

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. 834-48.*

Rok X

WARSZAWA, 26 STYCZNIA 1933 R.

Nr. 4

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

W sprawie etjologii i patogenezы wyprysku (*eczema*)*).

Podał

Dr. A. KRYŃSKI (Łódź).

Pojęcie wyprysku, (*eczema*) istnieje od wielu wieków (już u Hippokratesa spotykamy się z tym wyrazem), jednakowoż dokładnego, ogólnie przyjętego określenie wyprysku, jako jednostki chorobowej, nie mamy dotychczas, a to wskutek trudności odgraniczenia tego cierpienia od innych pokrewnych chorób skórnych. Najtrudniejsze, a obecnie wprost nie do rozstrzygnięcia, jest to zadanie, jeżeli posługiwać się będziemy kryterjum etjologicznym, bo jednolitej etjologii wyprysku niema; przeciwnie, jak zobaczymy, przyczyn wyprysku jest bez liku, a mechanizm powstania niesłychanie złożony. Dlatego też najwybitniejszy przedstawiciel obecnej francuskiej dermatologii, Darier, rozpatruje wyprysk nie jako samodzielną chorobę, lecz tylko jako objaw kliniczny, jako odczyn skóry na różne bodźce, i posługuje się dla określenia tylko sprawdzianem klinicznym.

Jeżeli ongi każde zapalenie skóry nazywano wypryskiem, to, w miarę poznania morfologicznych i etjologicznych właściwości wyprysku, pojęcie to zostało zwężone.

Obecnie nazywamy wypryskiem takie zapalenie skóry, które charakteryzuje się morfologicznie występowaniem drobnych grudek lub pęcherzyków, które nie powiększają się, lecz, rozmnażając i zlewając się, tworzą rozlane zmiany skórne z wyraźnymi zmianami w naskórku, t. j. na początku moknące, w dalszym zaś przebiegu — suche i pokryte łuskami.

Histologicznie wyprysk cechują: 1) *Spongiosis*, czyli *exoserosis*, t. j. skupienie surowicy między komórkami naskórka w warstwie Malpighiego, co doprowadza do tworzenia mikroskopijnych pęcherzyków pod warstwą rogową, t. zw. „vesiculettes”; 2) mniej wyraźna i typowa zmiana w samych komórkach Malpighiego, „Alteration cavitaire”, czyli *Endoserosis*,

rodzaj wakuolizacji, 3) *Acanthisis*, t. j. rozrost warstwy Malpighiego, 4) *Parakeratosis*, t. j. wadliwe, niedostateczne rogowacenie naskórka, z zachowaniem jąder w warstwie rogowej.

Obraz histologiczny przemawia wyraźnie za tem, że głównym siedliskiem schorzenia jest komórka naskórkowa warstwy Malpighiego i jej otoczenie.

Obraz kliniczny, przy zachowaniu powyższych zasadniczych cech, przybierać może najrozmaitsze postacie, których opis musiałby znacznie rozszerzyć ramy tej pracy.

Wyprysk jest więc zapaleniem skóry (*Dermatitis*, raczej *Epidermo-dermatitis*), o pewnych określonych cechach.

Wyprysk może mieć przebieg ostry i przewlekły, lecz zawsze cechuje go skłonność do nawrotu. Lecz prócz cech morfologicznych i skłonności do nawrotu jeszcze jedna okoliczność pozwala wyodrębnić wyprysk z ogólnej gromady „*Dermatitis*”, mianowicie: niezwykła wrażliwość skóry, uderzająca dysproporcja między siłą działania bodźca wywołującego, a nasileniem odczynu skóry. Wyprysk powstaje pod wpływem tak słabych podrażnień, na które prawidłowa skóra większości ludzi wcale nie oddziaływa. Te bodźce drażniące są przeważnie tak nieznaczne, że wogóle uchodzą uwagi chorego i z trudem dają się wykryć.

Wyprysk możnaby więc uważać za odruch przewrażliwionej skóry.

Morfologję wyprysku naszkicowałem krótko, ażeby móc więcej czasu poświęcić etjologii i patogenezы, bo w tej kwestji internista często powołany jest do zabierania głosu, i w tym kierunku prowadzona współpraca internisty i dermatologa może w dużym stopniu przyczynić się do wyświelenia tej bardzo zawilej sprawy.

Do niedawna całkiem jeszcze hipotetyczna, nabiera ta sprawa ostatnio kształtów realnych. Etjologia wyprysku przechodziła długą ewolucję, bowiem, jak to trafnie zaznacza prof. Leszczyński, każda epoka, każdy panujący w medycynie kierunek odbijał się na teorii wyprysku.

W pierwszej połowie 19 stulecia, kiedy panowała patologia humoralna, francuscy klasycy dermatologii

*) Odczyt, wygłoszony 26 lutego 1932 r. w Kole Lekarzy Szpital. im. matz. Poznańskich w Łodzi.

(Alihert, Rayer, Gibert, Devergie, Baumes i inni) uważali, że przyczyną wyprysku są zmiany w sokach ustroju i różne skazy ogólne. Nieprawidłowe składniki soków, wydzielając się przez skórę, miały powodować stany zapalne. Wpływ szkoły francuskiej był potężny i do dzisiejszych czasów ciąży jeszcze na umysłach zarówno lekarzy, jak i laików. Powiedzieć można, że ostatniemi czasy kierunek humoralny przybrał nawet na sile, przeżywając swój renesans.

Reakcję przeciw tej teorii rozpoczął F. Hebra, genialny przedstawiciel ery morfologicznej i patologicznej. Opierając się na klinicznych spostrzeżeniach oraz na doświadczeniach, wysunął Hebra zewnętrzną i zewnętrzną, jako czynnik przyczynowy. Hebra i jego następcy mogli jednakże tylko w małej liczbie przypadków wykazać rolę etjologiczną bodźców zewnętrznych, przeciwnicy zaś Hebry nie uznawali takich przypadków za prawdziwy wyprysk i określali je mianem *Dermatitis*. Do wyprysku istotnego (*Eczema verum*, *Eczéma - maladie*) zaliczali oni tylko takie przypadki, w których nie daje się wykryć zewnętrznych przyczyn, a więc gdzie cierpienie występuje bez określonej przyczyny lub znajduje się w widocznym związku z ogólnym stanem ustroju.

Wśląd za erą anatomiczną nastąpił rozkwit bakterjologii. W roku 1900 wystąpił Unna ze swoją teorią bakteryjnego (a więc zewnętrznego) pochodzenia wyprysku. Ogół dermatologów odniósł się negatywnie do tej teorii, i tylko garstka badaczy, (a przede wszystkim Sabouraud i Gougerot) wytrwale pracowała nad ugruntowaniem tej teorii, i po wieloletnich usiłowaniach to im po części się udało. Obecnie nikt nie może zaprzeczyć, że obraz wyprysku może być wywołany również przez niektóre mikroby (jak gronkowce, paciorkowce, grzybki), wzgl. ich toksyny. Więc część zmian wypryskowych jest pochodzenia bakteryjnego. Wybitnie przyczynił się do wyjaśnienia roli mikrobów w powstawaniu wyprysku niedawno zmarły prof. Krzyżowski, który w wielu pracach wykazywał, że paciorkowce i gronkowce są w stanie wywoływać w skórze najrozmaitsze zmiany wypryskowe, czy to działając pierwotnie, czy też zakażając skórę wtórnie, ale decydując o przebiegu cierpienia.

Teoria mikrobowego pochodzenia wyprysku została ostatnio o tyle rozszerzona, że rolę patogenetyczną przypisuje się nie tylko bakterjom *in loco morbi*, lecz również ich toksynom, przeniesionym drogą krwiobiegu z jakiegoś oddalonego ogniska ropnego („Focal - infection”).

Epoka rozwoju immunologii wywarła na teorię wyprysku najpotężniejszy wpływ. Znajomość idiosyncrazji i anafilaksji, rozszerzonych w pojęciu alergii, przyczyniła się w niebywałym stopniu do oświetlenia etjologii i patogenetyki wyprysku. Stanowiło to kolosalny krok naprzód, i to nie tylko w sensie teoretycznym lecz i pod względem leczenia praktycznego. Niezmierna wrażliwość skóry i skłonność do nawrotów — cechy, które zmuszały do przypuszczenia wpływu skaz wewnętrznych, zyskały nowe, realniejsze objaśnienie w alergii. Gdy wyjaśniło się, jak małe, wprost znikome mogą być ilości szkodliwej (i niekoniecznie białkowej) substancji, i jak niewspółmiernie burzliwy odczyn w ustroju, wzgl. na przeczulonych miejscach, wywołać one mogą, wówczas nastąpił w sprawie wyprysku radykalny zwrot. Rozpoczęto w poszczególnych przypadkach poszukiwania tych

bodźców czyli allergenów, czy to drogą szczegółowych wywiadów i badań, czy to za pomocą rozmaitych prób (jak nprz. odczynu śródskórnego i naskórnego, odczynu ogólnego w postaci crise hemoclasique, biernego przeniesienia na zwierzęta i ludzi i t. d.).

Liczba tych allergenów zaczęła szybko wzrastać i zdaje się dochodzić do nieskończoności, bo wyjaśniło się, że w roli allergenu wystąpić mogą również najrozmaitsze substancje chemiczne, działające bezpośrednio na skórę lub doprowadzone do skóry drogą obiegu krwi, jak nprz. pokarmy; pozatem czynniki fizykalne, jak światło, ciepło, chłód; bakterje i ich toksyny. Niektórzy, jak naprz. Urbach, uznają allergeny mechaniczne, jak kurz.

Oprócz allergenów zewnętrznego pochodzenia należy liczyć się z istnieniem allergenów endogennych, t. zw. „Auto - antygenów”, powstających w ustroju wskutek rozpadu własnego białka (w narządach), na co specjalnie Whittfield zwraca uwagę, lub też jako produkty trawienia i przemiany materji.

Teoria alergiczna, jak widzimy, wchłania w siebie poniekąd i teorię bakterjologiczną wyprysku.

Podkreślić należy tu fakt o niezmiernie doniosłym znaczeniu, mianowicie, że najrozmaitsze bodźce (t. j. allergeny) wywołać mogą ten sam skutek, t. j. te same zmiany skórne, i odwrotnie, jedna i ta sama przyczyna dać może różne skutki.

Innymi słowy, z wyglądu (klinicznej postaci) zmian wypryskowych zazwyczaj niepodobna wnioskować, jaka substancja drażniąca (antygen) była jej przyczyną.

Do rozwoju alergicznej teorii wyprysku najwięcej przyczyniły się szkoły Jadasohna i Blocha. Ostatniemu udało się uczulić zdrowych ludzi (i to bez wyjątku w 100%) wyciągiem z rośliny *Primula obconica* i wywoływać u nich na skórze zmiany wypryskowe. Przez to zostało zachwiane zapatrywanie, że do powstawania przewlekłego, nawracającego wyprysku niezbędne jest specjalne podłoże, „teren”, w postaci ogólnej skazy wewnętrznej lub cierpienia wewnętrznego.

Postępy teorii alergicznej, jak zarówno i bakterjologicznej, wyprysku oznaczają wielki tryumf szkoły Hebry. Jeżeli ongi stawiano pytanie, czy czynniki zewnętrzne mogą wywołać wyprysk, to teraz sprawa stoi całkiem odwrotnie. Czy czynniki wewnętrzne mogą mieć dominującą rolę w etjologii wyprysku, czy zawsze tylko pomocniczą?

Oto zagadnienie zasadnicze, około którego obraca się cała dyskusja, i na którym koncentruje się cała uwaga badaczy.

Faktem jest, że specyficzne allergeny udaje się wykryć nawet w najlepiej wyposażonych klinikach tylko w pewnej liczbie przypadków (grupa I Blocha). Drugą zaś część przypadków wyprysku (grupa II Blocha) cechuje zdolność oddziaływania na najrozmaitsze bodźce, niesłychana oporność w stosunku do zabiegów leczniczych, ciągle nawroty, ciągła gotowość do nowego wybuchu z lada powodu, — stan, który określa Luitlén wyrazem: „Eczembereitschaft”. Nierzadkie są przypadki wyprysku, należące do grupy pierwszej, w których istnieje jednowartościowe swoiste uczulenie skóry, które po pewnym czasie przeistacza się w uczulenie wielowartościowe, odpowiadające grupie II.

Darier, który istotę wyprysku uważa za objaw nietolerancji, alergii, w szerokim znaczeniu, („Eczéma

allergique c'est une pleonazme") w przypadkach grupy II widzi objaw uczulenia nieswoistego wielowartościowego.

B l o c h również przypuszcza, że w tej drugiej grupie odczyn skórny jest, koniec końców, alergiczny pochodzenia. I rzeczywiście, grupa I, t. j. polegająca na uczuleniu swoistem, wzrasta kosztem grupy II, im starniej robione są poszukiwania allergenów.

B l o c h uważa istotę wyprysku za uczulenie w ścisłym znaczeniu, a dla uniknięcia nieporozumień daje następujące określenie allergji: „Allergie bezeichnet nährlichen den veränderten Zustand, den ein Organismus, in der Regel durch die Vorbehandlung mit einer Substanz (dem „Antigen“), infolge der Bildung spezifischer Antikörper, erworben hat und der ihn befähigt gegen die erneute Zufuhr desselben Antigens anders (meist rascher und heftiger) zu reagieren, als vorher“.

J a d a s s o h n określa wyprysk, jako toksykodermję, innymi słowy — wyprysk, p/g niego, może powstać li tylko wskutek chemicznego działania szkodliwej substancji, (t. j. antygeny), bezpośrednio na tkanki skóry. Stanowisko to jest nieco ogólniejsze i zarazem ostrożniejsze. Oznacza ono, że J a d a s s o h n nie widzi patogenetycznej różnicy między wypryskiem i zapaleniem skóry, i nie określa patogenetyz tak zdecydowanie ściśle, jak to robi B l o c h, chociaż też mówi, że: „die Annahme der Antigen - Antikörper - Natur der Eczeme ist zwar nicht bewiesen, aber sie ist wahrscheinlich und ist zur Zeit die brauchbarste Arbeitshypothese“.

J a d a s s o h n i D a r i e r podkreślają, że dotychczas nie udało się wykryć takich produktów trawienia lub przemiany materji, któreby mogły działać, jako antygeny wypryskowe.

Zaznaczyć tu wypada, że wymienieni autorzy (a propos najwybitniejsi przedstawiciele współczesnej dermatologii) i inni zwolennicy alergicznej teorii wyprysku wcale nie negują poważnej roli ogólnych czynników wewnętrznych w powstawaniu i przebiegu wyprysków, tylko, że przypisują im znaczenie czynnika uspasabiającego, dodatkowego lub prowokującego.

Temu obozowi, powiedziałbym „panallergistów“, przeciwstawia się poważny odtam lekarzy, którzy, uznając dla pewnej części wyprysków pochodzenie czysto alergiczne, w części drugiej przypisują rolę przeważającą czynnikiem wewnętrznym.

Uważam, że zajęcie stanowiska w tej kwestji związane jest z koncepcją wyprysku. Przy szerszym, morfologicznym ujęciu wyprysku momentom wewnętrznym należy przyznać o wiele znacznieszą rolę, w przeciwieństwie do stanowiska J a d a s s o h n a, który wyłącza z grupy wyprysków t. zw. *Neurodermitis*, t. j. wypryski suche; drobno - grudkowe, ze świadem, jako objawem przeważającym. Właśnie te rodzaje wyprysku wykazują ogromną zależność od czynników wewnętrznych. Mnie osobiście wydaje się wyodrębnienie *Neurodermitis*, jako specjalnej postaci wyprysku, rzeczą bardzo pożądaną i pożyteczną; natomiast zupełne wyłączenie tej postaci z grupy wyprysku — narazie za sztuczne i przedwczesne.

Jakie są te czynniki wewnętrzne, w jaki sposób mogą one zmiany skórne wywołać?

Z najrozmaitszych czynników wewnętrznych najważniejsze znaczenie przypisuje się zaburzeniom przemiany materji, schorzeniom narządów wewnętrznych, układowi nerwowemu i wewnątrz - wydzielniczemu oraz konstytucji.

Rozwój i pogłębienie naszych wiadomości o przemianie materji w ustroju spowodował ostatnimi czasy zwrot ku patologji humoralnej.

Nader liczne prace, dotyczące chemizmu krwi (jak zawartość cukru, kwasu moczowego, cholesteryny, rezerwa alkaliczna i t. d.), nie przyniosły jednakowoż dotychczas żadnych konkretnych danych dla wyjaśnienia etiologii lub patogenetyz wyprysku. Wyniki badań, postawionych nawet na poziomie należytych były niejednolite, czasem wręcz sprzeczne.

O odchyleniu chemizmu, typowem dla wyprysku, nie może być narazie mowy. Jeżeli nawet znajdowano w pewnym odsetku zmiany w krwi, to nie daje się ustalić zależności wyprysku od tych zmian. Niewiadomo, co tu jest przyczyną, co skutkiem, co zjawiskiem współzależnym, co przypadkowym. Szereg badaczy (szkoła S z u l t z a, N a t a n, N a d e l i inni) wykazał, naprzykład, że rozległe zmiany wypryskowe mogą same wywołać zwiększenie się zawartości cukru, względnie kwasu moczowego (U r b a c h) we krwi.

Pozatem dotychczas nie udało się wywołać odczynu skórny próbami czynnościowymi skóry za pomocą cukru, kwasu moczowego, cholesteryny lub innych produktów przemiany materji. Wobec tego przypuszczenie, że produkty wadliwej przemiany materji same przez się mogą wywołać wyprysk, uważają D a r i e r i J a d a s s o h n za nieudowodnione i mało prawdopodobne.

Rola wadliwej przemiany materji węglowodanowej w etiologii wyprysku nie jest jeszcze dostatecznie wysświetlona, a na zasadzie obecnych naszych wiadomości wydaje się dość skromna. Zmiany zapalne skóry, które tak często spotykamy w przypadkach cukromoczu, specjalnie w cukrzycy, jak *Intertrigo inguinalis*, *Balanitis*, *Eczema periorale* i t. d., są pochodzenia zewnętrznego i przeważnie pasorzytniczego, grzybkowego. Cukier, wydzielany z moczem, wzgl. śliną, drażni skórę zzewnątrz i wytwarza przytem sprzyjające podłoże dla rozwoju grzybków, specjalnie zaś *Oidiomycetes*. Prócz tych wyprysków pochodzenia zewnętrznego, wywołanych przez wydaliny, istnieją wypryski w przypadkach cukrzycy, względnie hiperglikemji, którym przypisuje się pochodzenie wewnętrzne.

Z wyników badań histochemicznych wiadomem jest, że skóra ma zdolność magazynowania cukru. Na tem tle powstać mogą różne cierpienia skóry („Diabetid“, p/g wyrażenia J a d a s s o h n a), jak *Xanthoma*, *Pruritus*, *Purpura*, *Gängraena*, *Urticaria* a czasem i wyprysk. W tych rzadkich przypadkach wyprysku trudno jest określić rolę samej cukrzycy. Żeby cukier, jako taki, mógł wywołać zapalenie skóry, t. j. wystąpić w roli antygeny, wydaje się być rzeczą wątpliwą. Przynajmniej dotychczas za pomocą prób czynnościowych skóry nie udało się wywołać w odnośnych przypadkach zapalenia skóry przez cukier. Prawdopodobnie mechanizm jest tu bardzo zawiły i niebezpośredni. Możliwie, że idące w parze z cukrzycą zaburzenia koloidalne i izojoniczne w tkankach skóry zmieniają jej odporność, obniżają próg wrażliwości i uspasabiają do stanów zapalnych.

Co się tyczy dny, *Diathesis urica*, w czystej formie, to jej rola wydaje się być mocno wyolbrzymiona w pojęciu ogółu. Przyznać wypada, że i w medycynie ogólnej nadużywają pojęcia: „artretyzm“. Zwłaszcza dotyczy to wyprysku. Na porządku dziennym są przypadki rozpoznawania wyprysku dnawego przez lekarzy i to bez dostatecznych podstaw, powiedzieć można, bez za-

stanawiania się, li tylko na podstawie zewnętrznego wyglądu wyprysku, a popularność pojęcia „artretyzm” powoduje, że chorzy chętnie się godzą z tem rozpoznaniem.

Przeciwnie, najwybitniejsi dermatolodzy na podstawie dużego doświadczenia i krytycznego opracowania materiału dochodzą do wniosków wręcz negujących dnę, jak przyczynę wyprysku, lub przypisują jej tylko skromną rolę pomocniczą lub prowokującą (J a d a s s o h n, B l o c h, D a r i e r, U r b a c h, R o h l e d e r, K l i n g m ü l l e r, L u t z i i n n i). Coprawda, doświadczenie praktyczne uczy, że między dną a wypryskiem niekiedy widoczny jest związek niezaprzeczalny. Tak, leczenie przeciwdnawe daje czasem decydującą poprawę, a niekiedy i znikanie wyprysku, i przeciwnie — błędy djetetyczne wywołują pogorszenie objawów dny i wyprysku. Lecz powstaje pytanie, jaki jest ten związek, czy bezpośredni i ścisły, czy tylko pośredni i luźny. K r o m a y e r na podstawie swego doświadczenia uważa, że przewlekły wyprysk, zwłaszcza u ludzi dobrze sytuowanych, starszych, otyłych, używających mało ruchu, bywa zwykle pochodzenia artretycznego. Zwraca on uwagę na to, że podczas wojny i bezpośrednio po niej przy skąpem żywieniu się ludności wypryski tego rodzaju były rzadkie. Dla K r o m a y e r a

w podobnych przypadkach wystarczy stwierdzić zwiększoną zawartość kwasu moczowego we krwi, względnie bóle stawowe lub mięśniowe, żeby uważać pochodzenie artretyczne wyprysku za udowodnione. P u l a y z n a j d o w a ł w dużym odsetku chorych na przewlekły wyprysk wzmogoną zawartość kwasu moczowego we krwi i na tej zasadzie przypisuje dnie wielkie znaczenie etjologiczne.

Natomiast S t ü m p k e, S o j k a, U r b a c h i wielu innych wymagają poważniejszych danych dla rozpoznania wyprysku dnawego: — obciążenie ciałami purynowymi powinno dać: 1) zwiększenie kwasu moczowego we krwi, 2) zwolnione wydzielanie go z moczem i 3) pogorszenie objawów skórnych. Odwrotnie zaś, djeta bezpurynowa i jedynie wewnętrzne leczenie dny (naprz. Atofanem) powinno doprowadzić do wyleczenia. Zwykle wyprysk nie odpowiada tym warunkom. Możliwie, że kwas moczowy, odkładając się w tkankach skóry lub wydzielając się z potem, u s p a s a b i a skórę do stanów zapalnych, czy to powodując zmniejszenie odporności skóry, czy to obniżając próg wrażliwości, czy to prowokując utajone, specyficzne odczyny alergiczne.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z kliniki Uniwersyteckiej w Berlinie — oddział naukowy.
(Kierownik: Doc. Dr. Z i m m e r).

Metoda leczenia tyreotoksykozy przy pomocy doustnego podawania krwi zwierzęcej.

Podali

Roman BORNSTEIN (Łódź - Ciechocinek)
i Ernst LENDEL (Berlin).

W lecznictwie choroby B a s e d o w a panuje zamęt. Przyczyną jest rozbieżność w poglądach na patogenezę. Być może, iż pewną rolę odgrywa tu odrębny nieco przebieg choroby w różnych krajach i u różnych ras oraz różna często wrażliwość na jod.

To bogactwo mniej lub więcej „niezawodnych” środków leczniczych samo przez się już świadczy o pewnym ubóstwie efektów leczniczych. Wspomnę już choćby: Lugol niemiecki, Lugol amerykański, ścisły zakaz zażywania pod jakąkolwiek postacią jodu (S c h l e s i n g e r, R e d l i c h), insulina, djeta, wapń, fosfor, arsenik, jod z wyciągiem grasicy (L i e b e s n y), szpik kostny i t. p.

Ostatnimi czasy zaczęto leczyć chorobę B a s e d o w a przy pomocy krwi zwierzęcej. Metoda doustnego stosowania krwi jagniąt wprowadzona została przez D e n i s a w r. 1667. Autorowi temu oraz uczniom jego znane były wszystkie objawy reakcji protei-noterapii. Zabieg miał jednakże na celu zastąpienie własnej krwi chorych. Innego zdania jest B i e r. Twierdzi on, iż dodatni efekt leczniczy przypisać należy nie działaniu zastępczemu krwi, lecz jej rozpadowi. Stosując wstrzykiwania krwi zwierzęcej, B i e r doszedł do przekonania, iż jest to silny bodziec, wywołujący „aseptyczną infekcję”. Następujące po niej dobre samopoczucie oraz przyrost na wadze dawały obraz re-

konwalescencji. Według B i e r a rozkład krwi zwierzęcej stanowił bodziec niespecyficzny, i działanie jego podobne być miało do działania nieswoistej protei-noterapii.

Badania Z i m m e r a, dokonane w ciągu 8-10 lat, pozwalają twierdzić, iż chodzi tu nie tylko o bodziec nieswoisty. Obok czynników nieswoistych działają i swoiste. Te ostatnie są własnością krwi, i dlatego też wśród licznych środków drażniących wysuwają krew na stanowisko czołowe. Błędny jest pogląd, iż tak zwane niespecyficzne środki nie posiadają specyficznie działających czynników. Nie do pomyslenia jest terapia niespecyficzna bez specyficznego działania, podobnie jak i specyficzna bez niespecyficznego. Praktyka potwierdza tę hipotezę. Tak zwany niespecyficznie działającym ciałem przypisuje się coraz częściej ściśle określony zakres działania w tych lub innych schorzeniach.

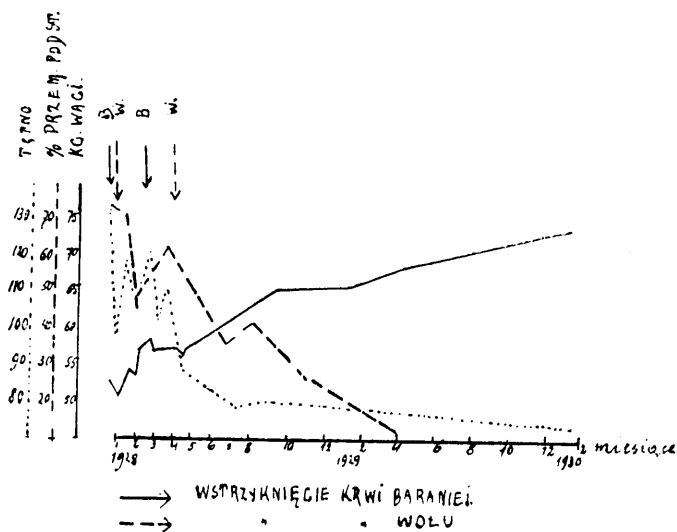
W chorobie B a s e d o w a próbowano zastąpić krew innem białkiem. np. *Natrium nucleonicum* (10%). Z łatwością uzyskujemy objawy ogólnej reakcji; nie stwierdzamy natomiast owego przestrojenia organizmu, który u basedowików wpływa na przemianę materji, wagę oraz inne zmiany, z chorobą B a s e d o w a związane. Z drugiej strony, obserwujemy dodatni wpływ terapeutyczny i w tych przypadkach, w których brak jest ogólnych objawów reakcji, a przez czynnik niespecyficzny zazwyczaj wywoływanych. Chodzi tu wyłącznie o działanie czynnika swoistego. Terapia drażniąca niespecyficzna charakteryzuje się tem, iż działa ona jedynie podana parenteralnie. Zaś krew zwierzęca — jak przekonamy się nieco dalej — działa również i podana doustnie.

Pierwotnie B i e r stosował wstrzykiwania krwi zwierzęcej u gruźlików i w nowotworach złośliwych. W roku 1923 poraz pierwszy wstrzyknął krew chorym na chorobę B a s e d o w a. Jednakże na szerszą skalę poczęli metodę tę stosować w r. 1927 A. Z i m m e r, F e h l o w, L e n d e l, v. B a l d e n.

Ze względu na trudności w dawkowaniu oraz niemożność ścisłego regulowania reakcji organizmu zaniechano pierwotnie stosowanych wstrzykiwań dożylnych i zastąpiono je domięśniowymi.

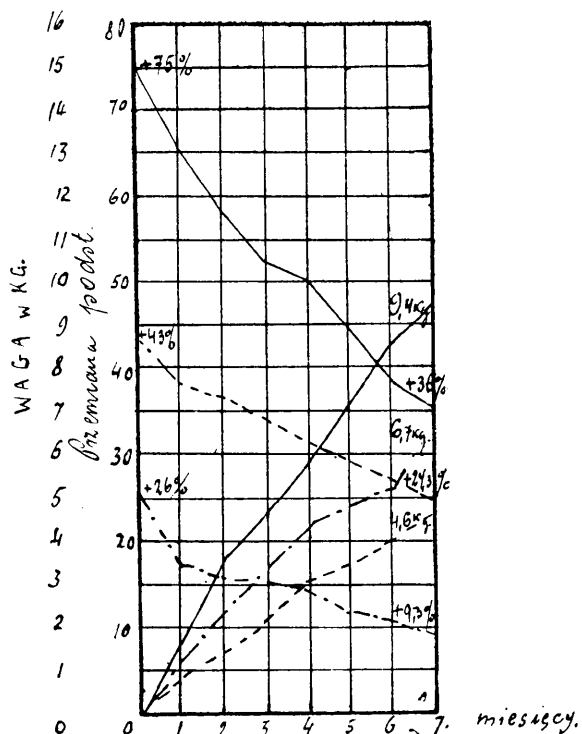
Chory przyjęty zostaje na oddział kliniczny na przeciąg 2-ch—3-ch dni. Określa się wagę, tętno, przemianę podstawową, ewentualnie i krzywą interferometryczną. Kuracja rozpoczyna się domięśniowym wstrzyknięciem 3-ch do 5-ciu ctm. sz. uprzednio odwłóknionej krwi baraniej. Pacjenci odpowiadają zazwyczaj nieznacznym odczynem ogólnym. Po tygodniu powtórnie zgłaszają się na oddział i otrzymują tę samą mniej więcej ilość krwi wołu. Teraz już występuje reakcja znacznie silniejsza: ciepłota dochodzi do 39°C ., tętno przyspieszone, ogólne dolegliwości oraz często ubytek na wadze. Ten efekt *in minus* trwa jednakże bardzo krótko. Szybko wraca łaknienie oraz sen. Następuje przyrost wagi z jednoczesnym obniżeniem przemiany podstawowej. Dłużej nieco utrzymuje się tachikardja. Trzecie i czwarte wstrzyknięcie dokonane zostaje po upływie 4-ch i 8-miu tygodni naprzemian krwią baranią i wołową, i na tem zazwyczaj kończy się kuracja. W klinice chorzy są trzymani jedynie w okresie reakcji, a to ze względów oszczędnościowych oraz celem wyłączenia czynnika leczniczego, jakim jest zmiana otoczenia.

Krzywa, zapożyczona z „Fermentforschung“ H. 4 Bd. XI jasno przedstawia nam przeciętny wynik leczniczy przy stosowaniu wstrzykiwań krwi zwierzęcej u chorych na chorobę B a s e d o w a.



Krzywa 1.

Zimmer, Fehlow, Lendeli v. Balden stosują krew zwierzęcą od przeszło 4-ch lat. Dysponują oni dość dużym materiałem statystycznym. Ich wyniki lecznicze są więcej, niż zachęcające. Podana przez nich w „D. Ztschr. f. Chirurgie“ 1931, krzywa oparta jest na materiale 92-uch chorych, podzielonych, w zależności od stanu przemiany materji, na 3 grupy. Przeciętny czas leczenia wynosi 7 miesięcy. Chorzy niezależnie od ciężkości ich stanu wykazują obniżenie przemiany podstawowej oraz przyrost na wadze.



— 1. GRUPA PRZEMIANA PODSTAWOWA POWNAD $+55\%$
 --- 2. " " " " $55.30 \pm 55\%$
 - · - · 3. " " " " $+20$ " $+29\%$

Krzywa 2.

Ostatnimi czasy Promonta (Hamburg) produkuje w postaci sproszkowanej różne gatunki krwi zwierzęcej. Krew w tej postaci poczęto stosować w lżejszych postaciach choroby B a s e d o w a. Otrzymano wcale dobre wyniki. Początkowo chorzy okazują pewien wstręt do zażywanego leku; wstręt ten jednak łatwo i szybko zostaje przezwyciężony. Podawanie krwi zwierzęcej doustnie, zamiast domięśniowo, wymaga dłuższego czasu leczenia.

Obserwacje nasze opierają się na materiale 8-miu chorych. Zestawienie podajemy niżej.

Na zasadzie powyższego zestawienia stwierdzić się daje, iż przeciętny przyrost wagi wynosi 3,2 kg., czas leczenia 9,5 miesięcy, przemiana podstawowa obniża się do 15% — a więc po zakończonym leczeniu znajduje się w granicach normy. Jedynie tętno pozostaje nieco przyspieszone. Wiadome jest, iż objaw ten i u praktycznie wyleczonych utrzymuje się najdłużej. Zauważył to już dawniej S c h l e s i n g e r.

Fakt, iż otrzymujemy również dobre wyniki terapeutyczne i przy doustnym podawaniu krwi zwierzęcej, dowodzi, iż mamy tu nie tylko z nieswoistym, ale i ze swoim działaniem do czynienia; prawdopodobnie z hormonami krwi. Tym ostatnim chyba przypisać należy doprowadzenie gruczołów dokrewnych, a przede wszystkim tarczycy i grasicy do stanu równowagi czynnościowej.

Reasumując wyniki leczenia tyreotoksykozy przez doustne podawanie krwi zwierzęcej, dochodzimy do przekonania, iż metoda powyższa obok domięśniowych zastrzykiwań stanowi znaczny postęp w leczeniu choroby B a s e d o w a.

L. p.	W A G A		PRZEMIANA PODSTAWOWA		T Ę T N O		LECZENIE		S T A N O G.
	przed	po	przed	po	przed	po	czas	rodzaj	
1	65,9	72,9	+ 6%	+ 1%	90	72	16	krew zwierzęca <i>per os</i>	+ +
2	48,5	54,3	+ 42%	+ 28%	96	76	14	"	prakt. wylecz.
3	72,6	77,8	+ 96%	+ 30%	112	80	11	"	+
4	60,4	60,8	+ 39%	+ 35%	96	84	5	"	prakt. wylecz.
5	72,1	74,6	+ 38%	+ 28%	130	104	4	"	+ +
6	60,9	64,1	+ 22%	+ 12%	90	76	12	"	+ +
7	64,8	67,4	+ 22%	+ 4%	90	76	10	"	prakt. wylecz.
8	72,9	74,4	+ 30%	0%	96	96	4	"	" "
518,1		546,8	295	138	800	664	76		
64,7		68,3	+ 36,9 ⁰ / ₀	+ 17,2 ⁰ / ₀	100	83	9,5		

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Obecny stan wiedzy o chorobie Heine - Medina*).

Podala

C. ROZENGARTENÓWNA (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 3).

Rozpoznanie jest trudne, zwłaszcza w okresie wczesnym, kiedy ma ono pierwszorzędne znaczenie dla celów leczniczych. W okresie drugim, kiedy już wystąpiły porażenia, rozpoznanie naogół dość łatwe.

W okresie epidemji rozpoznanie jest naogół łatwiejsze i, mimo początkowych objawów ze strony czy to przewodu pokarmowego, czy dróg oddechowych, czy też objawów oponowych — nadmierne pocenie się, hiperestezja i hiperalgecja zwłaszcza karku i kręgosłupa oraz drżenie kończyn — nasuwa podejrzenie w kierunku choroby Heine - Medina. Dla wczesnego rozpoznania bardzo ważnym jest wynik nakłucia łądźwiowego z określeniem ogólnej ilości białka, cukru i odczynem kłaczkowania — Mastix-reaction. Ostatnio Fischer podaje reakcję z surowicą krwi chorych, jakoby swoistą dla choroby Heine - Medina. Oparta jest na tej samej zasadzie co odczyn Wassermann'a i polega na tem, że przy pomocy przeciwciał, które są obecne w surowicy ozdrowieńców, można wykazać zarzek we krwi u świeżo chorych na zasadzie odchylenia dopełniacza: do surowicy chorego dodaje się surowicę ozdrowieńca i po 1/2 godzinie system hemolityczny (krew świnki + surowica

świnki uodpornionej krwią barana + krwinki barana) — brak hemolizy wskazuje na obecność antygeny czyli zarazka choroby Heine - Medina. Reakcja ta jednak nie została jeszcze przez nikogo sprawdzona. Co się tyczy serodjagnostyki, jest ona bardzo kosztowna i nie we wszystkich krajach możliwa, zresztą ponieważ służy dla wykazania przeciwciał, byłaby więc pomocna dla celów rozpoznawczych dopiero w późniejszym okresie. Wstrzyknięcie małpie badanej surowicy z równą ilością zawiesiny mózgowordzeniowej, zawierającej *virus* chorobotwórczy, nie powinno wywołać żadnych objawów, podczas gdy wstrzyknięcie kontrolnej małpie tej zawiesiny bez surowicy ozdrowieńca, wywołuje typowe porażenia. Metodę tę podał Römer. W samym początku, zwłaszcza jeśli się utrzymuje gorączka i duża bolesność — rozpoznanie nastęrcza pewne trudności. Tu należy różniczkować z ciężką krzywicą, gdzie wielkie osłabienie mięśniowe może robić wrażenie niedowładu. Wystarczy jednak unieść chorą kończynę, a ta nie opadnie bezwładnie, jak przy porażeniu wskutek skurczu antagonistów, opadnie powoli, dla zaoszczędzenia bólu, jaki występuje przy ruchach. To samo dotyczy różniczkowanie z *osteomyelitis*, *coxitis* i *polyarthritus rheumatica*. Przy zajęciu mięśnia międzyżebrowych, należy różniczkować z pneumonją, przy porażeniu mięśni krtani — z krupem. Największe jednak trudności przedstawia różniczkowanie ze schorzeniami układu nerwowego, a w pierwszym rzędzie jeśli mamy do czynienia z postacią oponową. Tu niezawsze nakłucie rozwiązuje zagadnienie, bowiem w postaci oponowej dość długo mogą się utrzymywać zmiany zapalne w płynie mózgowordzeniowym do złudzenia przypominające gruźlicze zapalenie opon mózgowo-

*) Porówn. artykuł Wł. Sterlinga w W. Czas. Lek. z r. 1927.

rdzeniowych, jakieśmy to mieli możliwość obserwować w jednym naszym przypadku. A jeżeli przypadek jest poronny, nie dochodzi do porażenia, lub bardzo ciężki, piorunujący, gdzie śmierć następuje przed wystąpieniem porażenia, to ustalenie rozpoznania jest prawie niemożliwe.

Niemniej trudne jest różniczkowanie z postacią mózgową. Mamy tu bowiem rzeczywiście do czynienia z ogniskami w mózgu i chorobę *Heine-Medin* można przyjąć tylko po wyłączeniu innej etiologii, lub też w związku z epidemią. Pomaga nam tu przede wszystkim dokładny wywiad, który wskazuje na brak szczepienia ochronnego lub jakiejś choroby zakaźnej. Następnie porażenia w chorobie *Heine-Medin* jeśli się nie cofają odrazu, pozostawiają najczęściej mniejsze lub większe ślady, pozatem zanik mięśniowy jest tu specjalnie typowy. Bowiem neuronofagia i zniszczenie nerwów i mięśni jest mniej głębokie w zapaleniach mózgu innego pochodzenia niż w chorobie *Heine-Medin*. Prócz tego nie spotykamy tu prawie nigdy charakteru paraplegicznego lub hemiplegicznego, który jest typowy dla innych porażenia mózgowych. Tam, gdzie są liczne zachorowania w szkołach, szpitalach lub małych miejscowościach, najczęściej okazują się one epidemicznym zapaleniem mózgu.

W okresie późniejszym, gdy porażenia są już ustalone, różniczkowanie idzie przede wszystkim w kierunku przewlekłych chorób nerwowych. A więc, zapalenie wielonerwowe — polyneuritis — u dzieci występuje najczęściej po błonicy. Wywiad dokładny wskaże anginę jako schorzenie poprzedzające, pozatem porażenia pobłonicze mają dość typowe umiejscowienie, mianowicie najczęściej zostaje porażone podniebienie miękkie, a potem stopniowo zajęcie kończyn, sprawa rozwija się stopniowo a nie odrazu i nie tak szybko jak w chorobie *Heine-Medin*. Trudniej jest różniczkować, jeśli nie mamy wywiadów, i jeśli porażenie rozwija się rzutami. W tych przypadkach należy wziąć pod uwagę że w zapaleniu wielonerwowym bóle są dużo silniejsze i dłużej się utrzymują, szczególnie bolesność uciskowa; następnie obecność zaburzeń czucia i bólu, często obrzęków, często występują jednocześnie z porażeniami nerwów czaszkowych i, co najważniejsze, porażenia są typu obwodowego, odpowiadające nerwom obwodowym, podczas gdy w chorobie *Heine-Medin* odpowiadają segmentom.

Hematomyelja na tle urazu może dać ten sam obraz co choroba *Heine-Medin*; brak jednak początku choroby, który tu odrazu zaczyna się od porażenia. *Oppenheim* widział przypadek choroby *Heine-Medin*, gdzie też na początku był uraz, ten jednak był następstwem porażenia, a nie jego przyczyną.

U niemowląt i u bardzo młodych dzieci, w grę mogą wchodzić porażenia porodowe. Jednakże wywiad, który nam mówi o uprzednim zachowaniu się dziecka, rozwiązuje wątpliwości. Tam, gdzie wywiadu niema, różniczkowanie jest niemożliwe.

Pierwotna atrofja mięśniowa — specjalnie postać rdzeniowa *Hoffmann-Werdnig* — może imitować chorobę *Heine-Medin*, tembardziej, że łagodnego początku rodzice często nie strzegają i wiążą porażenia z jakąś przypadkową chorobą gorączkową. Ale ciągłe i stałe postępowanie porażenia, ich symetria i pseudohypertrofja, pozwalają ustalić rozpoznanie.

W końcu należy zaznaczyć, że istnieje cały szereg przypadków przeoczonych; nie są to przypadki poronne. Tu bowiem, po okresie gorączkowym, który był uważany za grypę lub inną chorobę, można przy bardzo dokładnem badaniu znaleźć bądź lekki zanik jakiejś grupy mięśniowej lub brak jakiegoś odruchu. Podobny przypadek obserwowaliśmy w czasie naszej epidemii szpitalnej. Niektórzy autorowie proponują (dla tych przypadków nazwę postaci rudymenarnej — szczątkowej, w odróżnieniu od poronnej).

Ostatnio we wszystkich krajach obowiązuje izolowanie chorych na chorobę *Heine-Medin* na przeciąg 6 — 8 tygodni oraz niedopuszczanie do szkół dzieci z otoczenia chorego. *Appert* podaje w wątpliwość słuszność tego izolowania z punktu widzenia t. zw. cichego uodparniania otoczenia chorego, tembardziej, jeśli się weźmie pod uwagę fakt bardzo rzadkiego zachorowania otoczenia. Jest również problematyczny sam fakt izolowania, gdyż najgroźniejszego źródła zakażenia t. j. nosicieli i chorych z poronną postacią nie umiemy rozpoznać i oddzielać. Naogół poleca się lekarzowi i pielęgniarce po odwiedzeniu takiego chorego przemywać nos wodą utlenioną. Dezynfekcja bielizny i rzeczy jest zbędna, gdyż wogóle nie było dowiedzione, by przedmioty miały przenosić zarazek. *Schottmüller* radzi dawać zapobiegawczo 1 — 2% *unguentum hydrarg. oxyd. flav.* do nosa.

Jeżeli idzie o leczenie, to tu na czoło zagadnień wysuwa się wczesne rozpoznanie. Jedynie bowiem pewne, przyczynowe leczenie jest surowica ozdrowieńców i to podana możliwie we wczesnym obrazie przedporażennym, szanse bowiem całkowitego wyleczenia zmniejszają się już przy podawaniu surowicy drugiego dnia choroby. Według *Schottmüllera*, *Meuka* i innych surowica ozdrowieńców podana I dnia choroby daje 100% całkowitego wyzdrowienia, II dnia — 87.7%, a III dnia 40% całkowitego wyzdrowienia. Z tego względu proponują autorowie przygotować się do każdej epidemii, a przede wszystkim przygotować dostateczne ilości surowicy ozdrowieńców. W tym celu należy badać krew ludzi z otoczenia chorych na zawartość przeciwciał przeciwko chorobie *Heine-Medin* i od nich pobierać krew, gdyż od dzieci chorych niewiele jej uzyskać można. Jak wykazały badania, w gęsto zaludnionych miastach około 90% ludności jest uodporniona przeciwko tej chorobie czy to przez t. zw. ciche uodparnianie, czy też przez przebycie choroby w jej postaci poronnej (*Aycocck*, *Frost* i *Anderson*). Toteż w Ontario w Kanadzie dzięki tej akcji przygotowawczej, na 558 chorych w czasie epidemii 387 mogło być leczone surowicą. Tak samo *Schottmüller* wykorzystał ozdrowieńców i uodpornionych z otoczenia w ten sposób, że w Hamburgu są oni zorganizowani i, jak zwykli spenderzy, mają określone grupy; gdy się zdarza chory na mięście to, dla zaoszczędzenia czasu zamiast surowicy robi choremu transfuzję w 1/2 — 1 litra krwi ozdrowieńca; (za 100 cm³ płaci się tylko 5 marek). Ażeby jednak tej surowicy lub krwi ozdrowieńców nie dawać niepotrzebnie — proponują de *Rudder*, *Meuk* i inni, by w czasie epidemii zorganizowani byli lekarze konsultanci, którzy specjalnie będą wysyłani do wsi i miasteczek w razie wątpliwości i, dopiero po ustaleniu rozpoznania, dawać surowicę. Ostatnie bowiem statystyki amerykańskie wykazują, że obecnie, kiedy jest dążność do wczesnego rozpoznania choroby *Heine-Medin*,

około 50% rozpoznań jest mylnych. W kwestji, kiedy jest najlepiej pobrać krew od ozdrowieńca i jak długo jej własności lecznicze się utrzymują, autorowie różnie się wypowiadają. Większość uważa, że krew najlepiej pobierać począwszy od 3-ch miesięcy od początku choroby do 4 — 5 lat, jednakże jest ona czynna jeszcze długo potem.

Surowicę podaje się najczęściej 20 cm³ do kanału lędźwiowego a potem domięśniowo do 100 cm³. R e t a u, G e o r g i L a w r e n c e radzą wypuścić płyn mózgowo - rdzeniowy do ciśnienia atmosferycznego, następuje dzięki temu szybsze wytwarzanie płynu mózgowordzeniowego, zwłaszcza jeśli dożylnie wstrzyknąć hypotoniczny roztwór soli fizjologicznej — sposób ten autorowie nazywają wzmocnionym drainage. Dzięki wzmocnionemu wydzielaniu się płynu mózgowo - rdzeniowego następuje wypłynięcie produktów zapalnych z głębokich warstw nerwowych na powierzchnię. W ten — sposób można otrzymać lepsze dojście ciał obronnych do układu nerwowego. Autorzy ci podają doskonale wyniki przy tym sposobie postępowania. Jednakże prawie wszyscy się zgadzają z tem, że nie zawsze można dać surowicę dołędźwiowo i że nie gorsze są wyniki przy podawaniu surowicy domięśniowo. Zastrzykuje się najczęściej 20 cm³ surowicy, powtarzając tę dawkę kilkakrotnie w sumie 60 — 80 cm³.

Do świetnych tych wyników działania surowicy ozdrowieńców autorowie doszli dzięki stosowaniu jej w okresie przedporażennym. I na tem tle powstał cały szereg wątpliwości, wypowiedzianych przez bardzo poważnych autorów. Twierdzą oni, że nie jest pewnem czy rzeczywiście tylko surowicy należy przypisać te dobre wyniki; niewiadomo bowiem, ile z tych przypadków, leczonych wcześniej surowicą byłoby i tak nie doszło do porażenia. Należało więc mieć obserwację przypadków kontrolnych, którym mimo wczesnego rozpoznania nie dawano surowicy. K a r g e r zebrał materiał ze statystyk, opartych na licznych epidemjach w Ameryce z rk. 1931, gdzie powstało kolegium lekarskie, mające na celu objąć wszystkich chorych na H e i n e - M e d i n a zarówno szpitalnych jak i prywatnych. Połowa chorych, otrzymała surowicę, druga połowa surowicy nie otrzymała — brało się pod uwagę tylko przypadki z wczesnem rozpoznaniem w okresie przedporażennym. Okazało się, że mimo, iż niema standaryzowanej surowicy i wartość każdej z oddzielna jest różna — to bezporównania lepsze są wyniki u dzieci leczonych surowicą ozdrowieńców, pod warunkiem jednak, iż ją dostatecznie wcześniej dano.

Mniej entuzjastycznie w sprawie leczenia surowicą ozdrowieńców wypowiada się L i c h t e n s t e i n z Sztokholmu. Podaje on 20 przypadków nieleczonych, na 38 leczonych surowicą ozdrowieńców — wszystkie przypadki zdjagnozowane w okresie przedporażennym — i ma on wrażenie, że niema zbyt wielkich różnic w ostatecznym wyniku, aczkolwiek nie zaprzecza, że w pojedynczych przypadkach efekt surowicy był wyraźny.

Są to jednakże zdania odosobnione. Naogół można już teraz powiedzieć, że dzięki stosowaniu surowicy ozdrowieńców w okresie przedporażennym, jesteśmy w stanie w ⁹/₁₀ przypadków nie dopuścić do porażenia. Ostatnio w większych stolicach jest przygotowana mieszana surowica ozdrowieńców, by bardziej ujednostajnić jej wartość.

Próbowano też dawać surowicę ozdrowieńców profilaktycznie. N e t t e r przytacza fakt, że w

Skandynawji, w miejscowości gdzie spodziewano się epidemji choroby H e i n e - M e d i n a, dano dzieciom profilaktycznie surowicę ozdrowieńców. Okazało się potem, gdy wybuchła epidemja, że wśród dzieci uodpornionych — zachorowań było dużo mniej, niż wśród dzieci nieszczepionych, przyczem więcej było postaci lekkich i poronnych. Jednakże na takie postępowanie nie możemy sobie jeszcze pozwolić, gdyż poza niepewnym jeszcze wynikiem, brak nam często surowicy dla chorych, tembardziej więc jest nam jej szkoda dla zdrowych w celach zapobiegawczych.

Prócz surowicy ozdrowieńców stosowano też surowicę P e t t i t a, t. j. surowicę koni, uodpornionych zakażonym rdzeniem małp. P e t t i t na początku leczył chorych surowicą małp, które identycznie chorują na chorobę H e i n e - M e d i n a jak ludzie, i mają przeciwciała przeciwko tej chorobie we krwi. Ponieważ krwi tej jest bardzo mało i, co najważniejsze, jest bardzo droga, zastosował specjalną metodę uodparniania koni, które są bardzo wrażliwe na zarazek choroby H e i n e - M e d i n a. Surowica koni, jego metodyką uodpornionych (przez 15 tygodni raz tygodniowo wstrzykiwania bardzo małych ilości zawiesiny rdzenia chorych małp), neutralizuje *virus* choroby H e i n e - M e d i n a *in vitro*, *in vivo* P e t t i t swojej surowicy nie wypróbował z powodu dużych kosztów. Podaje jednak cały szereg świetnych wyników leczniczych, nietylko przy zastosowaniu surowicy we wczesnym okresie, ale nawet później. Ostatnio cały szereg autorów francuskich i amerykańskich, z braku surowicy ozdrowieńców daje surowicę P e t t i t a z dobrymi wynikami nawet w okresie porażenia.

Tam, gdzie nie można otrzymać ani surowicy ozdrowieńców ani surowicy P e t t i t a, proponuje P e r i t z krew obojga rodziców po 20 cm³ od każdego domięśniowo, a w większych miastach, gdzie prawie 90% ludności jest uodporniona przeciwko chorobie H e i n e - M e d i n a, wystarczy tylko krew jednego z rodziców.

Poza surowicą różnego rodzaju, próbowano też najróżnorodniejszych środków farmakologicznych. W pierwszym rzędzie uotropinę doustnie, czy też jako cytotropinę dożylnie lub domięśniowo. Następnie tryptoflaninę i preparaty jodowe, pozatem adrenalinę, strychninę i preparaty rtęciowe. Dobre wyniki opisują po zastosowaniu tetrofanu, inni weratryny. Już jednak ta różnaitość środków świadczy o tem, że specjalnie dobrego, ani pewnego niema.

Pewniejsze jest już leczenie fizykalne i leczenie elektrycznością, które jest obecnie przez wszystkich uznane, i które ma duże zastosowanie w okresie porażenia. Tu na plan pierwszy wysuwa się naświetlanie kręgosłupa promieniami R o e n t g e n a, przyczem stosowane są promienie filtrowane twarde. Naświetlanie należy zacząć bardzo wcześniej, t. j. skoro tylko wystąpiły porażenia. Jednocześnie z naświetlaniami B o r d i e r, a za nim cały szereg autorów radzi zastosować intensywnie diatermję. Dla podtrzymania ciepłoty kończyn porażonych, które są zawsze zimne, M a r q u e proponuje kilka razy dziennie ciepłe kąpiele z 38 — 45°. Po ustąpieniu przeczulicy, najczęściej po 2-ch tygodniach należy przystąpić do masażu, na początku lekkie mięsienie, potem w miarę ustąpienia bólu, silniejszy masaż i ruchy bierne; masować należy każdy mięsień oddzielnie. Specjalne znaczenie przypisuje ma-

sowaniu A. Müller, który uważa, że często pozostają kalectwa dlatego, że zostało zaniedbane mięsienie. Miał bowiem przypadki, gdzie nerw odpowiadał na prąd galwaniczny dobrze, a uszkodzenie ruchowe zależało tylko od atrofji mięśniowej i kontraktur. Autor ten proponuje masaż bardzo wcześnie, t. j. zaraz po spadku temperatury. Obawa przed wczesnem masowaniem jest podług niego absolutnie nieuzasadniona, a wy-suwana obawa uszkodzenia chorego narządu jest niemożliwa, gdyż narząd ten jest umieszczony w kości i pływa w cieczy; pozatem zwykła toaleta wymaga niemniej rękoczynów, niż masaż. Jednocześnie z masażem

radzą autorowie po ustąpieniu bolesności drażnić mięśnie porażone prądem elektrycznym, najlepiej galwanicznym. Należy jednak podkreślić, że tam, gdzie mięśnie nie odpowiadają na prąd galwaniczny lub jedynie na prąd o wysokiem napięciu, co jest bardzo bolesne — należy przejść na prąd faradyczny, który ma znaczenie masażu elektrycznego.

Porażenia, które nie cofnęły się w ciągu 2-eh lat, najczęściej pozostają już nazawsze. Leczenie w tych przypadkach jest już tylko ortopedyczno - operacyjne, polegające na przeszczepieniu ścięgien mięśniowych i na usztywnieniu stawów — *arthrodesis*.

Streszczenia pojedyncze

Radjologia.

Robert THORAEUS. Metoda jonometryczna w zastosowaniu do pomiarów natężenia promieni X, ich pochłaniania oraz do określenia skuteczności rozmaitych filtrów będących w użyciu w terapii. (*Acta Radiologica Suppl. XV. Sztokholm 1932*).

Autor podaje opis szczegółowy aparatu o schemacie *Greinacher* wytwarzającego wysokie napięcie stałe i zajmuje się warunkami stałości jego pracy. Napięcie mierzy się iskiernikiem kulowym własnej konstrukcji o średnicy kul 153 mm, którego budowa jest przedstawiona bardzo dokładnie. Przechodząc do opisu metody jonometrycznej, autor omawia najpierw definicję międzynarodowej jednostki pomiarowej promieni (r), a następnie zajmuje się komorą jonizacyjną dużą własnej konstrukcji, służącą do wymierzenia tej jednostki, i warunkami właściwego użycia tej komory stosownie do wymagań międzynarodowej uchwały. Następnie opis doświadczeń, mających na celu określenie ściśle pochłaniania rozmaitych wiązek promieni przez glin, miedź, cynę, ołów, srebro i wodę. Pomiaru te dokonywane były za pomocą metody jonometrycznej z zastosowaniem zbudowanej przez autora komory. Autor wy-ciąga z nich wniosek, że do terapii głębokiej najlepiej nadaje się i jest najekonomiczniejszy filtr, złożony z 0,4 mm cyny, 0,25 mm miedzi i 1 mm glinu. Ponieważ komora jonizacyjna duża nie daje się przenosić i można nią posługiwać się tylko na miejscu w pracowni fizycznej, przeto autor, opierając się na zasadach budowy aparatu pomiarowego *Siwert*a, skonstruował t. zw. „wtórny wzorzec jonizacyjny” (*secondary standard*), t. j. komorę jonizacyjną, podobną do kondensatora. Prąd jonizacyjny w komorze tej mierzy się zapomocą czułego galwanometru metodą kompensacyjną. Wtórny wzorzec jonizacyjny, służący jako aparat pomiarowy przenośny, zostaje wycechowany w jednostkach r przez porównanie z komorą jonizacyjną stałą. W ten sposób uzyskuje się praktyczny i pewnie działający przyrząd pomiarowy, zapomocą którego określić można wielkość dawek lamp terapeutycznych na całym obszarze kraju.

Z a w a d o w s k i.

B. F. PIECZERSKI, F. STROKOW i J. SZYSZOW. Rentgenografia w zwężeniach cewki. (*Sow. Wies. Wen. i Derm. Nr. 8. 1932*).

Rentgenografia cewki moczowej, a szczególnie cystoure-trografia (według terminologii autorów) daje najściślejsze, uchwytne i szczegółowe wskazówki co do zmian poza miejscem zwężeniem i co do wszystkich szczegółów zwężenia cewki moczowej. Wybór metody operacyjnej może się opierać na uretrogramie. Uretrografia ułatwia kontrolowanie i porównawczą ocenę leczenia zwężeń.

J. L.

E. FATOU i R. HEIM de BALSAC. *Semiologia rentgenowska ewentracji (zwiotczenia) przeponowej lewej na podstawie własnych przypadków.* (*J. de Radiol. et d'Electrol. t. XVI. Nr. 10. 1932*).

Nadmierne podniesienie z zagłębieniem się dowewnątrz klatki piersiowej na stałe i bez pęknięcia jednego sklepienia przepony, którym towarzyszą zmiany kształtu i położenia narządów leżących poniżej i powyżej, nazywa się ewentracją (zwiotczeniem) przeponową. Ewentracja przeponowa bywa najczęściej wykrywana przypadkowo przy sposobności badania rentgenowskiego serca i naczyń, płuc lub przewodu pokarmowego u osobnika, skarżącego się na mało sprecyzowane zaburzenia czynnościowe, jak: bicie serca, nerwowość, trudności oddechowe lub zaburzenia trawienne. Autorzy są sami zdziwieni częstotścią tego cierpienia, uchodzącego za rzadkie. W przypadkach wyraźnych rozpoznanie samo się narzuca, lecz w postaciach mniej jaskrawych objawy są tylko naszkicowane, trzeba więc umieć je wyszukać i wiedzieć, które z nich są charakterystyczne. Autorzy sądzą, że w każdym przypadku uniesienia przepony ku górze na stronie lewej konieczne jest badanie położenia i kształtów narządów, leżących pod nią, zapomocą posiłku lub wlewanki barytowej. W ten sposób można będzie znaleźć prawdziwą przyczynę dużej liczby zaburzeń trawiennych, płucnych lub sercowo - naczyniowych, które się przedtem kładło na karb neurotonji lub dyspepsji. Jeżeli rozpoznanie to nie kryje w sobie naogół bezpośredniej sankcji chirurgicznej (*plicatura diaphragmatis*), jednakże postępowanie takie należy nazwać za pożyteczne, ażeby móc śledzić za rozwojem sprawy, wykryć możliwe powikłanie (wrzód, gruźlica) i poddać chorego właściwemu leczeniu. Badanie rentgenowskie nie tylko pozwala na potwierdzenie tego rozpoznania, lecz może ono również wykazać jego etiologję wrodzoną lub jako następstwo niedowładu przeponowego.

J. L.

Ch. AUBERTIN. *Krew rentgenologów.* (*Monde méd. Nr. 808. 1932*).

Liczba czerwonych ciałek bywa naogół normalna lub prawie normalna. Niedokrewność jest naogół rzadsza, niż się myśli; raczej bywa zwiększona liczba czerwonych ciałek — *polyglobulia*, która się stopniowo zwiększa. Jeżeli występuje niedokrewność, to bywa ona względnie lekka (między 3000000 — 3500000); przyczyny silnych niedokrewności należy szukać gdzieindziej, niż w działaniu promieni. Czasem spotyka się zwiększenie liczby retikulocytów. Oporność czerwonych ciałek jest prawidłowa. Hemoglobina nie wykazuje naogół żadnych zmian. Wskaźnik barwnikowy bywa często zmniejszony wskutek poliglobulji. Płytki są prawidłowe. Główne zmiany, spowodowane przez naswietlanie, spotyka się w białych

ciałkach krwi; polegają one głównie na skłonności do leukopenji ze zmniejszeniem się liczby obojętnochłonnych — leukopenja rentgenowska z hiponeutrofilją. Liczba białych ciałek obniża się do 5000, 4000, rzadko niżej. Jednocześnie zmniejsza się liczba obojętnochłonnych, wyrażona w odsetkach do 50% i często nieco bardziej; czasami spotyka się poziom 40%, poziomy niższe należą bezwzględnie do wyjątkowych. Liczba obojętnochłonnych w 1 mm.³ zmniejsza się z normalnych 4000 do 3000, 2500, 2000 i nawet niżej. Liczba kwasochłonnych natomiast nieco się zwiększa; eozynofilia ta jest średniego stopnia, nie przekracza 7 lub 8%, a najczęściej utrzymuje się w granicach 4 do 5%. Jest ona długotrwała, prawie stała. We krwi rentgenologów nie spotyka się naogół nieprawidłowych białych ciałek, a nawet wyraźnego odwrócenia wzoru. Rzadko spotyka się duże limfocyty, jednojądrzaste o zarodki lekko zasadochłonnej, komórki T u e r c k a bardzo rzadko. Tym zmianom krwi nie towarzyszą żadne zaburzenia czynnościowe, nawet osłabienie. Odwrotnie, stwierdzano często normalny obraz krwi u rentgenologów, uskarżających się na dotkliwe zmęczenie i rozmaite zaburzenia czynnościowe, budzące podejrzenie niedokrewności. Większość niedokrewności, spotykanych u rentgenologów jest pochodzenia zawodowego i zdarza się u tych, którzy oddawna wykonują swój zawód i nie przestrzegają miar ostrożności. Niektóre są pochodzenia leczniczego wskutek stosowania nadmiernych dawek energii promienistej (promieni R o e n t g e n a, toru i t. d.). Rozwijają się one bardzo wolno, stopniowo, podstępnie. Pierwszemi ich objawami są zmęczenie, lekka duszność, a zwłaszcza silna bledność. Objawami klinicznymi są bledność skóry i śluzówek, silne osłabienie, duszność wysiłkowa, bóle kończyn, szmery sercowe i naczyniowe; wątroba i śledziona są niepowiększone, nieznaczne obrzęki, brak wychudnięcia, zaburzeń trawiennych, nerwowych, białkomoczu, gorączki. Obraz krwi jest taki, jak w niedokrewności aplastycznej (niska liczba czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, wskaźnik > 1 , anizocytoza z makrocytozą, rzadziej poikilocytoza i polichromatofilia, leukopenja z hipopolimukleozą, aneozynofilia, trombopenja, czas krzepnięcia normalny, czas krwawienia przedłużony). Rozwój sprawy bywa szybki, a przetaczanie krwi i leczenie wątrobą dają nieszczególne wyniki. Dotąd ogłoszono 9 przypadków białaczki u rentgenologów, lecz było ich, napewno, więcej. Wszystko to były przypadki przewlekłej białaczki szpikowej z typowym obrazem klinicznym oraz krwi bez zmian skórnych. Liczba białych ciałek krwi nie była z początku znacznie zwiększona (do 80000 — 100000). W dwóch przypadkach były silne bóle kostne bez zmian rentgenologicznych w kościach. W tych wszystkich przypadkach rentgenoleczenie dawało zwykle wyniki: chwilowa poprawa i przemijający spadek liczby białych ciałek, zmniejszenie śledziony, poprawę stanu ogólnego i t. d., lecz nigdy nie mogło zapobiec zejściu śmiertelnemu.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

A. v. TOTH. W sprawie gruźlicy migdałków. (Monatsschr. f. Ohr. r. 1931, z. 11).

Na podstawie 65 przypadków sekcyjnych i badania histologicznego 35 par wyluszczonej migdałków T. potwierdza opinię dawniejszych autorów o nietylko wtórnym, ale i pierwotnym występowaniu gruźlicy migdałków. Zakażenie migdałków może być: A. zewnątrzpochodne, i mianowicie: 1. na drodze krwionośnej w przypadkach gruźlicy prosówkowej, względnie gruźlicy jakiegokolwiek narządu; 2. na drodze wstecznej, poprzez naczynia chłonne; 3. za pośrednictwem płwociny w przebiegu gruźlicy płuc, a zwłaszcza gruźlicy krtani. B. Zewnątrzpochodne: przez pokarmy albo powietrze. Gruźlica migdałków stanowi zawsze znaczne niebezpieczeństwo dla u-

stroju, gdyż powstają w ten sposób warunki wybitnie sprzyjające szerzeniu się infekcji na gruczolę pozagardzielow, na ucho środkowe i na opony mózgu (przypr. S e i f e r t a i autora).
J. S r e b r n y.

Le MEE, R. KOURILSKY, Leon KINDBERG, R. MONOD, A. SOULAS, André BLOCH, A. DELILLE, Leon BERNARD. Ropnie płuc po wyluszczeniu migdałków (Revue de Laryngologie Nr. 7, 1932).

Zbiorowa praca wymienionych w nagłówku autorów przedstawia wszechstronnie opracowaną monografię o tak ciężkim powikłaniu po wyluszczeniu migdałków u dorosłych i u dzieci, jakim jest ropień płuc. Każdy z autorów opracował specjalny dział tej niewyjaśnionej dokładnie do dziś dnia sprawy, która rozwinąć się może po zabiegach chirurgicznych w górnym odcinku dróg oddechowych. Patogenezę oraz mechanizm powstawania ropnia płuc wraz z odnośną statystyką wyjaśnia szczegółowo z właściwą sobie gruntownością L e M é e. Stronę doświadczałą opisuje K o u r i l s k y, zaś André B l o c h i S o u l a s omawiają terapię za pomocą bronchoskopji. O chirurgji ropnia płuc mówi zwięźle Robert M o n o d. Na szczęście powikłanie to jest bardzo rzadkie, zwłaszcza w Europie, gdzie operacja wyluszczenia migdałków odbywa się w znieczuleniu miejscowym, rzadziej w półuspieniu — u dzieci. Natomiast częściej zdarzają się ropnie w Ameryce, gdzie operują w uspieniu głębokim. Warto w oryginale przeczytać tę pracę, by raz jeszcze wraz z autorami podkreślić, iż do wyluszczenia migdałków należy przystępować z całym zastanowieniem się, że nienależy operować ambulatoryjnie, jak to niektórzy lekkoomyślnie czynią, lecz operowanego obserwować w szpitalu lub w klinice prywatnej.

M. K o e n i g s t e i n.

V. KOERBEL. Przyczynek do kliniki nieżyty naczynioruchowego nosa. (Monatsschr. f. Ohr. r. 1932, z. 1).

Autor, rozporządzający, jak zapewnia, dużym materiałem chorych, dotkniętych katarem naczynioruchowym nosa, dochodzi do następujących wniosków: 1. odrzucić należy związek k. n. n. z gruźlicą, gdyż występowanie k. n. n. u osobników gruźliczych zdarza się uderzająco rzadko. 2. W 36% przypadków istniała skłonność do zaparc, przyczem w połowie było ono charakteru kurczowego. Uregulowanie czynności jelit wpływało wyraźnie dodatnio na *rhinitis vasomotoria* i odwrotnie, poprawa w zakresie *rhin. vas.* wpływała pomyślnie na zaparcie. W zależności tej nie widzi autor bynajmniej związku przyczynowego między temi właśnie dwoma cierpieniami, lecz uważa je za synchroniczne objawy nerwicy wegetatywnej. 3. Płeć żeńska dotknięta jest k. n. n. znacznie częściej, niż męska, przyczem chore w dużym odsetku cierpią na zaburzenia miesiączkowe. Tak, jak również częste występowanie k. n. n. w okresie przekwitania, bądź w okresie, bezpośrednio je poprzedzającym, wskazuje wyraźnie na związek między *rhin. vas.* i czynnością jajnika. 4. Znaczna liczba cierpiących na k. n. n. spośród osobników, dotkniętych nadczynnością tarczycy, każe autorowi uznać istnienie związku między temi zjawiskami. Wpływ leczniczy na hipertyreozę odbija się wybitnie dodatnio na k. n. n. Odwrotnego zjawiska autor nie zauważył. 5. W więcej, niż połowie przypadków k. n. n. znajdował autor cierpienia zatok nosa. W przypadkach *rhinitis vasomotoria* w przebiegu hipertyreozы zatoki były przeważnie wolne od zmian chorobowych. 6. Pomiedzy *rhinitis vasomotoria* a czasem krzepnięcia krwi i czasem krwawienia nie dostrzegł autor związku.

J. S r e b r n y.

MANGABEIRA - ALBERNAZ. Skaleczenie opuszki żyły jarzmowej podczas paracentezy. (Les Annal. d'Otolaryng. Nr. 2, 1932).

Dokonywając paracentezy u 9-miesięcznego dziecka,

autor skaleczył opuszkę żyły jarzmowej, która się wypinała do jamy bębenkowej. Krwawienie wystąpiło nie od razu, lecz dopiero po 2 godzinach w czasie krzyku dziecka. Najwidoczniej ściana żylna nie została przecięta, lecz tylko zadrażniona. Podczas krzyku wystąpił zastój krwi żylny, i ściana opuszki pękła. Krwawienie było uporczywe, udało się je zatrzymać po 48 godzinach. Skaleczenie opuszki ż. jarzmowej podczas paracentezy jest dość rzadkie. Ogłoszono zaledwie 19 przypadków. Otykoscopowo przedstawia się opuszka jako niebieska plama, która się zwiększa podczas ucisku ż. jarzmowej na szyi i która się nie porusza razem z błoną bębenkową przy badaniu przyrządkiem S i e g l e a. Niestety, w tych razach, kiedy dochodzi do paracentezy, błona bębenkowa jest przekrwiona i nacieczona, wobec czego spostrzeżenie opuszki nie jest możliwe. Krwawienie, występujące po skaleczeniu opuszki, udaje się zwykle zatrzymać.

J. T e n c e r.

P. ARDONIN. Niebezpieczeństwo zwlekania w utajonych zapaleniach wyrostka sutkowego starców. (Monde méd. Nr. 808, 1932).

Autor podaje opis dwóch przypadków zapalenia wyrostka sutkowego w przededniu wystąpienia ciężkich powikłań; objawy tego zapalenia, rozwijając się podstępnie i nie dając znaczniejszych objawów ogólnych, nie odpowiadały zmianom anatomicznym, stwierdzonym w czasie zabiegu. Jeden z chorych pozostawał dwa miesiące z obfitym wyciekami z ucha; gdy zgłosił się on po raz pierwszy do lekarza, nie przedstawiał żadnych objawów alarmujących, a jednak wywoływał wrażenie, że należało go dużo wcześniej operować. Drugi chory bardziej uległy dał się trepanować w dobrej chwili, gdyż autor znalazł wyrostek sutkowy o wiele bardziej schorzały, niż objawy kliniczne pozwalały podejrzewać. Jakże wnioski można wyciągnąć z tego? Przedewszystkiem ten, że starcy przebywają często zapalenie wyrostka sutkowego w sposób szczególny bez wielkiego odczynu miejscowego, bez silniej zaznaczonego bólu, bez objawów ogólnych, bez gorączki. Dalej że, jeżeli okres wylegania prawdziwego zapalenia wyrostka sutkowego jest czasem bardzo długi, zdarza się jednak chwila, w której bez wielkich alarmów mogą nastąpić poważne powikłania. Wreszcie i nade wszystko dowodzi to, że u ludzi starszych niewolno zbyt długo zwlekać przeciągając leczenie zachowawcze, nie dające dostatecznej poprawy. Należy bacznie czuwać u starców nad rozwojem ostrego zapalenia ucha, kontrolować starannie wyborcze punkty bolesne, a szczególnie zwracać uwagę na stałe utrzymywanie się drobnych oznak prawdziwego schorzenia kości. U starców nigdy się nie żaluje zbyt wczesnego otwarcia chorego wyrostka sutkowego.

H e n r y k J. L a n d a u.

Choroby narządów trawienia.

J. SCHNITZLER. Ostre zapalenie trzustki i jego różniczkowo - rozpoznawcze odgraniczenie. (Wien. kl. Woch. N. 7, 1932).

Do zapalenia trzustki prowadzą takie zaburzenia, które wywołują aktywację trypsynogenu, np. krwawienia, przenikanie żółci do przewodu wyprowadzającego trzustki. Temu przenikaniu sprzyja najprawdopodobniej zastój żółci, dlatego też w 90% zapalenia trzustki znajduje się kamień żółciowy. Objawami zapalenia trzustki są: zapadłość, silne bóle nie noszące charakteru kolki, promieniujące na lewo aż do lewego ramienia; często występuje ono u tęgich mężczyzn przeważnie powyżej 40 lat; we krwi i w moczu stwierdza się zwiększenie zacynu diastatycznego (badanie metodą W o h l g e m u t h a), zwiększenie zawartości cukru we krwi, brak tryzynowy w treści dwunastniczej. W celach różniczkowo - rozpoznawczych należy wykonywać przykręgosłupowe zmierzanie D 8, 9 i 10 po stronie lewej. Aczkolwiek leczenie operacyjne nie może się poszczycić doskonałymi wynikami, jednakże zmusza często do

operacji tej fakt, że wchodzących pod uwagę stanów takich jak: przebiecie wrzodu, przebiecie pęcherzyka żółciowego, niedrożności jelit często nie można wyłączyć.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

GOLDMANN. Spostrzeżenia w sprawie zapalenia trzustki (D. m. W. N. 18, 1932).

Coraz częściej spostrzegane sprawy zapalne trzustki wskazują nie tylko na większą naszą umiejętność rozpoznawania, ale także na istotne wzmoczenie się tego cierpienia. Silny ból skurczowy w środkowej i lewej górnej części brzucha, z promieniowaniem do lewej łopatki, guz wyczuwalny w okolicy trzustki, ostra niewydolność serca, lekkie objawy niedrożności jelit należą już dziś do znanego obrazu klinicznego *pancreatitis*, zwłaszcza w połączeniu ze wzmąconą ilością diastazy w moczu i krwi i zwiększeniem ilości cukru. Autor zwraca uwagę na kilka rodzajów nieznanymi dotąd wyników badań rentgenologicznych: 1° silne zacinienie w środkowej górnej części brzucha, które odpowiada krwawemu nacieczeniu trzustki; 2° ostre zapalenie trzustki, które daje zniekształcenie żołądka; po 6-ciu tygodniach żołądek o normalnej konfiguracji; 3° silne zacinienie ogona trzustki, przyczem zdjęcie kontrastowe wykazuje odlew błony śluzowej, zmiany kształtu żołądka i zastój w dwunastnicy. Możliwość istnienia w tych przypadkach ropnia trzustki. W wielu przypadkach *pancreatitis abscedens* zajęta jest *bursa omentalis*, w innych ropnie mogą powstawać poraotrzewnowo.

S t. L u x e n b u r g.

R. BENSALJDE i A. LAMBLING. Choroba Nicolas-Favrea a zmiany odbytnicze. (Paris méd. N. 18, 1932).

Zagadnienie etjologiczne zapalnych zwężeń odbyticy nie jest dotąd rozwiązane. Umiejscowienie odbyticy choroby N i c o l a s - F a v r e a może, zdaje się, wytłumaczyć dużą liczbę przypadków, a prawdopodobieństwo tej nowej jednostki chorobowej opiera się na bardzo poważnych faktach biologicznych (odczyn F r e i a) i doświadczalnych. Sprawa ta może być również przyczyną pewnych prostych stanów zapalnych odbyticy bez zwężeń i pewnych odosobnionych przetok, przypisywanych dotąd gruźlicy. Ten nowy kierunek poszukiwań etjologicznych może mieć szczęśliwe następstwa pod względem leczniczym. Wiadomo, jak mało zadawalającym jest obecnie leczenie zwężeń zapalnych odbyticy. Autorem wydaje się niezbędnym połączenie ze zwykłym stosowaniem leczeniem miejscowym (rozszerzanie, djatermia, miejscowe środki przeciwzakaźne) ogólnego leczenia przeciwzakaźnego, przedewszystkiem wśródzylnego. Należy używać wszystkich środków, próbowanych w chorobie N i c o l a s - F a v r e a: emetyny, lugolu, soli miedzi, antymonu i t. d., jak również środków, na działanie których jad ziarnicowy okazał się szczególnie czuły *in vitro*. Z tego względu zasługuje na szczególną uwagę urotropina, rozkładająca się w ustroju na swe składniki formolowe. Najpomyślniejsze wyniki dał autorom 1% roztwór Lugola w połączeniu z 20% roztworem podsiarczynu sodowego (metoda R e v a u t a). Miejscowo działa on szybciej i skuteczniej na parcie, bóle i obfitość wycieku, niż przemywanie przeciwzakaźne. Zasługuje również na uwagę działanie tych zastrzykiwań (5—10—15 cm³) na stan ogólny (spadek gorączki, duże przyrosty na wadze). Obok roztworu Lugola dobre i wyraźne wyniki daje gonakryna. Być może, uda się wzmoczyć jej działanie przez połączenie z innymi barwnikami przeciwzakaźnymi. W kilku przypadkach dobre wyniki dało rentgenoleczenie. Wreszcie rozszerzanie zwykle lub lepiej djaterymiczne pozostaje niezbędnym uzupełnieniem leczenia farmakologicznego. Ono jedno tylko może położyć kres odczynowi bliznowatemu, wobec którego bezskuteczne są środki przeciwzakaźne. W bardzo silnych i postępujących zwężeniach, które każą myśleć o konieczności doprowadzenia kału inną drogą, daje ono czas na leczenie prze-

ciwzakażne, utrzymując zwężenie w rozmiarach, dających się połączyć z wystarczającą czynnością jelit.

Henryk J. L a n d a u.

DESMAREST. Czego można oczekiwać od chirurgii w leczeniu raka odbytnicy? (Paris méd. N. 11, 1932).

Za wyjątkiem raków kanału odbytniczego, raków wyścielających, które mogą być leczone zastosowaniem radu (L a c a s s a g n e), raki odbytnicy mogą być leczone metodami chirurgicznymi. Liczne przypadki, utrzymujące się powyżej 5 lat, które były ogłaszane, są tego dowodem. Wyniki leczenia chirurgicznego raka odbytnicy będą tam bardziej zadawalające im: 1) wcześniej będą operowali chirurdzy; 2) częściej będą się brali chirurdzy do guzów ruchomych lub stosunkowo mało przyrosłych, które będą jak najrozleglej usuwali, zarówno jeżeli chodzi o jelita, jak i o tkanki okołodbytnicze; 3) chirurdzy, używając znieczulenia nie wywołującego wstrząsu, będą wykonywali wycięcia kroczone lub brzuszno - kroczone tylko u tych chorych, których stan ogólny, zbadany szczególnie w przebiegu operacji zapomocą krzywej ciśnienia tętniczego, będzie dosyć zadawalający, tak ażeby chorych mógł stawić opór i wstrząsowi operacyjnemu i powikłaniom pooperacyjnym, które mogą ewentualnie powstać.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

Harry L. TRIMBLE i Benjamin W. CAREY Jr.—Boston. Zawartość prawdziwego cukru w skórze chorych na cukrzycę. (Archives of dermatology and syphilology 25/1 January 1932).

Badano zawartość cukru prawdziwego (fermentującego) w skórze, tak, że świeże kawałki skóry, otrzymane podczas operacji chirurgicznych, ważono i zaraz wrzucano do gotującej się wody, by otrzymać wyciąg. Następnie mierzono objętość wyciągu i usuwano proteiny, poczem mierzono całą zawartość substancji redukujących i oddzielnie substancji redukujących niefermentujących metodą F o l i n - W u. Po odjęciu tej ostatniej liczby od całej zawartości substancji redukujących otrzymywano ilość prawdziwego cukru w każdym kawałku skóry. Okazało się, że u osób niecukrzyczych zawartość fermentującego cukru w skórze wynosiła przeciętnie 56 mg. na 100 cm.³ z wahaniami \pm 8 mg., podczas gdy u djabetyków przeciętnie 144 mg., przeciętne zaś stężenie cukru we krwi ich było 226 mg. na 100 cm.³. Poziom fermentującego cukru w skórze był różny u rozmaitych djabetyków, lecz był zawsze mniej więcej proporcjonalny do stężenia cukru we krwi w tym samym czasie. Większa część całkowitej ilości substancji redukujących w skórze djabetyków składa się z prawdziwego (fermentującego) cukru. Podkreśla się, że zwiększone stężenie cukru w skórze przebiega równolegle ze wznięciem poziomu cukru we krwi.

Alfred E t t i n g e r.

Albert STRICKLER i Philip D. ADAMS. Zawartość azotu i siarki w łuskach w łuszczycy i dermatitis exfoliativa. (Arch. of dermat. and syphil. 25.1 Januar 1932).

Określano zawartość azotu metodą K i e j d a h l a, zaś siarki metodą Z a h n d a i C l a r k e w 5 przypadkach łuszczycy i 2 dermatitis exfoliativa. Te nieliczne badania wykazały, że w wymienionych schorzeniach zawartość azotu, siarki i składników mineralnych w skórze podlega wahanom, podobnie jak w warunkach prawidłowych. Stosunek siarki do azotu u tych chorych wahał się od 1 : 14,3 do 1 : 19,5. U jednej osoby łuski zebrane w trzech różnych okresach wykazywały odchylenia w stosunku od 1 : 14,5 do 1 : 15,3, u drugiej od 1 : 14,3 do 1 : 15,9. We wniosku ostatecznym autorowie dochodzą do przekonania, że nie stwierdzono wyraźnej różnicy w zawartości azotu i siarki między łuskami a naskórkiem prawidłowym.

Alfred E t t i n g e r.

Samuel MONASH. Granuloma annulare disseminatum. (Arch. of dermat. and syphil. 25/1. 1932).

Opis dwu typowych przypadków granuloma annulare z wykwitami na rękach, trwającymi od 3½ do 4 lat. W jednym z przypadków były dodatkowo rozrzucone grudki na pierśsiach, karku i przedramionach. Po dłuższym leczeniu rozmaitymi sposobami tych zmian, zjawily się na czole rumienie lekko naciezione, a w jednym z przypadków jeszcze pole rumieniowe na twarzy, niedaleko kąta ust. Na tych zmianach rumieniowatych nie obserwowano występowania zmian grudkowych, ani pierścieniowatych. Zmiany histologiczne w obu przypadkach polegały na obecności w corium przestrzeni, nie zawierających komórek i wykazujących zwyrodnienie ziarniste tkanki klejorodnej, która posiadała powinowactwo do barwników zasadowych, oraz nacieku, złożonego przeważnie z komórek mablonkowatych, nielicznych olbrzymich oraz limfocytów. Odczyn doskórny z 0.0001 gr. alttuberkuliny był dodatni w obu przypadkach, a podskórny z 0.000001 gr. dał w jednym przypadku wynik dodatni, a w drugim ujemny. Szczepienia świnek morskich ujemne, zarówno jak i badania ma obecność prątków w skrawkach. Autor tłumaczy, że rozszanie się wykwitów było spowodowane bądź to zmniejszoną odpornością ustroju względem zarzaka wywołującego, czy jego toksyn, lub zwiększonym uczuleniem skóry wobec tych samych czynników.

Alfred E t t i n g e r.

F. RONCHESE. Dermatitis exfoliativa, żółtaczką i melanoderma po użyciu neoarsphenaminy. (Arch. of dermat. and syphil. 25/1. 1932).

Chora lat 38 zgłosiła się z wysypką ogólną i odczynnem W a s s e r m a n n a + + + +. Zastosowano dożylnie neoarsphenaminę co drugi dzień po 0,3, tak, że w ciągu 16 dni chora otrzymała 2,4 gram. poczem dziewiąte wlewanie 0,3 po pięciu dniach i dziesiąte po jeszcze siedmiu dniach przerwy. W dwie godziny po tem ostatnim wlewaniu swędzenie i zaczerwienienie dłoni i podszew. Stopniowo swędzenie i zaczerwienienie rozszerzyło się na całą skórę, jednocześnie wystąpiły wymioty. Białkówki i dolna powierzchnia języka miały zabarwienie lekko żółtaczkowe. Na trzeci dzień po wlewaniu cała skóra była żółta, nakrapiana czerwono, sącząca i obrzękła. Niektóre pola żółte miały pośrodku plamy pigmentowane, które odpowiadały miejscom, uprzednio zajęтым przez zmiany specyficzne. Brzeg wątroby był na cztery palce poniżej łuku żebrowego, śledziona macalna, miękka i bolesna, sięgała dołnym brzegiem linii, przechodzącej przez pępek. Mocz był ciemny o ciężarze gatunkowym 1028 i zawierał żółć. Chorą leczono w zwykły sposób tiosiarczanem sodu i dwoma wlewaniem po 500 cm³ soli fizjologicznej. W miesiąc później hiperpigmentacja zajmowała całą powierzchnię skóry z wyjątkiem miejsc, gdzie uprzednio były wykwity kiłowe. Te ostatnie były zabarwione prawidłowo, tylko niektóre z nich wykazywały plamy barwnikowe pośrodku wykwitów. Odczyny doskórne, dokonywane z różnymi stężeniami neoarsphenaminy, dawały bardzo słabe wyniki. W preparatach histologicznych stwierdzono bardzo niejednakowe rozłożenie barwnika w różnych miejscach: w niektórych okolicach warstwy podstawowej był on obecny w dużej ilości, w innych brakowało go zupełnie. Mała ilość barwnika była rozszana w górnych częściach brodawek, a nieliczne ziarenka w środkowej części skóry właściwej, przeważnie dokoła naczyń. Autor tłumaczy rozłożenie barwnika tem, że w miejscach, zajętych uprzednio przez osutkę, zostały uszkodzone naczynia, przytacza przytem jeszcze pogląd E h r m a n n a i W e r t h e i m a, według których komórki barwnikotwórcze warstwy podstawowej naskórka ulegają zahamowaniu w swej czynności przez zmiany, spowodowane obecnością krętków błędnych.

Alfred E t t i n g e r.

Oceny książek

Prof. Dr. Hans RUNGE. **Krwawienia i upławy.** Przetłumaczył Dr. Med. Jerzy K i p m a n. Z przedmową do wydania oryginalnego prof. Dra Roberta S c h r ö d e r a i przedmową do wydania polskiego Doc. U. W. Dra Henryka G r o m a d z k i e g o. Nakładem Warszawskiej Agencji Wydawniczej „Delta”, 1933.

Autor omawia dwa objawy, najczęściej spotykane w praktyce ginekologa, a mianowicie — krwawienia i upławy. W uwagach fizjologicznych, poświęconych krwawieniom, Runge przytacza kliniczne i laboratoryjne badania, które dały nam podstawy do zrozumienia wielopostaciowości krwawień macicznych. W następnych rozdziałach opisane są nieprawidłowości miesiączkowania (zbyt obfite, zbyt częste i zbyt rzadkie, krwawienia okresowe), nietypowe stałe krwawienia, wreszcie krwawienia, zależne od *endometritis post abortum*, mięśniaków podśluzowych, polipów, raka macicy, guzów jajnikowych, skazy krwotocznej i t. d. Bardzo szczegółowo w każdym rozdziale omówiona jest terapia z uwzględnieniem preparatów hormonalnych. W drugiej części książki, poświęconej upławom, Runge odróżnia upławy przedsiónekowe, pochwowe, szyjowe i pochodzące z jamy macicy, opisując ich patogenezę i leczenie. Ze względu na jasny i przystępny wykład, zasobny w najbardziej współczesny materiał dowodowy, książka autora oddać może przysługę nie tylko specjalistom - ginekologom, ale i lekarzom - praktykom. Tomasz, Dr. K i p m a n, wywiązał się ze swego zadania znakomicie.

Zygmunt E n d e l m a n.

Prof. A. FRAENKEL. **Der Weg zur rationellen Therapie.** G.Thieme. Lipsk, 1933.

Każdy panujący w danym okresie czasu kierunek naukowy nazywamy racjonalnym, czy to będzie hipoteza olśniewająca, czy teoria, oparta na mniej lub więcej dokładnie sprostowanych faktach, czy wreszcie rozumowanie, wynikające z pracy doświadczałnej. W historii medycyny lepiej byłoby unikać tak daleko idących określeń, zwłaszcza w części terapeutycznej naszej nauki, albowiem do rzadkości należą epoki, przekraczające kilka lat dziesiątków. Oczywiście, w danej chwili musi się nam ten, a nie inny kierunek naukowy wydawać racjonalnym, w przeciwnym bowiem razie wyrzeklibyśmy go się i szukalibyśmy prawdy na innej drodze. Tyle tylko wiemy, jak dotychczas, napewno, że wyłącznie metoda rozumowania empirycznego daje wyniki jako tako pewne, których trzymamy się oburącz, póki nam ich nie wytrąci odkrycie nowe, obejmujące większą liczbę faktów przedtem niezrozumiałych lub zgoła dla umysłu naszego nieprzystępnych. Ocenic należyte prawdę słów powyższych w stanie jest ten tylko, komu nie są obce szczegóły i postępy historyczne nauki. To też jest rzeczą nieco śmiałą, zwłaszcza, gdy najgłębsze od przeszło stulecia zachodzą przeobrażenia w naszych poglądach na istotę zjawisk przyrodniczych, fizyczno-chemicznych, chcieć oprzeć już nie tylko biologię, lecz w szczególności terapię na rozumowaniach czysto matematycznych. Jedynie teoria prawdopodobieństwa, nauka najmniejszych kwadratów daje się niejednokrotnie stosować w medycynie. Poza nią żadna część analizy matematycznej z powodzeniem nie weszła w skład zajmującego nas przedmiotu. Poinimo to wszakże i los i rozumowanie każą nam podążać za matematyką, fizyką i chemią. Wszelkie odmiany nauki, opartej na poglądach witalistycznych, do dnia dzisiejszego większych korzyści nie przyniosły medycynie. Tem chyba tłumaczyć sobie należy, że zbiór wykładów, wydanych przez prof. F r a e n k l a z Heidelberga z tą myślą przewodnią był podjęty. Atoli odrazu dodać musimy, że poza wykładem wstępnym tego autora oraz

następnym M a r t i n i e g o (Bonn) o rozważaniach krytycznych, dotyczących klinicznego badania leków, w następnych wracamy do sposobu dotychczasowego rozumowania, zyskując jednakże tyle, że pomysły autorów dają bodźce do rozważań dla myślącego lekarza nieraz bardzo głębokich. Mamy tu więc dwa wykłady o rterci, jako środka moczo-pędnym (H e u b n e r a i S i e b e e k a), dwa o leczeniu przetworami napastrnicy (S t r a u b a i F r a e n k l a), dwa o działaniu insuliny (S t a u b a i W e i c k e r a), dalej cztery o farmakologii tyroksyny, następnie kilka wykładów o salwarsanie i dagnostyce serologicznej syfilisu, wreszcie o podstawach leczniczych terapii witaminowej i o leczeniu wątrobowym. Rozbiór dokładny tych wykładów nie nadaje się do działu niniejszego. Musimy przeto poprzestać na tej zmianie ogólnej, nie wymieniając nawet nazwisk wszystkich autorów, którzy udział wzięli w opracowaniu niniejszego, bądźco bądź bardzo interesującego tomu. Wydawcy, profesorowi A. F r a e n k l o w i należy się prawdziwa i głęboka podzięką za umiejętne zestawienie tematów oraz ich ogólne zredagowanie.

M. F.

Prof. SCHEDE. **Hygiene des Fusses.** (Georg Thieme Verlag. Lipsk, 1933).

Praca ta, pod względem objętości szczupła, ale treściwa i dość wyczerpująca, w pierwszej części zajmuje się teoretyczną podstawą higieny stopy, to jest jej fizjologią i patologią. Autor stara się rozwickać klasyczną „trias” statycznie chorej stopy: 1) płaska stopa, 2) obrzęki i żyłaki, 3) *arthritis deformans*, które wzajemnie się komplikują, tworząc *circulus vitiosus* u osobników koło czterdziestki, a więc w sile wieku. Wprowadza pojęcie dotąd w literaturze nowe: starzenie się mięśni, jako „pendant” do starzenia się stawów P a y r a. Udowadnia, że higiena mięśni u osobników zagrożonych tym łańcuchem dolegliwości, jest tą najważniejszą dźwignią, za pomocą której rozwikłać można błędne koło. Zapadanie się sklepienia stopy, wzgl. jej pierwsze stadium, niedomoga mięśniowa stopy, powoduje u tych osobników bóle stale świdrujące; noga staje się ciężką, zimą jest zimna, latem gorąca; wkładka (naturalnie robiona wedle odlewu gipsowego) pomaga, ale nie usuwa całego cierpienia, bo nie leczy przyczynowo, nie zwalcza zaniku mięśni. Autor wyjaśnia, dlaczego dolegliwości tych nie spotykamy u dzikich ludów, chodzących boso po naturalnym nierównym terenie, podczas gdy ze wzrostem cywilizacji, z asfaltowaniami, twardymi chodnikami i niehigieniczną, grubą i sztywną podszewką — przychodzi do zaniku mięśni (głównie zginających palce). Jedyny ratunek widzi w racjonalnej gimnastyce tych mięśni, które nowoczesny bucik i gładki teren dużego miasta zrobiły niepotrzebnymi. Jednakże nie wszyscy mieszkańcy dużych miast cierpią na nogi, wzgl. na niedomogę mięśniową stóp. Chorzy tacy cierpią przeważnie na ogólną niedomogę mięśniową. Postawa ich stóp („Haltung”) odpowiada bardzo często luźnej postawie kręgosłupa i całego ciała. Do najważniejszych przyczyn tego stanu rzeczy zalicza autor przebyta w dzieciństwie angielską chorobę, która uszkadza cały kompleks ruchowy: mięśnie, więzadła i kości. Szkoła, jakoteż wadliwe i niedostateczne wychowanie fizyczne, nie pozwalają na ćwiczenie mięśni. To są najważniejsze przyczyny późniejszej niedomogi i starzenia się mięśni. Dlaczego płaska stopa w dzieciństwie i w młodości mało przeważnie wywołuje dolegliwości, w późniejszym natomiast wieku staje się przyczyną bólów i niemożności chodzenia i stania? Po długich latach przyłączają się z jednej strony wadliwe krążenie z obrzękami i żyłakami, a z drugiej „starzenie się” stawów stopy (*arthritis def.*). Krążenie krwi żyłnej jest wprost zależne od stanu mięśni nóg i brzucha. Niedomoga mięśniowa powoduje trudności w odprowadzaniu tej

krwi, następną obrzęki, które odczuwamy jako ciężkość nóg z tępyim bólem. Zastój żylny psuje już osłabione mięśnie, które stają się nieelastyczne. Te mięśnie nie są w stanie utrzymać sklepienia stopy, przychodzi do zapadania się sklepienia, do zniekształcenia. Dłużej trwające zniekształcenie powoduje szybkie zużycie się stawów, które dają znane nam bóle, towarzyszące zawsze *arthritis deformans*. W drugiej części autor wyciąga wnioski z dotychczasowych rozważań. Omawia szczegółowo higienę stopy zależnie od wieku. A więc dzieci powinny dużo biegać i skakać, możliwie często chodzić bosą, a jeśli to nie jest możliwe, to przynajmniej w sandałkach, które nie zakrywają palców; podszwa powinna być miękka (funkcja mięśni zginających palce). Walka przeciw krzywicy. Wszystkie skrzywienia pokrzywicy,

które do wieku szkolnego nie dały się konserwatywnie usunąć, należy operować. Zabieg taki w tym wieku jest dość prosty w porównaniu z takim samym zabiegiem u dorosłych. Omawia następnie kwestję wkładek; fabryczne, nierobione wedle odlewu gipsowego są zawsze szkodliwe, więcej szkodzą, niż pomagają. Obszernie omówiona jest szkoła z jej szkodami, wynikającymi a zaniedbania strony fizycznej w wychowaniu, podany jest szereg reform, skierowanych pod adresem władz szkolnych, rodziców i lekarzy szkolnych. Bardzo obszerna tabela ćwiczeń gimnastycznych, gier i sportów opracowana została oddzielnie dla dzieci dorosłych. Terapię dorosłych omawia autor pobieżnie, rezerwując tę dziedzinę dla lekarza specjalisty.

S. S c h m o r a k.

Wskazówki praktyczne

G. H a s e l h o r s t poleca *kolposkopję* H i n s e l m a n n a do wczesnego rozpoznawania *rozpoczynającego się raka części pochwowej macicy*. (Monatsschr. Geburtsh. T. 101. Z. 3).

— o —

G. J. H a l l leczy z powodzeniem *brak miesiączki, skąpe miesiączkowanie i bolesne perjury* za pomocą *hormonu płciowego „Progynon”*. Stosuje się drażetki lub zastrzykiwania. We wszystkich przypadkach osiągał wynik dodatni, zwłaszcza wybitne było działanie na zaburzenia, związane z przekwitaniem. (Amer. med. New Series, T. 27. N. 28).

W e i c h a r d t sporządził *płyn jałowy do wlewań*, który ma w zupełności zastępować przetaczanie krwi i czyni je zbytecznym. Jest to płyn izotoniczny, jałowy, nie pająący się w ampulkach. (Der Chirurg. Nr. 21).

— o —

W *zapaleniu mózgu po chorobach zakaźnych u dzieci i po szczepieniu ospy* poleca R u p i l i u s *zastrzykiwanie krwi rodziców lub surowicy świeżo szczepionych*.

— o —

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie łącznie z Radą Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz.

Posiedzenie z dnia 31. maja 1932 r.

Początek o godzinie 20-ej.

Obecnych członków Towarzystwa 99, wprowadzonych gości 54.

1. Kol. Prezes wita (w języku francuskim) prof. R e g a u d — dyrektora Instytutu Radowego Uniwersytetu Paryskiego (streszczenie własne).

Magnificence Cher Confrere et Maitre, Mesdames, Messieurs!

J'ai l'honneur de Vous saluer parmi nous et de Vous souhaiter la bienvenue au nom de la Faculté Médicale de l'Université et de la Société Médicale de Varsovie.

Cher Confrère, Vous n'êtes pas un étranger pour nous. Nous savons que vous avez fait sortir la radiothérapie de la période d'empirisme et de casuistique, en lui donnant les bases biologiques et expérimentales. Ayant trouvé la limite biologique du dosage des rayonnements dans le traitement des tumeurs vous avez posé les fondements de la radiothérapie moderne et scientifique et vous avez créé l'école de radiophysologie.

Mon cher et ancien élève, Mr F Ł u k a s z c z y k, le distingué Directeur de notre jeune Institut de Radium qui a achevé sa préparation scientifique dans votre Institut modèle à Paris, continuera certainement ici la tradition, acquise chez vous. Ainsi la jeune science de radiologie servira, comme tant d'autres choses, à resserrer les liens, qui unissent la pensée polonaise à celle de la France.

Nous sommes heureux de vous recevoir non seulement à cause de vos mérites scientifiques. Vous êtes aussi pour nous le représentant de la pensée française, merveilleuse de précision et de clarté, de cette pensée, qui a donné au monde D e s c a r t e s et P a s c a l, P a s t e u r et Claude B e r n a r d et tant d'autres, parmi eux Pierre C u r i e, disparu trop tôt, dont le nom ne doit pas être absent de notre séance

d'aujourd'hui. Nous voyons en vous non seulement un savant, mais aussi un français, représentant du peuple qui joint toutes les qualités de la pensée latine à l'esprit de sacrifice, d'endurance et d'énergie, et dont la dignité, le calme, la pleine maturité ont été admirés par le monde entier durant ces derniers jours, si douloureux pour votre patrie.

Nous vous accueillons dans un cadre bien modeste. Pourtant comme les choses en disent parfois plus long que les paroles, ces murailles et ces vieux portraits vous diront que cette maison a abrité depuis un siècle des générations de médecins. C'est ici, que dans le temps où les Hautes Ecoles polonaises étaient supprimées et non seulement la pensée nationale mais aussi la pensée scientifique était sans gîte, se réunissaient les médecins polonais pour discuter les questions du métier, pour continuer la tradition scientifique de la médecine polonaise, enfin pour transmettre les idées de nos maîtres de Ś n i a d e c k i, de C h a ł u b i Ń s k i, de M i a n o w s k i, de N e n c k i, de D u n i n et bien d'autres. Grâce à l'endurance nationale, mais grâce aussi au travail de ses hommes illustres et de tant d'autres vies anonymes sacrifiées à la patrie, nous pouvons nous recevoir dans un vieux cadre, mais qui, comme la Pologne entière, est animée aujourd'hui d'une sève toute nouvelle. Nous continuons ainsi dans notre domaine médical, la tradition scientifique de nos ancêtres, qui est aussi celle de l'amitié avec la France. Au nom de cette tradition, au nom de cette amitié, soyez encore une fois le bienvenu. Monsieur.

Veillez maintenant faire Votre exposé.

2. Prof. R e g a u d wygłosił odczyt p. t. „*Development et perspectives des techniques actuelles de la curietherapie pour le traitement des tumeurs malignes*” (streszczenia nie nadesłano).

II cz. Nadzwyczajne Walne Zebranie.

Obecnych członków Tow. 95.

Porządek obrad:

1. Sprawa zapisu ś. p. Dra med. J a n a S ę d z i a k a.

2. Sprawa funduszu stypendjalnego im. s. p. Prof. Dra med. Br. S a w i c k i e g o.

3. Wybór p. Marji S k ł o d o w s k i e j - C u r i e na członka honorowego Towarzystwa.

4. Wybór Sekretarza stałego.

Punkty 3 i 4 przyjęto przez akklamację.

Co do p. 2-go kol. Prezes komunikuje, że zgodnie z decyzją ostatniego zebrania administracyjnego (z dn. 29.XII. 1931 r.) stypendja z tego funduszu miały być udzielane dopiero wówczas, gdy wzrosnie on do 15 t. zł. Ponieważ z powodu panujących koniunktur jest to obecnie nieaktualne, kol. Prezes prosi zebranie o reasumpcję poprzedniej uchwały, do czego zebranie przychyli się.

4) Kol. Prezes komunikuje, że komisja wybrana celem przedstawienia kandydata na Sekretarza Stałego wysunęła kandydatury prof. Antoniego L e ś n i o w s k i e g o i Ludwika D y d y Ń s k i e g o.

Wyniki głosowania (skrutatorzy kol. Z. M i c h a ł s k i i J. J u r k o w s k i).

Kol. L e ś n i o w s k i — 56 głosów,

„ D y d y Ń s k i — 25 głosów,

„ Ł a p i Ń s k i — 9 głosów,

„ O r ł o w s k i — 1 głos.

Pustych kartek oddano 4.

Sekretarzem Stałym został obrany kol. Antoni L e ś n i o w s k i.

Posiedzenie zamknięto o godz. 21.55.

Zastępca Sekretarz Dorocznego:

M. K r u s z ó w n a.

Prezes:

Witold O r ł o w s k i.

Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

159 posiedzenie kliniczne z dn. 22.XI.1932.

A. P o k a z y. I. H. H i g i e r. *Rzadki przypadek pyknolepsji* (streszczenie własne).

11 letni chłopiec bez dokładnej anamnezy rodzinnej ma blisko od 2 lat swoiste napady „petit mal” bez drgawek, z utratą przytomności kilkusekundową do kilkuminutowej, z nagłym budzeniem się, bez bólow głowy, lecz z amnezją poprzedową. We śnie napadów nie obserwowano. Pierwszy w życiu napad i następne, powtarzające się nieraz kilkanaście razy dziennie, występowały zawsze bez powodu. Objawów organicznych nie stwierdzono. Inteligencja, obowiązkowość, pilność i zdolności wyżej normy. Zarówno kary ze strony domu i szkoły, jak również środki przeciwpadaczkowe pozostawały bez wpływu. Wyłączając zwykłą „absence épileptique”, referent rozpoznaje postać chorobową, znaną pod nazwą dziecięcej pyknolepsji czyli „częstotliwych, drobnych napadów padaczkowych F r i e d m a n n a”. Dziecko wśród najlepszej zabawy, podczas pracy, rozmowy, iżnienia staje jakby piorunem rażone, twarz lekko blednie lub czerwieni się, oczy stają w ślup; po kilku lub kilkudziesięciu sekundach wszystko wraca do normy, dziecko świeże i wesołe wraca do przerwanego zajęcia, pamiętając swój napad, który robi wrażenie częściowej przerwy pamięci, zeszytywnienia psychicznego. Napady powtarzają się nieregularnie po kilka do kilkuset razy na dobę, rzadko występują we śnie, nigdy nie prowadzą do padania lub kaleczenia się. Około 12 — 15 roku życia napady znikają stopniowo, nie zostawiając uposledzenia intelektu. Decydują na ogół o wyodrębnieniu tego etjologicznie ciemnego cierpienia w nerwicę samodzielną, napady nader częste, krótkotrwałe, uporczywe, stereotypowe, przypominające przelotny sen lub drzemkę z zaburzeniem ruchów dowolnych, czynności duchowych, niepełne zaćmienie świadomości, zachowanie inteligencji, bezskuteczność bromu i luminalu, brak „habitus hysterici” lub „epileptici”, który tak łatwo u dzieci daje się rozpoznać. Przysądca należy, że obok pyknolepsji, spadającej na dziecko bez żadnego powodu, istnieje postać reaktywna (*epilepsia affectiva*), zależna od czynnika zewnętrznego. Dawne uśłowienia wielu autorów połączenia choroby G e t t e a u, czyli narkolepsji, z pyknolepsją F r i e d m a n n a tracą adherentów: są to dwie postaci, chwilkami podobne do siebie, ale bynajmniej nie identyczne. W narkolepsji, spotykanej przeważnie u dorosłych, przeważa element sam i zmęczenia patologicznego ze zwiotczeniem mięśni; schorzenie to, prawdopodobnie organiczne, nie daje tak pomyślnego rokowania, jak pyknolepsja dziecięca. W bliskim pokrewieństwie znajduje się rozległa grupa t. zw. omdleń i stanów do omdleń podobnych („accès syncopoides”), przeważnie spotykanych wśród młodzieży neuropatycznej.

W dyskusji M a c k i e w i c z radzi zastosować naswietlanie R o e n t g e n e m w celach leczniczych.

Z. B y c h o w s k i nie zgadza się z poglądem referenta, że pyknolepsja nie przekształca się w epilepsję; zna przypadek pyknolepsji, gdzie po wielu latach rozwinął się obraz ciężkiej epilepsji; zapytuje, czy badano zmiany pobudliwości elektrycznej, stwierdzone w pyknolepsji przez M a n n a.

W e i n t a l zwraca uwagę na objaw M u c h a, występujący przy zastosowaniu adrenaliny na słuzówkę dolnej nosowej; być może w ten sposób wykrytoby związek pyknolepsji z epilepsją.

H i g i e r zwraca uwagę na fakt, że pyknolepsja ginie w okresie dojrzewania płciowego.

2) H. H i g i e r. *Rzadka postać Heine-Medina z porażeniem mięśni unoszących tułów* (streszczenie własne).

U 2½-letniego dziecka choroba zaczęła się przed 10 tygodniami od 2-dniowej gorączki — 37°C z bólami, przeczulicą całego ciała i zaczerwienieniem gardzieli, rozpoznaniem przez pediatrę jako angina. Późniejsze narzekania na ból jednej nóżki skierowały uwagę chirurga na stronę sprawy gościcowej. W 3-im tygodniu choroby z powodu niezgrabności w ruchach, zwłaszcza wielce utrudnionego unoszenia się z pozycji leżącej, dziecko dostało się w ręce referenta, który rozpoznął nietypową postać choroby H e i n e - M e d i n a. Przypadków takich, zwłaszcza podczas epidemii *poliomyelitis*, nie należy przeoczyć. Minimalne osłabienie siły grubej jednej kończyny dolnej obok braku odruchu kolanowego i brzuszno-tyjże strony wystarczyły do rozpoznania i umiejscowienia choroby organicznej. Najciekawsze w tym przypadku jest przeoczenie przez kilku lekarzy niemożności unoszenia się dziecka z pozycji leżącej, przewracania się z boku na bok, unoszenia tułowia — słowem, zlekceważenie zupełnego porażenia pewnej grupy mięśni, wprawdzie bardzo rzadko dotkniętej w przebiegu choroby H e i n e - M e d i n a. Porażeniu w danym przypadku uległy mięśnie: brzuszne (prosty, skośny i wewnętrzny), *ilio-pectus sin* oraz *m. erector trunci*.

Ognisko zapalne w rdzeniu obejmuje obustronne rogi przednie ograniczając grzbietowo-łędźwiowego (od D₈ do L₁), głównie opuszczając się po stronie lewej rdzenia. Gorączka, bóle ogólne, przeczulica ciała, obfite poty i zaczerwienienie gardła w czasie epidemii H e i n e - M e d i n a winny kierować uwagę lekarza w stronę istoty szarej rdzenia.

W dyskusji Z. B y c h o w s k i zwraca uwagę, że tego rodzaju przypadki są znane; u nas Ł y s k a w i Ń s k i opisał chorobę H e i n e - M e d i n a z porażeniem mięśnia poprzecznego brzucha.

B. O d c z y t. R. B o r n s t e i n (Łódź). *Interferometria w „thyreotoxicosis”* (streszczenie własne).

W r. 1907 stwierdzono, iż surowica zwierzęcia po uprzednim wstrzyknięciu białka podskórnie nabiera własności rozkładania tegoż białka. W 1927 r. udało się A b d e r h a l d e n o w i wyodrębnić z krwi oraz płynu mózgowo-rdzeniowego ciała, powodujące ów rozkład. Dalsze badania określiły charakter tych ciał jako fermentów. Opierając się na powyższych danych, A b d e r h a l d e n stwierdził rozkład białka łożyska przez surowicę ciężarnych. W ten sposób powstała reakcja, jego imieniem nazwana. Paul H i r s c h znalazł fermenty, rozkładające wyciąg tarczycy, przysadki mózgowej i innych gruczołów u chorych z wadliwą czynnością gruczołów dokrewnych. Przed kilkoma laty udało się Z i m m e r o w i i L e m l o w i stwierdzić obecność fermentów, rozkładających wyciągi gruczołów u ludzi zdrowych. Autorzy powyżsi określili nawet w liczbach wzajemny stosunek fermentów gruczołowych. Badania dalsze prowadzone są w kierunku określenia liczbowo fermentów w tych lub innych schorzeniach. Zadaniem pracy referenta było określenie przy pomocy interferometru krzywej gruczołowej (wzajemnego stosunku fermentów przysadki mózgowej, tarczycy, grasicy, jajników i nadnerczy) w tyreotoksykozach na materiale 25 chorych. Chodziło o przekonanie się, czy zmiany, zachodzące we wczesnych okresach nadczyńności tarczycy, dają się uchwycić przy pomocy krzywej interferometrycznej; a jeśli tak, czy krzywa ta jest dla tyreotoksykoz charakterystyczna i czy może być pomocna przy stawianiu rozpoznania. Okazało się, iż stosunek tarczycy : grasicy jest przeciętnie większy niż 2, podczas gdy w normie nie przekracza 1,42. Zmianom *in plus* ulegają również fermenty dla przysadki mózgowej oraz jajników, ale rzadziej i nie z taką regularnością, jak dla tarczycy i grasicy.

W dyskusji Z. B y c h o w s k i zwraca uwagę, że dawniej leczono chorobę B a s e d o w a grasicą, lecz bez wyniku; podkreśla, że choroba B a s e d o w a b. rzadko występuje u dzieci, co wskazuje na pewien antagonizm między

grasicą i tarczycą; zapytuje czy przy badaniach uwzględniony został środkowy płat przysadki.

H i g i e r uważa, że badania referenta dowiodły, że *thyrcototoxicosis* jest schorzeniem wielogruczołowem, na co od dawna kładła nacisk głównie szkoła francuska. Brak wyniku przy stosowaniu preparatów grasicy w leczeniu choroby B a s e d o w a, być może, zależy od niedoskonałości preparatów.

M e s i s zapytuje o wiek i płeć badanych chorych.

B o r n s t e i n odpowiada, że materiał jest wyłącznie kobiecy. Wiek od 18 do 45 lat.

Jakób P e n s o n.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 25 listopada 1932 r. (Med. Klin. Nr. 48, 1932) mówił L. H o f b a u e r o *patogenezie rozedmy płuc*. Branie pod uwagę czynników może się znacznie przyczynić do rozwiązania zagadnienia patogenezy rozedmy płuc. Przede wszystkim przekonano się można, że wciąganie do płuc większej ilości powietrza bez odpowiedniego pogłębienia wydechu przyczynia się do przepełnienia płuc powietrzem. Dusznosc przy pracy (sport), duszność, występująca napadowo (niedomoga serca i t. d.), pozostawiają w płucach nieprawidłowo dużą ilość powietrza zalegającego, które dopiero w ciągu kilku dni zostaje wydalone; w ciągu tego czasu nawet podczas wydechu nie osiąga przepona swego normalnego położenia w spokoju. Jednocześnie rozszerza się klatka piersiowa. Wdechowe mięśnie pomocnicze powodują, że kształt klatki piersiowej zbliża się do kuli, i powstaje skrzywienie ku tyłowi kręgosłupa grzbietowego. Niedomoga serca u chorych z rozedmą jest wywołana przez nieprawidłowo niskie przysysanie przez zmienione płuca, które przedewszystkiem warunkuje dalszy prąd krwi żyłnej. U chorych z rozedmą, którzy dużo kaszlą, spostrzega się poduszkowate uwypuklenie się wierzchołków płucnych podczas kaszlu, gdyż mięsień szeroki szyi (*musculus platysma myoides*) jest u człowieka niedostatecznie rozwinięty, tak, że jest to miejsce najsłabszego oporu. Dalszym czynnikiem ważnym dla powstawania rozedmy jest skłonność mięśni oskrzeli do skurczów (J a g i ć), wskutek czego podczas napadów płuca jest rozdęte (S t o r m v a n L e e u w e n). U pewnej liczby chorych z rozedmą pomocnicze siły wdechowe są w stanie niedomogi, przedewszystkiem u osób z obwisłym brzuchem; osoby te, prócz opadnięcia trzew, wykazują niedomogę krążenia. Oddychanie z parciem osób kaszlących, podczas którego przepona jest ustawiona nisko, zaś zawartość jamy brzusznej pozostaje pod wysokim ciśnieniem, również wpływa szkodliwie na krążenie. Rozedma jest więc z jednej strony skutkiem nadmiernego wciągania

powietrza do płuc bez odpowiedniego pogłębienia wydechu, z drugiej zaś — następstwem wdechowej dysfunkcji, spowodowanej zarówno przez nadmierną czynność (u osób kaszlących), jak i przez niewystarczającą (opadnięcie trzew). Technika oddechowa posiada duże znaczenie w wielkiej liczbie przypadków dla powstania rozedmy. Dlatego też możliwe jest przyczynowe zapobieganie i leczenie rozedmy.

Na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego w Paryżu z dnia 1 grudnia 1932 r. (Rev. Neurolog. t. II, N. 6, 1932) J. L h e r m i t t e, J. d e M a s s a r y i R. A l b e s s a r pokazywali przypadek *prawostronnej płasawicy połowicznej po udarze mózgowym*. U 74-letniego chorego, który przebył przed 4 laty udar mózgowy, wystąpił w całkowicie czystej postaci zespół płasawicy, przytem obrazowi klinicznemu nie towarzyszyły żadne zaburzenia ze strony mowy, piramidowe, mózdkowe, czuciowe, ani psychiczne. Wszystkie te dziedziny były najzupełniej oszczędzone, nietknięte w swej czynności. Istniały tylko mimowolne i nieskojarzone ruchy całej prawej połowy ciała, co wysuwało na plan pierwszy zagadnienie rodzaju i umiejscowienia zmian. Prelegenci przypuszczają, że zmiany musiały się umiejscowić bądź w ciele prążkowanym (*corpus striatum*), bądź, co jest jeszcze prawdopodobniejsze, w okolicy podwzgórkowej (*regio subthalamica*), w jądrze czerwonym (*nucleus ruber*) lub w ciele L u y s a.

Na tem samym posiedzeniu (Rev. Neurolog. t. II, N. 6, 1932) J. L h e r m i t t e, J. B o l l a c k i D e l a b o s pokazywali *przypadek zespołu lejkowo-śródmózgowego*. U 42-letniego chorego stwierdzono zmiany w okolicy lejka (*infundibulum*) i śródmózgowia, o czem świadczyły zaburzenia wzrokowe (podwójne widzenie, niedowład czynności), nadmierna senność, poliurja, niemoc płciowa. O wiele trudniej było określić charakter cierpienia. Nie chodziło tutaj o nagminne lub inne zapalenie mózgu, gdyż ani uważne wywiady, ani wypytywanie żony chorego, kobiety inteligentnej, nie pozwoliły wykryć najmniejszego objawu, pozostającego w związku z tego rodzaju schorzeniem. Można było również odrzucić rozpoznanie przymiotu wrodzonego lub nabytego: zarówno krew, jak i płyn mózgoworodzeniowy wykazywały ujemny odczyn W a s s e r m a n n a, zaś płyn mózgoworodzeniowy nie wykazywał żadnych patologicznych odchyleń poza lekko zwiększoną zawartością białka (0,40). Pomimo braku zniekształceń podstawy czaszki oraz nieprawidłowych wapnień prelegenci myślą w tym przypadku o nowotworze niepowiększającym się lub rosnącym powoli, który rozwinął się na brzusznej ścianie komory trzeciej; być może, guz nosi charakter torbieli, której zmiany ciśnienia warunkują zmiany objawów.

Korespondencja

[Paryż w styczniu.

W tutejszym świecie lekarskim wybuchł głośny skandal z powodu ostatniego konkursu na internat w szpitalach paryskich. Skandal ten, w gruncie rzeczy podobny do szeregu innych skandalów, powstałych na tle konkursów, robi znów aktualną kwestję podłoża moralnego wszelkich konkursów i wysuwa konieczność ich gruntownej reorganizacji celem ratowania powagi świata lekarskiego.

Konkurs na stanowisko interna jest jednym z najtrudniejszych w karierze lekarza. Aby mieć prawo stawiania do tego konkursu kandydat musi odpowiadać następującym warunkom: posiadać kilka lat studjów lekarskich; być w przeciągu dwóch lat ekstermem, przyczem stanowisko eksterna uzyskuje się również drogą konkursu. Tytuł interna szpitali paryskich posiadają wszyscy wielcy lekarze. Tak więc kandydaci do tego konkursu rekrutują się spośród elity lekarskiej. Podczas 4 lat trwania stage'u, na internach spoczywa całkowicie odpowiedzialność za leczenie chorych; oni to ustalają rokowanie, obowiązani są do wizyty porannej i drugiej, popołudniowej; mogą mieszkać w szpitalu i obowiązani są do jednego dyżuru nocnego tygodniowo. — W ten sposób zdobywają interni niezbędne doświadczenie lekarskie.

Sam konkurs jest bardzo trudny. Na około 800 kandydatów 250 utrzymuje się po egzaminach piśmiennych, zaś po

egzaminach ustnych zostaje przyjętych już tylko 80 kandydatów.

Do roku 1922 prace piśmienne były odczytywane przez samego kandydata. Ponieważ jednak zdarzało się, że niektórzy kandydaci byli specjalnie poleceni członkom „jury”, zadecydowano, że prace te mają być anonimowe.

Zasady tej anonimowości zostały ustalone przez dość skomplikowane przepisy, których podstawa jest następująca: nie tylko nazwisko kandydata nie może być ujawnione, nie tylko wszelkie znaki rozpoznawcze są jaknajsurowiej zabronione, ale nawet wypracowania nie powinny w żadnym wypadku dostać się do rąk sędziego, nie powinny być nawet przez niego widziane: przy stole, sąsiadującym ze stołem „jury” lektorowie, rekrutujący się z pośród czynnych internów, odczytują wypracowania pod kontrolą asesora, przedstawiciela Wydziału Dobroczynności Publicznej. W ten sposób wszelkie nadużycie jest niemożliwe, przynajmniej w zasadzie. W ciągu kilku pierwszych lat konkursy odbywały się normalnie. Następnie niektórzy kandydaci, zaprzyjaźnieni z lektorami, prosili ich o zakomunikowanie im otrzymanych stopni, co było możliwe przy rozpoznaniu charakteru pisma. Oto pierwsze naruszenie przepisów, nie posiadające zresztą większego znaczenia. — Lecz już w następnych latach odważniejsi kandydaci zaopatrywali swoje wypracowania w znaki rozpoznawcze.

W roku bieżącym system znaków rozpoznawczych tak się rozpowszechnił, że liczba ich, zgodnie z przeprowadzonym śledztwem, wyniosła 104 na 620 oddanych prac. Używano w tym celu najróżnorodniejszych środków: jedni robili jakiś specjalny rysunek, inni używali różnorodnych atramentów, mimo formalnego zakazu w tym względzie; inni jeszcze zapisywali kolejno jedną stronę wzdłuż, a następną w poprzek, zastępowano kropki nad „i” kółeczkami i t. p. Wielu wypisywało jakieś dewisy lub poprostu swoje nazwiska, które następnie zostawały wykreślone.

Sformułowano również wiele innych zarzutów, znacznie poważniejszej natury: kilku członków „jury” w celu faworyzowania swoich kandydatów, zażądało od lektorów ujawnienia sobie wypracowań tych kandydatów, aby móc podwyższyć im stopnie. Niektórzy spośród lektorów mieli jakoby zmienić nawet teksty, dodając lub skreślając, zależnie od potrzeby, całe ustępy, celem usunięcia błędów lub uzupełnienia braków.

Podawano także, że wybór tematów wypracowań piśmiennych nie był również dokonany w sposób zgodny z przepisami, i że w szczególności godne pożałowania niedyskrecje pozwoliły niektórym kandydatom już w przeddzień konkursu znać treść różnych pytań, które miały być im zadane.

Skandal był tak wielki, że jeszcze przed ogłoszeniem rezultatów piśmiennego egzaminu do Wydziału Dobr. Publ. został złożony oficjalny protest, podpisany przez wielką liczbę kandydatów. Mimo to rezultaty egzaminów piśmiennych zostały ogłoszone przed rozpoczęciem śledztwa.

Wydział Dobr. Publ. znalazł się wobec trzech grup, podejrzanych o popełnianie nadużyć: kandydatów, lektorów i wreszcie członków „jury”.

Co się tyczy kandydatów, wystarczyło przejrzeć ich wypracowania. Lektorowie byli wzywani osobiście celem wytłumaczenia się z postawionych im zarzutów. W tym właśnie momencie jedna z lektorek odebrała sobie życie. Wówczas poczęto na ten temat rozpuszczać rozmaite pogłoski, z których jedna żadna nie była uzasadniona.

Prawdą jest natomiast, iż lektorka ta popełniła samobójstwo po półtoragodzinnym przesłuchaniu jej przez inspektora Wydziału Dobroczytności Publicznej.

Są rozmaite rodzaje winnych, lecz są również i rozmaite stopnie samej winy.

Kandydaci, którzy zaopatrywali swoje wypracowania w znaki rozpoznawcze, popełnili, oczywiście, nadużycie. Lecz czy próbowałiby oni dać się poznać, gdyby imie wiedzieli, że Wydział Dobroczytności Publicznej będzie na to patrzył przez palce, i że niektórzy członkowie „jury” będą gotowi ich podtrzymać mimo zasady anonimowości? Wielu spośród kandydatów, ludzi młodych, widzi przed sobą jeden cel: „zdać”. Czyż nie jest zbyt wielką pokusą pozwolić mu, dzięki niedostatecznie ścisłemu regulaminowi, popełniać nadużycia?

Lektorowie nie są zaprzysiężeni. Członkowie „jury” obarczają ich obowiązkiem zakwalifikowania pewnej liczby wypracowań. Oni również, oczywiście, ponoszą winę, nie umiając oprzeć się tym żądaniom tem bardziej, że niektórzy z nich, jak się zdaje, przebrali miarę. Lecz pomiędzy kandydatami mają oni kolegów, przyjaciół, krewnych, i jeżeli mogą skorzystać z okazji, aby im też oddać przysługę... Czy nie jest to również zbyt wielką pokusą?

Co się tyczy członków „jury” — kwestja staje się o wiele bardziej poważna. Ich obowiązkiem jest być sędziami, a więc stworzyć sobie opinię jak majdalej posuniętej bezstronności. Cała odpowiedzialność za prawidłowy przebieg konkursu spoczywa na nich. Jakiegoż więc być zdania o sędziach, którzy, zapominając zupełnie o godności zawodowej, nie tylko tolerują nadużycia, lecz nawet je podsycają, korzystając z nietykalości, jaką im zapewnia zasada anonimowości?

Jakie środki zaradcze należy przedsięwziąć, aby zapobiec takiemu stanowi rzeczy? Jaki będzie los ostatniego konkursu? — oto kwestje, które od dłuższego czasu bada Wydział Dobroczytności Publicznej. Przypuszczamy jednak, że dziś już można stwierdzić, iż ostatni konkurs internów zostanie unieważniony.

W tej chwili dowiadujemy się o unieważnieniu konkursu internów. Motywy tej decyzji nie są nam jeszcze znane. Zakomunikuję je w dniach najbliższych.

S. J u r m a n d.

O d c i n e k

Lekarze i naukowcy w Z.S.R.R.

Wrażenia z podróży naukowej.

Podał

S. MILLER (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 3).

Prelegenci wybierają się na nie, jak na plac boju, gdyż wiedzą, że takie jedno zebranie może niekiedy zdecydować o całej ich karierze. To też dyskusje nad zagadnieniami nawet zupełnie teoretycznymi są niezwykle namiętne, nikt nie przebiera w słowach; gdy ktoś mówi głupstwa lub uprawia zabieranie głosu w dyskusji jako sztukę dla sztuki, to może być pewny, że mu to powiedzą bez osłonek, nie bawiąc się w żadną kurtuazję. Nasza nadmierna tolerancja dla takich mówców nosi tam nazwę „zgniłego liberalizmu”. Czytałem po przyjeździe z Rosji sprawozdanie jednego lekarza z międzynarodowego zjazdu psychotechników w Moskwie. Lekarz ten był zdziwiony tonem, używanym w dyskusji przez delegatów sowieckich — podobno jeden

z profesorów francuskich uczył się tem bezpośrednio dotknięty i opuścił zebranie. Otóż na zebraniach międzynarodowych, ten ten jest bardziej jeszcze ostry, i, gdyby każdy postępował na nich tak, jak ów profesor, toby każde zebranie opuszczali wszyscy prelegenci.

W dyskusji nie szanuje się żadnych autorytetów... oprócz czterech, które znów są nietykalne. Są nimi: Marks, Engels, Lenin i Stalin. Ich słowa są święte — dowiedzenie w dyskusji, że jakaś teza nie zgadza się z tem, co oni powiedzieli, równa się wykazaniu błędności tej tezy.

Na tem tle występują niekiedy zabawne nieporozumienia. Opowiadano mi np. jak to jeden użył w swym referacie pewnego zdania, za które został bardzo ostro skrytykowany, i jaka wówczas powstała konsternacja wśród zebranych, gdy w odpowiedzi zawołał: „Pomiłujcie towarzysze — da wied' eto sam Lenin skazał!”*) i przytoczył odpowiednie źródło.

*) Wybaczcie towarzysze — ale przecież to sam Lenin powiedział.

Nic więc dziwnego, że, aby uniknąć takich nieporozumień, każdy szanujący się naukowiec musi znać doskonale dzieła tych czterech autorów. Głoszona przez nich doktryna filozoficzna, t. zw. dialektyka materialistyczna, jest doktryną panującą w Rosji Sowieckiej. Wkracza ona we wszystkie dziedziny pracy naukowej. Nad tem, co jest dialektyczne, a co nie, pracują tam specjaliści, zgrupowani w t. zw. „Komakademji***) — do dzisiejszego dnia jednak nie mogą oni jeszcze dojść między sobą do porozumienia i poglądy ich ciągle się zmieniają. Dlatego panuje pod tym względem duże zamieszanie. Znamienne było odezwanie się na zebraniu jednego ze starych psychiatrów Leningradzkich, któremu zarzucono, że nie jest dialektykiem: „porozumcie się najpierw ze sobą, to wtedy może nim zostać”.

Nie wchodząc jednak w istotę dialektyki materialistycznej, której, z zalem muszę to przyznać, mimo starań w tym kierunku dobrze nie rozumiem, postaram się wyjaśnić, jakie są skutki jej zastosowania do pracy naukowej.

Jednym ze skutków jest ów talmudyzm, o którym wyżej wspominałem. Jest to niewątpliwie skutek ujemny, paralizujący do pewnego stopnia wolną myśl naukową. Jednak trzeba przyznać, że pożytek z walki o t. zw. myślenie dialektyczne jest może większy, niż szkoda jaką ona wyrządza. Zmusza ona bowiem do znacznie bardziej wszechstronnego opracowywania tematów naukowych, zmusza do ogromnej ostrożności przy ocenianiu wyników i przyjmowania zawsze pod uwagę momentów społecznych. Tym, którzy zbyt pohopnie tworzą różne teorie lub wyciągają ze swych doświadczeń zbyt daleko idące wnioski zarzucają, że są „mechanistami” albo „idealistami”. Są to „prawe” i „lewe” odchylenia od właściwej „linji”, którą jest dialektyka. Mimo, że jak już wspominałem, nie znam się na niej wiele, potrafiłem zawsze trafnie określić, do której z tych grup należy dane rozumowanie. Prostu, jeżeli było logiczne i wszystkie znane czynniki brało pod uwagę, nazywałem je dialektycznym, w innym wypadku określałem je jako mechanizm albo idealizm i, rzeczywiście, dziwnym trafem zawsze miałem rację. Raz z tego powodu miałem nieprzyjemną przygodę. W rozmowie z jednym z profesorów powiedziałem nawpół żartem, że moim zdaniem, jest on w swych poglądach mechanistą. Ku memu zdziwieniu obraził się na mnie. Żadne tłumaczenia, że nie chciałem tem nic złego powiedzieć, nie pomagały, i dopiero udobruchał się, gdy mu wyznałem, że sam jestem b. bliski solipsyzmu. Potem zrozumiałem, że „mechanista” to po naszymu „głupi”, a „solipsysta” to poprostu „idjota”. A jednak w tym wypadku miałem rację, gdyż, jak się później dowiedziałem, przed paru laty poglądy owego profesora były rzeczywiście uznane za mechanistyczne, i musiał on wówczas wskutek tego ustąpić z zajmowanego stanowiska.

Stanowiska profesorów i kierowników pracowni nie są w Rosji tak nietykalne, jak u nas, i wskutek tego sytuacja naukowców jest dosyć trudna. Są oni tam jakgdyby między Scyllą i Charybdą. Z jednej strony muszą się wykazać odpowie-

dnio produkcyjną pracą, z drugiej boją się publikować swoje prace, aby się nie narazić na zarzut „mechanizmu” lub „idealizmu”. Jedno i drugie może pociągnąć za sobą utratę stanowiska. Sytuacji takiej, choć rzeczywiście przykryj dla poszczególnych jednostek, nie można odmówić tego, że jest w pewnym sensie korzystna dla społeczeństwa, bowiem ta walka o byt stwarza pewien dobór naturalny naukowców.

Z resztą, istnieje w Rosji pewien zwyczaj, który sytuację tę czyni bardziej znośną, gdyż pozwala autorowi wycofać się z poprzednio powziętego stanowiska. Mówię tu o rewokacji. Co do niej, panują u nas zupełnie błędne poglądy. Uważamy mianowicie, że jest ona zawsze aktem, mającym na celu przypodobanie się władzy sowieckiej. Oczywiście, w wielu wypadkach jest to słuszne (karjerowiczów nie brak ani po tej, ani po tamtej stronie granicy), ale bardzo często rzecz się ma zupełnie odmiennie. W dyskusji, która rozwija się na temat opublikowanej pracy, autor dochodzi do przekonania, że rzeczywiście nie wziął pod uwagę wszystkich czynników, że zatem wnioski jego były błędne, albo też, że to, co kiedyś uważał za słuszne, z biegiem czasu okazało się fałszywe. Wówczas odwołuje swoje dawne poglądy, przyznaje, że nie rozumował wówczas dialektycznie, że był mechanistą i t.p. Dam przykład: jeden z psychiatrów ogłosił pracę na temat, o którym już mówiłem, mianowicie, na temat chorób psychicznych u „wydwiźnięć”. Doszedł w niej do przekonania, że system nadmiernej szybkiego kształcenia „wydwiźnięć” wywołuje wśród nich wiele przypadków zachorowań. Teza bezwzględnie słuszna. A dalej, że tem samym system ten jest szkodliwy ze względów społecznych. Otóż na ten temat rozwinęła się bardzo ostra dyskusja. Dowodzono autorowi, że, gdyby statystykę swoją przeprowadzał nie w szpitalach, ale na uczelniach, toby doszedł do innego wniosku. Bo jeżeli na 10 „wydwiźnięć”, dajmy na to, nawet 3 zachoruje, to dla społeczeństwa jest bardziej korzystne mieć 7 uczonych i 3 chorych, aniżeli 10 alfabetów — pastuchów. Mniejsza z tem, czy takie rozumowanie jest słuszne, czy nie — dość, że przekonało ono autora: ogłosił on uroczystą rewokację, w której uznał swe poglądy za „mieszewickie”. W przyszłości może przyjdzie ktoś, kto powie, że pierwsza „teza” był to „prawy ukłon”, następna „antyteza” to „lewackij zagib***)”, a że „synteza” jest pośrodku, gdyż dla społeczeństwa lepiej, zamiast 3 chorych i 7 uczonych, mieć 10 ludzi ze średnim wykształceniem, i dlatego należy ich uczyć, ale nie tak prędko. Oto mamy wzorek rozumowania dialektycznego. Aby się przekonać, gdzie tu jest prawda, trzeba sprawdzić, ile kosztuje społeczeństwo 3 chorych, ile daje korzyści 7 uczonych, a ile 10 ze średnim wykształceniem, trzeba prowadzić żmudne badania na uczelniach, w szpitalach, przy warsztatach pracy. Wymaga to współpracy całego szeregu ludzi — lekarzy, statystyków i ekonomistów. Zagadnienie okazuje się wcale nie tak proste jak się wydawało spoczątku.

Na tym przykładzie starałem się uzasadnić to, co poprzednio powiedziałem na korzyść diale-

***) Akademia komunistyczna.

*) popularne określenia prawych i lewych odchyleń od generalnej linji partji.

kyki, że zmusza ona do bardziej wszechstronnego opracowywania wniosków, a w gruncie wygląda na to, że nie jest niczem więcej, niż zwykłym logicznym rozumowaniem. Ten przykład posłuży nam również do zrozumienia organizacji pracy naukowej w Z.S.R.R., do której omówienia obecnie przechodzę.

* * *

Przedewszystkiem, pracownia naukowa w Z. S.R.R. nie jest oderwana od życia, wprost przeciwnie, z życiem społecznym ma ciągły i trwały kontakt, rozwiązuje przedewszystkiem problemy, które w danej chwili są dlań aktualne, jak się tam mówi, pracuje ona na zamówienie społeczne i tem samem daje ona swemu społeczeństwu korzyści bardziej doraźne niż u nas. Jeżeli, wyrażając się językiem handlowym, pracownie nasze pracują z długoterminowym kredytem, to w Rosji mają one zobowiązania krótkoterminowe, które muszą pokryć w odpowiednim czasie. O taki kredyt postarać się jest o wiele łatwiej, i tem się może tłumaczyć, że, gdy na całym świecie obecnie pracownie naukowe przeżywają kryzys i duszą się prosto z powodu braku gotówki, w Rosji zaopatrzone one są b. dobrze, pieniędzy mają, ile tylko zechcą, byle tylko potrafiły się wykazać, że dają odpowiednie korzyści, a nawet zyski. W związku z tem mówi się tam obecnie wiele o przejściu instytucji naukowych na t. zw. „hozaszczot“, czyli na kalkulację handlową, w której fundusze, otrzymywane na prace każdego zakładu i każdej pracującej w nim brygady, byłyby całkowicie pokrywane odpowiednią produkcją naukową tych instytucji. W tym celu zostają zawierane umowy pomiędzy instytutami naukowymi a odpowiednimi gałęziami przemysłu lub instytucjami społecznymi.

Dam kilka przykładów:

Oglądając po swoim przyjeździe do Rosji pracownie naukowe w Moskwie, uderzony byłem dziwnym zjawiskiem. Każdy pracownik naukowy, z którym zaczynałem rozmowę, pytał mnie, czy wiem, że oni już mają swój kauczuk. Przyczynę tej kauczukowej psychozy wyjaśniono mi wkrótce. Otóż silnie rozwinięty przemysł gumowy w Rosji potrzebował surowca, tymczasem drzewo kauczukowe nie rośnie w Rosji, i musiano surowiec sprowadzać za drogie dolary. Wówczas zjawilo się „zamówienie społeczne“, nad którem pracował szereg instytutów naukowych, badając różne rośliny na zawartość gumy. I oto nie długo przed moim przyjazdem sprawa została rozwiązana — znaleziono roślinę, bardzo w Rosji rozpowszechnioną, której zawartość kauczuku jest daleko większa, niż w drzewie kauczukowym. Widac, sprawa nie była prosta i każdemu z naukowców porządnie leżała na sercu, że tak się z każdym dzielili tą radosną nowiną.

Zwiedzając pracownię biologiczną przy „komakademji“ zdziwiony byłem, że cała niemal pracownia zajmowała się takim na pozór mało ważnym tematem, jak badanie wpływu różnych czynników na rozwój kurzych zarodków. — Okazało się, iż czyni to na zamówienie przemysłu jajcarskiego.

Murmańska Stacja Biologiczna, która bada zachowanie się ryb, pracuje na zamówienie przemysłu rybnego.

Wiemy wszyscy, że rok bieżący jest t. zw. rokiem polarnym, w którym szereg państw zorganizował ekspedycje w okolice arktyczne. Czy nie dziwi nas, że w tym roku (w którym Polska również wysłała ekspedycję na wyspy Niedźwiedzie) żadna z tych licznych ekspedycji naukowych nie kusi się o zdobycie samego bieguna, a wszystkie one zadawałają się badaniem tylko jego okolic. Stanie się to dla nas zrozumiałe, jeżeli sobie uprzytomnimy, że jednym z głównych kierowników tej akcji jest Rosjanin, prof. Samojłowicz. Zarzucenie flagi nad biegunem jest pięknym, ale w gruncie rzeczy mało produktywnym wyczynem. Samojłowicz pracuje na zamówienie społeczne i niema czasu na takie wyczyny. Jeżeli łamacze lodów „Krasin“ i „Małygin“ odkrywają teraz nowe lądy, jeżeli Rosjanie zakładają teraz obserwatoria na najdalej na północ położonych ziemiach, to mają na względzie cele, które mogą dać aktualne korzyści ich społeczeństwu. Chodzi tu o pewne badania meteorologiczne, które mają umożliwić o wiele dokładniejsze, niż dotychczas, przepowiednie pogody — a wiemy, jakie to ma znaczenie dla rolnictwa; chodzi o stałą obserwację ruchu lodów — co ma kolosalne znaczenie dla rybołówstwa; chodzi o utworzenie morskiej drogi komunikacyjnej ponad Syberją z Rosji Europejskiej do Ameryki, drogi, której nie przebył dotychczas w całości żaden okręt.

Plany naukowe w Rosji mają niekiedy gigantyczny rozmach, a zawsze się na nie znajdują pieniądze i to z tej prostej przyczyny, iż są rentowne.

Wszelkie badania masowe na ludziach i zwierzętach są w Rosji ogromnie ułatwione. Wielkie stadniny bydła są w rękach państwowych i tem samem są dostępne dla każdego badacza. Podobnie ma się sprawa z ludźmi. Pamiętam, jak na jednym zebraniu zwrócił się dyrektor Instytutu Eksperymentalnej Medycyny do jednego z pracowników, który powiedział, iż musi przeprowadzić badania na materiale ludzkim: „Potrzeba wam ludzi? Czy 1.000 wam wystarczy? Jutro zwrócicie się z moim listem do dyrekcji fabryki „Krasnyj Putiłowiec“. Tylko uważajcie, aby ich nie uszkodzić, bo każda para rąk do pracy jest dla nas cenna“. Swoją drogą ciekawe, a znamienne rozumowanie: „nie uszkodzić, bo ręce do pracy są cenne“. U nasby tego nikt tak nie sformułował — odwołałby się do zasad humanitaryzmu, a o rękach do pracy nie wspomniał, gdyż są one dla nas raczej niepotrzebnym balastem.

Ponieważ, jak już powiedziałem, praca naukowa w Z.S.R.R. jest ściśle związana z całym życiem społecznym tego państwa, ponieważ problemy, rozwiązywane w pracowniach naukowych, są podporządkowane nakazom chwili, przeto tem samem inicjatywa prywatna poszczególnych naukowców jest w bardzo znacznym stopniu ograniczona — w każdym poszczególnym wypadku musi ona szukać uzasadnienia w aktualnych potrzebach społeczeństwa. Wybór tematów jest zależny od decyzji ogólnego zebrania pracowników danej instytucji naukowej, przed którem inicjator danego tematu musi go obronić. Na decyzję wpływa tu również „jacjejka“ partyjna, zorganizowana przy pracowni. Prócz tego nad ogólnym kierunkiem

każdej placówki naukowej czuwa jej patronat, zorganizowany z pośród robotników określonej fabryki. Fabryka ta deleguje t. zw. „kontrolną brygadę“, sprawdzającą pracę instytucji, którą się opiekuje; brygada taka może zarządzić jej reorganizację, przeprowadzić „czystkę“ i t. d. Takie, zresztą, „patronaty“ fabryk dotyczą wszystkich instytucji w Z.S.R.R. — nietylko naukowych. Nawet taki Gosplan, instytucja równorzędna naszemu Ministerstwu, której zadaniem jest układanie planów gospodarczych, posiada jako „patrona“ fabrykę samolotów w Moskwie. Instytucje naukowe równorzędne, z racji odpowiednich umów, które ze sobą zawierają, również przysyłają wzajemnie do siebie brygady kontrolne i sprawdzają przebieg swoich prac.

Aby taka kontrola mogła być prowadzona, każda instytucja naukowa musi posiadać, na cały rok zgóry ułożony, szczegółowy plan pracy. Plan ten, będący częścią ułożonego w ogólnych zarysach planu pięcioletniego wchodzi w skład ogólnej „pięciolatki“ państwowej.

Oczywiście, musiano tu całkowicie zerwać z panującym u nas obyczajem trzymania w tajemnicy prac, będących na warsztacie, obyczajem uwarunkowanym konkurencją poszczególnych jednostek, pracujących na polu naukowym. Przyzwyczajony do naszych stosunków, byłem zdziwiony, gdy pierwszą czynnością kierownika każdego zwiedzanego przemennie zakładu naukowego było pokazanie mi dokładnego planu wszystkich prac bieżących.

Przy układaniu takiego planu instytucja musi baczyć, aby nie „mierzyć sił na zamiary“, gdyż po ukończeniu roku mierzy się wykonanie planu w procentach, i od tego procentu wykonania planu zależy opinia danej instytucji. Z drugiej strony, plan ten nie może być zbyt mały, gdyż, po pierwsze, od niego zależą kredyty, jakie dana instytucja otrzymuje od państwa lub innych instytucji, na których zamówienie pracuje, a po drugie, odgrywa tu rolę czynnik ambicji. Mianowicie, istnieje tam zwyczaj t. zw. „Socsoriewnowanja“, czyli „Socjalistycznego współzawodnictwa“, który polega na tem, że poszczególne instytucje wyzywają się wzajemnie na walkę o pierwszeństwo w pracy. Wysyłają do siebie delegacje, spisujące odpowiednie umowy, które dałyby obu stronom równe szanse, a po roku sprawdzają wyniki.

Byłem na jednym takim zebraniu, mającym za zadanie spisanie warunków walki o przechodni „czerwony sztandar Narkomzdrawa“*) pomiędzy Instytutem Eksperymentalnej Medycyny w Leninradzie a Instytutem im. Miecznikowa w Moskwie. Odbywa się to bardzo uroczyście, z orkiestrą. Sala udekorowana sztandarami i transparentami, na których wypisane są różne aktualne hasła

*) coś w rodzaju przechodniego pucharu na naszych zawodach.

Dyskusja toczy się na najróżniejsze tematy, poczynając od zaopatrywania pracowników w t. zw. „promtowary“,**) a kończąc na sposobie przygotowywania szcziponek. Poruszane są różne lokalne bolączki. Krytyka kierownictwa instytutów jest wypowiedziana przez niższy personel bez żadnego skrępowania. Ciekawy jest stosunek tych pracowników do instytutów, w których pracują. W przemówieniach ich przebija tyle troskliwości o dobro instytucji, że chwilami wydaje się, że mówi nie pracownik, lecz właściciel...***) (C. d. n.).

* * *

**) towary przemysłowe.

***) Jest ogromnie charakterystyczne to przesunicie poczucia własności u obywateli sowieckich. Nie wiele jest rzeczy, co do których obywatel Z.S.R.R. może powiedzieć, że należą do niego osobiście, i dlatego nie wielką rolę odgrywają te rzeczy w jego życiu i pragnieniach, natomiast całą siłę tego potężnego instynktu, jakim jest poczucie własności, przenosi on na dobro publiczne. Fabryka w której pracuje, węgiel, który wydobywają w zagłębiu Donieckiem, i każdy ze 140 traktorów, wyprodukowanych dziennie przez zakłady Stalingradzkie, to wszystko uważa on za swoją własność. Interesują go wszystkie wahania w produkcji, każde niepowodzenie jest dla niego osobistą klęską, cieszy się z każdej nowej zdobyczy. I dlatego nie należy się dziwić, jak to czyni wielu cudzoziemców, jeżeli Rosjanin rozplywa się w zachwycie nad jakąś nowowysafalowaną szosą lub nowowyprowadzoną elektrownią, tak, jak gdyby to było coś, czego nie było i nie będzie w „zgniłym burżuazyjnym świecie“. Oczywiście, i takie szosy i takie elektrownie w naszym „zgniłym świecie“ są już oddawna, ale nie przyszło nam na myśl, aby się tak niemi zachwycać, bo poprostu nasze poczucie własności w stosunku do tych rzeczy jest b. nikłe.

Rosjanie zachwycają się swym dobytkiem tak, jak ojcowie swemi „rzeczywiście wyjątkowo niezwykle dziećmi“, co do których inni ludzie twierdzą, że nic niezwykłego w nich niema. Ale spróbujcie to wytłumaczyć ojcu — obrazi się. To samo uczyni każdy obywatel sowiecki, gdy mu powiecie, że wszystko to jest piękne, ale, w gruncie rzeczy, nic w tem niezwykłego nie widzicie. Raz tak niechcący spróbowałem, lecz więcej już takich prób nie czyniłem. Obywatele sowieccy uważają, iż między sobą mogą dużo własnych rzeczy ganić — to się u nich nazywa „samokrytyka“, ale cudzoziemcowi od tego wara. Czy u nas ktośby się obraził, gdyby mu np. Anglik powiedział, że łódzkie sukno — to tandeta? To już jest rzecz łódzkiego przemysłowca, aby się tem poczuć dotkniętym — tam w analogicznej sytuacji obrazi się każdy porządny obywatel sowiecki.

Otóż z tych rzeczy, oczywiście, można się śmiać, ale nie można im odmówić korzyści, jakie niosą społeczeństwu. Gdyby nie te momenty czysto psychiczne, kulturowane odpowiedzialnością propagandą, żaden obywatel sowiecki nie podołałby temu brzemieniu pracy, jakie nań nakłada państwo. Panuje tam pogląd, że zmęczenie nie jest zjawiskiem fizjologicznym, lecz społecznym. Rezultaty „piatiletki“ wykażą, ile w tem twierdzeniu jest słuszności.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Prądy higieny współczesnej a lekarz praktyk¹⁾.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 3).

A w jakim kierunku ma iść działalność ta na przyszłość, czy w jednym z wyżej wymienionych, czy w zupełnie nowym?

Naturalnie, jesteśmy wszyscy zdania, że poniżej pewnego *minimum* warunków ekonomicznych trudno mówić o higienie, i że stałe podnoszenie stopy życiowej i kultury ogólnej to niezbędny czynnik stałego podnoszenia kultury sanitarnej, nie zapominamy też w naszej działalności, że budzenie wśród ogółu dążeń do poprawy warunków higienicznych jest jednym z najważniejszych bodźców do poprawy warunków bytowania w szerokim pojęciu tego wyrazu. Ale jest to pośrednio tylko sfera naszych wpływów, bezpośrednio możemy w tej dziedzinie zrobić niewiele, musimy jednak stale bacznie strzec, aby rozwój kultury ogólnej szedł po linii naszych dążeń higienicznych.

Pozostaje zapobieganie i leczenie, będące całkowicie w rękach świata lekarskiego i tworzące całość nierozdzielną. I tu właśnie rozgrywa się sprawa, o której ostatnio sporo się mówi i pisze, sprawa, która wymaga oświelenia. Powstał jakoby antagonizm między leczeniem i zapobieganiem. I powiedzmy otwarcie — antagonizm, który przejawia się w gorzkiej polemice, a wynikający podobno z pokrzywdzenia interesów duchowych i materialnych świata lekarskiego, ściślej biorąc, zajmującego się leczeniem, dawniej praktyką prywatną. Dyskusja ta prowadzi niekiedy bardzo daleko. Dają się nawet słyszeć głosy, że świat lekarski, jako żyjący z choroby, nie może dążyć do jej wykozerwienia, bo musi dbać o swoje interesy materialne. Wprawdzie głosy tego rodzaju są bardzo nieliczne, ale jednak spotykają się tacy „obrońcy“, niekiedy znajdujący się na wysokich stanowiskach i występujący publicznie, w imię interesów świata lekarskiego. Poglądy te, użyjmy ostrego wyrazu, są tak potworne, tak niezgodne z całą działalnością świata lekarskiego w dawniejszych i dzisiejszych czasach, z opinią lekarza najprzeciętniejszego, najzwyczajniejszego zjadacza chleba, że zastanawiać się dłużej nad nimi nie warto. Wystarczy wspomnieć, że nie tylko wykrycie, lecz i zastosowanie prawie wszystkiego, co dotyczy leczenia i higieny zawsze brało i bierze swój początek w świecie lekarskim, że w statutach wszystkich towarzystw lekarskich istnieją niejako tradycyjnie dwa punkty: rozwój nauki i troska o zdrowie ogółu. Żeby tym głosom zadać klam, dość wspomnieć o tych dziesiątkach, a dziś pewno już setkach lekarzy - bohaterów, którzy świadomie oddali życie dla wyjaśnienia prawdy naukowej, o tych tysiącach, którzy zginęli, wprowadzając te prawdy w życie. walcząc z żywiołem, lub w szarej, nikomu niewidocznej pracy codziennej, w niesieniu pomocy bliźnim w warunkach

zdrowiu lub życiu groźących. Powszechnie wiadomo, iż zawód lekarski wśród zawodów wyzwolonych należy do najbardziej ryzykownych.

Wspominam o tej „dzikiej“ obronie interesów zawodowych tylko dlatego, żeby ją napiętnować, żeby nie dać powodów ogółowi, korzystającemu z pomocy i opieki lekarskiej, nawet do przypuszczenia, że istnieje choćby drobna cząsteczka lekarzy, która podziela takie poglądy.

Z drugiej jednak strony podkreślić należy, że ogół lekarski, nie związany żadną nicią, nawet najtajniejszych myśli ze wspomnianymi poglądami — tem niemniej do służby zdrowia, wykonywanej z ramienia społeczeństwa, entuzjazmu nie czuje wcale. Na pracę higieniczną ogół lekarzy patrzy lekceważąco i z punktu widzenia fachowości, i z punktu widzenia wyników, i z punktu widzenia metod stosowanych, które przeciętnemu lekarzowi wydają się zupełnie obce.

Co do fachowości, nie będę się rozwodził, o tem pisałem i mówiłem wielokrotnie. Wspomnę tylko pobieżnie, że przeciętny lekarz uważa się za zupełnie uzdolnionego i przygotowanego do sprawowania funkcji lekarza higienisty, które uważa za gorszy gatunek pracy. Otóż jest to błąd; który ma swe źródło w braku fachowców w tej dziedzinie i w niskim poziomie tej ochrony zdrowia w życiu, szczególnie u nas. Przy dzisiejszym stanie wiedzy, przypuszczam, że nie jest łatwiej być dobrym higienistą, niż dobrym psychiatrą, albo dobrym okulistą. Ale na tem koniec.

Przejdźmy do drugiego pytania: co naszymi zabiegami możemy osiągnąć?

Odpowiedź na to pytanie mieści się już częściowo w argumentach jakie przytoczyłem, mówiąc o postępach, osiągniętych co do długości życia i zmniejszenia chorobowości. Jest wiele chorób, w których wystętko niemal sprowadza się do akcji zapobiegawczej. Wystarczy wspomnieć cały szereg chorób zakaźnych, dziś wygasłych lub wygasających i schorzenia wieku niemowlęcego, o czem już tu była parokrotnie wzmianka. Jeżeli zaś wprowadzimy w życie najnowsze zdobycze w dziedzinie ochrony zdrowia, teren działalności zapobiegawczej niezmiernie się rozszerzy i obejmie całe życie człowieka, wszystkie jego choroby i cierpienia. Wprawdzie wszystkim schorzeniom nie jesteśmy w stanie zapobiec, jednak liczba tych, w stosunku do których jesteśmy zupełnie bezradni, stale się zmniejsza, coraz bliżej jesteśmy, przynajmniej teoretycznie, tego hasła, rzuconego kiedyś przez wybitnego amerykańskiego higienistę, że w granicach naturalnych każda społeczność (nie jednostka!) może zdrowie nabyć, może poziom jego niejako zakresić i, opłaciwszy sowitą pracę, cel osiągnąć. Nic więc dziwnego, że wydatki wszystkich państw na zdrowie publiczne rosną, że w kierunku zapobiegawczym idą ubezpieczenia społeczne i wszystkie instytucje, mające na celu ochronę zdrowia dużych zbiorowisk ludzkich.

Niezwykle pouczające pod tym względem są stale powtarzane, ale wciąż jeszcze niedostatecznie przez zainteresowane czynniki rozumiane, wydatki na zapobieganie prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych. Wspomnę o największym z nich w Stanach Zjednoczonych, o Metropolitan Life Insurance Company. D u b l i n,

¹⁾ Wykład wstępny, wygłoszony na kursie dla lekarzy domowych Kas Chorych dn. 4.XI.1932. Z pewnemi skrótami artykuł ten został ogłoszony w Nr. 11 „Przeglądu Ubezpieczeń Społecznych“.

statystyk tego Towarzystwa, powiada, że Towarzystwo w ciągu 17 lat wydało na akcję zapobiegawczą wśród swoich członków z górą 20 milionów dolarów. Kolo-salna suma, prawda! Ale przecież jest to instytucja dochodowa, jest to kapitał anonimowy, który nie ma sentymentu i ze względów czysto humanitarnych nie wyrzuci jednego dolara, nie mówiąc już o milionach! Otóż tenże D u b l i n powiada, że w tym samym czasie, kiedy Towarzystwo wydało 20 milionów, zarobiło ono dzięki spadkowi umieralności i wskutek tego odpowiedniemu przedłużeniu życia swoich członków, a więc i zmniejszeniu wydatków — 43 miliony dolarów. Zdaniem tych, co dobrze umieją liczyć, ten zarobek został osiągnięty przez umiejętną akcję zapobiegawczą wśród ubezpieczonych. Z tej lekcji moglibyśmy się wiele nauczyć wszyscy, a przede wszystkim nasze instytucje ubezpieczeniowe, które przecież nie są obliczone na zysk, lecz w założeniu swem mają na względzie tylko dobro społeczne i ubezpieczonych.

Wreszcie trzeci punkt dotyczy współczesnych metod, stosowanych w ochronie zdrowia. Lekarz praktyk higieny nie lubi, jemu nietylko obce są zupełnie czynności administracyjne higienisty, ale każdy lekarz leczący chce widzieć przed sobą pacjenta, jednostkę chorą konkretnie na jakąś określoną chorobę. W ten sposób ćwiczy się umysł lekarza w okresie studjów uniwersyteckich, ten sposób myślenia następnie utrwała się drogą praktyki. Tymczasem w pracy higieniczno - społecznej niezbędne jest zupełnie odwrotne nastawienie myślowe, trzeba myśleć więcej abstrakcyjnie, trzeba oceniać zjawiska na podstawie liczb i z nich wyprowadzać wnioski. Jak pogodzić te dwa światopoglądy? Wymagać od każdego lekarza praktyka myślenia kategorjami społecznymi? Sądzę, że to byłoby bezcelowe, bo byłoby próżne stawianie wymagań nie-realnych, zbyt wysokich. Współczesne życie i działalność każdego lekarza wymaga pewnego uspołecznienia, to prawda, każdy lekarz praktyk mając przed oczyma chorego, musi go wiązać z warunkami w jakich żyje, pracuje i ze społecznością, z której chory pochodzi, podejście do chorego, nawet w praktyce prywatnej, trzeba nieco zmienić, ale to nie zmniejsza potrzeby traktowania chorego, jako jednostki odrębnej zupełnie od wszystkich jej podobnych, nawet najbliższych. Do tego prowadzi współczesna koncepcja ochrony zdrowia.

Dotychczasowy zakres działalności zapobiegawczej miał za cel swych wysiłków prawie wyłącznie środowisko. Tak było przez cały okres, nie wszędzie zresztą dotąd zakończony, walki wyłącznie o higienę otoczenia (powietrze, gleba, woda, mieszkanie), tak było w pierwotnym okresie walki z chorobami zakaźnymi. Obecnie jednak to nas już bynajmniej nie zadowalnia. Nie zadowalnia nas już higiena czysto negatywna, nie możemy też ograniczać się w propagowaniu zdrowia tylko do złotego umiarkowania, to już jest stanowczo zamało. Naturalnie musimy zwalczać choroby i drogą represyj, nie dopuszczając do ich rozwoju, ale jednocześnie mamy sprzyjać tworzeniu zdrowia pozytywnie w każdej jednostce. Z tych podstaw wychodząc, mając na względzie zdrowie ogółu, dziś musimy do higieny osobniczej podchodzić tak zupełnie, jak i w lecznictwie, każdą jednostkę traktować oddzielnie. Higiena otoczenia, niezmiernie ważna, przenika stopniowo w masy i wkrótce we wszystkich krajach kulturalnych przestanie być zagadnieniem dla administracji sanitarnej, która zbliża się

coraz więcej poprzez poradnictwo indywidualne, do lecznictwa; to jest tem wyraźniejsze, im bardziej ochrona zdrowia przechodzi od patologii do fizjologii, im głębiej i w fizjologii i w patologii utrwała się przekonanie, że jednostka nie jest martwym przedmiotem, na który środowisko działa zawsze jednakowo, lecz jest tworem swoistym, bardzo plastycznym, dostosowującym się do otoczenia i to otoczenie dla siebie urabiającym. Zdrowie jest wynikiem wzajemnej gry tych czynników. Od higieny jednostki do higieny ogółu jest tu tylko jeden krok.

Publiczna ochrona zdrowia w znaczeniu praktycznym ma za zadanie zapobieganie, czy też zwalczanie masowych zjawisk chorobowych, które powstają z bytu społecznego i grożą normalnemu rozwojowi społeczeństwa. Tu w grę wchodzi dwie rzeczy: jedne obejmują środowisko, drugie jednostkę. Głębsze zainteresowanie jednostką, biorącą czynny udział we wzajemnej grze obu grup zjawisk, prowaźni nas do medycyny zapobiegawczej. Termin ten jest bardzo różnorodnie interpretowany. Mnie wydaje się, iż byłoby najwłaściwiej ograniczyć używanie go do zabiegów czysto lekarskich indywidualnych, mających na celu niedopuszczenie do powstania choroby, lub jej przecięcie w zarodku. Wyraża się ta działalność najczęściej we wczesnym rozpoznawaniu powstającego schorzenia i we wczesnym lecznictwie, ale nie wyłącznie farmaceutycznym, lecz jednocześnie uwzględniającem środowisko w znaczeniu jaknajszerszem, t. j. wszystkie te okoliczności, które, sprzyjając powstaniu choroby, mogą wpłynąć na jej spotęgowanie, dalszy rozwój. W ten sposób medycyna zapobiegawcza może być tym pomostem, który połączy higienę z lecznictwem. I to jest ostatni wyraz ochrony zdrowia, początek nowego okresu, wiele obiecującego.

Dzisiejsze poradnie, budzące tak wiele dyskusyj, są instytucjami lekarskimi, wymagającemi jak najlepszych technicznych urządzeń i jak najbardziej wyrobionych sił lekarskich fachowych, które są na usługach służby zdrowia. Lekarz administrator jest tu, właściwie mówiąc, głównie organizatorem, kierownikiem i inspiratorem, istotnym pracownikiem, wykonawcą jest lekarz praktyk. A chodzi nam w poradni przeciwgruźliczej, przeciwjagliczej, przeciwwenerycznej o jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby i jej usunięcie (obojętne w danym przypadku czy leczenie odbywa się w poradni, czy gdzie indziej), względnie o niedopuszczenie do dalszego jej rozwoju. Naturalnie, iż tak pojęta działalność poradni musi mieć jednostkę za przedmiot zainteresowań, jej cechy naturalne, przyrodzone, jej układ fizyczny i duchowy, sposób reagowania na wpływy środowiska, wreszcie samo środowisko nawet w wąskim znaczeniu tego wyrazu — warunki bytu i pracy. Lecz można pójść dalej, twierdząc, że jak patologia jednostki jest rzeczą zupełnie indywidualną, co wyraża się pospolicie frazesem, że każdy człowiek tę samą chorobę inaczej przechodzi, tak i fizjologia, która różni się od patologii stopniem, nie istotą sprawy, jest również inna u każdej jednostki. I tu więc w higienie osobistej niezbędny jest lekarz praktyk. On jeden może udzielić rzeczowych wskazówek, dostosowanych do każdego okresu choroby, jakoteż do każdego stanu zdrowia indywidualnie.

Czy w tak ogólnie pojętej opiece nad zdrowiem, higienie, lekarz leczący nie jest ostatnią i najważniejszą

szą instancją? I czy gorzej, lub lepiej wywiązując się ze swych zadań, każdy lekarz z racji wykonywania swego zawodu nie jest higienistą, nie musi nim być? Napewno tak. Różnica poglądów może tutaj dotyczyć tylko pytania, gdzie ta medycyna zapobiegawcza ma być stosowana, w gabinecie prywatnym lekarza leczącego, czy w instytucji publicznej, której najcharakterystyczniejszym wyrazem obecnie jest poradnia. Rozwój stosunków społecznych na to pytanie odpowiedział już wyraźnie: przynajmniej w chorobach społecznych, t. j. chronicznych, rozpowszechnionych, czyniących jednostkę na dłuższy okres czasu niedołądną, powinna to być instytucja publiczna, w przeciwnym razie pomoc naprawdę fachowa nie będzie dostępna najuboższym, a w pomocy nawet dobrze okazanej i bezpłatnie, lecz prywatnie w domu, nie będzie opieki społecznej, nie będą należycie uwzględnione warunki bytowania. Zwalczając ten kierunek znaczyłoby iść naprzód przeciw prądowi.

Od czasów przedwojennych zmieniło się dużo, liczne warstwy ludności niezamożnej nie chcą nadal korzystać z filantropji indywidualnego lekarza, a domagają się chleba (pracy) i ochrony zdrowia (przynajmniej pomocy w chorobie). Jest to pogląd cieszący się ogólnym uznaniem i trudno przypuszczać, aby uległ zmianie w kierunku wstecznym. Spieszę przytem zaznaczyć, że aczkolwiek unikam tego rodzaju argumentacji, nie mogę się powstrzymać od uwagi, że rozwój akcji higieniczno-zapobiegawczej z ramienia władz publicznych nie godzi żadną miarą w interesy materialne świata lekarskiego. Dobrze zorganizowana i umiejętnie prowadzona ochrona zdrowia od strony zapobiegawczej może tylko znacznie zwiększyć zapotrzebowanie na siły lekarskie, mam na myśli lekarzy praktyków. Tak mówi doświadczenie wszystkich krajów o najbardziej indywidualistycznych tendencjach, tak musi być i u nas. Największym sprzymierzeńcem lecznictwa jest racjonalna higiena i dobrze poprowadzone uświadamianie.

Nie mogę także pominąć milczeniem, że taka ochrona zdrowia (połączenie lecznictwa z zapobieganiem) najłatwiejsza jest do wprowadzenia, jeżeli oprze się ją na zorganizowanym lecznictwie masowym. W tych warunkach łatwo da się uzasadnić twierdzenie, że profilaktyka jest najlepszą inwestycją, najumiejtniej przeprowadzoną oszczędnością. Ubezpieczenia społeczne związane z lecznictwem powinny być w naszej pracy punktem wyjścia. Pomimo wielu braków lecznictwa społecznego przyszłość należy do niego; lepszej organizacji pomocy w chorobie, organizacji, która w niedalekiej przyszłości przekształci się w szerszą ujętą ochronę zdrowia, dotąd nie wymyślono. Wady mogą dotyczyć zastosowania tego lecznictwa w życiu, nawet systemu, ale nie idei. W chorobie, czy wogóle w ochronie zdrowia, człowiek powinien otrzymywać nie według możliwości, lecz według potrzeb, powiadają obrońcy ubezpieczeń i trudno przeciw tej idei walczyć, przynajmniej ze strony lekarskiej. Ubezpieczenia społeczne idą w tym kierunku, bo przez podział ciężarów związanych z chorobą i niedołądztwem i przez udostępnienie jednako wykwalfikowanej pomocy lekarskiej i zapewnienie wypoczynku usuwają najbardziej jaskrawe nierówności. Jest to realizacja jednego z odwiecznych dążeń w życiu społecznym — dążenia do wyrównania. Ataki, które skierowywane są przeciw ubezpieczeniom w związku z przeżywanym kryzysem, także rzadko mierzą w ideę

samą, najczęściej zaś domagają się tylko zmniejszenia świadczeń. Ruch ubezpieczeniowy może z tego powodu osłabnąć, ale nie zginąć. To, że na świadczenia lecznictwa kasowego, o którym mowa, skarży się często ogół korzystający, wpływa nietylko z wielu rzeczywiście istniejących braków omawianego systemu, lecz i z bardzo właściwego rozumowania przeciętnego obywatela, który nagle coś posiadał i zapomina o tem, że przedtem nie miał nic, to co otrzymał uważa nie za zdobycz, lecz za rzecz bardzo naturalną i z praw odwiecznych do niego należącą i z oburzeniem mówi o brakach.

Trudno mi także zrozumieć, dlaczego rozpowszechnienie lecznictwa, dodając dobrego, na wszystkie warstwy ludności, nawet te, które dawniej nie miały możliwości leczyć się, lub nie płaciły, ma być krzywdzące dla zawodu lekarskiego. Ubezpieczenie społeczne i kryzys lekarski rzeczywiście współistnieją co do czasu, ale naprawdę słabo są związane łańcuchem czynników przyczynowych. W każdym razie to nie jest najważniejsza przyczyna, o czem nas przekonywa choćby porównanie z innymi zawodami wyzwolonemi, które przeżywają bodaj że nie mniejszy kryzys, niezależnie od wszelkich ubezpieczeń. Jestem głęboko przekonany, że zniesienie dziś ubezpieczeń społecznych z ich świadczeniami leczniczymi wywołałoby kryzys w świecie lekarskim parokrotnie większy, niż przeżywany obecnie, ale to nie wchodzi w treść artykułu, i nad tem nie będę się dłużej zastanawiał.

Pozostaje wreszcie kilka uwag w sprawie przeżywanej chwili i analogji stąd do świata lekarskiego, a mianowicie, stosunku tego świata do nowopowstających form życia. Niewątpliwie przechodzimy pod względem ustroju społecznego okres przebudowy. Czy będzie to przebudowa radykalna, czy nastąpią tylko niewielkie zmiany, nikt nie jest w stanie powiedzieć, choć niektóre tendencje dokonywającej się przebudowy, np. dotyczące wzajemnego stosunku społeczeństwa i jednostki, są już bardzo wyraźne. W każdym razie powrotu do dawnych form w całości być nie może, o czem można wywnioskować również z przeszłości: historia, i to niezbyt odległa (wiek XIX) uczy nas, że każdy większy kataklizm dziejowy, przewrót w przemyśle, kończył się zmianą, choćby niezbyt daleko idącą, ustroju społecznego, a cóż mówić o wstrząsie jaki przeżyliśmy.

W tym momencie łamania starego porządku rzeczy i stwarzania nowego przeżywamy nastrój niezwyklej paniki. To co obserwuję obecnie, przypominam mi okres końca wojny, kiedy to 2 — 3 żołnierzy armji zwiejskiej brało do niewoli całe bataljony armji rozbitej, kiedy to bezbronne prawie dzieci rozbrajały żołnierzy, zahartowanych w bojach i uzbrojonych od stóp do głów. Różnica między jednymi i drugimi była tylko w nastroju: jedni wierzyli w swoją sprawę i w wygraną, drudzy stracili wiarę i uważali się za pokonanych. To samo dziś jest w świecie społecznym, taki nastrój przeżywają warstwy posiadające, które dotąd najwięcej ucierpiały; to samo mniej więcej spostrzegamy w świecie lekarskim w stosunku do nowych form opieki nad zdrowiem, form łączących w sobie lecznictwo mas z zapobieganiem. Wszyscy, nawet najbardziej niezadowoleni, a może przedewszystkiem oni, czekają na jakieś niezwykle wydarzenie, na tego kogoś z wiarą, co przyjdzie zdecydowany i zrobi, co zechce, ale prawdopodobnie nie pójdzie w kierunku ich życzeń. W utrzymanie starego ładu, w nawrót do stosunków przedwojennych wierzy niewiele, ale jeszcze mniej pragnie nowego porządku i chce wziąć czynny udział w tworzeniu form powstającego do-

piero życia. Wśród tych wielu pasywnie broniących starego porządku słycać tylko narzekania, istnieje tylko uporczywe patrzeć w przeszłość i lęk przyszłości, panika, a nowe życie kształtuje ten, kto czasem nie ma za sobą nic więcej, prócz wiary i chęci czynu. Teraźniejszość zawsze należy do tych, co patrzą w przyszłość, nie w przeszłość.

I tu nasuwa mi się myśl, że świat lekarski wydał mężów stanu — polityków, ale brak jest mu, szczególnie w chwili obecnej, mężów stanu racji lekarskiej. Racja stanu w życiu społecznym powiada, że nie należy bronić pozycji skazanej bezwzględnie na zagładę, o wiele korzystniej jest w porę przejść na nowe pozycje i tam wywalczyć sobie to, co jest do zdobycia, w danym razie wpływ decydujący na sprawy, w których lekarze mają wiele do powiedzenia. W wielkim momencie przebudowy społeczeństwa, w której ochrona zdrowia odgrywa bardzo dużą rolę, lekarze nie powinni być ostatni.

Medycyna wzięta szeroko, jako całkowita ochrona zdrowia (lecznictwo i zapobieganie) w walce człowieka o jego prawa na ziemi, o stanowisko choć nie pana świata, to kowala własnego losu, możliwie zadowolonego z życia, tworzy najjaśniejszą kartę w historii ludzkości. Lekarze ze wszystkich zawodów najwięcej przyczynili się do szczęścia ludzkości, jeśli nie w znaczeniu pozytywnym—stwarzając je, to w znaczeniu negatywnym—przedłużając życie, usuwając cierpienia, zwiększając sprawność. Myśl tę pięknie wyraził K a r t e z j u s z jeszcze w XVII stuleciu, mówiąc: „Jeżeli ludzkość kiedykolwiek zdoła się wznieść umysłowo, moralnie i fizycznie na najwyższy, praktycznie osiągalny poziom, dokona tego wiedza lekarska”. Podobnie pochlebnie o naszym zawodzie mówili inni myśliciele i wybitni mężowie stanu. Ale nie wiem czy będzie wielką przesadą, jeżeli powiem, że najmniej prawdziwej wiary w takie posłannictwo mamy my sami, choć wiele o tem mówimy.

W warstwicach kultury, leżących na podobieństwo złóż geologicznych, ślady działalności lekarskiej są bardzo widoczne. Nasi duchowi ojcowie zrobili swoje, czem my się szycimy. Zostawmy i my taki ślad, żeby mieli się czem szycić ci, co po nas przyjdą. Uprzytomnijmy sobie jeszcze raz nasze zadanie. Obecnie naszym być powinno: rozszerzenie sfery działalności w kierunku bardziej pozytywnym, więcej stwarzania zdrowia, niż zwalczania chorób i rozszerzanie dobrodziejstw naszej wiedzy i naszej sztuki na szersze warstwy ludności, a nie tylko na grupę uprzywilejowanych. I jedno i drugie jest zgodne z tradycjami naszych duchowych przodków i ideałami ogólnie ludzkiemi, idzie w kierunku rozwoju wiedzy, biegu myśli ludzkiej, prądów życia społecznego. W tym kierunku prowadzi rozum, który wskazuje, że wszelki opór byłby bezowocny. Niechże w tym kierunku idzie i uczucie, którem także można pokierować.

W warstwicach kultury, leżących na podobieństwo złóż geologicznych, ślady działalności lekarskiej są bardzo widoczne. Nasi duchowi ojcowie zrobili swoje, czem my się szycimy. Zostawmy i my taki ślad, żeby mieli się czem szycić ci, co po nas przyjdą. Uprzytomnijmy sobie jeszcze raz nasze zadanie. Obecnie naszym być powinno: rozszerzenie sfery działalności w kierunku bardziej pozytywnym, więcej stwarzania zdrowia, niż zwalczania chorób i rozszerzanie dobrodziejstw naszej wiedzy i naszej sztuki na szersze warstwy ludności, a nie tylko na grupę uprzywilejowanych. I jedno i drugie jest zgodne z tradycjami naszych duchowych przodków i ideałami ogólnie ludzkiemi, idzie w kierunku rozwoju wiedzy, biegu myśli ludzkiej, prądów życia społecznego. W tym kierunku prowadzi rozum, który wskazuje, że wszelki opór byłby bezowocny. Niechże w tym kierunku idzie i uczucie, którem także można pokierować.

Wiadomości bieżące

— W związku z mającym się odbyć w Polsce w r. 1934 Międzynarodowym Zjazdem Przeciugruźliczym, w którego programie będą wygłoszone referaty i koreferaty na 3 zasadnicze tematy:

1. Biologiczny,
2. Kliniczny i
3. Społeczny.

Polski Związek Przeciugruźliczy uprzejmie prosi o łaskawe nadesłanie do dn. 22.II. b. r. propozycji co do tematów wraz z podaniem do każdego z nich ewentualnych kandydatów na referenta i 2 koreferentów.

Z nadesłanych propozycji Zarząd Polskiego Związku Przeciugruźliczego ułoży listę tematów, która będzie przedstawiona Związkowi Międzynarodowemu.

Wnioski otrzymane po 22.II. r. b. nie będą mogły być uwzględnione.

Sekretarza Dyrekcji P. Z. P. Dyrektor Polskiego Związku Przeciugruźliczego.

(—) H. Stypulkowska.

(—) Dr. M. Grodecki.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

24.I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1) Odczytanie pisma Prezesa w sprawie rezygnacji z zajmowanego stanowiska. 2) S t e r l i n g W. Patologia charakteru i temperamentu w oświeceniu nauki o wydzielaniu wewnętrznym. 3) M a r z e c k i J. Lekarz w obliczu wojny chemicznej.

TRĘŚĆ: A. KRYŃSKI. W sprawie etiologii i patogeny wyprysku (eczema). — R. BORNSTEIN i E. LENDEL. Metoda leczenia tyreotoksykozy przy pomocy doustnego podawania krwi zwierzęcej. — C. ROZENGARTENÓWNA. Stan obecny wiedzy o chorobie Heine-Medina. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — S. MILLER. Lekarze i naukowcy w Z.S.R.R. (C. d.). — M. KACPRZAK. Prądy higieny współczesnej a lekarz praktyk. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. KRYŃSKI. Au sujet de l'étiologie et pathogénie de l'eczéma. — R. BORNSTEIN et E. LENDEL. Méthode du traitement des thyreotoxicoses au moyen d'application orale du sang animal. — C. ROZENGARTEN. Etat actuel de la question de maladie de Heine-Médecine. (Rev. gén. fin.). — S. MILLER. Médecins et hommes de science en U.S.S.R. (suite). — M. KACPRZAK. Mouvement dans l'hygiène contemporaine et le médecin praticien. (fin.).

26.I. Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa.

1. Zagajenie Prezesa. 2. Kwadrans wiadomości i komunikatów ze świata. 3. K. D e b i c k i. Organizacja szpitali francuskich. 4. Dyskusja. 5. Wolne wnioski.

26.I. Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

1. B. K a r b o w s k i. Przypadek raka krtani o nietypowym przebiegu klinicznym. 2. Demonstracja chorych. 3. L. Z a m e n h o f. W sprawie patogeny głuchoniemoty wogóle i u Żydów w szczególności. 4. Wolne wnioski.

30.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

P o k a z y. 1. L. L i p s z o w i c z. Przypadek nowotworu rdzenia operowany z wynikiem pomyślnym. 2. A. L a n d a u i J. B a u e r. Przypadek przemijającego porażenia narządów krwiotwórczych z aleukją i małopłytkowością. O d c z y t. J. M u s z k a t e n b l i t. O ziarnicy złośliwej.

R E G U L A M I N

ogłaszania prac w „Warsz. Czasop. Lekarsk.“.

1. Prace, nadsyłane do redakcji, muszą być pisane na maszynie. Wyjątki robione będą tylko dla rękopisów b a r d z o c z y t e l n y c h.

2. Autorzy prac proszeni są o zwięzłe traktowanie przedmiotu. Wstępy, omawiające dane z piśmiennictwa, statystyki i historii, powinny być możliwie krótkie. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania artykułów w porozumieniu z autorami.

3. Koszty drukowania tablic i klisz ponoszą autorzy.

4. Autorzy otrzymują 25 odbitek swych prac bezpłatnie