

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 IX

WARSZAWA, 10 MARCA 1932 R.

Nr. 10

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O przestrajającej djetcie kwasowej i zasadowej *).

Podał

Dr. Maksymiljan BLASSBERG (Kraków).

W ostatnich czasach powstał i wzmógł się w medycynie kierunek djetetyczny, podążający do przestrojenia soków ustrojowych przez odpowiedni dobór djetety, działającej przez składniki pokarmowe w pewnym chemicznym kierunku. Dotychczas medycyna, pod wpływem morfologicznego nastawienia myślowego w anatomii patologicznej, a przyczynowego w bakterjologii, zaniedbywała znaczenie ogólnych oddziaływań, jak właśnie żywienia, które może wywierać radykalny wpływ na cały stan ustroju i jego narządów, tkanek i soków. Nowsze badania wykazały, że zmiana w sposobie odżywiania się i przestrojenie ustroju może gruntownie wpłynąć na sposób oddziaływania organizmu w chorobie. Już dziś dość liczne badania dążą do wykrycia istoty zmiennych ogólnych chemizmów ustroju. Na tej drodze rozwinęły się dotąd liczne badania nad retencją chlorków i ciał azotowych we krwi, hiperglikemją, hipercholesterynemją, nad zaburzeniami równowagi kwasowo-zasadowej, nad kwasicą i alkalozą oraz nad wpływem zaburzeń dokrewno-gruczołowych na chemizmy ustroju. W pracy swojej p. t. „O djetetycznej metodzie leczniczej bezsolnej D-ra G e r s o n a (Polska Gazeta Lekarska 1929) podkreśliłem, że główną zasługą G e r s o n a jest nie jego metoda leczenia, lecz droga, jaką wskazał, a która może się stać bodźcem i punktem wyjścia nowych badań leczniczych i spowodować szersze biologiczne ujęcie widnokręgu leczniczego. Obecnie N o o r d e n w swej pracy p. t. „Alte und neuzeitliche Ernährungsfragen“ (1931) również stwierdza, że byłoby niesprawiedliwością nie przyznać G e r s o n o w i, że on to spowodował nowy ruch w dziedzinie żywienia.

Już w wieku XVII-tym S i l v i u s leczył jedne choroby djetą kwaśną, a drugie zasadową. Tą samą drogą kroczyli wytrwale L a h m a n n, R e t t b e r g i inni. W nowszych czasach przeprowadzali badania

nad temi djetami bardzo liczni autorowie, a między innymi: Beckmann, Berg, Dupérieré, Gerson, Hasselbach, Helmholtz, Herrmannsdorfer, Kroetz, Luithlen, Luther, Noorden, Pagnet, Plichet, Petermann, Schreus, Straub, Talbot, Wiechowski i inni. Nowoczesne badania wykazały, że istnieje cała grupa zjawisk samoregulacyjnych ustroju żywego, w których przejawia się dążność do sprowadzenia pewnej stałej równowagi. Do tej grupy, do której należy ciepłota, napięcie osmotyczne, równowaga soli, zaliczyć też należy stałą równowagę kwasowo-zasadową. W zjawisku tem są współczynniki z jednej strony pokarmy i produkty ich przemiany materji w ustroju, a z drugiej strony głównie czynność nerek, jelit, skóry i płuc. Za pomocą mniej lub więcej zwiększonego oddychania może organizm drogą płuc wydalać lotny kwas węglowy i prawie na poczekaniu zmniejszać kwasicę nadmierną i w ten sposób przyczyniać się do wytworzenia równowagi kwasowo-zasadowej. Tak samo może ustrój osłabić nadmiar zasad i alkalozę przez wytwarzanie większej ilości dwuwęglanów. Zasady i kwasy nie znajdują się w ustroju zwierzęcym i ludzkim jako wolne zasady lub wolne kwasy — tak samo i w pokarmach niema wolnych zasad i kwasów, albowiem w stanie wolnym stanowią one silne trucizny lub działają silnie żrąco albo rozpuszczająco na substancje organiczne. Wyjątek stanowi tylko kwas solny żołądka, który znajduje się w koncentracji $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{2}$ % owej t. j. w takiej sile, która zabija bakterje, i która działa rozpuszczająco na białka, zawarte w pokarmach. Przeciw temu kwasowi błona śluzowa broni się antyfermentami, aby nie rozpuszczał własnych komórek żołądkowych. Wpływ zasad i kwasów na skład krwi jest niewątpliwy. Tak np. podczas trawienia żołądkowego z powodu wydzielania kwasu solnego rezerwa alkaliczna krwi czasowo się wzmaga. Zwłaszcza znaczne bywa zwiększenie się rezerwy alkalicznej po spożyciu pokarmów roślinnych, obfitujących w zasady, które zostają niewątpliwie wessane. Głodzenie ustroju działa szybko, bo w ciągu 2 dni, w kierunku zakwaszającym, przyczem napięcie kwasu węglowego w pęcherzykach płucnych spada, a kwasota moczu znacznie się potęguje. Przy djetcie mięsnej, która działa również zakwaszająco, występują te same objawy, tylko powolniej, bo w ciągu

*) Z wieczorów seminaryjnych Związku Lekarzy Kas Chorych „Kolo Kraków“.

4-ch dni. Kwaśna djeta szkodliwie oddziaływa w podgarze, we wrzodzie żołądka, kwasicy cukrzyczej, mocznicy i tym podobnych stanach, przyczem przyjmuje się, że w przemianie materji tych stanów chorobowych powstaje nadmiar kwasów. Dla ich zubożenia brak dostatecznej ilości zasad, co groziłoby zakwaszeniem krwi, względnie obniżeniem się jej alkaliczności, która, jak wspominałem, uchodzi za stały czynnik i konieczny warunek życia. Dla zneutralizowania kwasów a zatem dla celów regulacyjnych, ustrój oddziela amoniak od aminokwasów. Lem się tłumaczy powstawanie nadmiaru amoniaku w kwasicy cukrzyczej. S t r a u b wykazał, że ścisła djeta bezwęglowodanowa, jaką się stosuje u djabetyków, działa także u zdrowych osobników w duchu zakwaszania, czego wyrazem jest zresztą zjawianie się kwaśnych ciał ketonowych w moczu przy takiej diecie. Djeta roślinna natomiast działa, podobnie jak djeta mieszana z dodatkiem dwuwęglanu sodowego, wprost odwrotnie i powoduje alkaliczne oddziaływanie moczu i zwiększenie się napięcia kwasu węglowego w pęcherzykach płucnych ponad normę. Te zmiany występują przy dodawaniu alkaliów natychmiast, a przy zamiej diecie roślinnej dopiero na trzeci dzień.

Rozstrzygnięcie, czy jakiś pokarm jest kwaśny, czy zasadowy, nie może polegać na zmysle smaku. Niektóre bowiem pokarmy są w smaku wybitnie kwaśne z powodu nadmiaru kwasów organicznych, kwasów owocowych lub octu, jak np. kwaśne ogórki, wiśnie i inne kwaśne owoce, lub szczaw, a jednak w ustroju działają jako alkalia, albowiem kwasy organiczne tych pokarmów spalają się w toku przemiany materji na kwas węglowy i wodę, przyczem kwas węglowy wydziela się przez płuca, a dla przemiany materji pozostają w znacznej ilości sole zasadowe. Podział pokarmów na kwaśne i zasadowe i działanie rozmaitych pokarmów na przemianę materji bada się na podstawie analizy popiołu, w którym oznacza się z jednej strony kwaśne anjony, t. j. chlorki, fosforany i siarczany, a z drugiej strony alkaliczne katjony, t. j. potas, sód i wapń, i zestawia się ze sobą sumę równoważników kwaśnych i alkalicznych. Pożywienie, które przy spalaniu daje nadmiar równoważników kwaśnych (chlorki, fosforany, siarczany), określa się jako kwaśne, a pożywienie, dające przy spalaniu nadmiar alkalicznych katjonów, — nazywamy zasadowem. Oznacza się zatem sumę wprowadzonych do ustroju oraz wydzielonych przez ustrój anjonów i katjonów i określa ich wzajemny stosunek. Oczywiście, że takie zestawienie obraca się w granicach pewnych błędów. R a g n a r B e r g zestawiał tablele środków spożywczych z dokładnym wyliczeniem zawartości zasad i kwasów, względnie oznaczeniem przewagi jednych lub drugich. Również i powszechnie używane tablele S c h a l l a i H e i s l e r a, określające składniki i kalorie środków spożywczych, zawierają także zestawienie nadwyżki ich zasadowych, względnie kwasowych równoważników. Np. w białku (mięsie) istnieje znaczna przewaga tlenków metaloidów kwasorodnych nad tlenkami metali zasadorodnymi, dlatego zaliczamy mięso do pokarmów kwasowych. Jednakże krew i mleko, mimo swej zawartości białka, mają w sobie przewagę zasad. Natomiast ser jest pokarmem zakwaszającym. Również i tłuszcze są pokarmami kwasorodnymi, ponieważ zawierają organicznie związaną siarkę. Jednak w praktyce codziennej służy nam do uproszczonej oceny diety, czy jest ona zakwaszająca, czy alkalizująca, tylko wpływ jej na reakcję moczu. Dokładniejszy obraz daje wprawdzie ponadto określenie stanu napięcia kwasu węglowego i określenie

rezerwy alkalicznej krwi, ale metody te, jako zbyt skomplikowane, byłyby trudne do przeprowadzenia w praktyce codziennej.

Pokarmy zakwaszające dzielimy na silnie zakwaszające i słabo zakwaszające. Do silnie zakwaszających należą: mięso, a w szczególności wołowina, cielęcina i wieprzowina, wątróbka, mózdzek, śledź, wąż, ryba płaszcza, ser, twaróg, ryż, grysik, mąka owsiana, bułki, kakesy, sucharki, chleb, kiełbasa (z wyłączeniem krwawej kiszki), oliwa, orzechy, cebula, kakao. Do słabo zakwaszających należą: szynka, jaja, brukselka, groch, mąka ryżowa, kasza, masło, smalec świński, czekolada, ser parmezanowy, węgorz, szczupak.

Swoją kwasowość zawdzięczają te pokarmy: 1) Jonom chlorowym, które związane są z zasadowym sodem i występują jako kwas solny w żołądku. 2) Dalej zawarte w nich są jony siarkowe, które powstają ze siarki, zawartej w białku przez utlenianie się, i dają kwas siarkowy. Część kwasu siarkowego, jako ester, związana z indolem i fenolem, jest w moczu wykazalna. Z tyrozyny białkowej bakterje wytwarzają w jelitach fenol, a z tryptofanu indol, które znowu w drugiej części w wątrobie kojarzą się z kwasem siarkowym. 3) Jony fosforowe powstają z fosforanów białek pokarmowych oraz przy spalaniu się kwasu nukleinowego, jak również przy rozpadzie laktacidogenu w mięśniach.

Pokarmy zasadowe również dzielimy na silnie zasadowe i słabo zasadowe. Do silnie zasadowych należą: świeże mleko, herbata, ogórki, pomidory, selerja, marchew, buraki, rzodkiew, szpinak, szczaw, sałata, morele, pomarańcze, figi i rodzynki. Do słabo zasadowych należą: kartofle, przeważna część jarzyn, jak: kalarepa, szparagi, czerwona i zielona kapusta, włoska kapusta, kalafior, fasola zwykła i szparagowa, grzyby prawdziwki, oraz owoce, jak: jabłka, gruszki, wiśnie, brzosznie, cytryny, śliwki, orzechy kokosowe i kasztany.

Zasady, wchodzące w grę w diecie alkalicznej, są to katjony, służące do neutralizowania kwasów w ustroju, a mianowicie: 1) Jon sodowy (Na), znajdujący się w znacznej ilości w ustroju, czy to w postaci chlorku sodowego, zawarty w soku żołądkowym, czy też związany z kwasem węglowym jako dwuwęglan sodu w soku jelitowym. 2) Jon potasowy (K) pochodzi głównie z mięsa, jaj i kartofli. 3) Jon wapniowy (Ca) pochodzi głównie z mleka kwaśnego, żółtka z jaj, poziomek, fig i szpinaku. Wapń łączy się zwykle z kwasem fosforowym w nierozpuszczalny fosforan wapniowy, który wydziela się z kałem obok tłuszczanu wapniowego. 4) Jon magnezowy (Mg) potrzebny jest do odbudowy tkanek. Działa porażająco na ośrodkowy układ nerwowy i przez to pozostaje w pewnym antagonizmie do wapnia, który działa podrażniająco. 5) Amoniak (NH₃) powstaje z białka, względnie z amino-kwasów, jako jego produktów rozpadu. Normalnie służy amoniak do wytwarzania mocznika w moczu, a inne zasady służą ustrojowi do neutralizowania kwasów, powstających przy przemianie materji. Jeżeli do zneutralizowania nadmiernie wytworzonych kwasów inne zasady nie wystarczają, wówczas wydzielenie amoniaku w moczu się wzmacnia, bo musi on być zużyty do neutralizowania nadmiaru kwasów.

Przy wprowadzaniu diety z nadmiarem kwasów lub zasad musi, oczywiście, po ich wessaniu nastąpić we krwi przesunięcie reakcji w kierunku kwaśnym lub zasadowym. Atoli przesunięcie to zostaje bardzo rychło doprowadzone z powrotem do równowagi już po kilku minutach lub kwadransach. Pomimo to przyjmuje się ogólnie (H a s s e l b a c h, N o o r d e n), że składniki pokarmowe, czy zasadowe, czy kwasowe, oraz stosu-

nek wzajemny tych czy owych anjonów, czy też kationów oraz soli wywiera znaczny wpływ na ważne procesy przemiany materji, zachodzące w komórkach, oraz na stan i wahania rezerwy alkalicznej krwi, to znaczy, że różnica między równoważnikami zasadowymi i kwaśnymi obniża się przy djetcie kwaśnej, a podnosi przy djetcie alkalicznej. Według spostrzeżeń *Straub* a i *Noordena*, przy pewnych zmianach w djetetyce bardzo szybko, niekiedy nawet w ciągu 24 godzin, daje się stwierdzić wybitne spotęgowanie, względnie zubożenie rezerwy alkalicznej krwi. Także *Schwartz* i *Dibold* przeprowadzali badania nad tem, czy djeta kwaśna lub zasadowa istotnie można wywołać zmianę w jonach wodorowych krwi. W tym celu podawali napród normalną djetę mieszaną, a potem albo djetę kwaśną, zawierającą przeważnie białka, a ubogą w tłuszcze i węglowodany, albo djetę zasadową z przewagą owoców, bardzo ubogą w tłuszcze i prawie bez soli. Potem, oznaczając rezerwę alkaliczną krwi, doszli do przekonania, że djeta zakwaszająca istotnie obniża, a alkaliczna podwyższa rezerwę alkaliczną krwi. Zmiany te powstają, według nich, po 1—2 dniom trwania djety. Stopień i szybkość powstawania tych zmian zależy także dodatkowo od innych czynników, jak: zwyczajny sposób żywienia się, stan odżywiania, czynności ustroju itp. U chorych na nerki już poprzednio *Straub* wykazał, że djeta alkaliczna wywołuje bardzo szybkie i intensywne podniesienie się rezerwy alkalicznej krwi. Ten ruch jonów z działaniem przestrajającym, częściowo antagonistyczny, częściowo zastępczy, który odbywa się stale w każdym ustroju ludzkim, nazwał *Spiro* „transmineralizacją”. Ze przez przestrojenie ustroju djetą wyrzecz można znaczny wpływ na przebieg leczniczy zapaleń ostrych i przewlekłych, tego dowodzą badania *Her-*

mannsdorfera, asystenta prof. *Sauerbrucha*, poczynione stosunkowo dawno, bo już w roku 1924-tym, a które obracały się w kierunku gospodarki kwasowo-zasadowej. Stwierdził on wówczas, że djeta zakwaszająca wpływa na rany w ten sposób, że zmniejsza wydzieliny, rany stają się suchsze, ziarnina powstaje w przyspieszonym tempie i ożywia się, zawartość bakteryj wyraźnie się zmniejsza, wytwarzanie blizn ułatwia się. Djeta alkalizująca natomiast działa przeciwnie, to znaczy: ziarnina jest szklisto napęczniała, wydzielina się zwiększa, staje się mazista i cuchnąca, zawartość bakteryj się zwiększa.

Dla uzyskania działania przestrajającego szybszego lub silniejszego i pewniejszego dołącza się często w praktyce do djety przestrajającej ponadto stosowanie leków, czy to zakwaszających, czy też alkalizujących. Do leków zakwaszających należy *calcium chloratum*, *ammonium chloratum* (tabletki „gelacidowe Motor”, wyrabiane według przepisu *Modrakovskiego*, zawierają białko plus 50% salmiaku, a podawane w ilości po 1 tabletkę na 1 kilo wagi ciała dziennie), limoniady z kwasu fosforowego, którego podaje się 15—20 gr. dziennie, kwas solny w ilości dziennej 10—30 gramów, podawany w dowolnym rozcieńczeniu wodnym. Do leków alkalizujących należą: mieszanina *natrii bicarbonici* i *kali carbonici* aa 7,5 gr. z której podaje się w opłatkach co godzina 1 gram, albo też w tej samej ilości *natrium bicarbonicum plus kalium citricum* i t. p. Zasada ogólna jest podawać takie leki tylko przez 3 dni i nie powtarzać takiej 3-dniówki przed upływem 8-miu dni. Leki działają znacznie silniej niż sama djeta przestrajająca.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału neurologicznego szpitala na Czystem w Warszawie (Ordynator: Dr. E. Flatau).

Uwagi w sprawie leczenia nowotworów przysadki mózgu radem.

Podał

Dr. B. KARBOWSKI (Warszawa)

(przy współpracy radiologów D-rów *Floksztumpf*, *Gądka* i *Mesza*)

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 9).

Przypadek 4. W. Sp., 19 lat. Dziedzicznie nie jest obarczony; chorób wenerycznych nie przechodził; nie wie, czy przechodził choroby dziecięce. Do 1928 r. był podobno zawsze zdrow. W lutym 28 r. zjawily się bóle głowy. Były to napady bólów głowy z wymiotami, które występowały w odstępach dwutygodniowych. W kwietniu 1928 w. wystąpiły zaburzenia wzroku; chory widział przedmioty, jak za mgłą; w maju chory lewym okiem widział bardzo źle, prawem względnie nieźle. Stopniowo wzrok od tego czasu się pogorszył.

8.VIII. **Stano b e c n y:** Wzrost niski, nie odpowiadający wiekowi; budowa prawidłowa; brak owłosienia pod pachami; nad wżgórkim łonowym b. skąpe owłosienie; tkanka tłuszczowa podskórna normalnie rozwinięta. Serce, płuca bez zmian. Śledziona i wątroba niemacalne. *Pirquet* + *Wassermann* —. Mocz normalny.

Badanie rentgenologiczne czaszki: konfiguracja normalna. Siodło poszerzone i zniekształcone.

Badanie oczu: źrenica lewa oddziaływała minimalnie, prawa ospale.

W obu oczach zaniki tarcz poobrzękowe; w oku lewym zmiany zanikowe w plamce żółtej.

Vis. oc. dextr. — l. p. 1/2 metra. Zwężenie pola widzenia 5 — 10°. Barw nie rozpoznaje.

Vis. oc. sin. — ruch ręki. Kg Kd bez zmian zarówno w sferze ruchowej, jak czuciowej.

Odruchy: PR — zachowane, AR — żywe, podeszwowe — arefleksja, *Rossolimo* — brak.

1.IX. 28. Chory poddany został naświetlaniom prom. *Röntgena* (5 naświetlań).

28.X. 28. Chory poraz drugi przybył do szpitala. W stanie chorego nie stwierdzono zmian. Wzrok również bez zmian.

29.X. 28. Otwarcie obu zatok klinowych metodą *Hirscha*.

7.II. 29. 10 mmgr. R. E. wprowadzono do zatok klinowych na 24 godziny. Filtr 1 mil. platyny + 1 mil. kauczuku. 240 miligr. godz. — 1,8 m. c. d.

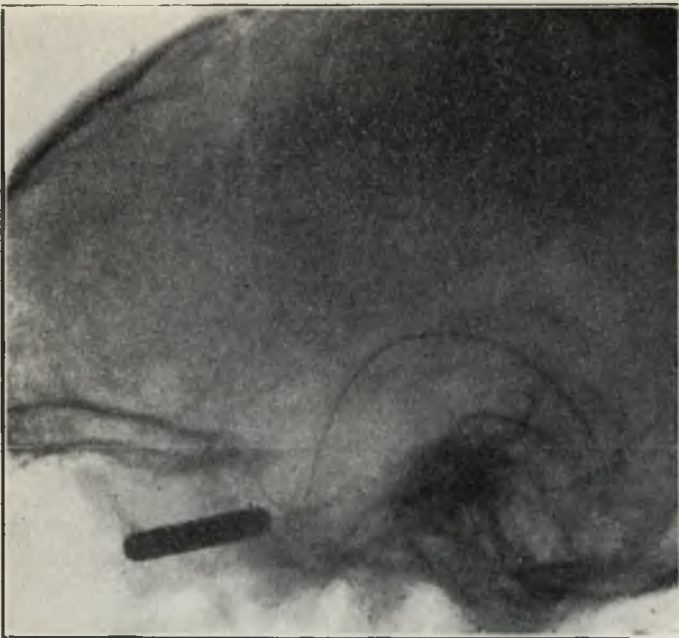
15.II. 29. 10 mmgr. radu wprowadzono na 24 godziny. Dawka jak wyżej 1,8 m. c. d.

Zastosowanie radu chory zniósł dobrze.

Przy badaniu 25.VI. 29 r. nie stwierdzono poprawy ze strony wzroku.

Na bóle głowy chory się nie uskarża.

Streszczenie: Pacjent 19 lat, cierpi od miesięcy na bóle głowy; podczas napadów bólu głowy były i wymioty. Od 4 miesięcy trwają zaburzenia wzroku.



Aplikator radowy w przypadku guza przysadki w zatoce klinowej małych rozmiarów.

Vis. oc. dextr. — liczy palce $\frac{1}{2}$ metra.

Vis. oc. sin. — ruch ręki.

Badanie rentgenologiczne ustaliło rozszerzenie i zniekształcenie siodła. Chory otrzymał 480 miligródz. — 3,6 m. c. d. Badanie po upływie trzech miesięcy nie wykryło poprawy wzroku. Bóle głowy ustąpiły.

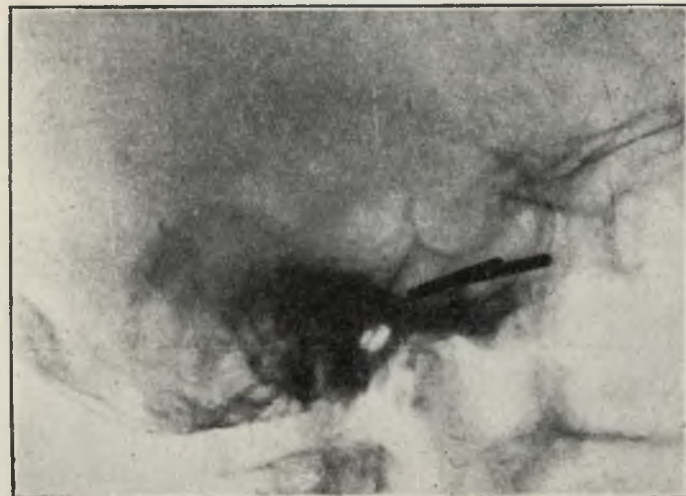
P r z y p a d e k V. Chory L. 42 lata, rolnik z zawodu. Pochodzi ze zdrowej rodziny. Nigdy przedtem poważnie nie chorował. Od kilku lat cierpi na silne bóle głowy w części ciemieniowo-czołowej. Od 2-ch lat postępujące osłabienie wzroku. Na prawe oko mniej więcej od roku *Vis. O*; na lewe oko chory liczy palce na odległość 2 metrów.

S t a n o b e c n y: Budowa prawidłowa; odżywianie średnie. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono odchyień od normy. Na czaszce zwraca uwagę znaczne rozszerzenie żył.

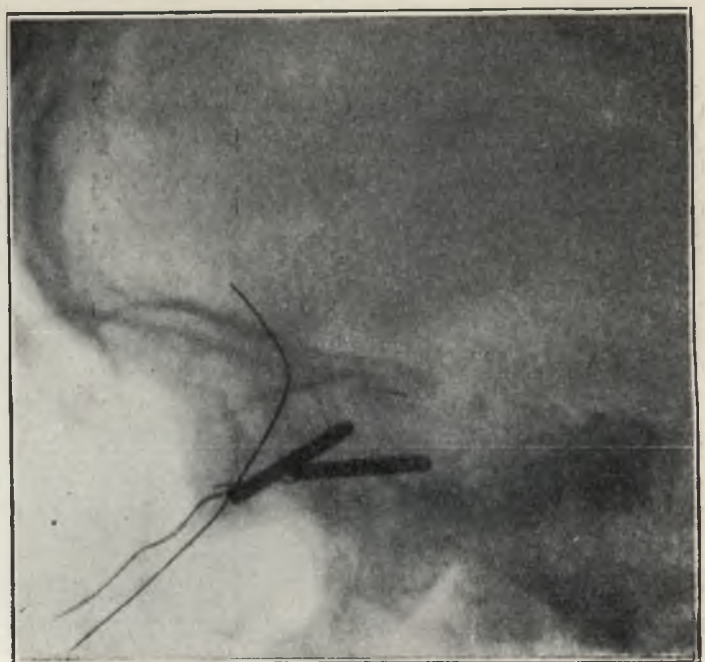
Badanie układu nerwowego nie wykryło zmian chorobowych w obrębie nn. czaszkowych.

Badanie narządu wzroku (Dr. *P i n e s*)

W kończynach górnych i dolnych nie stwierdzono zmian pod względem siły i sprawności ruchowej.



Dwa aplikatory radowe w przyp. guza przysadki w zatoce klinowej dużych rozmiarów.



Dwa aplikatory radowe w zatokach klinowych rozmiaru średniego.

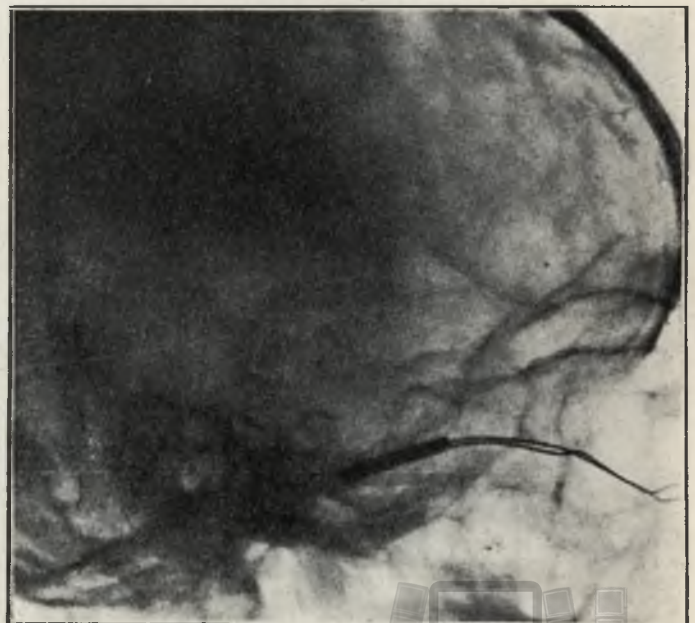
Odruchy: ścięgnowe i okostnowe — żywe, brzuszne — zachowane, podeszwowe — prawidłowe, *R o s s o l i m o* — brak.

Zdjęcie rentgenologiczne: Siodło pogłębione. Wyrostki pochyłe przednie zniszczone. Objawy silnie wzmożonego ciśnienia.

28.VII. 30 r. Chory operowany został metodą transseptalną *H i r s c h a*. Operację chory zniósł dobrze.

14.IX. 30 r. Choremu założono pod siodło 20 milgr. R-E na 48 godzin. Otrzymał chory 960 millicur. godzin. Dawka 7,2 m. c. d. Filtr 1 milimtr. platyny + 1 milimtr. kauczuku.

16.IX. 30 r. Po usunięciu radu stwierdzono silne przekrwienie śluzówki nosa. W okolicy zatoki klinowej szarawobiałe naloty.



Aplikator radowy tuż pod guzem przysadki u 11-letniej pacjentki.

20.IX. 30 r. Chory czuje się dobrze. Nieznaczne bóle w szczękach górnych.

15.XII. 30 r. Nadeszła wiadomość listowna, że stan wzroku nie poprawił się. Stan ogólny chorego o tyle się poprawił, że bóle głowy znacznie złagodniały.

22.X. 31 r. Na list wysłany nie otrzymano odpowiedzi.

P r z y p a d e k VI. Fe., 38 lat. Rodzice zdrowi. Rodzeństwo też. Blednicę przechodziła między 16 — 18 rokiem życia. Choruje od 1920 r. i jest pod obserwacją kol. **P r u s s a k o w e j.** Cierpienie rozpoczęło się od bólów w kręgosłupie i między łopatkami. Po roku wystąpiły bóle głowy. Bóle głowy były napadowe i trwały od jednego do trzech dni. Przerwy trwały kilka dni. W r. 1926 zjawiała się *metrorrhagia*, która trwała, z kilkodniowymi przerwami, 7 — 8 miesięcy. Po skrobance — poprawa. Po pewnym czasie znowu zjawily się krwawienia. Od r. 1921 zauważono zmiany w wyglądzie zewnętrznej chorej. Wystąpiły wyraźne objawy akromegalji, które się stopniowo potęgowały. W roku 1927 zauważyła chora, że ostrość wzroku się obniżyła. Leczenie rentgenem, niejednokrotnie przeprowadzane, bez widocznej poprawy.

S t a n o b e c n y: Chora średniego wzrostu, odżywiania średniego. Twarz zniekształcona na skutek znacznego powiększenia nosa, warg i podbródka. Kości jarzmowe również w stanie silnego przerostu. Ręce i stopy dużych rozmiarów. Gruczoł tarczowy macalny, nieco powiększony. Serce i płuca bez zmian chorobowych.

Badanie układu nerwowego. Ze strony nerwów czaszkowych nie stwierdzono odchyień od normy poza zmianami ze strony narządu wzroku i słuchu. Badanie słuchu wykazuje obniżenie dla tonów górnej skali.

Słuch: szept — 4 m.

$c_5 = 5$

S c h w a b a c h — 4

$a_1 = 10$

Kończyny górne i dolne: sprawność mięśniowa dobra.

Odruchy: PR — normalnie żywe, AR — normalnie żywe, R o s s o l i m o — brak, M e n d e l - B e c h t e r e w — ujemny, brzuszne — osłabione.

Badanie rentgenologiczne: Sklepienie czaszki wybitnie zgrubiałe; na wewnętrznej powierzchni przeważnie w części czołowej zagłębienia palczaste dobrze zaznaczone. Siodło tureckie ma kształt owalny i jest wyraźnie pogłębione. Dno siodła jest zniszczone, wykazuje nierówności i jest poszarpane. Wyrostki pochyłe przednie i tylne (*proc. clinoidaei*) są zachowane, zgrubiałe i zniekształcone, wejście do siodła wyraźnie zwężone.

Wobec niewątpliwych zmian w polu widzenia zdecydowano chorą poddać operacji celem podłożenia radu pod siodło. W marcu 1928 r. była dokonana operacja w 2-ch tempach. W połowie kwietnia 1928 r. chora otrzymała naświetlania radowe za pomocą emanacji. Poraz drugi zastosowano rad w końcu listopada 1928 r. Za drugim razem chora otrzymała w ciągu 48 godzin 960 mlgr. godzin — 7,2 m. c. d.

Od roku 1928 chora jest pod stałą obserwacją okulisty (Dra G o l d b e r z a n k i). Pola widzenia od czasu zastosowania radu nie wykazują pogorszenia. Samopoczucie chorej jest niezłe. Bóle głowy nie są bardzo dokuczliwe, odczuwa raczej od czasu do czasu ucisk na mózg, niż bóle.

15.I. 30 r. Chora otrzymała znowu w ciągu 48 godzin 960 mlgr. godzin — 7,2 m. c. d.

12.X. 31 r. Chora czuje się niezłe; bóle głowy nie bardzo dokuczliwe. *Visus* bez zmian. W polu widzenia nie zaszły odnotowania godne zmiany.

S t r e s z c z e n i e: Chora 38 lat. Cierpi na bóle głowy od roku 1920. Już po roku wystąpiły objawy akromegalji. W roku 1927 wystąpiły nieznaczne zaburzenia wzroku. Badanie rentgenologiczne stwierdziło wyraźne pogłębienie siodła. Dno siodła zniszczone. Dokonana została operacji według metody H i r

s c h a bez otwierania siodła. Chora dwukrotnie otrzymała po 960 milicuriegodzin — 7,2 m. c. d. Od czasu leczenia radem stan chorej nie zmienił się, tylko bóle głowy ustąpiły, odczuwa obecnie ucisk na mózg.

P r z y p a d e k 7. T. Wal., 20 lat. Rodzice żyją. Matka nerwowo chora. Od czterech lat cierpi na napady drgawkowe z utratą przytomności. Ojciec cierpi na nerwicę narządów trawiennych. Z 4-ga rodzeństwa dwoje głuchoniemych, jedna z sióstr, najstarsza, choruje też na nerwy. Pacjent przechodził odrę, szkarlatynę i koklusz. Obecne cierpienie trwa 13 lat. Rozpoczęła się obecna choroba od silnych bólów głowy, które miały charakter napadowy. Trwały od dwóch do trzech dni; często podczas napadów były wymioty. Przed 6 laty stwierdzono u chorego zaburzenia wzroku o typie bitemporalnej hemianopsji. W 1927 roku rozpoczęte zostało leczenie naświetlaniami R o e n t g e n a. Chory otrzymał 6 seryj naświetlań w odstępach dwumiesięcznych. Po naświetlaniach bóle głowy złagodniały, występowały rzadziej, wzrok natomiast nie poprawił się.

Badanie I.IV. 29 roku: Chory wzrostu średniego, odżywiania dobrego, budowy prawidłowej. Owłosienie pod pachami i w okolicy narządu płciowego prawidłowe. Gruczoł tarczowy niepowiększony. Gruczoły chłonne niemacalne. Narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 80, miarowe, miernie napięte. Czaszka — konfiguracji prawidłowej, przy opukiwaniu niebolesna. Powonienie zachowane. Zrenice równe, na światło i zbieżność reagują prawidłowo.

2.IV 29. Badanie oczu: Dno oczu — błądź tarcz.

Vis. oc. dextr. — $\frac{5}{6}$.

Vis. oc. sin. $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{5}$.

Pole widzenia — *hemianopsia bitemporalis*. Gałki oczne nieprawidłowo ustawione — lewa gałka odwiedzioną. Oczopląs drobny niestały. Odruch rogówkowy prawidłowy. Czucie bólu i dotyku prawidłowe. Słuch i smak normalne. Odruch gardzielowy zachowany.

Kk. górne i dolne nie wykazują odchyień od normy ani pod względem sprawności ruchowej, ani też czuciowej. Diadokochineza po stronie lewej mniej sprawna. Chód prawidłowy.

Odruchy: *Per.* — słabe. *Triceps* — słaby.

Abd — b. żywe.

PR

AR — umiarkowane.

Podeszwowe — zgięcie plantarne.

R o s s o l i m o — brak.

M e n d e l - B e c h t e r e w — brak.

Odczyny n. przedsionkowego — prawidłowe.

Badanie rentgenologiczne: Siodło tureckie nieco pogłębione i poszerzone. Przednie wyrostki pochyłe zachowane, tylne zniszczone. Grzbiet ścięcały.

Mowa prawidłowa. Psychika bez zmian. Badanie jam obocznych nie wykryło sprawy zapalnej.

Wobec powtarzających się napadów bólów głowy i braku poprawy ze strony wzroku chorego zakwalifikował kol. **P r u s s a k** do operacji transeptalnej celem leczenia radem.

25. VIII. 29. wykonana została operacja w 2-ch tempach. Zatoki klinowe bardzo małych rozmiarów. 19. IX. 29 r. *V. Oc. d.* $\frac{5}{5}$. *V. Os. sin.* $\frac{1}{6}$.

22. IX. 29. Chory otrzymał 15 milicurie emanacji. Filtr 1 mm. platyny + 1 mm. kauczuku. Rad pozostał w jamie klinowej przez trzy doby. Naświetlanie zniósł chory dobrze. Po naświetlaniu radem bóle głowy ustąpiły. Dawka około 5 milicur.

15. XII. 29. Ponowne naświetlanie radem. Chory otrzymał 10 mmgr. RaE w 1 mm. filtrze platynowym i 1 mm. filtrze kauczukowym. Rad pozostawiony został na 4 doby. Dawka 960 miligr. godz. — 7,2 m. c. d. Po drugim naświetlaniu stan chorego znacznie się poprawił; bóle głowy zupełnie ustąpiły. Chory

twierdzi, że widzi lepiej. Chory jest stale pod obserwacją i czuje się, jak dotychczas, dobrze.

10. V. 1930 r. Ponowne naświetlanie radem. Chory otrzymał 10 mmgr. RaE w takich samych filtrach, jak poprzednio. Rad wprowadzony został do zatoki na 5 dób. Podczas naświetlania były bóle głowy. Po usunięciu radu w ciągu dwóch tygodni bóle w górnych szczękach. Dawka 1.200 miligr. godz.—9 m. c. d.

12. VI. 1930. Chory czuje się dobrze. Niema bólów głowy. Chory twierdzi, że wzrok mu się znacznie poprawił.

26. VI. 30 r. Badanie wzroku (kol. O r z a n o w s k a):

Vis. pr. oka — 5/4 (?)

Vis. lew. oka — 1/6.

30. XII. 1930 r.:

Vis. pr. oka — 5/5.

Vis. lew. oka — 1/6.

S t r e s z c z e n i e: Pacjent 20-letni. Cierpi od 7-go roku życia na napadowe bóle głowy; często podczas napadów bólu głowy bywają i wymioty. Mając 13 lat, zauważył chory u siebie zaburzenia wzroku. Badanie okulistyczne wykryło bitemporalną hemianopsję. Od trzech lat chory leczony jest naświetlaniami rentgenowskimi. Po 6 serjach w odstępach dwumiesięcznych złagodniały bóle głowy, wzrok natomiast nie poprawił się. Badanie I. IV. 1929 r.: tarcze wzrokowe blade.

Vis. oc. dextr. — 5/6.

Vis. oc. sin. — 1/6—1/5.

Rentgenologicznie stwierdzono pogłębienie i poszerzenie siódła; tylne wyrostki zniszczone, grzbiet ścieńczały.

Metodą H i r s c h a utworzono z obu zatok jedną jamę z szerokim dostępem. We wrześniu 1929 r. chory otrzymał 5 milicur. Ra. E.; w grudniu 1929 r. — 960 milicuriegodzin — 7,2 m. c. d.; w maju 1930 roku 1200 miligr. godz.—9 m. c. d. Po trzykrotnym stosowaniu radu bóle głowy ustąpiły zupełnie, chory twierdzi, że siła wzroku znacznie się poprawiła. Badanie okulistyczne (kol. O r z a n o w s k a) 30. XII. 1930 r.:

Vis. pr. oka — 5/5.

Vis. lew. oka — 1/6.

P r z y p a d e k 8. R. Fask., 16 lat. Choruje od 3-ch lat. Stopniowo obniżyła się ostrość wzroku oka lewego. Jednocześnie zjawily się bóle głowy w części czołowej. Przeważnie w nocy dochodziły do takiego nasilenia, że chora budziła się w nocy. Nudności i wymiotów nie było. Od pewnego czasu drżenie nóg i rąk; chwije się często na nogach. Drżenie wystąpiło prawie jednocześnie z zaburzeniami wzroku. Miesiączkuje od 1½ roku nieprawidłowo. Ostatnia menstruacja przed 9 tygodniami. Rodzice zdrowi. 7-ro rodzeństwa zdrowe. Chorób, przebytych w dzieciństwie, nie pamięta.

16. I. 30. S t a n o b e c n y: Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywianie mierne. Skóra i śluzówki blade. Gruzoły chłonne niemacalne. Owłosienie koło sromu prawidłowe.

P ł u c a: prawy szczyt wypukowo przytłumiony. Wydech nad przytłumieniem nieco zastrzony. Temperatura: 36,2—36,7—37,2.

S e r c e — norma. Ze strony organów brzusznych zmian nie stwierdzono.

U k ł a d n e r w o y: Czaszka o konfiguracji prawidłowej. Na opuk bolesna w części czołowej. Powonienie zachowane. Dno oczu: obie tarcze odbarwione, granice ostre; naczyń normalne.

20. I. 1930 r.:

Vis. oc. sin. — liczy palce z ½ metra.

Vis. oc. dextr. — liczy palce z 2 metrów.

Pole widzenia: po prawej — wybitnie zwężone, po lewej — nie fiksuje. Scotoma centr. — brak.

Zrenice okrągłe, reagują na światło i na zbieżność powoli. Lekki wytrzeszcz gałki lewej i zez rozbieżny zwłaszcza przy patrzeniu w górę.

Oczopląsu brak. Odruchy rogówkowe zachowane.

Brak zaburzeń czucia. Sluch, smak zachowane. Język wysuwa w linii prostej. Ze strony n. twarzowego brak odchylenia od normy.

Kończyny górne: Siła mięśniowa dobra. *Adiadochokinesis* wyraźna obustronnie. Próba palec-nos wykazuje bezład i drżenie, większe przy zakończeniu ruchu. Czucie zachowane.

Odruchy:

Tric. — umiarkowany.

Per. — słabe, bez J a k o b s o n a.

R o s s o l i m o g ó r n y i S t e r l i n g — brak.

Brzuszne — zachowane.

Kończyny dolne: nadmierne wyłobienie obu stóp. Pod względem odruchów i siły napięcia zmian brak. Czucie wszystkich rodzajów zachowane.

Odruchy:

PR

AR — zachowane.

Podeszwowy — arefleksja.

R o s s o l i m o — brak.

Mowa — bez zmian.

Naświetlania R o e n t g e n e m:

29. I. 1. Reg. fr. temper. sin.

31. I. 2. Reg. fr. temper. dextr.

3. II. 3. Reg. tempor. occip. sin.

5. II. 4. Reg. tempor. occip. dextr.

Leczenie R o e n t g e n e m nie dało poprawy.

13. III. 30 r. Operacja.

10. IV. 30 r. Założenie radu 10 mmgr. na 48 godzin.

12. IV. 30 r. Usunięcie radu. Chora zabieg i naświetlanie radem zniosła dobrze.

22. IV. 30 r. Vis. oc. dextr. — palce liczy z 5 metrów. Vis. oc. sin. — palce liczy z 1 metra.

22. V. 30 r.:

Vis. oc. dextr. — 5/50.

Vis. oc. sin. — liczy palce z ½ metra.

2. VII. 30. r. Chorej założono poraz drugi 15 mmgr. radu.

3. VII. 30 r. Wobec niekorzystnego położenia aplikator, zawierający 5 mmgr., został usunięty; aplikator, zawierający 10 mmgr. radu, pozostał do 5. VII.

10. VII. 30 r. Badanie oczu:

Vis. oc. dextr. — 5/35.

Vis. oc. sin. — liczy palce z ½ metra.

Chora czuje się znacznie lepiej. Bóle głowy są nieczęste i mniej dokuczliwe, niż dawniej.

S t r e s z c z e n i e: Chora 16-letnia cierpi od 3-ch lat na zaburzenia wzroku, bóle głowy. Od 1½ roku nieprawidłowe miesiączkowanie.

Badanie wzroku 16. I. 30 r. wykryło:

Vis. oc. dextr. — liczy palce z 2 metrów.

Vis. oc. sin. — liczy palce z ½ metra.

Pole widzenia prawe wybitnie zwężone, po lewej stronie nie fiksuje.

Leczenie rentgenowskie nie dało poprawy.

10. IV. 30 r. po dokonanej operacji przygotowawczej metodą H i r s c h a otrzymała chora 480 milicur. godz. — 3,6 m. c. d. Taką samą dawkę chora otrzymała w lipcu 1930 r.

Badanie wzroku (Dr. Z a m e n h o f) 10. VII. 30 r.:

Vis. oc. dextr. — 5/35.

Vis. oc. sin. — palce z ½ metra.

P r z y p a d e k 9. Ch. Dąbr., 48 lat. Pochodzi z rodziny zdrowej. Cierpi na bóle głowy od 15 lat. Napady bólów głowy były b. silne i trwały po kilka dni. W międzyczasie chora odczuwała ucisk głowy. Miesiączkowanie prawidłowe. Przed trzema laty wystąpiły zaburzenia wzroku. Pacjentka była niejednokrotnie naświetlana promieniami R o e n t g e n a. Pomimo to wzrok stale się pogarszał. Wykonywanie robót ręcznych sprawia ostatnio duże trudności.

14. X. 28 r. Stan obecny: Pacjentka wzrostu średniego, dobrego odżywienia, znaczny podkład tłuszczu. Nos, podbródek i kończyny powiększone. Serce i płuca bez zmian. Wassermann ujemny. W moczu nie stwierdzono ani białka, ani cukru.

Rentgenografia czaszki: Siodło tureckie bardzo poszerzone i pogłębione, o kształcie zachowanym; grzbiet ścieńczały, przechylony ku tyłowi. Wyrostki pochyłe tylne częściowo zniszczone, przednie zachowane.

Badanie układu nerwowego: Ze strony nerwów poza zmianami ze strony wzroku nie stwierdzono zmian.

16. X. 28 r. Badanie wzroku (Dr. E n d e l m a n): Zrenice reagują na światło tylko od strony nosowej; od strony skroniowej brak reakcji. *Hemianopsia bitemporalis*.

Vis. oc. dextr. — liczy palce z 1 metra.

Vis. oc. sin. — liczy palce z 2 metrów.

Tarcze odbarwione.

Kończyny górne i dolne: siła mięśniowa dobra; sprawność ruchowa dobra. W sferze czuciowej zaburzeń nie stwierdzono.

Odruchy:

Tric. | — zachowane.
Per. |

AR | — żywe.
PR |

Brzuszne — zachowane.

R o s s o l i m o — ujemny.

Wobec tego, że leczenie naświetlaniami R o e n t g e n a nie dało poprawy wzroku, przeciwnie ostrość wzroku obniżyła się, zakwalifikowano chorą do operacji z następczem stosowaniem radu.

20. X. 28 r. Operacja metodą H i r s c h a. Otwarte zostały obie zatoki klinowe i usunięta została przegroda między zatokami.

15. XI. 28 r. Chora otrzymała 20 mmgr. radu na 48 godzin. 960 miligr. godz. — 7,2 m. c. d.

15. V. 29 r. Powtórne naświetlanie radem. Chora

otrzymała 20 mmgr. radu na 48 godzin. 960 milic. godz. — 7,2 m. c. d.

Badanie wzroku 20. V. 29 r. (Dr. E n d e l m a n):

Vis. oc. dextr. — liczy palce z 1 metra.

Vis. oc. sin. — 5/15.

Pole widzenia lewego oka od strony nosowej poszerzyło się. Badanie wzroku 30. VI. 30 r. (Dr. E n d e l m a n):

Vis. oc. sin. — 5/15.

Vis. oc. dextr. — 5/25.

Tarcze nerwów wzrokowych blade i całkowicie odbarwione. W polu widzenia wyraźnych zmian nie stwierdzono. *Hemianopsia bitemporalis*, lecz nawet i prawem okiem doskonale rozpoznaje wszystkie barwy, a w górnej połowie pole widzenia przechodzi nieznacznie i na niewidzącą dotychczas połowę skroniową.

Badanie wzroku 15. VII. 1931 r. (Dr. E n d e l m a n) nie wykryło od czasu ostatniego badania pogorszenia; poprawa utrzymuje się. Subiektywnie chora czuje się dobrze. Bóle głowy nie są b. dokuczliwe.

Streszczenie: Pacjentka 48 lat. Cierpi na bóle głowy od 15 lat. Przed trzema laty wystąpiły zaburzenia wzroku. Leczenie R o e n t g e n e m, wielokrotnie przeprowadzane, nie dało poprawy. Rentgenologicznie stwierdzono poszerzenie i pogłębienie siodła, grzbiet ścieńczały, przechylony ku tyłowi.

16. X. 28 r. Badanie wzroku (Dr. E n d e l m a n):

Vis. oc. dextr. — liczy palce z 1 metra.

Vis. oc. sin. — liczy palce z 2 metrów.

Po utworzeniu na drodze chirurgicznej dostępu do siodła u chorej dwukrotnie zastosowano leczenie radem. Dawka 960 milicur. godz. — 7,2 m. c. d.

15. VII. 31 r. Badanie wzroku (Dr. E n d e l m a n):

Vis. oc. dextr. — 5/15.

Vis. oc. sin. — 5/25.

Chora rozpoznaje wszystkie barwy. W górnej połowie pr. oka pole widzenia przechodzi nieznacznie na niewidzący dotychczas odcinek skroniowy.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądy

O ciśnieniu średnim.

Podał

Dr. med. Henryk SZPIDBAUM (Warszawa).

W ciągu ubiegłego roku kardjologscy francuscy z V a q u e z e m i G o m e z e m na czele wysunęli na porządek dzienny kwestję t. zw. ciśnienia średniego. Pojęcie to, wprowadzone przez powyższych autorów do kliniki ludzkiej, jest oddawna znane fizjologom. Nic w tem dziwnego, fizjologowie bowiem mają możliwość, wprowadzając manometr bezpośrednio do tętnicy, stwierdzić wszystkie kolejne etapy, przez które przechodzi ciśnienie krwi w czasie całkowitej rewolucji sercowej oraz, co ważniejsze, sumę wszystkich kolejnych i zmiennych wartości ciśnienia, czyli t. zw. „ciśnienie średnie”. Używany jest manometr kompensacyjny M a r e y a — jest to zwykły manometr rtęciowy w kształcie litery U, którego jedno z ramion posiada zwężenie, znoszące oscylacje kolumny rtęciowej; w ten

sposób kolumna rtęciowa ustala się na poziomie, odpowiadającym średniej wszystkich wahań i to jest właśnie miarą „ciśnienia średniego”.

Oto nowe pojęcie, którego definicję dokładnie należy ustalić. Nie jest to bynajmniej średnia arytmetyczna ciśnień krańcowych, maksymalnego i minimalnego, które w klinice nie ma większego znaczenia, ani teoretycznego, ani praktycznego. By dokładnie zrozumieć, co to jest ciśnienie średnie, należałoby sięgnąć po analogię z dziedziny fizyki.

Gdy fizycy chcą określić średnie natężenie prądu naprz. zmiennego, który okresowo zmienia kierunek, obliczają oni natężenie prądu stałego, który byłby w stanie wywiązać taką samą energję. Jeśli zastąpimy słowa „energja” i „natężenie” przez rzut i ciśnienie, to otrzymamy, że wartość ciśnienia średniego odpowiadać musi ciśnieniu stałemu, które w stanie byłoby zapewnić ten sam rzut krwi w tętnicach, jak ciśnienie zmienne w nich panujące. Dla uniknięcia nieporozumień P a c h o n zaproponował, by ciśnienie średnie nazwać

„ciśnieniem skutecznym“, lub „ciśnieniem średnim dynamicznym“.

Przez dłuższy czas zdawało się, że ciśnienie średnie nie da się uchwycić i określić u człowieka. Wprawdzie P o t a i n, który jeden z pierwszych zrozumiał doniosłe znaczenie, jakie może mieć dla kliniki bliższe zbadanie ciśnienia średniego, czynił wysiłki w celu zmierzenia tego ciśnienia metodą pośrednią u osobników z *pulsus dicroticus*, jednakże po za nim nikt się tą sprawą nie interesował. Znamienne są słowa tego autora: „W przerwie między ciśnieniami skrajnymi, największym i najmniejszym, ciśnienie krwi przechodzi przez serię oscylacji o wartościach bardzo nierównych i zmiennych, które doskonale ilustruje krzywa sfingograficzna. Otóż siła, dzięki której krew krąży poprzez narządy, i która nas przedewszystkiem interesuje, jest ostatecznie sumą tych następujących po sobie i zmiennych ciśnień i poznanie ich średniej byłoby dla nas rzeczą pierwszorzędną wagi, ona mogłaby bowiem nam dać ściślejsze pojęcie o pracy, która dokonywa się w układzie tętniczym“.

Dopiero w 1921 r. udało się P a c h o n o w i, wbrew zdaniu odkrywcy zjawiska oscylacji, M a r e y a, który sądził, że największe odchylenie igły oscylometrycznej odpowiada ciśnieniu minimalnemu, stwierdzić, iż największa oscylacja przypada na ciśnienie średnie. Jednakże możnaby P a c h o n o w i zarzucić, że fakt ten nie odpowiada stosunkom w ustrojach żywych, gdyż badacz ten stwierdził to na specjalnym układzie doświadczalnym, na t. zw. schemacie krążeniowym, lecz w 10 lat później G l e y o w i i G o m e z z o w i udało się potwierdzić doświadczenie P a c h o n a na żywym psie. W ten sposób uzyskano podstawy do mierzenia ciśnienia średniego u osobników żywych, posługując się igłą oscylometryczną: największe jej odchylenie, czyli t. zw. wskaźnik oscylometryczny koincyduje z ciśnieniem średnim.

Technika określenia poziomu ciśnienia średniego.

Do pomiaru niezbędny jest oscylometr P a c h o n a. Naprzód wytwarza się w mankiecie gumowym aparatu P a c h o n a ciśnienie wyższe od przypuszczalnego maksymalnego ciśnienia badanego osobnika, następnie zmniejsza się powoli ciśnienie w mankiecie, notując jednocześnie amplitudę oscylacji odpowiednio do każdej z wartości ciśnienia. Dobrze jest wielkości powyższe (oscylacji i odpowiedniego ciśnienia) przedstawić na wykresie. Zazwyczaj niema wątpliwości: największe odchylenie igły oscylometrycznej odcina się wyraźnie od innych oscylacji, i liczba, którą odczytuje się w tym momencie na manometrze, odpowiada ciśnieniu średniemu. Niekiedy zdarza się, że to największe odchylenie zlewa się z innymi odchyleniami o tej samej wielkości, tworząc coś w rodzaju „plateau“. W tym wypadku, twierdzi P a c h o n, ciśnienie średnie znajduje się na środku plateau. V a q u e z o w i i jego współpracownicy uważają to jednak za nieściśle. Jak uniknąć formy „en plateau“ zobaczymy niżej.

Należy, oczywiście, zwracać uwagę na pewne szczegóły techniczne, nieprzestrzeganie których mogłoby spowodować fałszywe wyniki.

Ważnym jest, by kończyła, na której przymocowuje się mankieta aparatu, znajdowała się na tym samym poziomie, co podstawa serca. Jeżeli bowiem istnieje różnica poziomów, wysokość kolumny krwi, która je dzieli, dodawałaby się lub odejmowała od prawdziwej

wartości ciśnienia, w zależności od tego, czy ramię znajdzie się poniżej lub powyżej poziomu serca.

Mankiet musi bardzo ściśle przylegać do ramienia, zanim zostanie wypełniony powietrzem. Jeśli przylega luźno, trzeba będzie wprowadzić zbyt wielką ilość powietrza, co wpływa na zmniejszenie się amplitudy wahań igły oscylometrycznej.

Osobnik badany powinien oddychać równomierne i być w stanie spoczynku przez kilka minut, a to celem uniknięcia odczynów naczynioruchowych, spowodowanych wzruszeniem, szczególnie na początku badania. Reakcje naczynioruchowe są bowiem w stanie zmienić przebieg krzywej oscylograficznej, wywołując skurcze tętnic.

Samo przez się rozumie się, że rozdzielacz oscylometru musi być hermetycznie zamknięty; jeśli jest nie-domknięty, oscylacje zostają osłabione, i odczytanie średniego ciśnienia jest wielce utrudnione.

Pomimo wszelkich ostrożności zdarza się niekiedy, że określenie ciśnienia średniego wydaje się rzeczą niemożliwą: dzieje się to przedewszystkiem u osobników, wykazujących dużą różnicę ciśnień krańcowych, jak np. w niedomykalności zastawek półksiężycowatych aorty typu C o r r i g a n a, w niektórych postaciach nadciśnienia tętniczego, w chorobie A d a m s - S t o k e s a. Stwierdza się wówczas identyczne oscylacje dla różnych wartości ciśnienia, i krzywa oscylograficzna przyjmuje postać „en plateau“. Zdanem G l e y a i G o m e z z a, można tego uniknąć, jeśli zastosuje się mankieta bardzo szeroki, zamiast wąskiego, który dodany jest do aparatu P a c h o n a. Owe „plateaux“ stają się już rzadkie przy mankiecie 12° centymetrowym, a znikają zupełnie przy 14° centymetrowym.

Określenie ciśnienia średniego u chorych z *arrhythmia completa* i przyspieszonym tętnem jest dość trudne ze względu na to, że ono ciągle się zmienia. Jednak zmienia się mniej, aniżeli ciśnienie największe i najmniejsze, i otrzymuje się liczby dość zbliżone, podczas gdy jak wiadomo, ciśnienie maksymalne zmienia się ogromnie, uniemożliwiając nawet otrzymanie przybliżonej wartości.

Odczytanie szybko po sobie następujących wahań igły oscylometrycznej sprawia nawet doświadczonemu badaczowi trudności. Punkty wyjścia i końcowy igły oscylometrycznej zmieniają się prawie za każdym uderzeniem tętna. Zadaniu łatwiej jest sprostać przy pomocy drugiego obserwatora, który notuje, powiedzmy, punkt końcowy, a badacz punkt wyjściowy każdej oscylacji. W ostatnich czasach V a q u e z o w i i jego współpracownikom udało się skonstruować modyfikację aparatu P a c h o n a, w którym punkt wyjściowy igły oscylometrycznej jest stale ten sam (kymometr).

Znaczenie ciśnienia średniego w ustroju zdrowym.

W warunkach fizjologicznych ciśnienie średnie wynosi 9 cm. Hg., wahając się w wąskich granicach dokoła tej liczby. Cechą najbardziej znamioną ciśnienia średniego jest jego stałość. Żadne przejawy życia fizjologicznego nie wpływają na zmianę jego wielkości. Płć, trawienie, miesiączkowanie, wysiłek fizyczny nie wywołują wybitniejszych modyfikacji ciśnienia średniego.

Jedynym czynnikiem, który wpływa u osobnika normalnego na ciśnienie średnie, jest wiek. Z badań V a q u e z a, K i s t h i n i o s a i t. d. wynika, że ciśnienie średnie między 10 i 25-ym r. życia wynosi

8 — 9, między 25 i 50-ym r. ż. 8 — 11 cm. Hg. Powyżej lat pięćdziesięciu ciśnienie waha między 9—11 cm. Hg. Liczba 9 cm. Hg. spotyka się najczęściej u osobników różnego wieku, liczba 11 jest już na pograniczu patologii.

Godny uwagi jest również fakt, że ciśnienie średnie u osobnika, znajdującego się w pozycji leżącej, jest identyczne we wszystkich punktach układu tętniczego. Jak wiadomo, ciśnienie maksymalne różni się znacznie w zależności od punktu pomiaru, w szczególności jest znacznie wyższe na kończynie dolnej w porównaniu z górną.

Większego znaczenia nabrała sprawa ciśnienia średniego z chwilą, gdy autorowie francuscy stwierdzili, że w przeciwstawieniu do ciśnienia maksymalnego i minimalnego, które pod wpływem wysiłku fizycznego ulegają znacznemu zwiększeniu, od 3 do 5 cm. Hg. (po biegu 200 metrowym ze średnią szybkością), ciśnienie średnie nie podlega żadnym wahaniom. Nabiera ono w ten sposób wartości stałej (konstanty) fizjologicznej. Oczywiście nie w sensie konstant fizycznych lub matematycznych, których wielkość jest nieruchoma, idealnie stała (konstanta dla gazów idealnych: $8,32 \times 10^7$). Jest to konstanta w rodzaju innych stałych fizjologicznych, jak np. temperatura, przemiana podstawowa, chronaksja, równowaga kwasowo-zasadowa (pH) krwi itd. Stałość tych wielkości jest uwarunkowana subtelnymi mechanizmami fizyczno-chemicznymi, i, aczkolwiek nie mogą one być wyrażone równaniem matematycznym, zmieniają się bowiem w zależności od gatunku, rasy, a nawet u tego samego osobnika, jednak wahania te odbywają się w szczególnie wąskich granicach. Jeśli różne przyczyny mają tendencję do zmiany idealnej wartości stałych fizjologicznych, to jednak czynność mechanizmów regulujących przywraca je szybko do normy.

W większości przypadków wielkość ciśnienia średniego nie zmienia się zupełnie, jest absolutnie nieruchoma, pod wpływem wysiłku fizycznego. Nie znaczy to bynajmniej, że tak zawsze się dzieje; u niektórych osobników zmniejsza się ono lub zwiększa, lecz nigdy nie więcej, niż o 1 cm. Hg., i zmiana ta utrzymuje się przez czas niezmiernie krótki. W każdym razie zmiany te nie dadzą się porównać ze znacznymi zmianami ciśnień końcowych i nie mogą odebrać ciśnieniu średniemu znaczenia podstawowej konstanty hydraulicznej.

Wprowadzenie do kliniki pojęcia ciśnienia średniego nanowo pobudziło badaczy do znalezienia dawno

poszukiwanej magicznej formułki, któraby zezwoliła lekarzowi w sposób szybki i dokładny określić wydolność czynnościową mięśnia sercowego.

Już dawniej zwrócono uwagę na ciśnienie maksymalne i na jego zmiany, lecz po początkowym okresie entuzjazmu przekonano się, że te wahania bynajmniej nie są patognomoniczne dla niedomogi mięśnia sercowego; istnieją stany nadciśnienia z doskonałym mięśniem sercowym, i, przeciwnie, przy ciśnieniu normalnym serce może być w stanie wybitnej niedomogi. Gdy z kolei zwrócono się do badania ciśnienia dżastolicznego, które, według P a c h o n a, jest miarą „stałego ładunku tętnic”, spotkało klinicystów i tutaj rozczarowanie. Jako kryterjum zmniejszonej wydolności mięśnia sercowego podano zwiększenie mniejszego lub większego stopnia ciśnienia rozkurczowego, okazało się jednakże, że może ono być zwiększone przy zupełnie sprawnej czynności serca. Wreszcie pod wpływem prac G r a u p n e r a w Niemczech poczęto badać zachowanie się różnicy ciśnień końcowych. G r a u p n e r dowodził, że wysiłek zwiększa od 2 — 4 cm. Hg. ciśnienie maksymalne, nie wpływając zupełnie na zmianę ciśnienia rozkurczowego u osobników zdrowych. Natomiast u ludzi z niedomogą mięśnia sercowego ciśnienie skurczowe zwiększa się tylko nieznacznie, podczas gdy ciśnienie minimalne zwiększa się o 2 do 3 cm. Hg., wytwarzając w ten sposób wybitne zmniejszenie różnicy między ciśnieniami skrajnymi (ciśnienie tętna — Pulsdruck autorów niemieckich). Niekiedy ciśnienie maksymalne opada nawet poniżej normy.

P a c h o n, badając w 1910 roku zmiany ciśnienia tętniczego, jako kryterjum treningu, dochodzi do odmiennych nieco rezultatów. Twierdzi on, że u osobników dobrze wyćwiczonych umiarkowany wysiłek podnosi ciśnienie lub też nie zmienia go, w każdym jednak razie nie stwierdza się spadku. Natomiast u osobników niedostatecznie wyćwiczonych lub o sercu w stanie niedomogi następuje spadek poniżej normy oraz zwiększenie różnicy ciśnień.

M a r t i n e t (1916) jest zdania, że u osobnika normalnego ciśnienie maksymalne podnosi się o 2 do 4 cm. Hg., a dżastoliczne tylko o 1 cm. Hg. U ludzi z niedomogą mięśnia sercowego formułka ma być odwrócona: ciśnienie skurczowe zmienia się tylko nieznacznie, a rozkurczowe podnosi się o 2 — 3 cm. Hg.

Wszystkie powyższe twierdzenia były przedmiotem krytyki V a q u e z a i D o n z e l o t a, L a u b r y i L i d y, którzy wykazali ich bezpodstawność.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. LANDECKER. Wpływ zmęczenia, mięsienia i zastosowania ciepła na chronaksję. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 2).

Doświadczenia na mięśni dwugłowym przy zmęczeniu innych grup mięśniowych wykazały prawie w 100% przypadków zmniejszenie się chronaksji. Jako przyczynę przyjmuje autor nadmierny dopływ kwasu mlekowego do niezmęczonych mięśni. Zmęczenie mięśnia dwugłowego pracą dynamiczną wykazuje prawie we wszystkich przypadkach wyraźne zwiększenie się chronaksji. W zgodności z doświadczeniem N a c h m a n s o h n a autor wnioskuje, że to zwiększenie się jest uwarunko-

wane przez rozpad fosfagenu. Ponieważ w zmęczeniu tego samego mięśnia pracą statyczną następowało w połowie przypadków zmniejszenie się, w połowie zaś — zwiększenie się chronaksji, wyciąga autor wniosek, że wskutek utrudnionych warunków krążenia zarówno zastój kwasu mlekowego, jak i rozpad fosfagenu wpływają na chronaksję w odwrotnym znaczeniu, tak, że nie dochodzi do żadnej jednolitej zmiany pobudliwości. Doświadczenia z mięsieniem wykazały obniżenie się chronaksji masowanych mięśni. Autor przyjmuje, że zmniejszenie się napięcia mięśniowego, które w doświadczeniach kontrolnych powodowało zmniejszenie się chronaksji, również w masażach musi być uważane za przyczynę tego obniżenia się. Wpływ gorąca na mięśnie ramienia powoduje również zmniejszenie się chro-

naksji. Jako przyczynę należy przyjąć miejscowe, niewyrównane zakwaszenie, gdyż zgodnie z doświadczeniami L o e w e n s t e i n a wpływ gorąca powoduje zmniejszenie się zasobu zasad.

Henryk J. L a n d a u.

A. H. KLING. Objawy precypitacyjne w płynach stawowych. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 2).

Błona maziowa ma dwojaką budowę i czynność; po pierwsze jest ona tkanką łączną, mającą za zadanie mechaniczne wiązanie ciał stawowych; po drugie jest ona narządem wydzielniczym, który za pomocą wydzielania substancji klejowej zapewnia należyłą czynność stawu. Normalny płyn maziowy jest przeważnie miejscowym produktem wydzielniczym; 94% patologicznych nagromadzeń płynów materiału autora zawierały wydzielnicze i uległy dyfuzji z krwiobiegowi części składowe; 6% nagromadzeń płynu stanowiły wyłącznie przesiąki. Obserwacja swoistych odczynów precypitacyjnych (R i v a l t y) pozwala więc na wyciąganie pełnych znaczenia wniosków co do własności błony stawowej i co do pochodzenia płynu stawowego. Błonom tym należy przypisać ogólniejsze znaczenie. Stosowanie śluzowatych substancji jako środka ochronnego można przesłedzić u wszelkich istot żyjących, począwszy od najprostszych aż do najbardziej rozwiniętych. Wystarczy przypomnieć sobie śluzowe otoczki bakterij, pokrycie śluzowe robaków lub ślimaków. Kręgowce wytwarzają śluzowate substancje w najrozmaitszych narządach i tkankach. Autor wykazuje, że substancje śluzowe reagują na zmiany fizyczno-chemiczne środowiska (różnica w Ph, napięciu powierzchniowym) wytwarzaniem błon i w ten sposób zapewniają nietykalność zawartości. Z tego dają się wyciągnąć wnioski co do istoty i powstawania błony komórkowej i tworów patologicznych.

Henryk J. L a n d a u.

R. JÜRGENS i W. NAUMANN. Kliniczne i doświadczalne badania nad czynnością płytek krwi. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 3).

Autorzy podają metodę oznaczania zdolności aglutynacyjnej płytek krwi. Metoda ta pozwala dzięki specjalnemu sposobowi zagęszczania nawet w małopłytkowościach bardzo silnego stopnia na badanie w wiszącej kropli osocza. Badania porównawcze, przeprowadzone w przypadkach patologicznych zapomocą tej metody, dały następujące wyniki: a) w małopłytkowości samoistnej zdolności aglutynacyjne są w ostrym okresie zmniejszone, w dalszym przebiegu, a zwłaszcza po wycięciu śledziony powracają one znów do normy. Zdolności aglutynacyjne i kształt płytek wykazują wyraźny związek wzajemny. Patologicznie zmienione duże płytki źle aglutynują. Normalne małe płytki aglutynują dobrze. Zdolności aglutynacyjne i liczba płytek pozostaje naogół również w wyraźnej zależności wzajemnej. W razie niedostatku płytek zdolności aglutynacyjne są przeważnie obniżone, w razie normalnej liczby płytek są one normalne. Po wycięciu śledziony, a w pewnych warunkach i samoistnie spostrzega się nawet w przypadkach niedostatku płytek dobrą aglutynację i odwrotnie. T. zw. „czynnik trombastyczny” przyjmują autorzy za istniejący w wielu samoistnych małopłytkowościach. b) W trombastenji niema takich zależności. Zdolności aglutynacyjne pomimo normalnej liczby i kształtu płytek są obniżone. Autorzy przyjmują dla tego stanu przyczyny endogenne. c) W niedokrwiostociach aplastycznych z małą liczbą płytek, ale pozatem o normalnych płytkach aglutynacja płytek jest normalna. Badania w doświadczalnym zatruciu benzolem wykazują zwiększającą się w przebiegu zatrucia małopłytkowość ze zwiększeniem się liczby płytek olbrzymich (megakaryocytów) i przebiegające równolegle z tem zmniejszenie się zdolności aglutynacyjnych płytek. Próby aglutynacyjne z bakterjami i ciałami obcymi powodują przyspieszenie aglutynacji płytek. Rozcieńczone kwasy działają również pobudzająco, rozcieńczone zasady — hamująco. Przy zakwaszeniu krwi występuje nie-

znaczne skrócenie czasu wytwarzania zakrzepu (Thrombosezeit) w kapillarotrombometrze. Na chorych z zakrzepami dodatnio, zdaje się, wpływa djeta alkalinizująca. Porównanie aglutynacji płytek z czasem wytwarzania zakrzepu w kapillarotrombometrze wykazuje we wszystkich przypadkach zupełną zgodność. Fakt ten potwierdza dalej pogląd, że sama krew (jako płyn) z wyłączeniem czynnika naczyniowego odgrywa znaczną rolę w powstawaniu gotowości krwotocznej. Autorzy podnoszą na podstawie powyższych badań ważność czynnościowego badania płytek wobec dotychczas jednostronnie stosowanego wyłącznego liczenia płytek dla oceny stanów krwotocznych.

Henryk J. L a n d a u.

E. KYLIN. Badania nad ciśnieniem kolloidoosmotycznym (onkotycznym). (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 3).

Badania, przeprowadzone przez auotra, mają na celu wyjaśnienie zagadnienia, czy spadek ciśnienia kolloidoosmotycznego krwi wywołują same przez się obrzęki. Autor stwierdził następujące fakty: 1) w przypadkach ostrego zapalenia wysiękowego opłucny spada ciśnienie kolloidoosmotyczne krwi w wielu przypadkach bardzo znacznie, a mianowicie, nawet do 200 mm. H₂O. Obrzęki przytem nigdy nie występują; 2) w przypadkach ostrych krwawień obniża się ciśnienie kolloidoosmotyczne. W poszczególnych przypadkach znajdował autor liczby poniżej 200 mm. H₂O. Obrzęki można było stwierdzić tylko w poszczególnych wyjątkowych przypadkach. 3) W niedokrewności złośliwej spada ciśnienie onkotyczne często aż do liczb subnormalnych, a mianowicie, w poszczególnych przypadkach aż poniżej 200 mm. H₂O. Obrzęki występują tutaj prawie z reguły. Parallelizmu między spadkiem ciśnienia kolloidoosmotycznego a powstawaniem obrzęku w badanym materiale niema. W wielu przypadkach znajdował autor obrzęki przy nieznacznym spadku ciśnienia onkotycznego, podczas gdy odwrotnie dość często brakło obrzęków pomimo silnego spadku tego ciśnienia. Przemawia to przeciwko znaczeniu klinicznemu spadku ciśnienia onkotycznego dla patogenyzy obrzęków. Autor zwraca się z jednej strony przeciwko przypisywaniu wielkiego znaczenia spadkowi ciśnienia kolloidoosmotycznego (K r o g h, K o r a n y i i R u s z n i a k), z drugiej strony przeciwko odmawianiu mu wszelkiego znaczenia (Paul M e y e r).

Henryk J. L a n d a u.

Medycyna Społeczna, Higjena, Epidemjologia i Statystyka.

I. MARTOW. Mycie rąk półprocentowym roztworem amoniaku. (Wracz. Gaz. 19, 1931).

Amoniak (10%) rozcieńcza się ciepłą wodą przegotowaną, aby otrzymać roztwór 1/2%. Ręce myje się w naczyniu z amoniakiem (lub polewa się) — gazą bez szczotki w ciągu 2,5 minut. Następnie, świeżym roztworem amoniaku myjemy się jeszcze 2,5 min., a po wytarciu rąk ręcznikiem — spirytusem. Stosując ten sposób, stwierdzono znaczne zmniejszenie się ropień pooperacyjnych. Badanie bakteriologiczne wykazało, że przy myciu rąk 1/2% amoniakiem w ciągu 5 min. i spirytusem 5 min. — średni wzrost kolonij bakterijj równa się 0,4, a przy myciu mydłem i szczotką 10 min — i spirytusem 5 min. — wzrost kolonij bakterijj 2,8. Sposób ten po przeprowadzeniu jeszcze 3 miesięcznej próby ma być wprowadzony do użycia drogą rozporządzenia obowiązującego w praktyce chirurgicznej i ginekologicznej, gdyż winien dać, według obliczenia, oszczędności mydła w Sowiech — do 70 ton rocznie.

M. S e g a ł.

A. JAUBERT DE BEAUJEN. Medycyna zapobiegawcza w chorobach płuc a badanie rentgenowskie. (Paris Méd. N. 50, 1931).

Autor uważa, że każdy człowiek w celach zapobiegaw-

czych powinien być kilka razy w życiu poddawany badaniu rentgenowskiemu klatki piersiowej. Sposobność do tego dają: 1) coroczne badania uczniów na początku roku szkolnego, 2) służba wojskowa, 3) zawieranie małżeństwa. Badanie rentgenowskie powinno obejmować zarówno prześwietlenie, jak i zdjęcie. Prześwietlenie nie daje zupełnej pewności, stwarza pewne „złudzenia radioskopowe”. Zdjęcie daje wyraźne zmiany, a analiza jego jest łatwiejsza. Przy badaniu rentgenowskim należy zwracać szczególną uwagę na stan szczytów, ruchomość przepony i przejrzystość przestrzeni poza sercowej (wnęki). Naogół można powiedzieć, że płuca normalne pod względem rentgenowskim są płucami zdrowymi klinicznie i nie wymagają badania fizykalnego, natomiast konieczne jest osłuchiwanie serca nawet zupełnie normalnego pod względem rentgenowskim. Dla oszczędzenia czasu proponuje autor grupowe wykonywanie zdjęć, przyczem, ustawiając półkolem w odległości 3 m., można robić od razu zdjęcia 16 osób dorosłych, z odległości 5 m. — 25 osób, z odległości 7 m. — 35 osób. Analiza zdjęć pozwoli podzielić zbadane osoby na 2 grupy: 1) osobników, których obrazy klatki piersiowej są normalne, którzy więc nie wymagają przez pewien czas żadnego badania; 2) nosiciele obrazów nienormalnych i patologicznych, którzy muszą być odnotowani dla dodatkowych badań rentgenowskich, a zwłaszcza badania klinicznego i nadzoru.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby narządów trawienia.

K. GLÄSSNER. Leczenie wrzodów żołądka i dwunastnicy pepsyną. (Wien. kl. Woch. Nr. 45. 1931).

Przesączone przez filtr porcelanowy rozczyń pepsyny (gotowe w aptece Austria, Wien IX, Währingerstr. 18) zastrzykuje się dwa razy do roku w serjach po 30 zastrzyknięć. Rozpoczyna się od 0,2 cm³, stopniowo zwiększa się dawkę aż do 0,5 cm³, i znów obniża się ją do 0,2 cm³. Leczenie zastrzykiwaniami pepsyny prowadzi w 2/3 przypadków niepowikłanych wrzodów żołądka i dwunastnicy do przedmiotowego i podmiotowego wyleczenia. Wartości kwasowe poprawiły się w przeszło połowie, zmiany rentgenologiczne w około 3/4, krzywa wagi w 4/5 przypadków. Zaleca się leczenie z przerwami, obok tego obojętne postępowanie i obfita dieta. Zaledwie w 4% przypadków musiano uciec się do zabiegu chirurgicznego. Również inne zmiany wrzodziejące (śluzówek, skóry, odleżyny) ulegają wyleczeniu pod wpływem tej metody leczenia.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

A. MATERNA. Uszkodzenie wątroby przez szczepioną zimnicę. (Wien. kl. Woch. Nr. 43. 1931).

Autor mógł stwierdzić w 6 przypadkach, szczepionych zimnicą, zmiany w wątrobie, które polegają obok znanej już pigmentacji, obok rozległych zakrzepów — przedewszystkiem regularnie na martwicach, dysocjacji i obrzęku oraz na ciężkich uszkodzeniach śródbłonków, a mianowicie w żyłach śródkowych i najdrobniejszych rozgałęzieniach żyły wrotnej. Autor nie wyciąga z tego żadnych wniosków klinicznych, radzi jednak, aby przed rozpoczęciem leczenia zimnicą wyłączyć za pomocą skrupulatnego badania czynności wątroby te przypadki, które już przedtem wykazują uszkodzenie wątroby. Dalej przed rozpoczęciem leczenia i w czasie jego trwania należałoby wykonywać badania zawartości cukru we krwi (stany hipoglikemiczne) oraz stosować dietę bogatą w węglowodany oraz zastrzykiwania cukru gronowego.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

WAGNER - JAUREGG. Uwagi w sprawie uszkodzenia wątroby i przypadków śmiertelnych po szczepieniu zimnicą. (Wien. kl. Woch. Nr. 44. 1931).

Autor nie przypisuje wielkiego znaczenia występowaniu

uszkodzeń wątroby po szczepieniu zimnicy, gdyż występują one najwidoczniej rzadko, a jeśli częściej, to zdolne są one do cofania się. Czynność wątroby przed rozpoczęciem leczenia nie powinna odgrywać większej roli przy rozstrzygnięciu pytania, czy należy rozpocząć leczenie zimnicą, gdyż porażenie postępujące stanowi większe niebezpieczeństwo.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby serca i naczyń.

■ Prof. K. F. WENCKEBACH. Niewydolność układu krążenia. Warszawa 1932.

Książka, którą mamy przed sobą, stanowi tom drugi wydawnictwa „Medycyny współczesnej dla lekarzy praktyków”. Tłumacz, kol. Jerzy J u r k o w s k i, który bardzo starannie przyswoił ją naszej literaturze, ma zasługę niemałą, dał nam bowiem rzecz treściwą, opracowaną sumiennie, z dużym nakładem pracy, przez jednego z najlepszych współczesnych znawców patologii serca i krążenia krwi. Inna rzecz, czy lekarz praktyk tyle odniesie korzyści, ile zapewne autor i tłumacz sobie obiecują. Tu nasuwają mi się pewne zastrzeżenia. Niewątpliwie patologia krążenia jest jednym z najtrudniejszych rozdziałów medycyny wewnętrznej. Aczkolwiek trzy stulecia wpłynęły od wydania przez H a r v e y a uniwersalnego dzieła „de motu cordis et sanguinis”, musimy pogodzić się z myślą, że dotychczas jeszcze mnóstwo jest luk w pojmowaniu czynności serca, że fizjologia tego naczelnego narządu ciała będącego „*primum nascens ultimum moriens*”, pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Oczywiście wykłady kliniczne wówczas największym cieszą się powodzeniem, gdy są oparte na fizjologii. Profesor W. stara się — o ile widać — postępować według tej tezy, podagogicznie najlepiej uzasadnionej. Że zaś pragnie być treściwym, a nadto uwzględnia dość rozległe djaagnostykę i terapię, przeto — pomimo całego mistrzostwa wykładu — trudno mu nieraz uporać się ze wszystkimi nastrojącąciami się trudnościami. Wielka już to wszakże zasługa autora, że wskazując, w jak licznych korelacjach funkcja serca jako takiego pozostaje z innymi funkcjami ustroju, podkreśla umiejętnie trudności, wynikające z niedostatecznego opanowania fizjologii i patologii, że opiera się na mocnym gruncie empirycznym i uczy samokrytycyzmu w ocenie przypadków niewydolności funkcji krążenia. W ostatnich kilku dziesiątkach lat żaden dział medycyny wewnętrznej nie był chyba tak obszernie opracowany, jak klinika chorób serca. Jeżeli mimo to piętrzą się jeszcze przed nami liczne trudności, gdy znajdujemy się wobec przypadku nieprzeciętnego, widać, że przedmiot sam wymaga szczególnie głębokiego wnikania w istotę funkcji serca. Postęp w tej dziedzinie, jaki zawdzięczamy Jamesowi M a c k e n z i e m u, E d e n s o w i, W y b a n o w i, V a q u e z o w i i tyłu innym, w pierwszej zaś linii W e n c k e b a c h o w i, bardzo powolnie posuwa się naprzód. Słusznie mówi autor, że „wszystkie nasze pojęcia i cała wiedza przyrodnicza płyną, jak prąd krwi, dzięki któremu krąży w naczyniach życie i energia; zmieniają się one wraz z nowymi odkryciami i nowymi poglądami”.

M. F.

L. RIMBAUD, N. BOLMIS, G. ANSELME - MARTIN. Leczenie chorób serca insuliną i glukozą. (La Presse Méd. Nr. 90. 1931).

Autorzy zastosowali w 21 przypadkach różnych schorzeń sercowych kombinowane leczenie insuliną i glukozą; stosowali zrana wstrzyknięcie podskórne 5 — 10 jednostek insuliny a po upływie 1/2 godz. 50 — 100 gr. glukozy doustnie. Autorzy stwierdzili, że leczenie to bardzo szybko wywołuje poprawę objawów czynnościowych, jak bóle stenokardjalne, duszność wysiłkowa, bicie serca; notowali już po 48 godz. poprawę diurezy — po przeprowadzeniu całkowitego leczenia, trwającego 10 — 12 dni, diureza stale się poprawia, powodując szybkie zni-

kanie obrzęków. Najlepsze wyniki autorzy otrzymywali w niewydolności lewej i prawej komory nawet w tych przypadkach, kiedy zwykle leki nasercowe nie dawały żadnej poprawy. W przypadkach skurczów dodatkowych leczenie powyższą metodą niemierności niezawsze było skuteczne; poprawę stwierdzono w tych przypadkach, gdzie badania elektrokardjograficzne wykazywały pochodzenie skurczów dodatkowych z okolicy przedsionków; jeśli skurcze dodatkowe pochodziły z węzłów automatycznych lub z komór sercowych, leczenie glukozą z insuliną było bezskuteczne. Autorzy sądzą, że odżywcze i toniczne znaczenie glukozy dla serca tem wybitniej występuje, im mniejsze są zmiany w strukturze histologicznej mięśnia sercowego. Poza tem autorzy przeprowadzili leczenie glukozą niedomogi serca w przebiegu choroby *B a s e d o w a* — wyniki były niezachęcające. Także w przebiegu ostrych zapalnych spraw sercowych stwierdzali małą poprawę. Autorzy wnioskują, że opisana metoda leczenia schorzeń serca niezawsze jest pewna, ma jednak ważne znaczenie odżywcze dla mięśnia sercowego, przywraca napięcie mięśnia sercowego nawet w przypadkach, kiedy zwykle środki nasercowe zawodzą. Niekiedy stosowali z dobrym wynikiem podwójne leczenie środkami, jak: napastrnica i ouabaina wraz z glukozą i insuliną.

Jakób P e n s o n.

ZIMMERN, CHAVANY, BRUNET. Leczenie suchej zgorzeli naświetlaniami promieniami Roentgena okolicy nadnerczy. (*Presse méd.* Nr. 56, 15. VI. 1931).

Liczba przypadków zgorzeli, szczeg. kończyn górnych, w przebiegu *arteriitis obliterans* wzrosła znacznie w ostatnich latach. Rozróżnia się postać suchą i mokrą — ta ostatnia jest wynikiem dodatkowej infekcji. Autorzy przypominają w krótkości znane objawy rozwijającej się i rozwiniętej zgorzeli kończyn, której towarzyszą bóle i zmiany miejscowe. Dowodem klinicznym obliteracji tętniczej jest zmniejszenie lub zniknięcie pulsacyi i indeksu oscylometrycznego, stwierdzalne aparatem *P a c h o n a*. Niekiedy stwierdza się paradoksalne zwiększenie pulsacyi po stronie chorej w porównaniu z kończyną zdrową (*hyperpulsalite paradoxale P a u p e r t-R a v a u l t*), spowodowane przewagą zmian w dużych pniach tętnicznych i dodatkową infekcją (*L a b b é*). Liczne są schorzenia, które poprzez *arteriitis* powodują suchą zgorzel kończyn. A więc *arteriitis senilis*, o przebiegu powolnym, dotyka przedewszystkiem palców stopy. Histologicznie stwierdza się zmiany atermatyczne błony środkowej tętnic i tętniczek, bujanie *endarterium* i zakrzepy wewnątrznaczyniowe. U osobników młodych w grę wchodzi *arteriitis diabetica* i *luetica*. *Arteriitis diabetica* charakteryzuje częstość komplikacyi septycznych, — zmiany histologiczne, zgrubsza podobne do starczych, różnią się od nich wybitnym naciecznieniem cholesteryną i brakiem zakrzepów. Syfilityczne zapalenie tętnic przebiega u młodych często pod postacią choroby *R a y n a u d*, w której pierwiastek spazmodyczny, istniejący we wszystkich postaciach, jest szczególnie dobitny — histologicznie: *panarteriitis*. Wreszcie ostatnia postać — *arteriitis praecox*, między 30—40. r. życia, u osobników niedotkniętych ani cukrzycą ani kiłą, jest niezwykle bolesna i cechuje się udziałem chorobowym żył. Jedną z odmian *arteriitis praecox* jest choroba *B u e r g e r a* — *thromboangiitis*, mająca najczęściej występować u Żydów. Patogeneza zmian zgorzelinowych jest dotychczas niewyjaśniona. Istnieją chorzy z *claudicatio intermittens*, u których nigdy nie dochodzi do zgorzeli. Zdaniem *L e r i c h e a* zgorzel zjawia się, gdy dotknięta jest *adventitia*, a więc *sympaticus* okołonaczyniowy. Na miejsce szeroko dawniej stosowanych zabiegów chirurgicznych (amputacje odcinkowe, operacja *L e r i c h e a*) obecnie wysuwa się leczenie zachowawcze. Zalecano wstrzykiwania insuliny (nie tylko u djabetyków), roztworów hipertonicznych *NaCl* — (50%) (metody *S i l b e r t a* w chorobie *B u e r g e r a*), gorące kąpiele (sprzyjają infekcyi), djatermję szczególnie przeciwko objawom bólowym. Miejscowo: aseptyczne opatrunki, balsam peruwiański, gorące powietrze. *V. O p p e l*,

wychodząc z założenia, że skurcz naczyniowy w chorobie *B u e r g e r a* jest powodowany i podtrzymywany hiperadrenalinemją, będącą w związku z nadczynnością nadnerczy, zaproponował i wykonał po raz pierwszy w 1921 r. jednostronne usunięcie nadnercza. Operacja ta, dając istotnie poprawę kliniczną, powoduje jednak wysoką bezpośrednią śmiertelność (13% w/g *L e r i c h e a*). Toteż autorzy przystąpili do stosowania naświetlań promieniami okolicy nadnerczy. Powinno to, zdaniem autorów, zmniejszyć nadczynność tych gruczołów, analogicznie do działania radjoterapii tarczycy w stanach *hyperthyroidismus*. Autorzy podają dokładną obserwację kliniczną 8 przypadków *arteriitis* rozmaitego pochodzenia, w których zastosowano naświetlania promieniami *R o e n t g e n a* okolicy lędźwiowej. Już po pierwszych naświetlaniach stwierdzili głębokie przemiany w zakresie dwóch objawów: zabarwienia tkanek i temperatury. Bardzo szybko znika sinica, a kończyna, poza miejscem zgorzelinowem, staje się cieplejsza. Również demarkacja tkanki zgorzelinowej odbywa się szybciej. O ile radjoterapia wpływa dobrze na bóle, spowodowane samym procesem zapalnym tętnicy, o tyle przez długi czas pozostaje bez skutku na bóle lokalne tkanek, dotkniętych zgorzelą. Autorzy przestrzegają przed miejscowem stosowaniem okładów wilgotnych, które zazwyczaj pogarszają istniejące bóle. Co się tyczy mechanizmu działania promieni X, autorzy stoją na stanowisku, że chodzi w tym wypadku o hamujące działanie promieni na nadnercza, będące w stanie nadczynności. Za tem ujęciem przemawiają dane doświadczalne.

H. S z p i d b a u m.

SCOTT i MORTON. Zróżniczkowanie obwodowego skurczu tętniczego i zacopowania tętnic u chorych ambulatoryjnych. (*The Journal of the American Med. Assoc.* Vol. 97, Nr. 17, 24. X. 1931).

Autorzy zajęli się wynalezieniem testu, któryby pozwolił na zróżniczkowanie między zacopowaniem a skurczem naczyniowym, względnie na określenie ilościowego stosunku każdego z tych składników w przypadkach, gdy jeden i drugi czynnik są u podstawy danego zespołu klinicznego. Na podstawie poprzednich badań wiadome było, że zablokowanie obwodowego nerwu powoduje wazodilatację. Ze względu na najczęstszą lokalizację spraw naczyniowych, zwrócili się do *n. tibialis posterior*, który jest łatwo dostępny tuż poniżej kłykcia wewnętrznego, i który unerwia podeszwową powierzchnię stopy i podeszwową powierzchnię palców stopy. Naprzód ustalili normalną reakcję po znieczuleniu nerwu (*perkaina*) u 17 studentów. Po 10 minutach następuje maksymalne rozszerzenie naczyń, i temperatura skóry wzrasta do 30,5° C. (mierzona specjalnym dermatemem w stałych warunkach standartowych). Autorzy podają dokładny opis postępowania przy wykonywaniu testu. Nerw jest łatwo wyczuwalny, lecz nie jest konieczne ani pożądanę wstrzykiwanie *perkainy* (1%—10 ccm³) do samego nerwu. Jeśli w kończynie chorej po wstrzyknięciu *perkainy* następuje szok ciepłoty skórnej do 30,5° C. — skurcz naczyniowy był przyczyną zaburzeń krążenia, jeśli po zablokowaniu nerwu nie stwierdzono żadnej zmiany ciepłoty — skurcz naczyniowy w danym przypadku nie odegrał żadnej roli. W razie podniesienia ciepłoty, nie osiągniętego jednak normalnego całkowitego rozszerzenia naczyń, skurcz odgrywa rolę, lecz nie jest jedynym czynnikiem, wywołującym zaburzenia. Autorzy podają dla ilustracyi 2 przypadki zaburzeń naczyniowych w kończynach, w których zastosowanie powyższego testu pozwoliło na ściśłą djagnozę i na leczenie w jednym przypadku sympatektomji okołonaczyniowej, a w drugim — amputacyi (zacopowanie tętnicy).

H. S z p i d b a u m.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ Kurt SCHNEIDER. Probleme der klinischen Psychiatrie. (Georg Thieme. Lipsk, 1932. Str. 32).

Książeczka mała co do objętości, ale pełna treści, poru-

za podstawowe zagadnienia kliniczne psychiatrii współczesnej. Chodzi tutaj przede wszystkim o związek pomiędzy symptomatologią a procesem chorobowym. Dawny punkt widzenia czysto etjologiczny ustąpił miejsca badaniu gotowych preformowanych reakcji i zespołów, które przeważnie mogą ujawniać się dzięki działaniu różnorodnych czynników. Początkiem dla tego rodzaju rozważania obrazów chorobowych stała się klasyczna nauka B o n h o e f f e r a o typach egzogenicznych. Ten punkt widzenia znajduje w pracy niniejszej zastosowanie do 3-ch wielkich grup schorzeń psychicznych: psychozy endogenne, toksyczne i pierwotnie cerebralne. Grupy nozologiczne w psychiatrii mają charakter somatyczny, a nie psychopatologiczny. Z posród różnorodności obrazów psychotycznych można wyodrębnić tylko pewne typy. Jako takie odróżnia autor: cyklotymje, psychozy epizodyczne przy zachowanej świadomości, epizod. stany majaczeniowe, procesy schizofreniczne, parafrenje, stany dementywne. Wszystkie ważniejsze kierunki i systemy psychiatrii współczesnej, między innymi najnowsze poglądy na sprawę schizofrenji t. zw. objawowej i idiopatycznej, prądy lokalizacyjne (K l e i s t) i in. znajdują tutaj krótkie, treściwe i istotne oświetlenie.

G. B y c h o w s k i.

■ Otto FENICHEL. I. Hysterien und Zwangsneurosen. II. Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. (Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Wiedeń. 1931).

Dwa tomy szczegółowej psychoanalitycznej nauki o psychonerwicach pióra jednego ze zdolniejszych berlińskich psychoanalityków, składają się na poważną całość, która wypełnia istniejącą dotychczas lukę w piśmiennictwie naukowym. Zadanie swoje określa autor we wstępie, przyrównując z niemałą słuszością naukę o psychonerwicach w jej stosunku do psychoanalizy praktycznej—do patologii w jej stosunku do medycyny klinicznej: obie mają stanowić podstawę naukową dla przyszłej pracy praktycznej, przyczem sama ta podstawa opiera się na doświadczeniu klinicznym. Pracę swoją opiera autor zarówno na własnym doświadczeniu, które zdobył, pracując od szeregu lat w najściślejszym kontakcie z berlińskim instytutem i polikliniką psychoanalityczną, jak i na możliwie dokładnym uwzględnieniu całego tak już dzisiaj bogatego piśmiennictwa. To ostatnie stanowi osobną niemałą zasługę autora, który zebrał tutaj obfitą kazuistykę, rozproszoną po oddzielnych artykułach i czasopismach. Rozważania teoretyczne opiera autor na każdym kroku o ściśle analizowany materiał kliniczny. W ten sposób otrzymujemy nie tylko dokładny obraz współczesnej patologii i kliniki psychoanalitycznej, ale widzimy perspektywy i linie kierunkowe dalszych badań i zagadnień. Materiał kazuistyczny w dziedzinie nerwicy natręctw, hysterji, nerwicy narządowych, perwersji i zaburzeń charakteru jest dobrany nader umiejętnie i przedstawiony z konieczną w psychoanalizie dokładnością. Książka świadczy chlubnie o pracy samego autora i całego pokolenia współczesnych badaczy psychoanalitycznych.

G. B y c h o w s k i.

I. GAIGINGER. Fosfaturja jako wskaźnik składnika konstytucyjnego nerwic. (Wien. kl. Woch. Nr. 45. 1931).

Autorowi wydaje się, że w fosfaturji posiadamy środek do różniczkowania między zwyrodnieniami konstytucyjnymi postaciami a postaciami bardziej psychopochodnymi nerwic, co ma ważne znaczenie dla poradnictwa zawodowego, dla ubezpieczenia na życie, w praktyce nieszczęśliwych wypadków oraz dla rozstrzygnięcia zagadnienia, czy w danym przypadku wskazane jest leczenie psychiczne.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

R. KLIMA. W sprawie rokowania i leczenia powrózkowej myelozy w niedokrewności złośliwej. (Wien. kl. Woch. Nr. 43. 1931).

3 przypadki powrózkowej myelozy w przebiegu niedo-

krewności złośliwej wykazywały pod wpływem leczenia ventrae-
monem tak doskonałe wyniki, jakich nigdy nie widziano w prze-
biegu leczenia wątrobowego. W dwóch z tych przypadków udało
się doprowadzić do powrotu odruchów kolanowych po upływie
jednego miesiąca, względnie jednego roku. Również inne objawy
rdzeniowe cofnęły się.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

PETTE. Studja doświadczalne na zwierzętach, w sprawie
wędrowki zarazka w układzie nerwowym. (Deut. Zeits. f. Ner-
venheil. t. 121, z. 3-4, 1931).

W niniejszej pracy autor wprowadzał zarazek *herpes simplex* do nerwu kulszowego. Mianowicie w narkozie eterowej odpreparowywano nerw po przecięciu skóry i ostrożnie podkła-
dano pod nerw sondę. Zakażenie występowało tem łatwiej oraz
było tem brzemiennejsze w skutkach, im miejsce wstrzyknięcia
leżało bliżej wyjścia nerwu z rdzenia. Zawartość pęcherzyka
herpetycznego była albo rozcieńczona roztworem fizjologicznym
soli i wstrzykiwana, albo też nierozcieńczoną zawartość pęche-
rzyka umieszczano na zadrapanym nerwie. Skutek zakażenia
zależał od ilości zastrzykiwanego płynu i ostrożności, z jaką
przeprowadzano operację. Po ułożeniu nerwu w jego łożysku
skórę zamykano klamerkami. Autor wstrzykiwał zarazek
w dośrodkową trzecią część nerwu kulszowego wzdłuż jego prze-
biegu na udzie. Zakażono 42 zwierzęta, z tego u 18-tu ze skut-
kiem dodatnim (43%). Przy zakażeniu tą drogą zarazek rów-
nież szerzy się wzdłuż nerwów, tak samo jak przy zakażeniu ro-
gówki. Pierwszy etap rozwoju procesu chorobowego stanowią
zwoje łądźwiowo - krzyżowe. W nerwie doprowadzającym do tych
zwojów nie widać początkowo zmian chorobowych. Dopiero
później, gdy proces posunie się więcej w kierunku centralnym,
w nerwie również dają się stwierdzić zmiany reakcyjne. Ze
zwojów międzykręgowych proces przechodzi na tylne korzonki
i rdzeń. Czas między zakażeniem a wystąpieniem pierwszych
objawów ze strony rdzenia waha się od 3 do 5 dni. Przejściu
sprawy na rdzeń towarzyszy zajęcie opon. Na oponach wytwa-
rza się naciek, który rozszerza się szybciej od procesu w rdze-
niu. Zajęciu opon towarzyszy znaczna pleocytoza i wzrost tem-
peratury. Proces zapalny w rdzeniu, szerzący się początkowo
w sposób rozlany, przyjmuje później określony charakter. Po
stronie zakażenia jest on zawsze silnie zaakcentowany. Natę-
żenie procesu zależy w dużym stopniu od zjadliwości zarazka
i od czasu, który upłynął od chwili zakażenia. Im później
przeprowadzono sekcję, tem wyraźniejsze były zmiany. Poło-
wiczność zmian histologicznych daje się częstokroć również za-
obserwować w mózgu. Sprawa przeważnie toczy się w zrazie
ciemieniowym, w rogu A m m o n a oraz na dnie trzeciej
i czwartej komory. W posuniętych procesie zmiany są jednako-
wo wyraźne w ektodermie, jak i w mezodermie. Obok izolo-
wanych ognisk glejowych spotykają się często oddzielne nacieki
w ścianach naczyń krwionośnych. Klinicznie proces wyraża się
wystąpieniem porażenia wiotkiego, powstającego z reguły po-
czątkowo w tylnej kończynie tej strony, gdzie zakażenie prze-
prowadzono. Występujące często drgawki są wyrazem zajęcia
mózgowia. Proces kończy się zawsze śmiertelnie. Zwierzęta pa-
dają z obrazem porażenia oddechu lub serca, niekiedy podczas
status epilepticus.

J. M e l z a k.

Choroby oczu.

JÓZEFOWA, CZERNY i HEINISMAN. Klinika i rentgeno-
terapia guzów przysadki i jej okolicy. (Rus. oftalm. žurn.
4. 1930).

Autorzy na podstawie swoich spostrzeżeń klinicznych
rozdzielają 3 postacie nowotworów: 1) nowotwory przysadki
z objawami akromegalji; 2) nowotwory przysadki z zespołem
objawów, znanych pod nazwą *dystrophia adiposo-genitalis* i 3)

nowotwory przysadki z przewagą objawów ocznych. Autorzy zwracają uwagę na trudności, napotymane przy różniczkowym rozpoznaniu, albowiem sprawa przysadkowa może przebiegać pod postacią rozmaitych schorzeń podstawy czaszki, jak surowicze zapalenie opon mózgowych, gruźlica i kiła. Zwłaszcza są mylne rozpoznania zapalenia zatok. Stwierdzenie mrocza środkowego prowadzi często do rozpoznania pozagalkowego zapalenia nerwów wzrokowych nosowego pochodzenia, w rzeczywistości zaś łącznie tego zapalenia ze schorzeniem zatok jest mocno wyolbrzymione: S c h o r e r twierdzi, że na 203 przyp. zap. n. wzrok. zaledwie w 1,5% można było niezbić ustalić schorzenie zatok, jako przyczynę zmian ocznych. Autorzy przeto przestrzegają przed zbyt pohożnym wiązaniem zapalenia n. wzrok. ze schorzeniem zatok, co prowadzi nieraz do bezcelowych i niezawsze bezpiecznych operacyj na zatokach; natomiast są zdania, że w wielu przypadkach guza przysadki może ulec zachorzeniu przedewszystkiem najwrażliwsza część n. wzrok., mianowicie pęczek tarczowo-plamkowy; odbywa się to nietylko drogą mechanicznego ucisku, ale i drogą biologiczną (działanie jadaów, wytwarzanych w zmienionej przysadce na skrzyżowanie n. wzrok.). Co się tyczy rentgenogramów, to jako znamienne dla guzów przysadki uważają stwierdzenie obecności ognisk odwapnienia nad wejściem do siodełka, w tych zwłaszcza przypadkach, w których rentgenogram innych zmian nie wykazuje. Terapię chirurgiczną odrzucają jako nieudokumentowaną w technice i niepewną w wyniku, uciekając się do niej tylko tam jedynie, gdzie konieczna jest dekompresja. Natomiast z dużym zaufaniem odnoszą się do głębokiej rentgenoterapii, stosowanej długo i systematycznie. Ze swego obfitego materiału wyprowadzają następujące wnioski: 1) Dokładne badanie pola widzenia umożliwiła wczesne rozpoznanie nowotworu przysadki. 2) Typowy obraz dwuskroniowego niedowidzenia często zawodzi, to też guz przysadki winien być brany pod uwagę nawet tam, gdzie się stwierdzi inne zmiany w polu widzenia. 3) Najczęstszą zmianą dna ocznego jest prosty zanik nerwu wzrokowego, zastoina jawia się bez porównania rzadziej. 4) Zwraca uwagę nierównomierne obniżenie ostrości wzroku w obu oczach: jedno oko może zachować długo normalną ostrość wzroku, gdy drugie oko w szybkim czasie ślepie. 5) Stosowanie głębokiej rentgenoterapii daje b. dobre wyniki i w obecnym stanie nauki jest najpewniejszą metodą leczenia guzów przysadki, przyczem najlepsze wyniki otrzymuje się w guzach przysadki z zespołem dystroficzno-genitalnym, mniej pewne w guzach z przewagą objawów ocznych, wszakże i tu udaje się zatrzymać postęp sprawy chorobowej.

N. E s s i g m a n.

A. MOUTHUS, A. FAVORY, Jean LEVADITI. **Przypadek sodoku powiek.** (Bulletin et mémoires de la Soc. Franç. d'opt. 1931).

Sodoku jest to schorzenie, spowodowane ukąszeniem szczura na tle zakażenia krętkiem. Schorzenie to jest naogół rzadkie. We Francji było obserwowane podczas wojny pozycyjnej. Sodoku rozwija się początkowo jako schorzenie miejscowe, później jako ogólne i ma przebieg łagodny, poddając się łatwo leczeniu arsenikiem. Objawów ocznych nie zaznaczono w żadnym z opisanych przypadków. Przypadek, opisywany przez autorów, dotyczy rocznego dziecka, ukąszonego przez szczura. Powieka górna silnie obrzęknięta, wyczuwa się jakby chelbotanie. Gruczoły przyuszne i podszczękowe silnie powiększone. W okolicy wiązadła zewnętrznego powiek ślady ukąszenia. Ciepłota podwyższona. Nacięcie nie wykrywa ropy. Badanie na krętki ujemne. Odczyn B o r d e t - W a s e r m. słabo dodatni. Zastosowane leczenie sulfarsenolem daje szybką ogólną poprawę. Il-gi nawrót choroby również opanowano tem samem leczeniem. Podczas 3-go nawrotu wystąpiły zaburzenia w narządach trawienia, upadek sił i zejście śmiertelne. Sekcji nie wy-

konano. Na zasadzie wywiadów, przebiegu schorzenia i dodatniego odczynu B o r d e t - W a s e r m. autorzy uważają przypadek ten za sodoku.

A r k i n.

M. NIDA. **Obustronne ostre zapalenie pozagalkowe nerwów wzrokowych na skutek intensywnego leczenia stowarsolem.** (Bulletin et mémoires de la Soc. franç. d'optalm. 1931).

N. opisuje przypadek, dotyczący 42 l. osobnika, u którego po przebytej kile stwierdzono rozszerzenie aorty i lewego serca. Odczyn W a s e r m a n n a ujemny. Chory początkowo otrzymał 26 zastrzyknięć Hg. oxyz. dożylnie, następnie serię nowarsenobenzolu (0,15 i 0,3), który znów zastąpiono stowarsolem sodowym z początku 1 gr. codziennie podskórnice, następnie 1,5 gr. co drugi dzień. 1-szą serię 15 gr. chory zniósł dobrze, objawy sercowe poprawiły się. Pod koniec 2-ej serii wystąpiły zaburzenia wzrokowe (chory nie mógł czytać). Badanie wykryło obustronne mrocze środkowe bez zmian na dnice oczu. Stowarsol odstawiono i po 2-ach miesiącach objawy oczne ustąpiły. N. uważa, że 1,5 gr. co drugi dzień stanowi zbyt dużą dawkę i może wywołać toksyczne zapalenie n. wzrokowego. Przypadek jest o tyle niezwykły, że stowarsol wywołuje tylko lekkie zaburzenia naczynioruchowe, niekiedy wysypki, przypominające płonice i zapalenie niektórych nerwów obwodowych.

A r k i n.

Arnold SORSBY. **O oczopląsie utajonym.** (British Journal of Optalm. Jan. 1931).

Autor podaje dość obszerny historyczny szkic badań nad oczopląsem utajonym, pod którym należy rozumieć drżenie gałek ocznych, występujące dopiero przy zasłonięciu jednego oka. Autor podaje 5 własnych przypadków oczopląsu utajonego z obszernym opisem historii choroby i następnie wskazuje, że drżenie gałek tego typu nie może być uważane za jednostkę chorobową o ściśle wyodrębnionych cechach. Analizując dane piśmiennictwa, S. wskazuje na następujące sprzeczności. W jednych przypadkach oczopląs występował dopiero po zasłonięciu jednego oka, w innym wzmagal się tylko już istniejący. W jednych przypadkach był ze zbieżny lub rozbieżny, w innych go nie było. Taksamo zmienny był wpływ kierunku spojrzenia (ab- i addukcji), zbieżności i obuoczno-widzenia. Ostrość wzroku była we wszystkich przypadkach różna, i niekiedy oczopląs znacznie ją zmniejszał. Zamiast nieprzezroczystego ekranu wystarczyło niekiedy przesłonięcie oka półprzezroczystą przesłoną, soczewką +20,0 D lub przyzmatem. Również stan błędników był różny, charakter oczopląsu był raz wahadłowy, a innym razem sprężynowy. W rzadkich przypadkach spostrzegano uczucie zawrotu wskutek rzekomego ruchu przedmiotów. W dalszym ciągu autor podaje różne teorie oczopląsu utajonego, a mianowicie: 1) teorię F a n c o n a, która uznaje wpływ osłabionych mięśni zewnętrznych oka (przypadki zez), 2) teorię L a f o n a, który wprost przeciwnie, przypisuje winę osłabionym mięśniom wewnętrznym (zbieżność, która znika przy zasłonięciu jednego oka, hamuje oczopląs), wreszcie teorię K e s t e n b a u m a, który przypisuje obu plamkom złotym wpływ tonizujący na 4 mięśnie proste obu oczu. Zamknięcie oka zakłóca wtedy tę równowagę i wywołuje oczopląs. Z innych teorii wspomina teorię błędnikową i teorię wpływu ośrodków nadjądrowych.

W. A r k i n.

Th. AXENFELD. **Wskazania do różnych operacyj przeciwjaskrowych.** (Kl. M. f. A. 1930, październik).

Według autora, wskazanie do operacji przeciwjaskrowej wogóle jest uzależnione od wyniku leczenia zachowawczego. W jaskrze ostrej często środki, zwiężające źrenicę, atak przerywają, lecz większość tych przypadków nadaje się do wczesnego zabiegu. W jaskrze chronicznej, szczególnie prostej, należy rozpocząć od leczenia zachowawczego przy bardzo dokładnej kon-

troli krzywej ciśnienia, jeżeli obserwacja dłuższa wykazuje ciśnienie normalne, i o ile warunki pozwalają na częstą kontrolę lekarską i odpowiedni sposób podawania lekarstw w domu — można na tem poprzestać. W przeciwnym razie i w tych przypadkach wskazany jest wczesny zabieg. Autor jest przeciwnikiem przesuwania punktu ciężkości u chorego jaskrowego na stan ogólny — bezsprzecznie dagnostyka i leczenie ogólne mają znaczenie, lecz tylko pomocnicze — oko jest odcinkiem układu naczyniowego dość samodzielnym, na który lokalnie wpływać należy. W jaskrze ostrej dziś, jak i za czasów G r a e f e g o, wskazana jest iridektomia. Autor podaje swoją technikę zabiegu: cięcie zapomocą wąskiego noża; podawanie luminalu 0,3 przed zabiegiem i zastrzyknięcie podspojówkowe 10% kokainy w miejscu wycięcia tęczówki dla zmniejszenia bólu i krwawienia. W jaskrze chronicznej, a głównie prostej, iridektomia niekiedy również pomaga, ale tylko wtedy, gdy zostaje wykonana w bardzo wczesnym okresie choroby, co się w praktyce zdarza rzadko. W olbrzymiej większości tych przypadków należy się uciec do innych metod operacyjnych, a mianowicie do cyklodializy i trepanacji, przyczem do tej ostatniej autor zalicza wszystkie metody, wywołujące filtrację; w wyborze odgrywa rolę tylko i wyłącznie osobiste doświadczenie i wprawa lekarza. Co się tyczy całkowitej, czy też obwodowej iridektomii przy powyższych zabiegach, to uwzględniając możliwość współistnienia początków zaćmy, zaburzeń adaptacji, częstych w przebiegu jaskry, skłonności do wzrostów pooperacyjnych, nie jest błędem dokonywanie całkowitej iridektomii we wszystkich przypadkach. Co do wyboru pomiędzy cyklodializą a metodą trepanacyjną, z których każda ma swoich gorących zwolenników i przeciwników, opierających się na jednakowo licznych statystykach, to znów odgrywa tu rolę, według autora, przede wszystkim osobista wprawa operatora, wynikająca z przeważnego stosowania jednej tylko metody. Jednakże każdy okulista powinien opanować obie metody: operacja filtrująca jest w wielu bardzo przypadkach jedynym ratującym zabiegiem, obniża ciśnienie powoli, silnie i trwale. Dobra technika usuwa całkowicie główny zarzut przeciw niej — obawę późnej infekcji. W jaskrze dziecięcej jest ona również jedynie wskazana, przyczem im wcześniej wykonana, tem lepszy wynik. Przy współistniejącej zaawansowanej zaćmie poleca autor zabieg cyklodializy z tego względu, że nie przeszkadza on założeniu później prawidłowego cięcia zaćmowego, również jest on wskazany przy wzrostach ciśnienia pooperacyjnych, w przypadkach jaskry przy nadwiciętej i zwiciętej soczewce, gdzie inna metoda może wywołać upływ szklówki. Co do działania cyklodializy, to autor przypisuje znaczenie połączeniu kąta przesącza z przestrzenią ponadnaczyńkową. Gdy w przebiegu jaskry chronicznej ograniczenie pola widzenia dochodzi do punktu fiksacyjnego, należy wybrać tę metodę operacyjną, która obniżyła najłatwiej i najtrwalej ciśnienie — czyni temu zadość według autora i innych trepanacja, choć wynik nigdy nie jest pewny. W przypadkach jaskry złośliwej, należy jako o ostatnim ratunku pamiętać o sclerotomii tylnej — kilkakrotnie powtarzana może uratować takie oko, gdzie i trepanacja zawiodła.

M. G o l d m a n ó w n a.

Medycyna Sądowa.

Dr. U. DORNEDDEN. Samobójstwa w Niemczech. (Deutsche Med. Wochenschr. 1931. 41).

W Niemczech w r. 1929 w poszczególnych prowincjach liczba samobójstw w stosunku na 100.000 mieszkańców przedstawiała się, jak następuje: Prusy — 25; Bawaria — 18; Saksonja — 41; Württemberg — 23; Baden — 26; Thüringen — 37; Hessen — 24; Hamburg — 39; Mecklenburg - Schwerin — 23; katolicka i religijna Bawaria dała najmniejszą liczbę samobójstw. Z miast na czele stoi Berlin z 42 samobójstwami na 100.000; liczba ta stoi w prostym stosunku do gęstości zaludnienia. W gminach ze 100.000 i więcej mieszkańców było 30

samobójstw na 100.000, w gminach od 15.000 do 30.000 — 23 samobójstwa. Liczba samobójstw mężczyzn rośnie gwałtownie i szybko, kobiet — wolniej, ale bardziej systematycznie, szczególnie w latach powojennych, co należy tłumaczyć większym udziałem kobiet w pracy przemysłowej. W 1929 r. było samobójstw mężczyzn 16.665, kobiet 4829; w obliczeniu na 100.000 tejże płci — mężczyzn 38, kobiet 15. Przy obliczeniu liczby samobójstw w stosunku do 100.000 ludności tejże grupy wieku wypadło w r. 1929, że najczęściej popełniają samobójstwa osoby powyżej lat 70 (m. 97, k. 31), potem 60 — 70 rok życia (m. 83, k. 26); 30 — 60 rok życia (m. 51, k. 19) i wreszcie 15 — 30 rok życia (m. 37, k. 14). Szczególnie duża liczba samobójstw w wieku powyżej lat 70 przypadła bez względu na płeć w r. 1925 — okres inflacji. W latach 1926 — 1929 wzrosła liczba samobójstw wskutek powiększającego się bezrobocia i t. p. A stąd wniosek, że częstość samobójstw jest do pewnego stopnia wskaźnikiem stanu gospodarczego.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

O. ELO. Samobójstwa i samobójcy w Finlandji. (Zeitschrift f. d. ges. gerichtl. Medizin, 17 Band 4/5 Heft).

Od r. 1905 do 1927 popełniono w Finlandji 7629 samobójstw, przyczem mężczyźni stanowili przeciętnie 80% samobójców, kobiety — 20%. Liczba samobójstw stale wzrasta, a w ciągu ostatniego dziesięciolecia podwoiła się. Podczas wojny europejskiej uległa zmniejszeniu, w r. 1918 — roku wojny domowej — znacznie się podniosła; wzrost ten w niektórych okręgach kraju wynosił 70%, a nawet i 255% w stosunku do 1917 roku. Zjawisko to należy tłumaczyć tem, że w tych właśnie okręgach szczególnie szalała wojna domowa; po zwycięstwie klas posiadających duża liczba zwyciężonych wpadła w depresję i, nie czekając na sądy i wyroki, sama pozbawiała się życia. Na 100.000 ludności liczba samobójstw wynosiła w 1905 r. 5,6 (jeden samobójca na 17.852 mieszkańców); w r. 1927 — 17,4 (jeden samobójca na 5.835 mieszkańców). Najczęściej stwierdzano samobójstwa w maju, najrzadziej w zimowych miesiącach — grudniu, styczniu, lutym. Co się tyczy rodzaju samobójstw, przedstawiały się one, jak następuje: śmierć przez powieszenie 42,2% (m. 44,8%, k. 30,9%); postrzały 30,4% (m. 35,8%, k. 7,6%); utonięcie 10,5% (m. 6,8%, k. 26,5%); otrucie 9,1% (m. 9,1%, k. 0); rany cięte i kłute 3,2% (m. 3,5%, k. 2,7%), śmierć przez przejechanie 2,2% (m. 2,2%, k. 2,4%). Sposoby pozbawiania się życia w miastach i wsiach nie różniły się zbyt u mężczyzn, u kobiet zaś otrucie stało w miastach na pierwszym miejscu. Autor zastanawia się dłużej nad samobójstwami w Helsingforsie. Od r. 1905 do 1928 włączanie w zakładzie medycyny sądowej dokonano 923 oględzin zwłok samobójców, w tem 736 mężczyzn i 187 kobiet. Najczęściej popełniano samobójstwa między 31 a 50 rokiem życia (mężczyźni w 44%, kobiety w 41%). Co do rodzaju samobójstw, u mężczyzn na pierwszym miejscu znajduje się postrzelenie (40%) i powieszenie (38%), u kobiet otrucie (50%) i powieszenie (16%). Z trucizn niezależnie od płci najczęściej był stosowany karbol, lizol (30 — 53%), dalej morfina, weronal i inne. Jest rzeczą ciekawą, że tak często używana w Warszawie esencja octowa w Helsingforsie daje zaledwie 1% przypadków zatrucia. 50% kobiet popełniło zamachy samobójcze przez otrucie w okresie klimakterjum (40 — 50 lat). Kobiety pozbawiały się życia w okresie menstruacji w 23,5% przypadków (według naszej statystyki w 32%), w okresie ciąży — 9,6% (według naszych danych w 8%); torbiele jajników znaleziono w 18,7%, na choroby psychiczne cierpiało 5,4%, na inne choroby 42,8%. Mężczyźni umyślowo chorzy znacznie częściej pozbawiali się życia za pomocą ran (szczególnie poderżnięcie szyi), niż zdrowi umyślowo samobójcy, również śmierć przez utonięcie spotykano częściej u chorych psychicznie, niż u zdrowych. Przeciętna waga mózgu samobójców wynosiła u mężczyzn 1545, u kobiet 1377 (autor nie podaje przeciętnej wagi mózgu tej samej grupy

wieku zmarłych z innych powodów). W 26% przypadków autor znalazł nie stosunek pomiędzy objętością czaszki a mózgu. Dość często autor notuje obecność stanu grasiczo-chłonnego u samobójców, nie uwzględnia on jednak nowszych zapatrywań na ten stan i nie podaje własnych badań porównawczych co do istnienia jego w przypadkach innych nagłych zgonów. Zastanawiając się nad przyczynami samobójstw, autor dużo uwagi poświęca alkoholizmowi i psychopatji, upatrując w nich jedną z głównych przyczyn samobójstw, podkreśla jednak, że celem poznania samobójstwa należy przedewszystkiem badać samych samobójców. W 77 przypadkach autor zbadał samobójców według podziału K r e t s c h m e r a i stwierdził przytem, że w 72% były to typy czyste: atletycy w 45,6%, leptosomy w 40,4%, piknicy w 8,8%, dysplastycy w 5,2%, mieszane typy w 28%. Uderza tu mała liczba pikników, tembardziej wydaje się to dziwnem, że osobnicy, zapadający na psychozę maniako-depresyjną, która daje dużą skłonność do samobójstw, przeważnie należą do grupy pikników. Schizoidy więcej, niż cykloidy, są predysponowani do samobójstwa.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

ELIASBERG. Samobójstwo popełnione wskutek depresji niewyjaśnionego pochodzenia. (Aerztlich. Sachverstend. Zeitung. 13. 1931 r.).

Pewien mężczyzna w 40 r. życia został powołany do wojska podczas wojny europejskiej, na której przebył dwa lata i dziewięć miesięcy; kilka razy chorował, między innymi cierpiał na bóle i zawroty głowy, miał szum w uszach, napady utraty przytomności, zeszywnienia stawu i t. p. Przez czas służby wojskowej nigdy na czas dłuższy nie otrzymywał urlopu. W r. 1920 wystąpiły zaburzenia psychiczne, w r. 1924 — 27 remisja, w początku r. 1928 nagłe pogorszenie, w r. 1929 — chory pozbawił się życia przez powieszenie. Zestawiając wszystkie okoliczności tego przypadku, autor przychodzi do wniosku, że samobójstwo tego osobnika najprawd. stoi w związku z jego służbą wojskową: główne cierpienie denata, miażdżycy naczyń mózgowych, nie była rozpoznana w jej początkowym okresie, chory ciągle przystawał w wojsku, stale był narażony na rozmaite przykrości życia wojskowego na froncie, co wreszcie doprowadziło do dalszego pogorszenia jego stanu i samobójstwa.

W. D.

Wskazówki praktyczne

G e l l e r poleca wewnątrzmaciczne stosowanie pałeczek węglowych M e r c k a w poronieniach, zwłaszcza połączonych z gorączką. Również i w zapaleniach macicy po poronieniach leczenie to oddaje dobre usługi. Należałoby też, zdaniem G., stosować pałeczki węglowe po poronieniach w celu zapobiegania zakażeniu. (Fortschr. d. Ther. 1931 Nr. 23).

K ä h l e r stosuje w niedokrewności złośliwej, zamiast świeżej wątroby zastrzykiwanie „Hepractonu pro injectione”. Działanie występuje szybko. Zastrzykuje się początkowo 1—2 ctm³ dziennie, później wystarczają mniejsze dawki. Obok szybkiego działania zastrzykiwania Hepractonu są 3 razy tańsze od leczenia świeżą wątrobą. (M. m. W. 1932. Nr. 1).

W colitis gravis stosuje B ü c k i n g, obok leczenia w łóżku, ciepła, odpowiedniej diety, wlewań gorących rumianku (38° — 40°) i środków wewnętrznych (adsorgan,

encypan), przestaczenie krwi, które ma dawać bardzo dobre wyniki. (Arch. f. Verdauungskr. T. 50, z. 3, 4).

Pomyślnie wyniki w leczeniu wymiotów nawykowych u dzieci otrzymuje W a g e m a n n przez unieruchomienie główki za pomocą dwóch dużych worków z piaskiem, które umieszcza się po obu stronach główki. (Kinderärztl. Praxis 1931 Nr. 11).

W rozmaitych stanach kurczowych stosował K. F. M a y e r z powodzeniem Eupaco (cupaverinum compositum). Skład tego leku jest następujący: Eupaverin. 0,03; Atropin. methylbromat. 0,0003; Dimethylaminophenazon. 0,15. W przypadkach ciężkich dawał M. 2 pastylki naraz, zwykle wystarcza jedna, najczęściej 2 — 3 tabletki lub tyleż czopków dziennie. Leczone były z dobrym wynikiem kurcze żółdkowo-kiszkowe, napady kamicy żółciowej i nerkowej, zapalenia pęcherza z parciem na mocz, bolesne miesiączkowanie. W kurczach naczyniowych dobrze robi dodatek luminalu (0,03), a w napadzie astmy i gorączki siennej — ¼ — ½ pastylki efetoniny. (M. m. W. 1931 Nr. 51).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział Lekarski.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 16 listopada 1931 r.

Przewodniczący: czł. H o y e r.

Czł. Julian N o w a k i St. C i e c h a n o w s k i przedstawiają pracę p. K. Ś c i e s i ń s k i e g o p. t. *Wpływ wyciągów przedniej części przysadki mózgowej i tarczycy na powstawanie i rozwój nowotworów smółowych.*

Na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych na królikach smółowanych, którym wstrzykiwano podskórnie przez dłuższy czas wyciąg przedniej części przysadki mózgowej (8 zwierząt) i tarczycy (9 zwierząt), i porównania tych doświadczeń z grupą 11 zwierząt kontrolnych tylko smółowanych, wysnuto następujące wnioski:

1) Smółowiaki pojawiają się u zwierząt, które poddano działaniu wyciągu przedniej części przysadki mózgowej, wcześniej (22—36 dnia, przeciętnie 28 dnia), aniżeli u zwierząt kontrolnych (19—67 dnia, przeciętnie 38 dnia).

2) U zwierząt, którym wstrzykiwano wyciąg tarczycy,

zjawiały się smółowiaki prawie w takim samym terminie (18—54 dnia, przeciętnie 38 dnia), jak u zwierząt kontrolnych.

3) Wstrzykiwania wyciągów przedniej części przysadki mózgowej i tarczycy nie wywierały wpływu na dalszy przebieg wzrostu nowotworów, tak co się tyczy liczby, jak i rozmiarów smółowiaków, ani w poszczególnym doświadczeniu jako całości, ani też podczas poszczególnych seryj wstrzykiwań. Zaznaczały się jedynie nieznaczne nieregularne odchylenia przebiegu w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi, które możnaby odnieść do osobniczej różnicy oddziaływania zwierząt.

4) Wyciągi przedniej części przysadki mózgowej i tarczycy nie wpływały ani przyspieszająco, ani hamująco na dalszy wzrost nowotworów. W obu grupach stwierdzono tak samo, jak w grupie kontrolnej, w jednym przypadku złośliwy wzrost i przerzuty nie cofające się.

5) Działanie ogólne wyciągów w zespole z działaniem smoły było widoczne; u niesmółowanych zaś zwierząt kontrolnych wpływ użytych wyciągów zaledwie się zaznaczał.

(Praca wykonana z zasiłkiem fundacji im. T y s z k o w s k i e g o).

Czł. M. Konopacki i St. Ciechanowski przedstawiają pracę pp. J. Zwiabuma i M. Ostroucha p. t. *Analiza cytologiczna komórek hodowlanych w osoczu zwierząt z nowotworami*.

W pracy poprzedniej autorowie stwierdzili, że osocze kur, u których były nowotwory, wywiera wyraźny wpływ toksyczny na hodowlę komórek prawidłowych. Hodowle w tych warunkach stopniowo zamierają, ale komórki nie okazują żadnych oznak zwyrodnienia (stłuszczenie i wakuolizacja cytoplazmy). W pracy niniejszej autorowie poddali analizie cytologicznej komórki, hodowane w tych warunkach. Hodowle, okazujące już oznaki zaniku, barwiono zażywcio czerwienią obojętną i zielenią Janusową lub też utrwalano w płynie Champy i barwiono następnie metodą Kulla (chondriom), albo kwasem osmowym 2% (układ wakuolarny), oraz barwiono hematoksyliną i eozyną. Komórki, hodowane w osoczu nowotworowym, badane temi metodami, nie okazują żadnych różnic w budowie cytoplazmy i jej strukturach (chondriom i układ wakuolarny) w stosunku do komórek kontroli. Różnice występują natomiast w jądrze komórkowym. Po 6-dniowej już hodowli następuje zgrubienie błony jądrowej, i występują liczne ziarenka, barwiące się bladą hematoksyliną. Taki stan jądra wskazuje na zasadzie zmiany w stanie sol-gel jego koloidów. Jąderka stają się bardzo nieregularne i silnie pęcznieją. Często w jednym jądrze spotyka się po 3 lub 4 jąderka. Charakterystyczną cechą komórek, hodowanych w tych warunkach, jest dwujądrazłość, przyczem obydwa jądra mają strukturę, wyżej wspomnianą. Nierzadko spotkać można komórki o kilku jądrach. W komórkach dwujądrazstych lub wielojądrazstych struktury cytoplazmatyczne nie okazują żadnych zmian w stosunku do komórek kontroli. Na podstawie tych wyników autorowie wnoszą, że osocze kur z nowotworami zawiera pewne czynniki toksyczne, działające w pierwszym rzędzie na jądro komórkowe, cytoplazma bowiem i jej struktury nie okazują wtedy jeszcze żadnych zmian morfologicznych. Czynniki te osłabiają zdolność podziału drogą mitozy, wywołując podziały bezpośrednie jądra, czego wynikiem jest zjawianie się licznych komórek dwujądrazstych i wielojądrazstych i stopniowy zanik hodowli.

(Praca wykonana z zasiłkiem fundacji im. Tyszkowskiego).

Czł. K. Orzechowski i W. Nowicki przedstawiają pracę p. A. Opalskiego p. t. *Zmiany histopatologiczne w wągrzycy (cysticercos) ośrodkowego układu nerwowego i ich patogeneza*.

Praca opiera się na 10 przypadkach wągrzycy mózgu z rozmaitem usadowieniem pasorzytów. Torebki odczynowe wągrów śródkomorowych różnią się od oponowych i śródmózgowych, gdyż nie posiadają warstwy włóknistej. Zmiany naczyń występują pod obrazami *periarteriitis*, *endo-* i *periarteriitis* oraz *periarteriitis*, zależnej od wtargnięcia ziarniny z torebki wągra do warstwy zewnętrznej ściany naczyń. Przerost ścian naczyń, niewątpliwie na tle toksycznym, w pewnym stopniu zależy także od wzmoczonych oporów w obiegu krwi (przerost wyrównawczy). Zmiany patologiczne są rozmieszczone najczęściej tak, jak w zapaleniach opon „dolnego typu podstawy” Spatza, z tą różnicą, że zapalenie nie przenika do mózgu (czyste zapalenie opon). Zależy to od utrudnienia przenikania w głąb mózgu większej ilości toksyn wskutek rozrostu tkanki łącznej w torebkach wągrów. Zmiany naczyniowo-pochodne i zwyrodnienia mięszu mózgowego są przeważnie niewielkie i znajdują się prawie wyłącznie koło pasorzytów. Komórki olbrzymie występują niekiedy w wielkim oddaleniu od pasorzytów, co dowodzi, że powstają nie tylko skutkiem bezpośredniego działania pasorzyta, jako ciała obcego, ale również pod wpływem toksyn.

(Praca wykonana z zasiłkiem fundacji im. Tyszkowskiego).

Czł. St. Ciechanowski i Julian Nowak przedstawiają pracę p. L. Grossa p. t. *O wpływie hormonów przedniego płatu przysadki mózgowej, moczu ciążnych i łożyska na mięsaka wszczepianego myszom*.

Badano wpływ wstrzykiwanego podskórnie moczu (w szczególności moczu kobiet ciążnych), łożyska ludzkiego z wczesnego i późnego okresu ciąży, łożyska krowiego i wreszcie hormonów płciowych przedniego płatu przysadki mózgowej na rozwój przeszczepianego białym myszom mięsaka wiedeńskiego. Ogółem wykonano doświadczenia na 321 myszach.

Z dotychczasowych doświadczeń nie można jeszcze wysnuć stanowczych wniosków. Jednakże wstrzykiwanie moczu kobiet ciążnych i moczu kobiet chorych na raka zdawało się wpływać nieco przyspieszająco na rozwój mięsaka wiedeńskiego, przeszczepianego białym myszom, a stosunkowo często (3 do 4

razy częściej, niż w kontroli) doprowadzało do wcześniej występujących przerzutów. Niepodobna tu jednak wyłączyć wpływu nieswoistego, ponieważ również pewne, acz mniejsze przyspieszenie wzrostu, wywołuje wstrzykiwanie moczu męskiego; również wstrzykiwanie moczu zdrowej, nieciążnej kobiety wpływało na częstsze zjawianie się przerzutów, niż u zwierząt kontrolnych.

Wstrzykiwanie czystych, odbiałczonych hormonów płciowych przedniego płatu przysadki mózgowej (Praelobin-Hennig) wywoływało bardzo nieznaczne przyspieszenie wzrostu mięsaka.

Po wszczepieniu łożyska ludzkiego (względnie krowiego) zdawały się rósć guzy nieco wolniej, niż u zwierząt kontrolnych. Ta sprawa jednak wymaga dalszych badań za pomocą wstrzykiwania łożyska, rozartego na miążgę, ponieważ łożysko, wszczepiane w kawałkach, łatwo wywołuje ropienie, lub też zwierzęta wygryzają je.

(Praca wykonana z zasiłkiem fundacji im. Tyszkowskiego).

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 17 grudnia 1931 roku.

Obecnych 26.

Odczyt. Dr. M. Zacherl. *Zagadnienie jaglicy u nas i zagranicą*.

Po wojnie światowej niemal we wszystkich krajach liczba przypadków jaglicy wzrasta. Jednocześnie też zaznacza się wszędzie w stopniu mniejszym lub większym rozwój akcji przeciwjagliczej i badań nad jaglicą. W poszczególnych krajach powstają specjalne organizacje lub instytuty dla zwalczania jaglicy. We Francji powstaje w 1923 roku Ligue contra Trachome dla zwalczania jaglicy w Francji i koloniach. Sekcja Higieny Ligi Narodów przeprowadza ankietę w sprawie rozpowszechnienia i metod zwalczania jaglicy. W 1929 roku powstaje Międzynarodowa Organizacja Przeciwjaglicza dla wzajemnego międzynarodowego wspomaganie się w tej akcji.

W Polsce akcję zwalczania jaglicy rozpoczęto najpierw na odcinku zakładów opiekuńczych dla dzieci, tworząc jeszcze w 1927 roku pierwszy zakład leczniczy dla dzieci jagliczych, ze względu na duże nasilenie jaglicy w zakładach opiekuńczych. W 1925 roku w zakładach opiekuńczych było zgóra 5.000 dzieci chorych na jaglicę, co stanowiło 13% ogólnej liczby dzieci. Dla leczenia chorych został utworzony cały szereg specjalnych zakładów (13 zakładów na 2.000 chorych), dzięki czemu nasilenie jaglicy w zakładach opiekuńczych poczęło słabnąć (w 1927-28 było 4,9% chorych na jaglicę, a w ostatnich latach liczba ta spadła do 2,6%). W szkołach średnich jaglica naogół występuje w małym odsetku (przeciętnie około 0,5%); w szkołach powszechnych zaś w znacznie wyższym (1—3% przeciętnie), przyczem w pewnych miejscowościach waha się nawet od 3 do 8% (np. w woj. Wileńskim, m. Łodzi i t. p.). Wśród poborowych chorych na jaglicę stanowią przeciętnie 1,5% badanych. Naogół przeto będziemy mieli około 400—500.000 chorych na jaglicę, rozsianych po całym kraju. W szpitalach i ambulatoriach w 1923 roku leczono się zaledwie około 27.000 chorych jagliczych. Dlatego też okazało się przedewszystkiem niezbędnym utworzenie całej sieci przychodni przeciwjagliczych, któreby udostępniły leczenie chorych i prowadziły szeroką akcję zapobiegawczą. W ciągu 6 lat liczba przychodni przeciwjagliczych z 11 wzrosła do 337. W związku z tem liczba chorych jagliczych leczących się wzrosła w 1930 roku do zgóra 58.000 osób przy przeszło 144.000 osób, korzystających wogóle z pomocy przychodni przeciwjagliczych.

Poza klinikami i oddziałami ocnymi szpitalnymi duże usługi oddają akcji przeciwjagliczej kolumny okulistyczne, t. j. ruchome oddziały okulistyczne. Dwa takie oddziały okulistyczne na Wileńszczyźnie w ciągu 2 lat wykonały 5,203 operacje (w tem 2.314 większych) i miały w swoim leczeniu 14.511 osób (w tem 5.602 chorych na jaglicę).

Prócz akcji leczniczej prowadzona jest działalność zapobiegawcza i propagandowa oraz sanitarno-nadzorcza. Dzięki dość rozbudowanemu już aparatowi przeciwjagliczemu można się spodziewać obniżania się zapadalności na jaglicę i stopniowego wygaśnięcia jaglicy.

Rozprawa.

Dr. Stypułkowski zapytuje, czem tłumaczy się wielka liczba jaglicy w Egipcie i środkowej Azji.

Dr. Knappe zwraca uwagę na trudności w rozpoznaniu początkowych postaci jaglicy.

Dr. M a n t i n b a n d przy segregowaniu podejrzanych postaci jaglicy opiera się na instrukcjach, opracowanych w Departamencie Zdrowia.

Dr. S z w a r c zwraca uwagę na doskonałe wyniki, otrzymane przy zwalczaniu jaglicy, jeżeli się to czyni z dostateczną energją. W Londynie przed 50 laty było w szkołach powszechnych 47% chorych na jaglicę, obecnie po przeprowadzeniu akcji doprowadzono do 0,5%.

Dr. Z a m e n h o f zwraca uwagę na zbyt pospieszne zaliczanie do jaglicy przypadków, które nic wspólnego z jaglicą nie mają. W ten sposób naraża się cały szereg osobników na niepotrzebne przykrości. Z. proponuje utworzenie odpowiednich komisji, które zajęłyby się kwalifikowaniem przypadków podejrzanych.

Posiedzenie plenarne z dnia 15 stycznia 1932 roku.

Obecnych 20.

Odczyt. Dr. J. S ę c z y c. *Kryzys ekonomiczny a choroby społeczne.*

Obecnie przeżywany kryzys zmusza do jaknajdalej posuniętych ograniczeń budżetowych. Zachodzi obawa, że ofiarą tych ograniczeń może paść planowa walka z chorobami społecznymi. Należy temu wyraźnie się przeciwstawić, gdyż choroby społeczne, na pierwszym miejscu gruźlica i choroby weneryczne, stanowią klęskę społeczną, z którą walka nie powinna ani na chwilę ustawać. Prelegent omawia znaczenie tych chorób dla zagadnienia depopulacji, zdolności obronnej i do pracy społeczeństwa.

Rozprawa.

Dr. K o r a l. W Polsce jest duży przyrost ludności, a więc niebezpieczeństwo depopulacji nie jest uzasadnione. Należy dbać o dostarczenie ludzkiej pracy, gdyż brak pracy stwarza warunki, uniemożliwiające walkę z chorobami społecznymi.

Dr. K n a p p e. Szukamy terenów emigracyjnych, a więc nie o to idzie, że może nam ludzi zabraknąć. Należy zwalczać choroby społeczne, gdyż to świadczy o kulturze kraju. Jest to zadanie rządu i instytucyj społecznych.

Dr. S r e b r n y. Kryzys przyczynia się do tego, że ludzie zniechęcają się do leczenia, co uniemożliwia akcję.

Dr. K n a p p e. Udzielanie porad lekarskich nie stanowi właściwego sposobu walki; należy znacznie szerzej ująć walkę z klęskami społecznymi, jakimi są gruźlica i choroby weneryczne. Ludność nasza ma, jak dotychczas, mało korzyści z tej walki, a Kasa Chorych kroczy fałszywymi drogami. Propozycja, poczyniona przez czynniki miarodajne, aby lekarze zorganizowali pomoc lekarską dla bezrobotnych, winna być odrzucona. Pomoc ta jest obowiązkiem tych instytucyj, które się

opiekują zdrowiem pracowników podczas ich pracy i pobierają od nich za to dość wysokie odsetki od ich dochodów.

Dr. S ę c z y c odpowiada.

Sekretarz: Dr. J u s t m a n.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego w Paryżu z dnia 5 listopada 1931 r. (Paris Méd. Nr. 1. 1932) przedstawili B a u d o u i n i H e r v y chorego, któremu z powodu *nieznacznej ranki zrobiono zastrzyknięcie surowicy przeciwtężcowej*. Bez żadnych uprzednich objawów pokrzywkowych chorego ten przedstawia ogólne porażenie z zanikiem mięśni, wykazujących odczyn zwyrodnienia, ulgające bardzo powolnej poprawie. Referenci kładą ponownie nacisk na niebezpieczeństwa, z jakimi jest połączona seroterapia, której nie należy stosować niepotrzebnie bez formalnych wskazań.

Na tem samem posiedzeniu (Paris Méd. N. 1/1932) przedstawili A l a j o u a n i n e i P e t i t - D u t a i l l i s chorego, cierpiącego z powodu prawostronnej *rwę kulszowej* z bardzo nieznaczniemi objawami przedmiotowemi: lekką hipestezią grzbietu stopy, lekkim wzmożeniem odpowiedniego odruchu kolanowego. Początek, zdawało się, nosił charakter urazowy; obmacywanie wykazywało w ściśle określonym punkcie poślądka bardzo żywą bolesność z promieniowaniem aż do końca stopy. Zabieg wykazał obecność dużego wielozrazowego guza, który rozdzielał pęczki nerwu w miejscu jego rozdzielenia. Guz można było rozczłonkować, nie przecinając pęczków nerwowych z wyjątkiem jednego, który został natychmiast zeszyty. Wyniki czynnościowe były doskonałe. Badanie histologiczne wykazało budowę obwodowego włókniako - glejaka z częściowym rozpadem torbielowatym.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 29 stycznia 1932 (Paris Méd. N. 6/1932) komunikowali Th. A l a j o u a n i n e i A d. H o r o w i t z o wynikach *leczenia przełomów żółdkowych w wjadzie rzenia zastrzykiwaniami wśródzylnymi siarczanu atropiny*. Stosowana dawka wynosiła 1 — 3 mgr. na zastrzyknięcie, przyczem robiono bądź jedno zastrzyknięcie, bądź powtarzano je przez kilka dni z rzędu zależnie od natężenia napadu i otrzymanych wyników. Leczenie to, wybornie znoszone, okazało zadziwiająca skuteczność w 30 przypadkach; jedynie u dwóch chorych z wiadom rdzenia morfinomanów napady nie ustały; we wszystkich innych przypadkach napady uspokoiły się po jednym lub kilku zastrzyknięciach, w wielu przypadkach nie było nawrotu w ciągu dwóch lat, u wielu można było odstawić morfinę. Mniej stałe, lecz interesujące wyniki otrzymali autorzy zapomocą tej metody w przełomach napadowych bólów strzelających. Jest to pierwsza próba zastosowania leczniczego zastrzykiwań wśródzylnych atropiny, których dotąd używano jedynie jako metody badania układu roślinnego.

Krytyka lekarska

Krytyka projektu kodeksu deontologii lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej.

W Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskich z dnia 1. I. 1932 r. podany został projekt kodeksu deontologii lekarskiej N. I. L., poprzedzony wezwaniem do szerokich sfer lekarskich o jaknajwyższą dyskusję nad tym projektem na łamach czasopism lekarskich.

W artykule niniejszym omówimy krytycznie trzy pierwsze i najważniejsze dla świata lekarskiego zasady, wymienione w części ogólnej opracowanego projektu kodeksu deontologii lekarskiej.

Zasada I głosi, że „kodeks deontologii lekarskiej jest zbiorem zasad życia zawodowego lekarzy. Zasady te opierają się na niepisanych podstawach etyki, wytworzonej przez stan lekarski i społeczeństwo współczesne i oceniającej postępowanie lekarzy w ich życiu prywatnem i zawodowem”.

A więc przedewszystkiem, co znaczy „zbiór zasad życia zawodowego lekarzy?” Czy w myśl tego określenia różni się ten zbiór zasad od zasad etyki,

przyjętej w życiu innych sfer społeczeństwa, względnie też innych zawodów? Czy istniejące kodeksy karne, obowiązujące wszystkich obywateli, nie wyczerpują też i głównych wytycznych zasad życia zawodowego wszystkich grup społecznych, a tem samem i lekarzy? Czy zachodzi konieczność uzasadniona rozszerzenia istniejącego kodeksu karnego na szereg nieobjętych nim, a więc nieważnych społecznie drobniaków, których wyczerpać nigdy nie będziemy w stanie, i tem samem gubienia się w tych drobniakach?

Dalej, jak można się opierać w zbiorach zasad życia kolektywnego pewnego zawodu na „n i e p i s a n y c h” podstawach etyki, w y t w a r z a n e j przez stan lekarski i społeczeństwo współczesne? Czyż z tego określenia i sposobu tworzenia tej etyki nie wynika jej zmienność i czasowość, a przeto i towarzysząca im dowolność, podczas gdy wiemy, że etyka prawdziwa winna się opierać na podstawach moralnych całej ludzkości.

Wreszcie, czy wogóle etyka, w szczególności nie-

pisana, „może oceniać postępowanie czyjekolwiek w życiu prywatnym i zawodowym?” Chyba jasnym jest, że sama etyka niczego ocenić nie może, gdyż z natury rzeczy nie jest pojęciem subiektywnym, ale obiektywnym. Najwyżej ktoś może oceniać cokolwiek na podstawach etyki.

Zasada 2-ga głosi, że „Lekarz obowiązany jest ściśle przestrzegać, aby nietylko działalność jego w życiu zawodowym, ale i postępowanie w życiu prywatnym były zgodne z zasadami etyki. Izby Lekarskie, jako reprezentacje stanu lekarskiego, stać będą na straży etycznego postępowania lekarzy, poddając uchybienia przeciwko etyce orzeczeniu sądów zawodowych”.

O zasadach jakiej etyki, obowiązującej lekarzy nawet „w życiu prywatnym”, mowa jest w pierwszym zdaniu tego drugiego ustępu? Nie znajdujemy o tem żadnej wzmianki. Czy mowa o tej etyce, którą wspomina ustęp pierwszy części ogólnej deontologii lekarskiej, czy też o etyce ogólnoludzkiej, chrześcijańskiej, mojżeszowej, czy jakiej innej. Przecież co innego jest etyka życia zawodowego, do której określania pewne prawa może mieć organizacja zawodowa, np. lekarska, a zupełnie co innego jest etyka życia prywatnego, stanowiąca przedmiot rozważań różnych religij i znajdująca swój wyraz w pewnych ściśle określonych przykazaniach. O jakiej więc etyce jest mowa? Czy Izby Lekarskie są powołane do ingerencji w sferę, już objętą przez organizacje religijne? Czy Izby Lekarskie mają uważać kompetencje i czynności oraz egzekutywę organizacji religijnych za niedostateczne i ingerować, względnie całkowicie zastąpić te organizacje religijne, które, istniejąc od wieków, są już wypróbowane i dotyczą przedewszystkiem najwyższych zagadnień etyki ludzkiej?

Tendencje Izb Lekarskich do rozszerzenia swych wpływów i ujęcia życia prywatnego w pewne niepisane i dowolne normy etyki swoistej, poddawane następnie orzecznictwu sądów zawodowych z możliwym w każdym wypadku zastosowaniem najwyższego wymiaru kary, a. m. pozbawienia praktyki lekarskiej i wykreślenia z listy członków Izby, co jest równoznaczne ze śmiercią, jeżeli nie moralną, to w każdym razie materialną lekarza, wymagałyby w konsekwencji stworzenia całego nowego kodeksu etycznego, opartego na przykazaniach niezależnych od etyki różnych religij. Inaczej nie zapewnimy orzecznictwu sądów zawodowych koniecznej obiektywności, wolnej od wpływów zróżniczkowanych etycznie, wyznających różne religie i przekonania sędziów. Opierając się na bardzo oględnym postępowaniu w tym zakresie organizacji religijnych, a nawet sądów państwowych, można mieć z góry znaczne wątpliwości, aby etyka życia prywatnego wogóle mogła być utrzymana i podnoszona nie od wewnątrz, ale drogą orzecznictwa sądów zawodowych.

Zasada 3. głosi: „Sądy Izb Lekarskich w orzeczeniach swoich kierują się nietylko obowiązującymi przepisami, ale przedewszystkiem wymaganiami etyki, tworząc w nowych wypadkach życiowych nowe zasady szczególne, wypływające z ogólnych wymagań etyki lekarskiej. Lekarz przeto nie może bronić się twierdzeniem, że jego czyn nie sprzeciwił się któremukolwiek z przepisów niniejszego kodeksu. Nie podlegają sądom Izb Lekarskich żadne spory i sprawy, które nie dotyczą działalności zawodowej lekarzy i nie są czynami hańbiącymi”.

Jak w praktyce wyglądać będzie w nowych wypadkach życiowych tworzenie nowych zasad szcze-

gólnych przez wyznających różne zasady etyczne sędziów w zależności od wyrobienia etycznego oraz tła religijnego, łatwo przewidzieć. Żadna szanująca się organizacja nie może i nie powinna się opierać w wymiarze sprawiedliwości na tak dowolnych podstawach, które niechybnie doprowadzą i w praktyce dotychczasowej prowadziły do — samowoli i nadużycia władzy, często wbrew najelementarniejszym zasadom prawa i przepisom regulaminu. Co gorsza, Naczelna Izba Lekarska i jej sądy nietylko nie stawały w obronie w ten sposób pokrzywdzonych członków Izby Terytorjalnych, ale, przeciwnie, kierując się niezrozumiałymi względami ubocznymi, aprobowała zazwyczaj miejscowe bezprawia i samowolę chwilowo panujących wąskich grup lekarskich. Szereg spraw błahych w wyniku rzekomej obrazy osobistej takich wąskich grup lekarskich na terenie Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej jest najwymowniejszym przykładem takich możliwości (p. sprawy 6. 27, 1. 30. 5, 30, 8. 30). Błahę tę sprawy, nie dotyczące działalności zawodowej lekarzy i nie posiadające cech czynów hańbiących, mimo to były wyolbrzymiane i sądzone przez pełne zespoły sędziów w liczbie 20 osób, często sprowadzanych z dalekiej prowincji wbrew protestom niszczonej w ten sposób materialnie kolegów. Spowodowane w ten sposób koszty sądowe wbrew najelementarniejszym zasadom procesualnym dochodziły do tysiąca i więcej złotych, obciążając skromne budżety pokrzywdzonych w ten sposób kolegów. Trzeba było aż ingerencji władz nadzorczych, aby ukrócić tę samowolę przez zwrócenie uwagi Władz Naczelnej Izby Lekarskiej, że spowodowanie takich wysokich kosztów sądowych „jest zbędne dla wymiaru sprawiedliwości, i że na traktowanie tych kosztów, jako uciążliwej kary dodatkowej, nie pozwalają ani względy humanitarne, ani względy proceduralne” (p. reskrypt Min. Spraw Wewn. z dn. 7. 7. 1931 r. Nr. Z. O. 2630/3). Władze nadzorcze w dążeniu do zabezpieczenia praworządności nie powinny zezwalać na istnienie tego rodzaju nieokreślonej ściśle treści zasad deontologii lekarskiej, obowiązującej w samorządzie lekarskim.

W końcowym zdaniu zasady trzeciej napotyka my zdanie, że nie podlegają sądom Izby Lekarskiej sprawy, które nie dotyczą działalności zawodowej lekarzy i nie są czynami hańbiącymi. Ścisłejsze sprecyzowanie, co należy do działalności zawodowej, oraz co może być uważane za czyn hańbiący, zdawałoby się w tak ważnej sprawie być konieczne. Jasnym jest, iż pewien czyn przy większym lub mniejszym wyrobieniu etycznym może być uważany za hańbiący lub też niehańbiący, w zależności od tego, kto go kwalifikuje. W praktyce, bowiem, określenia takie niesprecyzowane mogą dawać szerokie pole do nadużyć w interpretacji, do czego ciasne grona lekarskie są nader podatnym gruntem.

W żadnym wypadku Izby Lekarskie nie mogą stawać się instytucjami odwetowymi dla sprowadzania osobistych porachunków pewnych ścierających się ze sobą, względnie konkurujących grup lekarskich, celem zniszczenia moralnego i materialnego o niemiłych sobie i bardziej uświadomionych kolegów.

Czy na tem ma polegać działalność Izb Lekarskich? Czy taka była intencja ustawodawcy przy tworzeniu samorządu lekarskiego? Przypuszczamy, że nie. Instytucja samorządu lekarskiego w żadnym wypadku nie może odgrywać roli dynamitu, rozsadzającego jedność stanu lekarskiego, w żadnym wypadku nie może prowadzić do rozczłonkowania i rozbicia świata lekarskiego, do zniechęcenia samej instytucji samorządo-

wej i ułatwienia przeto akcji coraz bardziej występującej w ostatnim czasie i zmierzającej z różnych stron od zewnątrz do rozbicia i w następstwie ujarznienia wolnego dotąd zawodu lekarskiego przez czynniki rządowe, samorządowe i ubezpieczeniowe. Wszelkie osłabienie spójności lekarzy pociągnie za sobą w niedalekiej nawet przyszłości olbrzymie straty moralne i materialne świata lekarskiego.

Dlatego też przy układaniu części ogólnej deontologii lekarskiej, przedkładanej przez Komisję Naczelnej Izby Lekarskiej, należy dobrze obmyśleć, sprecyzować i uzasadnić, nietylko każde zdanie, ale nawet każde słowo. Myśli, rzucone powyżej, niech będą ostrzeżeniem przy przyjęciu ostatecznej redakcji tak ważnych pierwszych trzech zasad części ogólnej projektu kodeksu deontologii lekarskiej.

Ze sprawa jest ważna, wynika też z całego szeregu innych, bardziej dosadnych opinii, wypowiedzianych w prasie przez zaszczytnie znanych autorów lekarzy. Tak, Dr. Frankowski w artykule p. t. „Źródła etyki lekarskiej” (p. Nowiny Społ.-Lek. Nr. 23, r. 1931) posuwa swoje krytyczne nastawienie względem Izby Lekarskich tak daleko, że uważa je „w obecnych warunkach nietylko za całkiem z b e d n e, ale w pewnym stopniu za instytucje, stanowiące przeszkodę dla rozwoju innych, pożytecznych organizacji lekarskich”. Autor słusznie uważa, że „jedynym źródłem etyki lekarskiej mogą być li tylko wyżyny kultury duchowej, i że zwró-

cenie się lekarzy po swe ideały etyczne do tej skarbnicy pozwoli uniknąć regulaminów „etycznych”, egoistycznych i wąskozawodowych w zasięgu, zaściankowych w powstaniu, antyspołecznych w wykonaniu”. Słusznie też znany społecznik Dr. L. Z a m e n h o f uważa, że „ciała ustawodawcze podobne do Izby Lekarskich mogą funkcjonować tylko z pomocą kompromisów, zawieranych często nie na zasadzie sprawiedliwości, ale wzajemnych interesów, z pokrzywdzeniem innych. Jest zupełnym anachronizmem stosowanie dziś starych, nieumiejętnie łącanych sieci kodeksów etycznych, zbudowanych tak, że wielkie ryby łatwo je omijają, a ofiarami padają bezsilne płotki. Rzeczywistość obnaża przytem swe beznadziejnie cyniczne oblicze”. Nie bez słuszności też zaznacza w swych pismach Władysław B i e g a ń s k i, iż „upadającą etykę lekarską napróżno się chce ratować przez instytucję Izby Lekarskich i sądów honorowych, gdyż skutków zaniedbania wychowawczego nie naprawi się postachem”.

Na tem kończymy swe uwagi krytyczne, dotyczące części ogólnej projektu kodeksu deontologii lekarskiej Nacz. Izby Lekarskiej. W następnym artykule omówimy bardziej rażące i niebezpieczne punkty części szczegółowej tegoż projektu. (C d. n.).

Dr. Karol K o s i ń s k i (Wilno).
Dr. Julian P o d w i ń s k i (Wilno).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wytyczne propagandy przeciwwenerycznej.

Podał

Dr. Wiktor BORKOWSKI (Warszawa).

Propaganda przeciwweneryczna w dziejach popularyzacji medycyny i higieny zajmuje miejsce poczesne, gdyż zerwała z opinii publicznej wielowiekową szatę obojętności i hipokryzji względem zagadnień społeczno - seksualnych, stała się podwaliną ruchu etyczno - naukowego, zwanego higieną socjalną, wzbogaciła pedagogikę działem wychowania płciowego i pośrednio przyczyniła się do świetnego rozwoju wychowania fizycznego.

Pierwotna forma propagandy przeciwwenerycznej, czyli u s t n a p r o p a g a n d a l e k a r s k a, istnieje prawdopodobnie od zamierzchłych czasów wenerologii klinicznej, może od czasu T e o f r a s t a P a r a c e l s a (w. XVI), energicznego promotora merkurjoterapii kiły w Europie.

Ta forma propagandy przeciwwenerycznej nie wybiega poza widnokrąg zainteresowania się lekarza swym pacjentem i jego najbliższą rodziną, utrwała chorego w przekonaniu o potrzebie i korzyści leczenia, dodaje mu utuchy i cierpliwości w krzyżowej drodze lecznictwa przeciwwenerycznego, osładza mu odrękę moralną, fizyczną i materialną radosną perspektywą wyzdrowienia.

Datę narodzin publicystycznej formy propagandy przeciwwenerycznej trudno jest ustalić dokładniej. Należy przypuszczać, że fragmenty wiedzy wenerologicznej poczęły dość wcześnie przesączać się do światlejszych i znających łacinę warstw społecznych, przyczem wczesne teorie o etiologii chorób wenerycznych w rodzaju

F a l l o p i u s z a, uczącego w w. XVI, że: „dzieci, zrodzone z kobiety syfilityczki, są świadectwem grzechu rodziców, gdyż mają wygląd napół ugotowanych” — zostały zużytkowane przez sfery duchowne do napiętowania chorób wenerycznych znamieniem transcendentalnej kary za przekroczenie zasad etyki chrześcijańskiej. We Francji początek publicystycznej - zapobiegawczej formy propagandy przypada na sam koniec w. XIX, ojcem zaś jej jest Alfred F o u r n i e r, którego broszury propagandowe, szczególnie p. t. „Danger social de la syphilis” oraz „Defense de la santé et morale publiques” zwróciły po raz pierwszy uwagę społeczeństwa na ogrom klęski wenerycznej i na potrzebę reform społecznych.

O ciężkich narodzinach publicystycznej propagandy przeciwwenerycznej w krajach anglosaskich, hołdujących tradycji purytańskiej, świadczy wymownie następujący fakt historyczny, cytowany przez Dr. Tomasz P a r r a n a. Otóż, gdy w r. 1911 Północno - Amerykański Federalny Urząd Zdrowia sprowadził z oceanu pierwszy transport salwarsanu i opracował broszurkę popularno - propagandową o chorobach wenerycznych, przeznaczoną dla użytku marynarzy, to Departament Skarbu nie zaaprobował przedłożonej mu broszurki i nie udzielił kredytu na koszty jej druku, motywując swą odmowę tem, że wspomniana broszurka porusza temat nieprzyzwoity, wobec czego nie nadaje się do opublikowania jej przez organy rządowe. Broszurka oczywiście, nie ujrzała światła dziennego.

Współczesny stan rozbudowy arsenału doraźnej propagandy przeciwwenerycznej datuje się od czasu wojny światowej. Choroby weneryczne w ogromnej mierze podrywały stan bojowy armij walczących, obciążały ewakuację i szpitalnictwo etapowe, zagrażały nie-

bezpieczeństwem zawleczenia ich ze strefy przyfrontowej w głąb kraju.

Propaganda w tym okresie została zmontowana dla usług armij walczących i nosiła charakter dość rygorystyczny, szczególnie amerykańska, angielska i niemiecka. Apelowoła ona do poczucia obywatelskiego i żołnierskiego, miała na celu zapobieżenie ukrywaniu chorób wenerycznych przez żołnierzy i ludność (prostytutki), zachęcała do korzystania ze stacji zapobiegawczych.

Owczesny arsenał propagandy doraźnej obejmował ulotki, plakaty zwykłe, plakaty obrazowe, broszurki, odczyty popularne i filmy.

W okresie powojennym społeczeństwa krajów europejskich i amerykańskich poczęły gorączkowo organizować się do walki z klęską weneryczną w stowarzyszenia, względnie ligi przeciwweneryczne, przyczem poszczególne ligi narodowe zrzeszyły się w Międzynarodowy Związek Przeciwweneryczny (Union Internationale contre le péril vénérien).

Podjęły one inicjatywę propagandy doraźnej i wychowawczej.

Arsenał doraźnej propagandy przeciwwenerycznej obejmuje: ulotki, broszurki, plakaty zwykłe (pisane), plakaty obrazowe, mulaże, prezencja świetlne, odczyty popularne.

Arsenał wychowawczej propagandy przeciwwenerycznej obejmuje: broszury, filmy i wychowanie płciowe.

Ulotki stanowią formę propagandy przeciwwenerycznej, przeznaczonej przeważnie dla uzupełnienia lekarskiej propagandy ustnej.

Ustne pouczenie chorego przez ordynującego lekarza, szczególnie w chwili pierwszej porady, często nie osiąga zamierzonego celu z tego względu, że psychika chorego jest w znacznym stopniu oszołomiona i wstrząśnięta, jej funkcje percepcyjne są zahamowane, zalecenia lekarza nie utrwalają się w pamięci. Ulotka, wręczona przez lekarza choremu, zastępuje ustne pouczenie. Korzystanie z pomocy ulotki musi być pozostawione do swobodnego uznania ordynującego lekarza w każdym poszczególnym przypadku. W praktyce wenerologicznej zachodzi często ze wszech miar usprawiedliwiona potrzeba stopniowego przygotowania chorego do przyjęcia rozpoznania choroby, boć nie należało do rzadkości przypadki targnięcia się na swe życie osób, zbyt pośpiesznie i nieopatrzenie pouczonych przez lekarza o istocie stwierdzonej u nich choroby wenerycznej. Poza tem zachodzą niekiedy okoliczności, kiedy zbyt pochopne wyjaśnienie choremu wenerycznemu właściwego rozpoznania zagrażałoby nieszczęściu rodzinnemu, mianowicie, w przypadkach choroby wenerycznej, nabytej w łożu małżeńskim.

Bez krytyczna pochopność lekarzy w pouczeniu i rozdawaniu ulotek przeciwwenerycznych może niekiedy przynieść szkodę, miast spodziewanej korzyści.

Wzgląd powyższy winien być wzięty pod uwagę miarodajnych czynników sanitarnych celem uwzględnienia go w rozdziale ustawy przeciwwenerycznej, normującym obowiązki lekarzy względem chorych wenerycznych. Obowiązek pouczenia chorego co do istoty i znaczenia

społecznego chorób wenerycznych winien być zalecony, nie zaś nakazany pod rygorem sankcyj przymusowych.

Ulotki, przeznaczone dla uzupełnienia ustnego pouczenia chorych wenerycznych przez lekarza, winny uwzględniać właściwości społeczne chorób wenerycznych, opisując ich symptomatologię w sposób dostępny i bez zbytejnego przejaskrawiania ich skutków oraz zaraźliwości pozapłciowej, winny być nastrojone na nutę uleczalności chorób wenerycznych we wszystkich okresach, przestrzegać przed niebezpieczeństwem leczenia się u znachorów, szarlatanów i pokątnych doradców oraz przed niebezpieczeństwem samowolnego przerywania leczenia, winny podawać wskazówki, jak należy zachowywać się w czasie choroby oraz przedstawić skutki prawne za zarażenie chorobą weneryczną osoby zdrowej.

Wzmianka w ulotce o laboratoryjnych metodach rozpoznawania chorób wenerycznych jest dopuszczalna, lecz tylko w tem oświetleniu, że ułatwiają one lekarzowi orientację w postępie leczenia, natomiast wszelka interpretacja wyników metod laboratoryjno-rozpoznawczych jest tu bezwzględnie niedopuszczalna. Doświadczenie poucza, że zbytejnia popularyzacja wśród laików znaczenia tych metod, szczególnie odczynu Bordet-Wassermann'a, utrudnia niezmiernie racjonalne leczenie przeciwweneryczne, i spowodowała, że wielu chorych przypłaciło śmiercią lub kalectwem swą zbytejną wiarę w czyste szkiełko lub krew bez krzyży, jako dowód zdrowia. Nazbyt dobrze wiemy, jak często ujemny odczyn Bordet-Wassermann'a okazuje się zwodniczy w przypadkach kiły wczesnej, późnej i wrodzonej, badanie zaś mikroskopowe — w rzeżącce dróg rodnych u kobiet.

Pozatem przeciwwskazane jest zalecanie w ulotkach przeciwwenerycznych wszelkich metod terapeutycznych (djatermji, elektromasażu, malarioterapii), ponieważ miałyby to posmak reklamowo-konkurencyjny. O ile ulotki przeciwweneryczne są przeznaczone nie tylko dla chorych, lecz i ogółu ludności zdrowej, wtedy winny one poza powiedzianem powyżej zwracać uwagę na niebezpieczeństwo nierządu, jako głównego źródła zarażenia, na konieczność natychmiastowego zasięgnięcia porady u lekarza po stwierdzeniu jakichkolwiek objawów na narządach płciowych oraz pouczać, że choroby weneryczne tem łatwiej i tem krócej się leczą, im wcześniej leczenie zostaje rozpoczęte.

Ze wszech miar jest wskazane, by treść ulotek przeciwwenerycznych była podana również w języku mniejszości narodowych, a więc w Polsce — w języku polskim, żydowskim, białoruskim, niemieckim, ukraińskim oraz narzeczcu hułuskim.

Plakat, jako środek doraźnej propagandy przeciwwenerycznej, ma zastosowanie o wiele bardziej ograniczone, niż ulotka. Przeznaczony on jest zarówno dla ludności chorej wenerycznie, jak i zdrowej.

Winien on w sposób bardzo treściwy pouczać o tem, że choroby weneryczne nie są chorobami hańbiącymi, wywołują je specjalne zarazki, krótko wskazywać drogi zarażenia pozapłciowego, zwracać uwagę na niebezpieczeństwo nierządu, niebezpieczeństwo nieleczonych chorób dla potomstwa,

groźbę bezpłodności, podkreślać wagę wczesnego leczenia i nieprzerywania go samowolnie, wreszcie pouczać, jak można ustrzec się chorób wenerycznych.

Zalecanie poddawania się oględzinom lekarskim przed zawarciem małżeństwa jest ze wszech miar celowe i przyczynia się do urabiania opinii publicznej na korzyść prawodawstwa eugenicznego, natomiast zalecanie domalżeńskiej wstrzeźliwości płciowej jest głosem bez echa, tchnie nieszczerością i obniża powagę propagandy. Zalecenie wstrzeźliwości domalżeńskiej winno być jak najrychlej uzupełnione zaleceniem nieobcowania płciowego z osobami różnizłych obyczajów.

Najważniejszym zadaniem plakatu jest podanie do wiadomości ogółu adresów bezpłatnych przychodni przeciwwenerycznych. Pod tym względem przynosi on niezmiernie ważne usługi chorym wenerycznie marynarzom obcokrajowym, przybywającym do portów, należących do państw asygnatarjuszów Brukselskiego Porozumienia Międzynarodowego z r. 1924 w przedmiocie wzajemnego bezpłatnego leczenia chorych wenerycznie marynarzy flot handlowych. Miejsca, nadające się do umieszczenia plakatów przeciwwenerycznych, są następujące: poczekalnie przychodni przeciw-

wenerycznych, inspektoratów sanitarno-obyczajowych, lecznic, ośrodków zdrowia, pułkowych izb chorych, ambulatorjów, szpitali i kas chorych, wystawy higieniczne, w odniesieniu zaś do plakatów, przeznaczonych dla marynarzy — również mesy, marynarskie, biura informacyjne dla marynarzy, kluby marynarzy.

Wskazane jest, by treść plakatów, przeznaczonych dla marynarzy, była podana w kilku językach, najwięcej używanych na pobliskich szlakach nawigacyjnych, a więc w porcie polskim — w języku polskim, angielskim, francuskim i niemieckim.

Zaznaczyć nawiasem należy, że Brukselskie Porozumienie Międzynarodowe z r. 1924 nie zostało dotychczas ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską.

Korzystanie z plakatów przeciwwenerycznych jest jeszcze znacznie ograniczone w przeciwieństwie do propagandy przeciwjagliczej, przeciwgruźliczej, przeciwalkoholowej, których plakaty zyskały powszechne prawo obywatelstwa.

Broszurka przeciwweneryczna jest tylko obszerniejszą formę ulotki, wobec czego nie wymaga specjalnego omówienia.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministra Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, Panów Dyrektorów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku.

W obiegu handlowym znajduje się sól kuchenna w opakowaniach kartonowych z oznaczeniem „chemicznie czysta sól stołowa”, za którą pobierane są wysokie ceny. Jest to najczystsza stołowa sól, warzonka z saliny w Wieliczce, jednak nie chemicznie czysta. Deklaracja ta więc, jako niezgodna z istotą rzeczy, wprowadza w błąd nabywców, a jednocześnie pozwala na żądanie ceny, właściwej dla produktu wysokowartościowego.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o polecenie organom kontrolnym, wykonującym dozór nad żywnością, zwrócenia uwagi na sposób oznaczenia soli stołowej, znajdującej się w obiegu, pobrania prób w przypadkach podejrzenia i przesłania ich do Zakładu badawczego celem stwierdzenia zgodności deklaracji z istotą produktów w myśl przepisu art. 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 r. o dozorcze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343).

— Okólnik Ministra Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, Panów Dyrektorów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku.

Zakłady badawcze, przeprowadzające badania toksykologiczne (sądowo-chemiczne) nad częściami zwłok ludzkich, nadsyłaniem do badania w związku z oględzinami sądowo-lekarskimi, stwierdzają, że dowody rzeczowe nadsyłane są w sposób niejednolity, nieraz niedbały, z pominięciem zamad, które winny być przestrzegane zarówno co do rodzaju obiektów, jak i co do ich rozmiarów względnie ilości, oraz często nienależycie opakowane. Wobec tego, że objekty, nadsyłane w niedostatecznej ilości lub z pominięciem organów, koniecznych przy badaniu (w przypadku wnętrzości), utrudniają, a nawet uniemożliwiają otrzymanie zgodnych z rzeczywistym stanem rzeczy wyników, co może mieć duże, nieraz zasadnicze, znaczenie w postępowaniu

sądowym, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o zwrócenie uwagi podwładnym urzędom, że objekty do badań toksykologicznych winny być traktowane ściśle według przepisów rozporządzenia Ministerstwa Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 15 lipca 1929 r. o wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok ludzkich (Dz. Urz. Min. Spraw Wewn. Nr. 11 z dn. 16. VIII. 1929), w szczególności §§ 22 i 23. Poza to zaznacza się dodatkowo, że opakowanie naczyń, w których objekty do badania są przesyłane, winno być tak dokładne i staranne, by wykluczone było uszkodzenie (stłuczenie) tych naczyń, powodujące wyciekanie płynu względnie przedostanie się części opakowania do obiektu.

— Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Wnioski, uchwalone przez Radę Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 14 lutego 1932 r.

1. Absolutorium dla Zarządu Izby.

„Na wniosek Komisji Rewizyjnej Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej udziela Zarządowi absolutorium za rok 1931”.

2. Składka na rok 1932.

„Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 14 lutego 1932 r. ustala w myśl § 11 punkt „b” regulaminu wysokość składki członkowskiej na rok 1932 na zł. 24”.

3. Preliminarz budżetowy.

„Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przyjmuje i zatwierdza preliminarz budżetowy na r. 1932, opracowany przez Zarząd w tej samej wysokości pozycji globalnej, zrywając jednocześnie Zarząd do podniesienia: 1) sumy przeznaczonej Kolu Medyków do wysokości 1.000 zł. i przeznaczenie tej sumy na fundusz stypendjalny Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przy Stowarzyszeniu Samopomoc Kola Medyków”. 2) ofiary na rzecz Rodziny Lekarskiej do wysokości 1.000 zł.

W związku z poz. V. Preliminarza Rada wzywa swych przedstawicieli do Naczelnej Izby Lekarskiej, aby zgłosili wnioski o zmniejszenie wysokości składek do Naczelnej Izby Lekarskiej”.

4. Uchylenie postanowienia w sprawie opłat za godzinę pracy ambulatoryjnej lekarzy.

Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej: 1) uchyła postanowienie Nadzwyczajnego Zgromadzenia Rady w dniu 19 października 1930 r. (Dz. U. Izb Lek. Nr. 5 z dn. 1. XI. 1930 r. str. 117) w sprawie opłaty za godzinę pracy ambulatoryjnej lekarzy, 2) wzywa Zarząd Izby, aby przynajmniej raz do roku przedstawiał Radzie do zatwierdzenia najniższą stawkę wynagrodzenia lekarzy za godzinę pracy ambulatoryjnej.

5. Pomoc lekarzy dla bezrobotnych.

1) Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wzywa wszystkich członków Izby do moralnego obowiązku opodatkowania się na rzecz bezrobotnych na okres istnienia komitetów do walki z bezrobociem.

II) Wysokość opodatkowania się wynosić powinna przynajmniej $\frac{1}{2}\%$ od miesięcznych dochodów każdego lekarza.

III) Rada Izby Lekarskiej W.-B. nie wątpi, że lekarze, prócz opodatkowania się nie uchylą się od udziału w bezpłatnej pomocy lekarskiej dla chorych bezrobotnych, a to przez ofiarowanie miejscowym komitetom określonej ilości bonów na bezpłatne wizyty ordynacyjne.

6. Projekt zmiany systemu ubezpieczeniowego.

Rada Izby Lekarskiej W.-B. poleca Komisji Kasy Pogrzebowej opracowanie projektu Statutu „Wzajemnej Ubezpieczalni Lekarzy”, t. j. instytucji, opartej na normalnych zasadach asykuracyjnych.

7. Obniżenie zarobków lekarzy.

Rada Izby Lekarskiej W.-B. wzywa Zarząd do przedstawienia odpowiednim czynnikiem wzięcia pod uwagę, przy wynierzaniu podatków, ciężkiego stanu materialnego lekarzy i obecnego obniżenia zarobków, pozostającego w związku z ogólnym kryzysem społecznym.

8. Wybory uzupełniające do Władz Izby.

Rada Izby Lekarskiej W.-B. na posiedzeniu w dn. 14 lutego 1932 r. powołała na członków Sądu z listy zastępców: Dr. Piaseckiego Marjana i Dr. Witkowskiego Edwarda, na miejsce rezygnujących — Dr. Beina Kazimierza i Dr. Gębarskiego Stanisława, oraz na zastępców członków Sądu wybrano: Dr. Łążyńskiego Marjana, Dr. Krzywca Jerzego, Dr. Mitkusa Witolda, Dr. Orzecha Mirosława i Dr. Szoura Michała.

Do Komisji Kasy Pogrzebowej został wybrany jako czwarty członek Dr. Bieniecki Kazimierz.

— Dnia 7-go b. m. odbyło się uroczyste poświęcenie i otwarcie kliniki ocznej U. W. Nowootworzona klinika mieści się w pawilonie V Szpitala Dzieciątka Jezus, przeznaczonym na ten cel przez Magistrat m. st. Warszawy. Do urządzenia jej przyczyniło się wydatnie Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, tudzież hojna ofiara prywatna p. Ireny Warden, która, przeznaczając na ten cel bardzo poważną kwotę, umożliwiła wyposażenie tej placówki naukowej w bogatą bibliotekę i najnowsze instrumenty okulistyczne, sprowadzone z Anglii, Austrii, Francji, Niemiec i Szwajcarii. Urządzenia wewnętrzne zostały przeważnie wykonane w kraju. Nowa klinika liczy 60 łóżek, posiada pokoje oddzielne dla chorych, 20 łóżek dla chorych jagliczych, pokojeienne, radjo przy łóżkach i t. d. Ponadto urządzono w niej trzy przychodnie: dla chorób zewnętrznych oka, wewnątrzgałkowych i dla jagliczych. Pięć ciemni, pracownia bakterjologiczna, anatomopatologiczna,

pokój do mikrofotografji, do fotografji dna oka, zapewnia chorym wydatną pomoc, a studentom i młodym lekarzom poważną pracę naukową.

Przebudowa pawilonu dla kliniki ocznej wykonana została według planów i pod bezpośrednim nadzorem prof. J. Laubera z Wiednia, który obecnie objął katedrę okulistyki na Uniwersytecie warszawskim.

— Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego urządza kurs dokształcający dla lekarzy w czasie od 3 kwietnia 1932 r. do 16 kwietnia 1932 r.

Wykłady wraz z pokazami odbywać się będą w godzinach popołudniowych od godz. 15-ej do 20-ej. Godziny przedpołudniowe będą poświęcone specjalnym kursom t. zw. seminaryjnym, czysto praktycznym, z różnych działów medycyny.

Tematy wykładów, które ogółem obejmą 53 godziny, są następujące:

Prof. Dr. W. Orłowski — „Lues cardiovascularis, Doc. Dr. W. Filiński — „Leczenie chorób serca”, Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski — „Klinika i leczenie zapaleń wśierdza”, Doc. Dr. Z. Górecki — „Patogeneza i klasyfikacja gruźlicy płuc”, Dr. J. Grott — „Leczenie cukrzycy”, Doc. Dr. L. Karwacki — „O bakterjofagach”, Prof. Dr. K. Orzechowski — „Z pogranicza neurologji i innych działów medycyny praktycznej”, Doc. Dr. S. Pienkowski — „Kliniczne postacie zapaleń mózgu”, Prof. Dr. M. Michałowicz — „Zasady odżywiania niemowląt”, Prof. Dr. Wł. Szenajch — „O odrębnościach przemiany materji i odżywianiu dzieci starszych”, Dr. H. Brokman — „O leczeniu krzywicy i tężyczki”, i „O zapobieganiu i leczeniu choroby posurowiczej”, Dr. R. Stankiewicz — „Powikłania grypy i ich leczenie”, Doc. Dr. Marta Erlich — „Najważniejsze błędy w odżywianiu niemowląt”, Prof. Dr. A. Leśniowski — „Kamica narządów moczowych”, Prof. Dr. Z. Radliński — „Zapalenie szpiku kostnego”, Doc. Dr. J. Mossakowski — „Leczenie cierpień chirurgicznych w cukrzycy”, Doc. Dr. A. Wojciechowski — „Nowoczesne leczenie zwichnięć i złamań”, Doc. Dr. W. Lapiński — „Rozpoznawanie i leczenie wrodzonych zwichnięć biodra”, Doc. Dr. J. Zaorski — „Rozpoznawanie i leczenie ostrej niedrożności jelit”, Doc. Dr. Br. Szerszyński — „Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy nerek”, Doc. Dr. K. Kaczyński — „Schorzenia chirurgiczne sutka”, Doc. Dr. A. Elektrowicz — „Djagnostyka rentgenologiczna chorób płucnych”, Doc. Dr. M. Grzybowski — „Zasady ogólne leczenia chorób skóry”, Doc. Dr. St. Kapuściński — „Współczesny stan leczenia kiły”, Prof. Dr. L. Hirsfeld — „O istocie odczynów serologicznych”, Doc. Dr. H. Sparrow — „O szczepieniach ochronnych przeciwbłoniczych”, Doc. Dr. W. Melanowski — „Objawy oczne i ich znaczenie dla rozpoznawania i rokowania w chorobach układu krążenia”, Prof. Dr. A. Czyżewicz — „Rola lekarza w prowadzeniu porodu”, Doc. Dr. Z. Monsiorski — „O mięśniakach macicy”, Doc. Dr. L. Lorentowicz — „Istota i leczenie nadżerek części pochwowej macicy” i „Leczenie szczepionkami w ginekologji”, Doc. Dr. H. Gromadzki — „Djagnostyka i leczenie ciąży zamacicznej”, Doc. Dr. H. Beck — „Krwotoki w III okresie porodu i po porodzie”.

Kursy seminaryjne będą dotyczyły następujących działów medycyny:

„Kurs odmy sztucznej — Dr. Janina Misiewicz, „Zwichnięcia i złamania” — Doc. Dr. A. Wojciechowski, „Terapia i klinika cierpień chirurgicznych narządów moczowych” — Doc. Dr. Br. Szerszyński, „Teoria i technika przetaczania krwi” — i „Ambulatorjum chirurgiczne (II Klinika Chirurgiczna)” — Doc. Dr. J. Rutkowski, „Chirurgja nagłych przypadków (Dyżury w I Klinice Chirurgicznej)” — Doc. Dr. J. Mossakowski i Dr. J. Perzyński, „Ginekologja w praktyce ambulatoryjnej” — Dr. H. Wójcicki, „Operacje położnicze na fantomie” — Doc. Dr.

II. Beck, „Djagnostyka położnicza” — Dr. T. Zawodziński, „Leczenie rzeżączki przewlekłej i uretroskopja” — Doc. Dr. M. Grzybowski. „Z kliniki noworodków” — Doc. Dr. Marta Ehrlich, „Wybrane rozdziały z kliniki niemowląt” — Dr. Dr. R. Barański, S. Popowski i M. Wierzbowska.

Każdy uczestnik opłaca kurs wykładowo - pokazowy w wysokości 50 zł. (poprzednio 75 zł.). Co się zaś tyczy kursów seminaryjnych, to opłatę wnosić należy za każdy kurs oddzielnie, licząc za kurs 6-cio godzinny — 12 zł., za 8-io godzinny — 16 zł., za 12-sto godzinny — 24 zł.

Rozkład godzin pracy na kursach będzie tak ułożony, aby każdy z uczestników mógł wziąć udział przynajmniej w 2-ch kursach. Liczba uczestników na poszczególnych kursach seminaryjnych jest ograniczona, najniższa liczba wynosi 6 osób, najwyższa — 10.

Zgłoszenia na Kurs dokształcający i na poszczególne kursy seminaryjne będą przyjmowane do 20.III.1932 r. Pożądane są jaknajwcześniejsze zgłoszenia kandydatów na Kurs ze względów organizacyjnych.

Wszelkich informacji udziela i przyjmuje zgłoszenia na Kurs sekretarz Kursu Dr. M. Czyżewski — I Klinika Chirurgiczna, Nowogrodzka 59, tel. 664-70.

— W uzupełnieniu poprzedniego komunikatu czwartego zjazdu lekarskiego w Krynicy, mającego się odbyć 15 i 16 maja (Zielone świątki), zgłosili jeszcze odczyty następujący koledzy: Dr. Braun Bronisław

(Kraków), Dr. Mieczysław Dukiet (Krynica), Dr. Felix Józef (Kraków), Dr. Kmietowicz Franciszek junior (Krynica), Dr. Kubiczek Mieczysław (Kraków), Dr. Sokółowski Adam (Kraków).

— Słynny proces lubecki o spowodowanie licznych wypadków śmierci wśród dzieci, szczepionych metodą Calmetta, skończył się skazaniem prof. Deyckego na 2 lata i Dr. Altsiedta na 15 miesięcy więzienia. Prof. Klotz i laborantka Schütze zostali uniewinnieni. Sąd stanął na stanowisku, że Deycke nie zachował dostatecznej ostrożności przy sporządzaniu szczepionki, która uległa zanieczyszczeniu lub zamianie na zjadliwą. Altsiedtowi zarzucił sąd, że zaniedbał wydania dostatecznych zarządzeń ochronnych.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

8. III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Berdo N. Wartość rezorcynowego odczynu Vernesa w gruźlicy płuc. 2. Dąbrowski K. i Gackowski J. Jednoczesna obustronna odma sztuczna w leczeniu gruźlicy płuc. 3. Mikulowski Wł. O problemie trudności rozpoznawczych kily wrodzonej.

TREŚĆ: M. BLASSBERG. O przestrajającej djeie kwasowej i zasadowej. — B. KARBOWSKI. Uwagi w sprawie leczenia nowotworow przysadki mózgu radem. (C. d.). — H. SZPIDBAUM. O ciśnieniu średniem. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — K. KOSIŃSKI i J. PODWIŃSKI. Krytyka projektu deontologii lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej. — W. BORKOWSKI. Wytyczne propagandy przeciwwenerycznej. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BLASSBERG. Sur la diète acide et alcaline. — B. KARBOWSKI Remarques sur le traitement des néoplasmes de l'hypophyse du cerveau par radium (suite). — H. SZPIDBAUM. Sur la pression moyenne. (Rev. gén.). — B. KOSIŃSKI et J. PODWIŃSKI. Critique du projet de la déontologie médicale présenté par la Chambre médicale. — W. BORKOWSKI. Les lignes de la propagande antivénérienne.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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.—

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się w drukarni „SIŁA”,

Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

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 r.