulator który ładuje się wprost z sieci.

Cechami dodatnimi Mekapionu jest przepuszczalność dla promieni trzonka komory i niezależność komory od długości fali w zakresie powyżej 75 K. V. Do każdego dawkomierza jest dołączony stały jonizator uranowy, umożliwiający przekonanie się w każdej chwili o prawidłowości danych, podawanych przez przyrząd. Zaletą Mekapionu jest, że do pomiaru nie używa się części, poruszanych mechanicznie, i że izolacja jest pewna z powodu niskiego napięcia — tylko 150 voltów, przez co przyrząd nie podlega wpływowi wilgoci, jak się dzieje w innych aparatach, które pracują przy napięciu 1.000 voltów.

Szereg przyrządów pomocniczych, jak stoper elektryczny, licznik dawki, komplet filtrów do mierzenia warstwy połowiaczej, wyłącznik automatyczny, i komora do pomiaru promienio-

wania rozproszonego umożliwiając wykonanie badań dodatkowych. Zaproszona zaciska przyrząd może być włączony do kolumny świetlnej i służyć do mierzenia intensywności promieniowania światła.

3. Inż. Lewi K. Pokaz dawkomierza *Hammera*.

Dawkomierz wg. Prof. Hammera ma za zadanie automatyczne określanie zaaplikowanej dawki oraz elektryczne notowanie przebiegu procesu naświetlania. W odróżnieniu od zwykłych jonometrów, w których odbywa się tylko jednorazowe rozładowanie dużej pojemności, zasada działania dawkomierza Hammera opiera się na całym szeregu naładowań i rozładowań, które każdorazowo odpowiadają określonej dokładnie dawce cząstkowej. Dawkomierz Hammera opiera pomiar na jonizacji powietrza w komorze jonizacyjnej. Ze względu na to, że mój przedmówca zjawisko to omówił, pozwolę sobie przejść do opisu przyrządu oraz do demonstrowania sposobu jego działania. Na wstępie chciałbym zaznaczyć, że dawkomierz Hammera może być przyłączony do sieci prądu zmiennego dowolnego napięcia, bez potrzeby uciekania się do transformatorów pośrednich i t.d. Dawkomierz ten nie zawiera ani baterji, ani akumulatorów i z tego względu jest wolny od błędów, związanych z tego rodzaju źródłami prądu.

Dawkomierz Hammera jest cechowany w jednostkach międzynarodowych i składa się zasadniczo z: 1) licznika, 2) z przekaźnika pomiarowego, połączonego z komorą jonizacyjną w jedną całość. Na liczniku widzimy tarczę, po której poruszają się 3 wskazówki: skok mniejszej wskazówki odpowiada dawce cząstkowej 5 r, drugiej zaś wskazówki — 100 r; trzecia wskazówka, stała, służy do nastawiania dawki, t.j. pewnej liczby jednostek r. Gdy poruszająca się wskazówka zajmie położenie wskazówki stałej, czyli po osiągnięciu pożądanej dawki, rozlega się donośny sygnał alarmowy, który oznajmia koniec naświetlania. Przy zastosowaniu odnośnego wyłącznika aparat rentgenowski może w tym momencie zostać wyłączony. Licznik zawiera jeszcze sekundomierz, poruszany elektromagnetycznie. Sekundomierz ten wskazuje czas, odpowiadający dawce jednostkowej 5 r, jak również całkowity czas trwania naświetlania. Opisany licznik może być umieszczony w dowolnym oddaleniu od chorego, a więc n. p. na biurku lekarza.

Komora jonizacyjna, umocowana w odpowiednim statywie, wzgl. w tubusie (przy zastosowaniu wieszaka sufitowego), zostaje umieszczona bezpośrednio na ciele chorego i naświetlana wraz z nim. Przy zastosowaniu odpowiedniej osłony gumowej można komorę wprowadzić do jam ciała i w ten sposób zupełnie dokładnie określić dawkę w głąbi. W przekaźnik pomiarowy, który — jak już wspomniałem — jest połączony z komorą jonizacyjną w jedną całość, jest wstawiony preparat radowy, który zezwala w każdej chwili na sprawdzenie dokładności wskazań przyrządu. Sprawdzenie to odbywa się w sposób bardzo prosty, a mianowicie, wystarczy odpowiedni pierścień, znajdujący się w przekaźniku pomiarowym, nastawić na położenie, oznaczone słowem „Radium”, wówczas gdy brzy naświetlaniu promieniami X należy pierścień nastawić w położenie, oznaczone słowem „Roentgen”.

Dzięki swej specjalnej konstrukcji komora jonizacyjna jest niezależna od długości fal w granicach od 80 do 200 KV, przyczem błąd wynosi około 3%.

Dawkomierz Hammera jest powszechnie stosowany w praktyce terapeutycznej ze względu na prostotę obsługi oraz wielką dokładność wskazań.

4. Zawadowski W. Pokaz dawkomierza *Solomona*. Prelegent omawia ogólne zasady budowy i demonstrowa części składowe i funkcjonowanie dawkomierza *Solomona*.

Dyskusja:

Mesz. Wady dawkomierza *Solomona* są duże, pomiary wymagają częstszej kontroli, jednak cena jego jest przystępniejsza, niż demonstrowanych dawkomierzy niemieckich.

Gądek zaznacza, że zaletą dawkomierza *Hammera* i *Mekapiona* jest to, że mogą być umieszczone blisko lampy. Wadą dawkomierza *Solomona* natomiast jest, że trzeba go kalibrować w stosunku do długości przewodnika. Im przewodnik jest dłuższy, tem błędy większe.

Rubinrot: Nauka dąży do sprecyzowania jednostki i jaknajściślejszego mierzenia dawek, natomiast praktyka wykazuje, że można osiągnąć dobre rezultaty i 200 i 80-ma KV. U Holzknechta w Wiedniu dotychczas mierzą pastylkami. R. mierzy dawkę dawkomierzem *Solomona* i pastylkami i otrzymuje zgodność wyników. Ostatecznym sprawdzianem jest dawka biologiczna. Przyrządy pomiarowe są ważne, ale nie mogą zbytnio obciążać budżetu.

Zawadowski podnosi, że mimo że tolerancja tkanek jest duża i odczyn ich niejednakowy, obowiązkiem naszym jest dążyć do jaknajściślejszego określenia dawek. Pastylka

nie jest dostatecznie miarodajna, i tak orzekła komisja międzynarodowa. Co się tyczy dawkomierza *Solomona*, to za letą jego jest prostota jego konstrukcji — uszkodzenia przyrządu, jakkolwiek zdarzają się, nie są natury groźnej, i najczęściej można je samemu naprawić. Dla kontroli należy pomiary wykonywać często, przynajmniej raz na tydzień.

Mesz zaznacza, że u *Solomona* w Paryżu dokonywa się pomiarów w czasie każdego napromieniania.

Na zakończenie przeprowadzono pomiary porównawcze dawkomierzem *Hammera* i *Mekapionem*.

Posiedzenie lekarzy szkolnych z dnia 26 marca 1931 roku.

Przewodniczący: Dr. St. Kopczyński, — sekretarz Dr. Leśkiewiczowa. Obecnych osób 52.

Przewodniczący przypomina o kursie dokształcającym dla lekarzy na temat: „fizjologia i patologia wieku młodzieńczego”, mającym się rozpocząć dnia 13-go kwietnia r. b., oraz o kursie z działy eugenicznego przy Państwowym Instytucie Higjeny.

Następnie przewodniczący przypomina o prenumeracie miesięcznika „Wychowanie Fizyczne”.

Pp. architektki Eychhorn i Rogowski z wydziału budownictwa szkolnego w Ministerstwie przedstawili zaprojektowane przez nich, a wykonane w firmie „Konrad, Jarnuszkie wicz i S-ka” nowe modele stolika, krzesłek i ławek dwuosobowych. Nowość modelu polega przede wszystkim na tem, że meble wykonane są z żelaznych rur giętych i z kilku warstw drewnianej klejki (dychty), co daje rękojmię trwałości tych mebli. Model ławek różni się od znanego powszechnie typu ministerjalnego tem, że deski stolika są wysuwane. Krzeselka przy stolikach posiadają wygięte siedzenia i wygięte oparcia. Ten nowy model ławek i stolików umożliwia młodzieży większą swobodę ruchów i ułatwia utrzymanie podłogi w czystości. Spotkał się on z ogólnym uznaniem ze strony lekarzy szkolnych. Nieco wyższą cenę w porównaniu z ceną mebli drewnianych pokryje niewątpliwie ich większa trwałość.

W dyskusji inż. Wojciechowski wspomina o nowych typach niemieckich „Arbeitstisch” i „Arbeitsschulbank” z oparciami poniżej okolicy łopatkowej. Przewodniczący zwraca uwagę, iż zgodnie z wymaganiami higjeny najważniejsze jest oparcie grzbietowe górne nie zaś lędźwiowe.

P. Dr. Mikulski: wygłasza referat na temat „lekarz szkolny a psycholog szkolny”.

Na wstępie prelegent stwierdza, że istnieje naogół niewielkie zainteresowanie wśród lekarzy szkół średnich sprawami psychologicznymi, w szczególności psychohigjeny, pomimo, że higjena, zwłaszcza w szkołach ogólnokształcących, jest postawiona u nas na bardzo wysokim szczeblu.

Ze względu na to, że urzędy psychologów szkolnych znajdują się dopiero w stanie organizacji prelegent omawia przede wszystkim zadania psychologiczno-wychowawcze lekarza szkolnego. Jak w zakresie psychotechniki, tak i w dziedzinie badań psychologicznych w szkole lekarz powinien brać czynny udział, zwłaszcza specjaliści z pogranicza chorób dzieci, neurologji i psychjatrii.

Zdaniem prelegenta tworzące się urzędy psychologów szkolnych powinny spoczywać przede wszystkim w ręku lekarzy odpowiednio psychologicznie wyszkolonych. Zanim powstaną tego rodzaju urzędy, lekarz szkolny, zwłaszcza w szkołach licealnych i małych, mógłby objąć niektóre agendy, wchodzące w zakres działalności psychologa szkolnego.

Wstępem do tego rodzaju działalności byłoby nawiązanie kontaktu z młodzieżą nie tylko w gabinecie lekarskim, ale podczas przerw międzylekcyjnych na korytarzu szkolnym, w sali rekreacyjnej, czy też boisku szkolnym. Moment to również odpowiedni do poczynienia pewnych ciekawych i ważnych obserwacji psychologicznych.

Przez zorganizowanie i prowadzenie poradni psychologicznej lekarz szkolny, psychologicznie wyszkolony, miałby możność oddziaływania psychoterapeutycznego na przypadki trudne do prowadzenia, interesując się również uczniami, nie sprawiającymi trudności, uczniami nawet zdolnymi wybitnie, by poradnia nie zyskała opinji wśród uczniów przychodni dla „nienormalnych”. Pomocą w tej dziedzinie pracy byłaby dla lekarza metoda psychologii indywidualnej Alfreda Adlera oraz system indywidualnych kart psychologicznych, obejmujących stan fizyczny oraz rozwój psychiczny ucznia, jak również jego postępy w naukach. Karta psychologiczna, wypełniona częściowo przez lekarza, częściowo przez wychowawcę, ułatwiłaby orientację lekarzowi szkolnemu wśród materiału uczniowskiego.

Lekarz szkolny, zwróciwszy uwagę na ujednostajnienie metod wychowawczych, zdając powinien do obniżania liczby i jakości kar i nagan, stosowanych w szkole w formie negatywnych zabiegów wychowawczych.

W przypadkach decyzji rady pedagogicznej o wydaleniu ucznia ze szkoły lekarz szkolny, zajmujący się sprawami psychologiczno-wychowawczymi, powinien poddać uprzednio ucznia takiego badaniu i wyrazić swą opinię, żądając, by wniosek o wydalenie ucznia był zawsze sformułowany na piśmie.

Lekarz szkolny, biorąc udział w posiedzeniach rady pedagogicznej, zwłaszcza zainteresować się winien sesjami promocyjnymi dla klas starszych. Jest rzeczą niezmiernie pożądaną, by lekarz szkolny miał prawo udziału w posiedzeniach Komisji maturalnej i w szkołach prywatnych.

Lekarz szkolny mógłby udzielić wyjaśnień młodzieży, pragnącej studjować medycynę, jak również mógłby poruszyć sprawy ogólne, związane z wyborem zawodu.

Wreszcie lekarz szkolny zwrócić powinien uwagę na profilaktykę psychiczną, interesując się również metodami nauczania oraz uczenia się w szkole i w domu.

Jest rzeczą pożądaną zorganizowanie kursu dla lekarzy szkolnych, pragnących prowadzić ściślejsze badania psychologiczne w szkole.

W dyskusji Przewodniczący podnosi znaczenie „karty psychologicznej”. Dr. Sokal stwierdza, iż lekarz szkolny, jako mający stały żywy kontakt z uczniami i nauczycielstwem, może się orientować i orientuje się dobrze w psychologii ucznia. Dr. Sokal stwierdza, iż do psychologicznej pracy lekarza w szkole najważniejszy jest żywy udział lekarza w życiu szkolnym i obserwacja życia młodzieży.

P. inż. Wojciechowski stwierdza słabe zainteresowanie poradniami psychologicznymi ze strony lekarzy szkolnych.

Dr. Babski tłumaczy to brakiem czasu, stwierdzając jednocześnie, iż nauczycielstwo nie uwzględnia wyników badań poradni psych. przy przyjmowaniu i promowaniu uczniów.

Dr. Goździcki występuje przeciwko szczegółowym kartom psychologicznym, odróżniającym zanadto stan ciała od stanu ducha.

Dr. Szczawińska zapytuje, czy wyniki badań psychologicznych powinny być udzielane samym uczniom? Następnie stwierdza wielki brak czasu u lekarzy szkolnych na badania psychologiczne i proponuje powierzenie tych zadań nauczycielom psychologii.

P. Przewodniczący mówi o możliwości powstania Centralnej poradni psychologicznej i o ewentualnem skierowywaniu przez lekarzy szkolnych do niej uczniów.

Dr. Korsakówna podnosi niedostateczne psychologiczne i psychotechniczne wykształcenie lekarzy i nauczycieli.

Dr. Szokałski proponuje stworzenie na karcie psychologicznej rubryki, wypełnianej przez rodziców.

P. Budkiewiczówna zaznacza, iż rezultaty badań psychotechnicznych w szkołach powszechnych są omawiane na konferencji z nauczycielstwem danej szkoły, że współpraca poradni psychotechnicznej, czynnej przy sekcji higieny szkolnej mag. m. Warszawy, ze szkołami istnieje.

Posiedzenie zamknięte o g. 10 m 30 w.

Związek Przewodniczący.

Posiedzenie Zarządu z dnia 12 marca 1931 r

Obecni: Prof. Franciszek Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Doc. Dr. Gustaw Szulc, Major Dr. Marjan Wowkonowicz, Dr. Jerzy Reise, Dr. Wiktor Borkowski.

1) Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 30 stycznia 1931 r.

2) Przyjęto do Związku Przewodniczącego w charakterze członków Magistrat m. Stanisławowa oraz Wydział Powiatowy Sejmiku w Mołodecznie. Wysokość składki członkowskiej Wydziału Powiatowego Sejmiku w Mołodecznie została zatwierdzona ostatecznie w wysokości zadeklarowanej czyli pięćdziesiąt złotych rocznie, natomiast wysokość składki członkowskiej zadeklarowanej przez Magistrat m. Stanisławowa w wysokości zł. pięćdziesięciu rocznie została zatwierdzona tylko na okres roku 1931.

3) W związku z memorjałem Oddziału Wileńskiego P. I. skiego Towarzystwa Eugenicznego z dnia 12/II. 31 r. uchwalono zapoznać się na miejscu ze stanem walki z chorobami wenerycznymi na terenie m. Wilna przez swego delegata.

4) Podanie Magistratu m. Włocławka z d. 25/II, 31 r. o zapomogę uchwalono odłożyć ze względu na wyczerpanie kredytów do przyszłego roku budżetowego.

5) Uchwalono zwołać Walne Zebranie Delegatów Związku Przewodniczącego na dzień 23 maja 1931 r. o godz. 9 rano w gmachu Kliniki Dermatologicznej w Warszawie (K. 82-a) z następującym porządkiem obrad:

1) Zagajenie Zebrania przez przewodniczącego, 2) Wybór przewodniczącego i sekretarza Walnego Zebrania, 3) Odczytanie protokołu poprzedniego Walnego Zebrania, 4) Sprawozdanie do działalności Zarządu w r. 1930/31, 5) Sprawozdanie kasowe, 6) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej, 7) Plan działalności na r. 1931/32, 8) Przedłożenie preliminiarza budżetowego na r. 1931/32, 9) Wybór Zarządu i Komisji rewizyjnej, 10) Wolne wnioski.

(-) Dr. W. Borkowski (-) Prof. D. Krzyształowicz.

Sekretarz

Przewodniczący.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Achard, Bariety i Desbuquois spostrzegali przypadek *ziarnicy złośliwej czysto śledzionowej* (tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 40). Przypadek dotyczył chłopca 16-letniego gorączkującego, z objawami niedokrwistości i wieką śleziową, lecz bez swędzenia i powiększenia gruczołów powierzychowych. Badanie pośmiertne wykazało, że miano do czynienia z ziarnicą złośliwą, usadowioną w śledzionie. Na uwagę w tym przypadku, poza umiejscowieniem w śledzionie tylko, zasługują: brak leukocytozy i neutrofilozy w ciągu pewnego okresu rozwoju choroby, przejściowa obecność eozynofilji i myelocytozy neutrofilowej, nietypowe komórki Sternberga w węzle pozatrzustkowym, przemijające działanie dodatnie głębokiego naświetlania i wreszcie brak jakiegokolwiek wpływu usunięcia śledziony.

Loeper na tem samem posiedzeniu zwraca uwagę na związek, zachodzący między *soliterem* i *kwasm szczawikowym*.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń sądzi on, że solitery są w stanie wytwarzać w kiszkiach spore ilości tego kwasu.

W jednym takim przypadku przed wypędzeniem pasorczyta stwierdzono oksalemję, w stężeniu 0,11 na 1000, zaś po wypędzeniu zaledwie 0,03. Jeżeli pozatem umieścić solitera na 24 godziny w płecyku, to można zauważyć, że znacznie zmniejsza się ilość glikogenu, którego kosztem wytwarza się cukier i kwas szczawikowy.

Na 22-em posiedzeniu niemieckiego tow. rentgenologicznego w Baden-Baden w maju Los Santos z Lizbony omawiał *aortografję*, opierając się na 200 przypadkach. Po znieczuleniu lędźwiowem wstrzykuje się do aorty brzusznej 20 cm. sz. mieszaniny arobidilu ($\frac{2}{3}$) i jodku potasu ($\frac{1}{3}$). Udało się w ten sposób uwidocznic naczyńia brzuszne (krezki, wątroby, śledziony, nerek), co niejednokrotnie pozwalało na wnioski rozpoznawcze. (D. m. W. Nr. 21).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Organizacja poradni przedślubnych i małżeńskich*).

Podał

L. WERNIC (Warszawa).

Szanowni państwo!

Świeżo Związek badań eugenicznych (Eugenics Research Association z New Yorku) rozesłał ankietę do 50 organizacji i Tow. Eugenicznych we wszystkich częściach świata. Otrzymało ją 29 organizacji europejskich, 16 amerykańskich, 3 azjatyckie, 1 afrykańska oraz 1 australijska. Nie będę wymieniał 17 państw europejskich, do których zwrócili się inicjatorzy ankiety, podkreślę jedynie, że wszędzie istnieje podział prac eugenicznych na dwa działy: a) badań ściśle naukowych i b) eugeniki praktycznej. Dla rozwoju eugeniki oba te działy muszą się ściśle zająć o siebie i mocno popierać. Studja naukowe nie mogą być prowadzone bez odpowiednich środków, tych ostatnich zaś nie sposób zdobyć bez zainteresowania szerszego ogółu społeczeństwa, w pierwszym rzędzie zaś przedstawiciele inteligencji fachowej, instytucji oświecenia publicznego, oraz władz komunalnych, państwowych i społecznych.

Dopiero cele praktyczne, korzyść wyraźna i namacalna, przemawiają do obojętnego na nowe zagadnienia otoczenia i są w stanie wykrzesać zeń siły fizyczne, moralne i materialne dla rozwoju eugeniki.

To też naukowa eugenika, ten kwiat cieplarniany, szczególnie u nas w Polsce musi rozwijać się w dziedzinie wpływów miast uniwersyteckich lub posiadających większy zespół inteligencji, pracującej naukowo.

Oddział Warszawski Pol. Tow. Eugenicznego ustanowił stypendjum dla prac oryginalnych polskich, które są wykonywane obecnie w Pracowni Biometrycznej im. Nenckiego, poza tem podjął się zreformowania na wydawnictwo naukowe kwartalnika „Zagadnienia Rasy” oraz wydania szeregu podręczników z dziedziny eugeniki, których zupełny brak rzucał się w oczy [wyszła książka Grotjana Eugenika praktyczna, obecnie zaś tłumaczy się praca prof. Rużicki], ostatnio zaś, za co składamy hołd przedstawicielom Instytutu Higjeny Państwowej, wespół z nim zorganizowano dla lekarzy dwutygodniowy kurs eugeniki i poradnictwa przedślubnego oraz małżeńskiego w szkole Higjeny, który trwa od 20 kwietnia do 2 maja r. b. włącznie. Tuszymy sobie, że i inne Oddziały Tow. Eugenicznego w miarę sił i możliwości przyczynią się do pomnożenia prac oryginalnych polskich.

Jednocześnie atoli rwąca fala życia wysuwa dwa cele praktyczne, niezbędne do zaspokojenia. Są to 1-o sprawa organizacji poradni przedślubnych oraz 2-o sprawa uświadomienia sfer szerszych co do podstawowych zadań eugenicznych, zawartych w pojęciu „macierzyństwa”. To też sekcja szkolenia matek jest

obok poradnictwa eugenicznego najbardziej aktualnym zagadnieniem eugeniki praktycznej, i o niej każdy Oddział pamiętać winien.

Poradnictwo małżeńskie zapoczątkowane zostało już przed 50 laty. Wówczas bowiem, w r. 1881 zakład tego rodzaju powstaje w Holandji. Lecz mimo tych poczynąń — sprawa poradnictwa w kraju tym posunęła się naprzód dopiero w r. 1923, t. j. po latach 42, kiedy powstała 1-a poradnia przedślubna miejska w Amsterdamie, a przeprowadzony plebiscyt zainteresował ogół, z którego 35 gmin zgłosiło się z zapotrzebowaniem założenia poradni przedślubnych.

W rzeczy samej dopiero po wojnie notuje się żywsze zainteresowanie tą sprawą, aczkolwiek grunt był wszędzie przygotowywany na wiele lat przedtem. Warunkiem koniecznym do rozwoju eugeniki jest niepodległość narodu. Bez niej niema możliwości pracowania w tej dziedzinie, i dla każdego eugenisty dobro narodu i państwa, utrzymanie jego potęgi i niepodległości jest najważniejszym przykazaniem. W niewoli Polska nie mogła marzyć o pracy eugenicznej, cały aparat państwowy wrogo był nastawiony dla nas — dysgenicznie, dążąc do wytepienia Polaków.

Poradnictwo przedślubne rozwinęło się na szerszą skalę naprzód w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie już w r. 1895 stan Connecticut, a pomiędzy rokiem 1903 a 1909 kolejno stany Kansas, Colorado, Ohio, Indiana, Michigan, Minnesota i Utah, zaprowadzają przepisy przedślubne w różnej postaci. Są więc poczynania w rodzaju a) zakazów prawnych, b) przysięg, składanych sobie wzajemnie lub przed władzami przez narzeczonych co do stanu ich zdrowia, bądź to z obu stron, bądź też jedynie ze strony męskiej, c) wymagań przedstawienia świadectw lekarskich.

W r. 1910 związek Monistów niemieckich z genialnym Ernestem Haecklem na czele wydaje odezwę, która zasługuje na przytoczenie; brzmi ona następująco: „Zdrowie, potęga i zdolność narodu zależy w pierwszym rzędzie od zdrowia, siły i wytrzymałości jednostek, naród stanowiących, jakoteż od ich cech dziedzicznych. Obciążenie społeczeństwa wydatkami na utrzymanie jednostek słabych i kalek wzrasta niepomiernie i przerasta siły pozostałej ludności, pracującej produkcyjnie. Ta ostatnia jest zmuszona do ograniczenia wydatków, niezbędnych na wychowanie zdrowego i pożytecznego potomstwa oraz wprost do ograniczenia jego przyrostu. Należy przy zawieraniu małżeństwa wzmocnić poczucie odpowiedzialności jednostek wobec państwa, społeczeństwa i potomstwa”.

W roku 1915 pierwsze państwo europejskie — Szwecja wprowadza zakaz małżeństwa dla obłąkańców, chorych płciowo i na padaczkę. Norwegja czyni to w r. 1918; Danja w r. 1922 zaprowadza oświadczenie piśmienne narzeczonych na 2 tygodnie przed ślubem. Turcja w r. 1921, Czechosłowacja zaś w r. 1928 wprowadzają ingerencję lekarską do spraw małżeństwa ludzi chorych wenerycznie. Z chrześcijańskich kościołów, kościół ormiański już od r. 1913 zaprowadził w Persji przymus świadectw zdrowia.

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Rady Głównej P. T. Eug. d. 22. II 1931 r. oraz na posiedz. plenarn. P. T. Med. Społ. d. 21. V. 1931 r.

Wzmianką o dobrowolnych zobowiązaniach co do poddawania się badaniom członków T-wa wychowania eugenicznego w Anglii [Eugenics education Association] lub też wychowanków t. zw. Jugend-amtów w Niemczech — kończę te długie uwagi wstępne.

Poradnictwo przedślubne i małżeńskie rozwinęło się bardzo silnie u naszych sąsiadów — Niemców. Z górną 180 poradni istnieje na ich terytorjum. Ruch tworzenia tych instytucyj ożywił się od r. 1926, t. j. od czasu wydania odpowiedniego Rozporządzenia Ministra opieki Społecznej w miesiącu lutym tego roku. Do tego czasu istniały poradnie, utrzymywane przez Związek dla opieki nad matką (V. f. Mutterschutz und Sexuale Reform) w miastach Dreznie, Hamburgu, Frankfurcie nad Menem, Wrocławiu i t. d.

Minister Opieki Społecznej, zalecając tworzenie poradni przedślubnych, podkreślił, że powinny z nich być wyłączone porady małżeńskie, jako antykonceptyjne, działające na szkodę państwa. Życie wszakże i obserwacje odpowiednie wykazały, iż porady małżeńskie tylko w nieznacznym odsetku dotyczą antykonceptcji oraz, że do poradni przedślubnych zgłaszają się cierpiący na dolegliwości płciowe, jakoteż pragnący zasięgnąć informacji co do życia płciowego, a nawet własnego stanu zdrowia. Im większe będzie zaufanie do poradni, tem większa będzie frekwencja.

Organizacja i rozwój poradni opiera się na dwu fundamentach: a) dobrem kierownictwie, b) dobrym wywiadzie.

Rozpoznanie i wnioski lekarskie muszą znaleźć

1) pomoc inteligentną 2) w pracy dobrego wywiadowcy, 3) jakoteż w dokładnie przeprowadzonych analizach.

Kierownik poradni powinien być lekarzem, obeznanym z eugeniką i zagadnieniami seksualnymi, chorobami wenerycznymi, ginekologicznymi i nauką o dziedziczności normalnej oraz w cierpieniach przekazywanych potomstwu.

Takt, znajomość życia i umiejętność przemawiania do ludzi, a przede wszystkim znajomość słabostek i ułomności ludzkich muszą go znamionować.

Aby sprawa poradni na gruncie Polski ustrzegła się błędów organizacyjnych, związanych nieodłącznie z dyletantyzmem, musimy uwzględnić zarówno doświadczenie obcych, jak i własne, osiągnięte, dzięki kilkuletniemu prowadzeniu poradni przy Oddziale Warszawskim P. T. Eugenicznego.

Organizacja poradni przedślubnych jest najważniejszym problemem Eugeniki praktycznej; uznajemy jej olbrzymią doniosłość zapobiegawczą i propagandową. Uważamy, że misją T-wa Eugenicznego jest współpraca z każdą instytucją społeczną, komunalną, ubezpieczeniową (Kasy Chorych, wzajemne ubezpieczenia dla pracujących umysłowo it.d.) bądź też państwową. Dlatego z radością witamy poczynania zarówno Kasy Chorych m. Warszawy, jak państwowego związku Kas Chorych, jak wreszcie Zarządu m. Łodzi i z chęcią dzielimy się z niemi doświadczeniem, już zdobytem osobiście, bądź też wiedzą, będącą następstwem zapoznania się z cudzemi poczynaniami.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

— D. 31 maja r. b. staraniem Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sali Warszawskiego Towarzystwa Naukowego odbyła się uroczysta Akademia ku czci ś. p. d-ra Kazimierza Dłuskiego, długoletniego Prezesa Towarzystwa. Działalność Zmarłego, obfitującą w liczne czyny doniosłe na niwie naukowo-lekarskiej, politycznej i społecznej, uwydatnili w pięknych przemówieniach: Naczelnik Wydziału Zdrowia Magistratu m. Warszawy, dr. Czesław Wroczyński, Minister Leon Wasilewski i prof. Henryk Rygiel. Przemówień tych w uroczystym nastroju wysłuchała licznie zgromadzona publiczność, wśród której było wielu przedstawicieli świata naukowego i politycznego oraz przyjaciół i pacjentów znakomitego lekarza i człowieka.

Wygłoszone na Akademii mowy zamierzamy podać w numerze „Warsz. Czasop. Lek.„ który ukaże się w rocznicę zgonu Wielkiego Syna Polski.

— Z powodu odbytej d. 31.V r. b. Akademii, poświęconej pamięci Dr. Kazimierza Dłuskiego, nadesłał nam kol. Edward Gliksmann list następujący:

Ostatnie tygodnie życia ś. p. D-ra Kazimierza Dłuskiego

Trudne miał przeżycia ostatnie ś. p. Dr. Dłuski. Po ciężkiej operacji zawężenia jelit został uratowany do życia dzięki umiejętnej i sumiennej pomocy chirurgów Zakładu „Omega“ Drów Sławińskiego, Gurbkiego, Smolewskiego i in. Wobec trudno gojącej się rany wątlęj ściany brzusznej i zakrzepu żyły udowej został przewieziony dla dalszego leczenia do Otwocka do Sanatorium D-ra Przygody, a że wtedy mieszkałem w Otwocku, przeznaczony zostałem do tego leczenia przez kolegów z Omegi. Doprawdy, czułem się tem zaszczycony i szczęśliwy, że mogę być po-

mocny i przysłużyć się temu wielkiemu obywatelowi i znakomitemu lekarzowi. Pierwszy miesiąc kuracji szedł gładko. Wtedy jeszcze dobre, szare oczy chorego nieraz błyskały życiem, a zbladych ust jego zrywał się często dowcip, nigdy zjadliwy, a zawsze pełny dobrodusznego humoru. W rozmowie wykazywał zainteresowanie rozmaitemi sprawami, często mówił o Otwocku i jego przyszłości, jako terenu dla leczenia gruźlicy, tak płucnej, jak i pozapłucnej. Podziwiałem wtedy śmiały rozum i młody rzut poglądów tego 75-letniego stieranego nieustanną pracą lekarza. „Dopóki nie znajdziemy środka na gruźlicę na drodze serologicznej”, mawiał, „tymczasem cała najbliższa przyszłość terapii gruźlicy, poza klimatycznymi warunkami, leży w chirurgii: odma, wycięcie nerwu przyponowego, trakoplastyka, plombowanie etc.” Ubolewał, że dział ten słabo się u nas rozwija, szczeg. trakoplastyka mało jest popularna, że należałoby mieć w Otwocku, Zakopanem i innych odpowiednich miejscowościach, specjalne oddziały chirurgiczne dla poważnych zabiegów na klatkę piersiową w gruźlicy, w rodzaju tego, jaki urządził Sauerbruch. Kiedy pomyślnie przeszedł pierwszy miesiąc kuracji, kiedy rana ściany brzusznej prawie już się ściągnęła, a zakrzep żyły udowej szybko się rezorbował, kiedy chory ożywał się często nadzieją, że oto niezadługo podda się operacji ocznej, ażeby, jak mówił, jeszcze jasno na świat Boży spoglądać, wtedy niespodzianie wystąpiły objawy dawnego cierpienia płuc, gruźlicy. Ognisko za ogniskiem zjawiało się i znikalo, nieustający proces zjadał ostatnie siły stieranego pracą organizmu, nastąpiła apatia, w ostatnich 2—3 dniach zamroczenie, i oto przestało bić wielkie serce ś. p. D-ra Dłuskiego, serce znakomitego lekarza, wielkiego społecznika, polityka i patrioty.

Cześć Jego pamięci!

— Zjazd Higienistów Polskich Miast i Wsi.

Komitet Organizacyjny Zjazdu Higienistów Polskich Miast i Wsi, który się odbędzie w dniu 21 i 22 czerwca b. r. w Gdyni poczynił starania w celu zapewnienia uczestnikom Zjazdu kwater w Gdyni. Mimo rozpoczynającego się właśnie w tym czasie sezonu kąpielowego, udało się Komitetowi Gospodarczemu Zjazdu zarezerwować w hotelu około 300 kwater po stosunkowo niskich cenach (od 4 do 10 zł. za łóżko). W celu zapewnienia sobie kwater, uczestnicy Zjazdu winni przed 10 czerwca zgłosić zamówienia i zadatek do Komitetu Gospodarczego Zjazdu w Gdyni (Starostwo Grodzkie).

Zgłoszenia na Zjazd i wszelkich informacji o Zjeździe udziela Komitet Organizacyjny Warszawa — Karowa 31, telefon 663-46.

— VI Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych odbędzie się w Wilnie d. 28,29,30 czerwca r. b.

Tematy Zasadnicze:

1) Dr. Sycianko (Wilno) Schorzenia układu nerwowego i sfery psychicznej wśród pracowników P. K. P. 2) Dr. Umiaśtowski (Wilno). Odmy sztuczne i leczenie odmami w Wileńskiej Dyr. Kol. 3) Dr. Miedziszewski (Bydgoszcz). Szczepienia ochronne przeciw błonicy i płonicy. 4) Dr. Żebrowski (Wilno). O pomocy akuszerzyjnej w kolejnictwie w związku z ochroną zdrowia matki i dziecka. 5) Dr. Karnicki (Wilno). Związek przyczynowy pomiędzy gruźdzołami dokrewnemi a rakiem.

I dzień Zjazdu g. 12-a Otwarcie Zjazdu i Obrady.

„ „ „ 19-a Wspólny obiad.

II „ „ 9-a Zwiedzanie miasta.

„ „ 14-a Wyjazd do Kalwarji i Werek.

III „ „ 9-a Dalszy ciąg obrad w szpił. kol. na Wilczej Łapie.

„ „ 13-a Wyjazd do Landwarowa i Trok.

— Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie urządza w miesiącu lipcu i sierpniu r. b. dwie międzynarodowe wycieczki lekarskie: pierwsza w Alpy (od 1 do 12 lipca) pod patronatem wydziału lekarskie-

go lionńskiego i kierunkiem naukowym prof. Piery i Thevenot; druga — Cevennes — Pireneje (od 28 sierpnia do 9 września) pod patronatem wydziału lekarskiego w Montpellier i kierunkiem naukowym prof. Delmas i Giraud. Cena każdej wycieczki około 1800 franków. Uczestnicy będą korzystali z 50% ulgi na drogach żelaznych francuskich. Informacyj udziela: Secrétariat de la Société Médicale du Littoral, à Nice, 24, rue Verdi.

— Nr. 10-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: „Tydzień Dziecka” Dr. S. Stendiga, „Wiosna i lato w mieście” J. Prażmowskiej, „Daj bezu” F. Kruszewskiej (nowela), „Wycieczki zamiejskie z dziećmi”, „Hartowanie wodą” N. Niemczyckiej, „Pielęgnowanie chorego dziecka” W. Dobrzańskiej, „Dziecko niedonoszone” Dr. F. Łuniewskiej.

Liczne ilustracje, meble dzieciinne, ubrania oraz zabawki i porady i odpowiedzi Redakcji na zapytania czytelników uzupełniają numeru.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

2.VI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Uroczysta Akademia k. czci ś. p. Profesora Bronisława Sawickiego.

Program Akademji.

1. A. Leśniowski. Ś. p. Bronisław Sawicki jako lekarz i profesor Uniwersytetu.

2. W. Łapiński. Działalność lekarsko-społeczna ś. p. Bronisława Sawickiego.

3. J. Bączkiewicz. Kartka z działalności ś. p. Prof. Br. Sawickiego jako obywatela i filantropa.

4. W. Szumiański. Działalność ś. p. Dra Bronisława Sawickiego, jako członka Redakcji Gazety Lekarskiej,

5. A. Jarosiński. Ś. p. Br. Sawicki — pierwszy członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego.

6. L. Paczowski. Ś. p. Br. Sawicki jako syn Podlasia

TRĘŚĆ: H. i L. HIRSZFELDOWIE. Odporność ustrojów młodych. — A. MAŃKOWSKI. Modyfikacja metody Hagedorn-Jensena oznaczania zawartości glukozy we krwi w zastosowaniu do praktyki lekarskiej. (Dok). — J. STEIN. Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — L. WERNIC. Organizacja poradni przedślubnych i małżeńskich. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. et L. HIRSZFELD. L'immunité d'organismes jeunes. — A. MAŃKOWSKI. Une modification de la méthode de Hagedorn-Jensen de la définition de glucose dans le sang par rapport à la pratique médicale (fin). — J. STEIN. Anatomie pathologique de la tuberculose d'après les nouvelles recherches. (Rev. gén. suite). — L. WERNIC. L'organisation des dispensaires anténuptiaux et matrimoniaux.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

CENY OGŁOSZEN:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300, — pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90. —

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych. cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200.— do 400.—

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.