

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, 17 MARCA 1932 R.

Nr. 11

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O przestrajającej djetę kwasowej i zasadowej*).

Podał

Dr. Maksymiljan BLASSBERG (Kraków).

(Dokończenie — patrz Nr. 10).

Djetę zakwaszającą stosuje się w następujących schorzeniach:

1) Przedewszystkiem w przebiegu tężyczki (*tetania*), której towarzyszy alkalozja ustroju. W tych przypadkach głównie, jako pokarmy zakwaszające, podajemy: mięso, kielbasę, chleb, oliwę, owsiankę i t. p., a zakazujemy pokarmów zasadowych, jak: owoce, kartofle i jarzyny. Poza tem podajemy okresowo przez 3—4 dni w odstępach 1—3 tygodni jako zakwaszające leki: chlorek amonowy lub tabletki gelacidowe „Motor”, chlorek wapniowy i kwaśny fosforan amonowy.

2) Choroby anafilaktyczne, jak: katar sienny i choroba posurowicza, stanowią również, jako alkalozja, teren dla djetę zakwaszającej. W astmie oskrzelowej wykazał T i e f e n s e e, że podczas napadu dychawicy następuje przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej ustroju w kierunku alkalicznym. Przez zastosowanie oddychania kwasem węglowym 5—8% udało mu się przerwać napad astmatyczny. Potem przez pożywienie kwasowe i podawanie salmiaku udaje się uzyskać poprawę astmy, o ile niema żadnych powikłań. Również i w migrenie i wypryskach skórnych stosowano djetę zakwaszającą z dobrymi wynikami. S c h e r e r obserwował bardzo liczne pomyślne wyniki leczenia wyprysków u dzieci i skazy wysiękowej, uzyskane za pomocą kwasu solnego, podawanego z mlekiem. Również i łuszczyca należy do alkaloz (S c h r e u s).

3) Bardzo interesujące są doświadczenia, dążące do wpływania na nadmierne tworzenie się tkanki kostnej przy pomocy zakwaszania. W ten sposób uzyskano korzystne wyniki przy kostnieniu mięśni (*myositis ossificans*).

4) Również idą nowoczesne doświadczenia i obserwacje w tym kierunku, aby przez zakwaszanie ustroju ołów i inne ciężkie metale, które osiadają w ustroju jako fosforany zasadowe w kościach, przeprowadzać i przekształcać w fosforany rozpuszczalne i wywoływać wydzielanie się ich drogą przewodu pokarmowego. Przy tem postępowaniu należy być, według M o d r a k o w-

s k i e g o, ostrożnym, aby nie wywołać objawów zatrucia.

5) W układzie nerwowym zakwaszanie, według K r a u s a i Z o n d e k a, potęguje pobudliwość układu sympatycznego, a alkalozja układu pozasympatycznego. Według W a l l e r a i B r a n d t a, zakwaszanie ma wywierać bardzo korzystne działanie na paraliż postępujący. Także epilepsja jest przez wielu autorów uważana za alkalozję i leczona djetę zakwaszającą. Liczni lekarze amerykańscy (T a l b o t, P e t e r m a n n, H e l m o l z, L u t h e r), a we Francji D u p é r i é, P a g n e z i P l i c h e t stosowali djetę zakwaszającą, którą określali przez analogję ze stanem spalania się białek w cukrzycy, jako ketogenną (*régime cétogène, ketogenic diet*), głównie w epilepsji u dzieci, uzyskując bardzo dobre rezultaty w licznych przypadkach. W djetę tej opuszcza się węglowodany, jak chleb i cukier, zastępując je przeważnie tłuszczami, masłem, mięsem, oliwą, jajami oraz serami, z małemi ilościami jarzyn i mleka. Nie wszyscy autorowie uważają w tych przypadkach wyniki za pewne. W Niemczech zaleca D e n n i g djetę kwaśną i dzienne podawanie 12 gramów chlorku amonowego w ciężkim *status epilepticus*, przy powtarzających się wciąż napadach padaczki oraz dla celów zapobiegawczych podczas miesiączki, podczas której bywa zwiększona skłonność do napadów.

6) W gruźlicy djetę zakwaszającą działa pożytecznie, alkalizująca niekorzystnie. Ze spostrzeżeń F o r n e t a wynika, że zmiana w równowadze kwasowo-zasadowej wywołuje zmianę w odczynie P i r q u e t a, a mianowicie, odczyn ten u osobników alkalizowanych występuje słabiej, a u zakwaszonych silnie.

7) Nowsze badania (D e g k w i t z, K r ö t z) wykazały, że także działanie czynników fizykalnych, jak np. naświetlań naturalnem lub sztucznem słońcem wysokogórskiem lub naświetlania promieniami R ö n t g e n a, polegają na przesuwaniu wzajemnego stosunku soli w ustroju. Przy stosowaniu wygórowanych dawek naświetlań, zarówno rentgenowskich (t. zw. Röntgenkater), jakoteż słonecznych i lampą kwarcową, występuje alalkalotyczne zaburzenie przemiany materji, które, według spostrzeżeń K r ö t z a, może ustąpić pod wpływem djetę zakwaszającej w połączeniu z solami amonowemi wapnia lub limonady z kwasu fosforowego nawet w przypadkach, w których już wystąpił stan groźny dla życia.

*). Z wieczorów seminaryjnych Związku Lekarzy Kas Chorych „Koło Kraków”.

8) Co do leczenia djetetycznego ran, to von G a z a doszedł do wniosku, że na świeże ostre stany zapalne wywiera wpływ korzystny leczenie alkaliczne, podczas gdy na rany ziarninowe gojące się działa leczniczo lepiej djeta zakwaszająca. A n d e r s e n opisał korzystne działanie pobudzające, uzyskane przy pomocy djety zakwaszającej, w przebiegu przewlekłych zapalnych wrzodów skórnych oraz wyzerających fagedeniczych owrzodzeń szankrowych, utrzymujących się przez szereg miesięcy.

9) Co się tyczy ciąży, to według E u f i n g e r a, zwłaszcza w ostatnich miesiącach należy przyjąć spotęgowaną alkalescencję, i, według niego, powoduje ona instynktowny pociąg do kwaśnych pokarmów u ciężarnych.

10) Leczenie djetetyczne zakwaszające ma ważne znaczenie praktyczne w przebiegu uporczywych zapaleń miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego. Także po części i w kamicy nerkowej stosuje się leczenie zakwaszające, atoli z tem zastrzeżeniem, że w kamicy nerkowej nie zawsze jest ono wskazane, podczas gdy w zapaleniu miedniczek nerkowych należy do najskuteczniejszych sposobów leczniczych. Także należy podkreślić, że leczenie zakwaszające nie jest wskazane w ostrych okresach stanu zapalnego, przy wysokiej gorączce, lecz w przypadkach bardziej przewlekłych, nie gwałtownych. F r a n c k podaje w takich przypadkach przez 3 dni następującą djeta zakwaszającą: Rano: płatki owsiane na wodzie, filiżanka kawy i kromka chleba z masłem i surową szynką. Obiad: zupa grysikowa, cielęcina lub drób z ryżem albo omlety, chleb, szynka i szparagi. Po południu: herbata z mieszaniny kwiatu lipowego, bzowego i z liści mącznicy niedźwiedziej. Wieczór: chleb z masłem z kielbasą, szynka, jajo. Działanie zakwaszające tej djety zwiększa się przez doustne podawanie chlorku amonowego przez 3 dni w ilości 3 razy dziennie po 3 gr., a zatem 9 gramów dziennie, w opłatkach, z wodą. W ciągu tych trzech dni zakwaszania ogranicza się ilość płynów. Dłużej, aniżeli przez 3 dni, nie należy zakwaszać ustroju dla uniknięcia białkomoczu i cylindrurji, które mogą być przez takie zakwaszenie, wprawdzie jako objaw przemijający, ale niewątpliwie wywołane. Dlatego *pyelonephritis* stanowi tu przeciwwskazanie. Po 3-ch zakwaszających dniach stosuje F r a n c k przez 8 dni zwykłą djeta i w tym czasie daje środki dezynfekcyjne dla moczu, a w razie potrzeby przepłukiwania pęcherza. Po 8 dniach powtarza leczenie zakwaszające, przyczem ilość chlorku amonowego podnosi do 5 gramów *pro dosi*. Jeżeli to leczenie nie jest wystarczające, i bakterje okrężnicy nie znikają, radzą autorowie (B o g e n d ö r f e r, B e c k m a n n, F r a n c k, V a n d e r R e i s s i inni) stosować t. zw. postępowanie naprzemienne (Schaukelverfahren), t. j. po 3 kwaśnych dniach stosuje się bezpośrednio 3 dni zasadowe z następującą djeta alkaliczną: Rano: 2 filiżanki mleka. W południe: kartofle z jarzyną, krwawa kiszka. Po południu: 2 filiżanki mleka. Kolacja: jak obiad. Podczas trzech dni alkalicznych dodaje się dla spotęgowania działania codziennie 15 gr. dwuwęglanu sodowego. Także polski autor G i r s z o w i c z (Wilno) w uporczywych zapaleniach miedniczek i pęcherza moczowego, zanim się przechodzi do niezawsze bezpiecznego przepłukiwania, radzi w ciągu kilku dni trzymać chorego na kolejno zmieniającej się djecie zasadowej i kwasowej.

Wskazania do djety zasadowej stanowią te stany, w których zaburzenie przemiany materji prowadzi do kwasicy. Tu należy:

1) W pierwszym rzędzie kwasica djabetyków. Atoli w ciężkich przypadkach, w których zaburzenie przemiany materji wywołuje ciągle przekwaszenie, nie udaje się nam z powodu nadmiernej ilości kwasów, uzyskać korzystnego wpływu djety, nawet przy podawaniu znacznych ilości sody. Co się tyczy wpływu na działanie równocześnie stosowanej insuliny, to alkalizowanie potęguje jej działanie, podczas gdy kwaszenie obniża działanie insuliny.

2) Także w schorzeniach serca i nerek istnieje zwykle przekwaszenie ustroju. W ciężkich wadach serca napięcie kwasu węglowego w tętnicach jest wzmożone, a ustrój mimo przyspieszonego oddychania nie może się nadmiaru kwasu wyzbyc. Według E p p i n g e r a, w niedomodze narządu krążenia utlenianie komórek w tkankach obwodowych jest upośledzone. Wskutek braku tlenu kwas mlekowy, wytwarzany przez mięśnie, nie może zostać dostatecznie utleniony i przekształcony w glikogen, i powstaje nadmiar kwasu mlekowego, t. j. przekwaszenie. Stąd wniosek, że należy w tych stanach stosować djeta alkaliczną. Temu też przypisuje się po części dobre wyniki, osiągnane przy pomocy mlecznej djety K a r e l a. W schorzeniach nerek, kwaśne produkty przemiany materji gromadzą się, wywołując kwasicę mocznicową, ponieważ schorzone nerki nie są w stanie tych produktów zneutralizować, ani wydalic. Dlatego stosujemy w schorzeniach nerek djeta alkalizującą mleczno-roślinną, owocową lub jarzynową. F r a n c k zaleca ponadto podawanie 3 razy dziennie łyżeczki kawowej alkaliów (*Natrium bicarbonicum*, *Kalium citricum aa*), przez co wywiera się często korzystny wpływ na białkomocz.

3) Również w niektórych postaciach pokrzywki alkalizowanie ustroju działa nader korzystnie. Naprz. S c h r e u s o w i udało się stwierdzić w niektórych przypadkach pokrzywek przesunięcie w kierunku kwasicznym i wyleczyć je, kompensując kwasicę przez uregulowanie djety i doprowadzenie alkaliów. Podobne przypadki pokrzywki z przesunięciem równowagi kwasowo-zasadowej, leczone skutecznie przez uregulowanie djety, opisali także M a r c h i o n i n i i O t t e n s t e i n oraz D i n k i n. Także przypadki obrzęku Q u i n c k e g o udawało się przez alkalizowanie skutecznie leczyć (S c h r e u s). W takich przypadkach poza djeta alkaliczną, przeważnie roślinną, stosowano ponadto 10—30 gr. dwuwęglanu sodowego dziennie w postaci kuracji S i p p y e g o. Wychodząc z tej samej zasady zwalczania przekwaszenia, uzyskiwano dobre wyniki w pokrzywce przez wstrzykiwania 1—2 razy dziennie 0,01 lobeliny, która pobudza ośrodek oddechowy, potęguje wydalanie kwasu węglowego i temsamem podnosi równoważniki alkaliczne w ustroju. Należy o tem pamiętać, że przy dłuższym podawaniu dużych dawek alkaliów, przekraczających 20 gr. sody dziennie, mogą powstać nieprzyjemne objawy alkalozji, a mianowicie: bóle głowy, zawroty, pragnienie, parestezje i uczucie ciężkości w członkach; następuje retencja wody, przybytek wagi ciała, zmniejszenie się ilości moczu, a reszta azotowa we krwi może się podnieść do 40—50 mlgr. ‰. Atoli te objawy szybko ustępują po usunięciu sody i djecie zakwaszającej wraz ze zjawieniem się kwaśnego moczu.

4) Co do wrzodu żołądka, to B a l i n t w roku 1927 przypisywał wszystkie sprawy, prowadzące do wrzodów, przekwaszeniu tkanek i wykazał, że przy podawaniu większych ilości dwuwęglanu sodowego mocz w tem cierpieniu później, bo po 9 — 16 dniach, staje się alkaliczny, aniżeli u żołądkowo zdrowych (po 4 — 5 dniach). Dlatego leczenie

Sippy'ego cieszy się opinią skutecznego, ponieważ oprócz wielkich ilości alkaliów obejmuje ono djetę, możliwie mało zakwaszającą. Wszelako twierdzenia B a l i n t a natrafiają na opozycję wielu innych autorów (K r ö t z i inni).

Przedstawiwszy w ten sposób w ogólnym zarysie dzisiejsze poglądy na przestrajającą djetę kwaśną i zasadową, chciałbym jednak zaznaczyć i podkreślić, że badania nad tem, jakie zmiany wywołuje w przemianie materji ustroju doprowadzanie pokarmów kwaśnych lub zasadowych, bynajmniej nie są na tyle ukończone, aby uprawniały do jakichkolwiek apodyktycznych wniosków. Nie jest jeszcze dokładnie zbadaną rzeczą, jakie zmiany występują w ustroju po djecie przestrajającej. Najprawdopodobniej powstają przemieszczenia i zmiany w rozłożeniu jonów w ustroju. Sposób oceniania kwaśnych i zasadowych pokarmów na podstawie samej analizy popiołu, wprowadzony przez R a g n a r a B e r g a, jest przez wielu autorów (S t r a u b, K r ö t z, D u r i g i inni) silnie krytykowany. Albowiem stopień zmiany, zachodzącej w przemianie materji po djecie kwaśnej lub alkalicznej, nie odpowiada stopniowi elementów kwaśnych i zasadowych w pokarmach. Spalanie pokarmów w ustroju może się zatrzymywać na produktach pośrednich, które mogą mieć charakter kwaśny lub zasadowy, taksamo i końcowe produkty rozpadu mogą mieć rozmaity charakter. Produkty te mogą się w rozmaitym stopniu zatrzymywać i zalegać lub wydalać się. Wielu autorów wyraża sporne opinie co do tego, czy np. djetę G e r s o n a, S a u e r b r u c h a i H e r r m a n n s d o r f e r a należy uważać za zakwaszającą, czy zasadową, pomimo tego, że przyznają jej empirycznie niewątpliwe skuteczne działanie w gruźlicy kostnej i stawowej i w wilku. Pomiędzy djetą H e r r m a n n s d o r f e r a a djetą G e r s o n a zachodzi wybitna różnica w tym kierunku, że H e r r m a n n s d o r f e r dostarcza celowo wiele białka, czy to w postaci mięsa, czy ryb, i przez to tworzy działanie zakwaszające, podczas gdy G e r s o n przez jaknajdalej idące ograniczenie mięsa i ryb dąży do zadziałania na ustrój w kierunku alkalozy. G e r s o n bowiem w ciągu kilku lat wielokrotnie i znacznie zmienił swoje przepisy djetetyczne, tak, że obecnie podaje on chorym prawie tylko djetę wegetariańską, ze szczególnem uwzględnieniem surowych jarzyn i soków, wyciśniętych z owoców. Także w wątpliwą jest podawany zasadniczy fakt, czy na gojenie się ran działa korzystnie djeta zakwaszająca, czy alkaliczująca — bo wyniki obserwacji w tym kierunku są ze sobą sprzeczne u różnych autorów. Niektórzy autorowie (R e h f e l d t) zwracają uwagę, że ponieważ organizm posiada zdolność szybkiego wyrównywania przy pomocy urządzeń buforowych wpływu djety zakwaszającej

lub zasadowej, przeto nie ma dłuższego działania na ustrój ani djeta H e r r m a n n s d o r f e r a, ani G e r s o n a. Sądzą oni, że, co najwyżej, zachodzi tu skuteczne początkowe podrażnienie po chwilowym przestojeniu ustroju, a z czasem ustrój się przystosowuje i przyzwyczaja do przemiany materji, bodźce zostają w swem działaniu osłabione i tracą na sile i działaniu. Zwrócono też uwagę na to, że sposób przyrządzania pokarmów wywiera wpływ na charakter djety, albowiem przez parzenie lub gotowanie jarzyn może się gruntownie zmienić ich skład mineralny. Długie gotowanie jarzyn może ich silne działanie zasadowe zmienić na kwaśne. Również inne czynniki, jak miejsce i warunki hodowania jarzyn i sposób ich nawozu, rodzaj gruntu oraz sposób ich przechowywania może odgrywać tu pewną rolę. Niektórzy bardzo poważni autorowie, jak np. N o o r d e n, nie tyle skłonni są przypisywać jakieś działanie djecie kwaśnej lub alkalicznej, ile stosunkowi zawartych w danej djecie składników mineralnych. Według N o o r d e n a np. przejawia się działanie djety tylko o tyle, o ile ona jest bezsolna, bo przez to antagonistycznie pobudza się równocześnie do akcji wapń w tkankach, który działa przeciwwapniowo, tak, że odjęcie w djecie soli jest właściwie wprowadzeniem w ruch działania leczniczego wapnia. Inni autorowie znowu (K e i n i g, H o p f), nie przypisują w djecie roli działaniu soli kuchennej, jako takiej, lecz tylko jej składnikowi metalicznemu, t. j. sodowi. Według L o e b a, sól kuchenna posiada w czystym stanie znaczne działanie trujące, które znoszą inne sole, a mianowicie chlorek potasowy i chlorek wapniowy. W przebiegu mocznicy zostaje zahamowane wydzielanie chlorku sodowego, a wskutek jego nagromadzenia się w ustroju powstaje zaburzenie równowagi między elektrolitami, działającymi antagonistycznie. W ślad za temi różnemi poglądami idą liczne próby tworzenia mieszanin rozmaitych minerałów, któreby odpowiadały mieszaninie katjonów surowicy. Jeszcze w szerszym zatem zakresie, aniżeli badania nad djetą kwaśną i zasadową, toczą się obecnie badania nad wpływem tak zwanej transmineralizacji i nad losem i rolą poszczególnych składników chemicznych w ustroju. Problem to niełatwy, bo, według niektórych autorów (L a h m a n n), wyłącznie tylko rośliny mają zdolność do syntezy i tworzenia materiału organicznego z gazu, wody i połączeń mineralnych, ale substancji mineralnych, znajdujących się w materiale organicznym, nie można podporządkować zwykłym prawom chemicznym anorganicznym.

Zaznaczone zatem poprzednio zagadnienia otwierają nowe drogi, któremi zaczyna podążać obecnie nauka medycyny, a pewnych owoców tych prac należy dopiero w przyszłości oczekiwać.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału niemowlęcego i chirurgicznego Szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie.

(Ordynatorzy: Dr. A. B r a u d e - H e l l e r o w a
i Dr. M. S a i d m a n).

Przypadek skurczu odźwiernika i wpustu żołądka (pyloro — et gastrospasmus) u pięcioletniego niemowlęcia.

Podał

Adam FESTENSZTAT (Warszawa).

Do ogłoszenia niniejszego przypadku upoważnia nas wyjątkowo rzadkie powikłanie, jakie towarzyszyć

może pylorostenozie żołądka. Chodzi tu o występowanie obok skurczu odźwiernika (*pylorospasmus*) skurczu wpustu żołądka (*cardiospasmus*). Zdaje się, że w odnośnym piśmiennictwie podobny rodzaj powikłania dotychczas nie był szczegółowo opisywany.

W y w i a d y: dziecko, pochodzące od rodziców zdrowych, urodziło się na czas, z wagą 4500 gr. Do dwóch tygodni życia rozwijało się normalnie, w III-cim tygodniu zaczęło wymiotować, wkrótce przyłączyły się zaparcia, trwające po 3 — 4 dni; mocz zaczęło oddawać 3 — 4 razy dziennie. W ciągu 3-ch tygodni dziecko straciło na wadze 1 kilogram.

Przebieg kliniczny: dnia 7.X.1931r. przy-

było na oddział. Stwierdzono daleko posunięte wyniszczenie, waga 3730 gr.; skóra blada, wiotka, o bardzo złym napięciu, skóra na czole ułożona w charakterystyczne zmarszczki poprzeczne (objaw F e e r a). Serce i płuca bez zmian.

Charakterystycznie zachowuje się przednia ściana jamy brzusznej: jej część górna powyżej pępka znacznie wysklepiona, część dolna poniżej pępka zleka wklęsnięta; w obrębie części górnej wyraźnie zarysowują się kształty żołądka, który przedzielony jest przez kilka bródz, biegnących równoległe do linii środkowej ciała. Ta perystaltyka żołądka występuje niestale: można ją jednak łatwo wywołać, pocierając skórę brzucha mokrym ręcznikiem.

Wymioty występują nader często: bądź w czasie jedzenia, bądź tuż po jedzeniu, bądź też po upływie 2-ch, 3-ch godzin po jedzeniu; nieraz zaś w nocy lub nad ranem, mają one prawie zawsze charakter burzliwy. Ogółem ilość wymiotowanej treści wynosi $\frac{1}{2}$ lub $\frac{2}{3}$ spożytego pożywienia. Stolce zaparte. Mocz odchodzi w małych ilościach 2, 3, najwyżej 4 razy na dobę.

7.X — 8.X dziecko przystawiano 7 razy na dobę do piersi. Ogółem wyszło 400 gr. Zwymiotowało 6 razy. Ilość wymiocin — 200 gr.

9.X — 11.X. Liczba dań pozostała ta sama, z tą tylko różnicą, że każde danie uzupełniano do 90 gr., dodając maślanek plus 5% cukru S o x l e t a. Dziecko wymiotowało do 8-u, 9-u razy na dobę. Ilość wymiocin dochodziła do 280 gr.

Waga 3740 gr.

12.X — 13.X. Pokarm matki nadal podawano 7 razy dziennie, maślanek natomiast zastąpiono pełnym mlekiem krowim, które dziecko otrzymywało tuż przed każdym karmieniem, w ilości 20 gr. na raz. Wymioty 10 — 11 razy na dobę. Ilość wymiocin mniej więcej 280 gr. (ilość spożytego pożywienia 400 gr.). Waga 3730 gr. — 3500 gr.

14.X — 17.X. Przystąpiono do podawania małych dawek: co godzina po 10 gr. pokarmu (ogółem 19 razy na dobę). Dawkę tę codzien zwiększano o 5 gr. Poza to podawano pokarm w ławatywach 4 razy dziennie po 30 gr. Liczba wymiotów zmniejszyła się do 1-go, 2-ch, 3-ch razy na dobę. Wystąpiły natomiast częste dyspeptyczne stolce. Waga 3700 — 3600 gr.

18.X — 19.X. Pokarm kobiecy, odstrzyknięty podawano 11 razy na dobę, pozatem 4 razy dziennie po 25 gr. tegoż pokarmu z fosfatyną w postaci Vorbrei. Wymioty 4 — 5 razy na dobę. Stolce dyspeptyczne. Waga 3540 — 3510 r.

20.X — 23.X. Odstawiono fosfatynę. Podawano co godzina 30 gr. pokarmu (19 razy na dobę). Wymioty do 10 razy na dobę. Dobowa ilość wymiocin dochodziła do 300 gr. Waga 3630 — 3540 gr.

24.X. Dokonano zabiegu operacyjnego. W ciągu pierwszych 24-ch godzin dziecko nic nie otrzymywało *per os*. Podano tylko 120 gr. 15% glukozy w ławatywach i 200 gr. 5% glukozy pod skórę.

25.X — 30.X. Podawano 15 razy pokarm kobiecy po 10 gr. na dawkę. Stopniowo powiększano poszczególne dania, jednocześnie zmniejszając liczbę dawek, tak, że ostatecznie dziecko wypijało 600 gr. pokarmu na dobę (10 razy po 60 gr.). Wymioty nie występowały, najwyżej jeden raz na kilka dni i to w bardzo nieznacznej ilości. Waga 3560 — 3570 gr.

30.X — 16.XI. 4 razy dziennie przystawiano dziecko do piersi, pozatem 6 razy podawano po 60 gr. pokarmu odstrzykniętego. Wymioty nie występowały. Stolce 1 — 2, mocz do 10 razy na dobę. Waga 3570 — 4160.

17.XI — 18.XI. Przystawiono dziecko 7 razy do piersi. Stan dziecka dobry. Wypisane do domu z zaleceniem przykładania do piersi 6 razy na dobę z dodatkiem 100 gr. mieszanki *pro die* ($\frac{2}{3}$ mleka, $\frac{1}{3}$ wody, 2% mąki i 10% cukru).

10.I.1932 r. (Dziecko obserwowane w Stacji Opieki nad niemowlętami). Stan ogólny bardzo dobry, nie wymiotuje, waga 6500 gr.

* * *

R o z p o z n a n i e oparliśmy na danych anamnestycznych (wymioty, które rozpoczęły się w 3-im tygodniu życia, uporczywe zaparcia stolca, skąpe oddawanie moczu i znaczny spadek wagi), na danych klinicznych (daleko posunięte wyniszczenie, charakter wymiotów, które występowały burzliwie w ilości, przekraczającej połowę spożytego pokarmu, wreszcie „stawianie się” żołądka i wyraźna fala perystaltyczna, widoczna poprzez ścianę brzuszną) i na badaniach dodatkowych.

Do badań tych należały sondowanie i rentgenoskopja żołądka.

S o n d o w a n i a dokonaliśmy kilkakrotnie po upływie 3-ch godzin, po spożyciu 60-ciu gr. pokarmu kobiecego, i za każdym razem z łatwością wydobywaliśmy po 75 — 80 gr. treści pokarmowej, pomimo, że dziecko kilkakrotnie wymiotowało w ciągu tych 3-ch godzin.

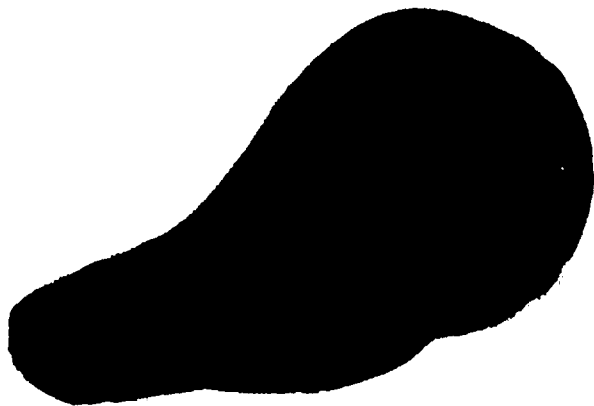
Pozatem sondowaliśmy żołądek naczczo, a więc po upływie 8-miu godzin od spożycia ostatniego dania — ilość wysondowanej treści wynosiła 50 gr.

Wszystko to świadczy o bardzo znacznym zaleganiu treści żołądkowej, co, rozumie się, w danym przypadku pozostaje w ścisłym związku z pylorostenozą.

Niezwykle interesujące wypadło b a d a n i e p r o m i e n i a m i R o e n t g e n a, dokonane przez doktora B. K r y Ń s k i e g o.

Podajemy wynik tego badania.

„Przed podaniem pokarmu kontrastowego stwierdza się dużą ilość treści naczczo. Pęcherz powietrzny duży, spłaszczony. Podano pokarm kontrastowy płynny (Laktobaryt) w ilości 50 gr. Pokarm zatrzymuje się u wpustu i tu zalega przez czas dłuższy. Chwilami otwiera się szerokie przejście przez wpust, a wtedy pokarm swobodnie przelatuje do żołądka. Wypełniony ilością tą żołądek wykazuje cechy poprzecznego rozszerzenia. Po krótkotrwałej beczynności występuje okres wybitnie wzmożonej czynności, przyczem charakter ruchów robaczkowych odpowiada perystaltyce zwięźnionej. Część przyodźwiernikowa trzymana jest chwilami w stanie silnego skurczu. Przejście pokarmu do dwunastnicy odbywa się z dużymi przerwami i to w ilości bardzo nieznacznej. Ilość ta nie wystarczy do wypełnienia całkowitego dwunastnicy. Nie bacząc na wybitnie wzmożoną perystaltykę, opróżnianie się żołądka jest tak dalece opóźnione, iż po 2-ch godzinach $\frac{4}{5}$ zawartości tkwi jeszcze w żołądku. Obraz rentgenologiczny wykazuje znaczne opóźnienie zdolności wydalania pokarmu na tle stanu skurczowego (*pylorospasmus*) i współistnienie skurczu wpustu (*cardiospasmus*)”.



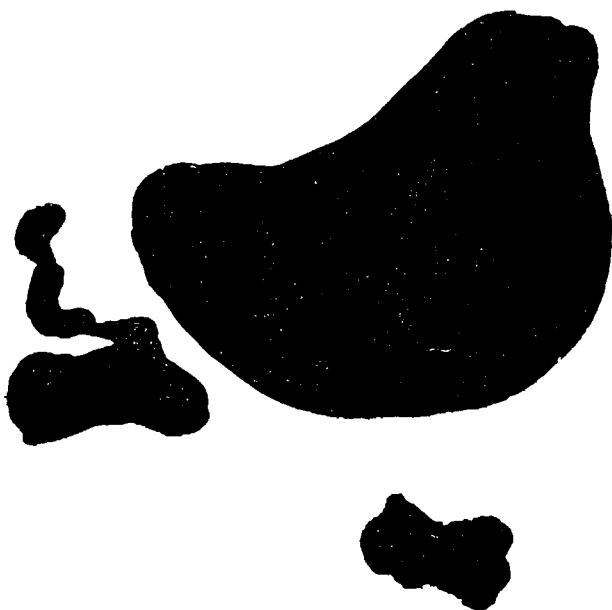
Rys. 1.

Perystaltyka normalnego żołądka u 5-tygodniowego niemowlęcia (zdjęcie dokonano $\frac{1}{2}$ godziny po spożyciu papki barytovej).



Rys. 2.

Wybitnie wzmożona perystaltyka u 5-cio tygodniowego pylorospastyka (zdjęcie dokonano 1/2 godz. po spożyciu papki) a — przelyk, b — wpust żołądka w stanie skurczu (w tem miejscu masa kontrastowa niewidoczna), c — odźwiernik w stanie skurczu (masa kontrastowa również niewidoczna), d — część początkowa dwunastnicy.



Rys. 3.

Zachowanie się ściany żołądka po godzinie i 15 min. u tegoż pylorospastyka. Minimalna ilość masy przeszła do jelit cienkich. Brak fali perystaltycznej („wyczerpanie się perystaltyki”).



Rys. 4.

Zachowanie się ściany żołądka po 2-ch godz. i 30 min. Zaledwie 1/5 masy przeszła do jelit cienkich.

Widzimy, że badanie promieniami Rentgen a pogłębiło nasze rozpoznanie kliniczne. Rozumie się, że w danym przypadku *cardiospasmus* nie mógł być rozpoznany klinicznie. Rozpoznanie to należy wyłącznie do rentgenologa. Zdjęcia Nr. 3 i Nr. 4 wykazują, że po upływie 1 godz. 15 min., a nawet 2 1/2 godz. tylko nieznaczna część masy kontrastowej przechodzi do jelit. Podczas, gdy w normalnych warunkach po upływie tego czasu wypełnia ona całe jelita cienkie, w naszym przypadku zaledwie 1/5 jej część przedostała się do jelit.

Pozatem zasługuje na uwagę fakt, że kształt żołądka widoczny na rysunku Nr. 2 zupełnie inaczej przedstawia się na rysunku Nr. 3. Podczas, gdy na początku żołądek wykazuje wybitną perystaltykę w postaci falowania na jego obu krzywiznach, niebawem dochodzi do wyczerpania się tej perystaltyki do tego stopnia, że nawet nie spostrzegamy już tych fal, jakie występują u normalnego niemowlęcia (rys. Nr. 1). Ten zespół objawów (wzmożenie i wyczerpanie się perystaltyki), na który zwracają uwagę autorzy francuscy, nazywając go „*syndrome de Lutte*”, jest bardzo charakterystyczny dla pylorostenozy.

* * *

Postępowanie.

Ponieważ obserwacja kliniczna wykazała, że dziecko otrzymało tylko 400 gr. pokarmu na dobę, uzupełniliśmy tę ilość do 630 gr. maślanką z dodatkiem 5% cukru *Soxleta* (7 razy na dobę po 90 gr. pokarmu z maślanką). Po 2-ch dniach przystąpiliśmy do podawania *per os* atropiny, od 3-ch do 8-iu dcmlgr. na dobę. Efekt terapeutyczny był ujemny. Wobec tego zastąpiliśmy maślankę zwykłym mlekiem krowim, podając je przed każdym przystawieniem do piersi po 20 gr. na raz. Ale i to nie dało pożądanego wyniku.

Pewien efekt osiągnęliśmy dopiero po zastosowaniu metody *Ibrahima*, polegającej na podawaniu małych dawek odstrzykniętego pokarmu. Ale i tę metodę byliśmy zmuszeni zarzucić, ponieważ przy tym sposobie odżywiania należało stosować również lawatywy odżywcze z pokarmu, a te wywoływały zaburzenia dyspeptyczne.

Podawanie mieszanek zagęszczonych, jako *Vorbrei*, w postaci fosfatyny na pokarmie, w danym przypadku nie miało żadnego wpływu na wymioty.

Wobec takiego stanu rzeczy zakwalifikowaliśmy naszego pacjenta do operacji.

Zanim jednak uciekliśmy się do interwencji chirurgicznej, rozważyliśmy cały szereg momentów, które zdecydowały o bezwarunkowej potrzebie operacji: 1) znaczne zaleganie treści pokarmowej w żołądku, 2) ilość wymiocin, która przeważnie przekraczała połowę spożytego pokarmu, 3) zachowanie się masy kontrastowej (zdaniem Meyer'a, w razie, gdy żołądek nie przepuszcza połowy papki barytowej w ciągu 3-ch godzin, to już to jedno powinno być wskazaniem do zabiegu operacyjnego), 4) wodochwijność ustroju dziecka — *hydrolabilitas* (dziecko nieraz traciło po 200 gr. na wadze w ciągu dnia) i 5) skłonność do subnormalnych temperatur (od czasu do czasu ciepłota obniżała się prawie do 35°).

Biorąc pod uwagę te momenty, a pozatem bezskuteczność dwutygodniowego leczenia, przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Operacji dokonał Dr. S a i d m a n w uspianiu chloroformowem metodą R a m s t e d t a. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono typowy guz odźwiernika chrząstkowej twardości. Przebieg pooperacyjny był gładki. Szwy usunięto na 10-ty dzień po operacji.

Postępowanie pooperacyjne. W ciągu pierwszej doby po zabiegu dziecko otrzymywało 5-cioprocentową glukozę pod skórę (2 razy po 100 gr.) i 15-oprocentową glukozę *per rectum* (4 razy po 30 gr.). *Per os* płynów nie podawaliśmy. W każdym innym przypadku pylorostenozy nie mamy potrzeby stosować po zabiegu tak bardzo ostrożnej metody, możemy bowiem już po 6-ciu godzinach podawać małe dawki pokarmu, w danym jednak razie należało wziąć pod uwagę powikłanie ze strony wpustu żołądka. Toteż dopiero następnego dnia zaczęliśmy wprowadzać częste i możliwie małe dawki pokarmu, rozpoczynając od 10 gr. co godzina i codziennie zwiększając dawkę o 5 gr. Dopiero pod koniec tygodnia przystawiliśmy dziecko do piersi, kiedy spostrzeżenia kliniczne upewniły nas, że żołądek powrócił do prawidłowej czynności.

* * *

Tę prawidłową czynność żołądka mieliśmy możliwość po pewnym czasie skontrolować promieniami R o e n t g e n a. Trzy tygodnie po operacji podaliśmy dziecku znów pokarm kontrastowy. Tym razem papka barytowa bardzo szybko i w dużej ilości przeszła do jelit cienkich, a część zaś wpustowa żołądka, która poprzednio wykazywała stan skurczu była zupełnie prawidłowa, słowem, czynność wydalnicza żołądka okazała się zupełnie normalna.

Z tego wynika, że w interesującym nas przypadku *cardiospasmus* nie pozostawał w związku z anatomicznymi zmianami w okolicy wpustu, lecz był tylko wtórnym funkcjonalnym zjawiskiem, wywołanym na drodze odruchowej przez *pylorospasmus*. Po usunięciu pierwotnej przyczyny skurcz wpustu żołądka ustąpił.

* * *

Omówiony przypadek mógłby rzucić nowe światło na etiologję skurczu wpustu żołądka.

Szereg autorów (Finkelstein, Göppert, Morgan, Beck) podaje, że *cardiospasmus* występuje u tych niemowląt, u których nie stwierdza się pylorostenozy. Autorzy ci, mówiąc o przebiegu klinicznym *cardiospasmus*, zwracają uwagę na wymioty, które występują w czasie karmienia

d z i e c k a (podobnie zresztą jak to nieraz miało miejsce i w naszym przypadku), a które nie występują wcale, o ile pokarm zostaje wprowadzony przez zgłębnyk żołądkowy. Cierpienie to występuje u niemowląt, dotkniętych skazą neuropatyczną lub też skazą tężyczkową (wówczas wymiotom, wywołanym przez skurcz wpustu, towarzyszą napady duszności, sinicy i kaszlu).

Leczenie takich chorych (poza postępowaniem przyczynowym) polega na usuwaniu na przeciąg pewnego czasu bodźców, wywołujących skurcz wpustu, co daje się uskutecznić bądź przez odżywianie przy pomocy sondy, bądź też przez podawanie pożywienia *per rectum*.

Na podstawie naszego przypadku możnaby sądzić, że *cardiospasmus* może być również wywołany na drodze odruchowej przez pylorostenozę. Wtedy rozumie się — obraz kliniczny skurczu wpustu zostaje zatarty przez te objawy, które zależne są od skurczu odźwiernika. W takim przypadku wyleczenie pylorospazmu powinno prowadzić do ustąpienia skurczu wpustu.

W końcu chcemy więc zaznaczyć, że hipotezę naszą co do przyczyny powstawania skurczu wpustu żołądka (o ile wogóle na podstawie jednego przypadku można wyciągać wnioski) oparliśmy: 1) na danych rentgenologicznych: kontrolne zdjęcie żołądka, dokonane po 3 tygodniach po operacji wykazało prawidłowe stosunki w obrębie wpustu i 2) na danych klinicznych: typowe dla tego cierpienia wymioty, które przed zabiegiem operacyjnym występowały w czasie karmienia dziecka (a których treść nie zawierała soku żołądkowego), po operacji nie wystąpiły ani razu.

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 Floksztrumpfa,
Gądka i Mészera).

(Dokończenie — patrz Nr. 10).

Przypadek 10. Ch. Pis., 65 lat. Pochodzi z rodziny zdrowej. Nigdy poważnie nie chorował. Przed 4-ma laty zauważył osłabienie wzroku lewego oka od strony skroniowej. Bólów głowy nigdy nie miał. Przed rokiem osłabienie wzroku oka prawego, na początku od strony skroniowej.

Badanie wzroku przeprowadzone 17.III.30. (Dr. Pineś) wykazało:

Cataracta incipiens. Tarcze nerwów wzrokowych blade.
Vis. oc. dextr. — 5/9 + 3,00.

Vis. oc. sin. — Widzi ruchy ręki tuż przed okiem. Od strony nosowej liczy palce z odległości 1 metra.

Pole widzenia: wybitne ograniczenie obu pól widzenia od strony skroniowej.

15.V.30. *Status praesens*. Wzrost średni, budowa dobra, podkład tłuszczowy skóry obfity. Bładość twarzy. Słabo wyrażone objawy akromegalji. Gruzoł tarczowy niemacalny. W płucach obecny rozemdy płuc. Serce o normalnych wymiarach. Tony serca czyste, akcentuacja drugiego tonu. W moczu brak białka i cukru. Ilość dobową od 800 — 1300.

Badanie układu nerwowego: Czaszka ma normalną konfigurację; niebolesna przy opukiwaniu. Powonienie i słuch normalny. Smak prawidłowy. Czucie bólu i dotyku na twarzy prawidłowe. Gałki oczne prawidłowo ustawione; ruchy we wszystkich kierunkach zachowane.

Badanie wzroku (Prof. N o i s z e w s k i):

Vis. oc. dextr. — 5/18 + 3,0°.

Vis. oc. sin. — ruchy ręki tuż przed okiem. Reakcja źrenicy prawej na światło zachowana. Źrenica lewa od strony skroniowej nie reaguje, od strony nosowej zaledwie dostrzegalna reakcja.

Kk. górne i dolne pod względem sprawności ruchowej normalne.

Odruchy: *Per. Tric.* — słabe.

AR, PR — żywe.

R o s s o l i m o — brak.

Brzusne — zachowane.

Chód prawidłowy.

Badanie rentgenologiczne: Siodło tureckie pogłębione i poszerzone we wszystkich wymiarach. Dno zniszczone, o zatartych, nierównych granicach. Wyrostki pochyłe przednie i tylne, również grzbiet — zniszczone.

Wobec postępującego zaniku wzroku operacja H i r s c h a celem zastosowania leczenia radem.

20.V.30. W znieczuleniu miejscowym otwarte zostały zatoki klinowe. Usunięto wyłącznie część chrzęstną przegrody. Wobec znacznego zniszczenia dna siodła, w obawie przed uszkodzeniem opony twardej, lemiesz i przegroda między zatokami nie zostały usunięte. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Na czwarty dzień usunięto tampony i chorego wypisano w stanie dobrym. Szóstego dnia chory w godzinach rannych poczuł silny ból głowy w okolicy czołowej i w ciągu kilku godzin zaniewidział i na prawe oko. Wieczorem tegoż dnia chory nie widział silnego światła. Źrenice nie reagowały. Tarcza prawa błada, lewa niewidoczna z powodu daleko posuniętej katarakty. Rozpoznany został krwotok do guza, który przez wzmoczony ucisk na skrzyżowanie nerwów spowodował zupełny zanik wzroku. Zupełna amauroza trwała przez 5 dni. Szóstego dnia chory odróżniał prawem okiem jasne światło. W końcu drugiego tygodnia chory prawem okiem widział ruchy ręki. Postanowiono zastosować naświetlania radem.

18.VI.30. założono 20 mmgr. radu w platynowym filtrze 1 mm. i kauczukowym 1 mm. na 60 godzin. Naświetlanie radowe chory zniósł dobrze. Przez dwa tygodnie bóle w szczękach górnych i w zębach. Dawka 1200 miligr. godz.—9 m. c. d.

Badanie wzroku 1.VII.1930 r.:

Vis. oc. dextr. — liczy palce na odległość dwóch metrów. Źrenica na światło reaguje.

Vis. oc. sin. — amaurosis totalis.

Badanie wzroku 10.VII.30 r.:

Vis. oc. dextr. — liczy palce z odległości 5 metrów.

Vis. oc. sin. — liczy palce tuż przed okiem. Źrenica reaguje słabo na światło.

Badanie wzroku 24.VII.30 r.:

Vis. oc. dextr. — liczy palce z odległości 6 metrów.

Vis. oc. sin. — liczy palce z odległości 1 metra.

25.XI.30 r. Badanie wzroku przez D-ra P i n e s a:

Vis. oc. dextr. — 5/60 — 5/36. Pole widzenia znacznie się poszerzyło. Wypadnięcie tylnego dolnego odcinka skroniowego.

Vis. oc. sin. — liczy palce z odległości 1 metra.

15.VIII.31 r. Dr. P i n e s stwierdził pogorszenie wzro-

ku. Zaznaczyć należy, że chory miał założony rad jeden raz przed 14 miesiącami. Na powtórne zastosowanie radu chory nie zgodził się.

S t r e s z c z e n i e: Pacjent 65 lat. Od 4-let lat bi-temporalna hemianopsja. Nigdy nie cierpiał na bóle głowy.

15.V.30 r. Badanie wzroku (Prof. N o i s z e w s k i). *Cataracta incipiens*. Tarcze n. wzrokowych blade.

Vis. oc. dextr. — 5/9 + 3,0°.

Vis. oc. sin. — widzi ruchy ręki przed okiem od strony nosowej.

Badanie rentgenologiczne — pogłębienie i poszerzenie siodła; dno zniszczone, o zatartych, nierównych granicach. Wykonana została operacja w znieczuleniu miejscowym. Na 6-ty dzień po operacji przy zupełnie dobrem samopoczuciu nagle wystąpił silny ból głowy, i w ciągu kilku godzin doszło do zupełnej utraty wzroku, która trwała 6 dni, prawdopodobnie na skutek wlewu krwawego do guza.

18.VI.30 r. Chory otrzymał 1200 miligr. godz. radu — 9 m. c. d. Stopniowo wzrok zaczął się poprawiać i 25.XI.30 r. Dr. P i n e s stwierdził:

Vis. oc. dextr. — 5/36, wypadnięcie tylnego dolnego odcinka.

Vis. oc. sin. — liczy palce z odległości 1 metra. Na powtórne założenie radu chory się nie zgodził. 15.VIII.31 roku stwierdzono znowu pogorszenie.

P r z y p a d e k 11. Kag. Pacjentka ma 36 lat. Od 14-let lat jest pod obserwacją D-ra F l a t a u a. Cierpienie rozpoczęło się od silnych bólów głowy. Mniej więcej po roku wystąpiły zaburzenia wzroku silniejsze ze strony oka lewego. Zaburzeń w miesiączkowaniu nie było. Leczona była promieniami R o e n t g e n a. Pomimo tego leczenia zaburzenia wzroku postępowały.

S t a n o b e c n y. Pacjentka średniego wzrostu, dość silnej budowy, z obfitą podskórną tkanką tłuszczową. Bładość twarzy; zaledwie dostrzegalne objawy akromegalji. Przy badaniu wewnątrznie stwierdzono zmian ani w płucach, ani w sercu. Mocz nie zmieniony.

Badanie układu nerwowego: ze strony nerwów czaszkowych, poza zaburzeniami wzroku zmian nie stwierdzono. Smak, węch, słuch, czucie dotykowe i bólowe na głowie normalne. Język wysuwa równo; odruch gardzielowy zachowany. Żwaczki napina dobrze.

Kończyny górne i dolne pod względem sprawności ruchowej i czuciowej zmian nie wykazują. Odruchy brzuszne zachowane.

PR — żywe.

AR

R o s s o l i m o — brak.

Podeszwowe — zgięcie plantarne.

Badanie oczu (Dr. E n d e l m a n). Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane.

Źrenica lewa nie reaguje na światło.

Źrenica prawa reaguje na światło.

Vis. oc. sin. — nie widzi palców tuż przed okiem.

Vis. oc. dextr. — 0,3.

Badanie rentgenologiczne: Pokrywa czaszki o zmiennej grubości, *Impressiones digitatae* dobrze zaznaczone w części czołowej. Siodło pogłębione i poszerzone. *Proc. clinoidae anter.* zachowane, *proc. clinoidae poster.* i grzbiet siodła prawie zupełnie zniszczone. Powietrzność zatok klinowych średnia. Przednia ściana siodła i część dna przylega do powietrznej części zatoki klinowej, tylna połowa ciała kości klinowej składa się ze zbitej kości.

Wobec postępującego obniżenia ostrości wzroku pomimo leczenia promieniami R o e n t g e n a i niewątpliwego rozpoznania guza przysadki, zakwalifikowano chorą do operacji celem zastosowania radu.

15.XII.29 r. Chora była operowana w znieczuleniu

miejscowem. Usunięte zostały obie muszle środkowe i transsep-talnie otwarte zostały obie zatoki z usunięciem przegrody między zatokami. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

25.I.30 r. Wprowadzono do zatoki w najbliższym sąsiedztwie siodła 20 mmgr. Ra. E. na 3 doby. Filtr 1 milimetr. platyny + 1 milimetr. kauczuku. Dawka 1440 miligr. godz. — 10,8 m. c. d. Bóle głowy nieznaczne. Przez dwa tygodnie mało dokuczliwe bóle w górnych szczękach.

Badanie wzroku 10.V. (Dr. E n d e l m a n).

Lewe oko: źrenica żywo reaguje.

Vis. — liczy palce na odległość dwóch metrów.

Prawe oko: źrenica żywo reaguje.

Vis. — 4/10.

11.V. 30 r. Chora otrzymała 20 mmgr. Ra. E. na dwie doby. Filtr jak wyżej — 7,2 m. c. d.

Badanie wzroku 10.X. 30 r. (Dr. E n d e l m a n).

Źrenice reagują żywo.

Vis. oc. *sinistr.* — liczy palce na odległość 2½ metra.

Vis. oc. *dextr.* — 3/10.

11.X. 30 r. Chora otrzymała trzecie naświetlanie radem. Wprowadzono 10 mmgr. Ra. E. na 48 godzin. Filtr, jak wyżej. Dawka 3,6 m. c. d.

25.V. 31 r. Chora czuje się dobrze.

Wzrok nie pogarsza się. Pacjentka uprawia swój zawód jako dentystka.

S t r e s z c z e n i e: Pacjentka K. 36 lat. Od 3-ich lat bóle głowy, od roku zaburzenia wzroku. Leczona była niejednokrotnie naświetlaniami rentgenowskimi bez poprawy.

Badanie rentgenologiczne wykryło pogłębienie i poszerzenie siodła. *Proc. clinoidi* i grzbiet zniszczone.

10.XII. 29 r. Badanie oczu (Dr. E n d e l m a n):

Vis. oc. *sin.* — nie widzi palców przed okiem.

Vis. oc. *dextr.* — 0,3.

25.I. 30 r. Po utworzeniu szerokiego dostępu do siodła otrzymała chora 1440 miligr. godz. — 10,8 m. c. d.

11.V.30 r. Chora otrzymała 960 miligr. godz. — 7,2 m. c. d.

11.X.30 r. Chora otrzymała 480 miligr. godz. — 3,6 m. c. d.

11.X. 30 r. Badanie oczu (Dr. E n d e l m a n):

Vis. oc. *sin.* — liczy palce z 2,5 metra.

Vis. oc. *dextr.* — 3/10.

1.X. 31 r. Chora czuje się dobrze. Uprawia swój zawód, jako dentystka.

P r z y p a d e k 12. B. Ler., 18 lat. Ma jednego brata zdrowego. Chorób zakaźnych nie przechodziła. Obecna choroba datuje od 3 miesięcy. Zauważyła, że widzi tylko połowę wyrazów podczas czytania (nie widziała prawej połowy). Gdy zamknęła oko prawe, przekonała się, że zaburzenia wzroku dotyczą lewego oka. Stan ten w przeciągu trzech miesięcy nie uległ pogorszeniu. Przed obecną chorobą nigdy na bóle głowy nie cierpiała. Przez ostatnie 3—4 miesiące miała trzy razy napady bólów głowy, przeważnie w części czołowej, trwające po kilka godzin, bez nudności i bez wymiotów. Miesiączka pierwszy raz w 15 roku życia; w roku zeszłym w ciągu czterech miesięcy była wstrzymana. Obecnie miesiączkowanie regularne. Od roku zeszłego znacznie przytyła. P i r q u e t wyraźnie dodatni + +. W a s s e r m a n n we krwi ujemny.

Cukier		niema. Ciężar gatunkowy 1006.
Mocz: białko		

Status praesens: Chora wzrostu średniego, odżywiania dobrego, budowy prawidłowej. Owłosienie pod pachami i koło sromu prawidłowe. Gruczoły piersiowe prawidłowo rozwinięte. Gruczoł tarczowy niepowiększony, wyczuwalny. Gruczoły chłonne niemacalne.

Narządy wewnętrzne. Płuca bez zmian. Serce: granice normalne, tony czyste, tętno 100 na minutę, miarowe, miernie napięte. Temperatura normalna. Jama brzuszna bez zmian.

Układ nerwowy: Czaszka — konfiguracji prawidłowej, przy opukiwaniu niebolesna. Powonienie zachowane, po stronie prawej nieco upośledzone. Źrenice równe, okrągłe, na światło i zbieżność oddziałują prawidłowo.

Dno oczu — norma.

Vis. oc. *dextr.* — 5/5.

Vis. oc. *sin.* — palce z 1-go metra.

P o l e w i d z e n i a — *hemianopsia bitemporalis*.

Gątki oszne prawidłowo ustawiono i ruchome. Oczopląs nieznaczny. Odruch rogówkowy prawidłowy. Czucie bólu i dotyku na twarzy i języku prawidłowe. Żwaczce napina dobrze.

Nn. twarzowe — bez zmian.

Sluch i smak prawidłowe. Język wysuwa prosto, nie drży. Podniebienie i języczek kurczy się dobrze. Odruch gardzieli prawidłowy.

Kk. górne i dolne pod względem siły mięśniowej, sprawności ruchowej, czucia bólu, dotyku, ciepłikowego, gnostycznego i kinestetycznego — zmian nie przedstawiają. Brak dysmetrii i bezładu. Diadochokineza prawidłowa, może po stronie lewej mniej sprawna. Chód prawidłowy.

Odruchy:

Periost. — słabe.

Tric. — słabe.

Abd. — umiarkowane, dolne słabe.

PR — umiarkowane jednakowe.

AR — umiarkowane jednakowe.

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 przedsionkowe — prawidłowe.

Mowa prawidłowa. Psychika bez zmian.

Badanie zatok jamy nosowej zmian nie wykryło.

Badanie rentgenologiczne: Siodło ma kształt prawidłowy. Rozmiary siodła normalne. Wyrostki pochyłe przednie zachowane, tylne mniej wyraźne.

28.XI. Chora otrzymała 2 naświetlenia promieniami R o e n t g e n a.

3.XII. Chora uskarża się na silne bóle głowy, w skroniach i na migotanie przed oczami.

Chora otrzymała 4 naświetlenia R o e n t g e n a i 10 kwarcówek.

16.XII. Badanie dna oczu wykryło tarcze blade. Dokonane zostało nakłucie łądźwiowe. Ciśnienie było duże. Płyn klarowny, brak pleocytozy. N o n n e - A p p e l t — ujemny. Chora zniosła nakłucie dobrze. Bólów głowy nie było.

Naświetlenia rentgenowskie. (Dr. M e s z):

26.XI. 27 r. — *regio front. med.*

28.XI. 27 r. — *regio tempor. sin.*

30.XI. 27 r. — *regio tempor. dextr.*

2.XII. 27 r. — *regio front. sin.*

5.XII. 27 r. — *regio front. dextr.*

16.XII. 27 r. — 15.III. 28 r. Chora znajdowała się pod obserwacją ambulatoryjną. Otrzymała 20 dożylnych iniekcji glukozy. Bóle głowy były mniej dokuczliwe i nie częste. Wzrok przez ten czas wykazał znaczne pogorszenie. Chora nie może ani czytać, ani czytać. Na ulicy często wpada na ludzi. Ostatnie miesiączkowanie wystąpiło po 5 tygodniach.

Status praesens. W stanie ogólnym nie zaszły żadne zmiany od czasu ostatniego badania. Czaszka przy opukiwaniu bolesna tylko w części czołowej. Powonienie zachowane; źrenice reagują.

Dno oczu — lewa tarcza blade.

Vis. oc. *dextr.* — 5/30.

Vis. oc. *sinistr.* — ruchy przed okiem.

W pozostałych n. czaszkowych nie stwierdzono odchyień od normy. Nie stwierdzono również zmian w kończynach pod względem ruchów, siły, napięcia. Brak dysmetrii, bezładu.

Odruchy:

Pr. — słabe.

Tr. — słabe.

J a k o b s o n — brak.

Abd: górne zachowane, dolny prawy słaby, wyczerpuje się, dolny lewy brak.

PR — zachowane.

AR — zachowane.

Podeszwowe: l. *areflexia*, pr. — słaba fleksja plantarna.

R o s o l i m o — brak.

Chód prawidłowy. Mowa bez zmian.

17.III. 28 r. Chora otrzymała naświetlania promieniami X. okolicy czołowej i skroniowej.

20.III. 28 r. II-gie naświetlanie.

22.III. 28 r. — III-cie naświetlanie.

24.III. 28 r. — IV-te naświetlanie.

27.III. 28 r. — V-te naświetlanie.

Ponadto otrzymała 4 naświetlania lampą kwarcową.

28.III. 28 r. Wypisała się ze szpitala bez poprawy.

25.IV. 28 r. Chora powróciła na oddział. Przez czas pobytu poza szpitalem nie zaszły zmiany w stanie choroby.

Pr. źrenica na światło reaguje.

Lew. źrenica reaguje gorzej.

Vis. oc. dextr. — 5/60.

Vis. oc. sin. — palców przed okiem nie widzi. Skotomaty.

Barw nie odróżnia, z wyjątkiem niebieskiej i żółtej po stronie prawej.

28.IV. Badanie rentgenograficzne nie wykryło zmian w siodle.

15.V. 28 r. Wobec braku poprawy po naświetlaniach rentgenowskich i postępującego obniżenia siły wzroku, zdecydowano się otworzyć zatoki klinowe celem leczenia chorej radem.

Operacja została wykonana w 2-ch tempach w znieczuleniu miejscowym.

16.VI. Stwierdzono wyraźną poprawę vis. lew. oka, pr. oko — 5/60. Palce liczy na odległość 3 metrów.

26.VI. Wprowadzono do zatok klinowych 20 mmgr. radu w filtrze kauczukowym na 24 godziny przez nozdrze lewe. 480 miligr. godz. — 3,6 m. c. d.

27.VI. Ta sama ilość radu wprowadzona została do zatok klinowych przez nozdrze prawe, również na 24 godz. Stosowanie radu chora zniosła dobrze. Przez kilka tygodni chora uskarżała się na bóle w szczękach. Chora została wypisana z oddziału z poprawą wzroku oka lew. (5/15). Pogorszył się wzrok w oku pr. (Palce z 2,5 m.).

12.XI. 1928 roku chora ponownie została przyjęta na oddział. Przez ostatnie kilka miesięcy chora bólów głowy nie miała. Nie wymiotowała. Przytyła.

Badanie wzroku:

Vis. oc. dextr. — 5/60.

Vis. oc. sin. — 5/20.

Granice tarcz normalne, lekko odbarwione. Lewym okiem rozpoznaje wszystkie barwy, prawym okiem prawie nie rozpoznaje.

19.XII. 28 r. Wypisana z poprawą.

7.II. 29 r. Chora znowu przyjęta została na oddział. Przez czas pobytu w domu chora miała uczucie ciężaru w prawej połowie głowy.

Badanie oczu: Tarcze bledsze, niż normalnie. Na światło źrenice reagują dobrze.

Vis. oc. dextr. — n. p. 0,50 m.

Vis. oc. sin. — 5/15.

Lewym okiem odróżnia wszystkie barwy. Prawym kolorów nie odróżnia.

7.II. 29. Założono 20 mmgr. radu do zatoki klinowej przez prawe nozdrze na 24 godzin. Dawka 3,6 m. c. d.

15.II. 29. Założono 20 mmgr. radu do zatoki klinowej przez lewe nozdrze na 24 godzin. Dawka 3,6 m. c. d.

7.XI. 29. Chora znowu została przyjęta na oddział. Badanie oczu przez Dr. A r k i n a wykazało:

Vis. oc. sin. — 5/10.

Vis. oc. dextr. — 5/60. Źrenice okrągłe, na światło i zbieżność reagują. Tarcze nieco blade.

Przez cały czas pobytu w domu chora czuła się dobrze. Bólów głowy nie miała, czuje jedynie ciężar stały w głowie. Wzrok się poprawił o tyle, że może wykonywać drobne ręko-czynny.

19.XI. 29. Chorej założono 15 milicurie emanacji, filtr 1 mm. platyny + 1 mmil. kauczuku. Otrzymała 9 milic. emanacji.

25.XI. 29. Rad został usunięty. Chora zniosła zabieg dobrze.

26.XI. 29. Wypisana.

20.IV. 31 r. Chora czuje się dobrze.

Vis. oc. dextr. — 5/60.

Vis. oc. sin. — 5/10.

Pola widzenia w górnej połowie przechodzą na niewidzące dotychczas skroniowe odcinki, po stronie prawej przechodzi na trzecią część i dolnego skroniowego odcinka.

20.X. 31 r. Chora czuje się dobrze. Visus od czasu ostatniego badania nie zmienił się.

S t r e s z c z e n i e: Pacjentka lat 18. Od kilku miesięcy bólę głowy i zaburzenia wzroku. Była wielokrotnie leczona naświetlaniami prom. R o e n t g e n a, które nie dały poprawy — przeciwnie, wzrok stale pogarszał się.

25.IV. 28. r. Badanie siły wzroku (Dr. A r k i n a):

Vis. oc. dextr. — 5/60.

Vis. oc. sin. — nie widzi palców przed okiem.

Po dokonaniu operacji na skutek samego zabiegu stwierdzono poprawę wzroku lewego oka — liczenie palców z 3 metr.

26.VI. 28 r. Chora otrzymała 960 miligr. godz. — 7,2 m. c. d.

7.II. 29 r. Chora otrzymała 9 milicurie emanacji.

20.IV. 31 r. Badanie okulistyczne (Dr. A r k i n a, oddział D-ra Z a m e n h o f a):

Vis. oc. dextr. — 5/60.

Vis. oc. sin. — 5/10.

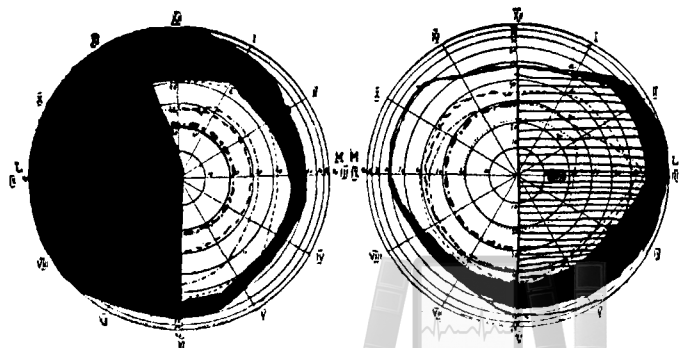
Pola widzenia w górnej połowie przechodzą na niewidzące dotychczas skroniowe odcinki, po stronie prawej przechodzi na trzecią część i dolnego skroniowego odcinka.

20.X. 31 r. St. idem.

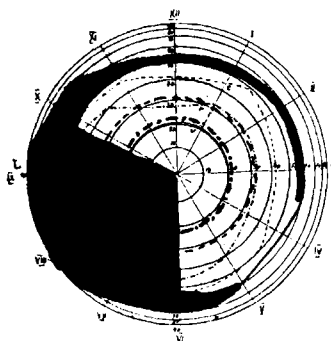
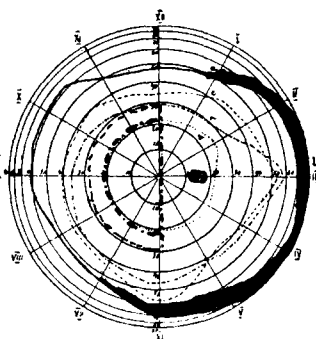
Dąb. przed leczeniem

v. $\frac{5}{24}$
COS

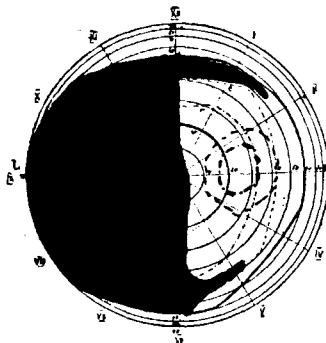
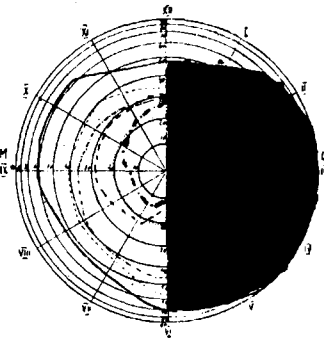
v. $\frac{5}{60}$
COD



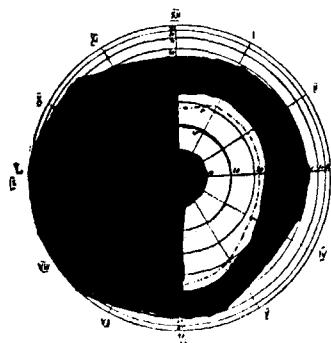
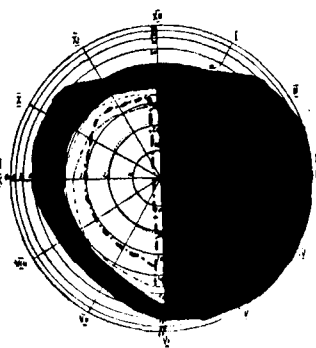
Dąb. po leczeniu

v. $\frac{5}{15}$
COSv. $\frac{5}{25}$
COD

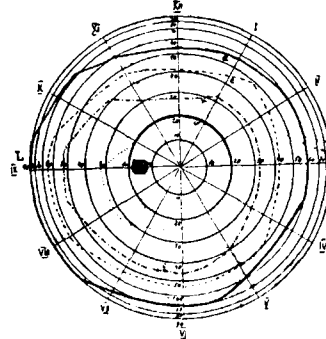
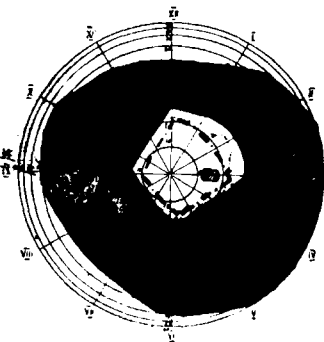
Kag. po leczeniu

v. $\frac{2.5}{60}$
COSv. $\frac{5}{20}$
COD

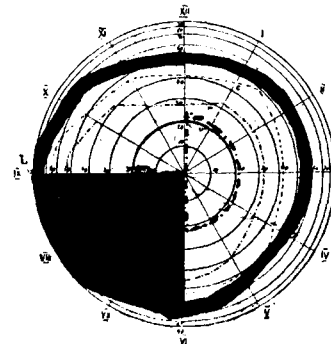
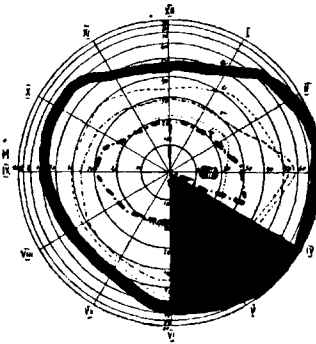
Leh. przed leczeniem

v. ruchy ręki
COSv. $\frac{5}{30}$
COD

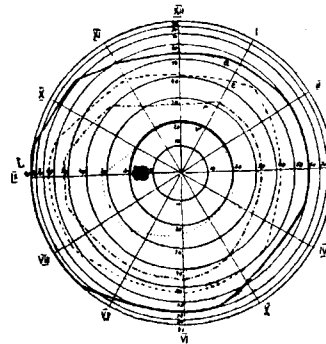
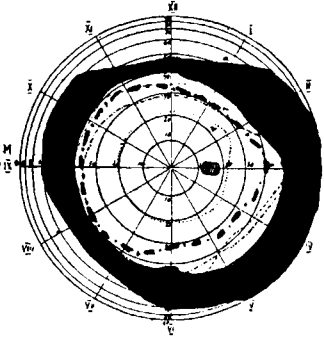
Fask. przed leczeniem

z 2 m. licz. palca
COSz 0,5 m. liczy palca
COD

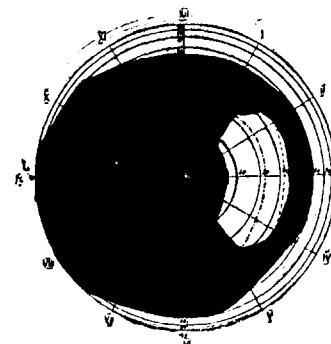
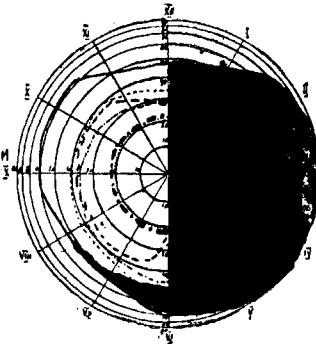
Leh. po leczeniu

v. $\frac{5}{10}$
COSv. $\frac{5}{60}$
COD

Fask. po leczeniu

v. pal. z $\frac{1}{2}$ m.
COSv. $\frac{5}{35}$
COD

Kag. przed leczeniem

v. $\frac{1}{60}$
COSv. $\frac{5}{20}$
COD

Materiał nasz jest zbyt skąpy, czas obserwacji zbyt krótki, ażeby można było wyprowadzić ostateczne wnioski co do wartości stosowanej przez nas metody. W leczeniu było dotychczas 14 przypadków; z tych 12 przypadków jest pod stałą obserwacją od 1 do 4 lat. Jeden chory jest pod obserwacją od 3 miesięcy. Jedna chora zmarła na skutek guza IV komory w 6 tygodni po otwarciu siodła i wielokrotnym opróżnianiu torbieli. Procentowo wyniki leczenia radem w tych 12 przypadkach, które znajdują się pod stałą obserwacją, przedstawiają się w sposób następujący:

- 1) Obiektywnie stwierdzona poprawa wzroku w 4 przypadkach 33,3%
- 2) Subiektywna poprawa w dwóch przypadkach 16,6%
- 3) Stan bez zmiany w 4 przypadkach 33,3%
- 4) Pogorszenie w 2 przypadkach 16,6%
- 5) Śmiertelność 0

Statystyka nasza oparta jest na materiale, w którym wskazaniami do operacji były ciężkie zaburzenia wzroku. Wyjątek stanowi przypadek Nr. 5 z wybitnymi objawami akromegalji, w którym stwierdzono nieznaczne ograniczenie pola widzenia, natomiast wystąpiły bardzo dokuczliwe bóle głowy, nie ustępujące pomimo wielokrotnie stosowanych naświetlań rentgenowskich; we wszystkich pozostałych przypadkach również stosowane było leczenie promieniami R o e n t g e n a; stwierdzono w pojedynczych przypadkach poprawę subiektywną w postaci złagodzenia bólów głowy i rzadszego ich występowania.

W żadnym z tych przypadków leczenie promieniami R o e n t g e n a nie dało poprawy ostrości wzroku, przeciwnie, w wielu przypadkach ostrość wzroku się obniżyła. Postępujący upadek wzroku skłonił też nas do zabiegu, który miał na celu doprowadzenie źródła energii promienistej — radu pod siodło tureckie. W dwóch przypadkach, w których leczenie R o e n t g e n e m i radem, doprowadzonym pod siodło, nie dało poprawy (Nr. 1 i Nr. 2) siodło zostało otwarte. W jednym z tych przypadków (Nr. 2) natrafiono na guz mocno unaczyniony, którego w obawie krwotoku nie usiłowano usunąć; w drugim (Nr. 1) przypadku stwierdzono torbiel, po której opróżnieniu narazie stwierdzono poprawę ostrości wzroku i spadek diurezy z 5000 cm³ do 800 cm³. W dalszym przebiegu stan chorej się pogorszył. Nakłucie powtórne guza spowodowało znowu spadek diurezy z 4800 do 800 cm³. W piątym tygodniu wystąpiło zamroczenie, hipertermja i porażenie połowicze, po 48 godzinach chora zmarła. Na sekcji stwierdzono guz złośliwy (Ca) III komory, częściowo zwyrodniały torbielowato. Na podstawie mózgu wzdłuż naczyń stwierdzono nacieczenie ropne.

Wyniki leczenia metodą, przez nas stosowaną, nie bardzo odbiegają od rezultatów, otrzymanych przez H i r s c h a, który, jak wiadomo, zasadniczo we wszystkich przypadkach otwiera siodło. W r. 1912 H i r s c h ogłosił 26 przypadków (z dokładnym podaniem historii chorób), które były leczone wyłącznie chirurgicznie. Z tych w 3-ch przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne w następstwie operacji. W jednym przypadku (Nr. 3) nie udało się otworzyć siodła; w przyp. 23 metoda transseptalna nie powiodła się, i chory musiał być powtórnie operowany drogą transtmoidalną. W przyp. Nr. 5 i Nr. 19 chory trzykrotnie byli operowani, i kilkakrotnie dokonano nakłucia z wynikiem nieznacznym w postaci poprawy ostrości wzroku z 6/18 na 6/12 i z 6/36 na 6/18 w jednym oku. Poprawa w 5 przypadkach od 2—6 miesięcy również nie jest istotną poprawą.

Procentowo wyniki były następujące:

1) Śmiertelność w	11,5%
2) Pogorszenie w	11,5%

3) Poprawa od 2—6 mies.	19,2%
4) Bez poprawy	31%
5) Poprawa od 6 mies. do 2-ch lat	26,9%

Tak się przedstawiają wyniki H i r s c h a w przypadkach, w których chorzy byli operowani bez następczego naświetlania radem. Wyniki leczenia, ogłoszone przez H i r s c h a w ostatnich latach, przedstawiają się korzystniej: śmiertelność spadła do 5,6%, poprawę powyżej dwóch lat stwierdził H i r s c h w 25% przypadków. Wyniki tak pomyślne zawdzięcza H i r s c h nie tylko zabiegom chirurgicznym, lecz w dużej mierze naświetlaniom radem. H i r s c h podkreśla w swoich publikacjach, że dla utrwalenia efektu konieczne jest energiczne leczenie następcze energją promienistą. Jak wynika z podanej przez nas bardzo małej wprawdzie statystyki, naświetlanie radem bez otwierania siodła daje wyniki nie gorsze, niż naświetlanie radem po uprzednim obnażeniu nowotworu. Nie jest to dla nas niespodzianką, albowiem cienka blaszka kostna nie powinna zmniejszać działania leczniczego radu w przypadkach, w których mamy guzy, poddające się leczeniu energją promienistą; tembardziej w przypadkach, w których nowotwór doprowadził do znacznego ścięnięcia, ewentualnie zniszczenia dna siodła.

Podane przez nas przypadki nie były wybierane specjalnie dla metody, przez nas stosowanej. Wszystkie przypadki, w których leczenie R o e n t g e n e m nie dało poprawy, i pomimo naświetlania R o e n t g e n e m ostrość wzroku obniżała się, były operowane celem doprowadzenia radu pod samo siodło.

Doświadczenie, zdobyte na większym materiale, da nam może pewne podstawy do rozsegregowania materiału zależnie od rodzaju guza, czasu trwania choroby i warunków anatomicznych. Już teraz zarysowują się pewne wytyczne w tym kierunku. Rentgenografia informuje nas dokładnie o warunkach anatomicznych terenu operacyjnego. Istnieją przypadki, w których otwarcie siodła nie następuje trudności. W przypadkach tych można otworzyć siodło, dokonać nakłucia, celem stwierdzenia, czy mamy do czynienia z guzem, czy też z torbielą. Torbiele nadają się wyłącznie do leczenia operacyjnego i, jak wiadomo, dają rezultaty najlepsze. Natomiast guzy prawdziwe nadawałyby się raczej do leczenia radem. W przypadkach, w których mamy przed sobą zatoki klinowe małych rozmiarów, zaś siodło znajduje się w grubym bloku kostnym, otwarcie siodła staje się niebezpieczne, często też operacja następuje duże trudności techniczne. W przypadkach tych należy się ograniczyć do wprowadzenia radu tuż pod siodło tureckie. Również oponiaki nadają się do leczenia radem bez otwierania siodła. H i r s c h w kilku przypadkach, w których przypuszczano oponiaki, widział poprawę na skutek samego naświetlania radem bez otwierania siodła.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O ciśnieniu średnim.

Podał

Dr. med. Henryk SZPIDBAUM (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 10).

Pod wpływem badań nad ciśnieniem średnim autorzy francuscy powrócili do tego zagadnienia. V a-

quez, Kisthinios, Gomez, Gley podjęli szereg badań w celu stwierdzenia, w jakim stopniu ciśnienie średnie mogłoby być miarą czynnościowej wydolności mięśnia sercowego. Stwierdzono przedewszystkiem, że u osób zdrowych ciśnienie maksymalne podnosi się o 2 — 3 cm. Hg., wracając powoli do wielkości normalnej po 2, najwyżej 4-ch minutach; ciśnienie rozkurczowe podnosi się znacznie mniej, o około

$\frac{1}{2}$ cm. Hg., najczęściej nie zmienia się wcale i wraca do normy prawie natychmiast; co się tyczy ciśnienia średniego, wykazuje ono niesłychaną stałość, nie ulega najmniejszej zmianie nawet po znacznym wysiłku fizycznym.

Następne badania dotyczyły chorych sercowych. Tutaj dała się wyróżnić grupa, w której, aczkolwiek dotyczyła ona chorych z dużymi niekiedy zmianami organicznymi w sercu i naczyniach, nie stwierdzono najmniejszej zmiany w wielkości ciśnienia po wysiłku fizycznym (bieg 200-metrowy ze średnią szybkością). Byli to chorzy z wadami zastawkowymi (wrodzone zwężenie aorty z doskonałą adaptacją, czyste zwężenie zastawki dwudzielnej, niedomykalność zastawki dwudzielnej, niedomykalność zastawek tętnicy głównej typu *Corrigana*, nadciśnienie tętnicze), u których jednakże nie było objawów niewydolności mięśnia sercowego. Ciekawe są spostrzeżenia, poczynione na chorych z wadami zastawkowymi, u których ciśnienie średnie nie uległo zmianie pod wpływem wysiłku fizycznego, aczkolwiek istniały objawy podmiotowe i przedmiotowe niedomogi mięśnia sercowego. Otóż analiza tych przypadków pozwoliła stwierdzić, że niedomoga sercowa dotyczyła wyłącznie małego krążenia i wyrażała się dusznością, sinicą, przekrwieniem biernym wątroby, obrzękami na obwodzie, rozszerzeniem prawego serca, podczas gdy krążenie tętnicze było nieuszkodzone. Nie było więc powodu do zmiany ogólnego reżimu ciśnienia tętniczego.

Inaczej sprawa przedstawiała się w drugiej grupie przypadków, obejmującej chorych z wysokim ciśnieniem średnim, zwiększającym się znacznie po wysiłku fizycznym. Co więcej, u tych chorych ciśnienie średnie wracało bardzo powoli do swej wielkości poprzedniej. Otóż u tych wszystkich chorych (nadciśnienie tętnicze, *aortitis luetica*, zwężenie zastawek półksiężycowatych aorty, niedomykalność zastawek aorty typu *Hodgsona*, niedomoga serca w przebiegu choroby *Bassedowa*) stwierdzono wybitne objawy niedomogi serca lewego: powiększenie zarysów lewej komory, duszność wysiłkową, stałą, lub w pozycji leżącej, napady obrzęku płuc, tachikardję i palpacje, rytm galopowy, tętno naprzemiennie.

Z całości kształtu tych obserwacji wynika, że u chorych z dobrze skompensowanymi schorzeniami serca ciśnienie średnie zachowuje się, jak u osobników normalnych, t. j. nie zmienia się ono po wysiłku lub tylko bardzo nieznacznie. Zmiany ciśnienia średniego występują dopiero z chwilą, gdy serce znajdzie się w stanie niedomogi, a w szczególności niedomogi lewej komory.

Drugim punktem niezmiernie ważnym jest fakt, że podwyższenie ciśnienia średniego, występujące u osobników z niedomogą lewej komory po wysiłku fizycznym, ustępuje bardzo powoli zgodnie z ogólnym prawem, że zaburzenie czynnościowe ustępuje tem wolniej, im bardziej dany organ jest chorobowo zmieniony.

Autorzy wyrażają ponadto przekonanie, że w tych przypadkach, w których klinicznie nie dadzą się stwierdzić żadne objawy niewydolności mięśnia sercowego, a rentgenologicznie nie stwierdza się jeszcze powiększenia lewej komory, to jednakże fakt wysokiego ciśnienia średniego, wzgl. wzrost ciśnienia średniego po wysiłku lub powolny powrót do normy pozwala przewidzieć grożącą, wzgl. zbliżającą się niedomogę mięśnia sercowego. Jest rzeczą zrozumiałą, jak wielkiego znaczenia nabrać może badanie ciśnienia średniego w warun-

kach statycznych i po wysiłku fizycznym w pewnych okolicznościach, np. przy zawieraniu umowy z klientami przez towarzystwa ubezpieczeń. Ciśnienie średnie statyczne i po wysiłku daje bowiem doskonałe pojęcie o wydolności czynnościowej mięśnia sercowego u osobników zdrowych i sercowo chorych. Ciśnienie skurczowe nie mogło być tej wydolności miarą, gdyż reprezentuje tylko krótki moment z całej rewolucji sercowej — ciśnienie średnie natomiast całokształt kolejnych, następujących po sobie w czasie całkowitej rewolucji sercowej ciśnień.

Znaczenie kliniczne ciśnienia średniego.

Badania kliniczne nad ciśnieniem średnim nie są jeszcze zbyt rozległe, temniej dały już bardzo ciekawe rezultaty, które nakazują poważnie zastanowić się nad istotą tego zjawiska.

Było dotychczas rzeczą zastanawiającą, że spośród wszystkich schorzeń zastawkowych jedynie niedomykalność zastawek aorty pochodzenia wsierdziowego (choroba *Corrigana*) daje się pogodzić z normalnym trybem życia do tego stopnia, że może ona być uważana za pewnego rodzaju ułomność, a nie za prawdziwą chorobę. Pośród wielu objawów tej choroby wiele zależy od zmian wartości ciśnień skrajnych: chybkie tętno, tętno kapilarne, taniec tętnic, podwójny szmer nad tętnicą udową itd. Otóż, w przeciwstawieniu do niestałości ciśnienia maksymalnego i minimalnego, ciśnienie średnie zachowuje wartość stałą i niezmienną, nieprzewyższającą normy. Stwierdzili to *Fontana*, uczeń *Pachona*, a następnie *Vaquez* i jego współpracownicy u wielkiej liczby chorych. Ciśnienie średnie, które jest syntetycznym wyrazem zmiennych ciśnień, panujących w naczyniach, reprezentuje lepiej, niż każdy inny moment ciśnienia naczyniowego, wysiłek, wykonany przez serce, i stopień ukrwienia narządów — jeżeli tedy ciśnienie średnie jest normalne w chorobie *Corrigana*, to łatwo zrozumieć, dlaczego cierpienie to sprawia tak mało dolegliwości chorym.

Niektórzy autorzy, stwierdziwszy, że istnieje kategoria ludzi o niskim ciśnieniu maksymalnym i minimalnym, opisali zespół chorobowy hipotensyjny. *Gley* i *Gomez* nie uznają jednakże takiej jednostki chorobowej, gdyż ciśnienie średnie u tych pacjentów zachowuje się normalnie i krążenie w układzie naczyniowym jest więc zapewnione pomimo niskich wartości ciśnień skrajnych.

Już oddawna było wiadomo, a *Dumas* stwierdził to ponownie w ostatnich czasach, że hipertensję znamy tylko jako chorobę już rozwiniętą, nie możemy natomiast zazwyczaj zdać sobie sprawy, kiedy i jak ona się rozpoczęła. Przy rozwiniętej hipertensji ciśnienie średnie jest anormalnie wysokie. Wystarczy więc ono całkowicie do rozpoznania. Lecz, jak to stwierdzili autorowie francuscy na wielkiej liczbie przypadków, zwiększenie ciśnienia średniego daleko dokładniej odzwierciedla stopień ciężkości zaburzenia, aniżeli ciśnienie średnie. Powiększenie lewej komory, jej rozszerzenie i niedomoga w stanie posuniętej hipertensji, objawy czynnościowe i subiektywne chorych są zawsze w ścisłym związku ze zwiększeniem ciśnienia średniego, podczas gdy te objawy mogą być daleko mniej zaznaczone u osobników z dużym ciśnieniem skurczowym, a tylko nieznacznie zwiększonym ciśnieniem średnim. Miarą więc ciężkości zaburzenia jest ciśnienie średnie. Jest rzeczą jasną, że należy uwzględnić i inne czynniki, jak czas trwania hipertensji, zmiany mięśniowe itd.,

które same przez się mogą przyczynić się do postępu choroby.

Wreszcie pod koniec 1931 r. udało się V a q u e z o w i i G o m e z o w i wyodrębnić nowy zespół kliniczny, t. zw. nadciśnienie średnie odosobnione (hypertension moyenne solitaire), spotykany zazwyczaj u ludzi młodych i noszący charakter rodzinny. Pacjenci ci zgłaszają się ze skargami, spotykanymi w hipertensji: bóle głowy w okolicy potylicznej, zaburzenia wzroku, przemijające amaurozy, muszki przed oczami, szum w uszach, zawroty głowy, duszność wysiłkowa, palpacje, skurcze w łydkach itd., przyczem lekarz nie stwierdza żadnych zmian w ciśnieniach skrajnych. Badanie ciśnienia średniego w tych przypadkach stwierdza wysokie wartości, 12 — 14 cm. Hg. Należy tych pacjentów bezwzględnie uważać za dotkniętych nadciśnieniem, i dokładniejsze badanie pod ekranem wykazuje wyraźny przerost lewej komory lub też zmiany ilościowe i jakościowe w ścianach aorty, analogicznie do tych, które się napotyka w całkowicie rozwiniętej hipertensji. Nie należy zapominać o tem, że pod względem fizjologicznym najmniejsze zwiększenie ciśnienia średniego ma daleko większe konsekwencje, aniżeli znaczne nawet zwiększenie ciśnienia maksymalnego.

Widocznym jest, jak wielkie korzyści wyniknąć mogą z powyższych faktów dla towarzystw ubezpieczeń. Dotychczas wystarczało, że u danego osobnika nie stwierdzono zmian osłuchowych, i że ciśnienie maksymalne i minimalne było w granicach normy, by uznać kandydata do ubezpieczenia za wolnego od uszkodzeń układu krążenia.

Ograniczenie się tylko do powyższego badania jest w obecnym stanie naszych wiadomości błędem i przynieść może wielkie szkody towarzystwom ubezpieczeń, tembardziej, że zespół odosobnionego nadciśnienia średniego spotyka się przedewszystkiem u osobników młodych, których przyszłość znajduje się pod znakiem zapytania z powodu postępujących zmian lewej komory. Badanie więc ciśnienia średniego staje się koniecznością zawodową dla lekarzy zaufania towarzystw ubezpieczeń.

W czasie ciąży i porodu ciśnienie średnie jest normalne (L é v y - S o l a l i K i s t h i n i o s, C o u v e l a i r e). Gdy jednakże eklampsja komplikuje przebieg ciąży ciśnienie podlega interesującym zmianom. Już dawniej V a q u e z i N o b é c o u r t utrzymywali, że objawy eklamptyczne są uwarunkowane podwyższeniem ciśnienia skurczowego. Nie wszyscy badacze mogli ten fakt potwierdzić. Otóż badanie ciśnienia średniego wyjaśnia te pozorne sprzeczności. Analogicznie bowiem do faktu istnienia hipertoniaków, u których stwierdza się podwyższenie ciśnienia średniego bez podwyższenia ciśnienia maksymalnego, istnieją stany eklampsji z normalnym mniej więcej ciśnieniem skurczowym, lecz ciśnienie średnie jest u nich zawsze wysokie. Eklampsja jest więc uwarunkowana nadciśnieniem tętniczym, lecz by je uwydatnić, należy sięgnąć do pomiaru ciśnienia średniego. Z tego wynika, że stwierdzenie wysokiego ciśnienia średniego u ciężarnych, posiada poważne znaczenie prognostyczne — każe obawiać się wystąpienia rzucawki.

Identycznie sprawa przedstawia się w stosunku do jaskry (*glaucoma*). W 1904 r. V a q u e z wykazał, że w tem cierpieniu ciśnienie maksymalne jest zwiększone. Fakt ten był przez jednych potwierdzony, przez drugich negowany, związek między jaskrą i ciśnieniem musi jednakże być utrzymany, należy tylko ciśnienie ma-

ksymalne zastąpić przez średnie. U chorych z jaskrą ciśnienie średnie jest zawsze wysokie (B a i l l a r t i G o m e z, G l e y, V a q u e z, R o l l e t z Lyonu), ciśnienie maksymalne może być w granicach normy.

Badania szkoły V a q u e z a zostały dotychczas sprawdzone na większym materiale (400 osobników) jedynie przez Kamila L i a n a. Wywody tego autora nie pokrywają się całkowicie z wnioskami V a q u e z a. Stwierdza on jednakże doniosłość pomiaru ciśnienia średniego, które powinno z czasem zastąpić mierzenie ciśnienia skurczowego, gdyż jest ono w równym stopniu dowolne i nieściśle, o ile badanie ciśnienia średniego jest precyzyjne. L i a n występuje w obronie swej idjopatycznej hipotensji, albowiem stwierdzał w niej i niskie ciśnienie średnie, nieprzekraczające 8 cm. Hg. Autor ten nie może uważać ciśnienia średniego za konstantę fizjologiczną, gdyż, jak stwierdził, zmienia się ona wraz z wiekiem i po wysiłku. Nie jest ona równą miarą pracy i wydolności mięśnia sercowego. Wartość normalna ciśnienia średniego nie dowodzi jeszcze istnienia normalnego serca. Pomiar ciśnienia maksymalnego nie stracił bynajmniej na znaczeniu, gdyż nie można uważać za normalnego osobnika z wysokim ciśnieniem maksymalnym pomimo normalnej wysokości ciśnienia średniego.

Zdaniem L i a n a, przypadki odosobnionego nadciśnienia średniego bez hipertensji maksymalnej są naogół rzadkie, przyczem zawsze i ciśnienie minimalne jest w tych razach wysokie. Proponuje więc dla tych przypadków nazwę „nadciśnienia tętniczego bazalnego” w przeciwstawieniu do nadciśnienia tętniczego maksymalnego dla zaznaczenia, że u tych chorych szczyt ciśnienia nie jest wcale, lub tylko nieznacznie zwiększony.

L i a n podkreśla również fakt, że charakter patologiczny formuлки ciśnieniowej jest lepiej uwydatniony przy porównaniu ciśnienia maksymalnego i średniego, aniżeli przy porównaniu maksymalnego i minimalnego.

Istnieje zgodność między wartościami ciśnienia maksymalnego i średniego, gdy ciśnienie średnie wynosi 3 plus połowa ciśnienia maksymalnego u osobnika z hipertensją, 2 lub 3 plus połowa maksymalnego u osobnika normalnego, i 2 plus połowa maksymalnego u hipotonia.

Z badaczy zagranicznych dotychczas jedynie V o l t e r r a, jak się wydaje, przeprowadzał badania nad ciśnieniem średnim i całkowicie potwierdził wywody szkoły V a q u e z a.

PISMIENICTWO.

Cordier, Veil, Collomb, Quels sont les renseignements que peut fournir la tension vraie ou ancienne tension moyenne (Soc. Med. d. Hôp. de Lyon, séance 19.V.1931). Cordier i Veil, Le „cri” de la tension moyenne (Arch. des Maladies du Cœur, Wrzesień, 1931). Gley i Gomez, La détermination de la pression moyenne par la méthode oscillométrique (Journ. de Physiologie et Pathol. Générale, N. 1, 1931). Gley i Gomez, La détermination des pressions moyenne et minima par la méthode oscillom. (Presse méd. 17.II. 1931). Gley i Gomez, A propos du procès verbal. A propos de la mesure de la pression moyenne (Soc. Méd. des Hôp. de Paris séance, 9.VII.1931). Gley i Gomez, La pression moyenne — sa mesure et son intérêt pour la clinique (Paris Médical, N. 27, 4.VI.1931). N. Kisthinos, La pression moyenne dynamique et ses variations normales et pathologique. (La Médecine, Wrzesień, 1931). Joseph - Ferdinand Lapeyre — La pression arter. moyenne et les courbes oscillo-

métriques dans la démence précoce hébéphrénique et hebephreno-catatonique, Thèse de Paris, 1931). Laubry i Lidy, Les variations du rythme cardiaque et de la tension art. dans l'orthostatisme, l'effort, et la fatigue, (Arch. d. Mal. du Coeur, des Vaisseaux et du Sang, 1917, p. 49). C. Lian, La pression artérielle moyenne et son importance sémiologique, (Presse méd. N. 7, 23.I.1932). A. Martinet, Epreuve fonctionnelle circulatoire. (Presse Méd. N. 4, 20.I.1916). V. Pachon, Education physique et critères fonctionnels. (C. R. Soc. de Biol. 21.V. 1910). Vaquez, Pression art. moyenne. Siècle medical, 16.IV.1931). Vaquez, Gley, Gomez. Une nouvelle étape de la sphygmomanométrie. (Presse med. 25.II.1931, Nr. 16). Va-

quez, Gley, Gomez. Etude théorique et pratique de la mesure de la pression moyenne etc. (Presse med. N. 71, 5.IX.1931). Vaquez i Kisthinios. La pression moyenne considérée comme pression basale. (Bull. de l'Acad. de Méd. Séance 24.III.1931). Vaquez, Gomez. Lajoie, Hypertension moyenne à l'effort et aptitude fonct. cardiaque. (Presse méd. N. 84, 21.X.1931). Vaquez, Kisthinios i Papaionnou. Pression moyenne, constante sphygmomanométrique. (Presse méd. 22.IV.1931). Vaquez, Gomez. Un syndrome hypertensif nouveau: l'hypertension moyenne solitaire. (Presse med. N. 97, 5.XII.1931). Volterra. Mittlerer arterieller Druck. (Zentralblatt f. inn. Medizin, N. 49, 1931).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Radjologia.

■ Doz. Dr. HOFFMAN Wolfgang. „Rozpoznawanie i leczenie chorób oczu promieniami X“. (Radiologische Praktika, tom XIX, nakładem Georg Thieme, Lipsk, stron druku 70, ilustracji 20).

Podręcznik, poświęcony zastosowaniu promieni X w rozpoznaniu i leczeniu spraw chorobowych ocznych. W dziedzinie rozpoznawczej na pierwszym miejscu znajduje się lokalizacja ciał obcych. Podane są sposoby: orientacyjny (zdjęcia w 2-ch płaszczyznach), geometryczny, stereometryczny i fizjologiczny (A l t s c h u l). Omawiane są również schorzenia gałki ocznej, orbity, nerwu wzrokowego i przewodów łzowych (za pomocą płynu kontrastowego). Lecznictwo obejmuje gruźlicę oka, jego otoczenia, przewlekłe sprawy zapalne gałki niegruźlicze (kiła, choroba M i k u l i c z a i t. d.), przewlekłe schorzenia śluzówki i powiek, ostre stany zapalne, jaskrę, *epiphora* (wywołanie zaniku gruczołu łzowego) i guzy. Autor uwzględnił uszkodzenia po naświetlaniach prom. X i środki zaradcze.

B. K r y ś k i.

WELTZ. Fałdy przepony i ich znaczenie. (Münch. med. Woch. Nr. 6. 1932).

W obrazie rentgenowskim widuje się wzgl. często łukowate lub półkuliste zniekształcenia przepony, które stają się wyraźniejsze przy głębokim wdechu, a znikają przy wydechu. S c h i n z uważa je za zjawisko normalne. A s s m a n n wyjaśnia, że powstają przy niepełnym wypełnieniu się wdechem dolnych części płuc i wskutek nierównomiernych ruchów poszczególnych części przepony. W 200-tu zdjęciach rentgenowskich płuc, branych bez wyboru, wyraźne zniekształcenia przepony znaleziono 5 razy przy ciężkiej *asthma cardiale*, 7 razy przy długotrwałym *bronchitis*, 2 razy przy rozedmie i 2 razy w przypadkach bez żadnych dolegliwości płucnych. U 100 astmatyków dodatkową łukowatość przepony stwierdzono 83 razy. Zmiany te tłumaczone były dotąd zrostami, które dają się wyłączyć przy zdjęciach stereodjagnostycznych. Fałd w przeponie nie spotyka się u dzieci poniżej lat 10. Występują jednakowo często u mężczyzn i u kobiet. U wszystkich chorych z opisywanymi zmianami przepony zauważono poziomy przebieg dolnych żeber i rozszerzenie podstawy klatki piersiowej. Ustawienie przepony było przeważnie niskie, więc jej mięśnie skurczone. Po fałdowanie przepony może utrzymywać się przez czas dłuższy, nawet po ustąpieniu dolegliwości. W przypadkach zniekształceń przepony po stronie prawej stwierdza się również, a to ze strony anatomopatologicznej złoobkowanie wątroby. Te bywają jednak wrodzone i nie mogą mieć związku ze stanem przepony, który może powstać jako skutek ustawienia klatki piersiowej i związanego z tem naciągania i skrzywienia przepony; albo wynika z hipertencji mięśni przepony.

F. T u r y n.

P. PREUSCHOFF. Przewlekły sercowy zastój w płucach obok pylicy węglowej silnego stopnia w obrazie rentgenowskim. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 2).

Na zasadzie badań klinicznych, rentgenologicznych i anatomo-patologicznych wykazuje autor, że drobnoplamiste ogniska i t. zw. marmurkowanie obu pól płucnych w przypadku autora powstały nie tylko wskutek złągów komórek wad sercowych, ale również z powodu równomiernie po obu płucach rozsianych ognisk pylicy węglowej. Wywiady i niestosunek między ciężkimi zmianami w rentgenogramie a nieznacznie odchyleniami od normy przy badaniu klinicznym pozwalały raczej, zwłaszcza wobec początkowego braku zaburzeń wyrównania w dużym krwioobiegu, podejrzewać istnienie zmian pyliczych w płucach, aniżeli ciężkiej przewlekłej zastoiny w nich. Dopiero autopsja wykazała przewagę zmian, spowodowanych przez przewlekły zastój w płucach, nad zmianami, wywołanymi przez obfite odkładanie się pyłu węglowego. Stwierdzenie takie posiada duże znaczenie nie tylko dla kliniki, ale i dla ubezpieczeń społecznych. Tłumaczenie leżących w podłożu obrazu rentgenowskiego zmian anatomo - patologicznych może w przypadkach drobnoplamistego nakrapiania i tak zwanego marmurkowania obu pól płucnych nasuwać duże trudności, a czasami nawet być niemożliwe. Pod względem różniczkowo - rozpoznawczym wchodzi w rachubę szereg schorzeń, dających rentgenologicznie takie same lub podobne obrazy.

Henryk J. L a n d a u.

F. EISLER. Rentgenodjagnostyka guzów woreczka żółciowego i trzustki. (Wien. kl. Woch. N. 46, 1931).

Najpierw należy wykonać zwykle zdjęcie jamy brzusznej, które już samo może nasunąć pewne wnioski topograficzne. Zapomocą wypełnienia masą kontrastową żołądka i jelit widzi się czasem w guzach pęcherzyka żółciowego zmiany w kształcie i położeniu dwunastnicy, rzadziej w żołądku, wgłębienia opuszki, górnego kolana lub części zstępującej dwunastnicy, zwężenia odźwiernika i dwunastnicy przy normalnym reljefie śluzówki. Wpływ guzów głowy trzustki na dwunastnicę polega na przemieszczeniu ku przodowi i ku środkowi oraz również na objawach zwężenia zagięcia dwunastniczo - jelitowego, na żołądek w przemieszczeniu go ku górze, rozciągnięciu krzywizny małej lub wgłębieniach krzywizny dużej. Również zdarzają się duże okrągłe ubytki cieniowe przy normalnym reljefie śluzówkowym; bywa to przy ucisku guza na tylną ścianę żołądka. W zrostach guzów pęcherzyka żółciowego lub trzustki ze ścianą przewodu pokarmowego przychodzi również do powstawania ubytków cieniowych, przemieszczenia lub fiksacji. Ważne jest również kontrastowe wypełnianie pęcherzyka żółciowego. Jednakże nawet przy nieuwiadczeniu się cienia pęcherzyka żółciowego nie można wyciągnąć wniosku co do istnienia guza. Nie zmniejszanie się cienia pęcherzyka po podaniu żółtka jaja przemawia za zmniejszaniem się elastyczności ściany. Powięk-

szczenie cienia ze skutecznym podawaniem żółtka bywa w puchlinie pęcherzyka żółciowego. Znalezienie kamieni przy nagłym podejrzeniu o raka nie może być wyzyskane na niekorzyść tego rozpoznania. Kontrastowe wypełnianie wątroby za pomocą koloidalnego roztworu dwutlenku toru, który zostaje zatrzymany w układzie siateczkowo-śródbłonkowym i daje rozlany cień, pozwala w doświadczeniach na zwierzętach rozpoznawać guzy wątroby przez oszczędzanie odcinków nowotworowych, nie było jeszcze jednak stosowane u człowieka.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

L. FREUND. W sprawie wrażliwości na promienie w wieku dziecięcym. (Wien. kl. Woch. N. 50, 1931).

Uogólnianie założenia wysokiej wrażliwości tkankowej dziecka na działanie promieni nie jest usprawiedliwione. Jest ono jednak w rzeczywistości słuszne dla dużej liczby narządów i tkanek, których rozwój i wzrost nie zostały jeszcze ukończone. Należy przytem uwzględnić fakt, że podczas nasświetlania pewnego narządu wewnętrznego promienie przechodzą przez powłoki miękkie i kostne bardziej cienkie u dziecka, niż u dorosłego. Leczenie lepiej jest przeprowadzać nie jednocześnie, lecz przez dłuższy czas, podzielone na małe dawki i z dłuższymi przerwami.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

Choroby zakaźne.

I. ICKOWICZ. Pasy Haeda w przebiegu duru brzuszego. (Terap. Archiw. T. 9, zes. 2, 1931).

Autor zajmuje się w swej pracy sprawą, obserwowaną w klinice infekcyjnej w Taszkencie; spostrzegł w przebiegu duru brzuszego hiperestezję dolnych części brzucha, niekiedy tak gwałtowną, że przypomina zapalenie otrzewny. Występowanie opisanego objawu autor sprawdził w 112 przypadkach duru brzuszego, rozpoznanego na zasadzie przebiegu klinicznego, badań serologicznych i bakterjologicznych; okazało się, że w 40% przypadków objaw ten był wybitnie dodatni, przyczem hiperestezja dotyczyła czucia bólu, dotyku i temperatury. Dla kontroli badań czucie skóry brzucha w przebiegu innych chorób infekcyjnych, lecz żadnych zbroczeń w tym kierunku nie stwierdził. Przeczulica zjawia się w końcu 2 tygodnia, zajmuje dolną część brzucha od pępka do spojenia łonowego i z tyłu do fałdy pośladowej. W miarę ogólnej poprawy chorego teren, dotknięty zmianami czuciowymi się zmniejsza, utrzymując się najdłużej w dole brzucha blisko spojenia łonowego. U wielu chorych przeczulica utrzymywała się w ciągu 3 tygodni po zupełnym spadku temperatury. W przypadkach nawrotu duru brzuszego autor stwierdził przetrwanie hiperestezji po spadku temperatury w całej rozciągłości, aż do ponownego podwyższenia ciepłoty. Przeczulica opisana ma charakter korzonkowy. Wobec tego, że szczyt jej przypada na koniec 2-go tygodnia sprawy durowej, t. zn. w okresie najbardziej wykształconych owrzodzeń jelitowych, autor sądzi, że objaw ten najlepiej tłumaczy pasy Haeda; schorzałe narządy przesyłają drogą nerwów sympatycznych bodźce do rdzenia, które drażnią komórki czuciowe odpowiednich odcinków, co prowadzi do nadmiernej wrażliwości zakończeń czuciowych w odcinkach skóry, unerwianych przez podrażniony segment rdzenia. Rozpatrując hiperestezję jako odruch, przyjęć należy, że może on wystąpić w przebiegu innych schorzeń jelitowych, jak gruźlica, czerwonka. Jednak znaczenie rozpoznawcze przeczulicy jest ważne, gdyż dur brzuszny zwykle różniczkujemy z infekcjami, gdzie zajęcie jelit rzadko wchodzi w grę np: dur wysypkowy, malarja i t. d. Autor sądzi, że opisany objaw, jako prosty, nie wymagający skomplikowanych badań, ma znaczenie rozpoznawcze w przypadkach wątpliwych duru brzuszego, którego przebieg kliniczny często odbiega od zwykłego typu.

Jakób Penson.

E. JACOBSON. Pyaemia paratyphosa (B), wyleczona przetaczaniem krwi. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 3).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 20-letniej pacjentki, która nagle zachorowała z gorączką do 40°, biegunką, silnymi bólami głowy i członków ciała. Śledziona była macalna, miękka. W moczu odczyn dwuazowy +. We krwi neutropenia, aneozynofilia, limfocytoza, Widal —, Para B: 1 : 1000. Kayser-Konradi —, Paratyfus B +. Po 2 tygodniach ciepłota wróciła do normy, wobec czego pozwolono na kąpiel; od tego czasu chora poczuła się gorzej, a po paru dniach ciepłota znów podniosła się do 40°, zaś na podudziu stwierdzono ropień. Po nacięciu tego ropnia, z którego wyhodowano prątko paraduru B, zaczęły się w coraz to innych miejscach ciała nowe ropnie, w których stale stwierdzano prątki paraduru B, a które po nacięciu wolno się goiły i źle ziarninowały. Stan taki utrzymywał się przez 5 miesięcy, w ciągu których leczono chorą aspiryną, diplozalem, melubryną, chininą, zastrzykami kollarolu, mleka, trypaflawiny, jodipiny, wielwartościowej szczepionki durowej bez żadnego wyniku. Wobec tego zrobiono próbę z przetaczaniem krwi (200 cm.³); wobec poprawy powtórzono je dwukrotnie (raz 250 cm.³, drugi — 200 cm.³) w odstępach tygodniowych. Rany zaczęły się goić, nowe ropnie nie tworzyły się, a po 3 tygodniach ciepłota wróciła do normy, i po 5-miesięcznej przerwie zjawiała się miesiączka.

Henryk J. Landau.

COLARD A. Uczulenie na zakażenia w okresie szczepień przeciwbłoniczych. (Pédiatrie N. 10, 1931 r.).

W okresie szczepienia anatoksyną Ramona, przed osiągnięciem ostatecznej odporności, prawdopodobnie istnieje, jak przy innych szczepieniach, faza ujemna, podczas której jest bardziej wrażliwy na wszelkie czynniki chorobotwórcze, a na błonicę w szczególności. Opisany był przypadek, gdzie po każdym z 3 szczepień anatoksyną występowały nawroty rumienia wielopostaciowego; niejednokrotnie również spostrzegano, że błonica przebiega w ciężkiej postaci, o ile wystąpi po pierwszym wprowadzeniu anatoksyny. Autor przytacza kilka własnych przypadków ciężkiej błonicy, po pierwszym i drugim szczepieniu. Wobec powyższego, zaleca stosowanie szczepień poza okresami epidemii.

W. Grundgand.

Choroby płuc.

J. SORGO. O odmie aspiracyjnej. (Wien. kl. Woch. N. 44, 1931).

Aby uniknąć objawów przesunięcia śródpiersia z ich ujemnymi skutkami, stosuje autor prostą metodę aspiracyjną w ten sposób, że po dostaniu się do jamy opłucnowej przerywa on połączenia z manometrem. Z minuty na minutę kontroluje się grę manometryczną przez przywrócenie połączenia. Metoda ta przedstawia korzyści, a mianowicie przy łatwo przesuwającym się śródpiersiu, szczególnie zaś wtedy, gdy drugie płuco i narząd krążenia pacjentów wymagają specjalnej ostrożności.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

O. BILEH. Obrzęk płuc w uszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego. (Wien. kl. Woch. N. 45, 1931).

Autor podaje opis 4 przypadków śmiertelnego obrzęku płuc po uszkodzeniach mózgu. Dla przyjęcia niedomogi lewej komory nie było absolutnie żadnych podstaw. Obrzęk płuc po urazach mózgu jest, zdaje się, uwarunkowany przez czysto nerwowe przyczyny.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

A. PELLÉ O leczeniu amebiazy płucnej. (Paris Méd. N. 49, 1931).

Amebiaza płucna nie jest cierpieniem rzadkiem, ani wątkowem. Występuje ona prawie zawsze jako powikłanie czerwonki pelzakowatej, czasami łącznie z ropniami wątroby. Amebiaza płucna przebiega pod postacią ropni płuc, nieżyłtów oskrze-

li, odoskrzelowego, a nawet płatowego zapalenia płuc, przewlekłych zmian płucnych o rozmaitym charakterze, które bywają często uważane za gruźlicę. Najważniejszym środkiem w walce z amebią jest chlorowodorek emetyny. Podaje się go serjami 6 — 10 dniowemi: w ciągu tych 6 — 10 dni zastrzykuje się podskórnie dwa razy dziennie po 0,08 (na serję 0,6 — 0,8). Serje zastrzykiwań powtarza się co miesiąc, a kurację należy przeprowadzać przez kilka miesięcy. W czasie robienia zastrzykiwań emetyny należy zastrzykiwać również olej kamforowy z powodu możliwości niedomogi sercowo - naczyniowej. Jako środki pomocnicze służą preparaty arsenowe i jodowe. Z preparatów arsenowych stosuje się nowarsenobenzol, stowarsol i treparsol. Nowarsenobenzol stosuje się serjami po 10 zastrzyknięć w dawce 0,30 gr. z czterodniowemi przerwami, podczas których

zastrzykuje się podskórnie dwa razy dziennie po 0,04 gr. emetyny, aż do całkowitej dawki 0,8 gr. Stowarsol i treparsol podaje się doustnie do 0,5 — 1,0 gr. dziennie *refracta dosi* cztery razy w tygodniu przez 4 — 6 tygodni. W ten sposób przeprowadza się serje kuracji, oddzielonych od siebie przerwami miesięcznymi. Z preparatów jodowych stosuje się yatren w pigułkach po 0,25 gr. 6 — 8 dziennie w dawkach wzrastających. Kuracja trwa 6 — 7 dni i może być powtórzona po tygodniu. Wobec działania przeczyszczającego yatrenu należy dawać jednocześnie lekkie środki zapierające. W większości przypadków powyższe leczenie wewnętrzne jest zupełnie wystarczające, wyjątkowo tylko trzeba się uciekać do leczenia chirurgicznego w postaci odmy sztucznej i pleuropneumotomji.

Henryk J. L a n d a u.

Wskazówki praktyczne

E. S t r a s s m a n n zwraca uwagę na *stosunek witamin do rozwoju dziecka*. Brak witamin w pożywieniu matki wpływa ujemnie na rozwój płodu w macicy. Po urodzeniu się dziecka dopływ witamin odbywa się przez dostarczanie go z mlekiem matki. Najważniejsze dla dziecka są: witamina A, pobudzająca wzrost, i witamina przeciwkrzywicza D. W razie słabego rozwijania się dziecka wskutek złego pokarmu (mleko) matki, stosuje S. vigantol lub naswietlanie piersi matki lampą kwarcową. Najlepsze wyniki daje stosowanie tranu u matki. (Med. Welt. 1932).

B a m b e r g e r otrzymywał w *wkile wrodzonej* przy pomocy *Spirozidu* wyniki niegorsze, niż przy stosowaniu salwarsanu. Z objawów ubocznych spostrzegał przelotne wysypki i pokrzywkę. Duży plus stanowi stosowanie doustne. Dawka całkowita wynosi 31 gr. (M. m. W. 1931, N. 42).

W *krzywicy osesków* miał E n g e l dobre wyniki, stosując przetwórnianu *Maltosellol*. Jako najodpowiedniejsza okazała się dawka dzienna 2 łyżeczki od herbaty. Zwykle już po 2-tych tygodniach poziomu P we krwi wykazuje dużą poprawę. (Ther. d. Gegenw. 1932, Z. 2).

W *stanach kurczowych żołądka i kiszek oraz dróg żółciowych*, znakomicie działa, według B e r k e s y, przetwórnian syntetyczny o własnościach papaweryny, ale o wiele mniej, niż papaweryna, trujący. Stosuje się doustnie, podskórnie i dożylnie. Objawów ubocznych nie notowano. (Ther. d. Gegenw. 1932, Z. 2).

W *rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego* u drobnych dzieci gra dużą rolę *brak odruchu brzuszno- i słuchowego w okolicy kieszki ślepej*. Ból odczuwany bywa najsilniej przy ucisku palcem na miejsce położone o 2 szerokości palca pod punktem M c B u r n e y a. (Ztbl. f. Chir. 1932, N. 5).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 27 października 1931 r.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

Obecnych członków T-wa — 35.

Wprowadzonych gości — 32.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20.X.1931 r. przyjęto.

2. Kol. P r e z e s odczytał wykaz prac, nadesłanych do Biblioteki T-wa.

3. Kol. S z n a j d e r m a n I. wygłosił odczyt p. t. „Przypadek połowicznej niepotliwości twarzy” (streszczenie własne).

Mężczyzna, lat 23, z zawodu rolnik, poci się i to nadmiernie po prawej stronie twarzy, a po lewej jakoby wcale się nie poci. Pocienie się to występuje przy łada sposobności, wystarczy np. pobyt w krępującym go otoczeniu, przyjęcie posiłków i t. p. Ma to trwać conajmniej od 4 lat. Dziedzicznie nie obciążony. Kiłę neguje. Przedmiotowo stwierdza się następujące objawy:

Bardzo lekki niedorozwój lewej połowy twarzy, zwężenie szpary powiekowej, zwężenie źrenicy, zaznaczone zapadnięcie gąłki ocznej, wszystko z lewej strony; lekkie odbarwienie tęczówki; ta sama połowa twarzy łącznie z uchem są czerwienione. Co do zwężenia szpary powiekowej, należy dodać, że może ono w części zależeć także od zapalenia przewodu łzowego; z tego powodu oko lewe silnie łzawi.

Obserwując chorego po podaniu mu aspiryny wraz gorącą herbatą z cytryną lub w szafce elektrycznej, spostrze-

ga się istotnie b. silne pocenie się prawej połowy twarzy łącznie z uchem, szyją, barkiem, karkiem i owłosioną częścią głowy po grzbiet łopatki z tyłu i obojczyk z przodu, przy zupełnej suchości lewej strony na tym samym obszarze. Pocienie się po prawej stronie najwyraźniej występuje, gdy umieszcza się chorego w szafce elektrycznej. Pocieniu się wtedy towarzyszy o wiele wyraźniej silne zaczerwienienie z odcieniem fioletowym prawej połowy twarzy, czoła, ucha i karku. Reszta ciała nie wykazuje różnicy potliwości obu stron.

Po zastrzyknięciu choremu 1/100 pilokarp. pocenie dość silnie występuje naprzód w lewej połowie czoła, mniej znaczne w całej pozostałej połowie twarzy, po prawej stronie występuje później, z czasem jest obfitsze i po prawej stronie nieco przeważa, na czole jednak jest zawsze po prawej ledwie zaznaczone. Natomiast uderza zwiększona potliwość l. strony czoła, utrzymująca się niezmiennie do końca doświadczenia. W ciągu tego doświadczenia lewa strona silniej się zaczerwienia, zwłaszcza ucho, różnica jest jednak mniejsza, niż w doświadczeniu w szafce elektrycznej.

Wstrzyknięcie acekoliny było bez wyniku, również adrenaliny. Wstrzyknięcie atropiny w 4 minuty po wstrzyknięciu pilokarpiny powstrzymało dalsze pocenie się. Wstrzyknięcie adrenaliny w 4 minuty po wstrzyknięciu pilokarpiny nie powstrzymało dalszego pocenia się.

Poza temi nieprawidłowościami u chorego stwierdza się pewien infantylizm, a zresztą pod względem organicznym stosunki neurologiczne prawidłowe.

Streszczając, mamy u naszego chorego lewostronny zespół H o r n e r a nieznanego pochodzenia, bo nie towarzyszą mu żadne objawy schorzenia lub uszkodzenia nerwu współczul-

nego. Mimo skarg chorego na stronę pr. twarzy, uważamy stronę lewą za patologiczną, bo ta strona w normalnych warunkach nie poci się, ani nie czerwieni się odpowiednio. Za zaburzenia patologiczne zasadnicze uważamy więc pełny zespół porażony lewego n. sympatycznego twarzy o - ocznego, a nie stan podrażnienia n. sympatycznego po str. prawej.

Przypadek przedstawiono z powodu paradoksalnego zachowania pocenia się wobec bodźców centralnych i obwodowych. Na środki działające centralnie włókna potowydzielnicze i rozszerzające naczynia po l. stronie twarzy okazują się niepobudliwe, są natomiast pobudliwe i to poniekąd nawet nadmiernie pod wpływem pilokarpiny. To ostatnie zachowanie się wykazuje, że neurony sympatyczne, najbardziej obwodowo leżące, muszą być dotknięte, przyjmując, że unerwienie potowydzielnicze jest wyłącznie zależne od włókien sympatycznych.

Identyczne zachowanie się chorych z porażonym nerwem współczulnym szczytnym wskutek urazów lub wycięcia i w zespole Brown-Sequarda urazowym, stwierdzili Förster, Guttman i List w swoich przypadkach. Potwierdza to raz jeszcze słuszność naszego zapatrywania, że strona niepotliwa jest chora. Guttman i List dla wytłumaczenia sprzeczności działania środków farmakologicznych centralnych i pilokarpiny uciekają się do hipotezy, że obok sympatycznego istnieje także parasympatyczne unerwienie gruczołów potowych z ośrodkiem w opuszcze, skąd włókna przebiegają w nerwie twarzowym, po części, odłączając się potem do gałązek obwodowych n. V-ego. W pracach swoich autorzy ci pomijają zachowanie się naczynioruchowe twarzy, nie dostrzegając więc, że rozbieżność odczynu wazomotorów pokrywa się z rozbieżnością działania środków farm. na narząd potowydzielniczy. Tłumaczenie ich nie wyjaśnia więc rozszerzenia naczyń po stronie porażonego *sympaticus* pod wpływem pilokarpiny, z drugiej strony zawartość włókien potowydzielniczych w n. VII jest niewielka i tak silnego pocenia po pilokarpinie niezdolna jest wytłumaczyć, a wreszcie nie wyjaśnia, dlaczego w przeciętnych warunkach życia strona chora zawsze jest sucha, a strona zdrowa conajmniej lekko spocona. Nie tłumaczą też ich zapatrywania, dlaczego pod wpływem pilokarpiny poci się cała twarz, a nie poci się odpowiednio prawa strona czoła w naszym i w ich także przypadkach. Wreszcie autorowie mają tylko jeden przypadek wyłączenia całkowitego n. sympatycznego wraz ze wszystkimi zwojami, na którym swoją teorię opierają.

Wobec tych zastrzeżeń wydaje się nam dopuszczalne inne tłumaczenie, którym posługuje się także Brauer, że w pewnych przypadkach powstaje stan nadmiernej pobudliwości neuronów pozawzrostkowych lub jeszcze bardziej obwodowo leżących, po odcięciu ich od neuronów bardziej centralnych. Wtedy one nie oddziałują, bo są odłączone od swych wyższych ośrodków, na bodźce centralne takie, jak np. aspiryna i emocje lub rozgrzanie się przy jedzeniu, a reagują, i to czasem nadmiernie, na czynnik obwodowy, jakim jest pilokarpina. Ta nadmierna wrażliwość (po pilokarpinie) obwodowego neuronu sympatycznego przypomina analogiczne zjawisko wygórowania odruchów układu nerwowego animalnego w przypadkach wyłączenia neuronów obwodowych do ośrodków wyższych, np. wzmocnienie odruchów ścięgowo-okostnych po przerwaniu ciągłości dróg piramidowych.

Przypuszczenie nasze tłumaczy też zachowanie się wazodylatacji na obu stronach twarzy, która zresztą obejmuje ten sam obszar, co pocenie się. Wiadomo bowiem, że do paradoksu działania pilokarpiny należy też rozszerzanie naczyń obwodowych twarzy.

Nadmierna potliwość prawej, t. j. zdrowej strony, znajduje analogię w nadmiernej pobudliwości potowydzielniczej i włosoruchowej, jaką obserwujemy naokoło obszarów zniesienia czucia, pocenia się i odruchu pilomotorycznego przy zajęciu nerwów czuciowych. Jest to jakby wyrównawcze wzmocnienie pobudliwości, którego celem mogłoby być wyrzucenie nazewną tej ilości potu przez najbliższą zdrową powierzchnię skóry, która przez obszar chorej skóry wydobyć się nie może. Oczywiście jest to hipoteza.

Zarówno zapatrywanie Guttmana, jak i nasze w tej sprawie, nie tłumaczą, dlaczego w doświadczeniu pilokarpinowym prawa strona czoła prawie się nie poci. Chyba przyjmujemy, że po obrażeniu n. sympatycznego występują działania hamujące i odhamujące jednej strony na drugą, więc wobec suchości skóry na lewej stronie twarzy nadmierne pocenie się prawej, a gdy sztucznie wywołujemy pocenie się po lewej stronie twarzy za pomocą pilokarpiny, to powierzchnia, najwięcej się pocąca po str. lewej, więc czoło, zahamowuje pocenie się odpowiedniego obszaru skóry po drugiej stronie.

Do tego przypadku, jak i do tylu innych, możemy za-

stosować powiedzenie Friedberga w pracy, która wyszła w r. 1931 i zajmuje się zespołem p. Frey, że odczyny wegetatywne okolicy twarzy są nadwyzwyczaj zawile i w obecnym stanie naszej wiedzy niezawsze i nie we wszystkich zrozumiemy.

4. Kol. Wagner K. wygłosił odczyt p. t. „Przyczynę do symptomatologii zwężenia i zamknięcia światła żyły próżnej górnej” (streszczenie własne).

Prelegent podał 4 przypadki, przez siebie obserwowane, zaburzenia w krążeniu krwi w górnej żyły próżnej i 1 przypadek w dolnej żyły próżnej. W 1 przypadku przyczyną zaburzenia była gruźlica gruczołów śródpiersia, a w 4 przypadkach nowotwór złośliwy. W jednym z nich sekcja wykazała, że miejsce wпадnięcia górnej żyły próżnej do przedsionka sercowego było całkiem zatkanie przez 2 przerosty nowotworu, wielkości $\frac{1}{2}$ jaja gołębiego, wgnębiające się żyły i góry do jamy tego przedsionka. Oprócz tych pięciu przypadków prelegent podał jeszcze 2 przypadki nowotworów śródpiersia, gdzie za życia brakowało objawów obocznego obiegu żylnego na skórze klatki piersiowej i brzucha, i na sekcji w obu przypadkach rzeczywicie górna żyła próżna była drożna. Objawy kliniczne, które prelegent obserwował w swoich przypadkach, były następujące: sinica i nabrzmienie twarzy występowały u wszystkich 4 chorych z zaburzeniami w górnej żyły próżnej. Przy nachyleniu tułowia naprzód sinica i obrzmienie twarzy występowały u wszystkich 4 chorych z zaburzeniami w górnej żyły próżnej. Przy nachyleniu tułowia naprzód sinica i obrzmienie wybitniej się nasilały. Jeden z chorych prętem doznawał uczucia gorąca w głowie i mógł znosić taką pozycję ciała tylko w ciągu bardzo krótkiego czasu. Znamieniem było, że przy wyprostowaniu tułowia sinica i obrzmienie twarzy wracały do poprzedniego stanu bardzo powoli. Kaszel i wysiłek fizyczny powyższe objawy nasilały. Jednak objawy te nie były wyłącznie właściwe tylko zwężeniu lub zamknięciu górnej żyły próżnej, gdyż były one obserwowane także, choć może nie w takim znacznym stopniu, w przypadkach, gdzie żyła ta była drożna. Wytrzeszcz gałek ocznych był stwierdzony w 3 przypadkach na 4, z przeszkodą w górnej żyły próżnej i w 1 przypadku, gdzie takiej przeszkody nie było. Brak tchu był obserwowany we wszystkich przypadkach z przeszkodą w górnej żyły próżnej i bez niej. Krwotoki płucne były w 3 przypadkach na 4 przy przeszkodzie w górnej żyły próżnej i odznaczały się niezwykłą uporczywością. Nabrzemienia i obrzęk skóry klatki piersiowej były spostrzegane w 3 przypadkach na 4 przy przeszkodzie w górnej żyły i w jednym przypadku, a w 4 przy przeszkodzie w górnej żyły i w jednym przypadku, a w 1 przypadku, bez takiej przeszkody. Za najbardziej charakterystyczne dla znacznego zwężenia i zamknięcia światła górnej i dolnej żyły próżnych prelegent uważa obecność na skórze klatki piersiowej i brzucha znacznych, wężykowatych, rozszerzonych żył, które były spostrzegane we wszystkich 4 przypadkach z przeszkodą w górnej żyły próżnej, a w 1 przypadku z przeszkodą w dolnej żyły częściej, a nie spostrzegano ich w 2 przypadkach, gdzie przeszkody nie było. Dla różniczkowego rozpoznania, czy przeszkoda tkwi w górnej, czy w dolnej żyły próżnej, należy się przekonać, w jakim kierunku krew płynie w rozszerzonych żyłach nabrzmiałych: przy przeszkodzie w górnej żyły krew płynie z góry na dół, a przy przeszkodzie w dolnej — zdołu do góry. Rozszerzenie powierzchownych żył na tyle klatki piersiowej przemawia za tem, że przeszkoda w górnej żyły częściej znajduje się między sercem, a ujściem żyły nieparzystej. Dalej prelegent omawia głębokie i powierzchowne uboczne drogi przy zamknięciu górnej żyły częściej, oboczną drogą żyły brzusznej i przytacza swe doświadczenie na trupach z podwiązaniem górnej żyły próżnej nad i pod wпадnięciem do niej żyły nieparzystej i wypełnianiem układu żylnego masą „Teichmana”, które miały na celu ustalenie głębokich i powierzchownych ubocznych dróg w omawianem cierpieniu. Omówiwszy krótko odnośne piśmiennictwo, prelegent w końcu rozpatrzył etiologię, patogenezę i rokowanie w zamknięciu górnej żyły próżnej.

Dyskusja: kol. Starkiewicz (streszczenie własne) przypomniał, że w Tow. Lek. Warsz. Goldflam w r. 1890 przedstawił przypadek zarośnięcia żyły głównej górnej, potem Starkiewicz w r. 1909 i 1911 przedstawił preparaty anatomiczne i omawiał obraz kliniczny i różniczkowy zamknięcia światła żyły głównej górnej i pęknięcia tętniaka do niej. Zarośnięcie żyły, w przypadku pierwszym Starkiewicza, miało miejsce poniżej ujścia żyły nieparzystych, w miejscu przejścia listka ściennego osierdzia w trzewny. Rozszerzenie żył na klatce piersiowej i na ścianie jamy brzusznej było silne.

Sprawę różnych odmian krążenia obocznego w takich przypadkach bardzo szczegółowo i przejrzyście opracował w r. 1902 J. Fischer z Jenu. Obok krążenia zewnętrznego (przez v. *mammaria ext.*, *epigastrica superior*, *cava inf.*) i wewnętrznego (przez v. *azygos*, *hemiazygos*, *lumbales*, *ileolumbales*)

możliwe jest jeszcze zużytkowanie tylnych gałęzi głębokich żył międzyżebrowych, a dalej rdzeniowych i krzyżowych również ku żyłom głównej dolnej. Jednakże krążenie oboczne wewnętrzne ustalono raczej na podstawie rozważań anatomicznych. Klinicznie spostrzegano pospolicie krążenie zastępcze zewnętrzne, jakkolwiek ustrój dla wytworzenia go ma do pokonania większe trudności w postaci licznych zastawek (zwróconych ku górze) w żyłach sutkowych, których żyły nieparzyste prawie nie posiadają.

W zasadzie zamknięcie światła żyły głównej powstać może tylko w następstwie długotrwałej sprawy uciskowej ze względu na oporność ściany żyłnej (Isolator pathologischer Prozesse V i r c h o w a). W przypadkach tętniaka odbywa się to zapewne przez przejście sprawy zapalnej (*periaortitis*) na błonę surowiczą i tkankę żylną. Sprzyjać też może zapaleniu żyły przeżęnie się okresowe worka tętniczego i ucisk perijodyczny na żyłę.

Ostre zamknięcie żyły głównej górnej realizuje w pewnym stopniu pęknięcie tętniaka do niej. Tu jednak oczywiście niema czasu na powstanie rozszerzeń żylnych, i sprawę cechuje ostry obrzęk głowy, szyi i górnej połowy tułowia oraz nagle powstająca niezmierna sinica.

Kol. G l u z i ń s k i zwraca uwagę na ostre zamknięcie żyły próżnej górnej. Cechuje je ostry obrzęk i sinica twarzy i szyi oraz duszność. Po kilku dniach chory ginie, albo zaburzenia krążenia wyrównują się. Rozszerzenia żył powierzchownych zdarzają się w zamknięciu obu żył próżnych górnej i dolnej. O umiejscowieniu zamknięcia rozstrzyga zatem k i e r u n e k p r a d u w krwi. Zasługą kol. W a g n e r a jest zwrócenie uwagi na ten objaw. Znaczenie żyły wrotnej dla wyrównania krążenia jest nieznaczące, i szybko tworzą się obdymnicze guzy krwawnicowe. Przyczynami zamknięcia żyły próżnej górnej są: 1) nowotwory (skrzącepliny), 2) kiła (kiłowe zapalenie okołozylne), 3) tętniak części wstępującej i zstępującej tętnicy głównej, nigdy łuku. Rokowanie pomyślniejsze jest w zamknięciu żyły próżnej dolnej, niż górnej.

Kol. C h o d k o w s k i (streszczenie własne), spostrzegł na stole sekcyjnym przypadek całkowitego zamknięcia światła głównej żyły górnej u 60-letniego mężczyzny. Zamknięcie było spowodowane przez nowotwór górnego płata płuca prawego, wychodzący z oskrzela nadtętniczego. Nowotwór ten przerastał do worka osierdziowego, następnie przez ścianę do światła górnej żyły próżnej, zamykając jej światło aż po ujście żyły nieparzystej, która również była niedrożna. Krążenie było wyrównane przez połączenie dodatkowej żyły nieparzystej krótkiej (*v. hemiazygos accessoria*) z żyłą podobojczykową po stronie lewej i przez najwyższą żyłę międzyżebrową (*v. intercostalis suprema*), która łączyła się gałęzią z żyłą podobojczykową prawą. W ten sposób prąd krwi żyłnej z żyłami kończyn górnych był kierowany przez wspomniane wyżej żyły częściowo bezpośrednio do żył nieparzystych, częściowo zaś przez żyły międzyżebrowe do żyły sutkowej wewnętrznej i dalej do dolnej żyły głównej. Wszystkie żyły były znacznie rozszerzone. Jednak powierzchowne połączenia żył nie rozszerzyły się tak znacznie, jak wewnętrzne. W podobnych przypadkach niekiedy już na pierwszy rzut oka można przypuszczać istnienie zamknięcia w górnej żyłce dolnej. Wskazuje na to niestosunek przejawów zaburzeń w krążeniu, to jest obrzęków i sinicy w obrębie głowy, szyi, kończyn górnych, a częściowo i górnej części klatki piersiowej — i brak takich zmian w obrębie dolnej części tułowia i brzucha (brak puchliny) i kończyn dolnych. Niestosunek ten może mieć doniosłe znaczenie dla rozpoznania zwężeń i zamknięć górnej żyły głównej, zwłaszcza, że rozszerzenia powierzchownych żył podskórnych nie zawsze się spotyka, krążenie bowiem może wyrównać się głównie przez połączenia żył głębokich.

Kol. P a s z k i e w i c z podkreśla znaczenie żyły wrotnej w wyrównaniu zaburzeń krążenia w przypadkach zamknięcia żyły próżnej górnej. Nowotwory nie powodują szczególnych skłonności do tworzenia się skrząceplin w żyłach. Do powstawania skrząceplin potrzeba trzech warunków: a) zwolnienia krążenia krwi, b) zmian w ścianie naczynia i c) zmian we krwi, które niezawsze razem występują. Najczęściej nowotworowe przerastanie ściany naczynia zamyka jej światło.

Kol. O r ł o w s k i (streszczenie własne). Główną drogą, podaną przez prelegenta i przedmówców, łączącą główną żyłę górną, w razie zwężenia lub zamknięcia jej światła, z żyłą wrotną, należy uzupełnić jeszcze 2 drogami: 1-sza biegnie przez *v. azygos*, *vv. oesophageae*, *v. coronaria ventriculi*, *vv. gastricae breves*, *gastroepiploica sinistra* do *v. lienalis*. Nadmierne rozszerzenie żył, należących do tego zespolecia, może powodować, w razie ich przebiecia, krwotok z żył przelykowych lub żołądkowych, który może być wzięty za krwotok płucny. Drugie zespolecie biegnie początkowo temi samymi żyłami, co

i pierwsza droga, odgałęziając się niżej na odcinku *vena coronaria ventriculi*, skąd krew może dalej podążać do *vena portae* przez *vena gastroepiploica dextra*, *mesenterica superior*. W zakresie tych żył może powstawać również krwotok. (Streszczenie własne).

5. Kol. M a r k e r t: „Rola amoniaku w kwasicy doświadczalnej” (streszczenie własne).

W pracy swej prelegent starał się wykazać rolę, jaką odgrywa amoniak w zachowaniu równowagi kwasowo-zasadowej oraz w zobojętnianiu kwasów, wydalanych z ustroju w kwasicy doświadczalnej. Badania przeprowadził w II-giej Klinice Chorób Wewnętrznych U. W., podając chlorek amonu w ilości 0,2—0,3 gr. na kilo wagi. Amoniak określał we krwi i moczu. U osób zdrowych stwierdził wraz z wzrostem zakwaszenia — spadek moczu, zasobu zasad, zwiększoną diurezę oraz wzmoczoną zarówno odsetkową, jak i ogólną, ilość amoniaku.

U osób z przewlekłym zapaleniem nerek, pomimo spadku zasobu zasad, ilość amoniaku, zarówno odsetkowa, jak i ogólna, zwiększyła się bardzo nieznacznie. Prelegent określał również amoniak we krwi u osób z kwasicą doświadczalną. Wartości amoniaku pozostają bez zmian.

Wnioski:

1) W kwasicy doświadczalnej u ludzi powstaje wzmoczone wydzielanie amoniaku oraz moczu, które wzrasta wraz z wzrostem zakwaszenia. Ustaje nie z chwilą przerwania zakwaszenia, lecz po pewnym czasie, w miarę osiągnięcia przez pH moczu wartości okresu przygotowawczego. 2) Zawartość amoniaku we krwi pozostaje bez zmian. 3) Jako źródło wytwarzania amoniaku należy przyjąć nerkę. Amoniak służy do zobojętniania zwiększonej ilości wydzielanych przez nią kwasów. Powinien być uważany jako środek obronny nerki przeciw zbyt kwaśnemu moczowi, przepływającemu przez kanaliki. 4) Zdrowa nerka broni się lepiej, wytwarzając, w miarę zakwaszenia większą zarówno procentową, jak i ogólną, ilość amoniaku. Nerka chora tej zdolności nie posiada; pomimo zakwaszenia, zagrażającego całemu ustrojowi, ilość amoniaku wzrasta bardzo nieznacznie.

Dyskusja: Kol. R o s n o w s k i stwierdza, iż, według pracy prof. M o d r a k o w s k i e g o, wszelkie obrzęki, zatem i nerkowe, są wskazaniami do stosowania chlorku amonu. Wiemy natomiast, iż stan niedomogi nerek jest kwasicą niewyrównaną. Należy przeto koniecznie ustalić ściśle wskazania do zakwaszenia, by nie wyrządzać szkody chorym.

Kol. M a r k e r t uważa, iż w ostatnich czasach zbyt szeroko stosowano różne środki zakwaszające (Ca Cl₂; (NH₄) Cl i t. p.). Praca jest ogniwem doświadczeń nad wpływem kwasicy na ludzi zdrowych i chorych. Dotychczasowe wyniki wskazują, iż nie należy stosować zakwaszenia, gdy niema pewności, że nerki są zdrowe. Z drugiej strony wykazują one, że amoniak najprawdopodobniej tworzy się w nerkach, a nie w wątrobie lub innych narządach.

Kol. O r ł o w s k i (streszczenie własne). Praca kol. M a r k e r t a stanowi jedno z ogniw prac, wykonywanych od 1½ roku w II-giej Klinice Chorób Wewnętrznych naszego Uniwers. Mają one na celu ustalenie wpływu na ustrój zdrowy oraz chory sztucznego zakwaszenia ustroju, które dziś poleca się, jako metodę leczniczą. W chorobach nerkowych polecono ją ze względu na to, że powoduje ona wzmoczenie diurezy. Otóż badania kol. M a r k e r t a, potwierdzając moczopędne działanie zakwaszenia ustroju, jednocześnie z tem ustalają, że przynajmniej w stanach, gdy nerka jest niewydolna, leczenie to nie powinno być stosowane. Przekonał się wprawdzie, że nawet u ludzi ze zdrowymi nerkami zakwaszenie ustroju może wywołać lekkie podrażnienie nerek, gdy jednak zakwaszenie to prowadzi się ostrożnie, podrażnienie nerek szybko ustępuje z odstawieniem chlorku amonu, tymczasem metoda jednocześnie może wywołać bardzo dodatni wpływ, np. na uporczywy niezbyt miedniczek nerkowych, o ile nerki nie straciły zdolności zagęszczania moczu. W tych i im podobnych przypadkach metoda leczenia zakwaszeniem ustroju zasługuje na polecenie. Badania kol. M a r k e r t a są cenne i pod tym względem, że rzucają światło na rolę amoniaku w kwasicy, wskazując, że ustrój przy tej pomocy chroni nerki od nadmiaru kwasów.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10-ej.

Prezes: W. O r ł o w s k i.

Zastępca Sekretarza Dorożnego:

K. C h o d k o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu z dnia 19 stycznia 1932 r. (Paris Méd. Nr. 5, 1932) mówił H. H a r t m a n n o wynikach odległych wycięcia żołądka z powodu raka.

Na 125 przypadków raka żołądka, operowanych i obserwowanych w przeciągu czasu od 1 roku do 27 lat, 31 nie wykazywało nawrotów w tym czasie, 80 zmarło wskutek recydywy — wszystkie w ciągu 2 pierwszych lat, 13 zmarło w ciągu 2 — 13 lat po gastrektomji wskutek nieustalanej przyczyny. Można więc ocenić liczbę wyleczonych przez operację na 29 — 30%. Lepszych wyników oczekiwać można będzie, jeśli nauczywszy się stawiać rozpoznanie raka jaknajwcześniej, a chorzy bezpośrednio po postawieniu rozpoznania będą operowani. Badania nad nawrotami wykazują, że prawie we wszystkich przypadkach chodzi o nawroty gruczolowe; aby operacja była skuteczna, koniecznym jest, by była ona wykonana przed zajęciem pierwszego etapu gruczolowego, gdyż po jego przekroczeniu chirurgja jest bezsilna.

Na tem samym posiedzeniu (Paris Méd. Nr. 5. 1932). P. Ravaud, C. Levaditi i René Cachera komunikowali, że udało im się wykazać bezpośrednio za pomocą dodatnich wyników szczepień śwince morskiej i małpie, iż *zarazek choroby Nicolas-Favrea może być przyczyną pęcherzy nieżytych prostonicy*, co było dotychczas możliwe tylko drogą pośrednią za pomocą doskórnej próby Freia. Dowodzą oni, że uprzedni pasaż materiału odbytniczego przez świnkę morską jest niezbędny dla wyeliminowania wtórnego zakażenia, stałego w procesach odbytniczych. Używając zmienionych gruczolów chłonnych świnki morskiej, udało się oczyszczyć w ten sposób zarazek szczepić do mózgu małpy i wywołać u niej śmiertelne zapalenie opon mózgowych i mózgu, charakterystyczne dla zarazka ziarnicy pachwinowej. Używając znów tkanki gruczolowej świnki morskiej, jako antygeny, wywoływali oni odczyn skórny Freia u osobników, dotkniętych ziarnicą pachwinową, i tylko u nich.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 12 stycznia 1932 r. (Paris Méd. Nr. 5. 1932). Marcel Labbé i Gilbert-Dreyfus mówili o *moczowcu prostej i zaburzeniach w regulacji węglowodanowej*.

Wykonane u 6 chorych z moczówką prostą obciążenie cukrem gronowym wykazało w 3 przypadkach wyraźne, a w 2 - dyskretne zaburzenia w gospodarce węglowodanowej. Te zaburzenia regulacji węglowodanowej nie mogą być składane na karb niedomogi wydzielniczej tylnego płata przysadki mózgowej, gdyż w przeciwieństwie do poliurji pogarszały się po zastrzykiwaniu retropituitryny. Istnienie tych zaburzeń przemawia na korzyść zmian organicznych lub czynnościowych w jądrach.

Na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu z dnia 16 stycznia 1932 r. (Paris Méd. Nr. 5. 1932) komunikował M. A. Saenz o wynikach swych badań, mających na celu sprawdzenie, czy *hodowle BCG zawierają obok prątków niezjadliwych pewną ilość prątków zjadliwych*, jak twierdzą Petroff, Watson i kilku innych autorów. Szczepił on kilka seryj świnek morskich potwornymi wprost ilościami BCG, mianowicie 600 do 700 mgr. każdemu zwierzęciu. Po 10 — 16 miesiącach żadne ze zwierząt badane anatomicznie, nie wykazywało najmniejszych zmian gruźliczych. Te same wyniki osiągnięto, używając 13 rozmaitych szczepów BCG, między innymi szczepu, który w ciągu 69 pasaży na kartoflu glicerynowym zwykłym nie stykał się z żółcią. Saenz wnioskuje wobec tego, że te szczepy BCG nie zawierają zupełnie prątków zjadliwych i że specyficzne cechy charakterystyczne tej hodowli pozostały najzupełniej trwałe.

Na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego w Paryżu z dnia 30 stycznia 1932 r. (Paris Méd. Nr. 7. 1932) mówili C. Levaditi i N. Constantinesco o *badaniach chemiczno-leczniczych za pomocą hodowli komórkowych*. Atoksyl, znajdując się w obecności wyciągów narządowych, szczególnie wątrobowych, zamienia się w czynnik trypanobójczy—trypanotoksyl. *In vitro* ta toksalbumina arsenowa hamuje rozwój hodowli komórek zarodka kurczęcia w ten sam prawie sposób, jak niszczy trypanosomy i spermatozojdy królika. A zatem elementy komórkowe, hodowane *in vitro*, zmieniają atoksyl na trypanotoksyl.

Krytyka lekarska

Krytyka projektu kodeksu deontologii lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej.

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 10).

Zanim przystąpimy do omówienia części szczegółowej projektu kodeksu deontologii lekarskiej, należy, ze względu na brzmienie zasady 4. części ogólnej, szczególnie podkreślić wagę jasnego sprecyzowania pojęć, zwrotów i użytych słów w trzech pierwszych zasadach części ogólnej. Jak wynika z zasady czwartej, „lekarz odpowiada przed sądem Izby również za czyny, popełnione przed przyjęciem go do grona jej członków”. Wynikałaby stąd jeszcze dalej idąca możliwa samowola chwilowych władz Izby w kierunku odwetowym i jeszcze bardziej rozległego maltretowania niemiłych sobie kolegów. Powodów rzekomej obrazy któregośkolwiek z członków Izby lub niezgodnych z prawdą zarzutów nigdy nie zabraknie. Tak np. przed trzema laty na terenie jednej z Izb terytorjalnych zdarzył się wypadek pociągnięcia do odpowiedzialności dyscyplinarnej jednego, szczególnie atakowanego członka Izby za to, że na kilka lat przed powstaniem instytucji Izby Lekarskiej wystosował list ściśle prywatny i osobisty do pewnego lekarza z postawieniem mu pewnego zarzutu. Akt oskarżenia, sporządzony przez Rzecznika Dyscyplinarnego w tej sprawie, pochopnie, nawet bez powiadomienia i przesłuchania oskarżonego, żądał sądenia sprawy w pełnym składzie Sądu Izby (20 osób). Niewątpliwie spowodowałoby to tem większe zniszczenie materialne pozostającego na indeksie ówczesnych władz Izby Kolegi. Ponieważ koszty sądowe tak inicjowanych i tak prowadzonych spraw mogą dochodzić do półtora tysiąca złotych, jak np. w innej podobnej sprawie, wszczętej przez

tę samą Izbę przeciwko jednemu koledze, obarczonemu liczną rodziną, również z listu ściśle prywatnego, krytykującego protekcjonizm przy zdobywaniu posad lekarskich w Kasie Chorych, łatwo jest uniemożliwić egzystencję materialną każdego z kolegów, o ile kolega ten trafi na czarną listę tymczasowych władz Izby Lekarskiej i którym to władzom nie podobał się dla jakichkolwiek względów, czy to dla zbyt otwartego stawiania każdej sprawy, czy też dla względów czysto konkurencyjnych. Z drugiej strony na porządku dziennym jest tuszowanie i patronowanie istotnym przewinieniom zawodowym, popełnianym przez „grubsze ryby”, to znaczy przez samychże członków władz Izby lub ich osobistych przyjaciół. Wynikałoby z tego, że najlepszą ucieczką od odpowiedzialności zawodowo - karnej jest obsadzenie swoimi ludźmi wszystkich władz i sądów Izby Lekarskiej.

Z kolei przechodzimy do omówienia części szczegółowej rozdziału pierwszego projektu kodeksu deontologii lekarskiej N. I. L.

Całość rozdziału pierwszego robi wrażenie archaiczne. Jest to jednak tylko pierwsze wrażenie. Faktycznie kryje się za tym niewinnym parawanem dużo winniejsze usiłowanie zagmatwania jasnej skądinąd sprawy etyki lekarskiej. Szereg sprzeczności i furtek, zapewne dla „grubych ryb”, w sprawach większej wagi oraz chęć przemycenia zabezpieczenia bezkonkurencyjnej praktyki lekarskiej „uprzywilejowanym”, wreszcie krzywdzenie wartościowszych lekarzy obowiązkami, wynikającymi z zastosowania zasady ostatniej tego rozdziału — oto zgrubsza streszczenie nakazów rozdziału pierwszego części szczegółowej tego projektu.

Jakie szerokie pole do dowolnych komentarzy w żądanym kierunku otwiera brzmienie zasady piątej

tego rozdziału, gdzie „najwyższym nakazem moralnym dla lekarza jest w równej mierze dobro chorego i zdrowie publiczne”. Nie poucza zasada ta wcale o szeregu wypadków, kiedy dobro chorego stoi w sprzeczności ze zdrowiem publicznym. Jaki nakaz moralny winien wtedy przeważać? Zagadnienie pierwszorzędnej wagi. Trzeba być bardzo naiwnym, aby sądzić, że można utrzymać w tych wypadkach w równej mierze dobro chorego i zdrowie publiczne, albo zagmatwać tak te nakazy moralne, aby dowolność ich interpretacji była zapewniona.

Zasady 6, 7, 8, 9 i 10 pozostają w sferze zupełnie zbędnych życzeń, gdyż wypływają one z przysięgi lekarskiej przy otrzymywaniu dyplomu i siłą rzeczy zmuszają lekarza do ich przestrzegania, chociażby dla zachowania powodzenia w praktyce lekarskiej. Umieszczenie ich w deontologii lekarskiej uważamy przeto za zbyt bezmoralizatorstwo, a może nawet i szkodliwe, gdyż nie wyczerpuje ono całości życia zawodowego lekarza praktyka, ucząc, że przestrzeganie tych tylko kilku zasad zupełnie wystarcza. Zasady te mówią o konieczności współczucia dla chorego, zachowania względem niego taktu i delikatności (zasada 6), o konieczności zwracania się do bardziej doświadczonych kolegów w razie niezaradności (zasada 7), o konieczności łagodzenia cierpienia chorego w przypadkach nieuleczalnych (zasada 8), o nienadużywaniu wpływu swego poza leczeniem (zasada 9) i wreszcie, o zachowaniu dyskrecji i tajemnicy lekarskiej (zasada 10).

Zasada 11 jest klasyczną ilustracją sprzeczności i gmatwania pojęć w związku z koniecznością zachowania tajemnicy lekarskiej. Jeżeli w ostateczności ma rozstrzygać sumienie lekarza, poco wogóle umieszczać aż osiem wierszy sprzecznych ze sobą zdań zasady 11? Czy nie prościej byłoby pominąć całkiem taką zasadę, która przestaje być przez to samo zasadą?

Niezrozumiała jest też zasada 12. Przecież każdy lekarz jest odpowiedzialny za swoje czyny i leczenie w praktyce lekarskiej. Jest wiele wypadków, kiedy leczenie bez poprzedniego zbadania chorego jest możliwe, a w codziennym życiu, szczególnie na prowincji, nawet w pewnych okolicznościach konieczne. Przez to nie zmniejsza się odpowiedzialność lekarza. Zasada ta zawsze pozostanie li tylko zasadą papierową. Pozostawmy to sumieniu lekarza i jego odpowiedzialności.

Niemniej zbyt bezmoralna jest zasada 13, która zabrania lekarzowi ordynowania zbyt częstego dla zysku materialnego, gdyż sprawa ta jest normowana sumieniem lekarza i podstawowym przykazaniem religijno-etycznym „nie kradnij”. Umieszczenie takiej zasady czyni wielką ujmę światu lekarskiemu w opinii szerokiego ogółu, który, po przeczytaniu takiej zasady, rzadkie skądinąd wyjątki uogólni na wszystkich lekarzy.

Niemniej zbyt bezmoralna jest zasada 14, gdyż wchodzi ona w zakres czynności lekarza przy łożu chorego. Jedyną oględność przy zawiadamianiu rodziny o niebezpieczeństwie, zagrażającym życiu chorego, należałoby zastosować, nietylko względem samego sposobu powiadamiania rodziny chorego, ile wogóle względem większej samokrytyki lekarza przy ocenie tego niebezpieczeństwa dla życia chorego. Niema w tej zasadzie jasnej myśli, o jakiej oględności mowa. Pewnym jest, że oględność lekarza w ocenie samego niebezpieczeństwa dla życia chorego jest dla losu tegoż chorego stokroć ważniejsza, aniżeli sam sposób oględnego powiadamiania o tem rodzinie. Nieoględne i przedwczesne skazanie na śmierć chorego przez lekarza jest wypadkiem dość częstym i w praktyce grozi istotnym niebezpieczeństwem dla życia

chorego nieraz bardziej, niż sama choroba, gdyż może prowadzić do zaniedbania chorego zarówno ze strony rodziny, jak też lekarza.

Zasada 15, zezwalając na wydawanie świadectw lekarskich na podstawie dawniejszego zbadania chorego, nie przewiduje możliwości, np. zgonu chorego, badanego przez lekarza przed kilkoma dniami, nie z powodu choroby, na którą był leczony, ale z powodu przestępczego działania innej ręki (otrucia lub zaduszenia). Szczególnie często takie wypadki zachodzą w praktyce neurologa i psychiatry. Czy nie prościej byłoby, nie dawać takiego zezwolenia *ex cathedra*, a pozostawić warunki stosowania tej zasady sumieniu i odpowiedzialności lekarza?

Naszem zdaniem, zbyt bezmoralna jest również i sama zasada 16, gdyż sposób i rodzaj reklamy i ogłoszenia się lekarzy jest unormowany ogólnymi przepisami administracyjnymi. Nadzór nad nimi sprawują z niekwestjonowaną rzetelnością Naczelnicy Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia. Zbyt jaskrawe reklamowanie się miernot lekarskich nigdy nie szkodziło i, miejmy nadzieję, nie będzie szkodziło prawdziwym powagom lekarskim. Te ostatnie z reguły unikają nawet zwykłych szyldów od ulicy. Nie przeszkadza to jednak ich rozległej praktyce. A więc *cui bono* została umieszczona zasada 16?

Zasada 17 również jest zbyt bezmoralna, gdyż okazywanie pomocy w nagłych wypadkach jest przewidziane ustawą o praktyce lekarskiej. Zaś umawianie się o wysokość wynagrodzenia przed rozpoczęciem leczenia jest zupełnie zbędne wobec istnienia obowiązujących obie strony cenników lekarskich, zatwierdzonych przez władze wojewódzkie. Zasada taka, co najwyżej, może służyć dla skutecznej obrony lichwy lekarskiej. Tak skonstruowana zasada rzuca cień na ogół lekarzy w stopniu znacznie większym od dopuszczalnej i godziwej „reklamy kupieckiej”, gdyż traci usankcjonowanym „wyzyskiem kupieckim” lub „lichwą bankierską”. Nie można umieszczać zasady ogólnej, która ma służyć li tylko dla obrony nielicznej grupy „grubych ryb”.

Zasada 18 jest jeszcze w większym stopniu zbyt bezmoralna i nic nie mówi, gdyż humanitarny stosunek do cierpiącego jest obowiązkiem nietylko lekarza, ale każdego człowieka. Umieszczanie takich zdań obraża lekarzy, gdyż pozwala przypuszczać, że lekarze, powołani przedewszystkiem do humanitaryzmu i ślubujący go przy otrzymywaniu dyplomu, są przeważnie niehumanitarni. Druga część tej zasady mówi, że „zapewnienie opieki lekarskiej niezamierzonym ciężarom na lekarzach nie więcej, niż na innych obywatelach”. Treść tego zdania i jego forma nie mogą być podciągane pod pojęcie zasady. Jest ona raczej dyspensą od uciążliwego humanitaryzmu, jaki ciężar głównie na lekarzach, albo też może być traktowana jako niezbyt etyczna zachęta do oglądania się na innych w tak trudnych do odważania i oceny uczuciach humanitarnych. Zdanie to przeto nie jest zasadą, lecz opinią o zakroju bardziej filozoficznym, która może być podstawą do polemiki i dyskusji.

Zasada 19 jest z punktu widzenia etycznego zupełnie niedopuszczalna. W żadnym wypadku grube interesy materialne pewnej „kasty” nie mogą być utożsamiane z etyką i być podstawą jakichkolwiek zasad deontologicznych. Pod tym względem konsekwentniejsze w swem zachęcaniem barbarzyństwie, nader dalekie od zasad chrześcijańskich, są te kodeksy deontologii lekarskiej, które, jak np. kodeks deontologii lekarskiej Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, zabraniają nietylko obniżać opłaty cennikowe za pomoc lekarską, ale wogóle leczyć bezpłatnie. Projekt kodeksu deonto-

logji lekarskiej N. I. L., nie wiedząc, jak wybrnąć z tej kłopotliwej sytuacji, aby i „wilk był syty i koza cała”, wspaniałomyślnie zezwala lekarzom leczyć bezpłatnie, prawdopodobnie z góry przypuszczając, iż w dzisiejszych ciężkich czasach wobec silnego rozwoju ubezpieczeń społecznych zezwolenie takie przestaje być realne. Jednocześnie projekt ten stanowczo zabrania wyznaczać honorarja niższe od norm cennika urzędowego. Pomiędzy dozwolonym leczeniem bezpłatnym i dozwolonym pobieraniem honorarium cennikowego, a nawet dozwolonym w myśl zasady 18 i 19 pobieraniem honorarium wyższego od norm cennikowych, istnieje cała skala pośrednich możliwości. Tę skalę pośrednich możliwości lekarz praktyk winien mieć prawo i obowiązek społeczny i moralny stosować w życiu (nieznoszącym podobnych zasad), w zależności od stopnia zamożności chorego. Przerzucanie się z jednej krańcowości w drugą, dozwolone przez zasadę 19, nigdy nie wytrzyma próby życiowej, a przeto sama zasada jest nierealna, zbyt techniczna i trąci lokautem, tak modnym dzisiaj w sferach kupieckich i przemysłowych. Że tak jest istotnie, znajdujemy potwierdzenie w końcowym ustępie zasady 19, który zobowiązuje lekarza do stosowania tych krańcowych stanowisk nawet w instytucjach filantropijnych. Zasada ta stoi w rażącej sprzeczności z etyką chrześcijańską, gdyż zezwala z jednej strony na nieograniczony niczem wyzysk materialny bliźniego i zabrania w innych przypadkach być względny i bardziej humanitarny. Gdyby zasada 19 miała być utrzymana i rzeczywiście w życiu przestrzegana, spowodowałaby w stosunkowo szybkim czasie upadek materialny lekarzy, gdyż sprzymierzyłaby wszystkie inne jeszcze nieobjęte przymusowem ubezpieczeniem warstwy narodu do bezwzględного zwalczania i ew. ujarzmienia lekarzy, a to przez spowodowanie rozszerzenia zakresu ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby. Nawet warstwy względnie zamożniejsze bez wahania przeszłyby do obo-

zu zwolenników ubezpieczeń i wrogów lekarzy praktyków. Im bardziej elastyczny będzie cennik porad lekarskich, im bardziej będzie on zastosowany do stanu założeń chorego, tem większe powodzenie materialne zapewnimy światu lekarskiemu. Co więcej, w pojęciu szerokiego ogółu obywateli będą się stawać zupełnie zbędne instytucje ubezpieczeniowe na wypadek choroby.

Zasada 20 przeczy wszelkim podstawom etyki ludzkiej i inaczej, niż zorganizowany atak na jednostki wartościowe, nie może być rozumiana. To, że każdy lekarz ma „o b o w i ą z e k” bezpłatnego leczenia chorego kolegi i członków jego rodziny, prowadzi w konsekwencji do niezbyt moralnego wyzysku pewnych nie licznych tylko lekarzy na rzecz innych mniej wartościowych. Zasada taka, nakazująca i zniewalająca do takiego wyzysku wiedzy i pracy bliźniego, w szczególności zaś swego kolegi jako niezbyt etyczna i niehumanitarna, powinna być zupełnie skreślona. Pozostawmy rzecz sumieniu i dobrej woli, a co ważniejsza, wprost fizycznej „możliwości” tych „lepszych” kolegów, którzy bardzo często w większych miastach są profesorami uniwersytetu, obciążonymi licznymi obowiązkami. Wspaniałomyślnie zezwolenie pobierania zwrotu poniesionych wydatków, ściślej niesprecyzowanych, faktycznie pozostaje li tylko na papierze wobec istnienia wysokiej koleżeńskości ze strony tych „lepszych” lekarzy. Tak więc obowiązek bezpłatnego leczenia chorego kolegi i jego rodziny przeradza się w istocie rzeczy w podwójny wyzysk jednostek, uważanych za wartościowsze.

Na tem kończymy uwagi o zasadach rozdziału I części szczegółowej projektu kodeksu deontologii lekarskiej N. I. L.

(D. c. n.).

Dr. Juljan P o d w i ń s k i (Wilno).

Dr. Karol K o s i ń s k i (Wilno).

P o l e m i k a

W sprawie oświadczenia prof. Eigera, zamieszczonego w Księdze Pamiątkowej XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

W protokóle z V posiedzenia X sekcji zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie znajduje się na str. 317 tomu I Księgi Pamiątkowej tego zjazdu pisemne oświadczenie Prof. Eigera, złożone, jak się okazało, już po zamknięciu zjazdu, i z którego treścią poznałem się dopiero po otrzymaniu pamiętnika. Sprawa umieszczenia w protokóle tego ustnie niewyłożonego oświadczenia była przedmiotem korespondencji między mną i Komitetem gospodarczo-organizacyjnym zjazdu oraz b. Gospodarzami i Sekretarzem X sekcji, ostatecznie zaś została przemennie skierowana do Stałej Delegacji Zjazdów L. i P. P. Ponieważ, jak wynika z przytoczonych okoliczności, na oświadczenie to nie mogłem bezpośrednio zareagować, dlatego też pozwałam sobie tą drogą udzielić odpowiedzi.

W roku 1923 kol. B. Gutowski, ówczesny asystent zakładu fizjologii U. W., ogłosił III doniesienia tymczasowe w Nr. 26 Pol. Gaz. Lek., w których podaje sposób otrzymywania t. zw. biodializatów z tkanek i zastosowanie tej metody do badań o wydzielaniu wewnętrznym. Za punkt wyjścia w opracowaniu metody biodializatów posłużyły mu poglądy, wyrażone w moim wykładzie wstępnym z dnia 11 listopada 1916 r.: „wyciągi z narządów a wydzielanie wewnętrzne”, oraz próby metodyczne, czynione w tym kierunku przez Weilanda, Le Heuxa i Beckmanna. Metoda, zastosowana przez Gutowskiego i uży-

wana stale do tej pory w naszym zakładzie, okazała się bardzo dobrą i owocną, doprowadzając do uzyskania ciekawych wyników, odnośnie ciał czynnych zwojów gwiaździstych (Med. Doś. i Społ. T. I. oraz C. r. d. S. d. I. Soc. d. Biol. T. XC.), ciał czynnych mózgu (Med. D. i Sp. T. VI. oraz C. r. d. S. d. I. Soc. d. Biol. T. XC.), a później przez Waławskiego do stwierdzenia w biodializatach z kiszek wpływów hamujących wydzielanie soku żóładkowego (Med. D. i Sp. T. XI. oraz C. r. d. S. d. I. Soc. d. Biol. T. XCIX). We wspomnianym artykule z 1923 r. Gutowski jednocześnie zaznaczył, że badania Eigera, podane do wiadomości publicznej, jako komunikat tymczasowy w 1917 r., oparte były na tych samych podstawach, które ja wysunąłem w swoim wykładzie wstępnym z 1916 r. Oświadczenie prof. Eigera dotyczy właśnie tej kwestji. Prof. Eiger pisze: „Kol. Gutowski w pracy swej o biodializatach podaje, jakoby doświadczenia moje i metoda otrzymywania wewnętrznym wydzielin narządów izolowanych oparta była na myśli kol. Czubalskiego, wypowiedzianej w jego odczycie inauguracyjnym w r. 1917. Zmuszony jestem fakt ten sprostować”. W rzeczywistości Gutowski nie podawał, że badania i metoda, stosowana przez Eigera, oparta była na „myśli”, wypowiedzianej przemennie w wykładzie wstępnym z 1916 r. (a nie z 1917, jak pisze Eiger), lecz stwierdził jedynie bezsporny fakt, że „badania Eigera nad gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym oparte są właśnie na tych podstawach (Zentr. f. Phys. T. 32. str. 64. 1918 r.)”.

Dalej, co do pierwszeństwa publikacji, to znowu jest faktem bezspornym, że, jeżeli chodzi o czasopisma fachowe

naukowe, na które jedynie obowiązani jesteśmy się powoływać, doniesienie tymczasowe prof. Eigera, mające związek z tem zagadnieniem, było nadesłane przez Eigera do redakcji Zentralblatt für Physiologie dopiero 9 lutego 1917 r., a wydrukowane w kwietniu tegoż roku, mój zaś wykład wstępny, wygłoszony w listopadzie 1916, był wydrukowany 6 stycznia 1917 r. (Nr. 1. Gaz. Lek. 1917). Jasną jest wobec tego rzeczą, że Popielski, który, jak widać z jego artykułu w T. 170 Pflügers Arch., opierał się jedynie na tych dwóch publikacjach, t. j. mojej z 6 stycznia 1917 r. i Eigera z 15 kwietnia 1917 r. i stwierdził w obu tych artykułach zgodność zasadniczej myśli, nie mógł mieć żadnej wątpliwości, która z tych publikacji była wcześniejsza. Interpretacja zatem sensu artykułu Popielskiego, dokonana przez prof. Eigera, nie wytrzymuje krytyki.

Prof. Eiger wreszcie podaje do wiadomości po raz pierwszy, że swoją metodę izolowania ciał czynnych, za pomocą której miał widocznie nadzieję uzyskiwać fabrycznie większe ilości hormonów z różnych narządów, jakby w obawie grożącej skądś możliwości uprzedzenia prof. Eigera pod tym względem, zabezpieczył odpowiednio opłaconym aktem w urzędzie patentowym w Szwajcarii. Przyznaję, że publikacji tego czy innych urzędów patentowych nie znałem i niemi się nie interesowałem, jako nie należącymi do literatury naukowej. A ponieważ, mimo wygaśnięcia już terminu na który patent opiewał (1925 r.), świat lekarski nie otrzymał do dyspozycji żadnych preparatów hormonalnych, fabrykowanych opatentowaną metodą, przeto i na tej pośredniej drodze o istnieniu patentu dowiedzieć się nie mogłem. Nie były również ogłaszane, czy to przez samego prof. Eigera, czy jego uczniów, jakiegokolwiek prace naukowe, oparte na metodzie Eigera lub z powołaniem się na nią. Po zbadaniu obecnie przeze mnie całej tej sprawy, okazało się, że Hauptpatent i t. zw. Patentschrift Nr. 72887 wydany jest na nazwisko dwóch osób, a mianowicie prof. Bürgi i Dr. Eigera na skutek ich prośby z dnia 15.X. 1915 r. Ogłoszenie jednak tego patentu wraz z krótkim opisem stosowanej metody, celem otrzymywania i wyosobniania wydzielin wewnętrznych, nastąpiło dopiero 2 stycznia 1917 r. (a nie w początkach 1916 r., jak to mylnie podaje prof. Eiger), a więc w tym samym czasie, co moja publikacja naukowa. Twierdzenie więc prof. Eigera, że już w 1915 r. podał swą metodę do „publicznej” wiadomości, jest niezgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

W końcu prof. Eiger wyraża przypuszczenie, że „prof. Czubalski, nie znając wcześniejszej pracy mojej, wypowiedział myśl swoją wprawdzie niezależnie, lecz dopiero w rok po zjawieniu się mojego doniesienia w druku”. Odpowiadając w tej sprawie, muszę wyraźnie raz jeszcze stwierdzić, że przytoczone przez Eigera ogólnikowe daty, na których opiera się to zdanie, są zupełnie niedokładne. Biorąc pod uwagę, że najwcześniejsza publikacja Eigera, dotycząca omawianych zagadnień, zjawiała się dopiero 15 kwietnia 1917 r. (Z. f. Ph. T. XXXII. Nr. 2), zastrzeżenie zaś patentowe wraz z krótkim uzasadnieniem stosowanej przez Eigera metody, na co się Eiger powołuje, zostało ogłoszone dopiero 2 stycznia 1917 r., trudno jest zrozumieć, w jaki sposób ja, wypowiadając swój wykład wstępny 11 listopada 1916 r. i ogłaszając go drukiem 6 stycznia 1917 r., mógłbym wiedzieć o koncepcjach metodycznych Eigera, i jak można w tych warunkach twierdzić, że moja publikacja zjawiała się dopiero w rok po ukazaniu się w druku doniesienia Eigera, co właśnie prof. Eiger czyni wbrew oczywistym faktom. Nie ulega więc wątpliwości, że myśli mojego wykładu wstępnego były wypowiedziane zupełnie niezależnie od poglądów Eigera w tej sprawie. Fakt zaś zajmowania się przeze mnie zagadnieniem wydzielania wewnętrznego w sposób, jakiemu dałem wyraz w wykładzie wstępnym z 1916 r., powinien być najzupełniej zrozumiały dla polskich pracowników naukowych, a więc i dla prof. Eigera, choćby ze względu na to, że mnie, jako ucznia

znanej szkoły Popielskiego, która niemal wyłącznie opracowywała zagadnienia fizjologicznego działania wyciągów z narządów i kwestję hormonów, te właśnie tak w owych czasach sporne sprawy musiały w najwyższym stopniu interesować i niepokoić. Okoliczności te są bardzo wyraźnie zaznaczone w treści mojego wykładu, opartego na krytycznym ujęciu prac Popielskiego i jego wielu uczniów. Oprócz tego muszę zaznaczyć, że myśli moich, związanych z temi problemami i poruszanych w moim wykładzie wstępnym, nie ukrywałem nawet w rozmowach, jakie na ten temat prowadziliśmy z prof. Eigerem podczas ostatniego, na kilka miesięcy przed wybuchem wojny światowej, widzenia się z nim we Lwowie, a więc przed jego wyjazdem do Szwajcarii i mojem przeniesieniem się do Warszawy.

Zdecydowałem się odpowiedzieć publicznie na oświadczenie prof. Eigera, wprowadzone do protokołu już po zamknięciu zjazdu, jedynie w celu dokładnego ustalenia faktów, a nie celem procesowania się o prawo pierwszeństwa. Metoda bowiem, o którą prof. Eigerowi chodzi, jest dzisiaj, po 16 latach, już tylko jednym z normalnych etapów rozwoju myśli badawczej i nie może być uważana za coś tak ważnego i przełomowego, z czem związane jest nastale nazwisko danego uczonego. Z tych też względów uważam odpowiedź moją, jako całkowicie wyczerpującą i zamykającą tę sprawę z mej strony.

Warszawa, dnia 12 lutego 1932 r.

(—) Fr. Cz u b a l s k i (Warszawa).

Odpowiedź na oświadczenie prof. Fr. Czubalskiego.

Jestem przeciwnikiem polemik; uważam bowiem, że jeden protokół doświadczenia fizjologicznego więcej jest wart, niż sto zdań polemiki, zwłaszcza w sprawach specjalnych na łamach czasopism, przeznaczonych dla szerokiego koła lekarzy-praktyków, od których trudno żądać, ażeby orjentowali się w sprawach subtelnych i zawiłych teoretycznych, tyjących się metodyki eksperymentalnej.

Prof. Fr. Cz u b a l s k i ogłasza oświadczenie swoje nie naprz. w czasopiśmie „Medycyna Doświadczalna i Społeczna”, lecz w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”, które bardzo cenię i do którego założycieli miałem zaszczyt należenia w swoim czasie, lecz które nie jest przeznaczone dla specjalistów fizjologów i teoretyków. Nie sądzę, aby ogół czytelników z oświadczenia prof. Cz u b a l s k i e g o domyślić się był w stanie, o co właściwie prof. Cz u b a l s k i e m u chodzi?

Skoro jednak już tak się stało, postaram się, jako autor, zaatakowany dwukrotnie, bo po raz pierwszy przez kolegę B. G u t o w s k i e g o, wówczas asystenta zakładu fizjologii U. W. w pracy jego p. t. „Nowy sposób otrzymywania ciał czynnych z poszczególnych narządów” (Pol. Gaz. Lek. Nr. 26. 1923), a obecnie przez prof. Cz u b a l s k i e g o — sprawę przedstawić prosto, szczerze, przedmiotowo i w formie zrozumiałej dla wszystkich czytelników niespecjalistów.

I. W r. 1918, jako docent uniwersytetu Berneńskiego, odcięty zupełnie od Warszawy przez cały czas okupacji niemieckiej, otrzymałem od ś. p. L. P o p i e l s k i e g o pismo, datowane dn. 20.IV. 1918, oraz jednocześnie kilka odbitek pracy jego p. t. „Über die sekretorische Innervation der Nebennieren” (Kritische Bemerkungen ueber die Arbeiten von: Asher, Elliott, Cannon und de la Paz, Anrep, Tschoboksareff, Kahn und Eiger) (Arch. Pflügera T. 170 str. 245, 1918) — z prośbą o przesłanie T. R. E l l i o t t o w i załączonych trzech prac, gdyż ś. p. P o p i e l s k i nie mógł z powodu warunków wojennych bezpośrednio tego uczynić. Jedną odbitkę pracy powyższej, jak to jest w zwyczaju w takich razach, przysłał mnie, przyczem rozpoczyna ś. p. P o p i e l s k i list słowami: „Proszę się nie gniewać, że pańską pracę poddałem krytyce. Odnosi się ona głównie do A s h e r a”. Z tej

to pracy dowiedziałem się po raz pierwszy, że Czubałski, którego nazwisko przytacza ś. p. Popielski w pracy swej, miał wykład wstępny. Przytaczam dosłownie słowa ś. p. Popielskiego po uwagach, dotyczących mojej pracy: „Es ist bemerkenswert, dass beinahe wörtlich denselben Gedanken Dozent Dr. Czubałski (Gazeta lekarska 1917. Nr. 1, p. 7, 8) in seiner Antrittsvorlesung ausspricht. (1) Czubałski teilt in seiner Antrittsvorlesung den Zuhörern folgende irrthümliche Nachrichten mit:“). Prócz tego (str. 258) pisze ś. p. Popielski: „1) Diese Methode hielt Eiger für notwendig, einem engeren Kreise von Forschern zu demonstrieren“.

Wkrótce upłyne lat 33, gdy od chwili opuszczenia ław uniwersyteckich zajmuję się samodzielną pracą naukową. W całym okresie mej działalności naukowej nie znalazłem bardziej ostrej krytyki wykładu wstępnego swego byłego ucznia, jakiej poddaje ś. p. Popielski w wykład wstępny Czubałskiego. Czyż może być cięższy zarzut, niż słowa Popielskiego, skierowane w piśmie fachowym archiwalnym: „Czubałski komunikuje w swoim wykładzie wstępnym słuchaczom następujące błędne wiadomości: ...“ Ś. p. Popielski pisze krytyczną pracę i umieszcza w podtytułe nazwisko moje zaszczytnie w dostojnym gronie pierwszorzędných europejskich fizjologów i endokrynologów, nazwiska Czubałskiego nie umieszcza, a o wykładzie jego wyraża się w tekście wszak niezwykle niepocholebnie: jedno charakterystyczne zdanie w tekście brzmiące: „Godnem jest zaznaczenia, że docent dr. Czubałski niemal dosłownie tę samą myśl co Eiger wypowiada w swoim odczycie wstępnym (Gazeta lekarska 1917 Nr. 1, p. 7, 8)“.

Jeżeli dodam do tego, że Popielski zwraca uwagę (str. 258) na odsyłacz w mojej pracy, w którym zaznaczam, że demonstrowałem metodę moją ściślemu gronu badaczy, przyczem w pracy mojej, którą osobiście w swoim czasie wręczyłem kol. Gutowskiemu, podkreślając, że w odsyłaczu tym wyraźnie podana jest data roku 1915 (o czym zarówno autor wyżej wspomnianej pracy Gutowski i autor oświadczenia swego Czubałski świadomie przemilczają), to pozostawiam bezstronnym czytelnikom osądzenie, czy słuszne jest twierdzenie Czubałskiego: „Interpretacja zatem sensu artykułu Popielskiego, dokonana przez prof. Eigera, nie wytrzymuje krytyki“.

Wszak w podtytułe wyraźnie ś. p. Popielski umieszcza mnie w liczbie autorów pracy doświadczalnej i wyraźnie twierdzi, że w wykładzie swym, a nie w pracy doświadczalnej samodzielnej doc. Czubałski „niemal dosłownie“ tę samą myśl wypowiada.

II. W grudniu r. 1918 na wieść o wyzwoleniu Polski z pod okupacji niemieckiej i z pod jarzma zaborców opuściłem warsztat pracy szwajcarski i udałem się do Warszawy, ażeby wstąpić, jako ochotnik do Wojska Polskiego. Wkrótce po przyjeździe odwiedziłem jednego ze znajomych profesorów warszawskich i, wspomniawszy mu o moich pracach z dziedziny metodyki (Zentralb. f. Physiol. 1917, Bd. 32, Nr. 2, S. 66), ze zdziwieniem usłyszałem z ust jego, że kol. Gutowski pisze pracę, z której wynika, że praca moja oparta jest na pomysłach Czubałskiego. Zwróciłem się wówczas niezwłocznie do kol. Gutowskiego, wręczyłem mu odbitek mojej pracy, zwróciłem jego uwagę na datę mojego pokazu oraz na pracę ś. p. Popielskiego, zawierającą ostrą krytykę wykładu wstępnego prof. Czubałskiego, przyczem oświadczyłem, że, jeżeli w pracy swej o t. zw. przez niego biodializatach nie zmieni redakcji, tyczącej się wzmianki o mnie, to, niestety, będę musiał przy pierwszej nadarzającej się sposobności wzmiankę jego sprostować. Ku wielkiemu memu zdziwieniu usłyszałem wówczas z ust kol. Gutowskiego, że szef jego, kierownik prof. Czubałski, o pracy ś. p. Popielskiego nic mu nie mówił, i że tej pracy kol. Gutowski nie zna.

III. Kol. B. Gutowski, ówczesny asystent zakładu fizjologii U. W., ogłosił doniesienie tymczasowe p. t. „Nowy sposób otrzymywania ciał czynnych z poszczególnych narządów“ (Polska Gaz. Lek. Nr. 26. 1923 str. 467). Gutowski pisze, co następuje: „Śród polskich badaczy Czubałski pierwszy zwrócił uwagę na braki stosowanych powszechnie metod dla otrzymania wyciągów z tkanek i wskazał drogi, po których należy dążyć w poszukiwaniu ciał czynnych, zaznaczając w swym wstępnym wykładzie (11.XI. 1916 r.) p. t. „Wyciągi z narządów, a wydzielanie wewnętrzne“, że normalnych produktów przemiany materji w danym narządzie, przedostających się w zwykłych warunkach jako ciała swoiste do krwi i odgrywających w ustroju rolę t. zw. hormonów, należy szukać inaczej, w sposób możliwie zbliżony do rzeczywistości, a mianowicie, przez dłuższe trwające przepłukiwanie badanego narządu płynami odżywczymi z zachowaniem warunków ciepłoty i ustalenia i poszukiwania w tych płynach swoistych produktów przemiany materji. Badania Eigera nad gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym oparte są właśnie na tych podstawach (Zentr. f. Phys. T. 32. str. 64. 1918 r.)“.

Z przytoczonych słów autora pracy tej, kol. Gutowski, jeden wysnuć można tylko wniosek, zwłaszcza wobec przytoczenia dat, że badania moje oparte są właśnie na podstawach, na które Czubałski śród polskich badaczy pierwszy zwrócił uwagę. Mając w słowach wspomnianego profesora warszawskiego dowód oczywisty, że czytelnicy pracy Gutowskiego w ten sposób mogą zrozumieć słowa Gutowskiego, i wobec niespełnienia przez kol. Gutowskiego mej prośby w następnych jego pracach odpowiednich, złożyłem pisemne oświadczenie w redakcji Księgi pamiątkowej XIII Zjazdu. Oświadczenie to moje zaczyna się, jak następuje: „Kol. Gutowski w pracy swej o biodializatach, podaje jakoby doświadczenia moje i metoda otrzymywania wewnętrznych wydzielin narządów izolowanych oparta była na myśli kol. Czubałskiego, wypowiedzianej w jego odczycie inauguracyjnym w r. 1917. Zmuszony jestem fakt ten sprostować“... (W czasie drukowania niniejszego sprostowania korzystałem z urlopu naukowego zagranicznego i korekty nie robiłem).

Ze słów moich bezstronnym czytelnik wnioskuje może o tem, że osobiście nie zrobiłem prof. Czubałskiemu żadnego zarzutu i że stwierdzam, iż obydwaj niezależnie myślimy i niezależnie od siebie pracujemy i myśli swoje wypowiadamy. Nie poruszałem merytorycznej sprawy biodializatów, nie byłem w stanie dotychczas po wojnie zajmowania się pracami doświadczalnymi z dziedziny endokrynologii, chętnie jednakże przy pierwszej nadarzającej się okazji do tej dziedziny wrócić, aby ocenić krytycznie ujęcie sprawy t. zw. biodializatów Gutowskiego, Walańskiego oraz poglądy Czubałskiego, które, posłużyły w/g. własnych jego słów, za punkt wyjścia w opracowaniu metodyki biodializatów Gutowskiego.

Dzisiaj na tem miejscu odpieram tylko z całą siłą niesłuszne twierdzenie kol. Gutowskiego, że „badania Eigera nad gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym oparte są właśnie na tych podstawach“.

Nie sprawdził przytem prof. Czubałski całego szeregu prac moich, jak np. pracy p. t. „Der Einfluss des Nervus vagus auf die Glykogenbildung und eine neue Methode zur Untersuchung etc. (Znt. für Phys. Bd. XXX, N. 11 z dnia 30 sierpnia 1915 r.)“.

Nie ma racji kol. Gutowski pisząc, że śród polskich badaczy Czubałski pierwszy zwrócił uwagę etc... i „wskazał drogi“ i t. d., gdyż śród badaczy polskich pierwszy, który wskazał najwłaściwszą drogę szukania hormonów był nauczyciel mój ś. p. Cybulski, który dowiódł obecności adrenaliny właśnie nie w przeróżnych wyciągach i t. zw. biodializatach mogących zawierać wszak — zgodnicze

słusznymi uwagami ś. p. P o p i e l s k i e g o — nie tylko produkty rozpadu komórek oraz silnie działające aminy, ale również ślady krwi, bakterje i ich toksyny etc. przy metodyce G u t o w s k i e g o. Kto zaś po ś. p. C y b u l s k i m i po ś. p. P o p i e l s k i m z kolei zajmie miejsce, o tem decydować może tylko bezstronny krytyk i historyk fizjologii i medycyny doświadczalnej polskiej, nie zaś strony polemizujące.

Prof. Dr. Marjan E i g e r (Wilno).

Uwagi do odpowiedzi profesora dr. Eigera.

Odpowiedź prof. Eigera na moje oświadczenie jest długa i zawiera na wstępie obietnicę udzielenia wyjaśnień w sposób prosty, jasny, przedmiotowy i szczery, a jednak autor tej obietnicy chwalebnej w żadnym kierunku nie dotrzymuje. Prof. Eiger pomija milczeniem, snać z braku przekonujących argumentów, moje najistotniejsze zarzuty, zajmuje się zaś rozwlekle treścią artykułu ś. p. Popielskiego z przed lat czterestu, choć związek tego artykułu z jego oświadczeniem jest bardzo luźny. Prof. Eiger wyraża obawę, że na podstawie mego oświadczenia żaden z czytelników nie będzie sobie mógł zdać sprawy, o co mi właściwie w stosunku do Eigera chodziło. Ja tych obaw nie podzielam, jestem bowiem przekonany, że każdy z czytelników, uznający konieczność lojalnego postępowania nawet w stosunku z przeciwnikami, już po przeczytaniu pierwszych wierszy mego oświadczenia dokładnie się zorientuje, w imię czego zmuszony byłem wystąpić publicznie. Jeżeli jednak prof. Eiger koniecznie żąda odemnie, i to jakby w imieniu czytelników, większej jasności i szczerości w umotywowaniu powodów mego wystąpienia, muszę to zrobić, choć bez zbytejnej przyjemności.

Otóż punktem wyjścia obecnej polemiki jest ten fakt, że prawdziwy tekst protokołu V posiedzenia X sekcji XIII zjazdu L. i P. P. w Wilnie, gdzie ja byłem gościem, a prof. Eiger gospodarzem, został w swej istotnej części przez Eigera dowolnie zmieniony i w swej obecnej po wydrukowaniu formie nie odpowiada prawdzie. Przeciwno tego rodzaju metodom muszę zaprotestować jako uczestnik tej sekcji, jako przewodniczący tego właśnie posiedzenia, z którego protokół został bez mojej wiedzy zmieniony, jako ten wreszcie, który przez zmianę protokołu został bezpośrednio zaczepiony. Zmiana owa polega na tem, że prof. Eiger po zamknięciu już zjazdu dołączył do protokołu odnośnego posiedzenia, na którym zresztą nie był obecny, a więc i nie przemawiał, tekst rzekomo wygłoszonego przezeń oświadczenia, dotyczącego mnie i mego współpracownika doc. Gutowskiego. Oczywiście, że o doraźnej z mej strony odpowiedzi, która byłaby wraz z oświadczeniem Eigera wydrukowana w Pamiętniku Zjazdu, w tych warunkach nie mogło być mowy. W ten dość zręczny, choć niewybredny sposób stworzono świadomie i celowo pozory, że ja i jako przewodniczący i jako bezpośrednio zaczepiony milcząco zgadzam się na treść komunikatu Eigera. Dodam, że nie powiadomiono mnie o zmianie protokołu nawet w czasie późniejszym, chociaż druk Pamiętnika trwał dwa lata, i o fakcie tym dowiedziałem się dopiero po odebraniu pod koniec 1931 r. Księgi Pamiątkowej Zjazdu. Jak się okazało, odpowiedzialność za to ponosi nie główny komitet redakcyjny, lecz prof. Eiger, który miał możliwość wypowiedzenia swoich uwag publicznie w mojej i Gutowskiego obecności, a jednak, jakby w obawie publicznej dyskusji, zastosował w tym przypadku całkiem swoistą metodę. Wyznaję, że z tego rodzaju metodami nie spotykałem się dotąd w stosunkach z ludźmi nauki i wychowawcami młodzieży przez cały czas mojej dwudziestoletniej działalności naukowej, a później i nauczycielskiej. W stwierdzeniu tych faktów mieści się odrazu odpowiedź na zdziwienie Eigera, dlaczego nie ogłosiłem swego oświadczenia np. w „Medycynie Dośw. i Społ.” lecz w tygodnikach lekarskich. Skoro prof. Eiger przez swoje metody, zaszo-

sowane na zjeździe w Wilnie, uniemożliwił mi odpowiedź na właściwym terenie zjazdowym, musiałem zaapelować do perjo-dycznej prasy lekarskiej, aby jaknajszersze koło czytelników, a nie tylko nieliczne grono fachowców dowiedziało się, co sądzię o treści jednostronnego, nieznanego mi przedtem komunikatu Eigera, rozesłanego wraz z Księgą Pamiątkową do przeszło tysiąca uczestników zjazdu.

Przechodząc teraz do istoty zarzutów, stawianych przezemnie prof. Eigerowi w związku z treścią jego komunikatu i braku rzeczowej na nie odpowiedzi, stwierdzam, że 1) prof. Eiger nie pisze nic o przyczynie zasadniczej, która wywołała moje oświadczenie, 2) prof. Eiger pomija milczeniem stwierdzony przezemnie fakt, że wszystkie daty, podane przez niego w komunikacie, dołączonym do protokołów zjazdu, są nieprawdziwe, a więc i wnioski, oparte na nich, muszą być niezgodne z rzeczywistością. Uwaga Eigera, że w czasie druku Pamiętnika miał być na urlopie i nie robił korekty, nie zwalnia go od odpowiedzialności za spowodowanie tego rodzaju i tak licznych błędów, zawsze korzystnych dla niego i przez to pomocnych w podsuwaniu czytelnikowi bezwarunkowej jakoby słuszności poglądu prof. Eigera. 3) Prof. Eiger nie odpowiada na fakt, stwierdzony przezemnie dokumentami i datami, że przed rokiem 1917 nie ogłosił on żadnej publikacji naukowej na temat biodializatów, jako metody badania czynności gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Nie może bowiem być uważana za taką pracą, na którą w swej odpowiedzi dopiero po raz pierwszy Eiger się powołuje, a mianowicie: „Der Einfluss des Nervus Vagus auf die Glykogenbildung in der Leber und eine neue Methode zur Untersuchung des Leberstoffwechsels in seiner Abhängigkeit vom Nervensystem“ (Z. f. Ph. T. XXX. Nr. II.), gdyż pracą, mającą na celu zbadanie wpływu n. błędnego na ilość zawartego w wątrobie glikogenu, w metodyce oparta na bardzo dawno już znanym sposobie pracy z narządami, całkowicie lub częściowo izolowanemi, nie ma oczywiście nic wspólnego z metodą biodializatów, przygotowywanych przez Gutowskiego i innych pracowników naszego zakładu. Muszę przytem zaznaczyć, że Eiger pisze o szeregu prac, jakoby przezemnie nie sprawdzonych, tymczasem po zbadaniu sprawy okazało się, że chodzi nie o szereg, tylko o tę jedną, wspomnianą już pracę. Nie zmienia także tego stanu rzeczy powoływanie się Eigera na kilkowerszowy odnośnik w cytowanej jednak przezemnie w oświadczeniu jego pracy (Z. f. Ph. T. 32.), że już w 1915 r. miał Eiger demonstrować swoją metodę ściślej szemu gronu uczonych w Bernie. Dopisek ten bowiem nie jest z natury rzeczy żadnym dokumentem naukowym, opartym na ścisłym sformułowaniu swych myśli lub na protokołach doświadczeń. Jest to jedynie oświadczenie jednostronne zainteresowanej osoby, która nie tylko w urzędzie patentowym, ale i w literaturze naukowej szuka sposobu zabezpieczenia sobie prawa pierwszeństwa, zwłaszcza, że dopisek ten znajduje się w pracy, nadesłanej do redakcji w przeszło pięć tygodni po wydrukowaniu, a w trzy blisko miesiące po publicznym wygłoszeniu przezemnie wykładu wstępnego, komunikacja zaś pocztowa czy inna ze Szwajcarią, jako krajem neutralnym, była nawet w ówczesnych warunkach wojennych, choć trudna, ale możliwa.

4) Prof. Eiger nie zaprzecza, że o zasadach, na których później oparła się metoda biodializatów Gutowskiego w zastosowaniu do wydzielania wewnętrznego, rozmawiałem z nim już w zimie roku 1913/14 we Lwowie, a więc przed jego wyjazdem do Szwajcarii. Prof. Eiger nie zaprzecza również, że już w 1915 r. a więc na początku swego pobytu zagranicą, zgłosił on w urzędzie patentowym w Szwajcarii zupełnie ogólne zastrzeżenie prawa pierwszeństwa co do swej metody i wykupił t. zw. Hauptpatent, nie precyzując jednak w tym czasie jeszcze samej metody. 5) Stwierdzam, że nie widzę powodu, po przeczytaniu odpowiedzi prof. Eigera, do zmiany swego zdania, że interpretacja sensu artykułu Popielskiego, dokonana przez Eigera, nie wytrzymuje krytyki. Popielski, bowiem, poddawszy

w kilkunastu wierszach surowej ocenie (str. 257.) komunikat tymczasowy Eigera z 15 kwietnia 1917 r., wtrąca jedno krótkie zdanie, ustalając zaraz datę mojej publikacji ze stycznia 1917 r. „godnem jest zaznaczenia, że docent dr. Czubalski niemal dosłownie jest samą myśl co Eiger wypowiada w swoim odczycie wstępnym”.

Ustalenie więc dat przez Popielskiego jest tak ścisłe, że nie można mieć żadnej wątpliwości, którą z tych publikacji uważał Popielski za wcześniejszą. Najlepiej więc poprzestać na tych bezspornych faktach i nie wdawać się w interpretację sensu artykułu człowieka, który już nie żyje i głosu nie zabierze.

Na zakończenie chcę poświęcić słów kilka sprawie osobistego zaatakowania mnie przez Eigera w jego odpowiedzi. W tem miejscu czuję się skrępowany, gdyż została wciągnięta w polemikę nasza osoba nieżyjącego już prof. Popielskiego, nie mogącego prostować możliwych pomyłek w interpretowaniu jego myśli. Postaram się więc być możliwie obiektywnym i opierać się jedynie na nieulegających wątpliwości faktach, które są przytoczone w artykule Popielskiego (Pflüger's Archiv T. 170). Popielski w pomienionym artykule cytuje mnie raz w związku z metodą biodializatów (str. 257), drugi raz (str. 254) pisze o mojej pracy, którą przytacza jako jeden z dowodów istnienia adrenalinemji podczas duszenia; przeciwko tej pracy nie podnosi Popielski żadnych zarzutów, oceniając ją wyraźnie przychylnie.

Powołując się na zarzut Popielskiego, że w moim wykładzie błędnie informowałem słuchaczy, Eiger nie przytacza całego zdania tego odnośnika (a nie głównego tekstu, jakby to wynikało z cytata Eigera), lecz tylko jedną, wygodną dla polemiki część. Stwarza to znowu pozory dla czytelnika, że opinia taka Popielskiego odnosi się do całości mojego wykładu, gdy w rzeczywistości dotyczy ona jedynie dwóch konkretnych faktów, naówczas nieustalonych i spornych, i jest wyrazem różnicy poglądów na tem tle między mną i Popielskim. Jednym z tych faktów była klasyfikacja chemiczna i farmakodynamiczna t. zw. dziś histaminy; ja ją podałem według Biedla (str. 511, cz. I, wyd. II, 1913 r.), gdyż to dzieło było mi jedynem dostępnem najnowszem źródłem naukowem w owych czasach surowej okupacji niemieckiej, Popielski zaś, pisząc zresztą swój artykuł w półtora roku później, kiedy badania nad histaminą znacznie się już posunęły, z klasyfikacją tą się nie zgadzał. Tak się przedstawia sprawa zarzutu Popielskiego odnośnie pierwszego faktu, i sądzę, że krótkie uwagi moje na ten temat całkiem ją wyczerpują. Gorzej jeszcze dla Eigera, operującego bezkrytycznie cudzemi myślami, i to ludzi zmarłych, wypowiedzianymi przed laty kilkunastu w innych warunkach i w innym stanie ówczesnym naszych wiadomości naukowych, przedstawia się sprawa zarzutu Popielskiego odnośnie drugiego spornego między nami faktu. Ta część polemiki robi wprost wrażenie, że Eiger, uniwersytecki profesor fizjologii, nie zna zupełnie literatury naukowej tego działu za ostatnie dziesięciolecie, zabierając jednak publicznie w tych sprawach głos. Tym drugim mianowicie faktem było twierdzenie moje, że wyciągi ze ścianek żołądka wywołują obfite wydzielanie soku żołądkowego nie tylko po ich podaniu podskórnem, lecz i dokrewnem. Popielski tego stanowiska nie uznawał i zwalczał je w owych czasach gwałtownie w stosunku do każdego zwolennika poglądu, wyrażonego przezemnie w wykładzie wstępnym, a którego głównym reprezentantem wtedy był znany badacz Edkins, którego prace o sekretynie żołądkowej są powszechnie znane. A więc mamy tutaj do czynienia z typowym sporem naukowym, zjawisko niemal codzienne w pracach naukowych. Eiger zdaje się nawet nie wiedzieć, że sprawa ta była już raz przedmiotem wyczerpującej polemiki między mną i uczniem Popielskiego, Tomaszewskim (Gaz. Lek. Nr. 24 i 38, r. 1917), i że polemika ta wypadła na moją korzyść. Tem się

też zapewne tłumaczy, że Popielski w swoim późniejszym, cytowanym przez Eigera artykule powtarza jedynie uparcie w kilku wierszach swój gołosłowny zarzut, wypływający wyłącznie z jego odmiennych na tę sprawę poglądów, bez przytaczania jakichkolwiek rzeczowych dowodów i bez analizy całego zjawiska. Kto w tych sprawach spornych ostatecznie ma rację — o tem rozstrzyga czas, w miarę nagromadzenia się materiału doświadczalnego i jego umiejętnego wyzyskania. Tak też było i w tym przypadku, i w sporze tym ja zwyciężyłem. Jest dzisiaj rzeczą zupełnie ustaloną, że wyciągi z tkanek żołądka, a nawet innych oraz histamina, która jest zapewne stałą ich częścią składową, pędzi równie silnie sok żołądkowy po zadaniu podskórnem, jak dokrewnem. Zagadkę niejednakowego pozornie działania tych ciał, zależnie od sposobu ich wprowadzania, na czem Popielski zbudował całą swoją teorię, udało się rozwiązać w odniesieniu do wyciągów i histaminy w naszym zakładzie Gutowskiemu (patrz Ergebnisse der Physiologie T. XXX, 1930, str. 183, 184, 185 oraz Babkin, Die Aussere Sekretion der Verdauungsdrüsen, II Auf. 1928, str. 349, 523, 590, oprócz tego „Med. Dośw. i Społ. T. V.” i „Skand. Ar. B. 49”, komunikat XII zjazdu fizjol. w Sztokholmie). Sądzę, że przedstawione przezemnie w tej kwestji wystarczająco chyba poważne argumenty zamykają sprawę dla każdego, chcącego poznać prawdę, człowieka. Ocena zresztą wagi zarzutów Popielskiego została dokonana już znacznie wcześniej przez największy autorytet w sprawach fizjologii w Polsce, a mianowicie przez prof. Cybalskiego. Akurat w rok po ogłoszeniu zarzutów Popielskiego, a więc już po dokładnem zapoznaniu się z ich treścią, prof. Cybalski nie zawahał się postawić w komisji stabilizacyjnej wniosku o mianowanie mnie profesorem fizjologii stołecznego uniwersytetu i wniosek ten w komisji przeprowadził.

Prof. Eiger jest bardzo zadowolony, powiedziałbym nawet dumny ze sposobu, w jaki potraktował jego pracę i osobę Popielski w swoim artykule. Jest to jego sprawa osobista, która mnie mało interesuje. Ze swej strony chciałbym zrobić tylko małą w tem miejscu uwagę, że wolę stanowczo swoją, wyznaczoną mi przez Popielskiego rolę w jego artykule, niż tę, „jaka przypadła Eigerowi. Byłoby mi trochę przykro dowiedzieć się z listu prywatnego, że ponieważ Asher jest zbyt poważnym badaczem, aby można go w ten sposób krytykować, przeto, mając na myśli właściwie Ashera, atakuje się bez ceremonji jego współpracownika Eigera. Nie chciałbym również, aby prace moje zasłużyły na zdanie, zawierające w sobie, jak mi się zdaje, gryzącą ironję w artykule Popielskiego, a którego brzmienie w tłumaczeniu jest następujące (str. 257): „Ten autor jest w posiadaniu wewnętrznych wydzielin z następujących ni mniej ni więcej narządów: tarczycy, trzustki, jądra, wątroba, śledziona, mięśnie, mózg, łożysko i t. d.” Po przeczytaniu tego zdania z przed kilkunastu lat chciałoby się zapytać prof. Eigera, dlaczego nie realizuje tych pięknych obietnic, pomimo, że jako profesor uniwersytetu posiada odpowiedni warsztat pracy, i dlaczego po wydrukowaniu swego tymczasowego komunikatu w r. 1917 nie wzbogacił literatury lekarskiej ani jedną już pracą doświadczalną o wewnętrzznem wydzieleniu, posilkując się metodą, o której pierwszeństwo tak mu chodzi. Prawda, że nasz zakład może także zrobić mniej, niżby należało, trudno w tych sprawach jest określić granicę, w każdym razie robiliśmy, na co nas było stać, i mamy to zadowolenie, że prace nasze (Czubalski, Gutowski, Skarżyńska, Wałowski i inni) weszły do obcych wydawnictw i stały się już własnością ogólną.*)

(—) Fr. Cz u b a l s k i.

Warszawa, dnia 11 marca 1932 r.

*) Na tem polemikę zamykamy. (Red.).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Wytyczne propagandy przeciwwenerycznej.

Podał

Dr. Wiktor BORKOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 10).

Plakat obrazowy jest potężnym środkiem propagandy przeciwwenerycznej, lecz tylko wtedy, gdy przykuwa uwagę widza oraz przemawia do jego wyobraźni i uczucia. Plakat obrazowy przykuwa uwagę swą kolorystyką, oryginalnością pomysłu i plastycznością obrazu, przemawia do wyobraźni motywem zasadniczym, emocjonuje zaś obrazowymi akcesorjami, wyobrażającymi następstwa indywidualne i społeczne motywu zasadniczego.

Zrozumienie tego mechanizmu propagandowego ułatwią nam przykłady celniejszych plakatów obrazowych.

Plakat belgijski p. t. „L'Hecatombe” przykuwa uwagę kolorystyką i fantazją stroju prostytutki, działa na wyobraźnię makabryczno - szatańskim wyrazem jej twarzy oraz trupa głową, trzymaną na wysokości łona, emocjonuje zaś lasem krzyży nad mogiłami hekatomb ofiar syfilisu. Plakat czeski p. t. „Varujte se, lečte se” przykuwa uwagę nagością postaci kobiety i mężczyzny oraz kolorystyką tła, porusza wyobraźnię uściskiem, pocałunkiem i zapaścią mężczyzny, emocjonuje postacią śmierci i stadem kruków. Plakat francuski p. t. „La syphilis” przykuwa uwagę kolorystyką, maquillagem i oryginalnością uczesania kobiety, porusza wyobraźnię pocałunkiem, emocjonuje trupa głową. Plakat włoski p. t. „Lottare contro glicurabili mali sociali...” (wyobraża potworną twarz z rozwartymi ustami, żygającymi trupiami czaszkami na miasto fabryczne, z policzkami przebitymi na wylot mieczem — „Assistenza-previdenza”, olbrzymim zwojem na głowie potwornych węzłów, wyobrażających wszystkie choroby społeczne), bazyliżkowo hypnotyzuje uwagę widza, wstrząsa wyobraźnią i brutalnie emocjonuje. Plakat polski (ośmiornica, oplatająca mackami rodzinę) — przykuwa uwagę, żywo porusza wyobraźnię i silnie emocjonuje.

Plakaty belgijski, włoski oraz polski zapewne wywierają przygnębiające wrażenie na chorych przeczulonych i wenerofobów.

Mulaże stanowią materiał propagandowo - przeciwweneryczny bardzo surowy, fragmentaryczny i eksploatowany więcej przez przedsiębiorców panoptikonów, niż przez sanitarjat. Ekspozyty, w wystawiane w panoptikonach, winny być uprzednio cenzurowane przez właściwe organa sanitarne, przy czym ekspozyty o posmaku sensacyjnym, jak np. prącie onanisty lub owrzodzenie wargi sromowej u murzynki (autentyczne), winny być bezwzględnie nielicencjonowane.

Ponieważ mulaże, jako materiał opisowy i pomocniczy, mogą być w zupełności zastąpione prze-

zrocami świetlnymi, przeto panoptikony tracą w zupełności rację bytu i winny być zlikwidowane z korzyścią dla społeczeństwa pod względem propagandowo - przeciwwenerycznym.

Wszelkie przejawianie symptomatologii chorób wenerycznych za pomocą mularów i przezroczy świetlnych jest bezwzględnie przeciwwskazane ze względu na niebezpieczeństwo szerzenia urojeniowej wenerofobii oraz wywieranie przygnębiającego wrażenia na przeczulonych chorych. Przezrocza świetlne mają rację bytu tylko jako środek pomocniczy dla odczytów propagandowych.

Odczyty publiczne są potężnym środkiem propagandy przeciwwenerycznej, o ile są dostatecznie popularne, to znaczy, umiejętnie przystosowane do poziomu umysłowego słuchaczy. Winny one być wygłaszane wybiórczo dla pewnych i jednolitych grup społecznych (oddzielnie dla sfer robotniczych, młodzieży maturalnej, średniej inteligencji), winny być utrzymane w tonie bezwzględnie poważnym, bez zabarwienia feljetoniczno - humorystycznego, nacechowane głęboką czcią dla procesów rozrodczych w przyrodzie, przepojone troską o zdrowie i szczęście przyszłych pokoleń. Optymistyczne oświetlenie widoków lecznictwa przeciwwenerycznego jest niezbędne, natomiast wszelki subiektywizm kliniczno-terapeutyczny prelegenta jest bezwzględnie niedopuszczalny (zalecanie pewnych metod terapeutycznych). Również niedopuszczalna jest wszelka interpretacja laboratoryjnych metod rozpoznawania chorób wenerycznych w odczyty publicznym. Prelegent - popularyzator winien posiadać doświadczenie kliniczno - wenerologiczne, dar słowa, znajomość psychiki ludzkiej wogóle, a psychiki chorych wenerycznych w szczególności, zdolność wczuwania się w martyrologję pokoleń, obarczonych ciężką wrodzoną, krytycyzm, ogrzany ciepłem osobistego altruizmu, umiar w słowach i obrazowaniu zjawisk klinicznych, moralnych, psychologicznych i społecznych.

Ujemną stroną akcji odczytowo - propagandowej jest okoliczność, że odczyty stanowią formę propagandy nieuchwytną dla krytyki fachowej, natomiast nieograniczenie dostępną dla spekulatywnych celów nietetycznych jednostek lekarskich i przedsiębiorczości jednostek pseudolekarskich.

Wzgląd powyższy wymaga, by dobór prelegentów dla akcji propagandowo - odczytowej był skrupulatnie dokonywany przez organa sanitarne, uniwersytety, Związek Przeciwweneryczny, Polskie Towarzystwo Eugeniczne, Warszawskie Towarzystwo Higieniczne oraz ich oddziały prowincjonalne, by instytucje te udzielały w drodze publicznej swego protektoratu odczytom propagandowym oraz zawiadamiały kaźdorazowo o powyższym miejscowe władze administracji ogólnej.

Nadzorcze władze sanitarne mogłyby zalecić w

drodze pisma okólnego powiatowym władzom administracji ogólnej, by, powołując się na podstawę prawną przepisów w przedmiocie odbywania zebrań publicznych, udzielały swego pozwolenia na odbycie wyłącznie odczytów publiczno - propagandowych, uprzednio zgłoszonych przez wymienione wyżej instytucje naukowe i społeczne.

Arsenał propagandy wychowawczej. Broszura, jako środek propagandy przeciwwenerycznej stoi na pograniczu propagandy doraźnej i wychowawczej, służąc jednak w większej mierze celom drgiej, niż pierwszej.

Broszura przeznaczona jest dla warstw inteligentniejszych społeczeństwa (młodzieży maturalnej, młodzieży akademickiej, nauczycielstwa, duchowieństwa, pielęgniarek społecznych i t. p.), wskazuje drogi zarażenia i opisuje symptomatologię chorób wenerycznych w szerszym zakresie, niż ulotka i broszurka, przytacza dane statystyczne dla uplastycznienia skutków klęski wenerycznej, zapoznaje czytelnika z leczeniem oraz metodami walki społecznej z chorobami wenerycznymi, oświetlając całokształt zagadnienia z punktu widzenia epidemiologicznego, psychologicznego, ekonomicznego, prawnego, socjologicznego, eugenicznego - populacyjnego, moralnego oraz wychowawczego.

Za miernik propagandowej wartości broszury przeciwwenerycznej należy przyjąć: przystępność opisu klinicznego, optymizm terapeutyczny, ton szczeroci i współczucia w obrazowaniu klęski wenerycznej, tchnienie głębszej myśli reformatorskiej, zwiastowanie nowej i świetlanej ideologii prawnie - moralnie - społecznej.

Film. W okresie wojennym i wczesno - wojennym był środkiem omal wyłącznie doraźnej propagandy przeciwwenerycznej. Leitmotywem scenicznym była wówczas prostytutka, stacja zapobiegawcza, ewakuacja chorego wenerycznie żołnierza w głąb kraju, pogarda współtowarzyszy broni, pozostających na straży całości granic ojczyzny.

Następny i późniejszy etap rozwoju filmu propagandowo - przeciwwenerycznego cechuje gabinet lekarski, przeładowany wzbudzącymi dreszcz zgrozy instrumentami, długi i jaskrawy kalejdoskop naskórnej symptomatologii chorób wenerycznych oraz dantejski pochód maniaków, ślepców, tabetyków i paralityków.

Racjonalny film propagandowo - przeciwweneryczny winien służyć celom propagandy wychowawczo - etycznej, nie zaś wyłącznie propagandy doraźnej, winien zawierać zdecydowaną przewagę akcji nad demonstracją i opisowością kliniczną, winien być wolny od rozdwojenia akcji wskutek równoczesnego ujmowania dwu

zjawisk patologicznych (kiły i rzeżączki). Winien niepostrzeżenie przemycać w toku rozwijania fabuły żywej i porywającej widzów ideę propagandową, jako przyczynowo - logiczny skutek rozgrywającego się zdarzenia czy dramatu na tle społeczno - patologicznym, jako wyraz humanitarnej i kulturalnej reformy w dziele sanio - obrony społeczeństwa. Wartość propagandowo - przeciwweneryczną filmu warunkuje nie specyficzność tematu i idei, lecz ogólne walory artystyczno - filmowe, głębia i prawda psychologiczna, umiar rzeczywistości, wpływ emocjonalno - etyczny.

Prócz broszury i filmu arseniał wychowawczej propagandy przeciwwenerycznej rozporządza bronią niezwykle potężną i dalekonośną. Jest nią wychowanie płciowe dzieci i młodzieży.

Wychowanie płciowe początkowo stanowiło sumę wiadomości z zakresu anatomji i fizjologii roślin, zwierząt i człowieka łącznie z działem rozrodu przez podział, pączkowanie, dzieworództwo i zapłodnienie płciowe.

Niezadługo wychowanie płciowe zostało uzupełnione nauką o zapobieganiu chorobom wenerycznym, eugenetyką, higieną macierzyństwa i higieną dziecka.

Współczesne wychowanie płciowe jest integralnym ogniwem wychowania intelektualnego i zdecydowanie kroczy w kierunku naukowo - biologicznej racjonalizacji życia płciowego.

Czy to jest wszystko, czego żądamy od wychowania płciowego?

Zawrotne tempo współczesnego życia cywilizowanego, niedawne wyzwolenie kobiety z tradycyjalnej inercji oraz wprządnięcie jej obok mężczyzny do rydwanu organicznej pracy społecznej usunęło przepaść seksualno - obyczajową, dzielącą kobietę i mężczyznę, podważyło monogamiczną formę pożycia płciowego, wywołało ucieczkę warstw inteligentnych od ciężaru macierzyństwa, uczyniło z życia płciowego formę bez treści, zdegradowało je do rzędu emcyj sportowych, zaprzepaściło jego natchnienia twórcze.

Zaradzić złemu może wychowanie płciowe, mające na celu podporządkowanie pożądania płciowego (aktu odruchowo - fizjologicznego) kontroli oświeconego rozumu i poczucia odpowiedzialności (aktowi rozumowo - moralnemu). (Paulina L u s i s i).

Tylko wychowanie biologiczno - płciowe, wsparte na granitowym cokole etyki (deontologii) płciowej, posłuży ludzkości za drogowskaz w jej pielgrzymce ku bezkresnej doskonałości

Wiadomości bieżące

— Kurs leczenia wad mowy i głosu dla nauczycieli i lekarzy szkolnych.

Z inicjatywy dyrektora kliniki uszno - gardlanej Uniwersytetu im. Stefana Batorego w Wilnie, prof. dr. J. Szmurły, za zgodą i poparciem Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Kuratorjum Okręgu Szkolnego Wileńskiego został zorganizowany w Wilnie w terminie od 13 lutego do 13 czerwca r.b. kurs leczenia wad mowy i głosu dla nauczycieli i lekarzy szkolnych. Oprócz wykładów teoretycznych z dziedziny psychopatologii mowy, najszerzej rozumianej, odbywać się będą zajęcia praktyczne w klinice uszno - gardlanej, w przychodni dla dzieci z wadami mowy i głosu i w specjalnych klasach, gdzie podobne dzieci się kształcą.

Kierownictwo zajęć praktycznych objął dr. B. Dylewski, asystent kliniki uszno - gardlanej, specjalista od leczenia wad wymowy.

Na kurs zapisało się 43 nauczycieli i 10 lekarzy szkolnych.

— N. 3 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: M. St. Popławski. Wianek dziewczęcy w pieśni ludowej. W. H. Usarski. Polskie malarstwo romantyczne. Dr. W. Ł. Łanogrod. Emigracja polska we Francji. J. Barski. Zagadnienie polityki mieszkaniowej w Polsce. A. Kalecka. Tło konfliktu mandżurskiego. B. Lepicki. Prasa brazylijska. Życie kulturalne. Wśród książek. Z szerokiego świata.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	31 I—	7 II—	14 II—	21 II—
	6 II	13 II	20 II	27 II
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	175 (11) *	162 (11)	148 (14)	154 (12)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy	61 (2)	49 (2)	41 (3)	58 (7)
Dur powrotny	9 (1)	1 (0)	0	0
Czerwonka	2 (0)	5 (0)	4 (0)	1 (0)
Płonica	286 (12)	252 (8)	317 (19)	262 (15)
Blonica	323 (14)	336 (26)	293 (21)	311 (28)
Zapal. ot. mózg.	17 (6)	8 (2)	13 (3)	16 (5)
Odra	621 (3)	572 (4)	512 (5)	574 (5)
Róża	83 (5)	70 (3)	66 (3)	79 (5)
Krzusiec	188 (5)	172 (3)	159 (7)	190 (3)
Malarja	1 (0)	0	1 (0)	2 (0)
Posoczn. połóg.	28 (10)	36 (13)	23 (8)	27 (9)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	309 (0)	378 (0)	217 (0)	331 (0)
Wąglik	0	0	1 (0)	0
Nosacizna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	2 (0)	3 (0)	2 (0)
Wścieklizna	0 (1)	0	0	0
Zatr. jąd. kielb.	0	1 (0)	0	0
Chor. Heine-Medina	0	0	0	0
Twardziel	1 (1)	0	1 (0)	1 (1)
Inne choroby zakaźne	165 (3)	118 (7)	189 (2)	223 (5)

* Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

15. III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Mikulowski Wł. O problemie trudności rozpoznawczych kiły wrodzonej. 2. Moczarski W. i Kotarska-Dettloff H. Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego. Część II. 3. Sabat Br. Sprawozdanie z III Międzynarodowego Kongresu Radiologów w Paryżu.

16. III. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy: M. Lubelski. Przyczynek do zwężeń odźwiernika (Pokaz chorej po operacji).

Odczyty: 1) Mesz. Przyczynek do hepatolienografji. (Doniesienie tymczasowe). 2) Stefan Dobryszyccki. W sprawie dżagnostyki niedomogi zewnętrznego wydzielania trzustki.

16. III. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Oddział Warszawski.

1. Pokazy. 2. Michałowicz. O prawo obywatelstwa dla jednostki klinicznej pod nazwą: „Domniemane zapalenie płuc w wieku dziecięcym”.

16. III. Towarzystwo Okulistów Polskich.

Oddział Warszawski.

1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 17-go II. 1932 r. 2. Pokazy chorych: a) D-rzy K. Rother i K. Bein. Przypadek retinitis exsudativa externa (Coats). b) Dr. A. Zamenhof. Dwa przypadki odklejenia siatkówki z przedziurawieniem plamki żółtej, wyleczone ignipunkcją. c) D-rzy W. Arkin i S. Biełoj. Przypadek choroby Hippela. d) Dr. W. Zamenhofowa. Dwa przypadki zwyrodnienia siatkówki w okolicy plamki żółtej. 3. Odczyt: a) Dr. L. Endelmana. Gruźlica a oko. (Z powodu 50-ej rocznicy wykrycia prątka gruźlicy).

17. III. Posiedzenie Lekarzy Szkolnych.

Wizyt. Dr. K. Mitkiewicz. Nauczanie higieny w projektowanych programach szkolnych.

17. III. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1. Komunikaty Prezydium. 2. Inż. W. Borawski. Zagadnienia kosztów budowy szpitali na gruncie Międz. Kongresów Szpitalnictwa. 3. Dyskusja. 4. Wolne wnioski.

19. III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja Kliniczna.

Pokazy: 1. H. Zalcman. Przypadek zgorzeli płuc powstałej wskutek przebiecia zwężonego przełyku. 2. A. Landau, S. Kaminer i T. Hercenbergowa. Przypadek wczesnych obrzęków w przebiegu raka żołądka, symulujących niedomogę krążenia. 3. J. Pinczewski. Przypadek oftalmoplegji w przebiegu rozsianego epidemicznego zapalenia mózgu i rdzenia. Odczyt 1. S. Kapuściński. O cierpieniach alergicznych skóry.

24. III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

1. Wład. Szencjch. Kobieta i miłość w medycynie. 2. Nowelizacja ustawy Towarzystwa.

TREŚĆ: M. BLASSBERG. O przestrzajającej diecie kwasowej i zasadowej. (Dok.). — A. FESTENSZTAT. Przypadek skurczu odźwiernika i wpustu żołądka (pyloro-et gastrospasmus) u pięcioletniego niemowlęcia. — B. KARBOWSKI. Uwagi w sprawie leczenia nowotworów przysadki mózgu radem. (Dok.). — H. SZPIDBAUM. O ciśnieniu średnim. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — K. KOSIŃSKI i J. PODWIŃSKI. Krytyka projektu deontologii lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej. (C. d.). — Polemika. — W. BORKOWSKI. Wytuczne propagandy przeciwwenerycznej. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BLASSBERG. Sur la diète acide et alcaline. (fin). — A. FESTENSZTAT. Un cas de spasme du pylore et du cardia chez un enfant de cinq semaines. — B. KARBOWSKI. Remarques sur le traitement des néoplasmes de l'hypophyse du cerveau par radium. (fin). — H. SZPIDBAUM. Sur la pression moyenne. (Rev. gén. fin.). — K. KOSIŃSKI et J. PODWIŃSKI. Critique du projet de la déontologie médicale présenté par la Chambre médicale. (suite). — W. BORKOWSKI. Les lignes de la propagande antivénérienne. (fin).

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladka 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.—

Drukarnia „SIŁA”, Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8 34-48.

NASTĘPNY Nr. PODWÓJNY WYJDZIE DNIA 31 MARCA R. B.