

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SRERBNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok X

WARSZAWA, 4 MAJA 1933 R.

Nr. 18

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Rozedma płuc — niezyt oskrzeli.

Podał

Pryw. - Doc. Dr. Karol HITZENBERGER (Wiedeń).

Rozedma płuc jest jedną z szeroko rozpowszechnionych chorób, z którą lekarz styka się codziennie. Ludzie, dotknięci tą chorobą, nie stanowią tak zwanych ciekawych przypadków, leczenie bywa często bezskuteczne, co czyni zrozumiałym fakt, że do leczenia takich chorych przystępuje się zwykle bez wielkiej ochoty.

A jednak sądzę, że, zajmując się fizjologią patologiczną tego schorzenia, napotyka się mnóstwo bardzo ciekawych zjawisk, które pozatem dają ważne wskazówki lecznicze.

Dlatego też zajmiemy się dzisiaj nie badaniem fizykalnym serca i płuc i jego wynikami w przeświadczeniu, że są one znane — lecz zaburzeniami czynności oddechowej, co może wypełnić, mam nadzieję, ciekawą godzinę.

Wskutek zmian chorobowych klatki piersiowej i płuc cierpi czynność oddechowa. Z powodu rozszerzenia klatki piersiowej i niskiego ustawienia schorzałej przepony cierpi ssąca powietrze czynność wdechowa, wskutek niedostatecznej sprężystości tych samych narządów i obrzęku zapalnego błony śluzowej oskrzeli cierpi wydechowe wydalanie powietrza. Niedostateczną czynność wdechową można wykazać liczbowo za pomocą pomiarów pojemności życiowej. Zmniejsza się ona tutaj bardzo znacznie: liczby 1000 — 2000 cm.³ stanowią правило u chorych, u których ze względu na ich budowę ciała należałoby oczekiwać 4000 — 5000 cm.³ Ta niedostateczna siła tłoczenia powietrza ruchów wdechowych musi być wyrównana przez przyspieszenie oddechu: liczba oddechów wzrasta do 20 — 30 na minutę. Niedostateczna czynność wydechowa prowadzi do złego opróżniania płuc i dróg oddechowych, zużyte powietrze zalega w klatce piersiowej. W czasie następnych wdechów bierze ono znowu jako ubogie w tlen i bogate w kwas węglowy powietrze udział w oddychaniu, i w ten sposób martwa przestrzeń znacznie się zwiększa. Te dwa fakty: niedostateczność wdechów i ponowne wdychanie zużytego już powietrza, prowadzą do duszności.

Wynikiem tego jest zbyt mała ilość tlenu i zbyt duża kwasu węglowego do wymiany gazowej dla dopływającej do płuc krwi: powietrze pęcherzykowe wykazuje zmniejszenie się ciśnienia cząsteczkowego O₂ i zwiększenie ciśnienia CO₂. Podczas gdy normalnie w powietrzu pęcherzykowym znajdujemy 16% zawartości O₂ odpowiednio do ciśnienia cząsteczkowego 100 mm. Hg. i 5% zawartości CO₂ odpowiednio do ciśnienia 40 mm. Hg., chory z rozedmą płuc wykazuje liczby około 9,1% O₂, co odpowiada ciśnieniu 65,70 mm. Hg. i zawartość 8,80% CO₂ odpowiednio do ciśnienia 63,54 mm. Hg. Dochodzi do tego jeszcze zmniejszenie się powierzchni oddechowej wskutek zanikania pęcherzyków; pozatem towarzyszący niezyt oskrzeli prowadzi do zgrubień ściany pęcherzyków silniejszego lub słabszego stopnia, dających się trudno ocenić co do swego znaczenia, które znowu ze swej strony utrudniają wymianę gazową. Dla tych zmian nabłonkowych stworzono w ostatnim czasie nazwę „*pneumonosis*”.

Powietrze pęcherzykowe o gorszym składzie wstępuje w stosunki wymienne z przepływającą przez płuca krwią. Oddawanie CO₂ i pobieranie O₂ ponosi szkody, zaś wynikiem tego są znaczne zmiany w składzie gazowym krwi tętniczej. Rozpatrzmy nasamprzód kwas węglowy. Normalnie znajduje się we krwi tętniczej zawartość CO₂, wynoszącą przeciętnie 46 obj.%; lecz u chorego z rozedmą płuc liczba ta zwiększa się bardzo znacznie: w lżejszych przypadkach znajdujemy liczby około 50 obj.%, w bardzo ciężkich przypadkach natomiast aż do 70 obj.%. Jeżeli u normalnego człowieka zwiększać sztucznie zawartość CO₂ w jego krwi tętniczej np. przez oddychanie powietrzem, bogatym w CO₂, rozpoczyna się u niego burzliwa hiperwentylacja. Pochodzi to stąd, że nadmierne gromadzenie się CO₂ powoduje przesunięcie odczynu krwi ku stronie kwaśnej, zaś zakwaszenie to stanowi silny bodziec dla ośrodka oddechowego. Cóż natomiast widzimy u chorego z rozedmą płuc? O gwałtownej duszności nie może być mowy, przynajmniej w spokoju fizycznym. Umiarkowane przyspieszenie oddychania, zwiększenie się częstości oddechowej do 22 — 25; dopiero w rozedmie płuc najsilniejszego stopnia widzimy również w spokoju silniejszą duszność. Lecz należy podkreślić, że ta duszność wyda-

je się zaledwie zasługującą na wzmiankę w porównaniu z dusznością normalnego człowieka, u którego pod wpływem oddychania powietrzem bogatym w dwutlenek węgla nastąpiło zwiększenie się zawartości CO₂ we krwi. Dla wyjaśnienia tych różnic istnieją tylko dwie możliwości: a) albo ośrodek oddechowy stał się niewrażliwy, b) albo też występują zjawiska wyrównawcze, zapobiegające lub w silnym stopniu osłabiające zakwaszenie. Istnieją też zupełnie pewne punkty oparcia dla hipotezy, że ośrodek oddechowy w silnym stopniu ucierpiał; powrócimy do tego jeszcze później. Lecz również drugie przypuszczenie sprawdza się: równowagę kwasowo - zasadową reguluje stosunek $\frac{H_2CO_3}{NaHCO_3}$. Jeżeli zwiększa się samo tylko H₂CO₃, wzrasta stopień zakwaszenia; jeżeli natomiast zwiększają się te obie wartości w ten sposób, że stosunek pozostaje jednakowy, nic się nie zmienia w równowadze kwasowo - zasadowej. Można też w rzeczywistości wykazać, że u chorych z rozedmą płuc znacznie się zwiększa zasób zasad i w ten sposób stanowi wyrównanie zwiększonej zawartości kwasu węglowego. Dlatego też w rozedmie płuc posiadamy szkolny przykład wyrównanej (gazowej) kwasicy.

Druga zmiana w powietrzu pęcherzykowem polega na zmniejszeniu się zawartości tlenu, względnie ciśnieniu cząsteczkowego O₂. Wskutek tego krew styka się w płucach z uboższem w tlen powietrzem płucnym, dlatego też pobieranie tlenu do krwi musi być niedostateczne, tembardziej, że wyżej wspomniane, noszące nazwę *pneumonosis* zmiany znacznie utrudniają dyfuzję tlenu. Dla pobierania kwasu węglowego te zmiany nabłonków i naczyń krwionośnych nie posiadają żadnego znaczenia, gdyż dyfuzja tego gazu odbywa się 30 razy łatwiej, aniżeli dyfuzja tlenu. Przy badaniu krwi tętnicznej zaburzenia pobierania tlenu wyrażają się w zmniejszeniu się nasycenia jej tlenem. Wykazać to zaburzenie można w dwojaki sposób. Istnieje prosta metoda, podana przez O. P o r g e s a, która jednak pozwala tylko na przybliżoną ocenę. Jak wiadomo, krew z naczyń włosowatych skóry, np. z palca lub płatka usznego, jest praktycznie taka sama, jak krew tętnicza.

Fakt ten tłumaczy się tem, że pochłanianie tlenu jest tutaj widocznie bardzo nieznaczne, gdyż krew służy tutaj głównie do regulacji cieplnej. Płatek uszny nadaje się szczególnie do tego celu, ponieważ jest tutaj tylko skóra bez tkanek, pod nią leżących. Krew pobiera się rurką włosowatą o średnicy około 2 mm., której koniec został cienko wyciągnięty, i barwę jej porównywa się z krwią z płatka usznego człowieka normalnego. U chorych z rozedmą płuc, jako wyraz zubożenia w tlen (*hypoxaemia*), widzimy zamiast jasno - czerwonej ciemniejszą sino - czerwoną barwę. Jeżeli jednak pragnie się uzyskać dokładniejsze wiadomości o stopniu hipoksemji, należy nakłuwać tętnicę i poddawać krew badaniu gazów. Jeśli chcemy zbadać stopień nasycenia tlenem krwi normalnej, musimy stwierdzić następujące rzeczy: tak zwaną całkowitą zdolność wiązania tlenu, to znaczy największą ilość tlenu, jaką krew może związać za pomocą swej hemoglobiny. U ludzi normalnych znajdujemy tutaj jako najwyższe liczby 21 obj.%, to znaczy, że 100 cm³ krwi może pochłonąć 21 cm.³ tlenu. Krew tętnicza ludzi normalnych zawiera około 20 obj.% tlenu, jest zatem prawie całkowicie nasycona tlenem (ściślej w 95%). Natomiast u chorych z rozedmą płuc wskutek wyżej wymienionych zaburzeń zmniejsza się nasycenie tlenem, w lekkich przypadkach znajdujemy je w wyso-

kości 90%, w ciężkich około 80%. W bardzo ciężkich zaś obniża się ono do liczb, wahających się od 60 do 70 obj.%. Są to najniższe liczby z jakimi się wogóle można spotkać. Niższe liczby spostrzega się jedynie w agonji. Przy rozpatrywaniu tej ogromnej hipoksemji należy znowu wyznaczyć, że tego rodzaju chorzy nie wykazują katastrofalnej duszności, że nie wykazują oni wskutek braku tlenu burzliwego nadmiernego przewietrzania (hiperwentylacji). Podczas gdy u normalnego człowieka zużycie powietrza przy oddychaniu wynosi 5 litrów na minutę, u chorych z rozedmą płuc ilość ta dochodzi w przybliżeniu do 10 litrów na minutę; jeżeli jednak wywołać u normalnego człowieka stan lekkiej hipoksemji, widzimy — przynajmniej z początku — że rozpoczyna się nadmierne przewietrzanie, które może dochodzić do 50 litrów na minutę. Dlatego też musimy również z tych spostrzeżeń wyciągnąć ten wniosek, że pobudliwość ośrodka oddechowego u chorych z rozedmą zmniejsza się w porównaniu z normą.

Pobudliwość ośrodka oddechowego możemy bezpośrednio badać doświadczalnie, każąc chorym oddychać powietrzem, bogatym w kwas węglowy. Jeżeli przeprowadzić to doświadczenie u chorego z rozedmą płuc, można stwierdzić zadziwiający fakt, że chory taki znosi powietrze oddechowe o zawartości 8 — 10% kwasu węglowego bez wybitniejszych zmian swej czynności oddechowej, podczas gdy człowiek normalny już przy 3% musi rozpocząć burzliwe przewietrzanie. Doświadczenie to również wskazuje na zmniejszoną pobudliwość ośrodka oddechowego.

Wyrazem niedostatecznej arterjalizacji krwi jest sinica. Sinica chorych z rozedmą płuc wykazuje pewne charakterystyczne cechy: obejmuje ona całą skórę — aczkolwiek dłonie i twarz są nią dotknięte w silniejszym stopniu — nie ogranicza się ona tylko do najbardziej obwodowych odcinków, lecz jest rozlana po całej powierzchni ciała. Również odcień sinicy jest charakterystyczny i różni się od sinicy sercowo chorych lub chorych na zapalenie płuc. Sinica dotkniętych rozedmą płuc jest bardziej ciemno-niebieska w odróżnieniu od szaroniebieskiej sinicy zapalenia płuc. Ten silny odcień ciemnoniebieski widzimy wtedy, gdy krew obok małej zawartości tlenu wykazuje przeładowanie kwasem węglowym. Szaro - niebieska, „koloru ołowiu” jest sinica zapalenia płuc, w którym obok hipoksemji istnieje zmniejszona zawartość dwutlenku węgla we krwi. Przy tej sposobności należy tutaj wskazać na fakt, że istnieją najrozmaitsze postacie sinicy, których przyczyny mogą również nosić najrozmaitszy charakter. W rozedmie płuc mamy do czynienia z tak zwaną sinicą płucną: hipoksemja wskutek niedostatecznej arterjalizacji krwi w płucach. Sinica sercowa: z powodu zaburzeń w krążeniu krew pozostaje zbyt długo w spłotach skóry, traci zbyt wiele tlenu, wskutek czego krew żylna jest uboższa w tlen, aniżeli normalnie, i w ten sposób powstaje sinica; przytem krew tętnicza jest w normalnym stopniu nasycona tlenem. Sinica mieszana: w pewnych postaciach wrodzonych wad serca miesza się krew tętnicza z żylną, w tętnicach krąży niedostatecznie nasycona krew, w ten sposób powstaje sinica. Sinicę znajdujemy wreszcie w tych stanach zatrucia, w których część hemoglobiny zostaje związana przez jad i wskutek tego nie bierze udziału w przenoszeniu tlenu, np. zatrucie tlenkiem węgla z wytwarzaniem tlenkowęgłowej hemoglobiny lub zatrucie fenacetyną z wytwarzaniem methemoglobiny. Ten

podział sinicy posiada dla dzisiejszych naszych rozważań bardzo duże znaczenie, gdyż dla leczenia, o którym później będzie mowa, musimy ściśle odróżnić od siebie rozmaite możliwości sinicy. Dla zupełnie pewnego różniczkowania pomiędzy rozmaitemi postaciami należy badać stopień nasycenia tlenem krwi tętnicznej, najprostszą dla celów praktycznych jest metoda *K a u d e r s a i P o r g e s a*. Jeżeli badanie to wykaże niedostateczne nasycenie tlenem, wskazane jest naogół i skuteczne oddychanie tlenem (z wyjątkiem przypadków sinicy mieszanej we wrodzonych wadach serca). Jest niewątpliwie oczywiste, że w wadzie zastawkowej serca bez deficytu nasycenia krwi tętnicznej oddychanie tlenem nie może mieć wiele sensu.

Brak tlenu u chorych na rozedmę płuc, który istnieje już w spokoju, wywołuje szereg innych ciekawych i ważnych zmian. Wiemy wszyscy, że przy braku tlenu na znacznych wysokościach (taternicy, lotnicy, mieszkańcy gór) występują zmiany czerwonych ciałek krwi, a mianowicie, zwiększenie ich liczby. Również i u chorych na rozedmę płuc znajdujemy z reguły zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi i ilości hemoglobiny. Liczby te wahają się od 5 do 6 milionów, rzadko znajdujemy więcej. Ilość hemoglobiny zwiększa się również odpowiednio i osiąga wartości do 130% hemoglobiny według *S a h l i e g o*. Dziwnym zbiegiem okoliczności widzimy jednak od czasu do czasu przypadki bardzo ciężkiej rozedmy płuc z hipoksemją najwyższego stopnia bez zwiększenia liczby czerwonych ciałek krwi. Dało to powód do przeprowadzania pomiarów wielkości czerwonych ciałek krwi u dotkniętych rozedmą płuc. Dotychczasowe wyniki wywołują wrażenie, jak gdyby przypadki rozedmy płuc ze zwiększeniem liczby czerwonych ciałek krwi wykazywały umiarkowane, te zaś, które przebiegają z normalną liczbą czerwonych ciałek krwi, — bardzo znaczne zwiększenie wymiarów czerwonych ciałek krwi. Górna granica wielkości czerwonych ciałek krwi wynosi w przypadkach normalnych 7 — 9 μ . U chorych na rozedmę płuc znajdujemy we wszystkich przypadkach przeciętne wartości ponad 8 μ ., wartości do 8,95 μ znajdujemy w przypadkach bez zwiększenia liczby czerwonych ciałek krwi, wartości do 8,4 μ przy jednoczesnej erytrocytozie. Jeżeli otrzymane liczby przedstawić graficznie metodą *P r i c e J o n e s a*, otrzymuje się następujący obraz: krzywe wielkości ulegają przesunięciu naprawo, jako wyraz tego, że liczba dużych komórek znacznie się zwiększyła. Jeżeli wziąć jako przykład człowieka normalnego, średnice czerwonych ciałek krwi wahają się między 6 a 9 μ ., większość komórek posiada wielkość 7,5 μ ., u chorego z rozedmą płuc z 4800000 czerwonych ciałek krwi wahania odbywają się w granicach 7,5 do 10,5 μ ., większość komórek posiada średnicę 9 μ ., natomiast u chorego z 7080000 czerwonych ciałek krwi waha się wielkość ich od 6,7 do 10,5 μ ., największy odsetek wykazuje wielkość 9 μ .; podczas gdy tutaj średnicę tę posiada tylko 38%, tam posiada ją 48%. Hipoksemja krwi przebiega zatem z dwiema zmianami czerwonych ciałek krwi; ze zwiększeniem ich liczby i wielkości. (Nie będziemy tutaj wchodzić w to, że w powstawaniu tych spraw może brać udział ewentualnie także wyrównawcza kwasica gazowa). Jako dalszy wyraz zwiększenia się wymiarów czerwonych ciałek krwi, znajdujemy zmienione liczby hematokrytu. Normalne przypadki wykazują stosunek 40 : 60, podczas gdy w naszym przypadku stosunek wyniósł 48 : 52, co dowodzi ogólnego zwiększenia się objętości czerwonych ciałek krwi.

W razie braku tlenu następuje zwiększenie się całej ilości krwi krążącej, co swego czasu wykazał *B a r c r o f t* dla dużych wysokości podczas swej wyprawy w Andy. Odpowiednie badania u chorych na rozedmę płuc wykazały, że również w tych warunkach chorobowych następuje zwiększenie ilości krwi krążącej. Zwiększenie to osiąga szczególnie znaczne rozmiary, jeżeli jako dalsze zaburzenie przyłącza się niewyrównanie krążenia. Zwiększenie się mniej więcej o 1 litr spostrzegano dość często. Pod wpływem braku tlenu otwierają się narządy magazynujące, wszyscy nosiciele tlenu zostają wyrzuceni ze swych magazynów rezerwowych. W związku z tem, być może, pozostaje fakt, że u chorych z niewyrównaną rozedmą płuc powiększenie wątroby zastoinowej nigdy nie osiąga znaczniejszych rozmiarów, lecz zawsze pozostaje uderzająco nieznaczne. Przy omawianiu leczenia niewolno zapominać o tem zwiększeniu się ilości krwi krążącej.

Wszystkie wyżej omówione zmiany znajdujemy u chorych w spokoju, większość tych badań przeprowadza się w tych samych warunkach, co oznaczanie przemiany podstawowej. Łatwo sobie wyobrazić, iż stosunki te kształtują się przy wysiłkach fizycznych o wiele niepomysłniej. Wiemy przecież wszyscy, że chorzy tacy nie dorosli do najnieznaczniejszej pracy fizycznej, że duszność ich osiąga wysoki stopień przy najdrobniejszym wysiłku, że muszą natychmiast i wciąż zatrzymywać się, ażeby wykonać tak małą pracę, jak: spacer, wchodzenie na schody.

Opracowano wiele badań czynnościowych dla określania sprawności narządu sercowo-płucnego, z których najdokładniwszym wydaje się oznaczanie tak zwanego długu tlenowego. Wyniki takiego doświadczenia przytacza się w postaci dwóch tablic. Badania tego nie można bynajmniej nazwać prostem, wymaga ono dużej ilości czasu i nie wchodzi zupełnie w rachubę dla celów praktycznych. Pomimo to chciałbym podać czytelnikom wyniki tego rodzaju doświadczeń, ażeby uprzytomnili sobie raz przynajmniej, co się dzieje z biednym chorym na rozedmę płuc, gdy wykonywa choćby najdrobniejszą pracę fizyczną. Zarówno u zdrowego (zdrowy, 26-letni kolega), jak i u chorego (rozedma płuc nieznacznej stopnia, pojemność życiowa 3000 cm^3 zamiast około 4500 cm^3) polegała praca na kolejnym podnoszeniu obu nóg do wysokości około 50 cm. ponad poziom, przy czem osoby badane leżały na plecach. Z całego szeregu doświadczeń wybieram jedno, w którym normalny mężczyzna wykonał większą pracę, gdyż podnosił nogi widocznie z większą dozą ambicji, silniej napinając mięśnie. Zużył on do tej pracy 3336 cm^3 tlenu, jego zapotrzebowanie tlenu w czasie pracy wynosiło 834 cm^3 na minutę. Jego dług tlenowy był tak nieznaczny, że mógł on go wyrównać w ciągu pierwszych 6 minut odpoczynku; wynosił on tylko 947 cm^3 , t. j. 28% całego zapotrzebowania tlenu. Nasz chory z rozedmą płuc zużył do tej pracy 2783 cm^3 , jego minutowe zapotrzebowanie tlenu wynosiło 696 cm^3 O_2 . Nie mógł on spłacić swego długu tlenowego w ciągu 12 minut; dług ten wynosił, aczkolwiek wykonana praca była mniejsza, znacznie więcej, a mianowicie 1292 cm^3 , t. zn. 46% całego zapotrzebowania tlenu. Widzimy zatem, że chory na rozedmę płuc znajduje się przy nieznacznych wysiłkach fizycznych w o wiele niepomysłniejszym położeniu, aniżeli zdrowy. Podczas pracy otrzymuje on wskutek swej niedostatecznej czynności oddechowej zbyt mało tlenu, musi więc zaciągać o wiele większe długi, niż człowiek

normalny, zaś w czasie odpoczynku musi o wiele dłużej i o wiele częściej oddychać, ażeby spłacić wreszcie swe długi. Z tych danych widzą czytelnicy, jak można naukowo dokładnie w liczbach wyrazić banalne zjawisko duszności przy wysiłkach fizycznych.

Z temi wiadomościami z zakresu fizjologii patologicznej rozedmy płuc przystąpimy obecnie do omówienia jej leczenia.

Główne zaburzenie polega na tem, że wskutek zmian w płucach i klatce piersiowej niedostateczna jest wymiana gazowa. Leczenie przyczynowe musiałoby zatem polegać na poprawie czynności oddechowej klatki piersiowej. Ponieważ klatka piersiowa znajduje się w ustawieniu wdechowym, leczenie musi iść w tym kierunku, ażeby wspierać ruchy wydechowe. Ze względu jednak na to, że chodzi tutaj przeważnie o ludzi starszych, u których kostna część klatki piersiowej jest już wskutek zwapnienia ustalona, nie można już w tem wiele zmienić. Jedynie przepona mogłaby się okazać bardziej podatna na nasze usiłowania. I istotnie wszystkie wysiłki lecznicze powinny iść w tym kierunku, ażeby za pomocą celowych maksymalnych ruchów wydechowych osiągnąć ustawienie przepony bardziej w kierunku dogłowym, aby w ten sposób podczas następnych wdechów uległa wessaniu większa ilość powietrza. Używamy w tym celu brzęczenia *H o f b a u e r a*. Wykonywa się mrużący wydech tak długo, aż chory poczuje, że następuje koniec wydechu; w tej chwili podnosi on głos wyżej, później następuje wzdychający wdech. W czasie podnoszenia głosu wyżej wywołuje się przez wciągnięcie mięśni brzucha ostatnie silne uniesienie przepony ku górze. Ta gimnastyka przeponowa w połączeniu z poprawą nieprawidłowej techniki oddechowej osiąga w wielu przypadkach poprawę stanu chorobowego. Oczywiście zależy tutaj dużo również od stopnia zaburzenia. Jeżeli chodzi o braki bardzo silnego stopnia, istniejące już od dłuższego czasu, nie możemy mieć wielkich nadziei na pomyślne wyniki. Wystarczy tylko obejrzeć obrazy histologiczne przepony człowieka, który miał rozedmę płuc silnego stopnia z ropnym nieżytem oskrzeli. Daleko posunięte zmiany tkanki mięśniowej z przemianą w tkankę tłuszczową i rozległe wytwarzanie blizn panują nad obrazem. Z tego rodzaju warstwy mięśniowej nie może oczywiście nawet najlepiej pomyślana gimnastyka już nic zrobić. Dlatego też zarówno tutaj, jak zresztą zawsze i wszędzie, leczenie musi iść w tym kierunku, ażeby rozpocząć je już w początkach choroby. Ideałem byłaby, oczywiście, możliwość rozpoznawania tych przypadków, które są predysponowane do powstania rozedmy płuc. Tutaj należałoby rozpocząć leczenie zapobiegawcze i poradnictwo. Posiadamy też pewne punkty oparcia w tym kierunku. Ludzie, często zapadający na nieżyt oskrzeli, którzy na każde przeziębienie odpowiadają zapaleniem oskrzeli, ludzie, którzy stale kaszlą bądź wskutek przewlekłych nieżytów górnych dróg oddechowych, bądź wskutek zzewnątrzpochodnych czynników szkodliwych, z powodu ciągłego przebywania w atmosferze, przesyconej kurzem i dymem, są tymi, z których rekrutuje się główny kontyngent chorych z rozedmą płuc. Dlatego też pewne grupy zawodowe są szczególnie zagrożone, jak np. kelnerzy, górnicy, fryzjerzy, murarze, kamieniarze i t. d. Również z rozpatrywania typu konstytucyjnego człowieka możemy otrzymać pewne punkty oparcia dla oceny stopnia zagrożenia rozedmą płuc. *Typus respiratorius* wydaje się szczególnie podatnym. Poza unikaniem czyn-

ników szkodliwych należy tutaj wcześniej rozpoczynać gimnastykę oddechową, zanim jeszcze wystąpią wyżej omówione zmiany przepony. Jest wogóle celem przyjąć jako zasadę dla samego siebie i dla chorych wykonywanie kilka razy dziennie, kiedy się akurat niema nic pilnego do roboty kilku bardzo głębokich wydechów, doprowadzonych aż do ostatnich granic możliwości; o wdechach nikt bowiem nie zapomina, natomiast na gruntowne głębokie opróżnianie płuc wciąż jeszcze zwraca się zbyt mało uwagi. Należy również zwrócić na to uwagę, że większość ludzi przy skupionej uwadze lub z powodu przełknięcia się wstrzymuje dech, a mianowicie, zawsze w położeniu głębokiego wdechu. Jeżeli jesteście np. narciarzami, zwróćcie raz choćby uwagę przy podniecającym zjeździe, jeżeli wam na to pozostanie czas, co robicie ze swym oddechem: klatka piersiowa pozostaje ustawiona w głębokim wdechu. Tych wszystkich szkodliwości należy unikać.

Następną naszą troską poświęcić musimy nieżyłowi oskrzeli, który nawet w umiarkowanym stopniu rozedmy może wywołać bardzo ciężkie zaburzenia wskutek wyłączenia poszczególnych odcinków płuc z powodu zatkania światła oskrzeli. W sprawie leczenia nieżyłu oskrzeli nie mam nic nowego do powiedzenia. Owijania tułowia, zwiewania, wilgotna komora, zwykle środki wykrztuśne, jak: pierwiosnek (*Primula*), wymiotnica (*Ipecacuanha*), preparaty kamforowe (*Transpulmin*, *Eupulmon* i t. d.) stanowią nasz rysz tunek. Czasami odnosiłem wrażenie, że podawanie preparatów gruczolów przytarczycznych (np. *Parathormon*) wywierało, dzięki podniesieniu działającej przeciwzapalnie zawartości wapnia we krwi, pomyślny wpływ na nieżyt oskrzeli.

Objawy braku tlenu należy zwalczać za pomocą oddychania tlenem. Niestety, to leczenie u nas w kraju jest obecnie źle postawione. Zwykle podawanie tlenu z balonu jest z pewnością zupełnie niewystarczające dla naszych celów; ten środek przypomina, jak to niedawno trafnie powiedziano, próby uratowania topielca w ten sposób, że się go wciąż wyciąga na kilka chwil z wody. pozwala mu się zaczerpnąć powietrza — i potem znowu pogrąża w wodzie. W metodzie leczenia tlenem musi nastąpić radykalny zwrot!

Zmiany krwi, jak zwiększenie liczby czerwonych ciałek, wzrost liczby hematokrytu i zwiększenie ilości krwi krążącej, wymagają również często wkroczenia. Te zmiany, będące następstwem hipoksemji, które zdają się być przeznaczone ku temu, ażeby właśnie wyrównać szkody, spowodowane przez hipoksemję, mogą wskutek utrudnienia krążenia wyrządzać więcej szkody, niż przynoszą pożytku. Dlatego często bywamy zmuszeni do stosowania przeciwko nim pewnych środków. Polegają one na upustach krwi. Zaleca się upusty od 300 do 500 cm.³ krwi. Wykonywanie jednak upustu krwi częściej, aniżeli raz do roku, nie wydaje mi się w tych przypadkach dopuszczalne. Upust krwi prowadzi nas obecnie również do omówienia niewyrównania sercowego, gdyż jest on z zasady konieczny w tem powikłaniu. Mogę się tutaj streścić, gdyż w czasie tego kursu zagadnienie to już było szczegółowo omawiane. Naparstnica stoi, oczywiście, na pierwszym miejscu. Każdy z lekarzy posiada tutaj swój ulubiony sposób podawania jej, któremu przypisuje pewne pomyślne wyniki. My podajemy, wciąż powracając do nich, *Pulvis foliorum Digital. titr.* lub *Infus. fol. Digit.* Kofeina i szereg środków moczopędnych stanowią pomoc w leczeniu farmakologicznem,

Czytelnicy myśleli sobie zapewne przy czytaniu tytułu dzisiejszego wykładu: „to będzie z pewnością bardzo nudne”. Ja jednak muszę powiedzieć, że przy wyznaczaniu tematów w biurze kursów nigdy się prawie tak nie cieszyłem, jak przy tym temacie, gdyż zawsze znajdowałem, że patologia fizjologiczna, która stanowi prze-

cież podstawę każdego leczenia, tego właśnie schorzenia jest szczególnie ciekawa. Jeżeli potrafiłem wzbudzić to przekonanie również w czytelnikach, sprawiłoby mi to wielką radość.

Z rękopisu niemieckiego przełożył

H. J. L a n d a u.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z kliniki psychiatrycznej U. W.

(Dyrektor: Prof. Dr. Jan M a z u r k i e w i c z).

O przypadkach schizofrenji z objawami neurologicznymi.

Podał

G. BYCHOWSKI (Warszawa).

Sprawa objawów somatycznych w schizofrenji, zaniedbana potrosze naskutek głównego zainteresowania się badaczy symptomatologią psychiczną, zdaje się nabierać nanowo dużego znaczenia. Tendencja do rozbudowy patofizjologii spraw schizofrenicznych z jednej strony, z drugiej zaś mnożące się dane histopatologiczne zwracają nasze zainteresowanie w kierunku objawów neurologicznych tego cierpienia, których dotychczas opisywano niezbyt wiele. Dlatego też wydaje się celowe ogłoszenie spostrzeżeń poniższych, które z materiału kliniki psychiatrycznej U. W. (jeden przypadek był przezemnie spostrzegany prywatnie) wyodrębniają szereg przypadków z wyraźnym zespołem neurologicznym. Nietylko sam dość niespodziewany fakt istnienia podobnych objawów, ale też, jak później zobaczymy, szczególnie ich charakter nasuwają szereg uwag zasadniczych, które zajmą miejsce po omówieniu materiału klinicznego.

Przypadki ze względów technicznych omawiam krótko, ograniczając się do danych anamnestycznych, głównych rysów obrazu klinicznego oraz symptomatologii neurologicznej.

I. R. R. Lat 18, spostrzegana przezemnie od 2 lat. Pacjentka musiała wyjść z 6-ej klasy gimnazjum, gdyż nauka sprawiała jej coraz większą trudność i stała się wreszcie zupełnie niemożliwością. Zrazu skarżyła się przedewszystkiem na zaburzenia w myśleniu. Odczuwała brak zainteresowania dla rzeczywistości, trudno jej było skupić na czemkolwiek uwagę. Odczuwała zanik wyobraźni, t. zn. straciła, jak mówiła, pamięć wzrokową i nawet najbliższych osób nie mogła sobie plastycznie wyobrazić. Szczególnie przeszkadzało chorej poczucie, że znajduje się „w kręgu myślenia” innych osób, czuje i myśli to, co jej rozmówca. Wkrótce zaczęła odczuwać, że „wciąga” ją nawet ruch osoby trzeciej. Jeśli podczas myślenia i odczuwania, ściśle określonego, jakiś ruch zauważony przypominał jej jakąś inną osobę, to już musiała czuć i myśleć to, co tamta. Tak samo, jeśli drogą skojarzeniową przypominało jej się nagle coś z przeszłości, to cała jej uwaga odwracała się ku tamtym chwilom, przeżywała to, co przeżywała podówczas, i nie mogła brać udziału w teraźniejszości. Wkrótce potem zaczęła chora odczuwać zaburzenia, które nazwałbym noematycznymi. Zdarzało jej się nieraz, że nie rozumiała znaczenia wyrazu, powtarzała go bezmyślnie, wyraz był jakgdyby pustym dźwiękiem, któremu nie odpowiadała żadna treść.

Jednocześnie zjawily się trudności w „zajęciu jakiegoś określonego stanowiska”. „Naprzód musi coś zrobić na nas wrażenie, a potem dopiero można o tem myśleć; jak ja widzę jakąś rzecz, to nie jestem w stanie powiedzieć, czy ładna, czy brzydka.” Rozwiązanie prostych zadań myślowych, np. wyjaśnienie sensu przysłowia, okazywało się niekiedy niemożliwe. Zjawiały się czynności magiczne: przelknięcie śliny miało uratować od spełnienia się obawy o śmierć kogoś z bliskich. Omamów chora dotąd nie wykazuje. Urojeń nie wypowiadała, w pewnej jednak chwili zgłosiła się do mnie i z całym spokojem oświadczyła, że czeka na to, abym miał z nią dziecko. O obarczeniu dziedzicznym nic mi niewiadomo. Konstytucja pacjentki raczej asteniczna, jakkolwiek niewybitna. Mniej więcej również od 2 lat pacjentka dotknięta jest sprawą gruźliczą prawego płuca, stwierdzoną klinicznie i rentgenologicznie. Ostatnio od kilku miesięcy sprawa przeszła, jak się zdaje, w stan nieczynny, ciepłota jest normalna, chora przestała tracić na wadze. Stan psychiczny utrzymuje się naogół bez zmian.

Jakkolwiek chorą obserwuję od przeszło 2 lat, to jednak dokładne badanie neurologiczne przeprowadziłem dopiero w listopadzie 1931 r. Od tego czasu powtarzałem je kilkakrotnie, zawsze z tym samym wynikiem. Odruchy z kończyn górnych wzmożone, obustronny odruch S t e r l i n g a. Obustronny J a k o b s o n. Odruchy brzuszne zachowane, odruchy kolanowe obustronnie wybitnie wzmożone, obustronny odruch R o s s o l i m o. Przy opukiwaniu piszczeli odruch abdukcijny kończyn dolnych. Innych odruchów patologicznych stwierdzić nie można.

W streszczeniu mamy tutaj do czynienia z chorą, u której jednocześnie ze sprawą gruźliczą rozwinął się obraz schizofrenji z zaburzeniami uczuciowymi i myślowymi, zasługujący na miano schizofrenji prostej, powoli się rozwijającej z cechami psychastenicznymi. U chorej występuje wybitny zespół neurologiczny, w którym na specjalne podkreślenie zasługują wzmożenie odruchów ścięgowych i okostnowych oraz objaw R o s s o l i m o.

Następne przypadki były przezemnie spostrzegane w klinice psychiatrycznej U. W.

II. L. T. Lat 30, został przezemnie skierowany do kliniki z rozpoznaniem *schizofrenia paranoides*. Obserwacja kliniczna potwierdziła rozpoznanie, jak również wykazywała stale zespół neurologiczny, stwierdzony przezemnie już przy pierwszym badaniu domowym. Z wywiadów wynika, że chory zaczął zdradzać zmiany psychiczne już przed 8 laty. Jaskrawe objawy wystąpiły w czerwcu 1931 roku. Przed dwoma laty przechodził kiłę, wysypki podobno nie miał, przeszedł 5 kuracyj specyficznych. Stał się jakiś dziwny po powrocie z wojny bolszewickiej. Wszyscy w rodzinie byli według jego zdania chorzy, zarażeni. Twierdził, że postronni ludzie o tem mówią. Wstydził się wychodzić na ulicę. Od czerwca 1931 r. zaczął pisywać listy do Polskiego Radja, twierdząc, że instytucja ta hipnotyzuje go, „bierze go w trans”, względnie magnetyzuje. Robią sobie z niego medjum, gwałcą go, podsuwają mu najrozmaitsze sensacje wzrokowe i słuchowe oraz różne doznania cielesne. Przez ich wpływ dostaje gorączki, bólu głowy, bólu zęba, mogą z nim robić

co chcą. Raz zrobili z niego świętego, tak, że chmury szły za nim. Hipnotyzerzy narzucają mu również doznania seksualne. Sztucznie go podniecają, tak, że podniecenie to nawet po stosunku płciowym powraca zaraz nanowo. Dzięki nim ma także w sobie promienie, które mogą wywoływać deszcz. Przez radio nadają płyty specjalnie dla niego, puszczają zapachy i smaki.

Badanie krwi i płynu na odczyn *W a s s e r m a n n a i S a c h s - G e o r g i e g o* ujemne, pozatem w płynie brak pleocytozy, krzywa złotowa ujemna, odczyn *N o n n e - A p e l t a* ujemny. Budowa chorego pykniczna z odcieniem atletycznym.

Badanie neurologiczne, powtarzane kilkakrotnie, począwszy od listopada 1931 r. aż do marca 1932 r., wykazuje odruchy z kończyn górnych bardzo żywe, *J a k o b s o n + R o s s o l i m o* górny, lewy żywszy od prawego. Odruchy brzuszne zachowane, odruchy kolanowe wybitnie wzmożone, lewy żywszy od prawego, *R o s s o l i m o* z 4-ch palców i z palucha po stronie lewej. Odruchy podeszwowe: z prawej strony słaba fleksja plantarna 4-ch palców, arefleksja palucha, z lewej arefleksja zupełna. Poza wymienionymi odruchów patologicznych brak.

W przypadku powyższym mamy przed sobą wybitnie rozwinięty zespół paranoidalny z bogatymi urojeniami i zwłaszcza omamami. Jako czynnik exogeniczny mogłaby zrazu wchodzić w rachubę kiła, jednakże zarówno czas powstania infekcji kilowej i zmian psychicznych, jak i brak wszelkich objawów biologicznych, czynią przypuszczenie to mało prawdopodobnym. Podczas całej obserwacji klinicznej utrzymuje się bez przerwy zespół neurologiczny, złożony z wzmocnienia odruchów ścięgienowych oraz odruchu *R o s s o l i m o*, przy częściowej arefleksji podeszwowej.

III. S. Ch. lat 21. Była zawsze cicha, zamknięta w sobie, uparta. W rodzinie psychoza poporodowa u ciotki matki. Ojciec schizoid. Jedno z rodzeństwa zmarło na gruźlicę. Chora zmieniła się od 4-ch lat, stała się obojętna, apatyczna, śmiała się bez przyczyny. Coraz trudniej było jej pracować. Jako służąca, nie mogła wytrzymać w żadnym miejscu dłużej, niż jeden miesiąc. Od 3-ch miesięcy pogorszenie: ucieka z domu, krzyczy, wymyśla, mówi, że słyszy głosy, że jej się coś zwiduje. Na ostatniej służbie nawymyślała swojej pani i uciekła sama z letniska. Usiłowała poderżnąć sobie gardło, poczem wyskoczyła z I-go piętra. Żadnej choroby gorączkowej w przeciągu ostatnich lat nie przechodziła, w szczególności żadnego stanu śpiączkowego.

W klinice chora zachowuje się z dużą obojętnością, którą kiedy niekiedy urozmaica śmiech pusty i nieumotywowany. Na pytania daje odpowiedzi najczęściej zupełnie nieodpowiednie, t. zn. bez związku z pytaniem, albo też puste, bezmyślne, ogólnikowe. Np. twierdzi, że już wyzdrowiała. Z jakiej choroby? Odpowiedź: ja nic nie wiem. Ja tylko wiem, że jestem na świecie. Ile lat miała, jak wyszła ze szkoły? Nie wie. Śmieje się(?) — „Bo takie buty z cholewami” 7 × 7? 12. 3 × 4? Tego to ja nie wiem. Zaśmiewa się. Częste zamknięcia. Kiedy przypada Boże Narodzenie? — „W jakim roku?” Co to sumienie? — „Z grzechu wyspowiadanie”. Więc spowiedź i sumienie to samo? — „To samo”. Jakie zna rzeki? — „Zdrojowa się nazywa”. Śmiech.

Już nie wie, co ma robić ze sobą, ze swoim życiem, już nie może stale się męczyć. Swoje próby samobójcze wyjaśnia z trudnością, zrazu się śmieje, mówi, że jej dobrze jest, czemu ma być źle, wreszcie przyznaje, że była zła na brata, nie mogła być w domu, nie wiedziała, o co się rozchodziło, nie wie, od kogo zależała: od siebie, czy od niego. Mimo to wszystko oświadcza, że z I-go piętra zleciała, bo była niewyspana. Potem znów mówi, iż głupio zrobiła, że nie

skoczyła z III-go piętra — śmieje się. Wszyscy w domu na nią „zryżają”. Zryżają? — „Jak ktoś kogoś nie lubi, to zryża na niego”. Krótką łatwą powiastkę opowiada zupełnie fałszywie, bez żadnego sensu i składu. Pokazane sobie obrazki ujmuje w sposób wybitnie niedokładny, dopiero po dłuższym przyglądaniu się i naleganiu ze strony badającego udaje się ją nakłonić do mniej lub więcej dokładnej wypowiedzi. Przy tem wykazuje persewerację.

Badanie cielesne wykazuje: kościec delikatny, twarz leptosomiczną, kąt międzyżebrowy zbliżony do prostego. W narządach wewnętrznych brak zmian, odczyn *W a s s e r m a n n a* w krwi i w płynie m. rdz. ujemny, odczyn złotowy i inne odczyny chemiczne ujemne, białka 0,1, elementów komórkowych 4/3.

Badanie neurologiczne. Odruchy z kończyn górnych żywe, *J a k o b s o n* obustronny. Odruchy brzuszne zachowane, odruchy kolanowe obustronnie wzmożone. Po stronie lewej przy uderzaniu w okostną piszczeli, począwszy od 2/ 3 dolnych powierzchni podudzia, otrzymuje się odruch fleksji podeszwowej stopy. Odruchy *A c h i l l e s a* żywe, stopowstrząsu brak. Odruchy podeszwowe: po stronie lewej lekkie zgięcie podeszwowe wszystkich palców, po stronie prawej arefleksja palucha. Obustronny odruch *R o s s o l i m o* ze wszystkich palców, z lewej strony wyraźniejszy, niż z prawej. Przy badaniu na odruchy *O p p e n h e i m a i G o r d o n a* stwierdza się obustronne powolne zgięcie 4-ch palców, przy wachlarzowatym ich ułożeniu, nieruchomość palucha po chwilowej fleksji grzbietowej. Różnica w zachowaniu się palucha i 4-ch palców występuje zwłaszcza po stronie lewej, nieruchomość palucha utrzymuje się tutaj niekiedy przez czas dłuższy, w wyraźnym przeciwieństwie do 4-ch palców. Odruch ten występuje niekiedy drugostronnie, mianowicie, z prawej na lewą, nigdy odwrotnie. Przy ucisku zewnętrznej powierzchni łydki w dolnych odcinkach występuje powolne, coraz energiczniejsze zgięcie wachlarzowate 4-ch palców, które trwa tak długo, jak ucisk.

Przypadek ten możemy określić jako schizofrenia prosta z odcieniem hebefrenicznym. Proces chorobowy doprowadził tutaj do wybitnych ubytków uczuciowych i myślowych. Pierwiastków egzogenicznych doszukać się tutaj nie możemy. Obraz neurologiczny wykazuje symptomatologię dość bogatą, gdyż poza wzmocnieniem odruchów kolanowych i obustronnym odruchem *R o s s o l i m o* spotykamy szczególne objawy odruchowe, które po części możnaby określić jako odruch łydkowo-palcowy.

IV. W. G. lat 33, w klinice od marca 1931 r. Jeden brat chorował psychicznie. Nie była uparta, natomiast zamknięta w sobie, spokojna, pracowita. W szkole uczyła się dobrze. Przez 12 lat pracowała na forcie Bema. Od 20.X.30 r. po wybuchu na forcie przez dwa dni nie prawie nie mówiła, płakała, widziała na ulicy trupy, słyszała głosy, zdawało się jej, że matka nie żyje, a w mieszkaniu pochowano żyda. W klinice wykazywała zrazu objawy depresyjne, urojenia grzeszności zaznaczone, nieskrystalizowane. Halucynowała słuchowo. Prędko zaczęła wypowiadać urojenia przesładowcze, o charakterze absurdalnym, np. mówiła, że ją otruli gazem, ona tego nie widziała, zrobili taką zabawkę, ukryli ją w śmietniku, potem zabili. Wcześniej też zaczęły występować zaburzenia o charakterze paralogicznym, bezsensowność w układaniu szeregów pojęciowych. Np. części świata: Ameryka, Lublin, Warszawa. Miasta w Polsce: Lublin, Ameryka, Francja, Plac Kercelego, Witkowskiego, Kraków, Maków, Czerniaków. Podobne zaburzenia istnieją i obecnie, nawet, kiedy chora pozornie stara się utrzymać ład w wypowiedzianym szeregu, zdarzają się jej wyskoki w rodzaju: owoce: jabłka, gruszki, śliwki, winogrona, ciastka. Urojenia mają charakter absurdalny. W uchu tkwi

zapalka, widziała przez ścianę, że śledź chciał ją zjeść, ona go dotykała. Urojenia prześladowcze trwają nadal. W domu chciano chorą otruć, w łóżku leżał z nią jakiś umarły mężczyzna i napuścił jej do ucha plwociny. Głosy prześladowczą chorą nadal. Okresy silnego podniecenia, naprzemian z okresami dużej obojętności.

Dane badania somatycznego uległy w przeciągu pobytu chorej w klinice pewnym zmianom. Na początku stwierdzono tarczycę nieco powiększoną, gałki oczne nieznacznie uwypuklone, płuca — osłuchowo wydłużenie wydechu nad szczytem ze wzmoczeniem drżenia głosowego. Badanie płynu m. rdz., wykonane 16.III.1931 r., wykazało odczyn *W a s s e r m a n n a* ujemny, *P a n d y + N o n n e - A p e l t* ślad, elementów 42/3, odczyn złotowy ujemny, badanie na prątki *K o c h a* ujemne. Badanie płynu, wykonane 19.I.1932 r., wykazało elementów 6/3, *N o n n e - A p e l t* ślad, złoto —. *W a s s e r m a n n e* w krwi ujemny.

Badanie neurologiczne na początku pobytu chorej, prócz bardzo żywych odruchów nic szczególnego nie wykazało, w szczególności brak objawów oponowych. Odruchu *R o s s o l i m o* wówczas nie badano. Badanie obecne 4.12.31 wykazuje: odruchy kolanowe wybitnie wzmożone, o długim trwaniu, o typie, przypominającym płasawicę. Prawostronny *B e r n h a r d - S c h r i j v e r* daje się wywołać z całego podudzia. *R o s s o l i m o* —. Badanie 15.I.32 r. oprócz objawów powyższych wykazuje prawostronny objaw *R o s s o l i m o*, odruch łydkowo-palcowy po lewej stronie wyraźny, po prawej zaznaczony, *O p p e n h e i m - 0*.

W przypadku tym stan psychiczny przedstawia obraz daleko posuniętego procesu schizofrenicznego z zaburzeniami uczuciowymi i myślowymi, z urojeniami i omamami. Pewne dane badania internistycznego łącznie z obrazem płynu mózgu-rdz. nasunęły przypuszczenie schizofrenii objawowej na tle przewlekłej sprawy gruźliczo - oponowej¹⁾. Tymczasem obraz płynu zmienił się w kierunku normy. Zespół neurologiczny występuje obecnie wybitnie, na uwagę zasługują odruchy kolanowe o charakterze płasawicznym oraz szereg odruchów patologicznych. Objawów oponowych brak było przez cały czas obserwacji klinicznej, jako też objawów egzogenicznych w obrazie psychicznym.

V. S. S. lat 22, ojciec matki alkoholik, brat ojca — *suicidium*. Chory w dzieciństwie na skutek przestradchu przechodził konwulsje. Uczył się średnio. Z usposobienia dość żywy, dość rozmowny, trochę skryty, nieco nieśmiały, uparty. Od roku czuł się niedobrze, skarżył się na bóle głowy, czuł, że mu się w głowie szarpało, były to bóle głowy, które zaczynały się od czoła, szły do potylicy. Czasem przechodziły na oczy, i wtedy miał wrażenie, że oczy oddaliły się od mózgu, i że patrzy samemu oczami. Oznaczało to że widział przedmiot, ale po zamknięciu oczu nie mógł go sobie wyobrazić. Ten zanik wyobraźni dokuczał choremu coraz bardziej i stanowił obecnie jeden z głównych objawów chorobowych. Chory, który przedtem mógł sobie wszystko przedstawić w żywych barwach, a gdy wychodził z domu i był przejęty czymś, co się tam działo, to dorabiał sobie w wyobraźni żywo co się mogło zdarzyć dalej po jego wyjściu, obecnie nie mógł sobie plastycznie wyobrazić najprostszego rzeczy. Chory stracił możliwość pracy, nie mógł się na niczem skoncentrować. Co robił, robił mechanicznie, od niechcenia, czuł „jakiś obłąd”. „Wszystko ma niepołączone. Ruch oddzielny i myśl oddzielnie. Czuje nawet nad czołem takie znużenie, jak gdyby myśl chciała się połączyć ze wzrokiem”. Ostatnio zaczęły występować stany lęko-

¹⁾ Por. *W i c h e r t*. O psychozach objawowych na tle przewlekłego zapalenia opon etc. Rocznik Psychjatryczny XI. 1929.

wie i urojenia prześladowcze. W nocy miał być na chorego podpisany wyrok śmierci. Chory uważa się za skazanego na zagładę, prosi o przebaczenie win, lęka się odpowiedzialności za zbrodnię onanizmu. Pytanie profesora co do bólu w kościach wywołuje w nim myśl, że profesor chciał, żeby on się przejął i umarł. Ostatnio chory zaczął odmawiać przyjmowania pokarmu i przestał mówić. Omamów wyraźnych nie spotrzegano, paralogii nie wykazuje.

Badanie somatyczne. Chory o budowie leptosomicznej. Narządy wewnętrzne bez zmian. *Status* neurologiczny: w lutym 1932: odruchy okostnowe z kończyn górnych wzmożone, lewy żywszy, niż prawy. Odruchy kolanowe wzmożone, lewy wywołuje się z okostnej piszczeli. Odr. *A c h i l l e s a* żywe, stopowstrząsu brak. Odr. łydkowo-palcowy — zero. *R o s s o l i m o* po lewej stronie wyraźny.

Badanie z dnia 7 kwietnia 32 r. (w międzyczasie chory wpadł w stan substuporowy, przestał mówić i zaczął odmawiać pożywienia) wypadła całkowicie ujemnie. W 5 dni później przy niezmienionym stanie psychicznym badanie neurologiczne wykazuje znów objawy takie same, jak przy pierwszym badaniu.

W przypadku tym mamy przed sobą osobnika o konstytucji leptosomicznej, u którego proces schizofreniczny przebiega powoli i zrazu bardzo dyskretnie, w kierunku wyraźnej abiotrofji, osłabienia aktywności psychicznej i ubytków uczuciowych. W przebiegu sprawy chorobowej występuje znany nam już zespół neurologiczny, który przy całej swojej wyrazistości ma charakter niestaly.

(Dok. nast.)

Ostry zakrzep tętnicy wieńcowej.

Studjum kliniczne.

Podał

M. BURAK (Wilno — czasowo Wiedeń).

Liczne obserwacje kliniczne, poparte dokładnymi badaniami elektrokardiograficznymi, umożliwiły ściśle wyodrębnienie spośród zespołu objawowego „*anginae pectoris*” postaci chorobowej, będącej następstwem ostrego zakrzepu jednej z gałęzi tętnicy wieńcowej. Rozpoznanie ostrego zakrzepu wieńcowego, jak twierdzi *S c h e r f*, tłumaczy nam znacznie więcej niż rozpoznanie „*anginae pectoris*”; w następstwie ostrego zakrzepu wieńcowego mamy do czynienia ze ściśle charakterystycznym obrazem klinicznym o znanym podłożu anatomo - patologicznym, w którym ból, a więc *angina pectoris* może odsunąć się na dalszy plan lub wogóle brakować. Z tego powodu należy określeniem „*angina pectoris*” nazywać tylko tego rodzaju napady, z których można wyłączyć charakterystyczny obraz ostrego zakrzepu wieńcowego.

W większości przypadków ulega zaccopowaniu *r. descendens a. coronariae sinistrae*, powodując powstanie zawału w zaopatrywanej przezeń części mięśnia sercowego, a więc na przedniej powierzchni komory lewej, bliżej koniuszka (*L e v i n e i* inni).

Wiek chorych, ulegających ostremu zakrzepowi wieńcowemu, zaczyna się przeważnie powyżej 45 — 50 lat, z wyraźną przewagą osobników starszych. Tak *L e v i n e* przyjmuje jako wiek przeciętny w swoich 143 przypadkach 57 — 58 lat. Niezbyt rzadko występują zakrzepy wieńcowe u osobników znacznie młodszych. *S m i t h i B a r t e l s* znaleźli w piśmiennictwie 21 przypadków, dotyczących osobników w wie-

ku między 12 i 35 laty, u których podczas autopsji potwierdzono rozpoznanie ostrego zakrzepu wieńcowego.

W stosunku do płci zaznacza się ogromna przewaga mężczyzn. *Bramesell* wyraża ten stosunek liczbą 3 : 1; *White i Bland* na 200 przypadków zawału serca znaleźli tylko 18% kobiet; *Cornner i Evelyn* w swojej statystyce podają 15% kobiet.

W większości przypadków wywiad takich chorych zdradza krótsze lub dłuższe istnienie napadów stenokardycznych, przeważnie o coraz większym nasileniu i dłuższym trwaniu bólów w napadzie; najprawdopodobniej stoi to w związku z postępującym zwężaniem się miażdżycowo zmienionej tętniczki wieńcowej, kończącym się zupełnym jej zamknięciem.

Inny wywiad podają ludzie dotychczas podmiotowo i przedmiotowo najzupełniej zdrowi; u nich ostry zakrzep wieńcowy wyzwała pierwszy gwałtowny napad bólów stenokardycznych, określanych jako „*status anginosus*”.

Dla ilustracji obrazu i przebiegu klinicznego świątego zawału serca opisuję 9 przypadków spośród obserwowanych przezemnie na oddziale sercowym I. kliniki wewnętrznej w Wiedniu.

Przypadek 1.

Chory w wieku 44 lat, robotnik, dotychczas zdrowy, od tygodnia cierpiał na napady silnych bólów za mostkiem, połączonych z uczuciem ucisku i strachu. Bóle te zjawiały się po raz pierwszy w czasie chodzenia, następnie zaczęły występować również w zupełnym spokoju, a w ciągu ostatnich kilku dni nie ustępowały ani na chwilę.

W chwili przybycia do kliniki 12.XII.1932 bóle były już mniejsze, niż początkowo. Chory czuł się znacznie osłabiony.

Badanie chorego wykazało: Narządy wewnętrzne bez zmian patologicznych. Tętno przyspieszone 96 na 1'. C. krwi 95/70. T° 37.7°. Leukocytoza 13.900. Mocz 0. Cukier we krwi 125 mg.%. Odczyn *Wassermann* ujemny. Szybkość opadania krwinek 70 mm w ciągu 1 godziny wg. *Westergrena*.

Elektrokardjogram: *Sinus Rhythmus*, normalne QRS zespolony, odcinek „S—T” przebiega nieco powyżej linii izoelektrycznej, odchodząc od ramienia zstępującego „R” w odprowadzeniu II. Wychylenie „T” we wszystkich odprowadzeniach normalnie wykształcone.

Dalszy przebieg choroby przedstawia się bardzo pomyślnie. Ucisk za mostkiem ustępuje w ciągu paru dni, gorączka po 5 dniach litycznie spada do normy. Na własne żądanie chory opuszcza klinikę 22.XII. C. krwi podniosło się do 110/70, szybkość opadania krwinek 46 mm. (W chwili ustąpienia ciepłoty szybkość opadania wynosiła 76 mm). EKG, pisany tegoż samego dnia, wykazał: *Sinus Rhythmus*; łukowaty przebieg odcinka „S—T” i odwrócone wychylenie „T” (*coronary T*) w odprowadzeniu I; podniesione odejście od ramienia zstępującego „R” odcinka „S—T”, jak poprzednio, w odprowadzeniu II.

Zestawienie:

Przypadek 1. dotyczy chorego, u którego ostry zakrzep wieńcowy rozwinął się z szybko postępującego zwężenia małej gałązki tętnicy wieńcowej. W następstwie zakrzepu gorączka, leukocytoza, przyspieszenie szybkości opadania krwinek. Przypadek należy do łagodnych z powodu pomyślnego przebiegu choroby i szybkiej poprawy. W elektrokardjogramie występują zmiany charakterystyczne dla świeżego uszkodzenia mięśnia sercowego.

Przypadek 2.

Chory w wieku 53 lat, lekarz, obudził się przed 3 dnia-

mi w nocy z powodu rozsadzających bólów uciskających za mostkiem. Po krótkim czasie bóle te zaczęły promieniować w kierunku ramienia lewego oraz lewej połowy szyi. Znaczne osłabienie. Z powodu utrzymywania się bólów chory przybywa 18.VIII.1932 do kliniki.

Badanie wykazało: Blady, nieco siniczy chory. Narządy wewnętrzne bez większych odchyłań. Tętno słabego wypełnienia, 100 na 1', pojedyncze ekstraskurcze. T° — 36.5°. C. krwi 115/90. Leukocytoza 7900. Mocz 0. Cukier we krwi 121 mg.%. Odczyn *Wassermann* ujemny.

Elektrokardjogram: *Sinus Rhythmus*, niskie wychylenia QRS zespolony, głębokie Q w I. odprowadzeniu. W tem samym odprowadzeniu odcinek „S—T” przebiega znacznie podniesiony względem linii zerowej, łukowato do góry uwypuklony, odchodząc od ramienia zstępującego „R”; wychylenie „T” zlewa się z odcinkiem „S—T” (*typ Paradee*). W odprowadzeniu II. odcinek „S—T” podobnie zmieniony, lecz mniej wyniesiony do góry. W odprowadzeniu III. odcinek „S—T” odchodzi od „S” znacznie poniżej linii zerowej, łukowato do dołu uwypuklony. Wychylenie „T” w II. i III. odprowadzeniu wyraźnie wykształcone.

W dalszym przebiegu choroba wykazała nadzwyczaj ciężki obraz. Chory cierpiał w ciągu kilku tygodni na częste napady stenokardyczne o różnym nasileniu i trwaniu; czasem bóle lokalizowały się atypowo w ramieniu lewym. Osłabienie, bezsenność, brak łaknienia. Wreszcie w kilka dni po przybyciu chorego rozwinęła się ciężka niedomoga serca: sinica, duszność przy poruszaniu się, znaczne przygłuszenie tonów serca, co mogło nawet przemawiać za przejściowym zjawieniem się płynu w osierdziu; tętno źle wypełnione, znacznie przyspieszone (100—110 na 1'). W ciągu trzech dni występowały zaburzenia rytmu w postaci licznych ekstraskurczów. Elektrokardjogram wykazał różnokształtność tych ekstraskurczów, co może być jedynie następstwem uszkodzenia mięśnia sercowego lub zatrucia narkotyczną. C. krwi zaczęło spadać z 115/90 w chwili przybycia do kliniki do 80/60 — 70/55, przez dłuższy czas utrzymywało się na wysokości 90/70 i dopiero po 5 tygodniach podniosło się do 115/75. Ciepłota przez cały czas normalna.

Elektrokardjogram pozostawał w ciągu 2 tygodni bez zmiany, następnie zmienił się w sposób następujący: *Sinus Rhythmus, Dextrogramm*. Wychylenie QRS zespolony większe, niż poprzednio. Odcinek „S—T” odchodzi wysoko i przechodzi w odwrócone wychylenie „T” w I. odprowadzeniu. W odprow. II. odcinek „S—T” odchodzi nieco powyżej linii izoelektrycznej, wychylenie „T” niewidoczne. W odprowadzeniu III. jak 18.VIII. 1932 r.

Pomimo najgorszego rokowania stan chorego poprawiał się. Bóle, bezsenność, prostracja ustąpiły, akcja serca zwolniła się, tętno zyskało na napelnieniu. W chwili wypisania z kliniki 2.X.1932 chory czuł się nieźle, powoli chodził. W elektrokardjogramie naogół, jak poprzednio, jedynie odcinek „S—T” nie przebiega tak wysoko. Wkrótce potem chory przystąpił do wykonywania swego zawodu, a ostatnia kontrola z 22.XII.1932 wykazała stan zadawalający. Wówczas pisany elektrokardjogram wygląda następująco: Głębokie „S” we wszystkich 3 odprowadzeniach; nieznaczne podniesienie odcinka „S—T” powyżej linii izoelektrycznej w I. i II. odpr. oraz odwrócone wychylenie „T” w I. odpr. Wychylenia „T” w innych odpr. normalnie wykształcone.

Zestawienie.

Przypadek 2. dotyczy chorego, który w pełni zdrowia zapada na ostry zakrzep wieńcowy. W następstwie zawału rozwija się szybko ciężka niedomoga serca ze znacznym spadkiem ciśnienia krwi. Brak innych objawów charakterystycznych dla zawału serca. Brak gorączki w przebiegu całej choroby można tłumaczyć silnym i długo trwającym wstrząsem, jakiemu uległ

ustrój. EKG wykazuje zmiany typowe dla dużego zawału (typ P a r d e e). Pomimo najgorszego rokowania, chory poprawia się i obecnie wykonywa swój zawód. Jedynie EKG zdradza pozostałe uszkodzenie mięśnia sercowego.

P r z y p a d e k 3.

Chory w wieku 63 lat, robotnik, dotychczas zupełnie zdrowy, przed tygodniem dostał nagle podczas pracy silnego zawrotu głowy oraz bicia serca. Od tego czasu czuje się osłabiony. Po 5 dniach powtarza się podobny napad o większym nasileniu. Z powodu znacznego osłabienia przybywa chory po 2 dniach, 3.VI.1932 do kliniki. Od wielu lat cierpi chory z powodu osłabienia słuchu.

Badanie wykazało: Nieznaczna rozedma płuc, u podstawy obu płuc pojedyncze drobnobańkowe rżenia. Serce o konfiguracji aortalnej z nieznacznym powiększeniem lewej komory. Zlewa w okolicy przymostkowej wysłuchuje się szmer tarcia osierdzia. Tętno 100 ma l', średnio wypełnione. C. krwi 140/80. T° — 38.2°. Leukocytoza 8500 (po 2 dniach powtórzone badanie). Mocz — ślady cukru. Odczyn W a s s e r m a n n a ujemny.

Elektrokardjogram: *Sinus Rhythmus*. Normalnie wykształcone QRS zespoły. Odcinek „S—T” przebiega w I. odpr. nieco powyżej linii zerowej. Wychylenie „T” niskie w odpr. I. i II.

Po kilku dniach chory czuł się całkiem dobrze. Żadnych sensacji bólowych ani razu nie odczuwał. Gorączka w ciągu tygodnia litycznie spadła, szmer tarcia znikł po 5 dniach. 7.VI. wystąpiło nagle migotanie przedsionków o niezbyt częstej liczbie skurczów komór; tegoż samego dnia ustąpiło. Ciśnienie krwi wahało się między 140/80 i 120/80.

W elektrokardjogramie, pisanym po 2 tygodniach, znaleziono: *Sinus Rhythmus*, normalne QRS zespoły oraz wychylenia „T”. Odcinek „S—T” przebiega w odpr. II. poniżej linii zerowej. W chwili opuszczenia kliniki 26.VI.1932 EKG wykazał wyraźne obniżenie odcinka „S—T” poniżej linii zerowej we wszystkich 3 odprowadzeniach.

Z e s t a w i e n i e:

Przypadek 3. dotyczy chorego, który zachorował nagle bez żadnych sensacji bólowych. Szmer tarcia osierdzia, stan gorączkowy, przejściowy cukromocz, oraz ciągła zmienność odcinka „S—T” w EKG przemawiały za rozpoznaniem świeżego zawału. Wystąpienie zakrzepu wieńcowego wywołało prawdopodobnie odruchowe przyspieszenie akcji serca, odczute jako bicie serca w chwili napadu.

P r z y p a d e k 4.

Chory w wieku 55 lat, tragarz, cierpi od 1919 r. z powodu bólów kłujących w okolicy serca, promieniujących do ramienia lewego. Bóle te występują po wysiłkach oraz wzruszeniach. W czasie napadów, trwających około 10 — 20 minut, chory odczuwa duszność, strach, ma zimne poty. Częstość występowania napadów ograniczała się do jednego razu w tygodniu. Ostatnio od 2 tygodni napady stały się coraz częstsze, o większym nasileniu i dłuższym trwaniu. Ostatni napad gwałtownych bólów trwał w ciągu doby i zmusił chorego do udania się do kliniki 2.IV.1932. W klinice bóle zaczęły szybko ustępować, i przez kilka dni pozostało uczucie ucisku w klatce piersiowej.

Badanie nie wykazało większych odchyień od normy. C. krwi 110/75. T° — 38.5°. Mocz 0. Leukocytoza 16.500. Odczyn W a s s e r m a n n a ujemny.

C. krwi spadło w ciągu dwóch dni z 110/75 do 95/65 i powoli po paru tygodniach podniosło się do 125/60. Gorączka ustąpiła litycznie w ciągu 10 dni. Chory odczuwał od czasu do czasu krótkotrwałe bóle i klucie w okolicy serca.

Elektrokardjogram wykazał charakterystyczne zmiany; na początku zanotowano: *Sinus Rhythmus*, normalne QRS zespoły. Odcinek „S—T” w odpr. I. przebiega łukowato, przechodząc w odwrócone wychylenie „T”. W II. i III. odprow. niema żadnych zmian patologicznych. Po 2 tygodniach odcinek „S—T” w I. odpr. uległ znacznemu obniżeniu względem linii zerowej. Wychylenie „T” pozostało odwrócone. W chwili opuszczenia kliniki 27.V.1932 EKG wykazywał te same zmiany.

Z e s t a w i e n i e:

Przypadek 4 dotyczy chorego, który od wielu lat cierpi na *angina pectoris* typu ambulatoryjnego. Ostatni gwałtowny napad wywołany został ostrym zakrzepem wieńcowym. W następstwie tego występuje gorączka, leukocytoza, spadek ciśnienia krwi oraz charakterystyczne zmiany elektrokardjogramu w postaci „c o r o n a r y” T.

P r z y p a d e k 5.

Chory w wieku 66 lat, stolarz, dotychczas zdrowy, obudził się w nocy z 13 na 14 listopada 1932 z powodu gwałtownego ucisku w klatce piersiowej oraz klucia w plecach. Bóle te promieniowały do ramienia lewego, uniemożliwiały oddychanie i były połączone z obawą śmierci. Tegoż samego dnia w klinice bóle nie zmniejszyły się i dopiero po upływie następnego doby ustąpiły, zostawiając ucisk w klatce piersiowej.

Badanie wykazało: nieznaczna rozedma płuc. Aortalna konfiguracja serca z powiększeniem lewej komory, ciche tony serca. Tętno 80 na l'. C. krwi 180/95. Nadmierna wrażliwość skóry w okolicy podobojczykowej lewej. T° — 37°.

Mocz — cukier 0,2% (15.XI. cukier znikł). Cukier we krwi 178 mg.%. Leukocytoza 7800. Odczyn W a s s e r m a n n a ujemny.

Ciepłota podnosi się 15.XI do 38,5°, litycznie w ciągu 8 dni spada do normy. Pomimo dobrego samopoczucia chorego c. krwi spadło po dwóch dniach z 180/95 do 130/75 i dalej do 105/60, 21.XI podniosło się znów do 130/75, pozostając na tej wysokości aż do chwili opuszczenia kliniki 20.XII.1932.

Wielka zmienność form w elektrokardjogramie zwraca na się uwagę:

14.XI: *Sinus Rhythmus*. Laevogramm. Normalne QRS zespoły. Odcinek „S—T” przebiega w odpr. II i III powyżej linii izoelektrycznej, odchodząc od „S”. Wychylenia „T” normalnie wykształcone we wszystkich 3 odprowadzeniach.

15.XI: QRS zespół w odpr. II. posiada duże wychylenie „S” (jest zwrócony do dołu), staje się rozszczepiony. Odcinek „S—T” przebiega w linii zerowej. Głębokie odwrócenie wychylenia „T” w odpr. II. i III.

18.XI: Wychylenie „T” w odpr. II. staje się znowu dodatnie.

28.XI: Wychylenie „T” w odpr. II. odwraca się ponownie. Elektrokardjogram, w ten sposób wyrażony, utrzymuje się aż do chwili wypisania chorego.

Z e s t a w i e n i e:

Przypadek 5. dotyczy chorego, u którego ostry zakrzep wieńcowy wywołał cukromocz, gorączkę oraz wielką zmienność odcinka „S—T”, a głównie wychylenia „T” w elektrokardjogramie. Możliwe jest podniesienie się c. krwi w chwili napadu do 180/95, gdyż po spadku jego do 105/60, w dalszym przebiegu podniosło się ono tylko do 130/75. Zadawałający stan ogólny chorego i szybka jego poprawa powinny być właściwie spowodować dalszy wzrost ciśnienia krwi, a jego utrzymywanie się na wysokości 130/75, może oznaczać, iż ta liczba wyraża normalne ciśnienie krwi chorego, zaś 180/95 było wynikiem chwilowego podniesienia c. krwi w chwili wystąpienia ostrego zakrzepu.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe poglądowe

Zakażenia dodatkowe w świetle badań doświadczalnych i klinicznych.

Podala

G. ABERDAM-SELLIGOWA (Warszawa).

Gruźlica, jak wiadomo, jest ciągłą walką ustroju z zarazkiem. Na przebieg tej walki i ostateczny jej wynik mają wpływ najrozmaitsze czynniki: przede wszystkim indywidualna odporność organizmu (w tem zapewne i stan układu roślinnego), następnie wiek, warunki mieszkaniowe, choroby wyczerpujące, przejścia psychiczne, stan odżywiania i t. d. Są to przeważnie czynniki dodatkowe, które, wprawdzie, czasem wysuwają się na plan pierwszy, przebieg jednak gruźlicy w swej niezmienności, poczawszy od zespołu pierwotnego, poprzez generalizację i suchoty izolowane, zależy od działania pierwszego prątka, zakażającego ustrój, i wywołującego jego przestrojenie w tem znaczeniu, że na następne zetknięcie się ustroju z tym samym antygenem, t. zn. z prątkami ustrój odpowiada w sposób odmienny, w sposób swoisty, i od zakażeń nowych, dodatkowych.

W odniesieniu do gruźlicy stwierdził to pierwszy Robert Koch w 1891 roku swoją zasadniczą próbą, która przedstawia się następująco: jeśli zaszczenić zdrowej śwince czystą hodowlę prątków (w ilości 0,1 mg), to ranka ta z początku się zasklepia, dopiero w przeciągu 10 — 14 dni powstaje powoli mały, twardy guzek, który się rozpada, i tworzy się owrzodzenie, nie mające tendencji do gojenia się. Sąsiednie gruczoły chłonne ulegają zakażeniu, ostrych objawów ogólnych brak. Gdy się natomiast to szczepienie przeprowadza odpowiednią dawką u świnki już chorej sześć tygodni po pierwszym szczepieniu, następnego już lub trzeciego dnia, wśród gwałtownych objawów ogólnych skóra w miejscu szczepienia staje się twarda i ciemna na większej przestrzeni o średnicy 1 cm. W najbliższych dniach przestrzeń ta ulega martwicy i odpada, tworząc płaskie owrzodzenie, które się zwykle goi szybko i trwale.

Próba Kocha stwierdza odmienny wygląd i przebieg pierwszego zakażenia i zakażenia dodatkowego.

Wedle Kocha zmiany w zakażeniu dodatkowym występują wcześniej, są rozleglejsze, nie są guzkowate, polegają raczej na martwicy skóry, goja się szybciej, a sąsiednie gruczoły nie ulegają zmianom. Różnice te są przede wszystkim ilościowe, bo tak w pierwszym zakażeniu jak i dodatkowym powstaje wysiek, złożony z białych ciałek, potem dopiero bujają stałe komórki tkankowe. P a g e l widzi w próbie Kocha nie tylko różnice ilościowe. U zwierzęcia alergicznego białe ciała tworzą ropowicę, tkanka zawsze obumiera, prątki szybko znikają, a gdy pojedyncze dołały wnikać w otoczenie, powstaje dookoła nich

tkanka gruźlicza, natomiast u zwierzęcia zdrowego ciała białe tworzą ropień, którego ucisk wywołuje następczą martwicę i przebicie ropnia, a prątki utrzymują się tygodniami i z początku nawet się rozmnażają, aż do chwili, gdy zaczynają bujać stałe komórki tkankowe.

Spostrzeżenie Kocha, że miejscowy odczyn „inaczej” wygląda u świnki chorej, niż u zdrowej zostało z początku odrzucone przez Falka i Roloffa, przez histologów Helmholtza, Tojofuku, Jaffego, Loewensteina i Grunberga. Otrzymali oni przy zakażeniu dodatkowym zawsze ropień, podobnie jak przy pierwszym zakażeniu, i przeważnie stwierdzali tylko różnice ilościowe, lub różnice w szybkości przebiegu. Sprzeczności te tłumaczy Römer niezachowaniem warunków doświadczalnych Kocha, tak co do czasu drugiego zakażenia, jak i wielkości dawki.

Lewandowski uzupełnił próbę Kocha badaniami mikro-anatomicznymi. Otrzymał on zapomocą wśródskórnych zastrzykiwań przy pierwszym zakażeniu wiotkie nacieki z białych ciałek, zawierające dużo prątków, a przy zakażeniu dodatkowym gruzelki o swoistej budowie, ubogie w prątki.

Te same wyniki mieli Kortweg i Löffler, używając do zakażenia dodatkowego grubej zawiesiny prątków. Także histologiczna kontrola próby Kocha w jej oryginalnej formie oraz badania Kruzusa, Schiecka i Igersheimera, i rentgenologiczne badania płuc królików Haskinsa i Willarda są potwierdzeniem próby Kocha.

Dembinski wykazał, że reakcja tkanek przy pierwszym zakażeniu i dodatkowym jest wyraźnie inna. U zwierząt alergicznych wcześniej zaczyna się fagocytoza ze strony komórek jedno- i wielojądrazstwych, niż u zwierząt normergicznych, a stałe komórki tkankowe też szybciej bujają, tworząc gruzelki.

Ilościowe stosunki próby Kocha uwzględnił pierwszy Hamburger i Römer. Römer, używając do zakażenia tak pierwszego, jak i dodatkowego najmniejszej ilości żywych prątków, stwierdził brak albo znikomość zmian makroskopowych przy tego rodzaju zakażeniach dodatkowych, czyli zupełną niewrażliwość. Nie przeprowadził on jednak badań mikroskopowych. U owiec przy użyciu tak małych dawek stwierdzał obok przeczulicy odporność, bo po krótkim okresie przeczulicy cofało się i goiło ognisko pierwotne. Klinicznie objawia się to w ten sposób, że zwierzęta, pierwszy raz zakażone, ginęły wśród objawów prosówki, przyczem temperatura w okresie przedśmiertnym powoli narastała, natomiast u zwierząt, dodatkowo zakażonych, w następstwie zakażenia dodatkowego temperatura szybko się podnosiła, po jakimś czasie krytycznie opadała, i sprawa się goiła. U zwierząt, dodatkowo zakażo-

nych, stwierdzał R ö m e r dość często wysztanowane jamy, których czas wystąpienia zgadzał się z zakażeniem dodatkowym, tak, że nie mógł ich odnieść do pierwszego łagodnego zakażenia. Powstanie tych jam tłomaczy R ö m e r w ten sposób, że w okresie przeczulicy powstaje skutkiem autotuberkulinizacji, wywołanej zetknięciem się antygeny z przeciwciałem, silne zapalenie okołogniskowe, które serowacieje, rozmięka i zostaje wydalone. Zapalenie więc okołogniskowe, serowacenie i rozmiękanie są wtórnymi reakcjami tkanki na działanie prątków, są reakcjami allergicznymi. I rzeczywiście gdy się szczepi serowaty ludzki materiał w kieszonki skórne zwierząt chorych i zdrowych, jak to zrobił P a g e l, to po 5-ciu dniach u zwierząt zdrowych materiał ten jest utrzymany i otoczony ropą, a u zwierząt allergicznych jest rozmiękły, częściowo wessany, ropienia niema. Los rozmiękłego ogniska zależy od stanu allergji; im silniejsze jest zapalenie okołogniskowe, tem szybciej rozmiękłe ognisko zostaje wydalone, i powstają jamy, otoczone zdrową tkanką płucną. Gdy wrażliwość jest zmniejszona, powstają nieregularne jamy, otoczone serowatozapalną tkanką. Pośrednie miejsce zajmują jamy, dookoła których powstają coraz nowe pierścienie tkanki łącznej. Badania H a m b u r g e r a wykazały, że przy użyciu d u ż y c h dawek następuje szybko śmierć zwierzęcia, a więc zniwelowanie uodnarniającego działania prątków, a nawet przeczulica, czyli odwrotny biegun odporności.

K o c h, a za nim R ö m e r, L o e w e n s t e i n, W e l e m i ń s k i i K r a u s tłomaczają odmienny przebieg zakażenia dodatkowego zjawiskiem odporności. Zniszczenie prątków przy zakażeniu dodatkowym odbywa się wśród ostrych objawów ogólnych, których brak nawet przy silnym pierwszym zakażeniu, miejscowo powstaje silny wysięk toksyczny, który może zupełnie zniknąć, tkanka zaś swoista o ile wogóle powstaje, to dopiero później. Podobne objawy widzi się, gdy w doświadczeniu użyje się zamiast prątków tuberkuliny, a więc mamy tu do czynienia z wrażliwością na tuberkulinę wskutek odmiennego oddziaływania ustroju, już raz zakażonego. To odmiennie oddziaływanie, ta allergja objawia się nietylko w odporności i tworzeniu tkanki gruźliczej, ale także w reagowaniu tkanki zapaleniem toksycznym na rozpad prątków. Objawy toksyczno-zapalne są najwyraźniejsze dookoła ogniska, które jest stale przesiąknięte jadami. Doświadczenie K o c h a uczy też, na co zwrócił uwagę L e w a n d o w s k i, że swoista tkanka powstaje dopiero wtedy, gdy wytworzyła się swoista allergja, i gdy prutki zaczęły się rozpadać pod wpływem swoistych przeciwciał. Za każdym razem, gdy w ognisku powstaje więcej jądów, tkanka swoista zostaje pokryta nowym wysiękiem i na tem polegają rzuty w gruźlicy.

Ze próba K o c h a polega na zjawisku odporności, wnioskuje L e w a n d o w s k i z tego, że w bliznach, powstałych po zakażeniu dodatkowym, po 7-miu tygodniach znajdował prutki, które następnie w ciągu 3-ch miesięcy zupełnie ginęły. S e l t e r jednak nie znajdował prątków

po 3-ch miesiącach także w bliznach, powstałych po pierwszym zakażeniu, tak że ich obecność lub brak możnaby tłomaczyć jedynie tem, czy istnieją miejscowe warunki dla ich rozwoju, czy też nie.

K a l b f l e i s c h, który prześledził przebieg zakażenia dodatkowego w skórze, sieci i spojówce gałkowej królików, używając do zakażenia dodatkowego dużych dawek, doszedł do wniosku, że próba K o c h a nie występuje u królików lekko chorych, tylko u ciężko chorych, co się zgadza z dawno zrobionem spostrzeżeniem, że swoista wrażliwość na tuberkulinę występuje regularnie dopiero wtedy, gdy z ogniska pierwotnego sprawa się już uogólniła. K a l b f l e i s c h nie uważa zmian, wywołanych tak przy pierwszym zakażeniu, jak i zakażeniu dodatkowym za swoiste dla gruźlicy, bo można je spostrzegać u zwierząt, u których do pierwotnego zakażenia użyto prątków zabitych, a więc białka bakteryjnego (L a n g e r, B o q u e t, N é g r e) i pozostaje według niego do zbadania, czy te reakcje można uzyskać zapomocą innych ciał chemicznych, a nie prątków i ich białka. Nie uważa próby K o c h a za reakcję odpornościową, bo u zwierzęcia chorego nie zauważył innego działania na prutki, niż u zdrowego. Znalazł tylko różnice ilościowe, polegające na tem, że u zwierząt zdrowych w miejscu zastrzyknięcia, krążenie się zwalniało na skutek rozszerzenia naczyń i prowadziło do przepacania się komórek i małej ilości surowicy, — a u zwierząt chorych zaburzenia w krążeniu były wyraźniejsze, tworzył się formalny zastój. Odmienny przebieg i wygląd zakażenia dodatkowego jest więc tylko pozorny. Tłomaczy się on różnicą pobudliwości nerwów naczyniowych, które pod wpływem zakażenia same zmianom nie ulegają, tylko odmiennie przewodzą podniety z ośrodków do tkanek. Zakażenie dodatkowe wywołuje specjalny stan allergji, wyrażający się przeczulica, większą obroną organizmu i wyższą przemianą materji. Skoro więc w tkankach zwierzęcia chorego niema innych zmian, niż u zdrowego i w dodatku nie udało się dotychczas wykazać metodami serologicznymi lub fizykochemicznymi specjalnych ciał, należy, zdaniem K a l b f l e i s c h a, wykreślić z gruźlicy pojęcie odporności, należy przyjąć tylko różnice, zależne od wzajemnego oddziaływania na siebie siły boźcząca i odporności ustroju.

Co do poglądów innych autorów, to H a m b u r g e r nie radzi używać słowa „odporność“ wraz z P i r q u e t e m mówi tylko o odmiennym reagowaniu, o allergji. Z francuskich badaczy C a l m e t t e nie uważa próby K o c h a za odczyn odpornościowy, a W i c h m a n n odrzuca zupełnie pojęcie odporności nabytej, swoistej i uzależnia zarówno przebieg pierwszego zakażenia, jak i dodatkowego od pierwotnych zdolności obronnych organizmu, od pierwotnego usposobienia i zdolności tworzenia przeciwciał. Zastrzykując prutki typu homologicznego ludziom chorym na gruźlicę skóry, zauważył równoległy przebieg zakażenia dodatkowego i skórnoego zespołu pierwotnego tak pod względem makro- jak i mikroskopowym. Nigdy nie występowały ostre objawy ogólne, które stale dają się stwierdzić u

zwierząt doświadczalnych, a martwica i rozpad występowały tylko w przypadkach postępującej gruźlicy skóry, a więc zdaniem *W i c h m a n n a*, nie mogą one być uważane za swoistą obronę organizmu, jak twierdzi *L e w a n d o w s k i*. Doświadczeniami na zwierzętach stwierdził *W i c h m a n n*, że tkanka gruźlicza i typowe gruźelki powstają czasem u zwierząt, u których organizm nie wytwarza przeciwciał, naodwrot w przypadkach dobrotliwych reakcja przebiegała w formie łagodnego zapalenia. Dlatego *W i c h m a n n* nie uznaje biologicznego prawa *L e w a n d o w s k i e g o*, że ustrój odpowiada nieswoistym odczynem zapalnym, jeśli gdziekolwiek w nim rozwijają się prątki, a gdzie bakterje powoli rozpadają się pod wpływem przeciwciał i wyzwalają białko bakteryjne, tam powstają gruźelki i tkanka gruźlicza. Pierwsza część tego twierdzenia nie sprawdza się, wedle *W i c h m a n n a*, przy zakażeniu skóry ludzkiej. *S a t a* przyjmuje, że pierwsze zakażenie małą ilością żywych prątków wywołuje swoiste przestrojenie. Objawia się ono w tem, że następne zakażenie dużą ilością prątków prowadzi do powstania suchot przewlekłych. Robił on te doświadczenia zapomocą witaftyzyny na świnkach morskich. Witaftyzyna jest to proszek, otrzymany przez rozcieranie, długotrwałe ogrzewanie i suszenie prątków, wskutek czego traci on swą żywotność. Przez podawanie doustne lub podskórne tego proszku przez szereg miesięcy wywołuje się u zwierząt charłactwo, martwicę krwotoczną w miejscu szczepienia, a w płucach tak zwane zmiany odpornościowe *S a t y*, polegające na uszkodzeniu naczyń, wysięku dookoła nich oraz bujaniu tkanki łącznej w przegrodach, co prowadzi do zarośnięcia pęcherzyków.

Gdy tak przygotowane zwierzęta szczepi się podskórnie dużą ilością jadowitych prątków, część ich ginie szybciej, niż zwierzęta kontrolne, wśród objawów wysięku ze strony błon surowicznych, gdy się znajdują w pierwszym okresie odporności. Te zaś, które się utrzymują przy życiu, okazują zmiany włókniste w płucach, podobne do zmian, napotkanych w suchotach ludzkich. Jeżeli zamiast witaftyzyny użyć do pierwszego zakażenia małej ilości prątków żywych, wyniki są podobne, tylko szybciej występują i przebiegają. Uodparnianie więc czynne witaftyzyną lub małymi ilościami prątków żywych wywołuje, według *S a t y*, skaze wysiękowa a następnie i łącznotkankową, które mają znaczenie konstytucji przygotowawczej. U człowieka warunkiem powstania suchot sa, zdaniem *S a t y*, wcześniej powtarzające się zakażenia małymi ilościami prątków, które stwarzają specjalną konstytucję.

Z doświadczeń na zwierzętach wynika, że zakażenie ustroju prątkami wywołuje swoiste przestrojenie, swoistą allergię i do pewnego stopnia odporność, która objawia się tem, że zwierzę doświadczalne, lekko zakażone, reaguje na powtórzną większą dawkę, która dla zwierząt niezakażonych jest śmiertelna, schorzeniami poronnymi lub przewlekłymi. Wszyscy jednak badacze sa zgodni, że odporność ta nie jest zupełna, gdyż nie udało się dotychczas doprowadzić do tego, by zwierzęta były odporne na duże dawki prątków, i trwa tylko przez czas niewien. Według *U h l e n h u t a* trwa ona tak długo, jak długo w ustroju znajdują się prątki żywe; zdaniem *L a n g e g o* jeszcze krócej, bo tylko tak długo, jak długo sprawa gruźlicza jest czynna.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze

Farmakologia i Toksykologia.

G. MAILLARD, F. LEVY i A. FIEHRER. **Osutki zależne od pochodnych barbiturowych, szczególnie w przebiegu leczenia padaczki.** (Monde méd. N. 823, 1933).

Wśród objawów, wywołanych przez pochodne barbiturowe, występują na plan pierwszy osutki, mogące nosić charakter odrowy lub płoniczy. Osutkom tym bez względu na ich postać może towarzyszyć świąd, obrzęki i sinica. Osutki błon śluzowych, zwłaszcza jamy ustnej i gardzieli oraz spojówek są dość częste. Osutki trwają zwykle 8 do 15 dni, czasem przeciągają się wskutek następujących po sobie wysiewów. Nawroty należą do wyjątkowych, jeżeli nie zwiększa się dawki w ciągu 15 — 20 dni, czasu, potrzebnego dla nabycia swego rodzaju odporności. Do rzadkich postaci osutek należą: 1) typ mieszany, 2) przypominający różę, 3) poronny, 4) gorączkowy, 5) spóźniony. Dawka leku, jak się zdaje, nie pozostaje w związku z wystąpieniem i natężeniem osutki; odgrywa rolę głównie skłonność osobnicza, poza tem wiek (rzadko po 50 roku życia), płeć (przewaga kobiet), niedomoga wątrobowa i wątrobowo-nerkowa. Osutki mogą się pojawiać albo nadzwyczaj wcześniej u osobników uczulonych na lek, albo później w ciężkich przypadkach masywnego zatrucia, kiedy jest śpiączka, albo w przebiegu leczenia padaczki, zawsze począwszy od 8 do 12 dnia leczenia, przedewszystkiem w dzie-

wiątym i dziesiątym dniu. Objawom skórnym towarzyszyć mogą właściwe objawy zatrucia, które można podzielić na wczesne, późne i bardzo późne. Do objawów wczesnych należą: „upojenie barbiturowe“ w postaci depresji (senność, chwianie się, trudność mówienia) lub podniecenia (euforia, podniecenie myślowe i psycho-motoryczne, nadpobudliwość), śpiączka barbiturowa, próby samobójcze. Objawy późne stanowią barbiturowe bóle mięśniowe. Objawy bardzo późne, które występują jedynie u osób, niedostatecznie nadzorowanych w czasie stałego leczenia gardenalem lub rutenalem, polegają na osłabieniu, ogólnym złem samopoczuciu, senności, braku łaknienia i wymiotach. W razie wystąpienia objawów zatrucia pochodnymi barbiturowymi niema potrzeby zupełnego przerwania leczenia, wystarczy zmniejszyć przepisaną dawkę do połowy lub trzeciej części, zwłaszcza dotyczy to leczenia przeciwpadaczkowego, w którym nie należy czynić przerw. Osutki u chorych, pozostających pod obserwacją, w ogromnej większości przypadków stanowią tylko drobne powikłanie dobrotliwe bez groźby nawrotów.

Henryk J. L a n d a u.

A. SEZARY. **Arsen pięciowartościowy w leczeniu kily.** (Monde méd. N. 820, 1932).

Pomimo swych niebezpieczeństw, których nie należy lekceważyć, ani przesadzać, preparaty pięciowartościowego

arsenu (stowarsol lub spirocid, stowarsol sodowy, treparsol, acetylarzen, arsaminol, tryparsamid) mają w leczeniu przymiotu swe szczególne wskazania, które wynikają nade wszystko z neurotropizmu pewnych ich składników. Należy je stosować w wystarczających dawkach, ani nazbyt dużych, ani zbyt małych. Niewolno ich bezwzględnie używać u osób, którzy wykazują przeciwwskazania do nich (uprzednie zmiany nerwu wzrokowego, zupełnie pewne schorzenia nerwowe np. wrodzone, niedomoga wątrobowa lub nerkowa). Preparaty pięciwartościowego arsenu zajmują w leczeniu przymiotu położenie, w którym nie mogą ich zastąpić żadne inne środki chemoterapeutyczne (leczenie porażenia postępującego, późne leczenie zapobiegawcze przymiotu układu nerwowego). Lecz w przymiotcie wczesnym preparaty arsenu pięciwartościowego ustępują na plan dalszy przed pochodnymi arsenobenzolu i bizmutu.

Henryk J. L a n d a u.

A. KRUMEICH. Badanie kliniczne działania leków na podniesione ciśnienie krwi. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 5).

Autor badał 4 środki przeciwko nadciśnieniu: pacyl, telatuten, padutynę i bezbiałkowy wyciąg kory nerek „N. R. 243” (Luitpold-Werke) co do ich przedmiotowego działania i obliczał dla nich zapomocą leczniczego rachunku prawdopodobieństwa ilościowo ich działanie na ciśnienie krwi. Żaden ze środków nie wykazywał wyniku, obniżającego ciśnienie krwi. Również na dolegliwości podmiotowe żaden z tych środków nie wpływał w zasługującym na uwzględnienie stopniu.

Henryk J. L a n d a u.

A. SEZARY i A. BARBE. Czy można uniknąć wywołania zapalenia nerwu wzrokowego przez pięciwartościowy arsen? (Bull. de la Soc. Fr. de Syph. N. 9, 1932).

Idjosynkrazja nie odegrała żadnej roli, jak się zdaje, w etjologii 13 przypadków zapalenia nerwu wzrokowego pochodzenia arsenowego, które spostrzegali i badali autorzy. Występowaniu tego powikłania sprzyja, jak się autorom wydaje, w silnym stopniu nieprawidłowe dawkowanie i pewne wady ustrojowe. Naogół wydaje się, że zapalenia nerwu wzrokowego, wywołanego przez arsen pięciwartościowy, można uniknąć, jeżeli stosować jego preparaty w prawidłowych dawkach, oraz zaprzestawać stosowania ich u chorych, przedstawiających jakieś przeciwwskazania. Tem niemniej stosowanie tych preparatów wymaga ostrożności, zaś nieznaną jest dawkowanie ich i przeciwwskazań do nich może spowodować niepowetowane szkody.

L. H.

EICHHOLTZ. Toksykologia gazów wojennych. (D. m. W. 1932, N. 42).

Gazy trujące są bronią, która atakuje przeciwnika nieochronionego, podczas gdy zupełna ochrona jest możliwa, o ile ustali się wszystkie warunki chemiczne i techniczne gazów. W zależności od rodzaju działania dzielimy je na t. z. grupę gazów zielonego krzyża, żółtego krzyża i niebieskiego krzyża. Podobne jest też ich działanie z punktu widzenia wojskowego. Grupa pierwsza — zielonego krzyża zawiera gazy, drażniące płuca: chlor, brom, fosgen, chloropikryna, gazy nitrowe. Druga grupa — żółty krzyż — to gazy, powodujące występowanie pęcherzy i drażniące, zwłaszcza powłoki zewnętrzne, w wybitny sposób: dichlordiaethylsulfid czyli gaz musztardowy — iperyt oraz luizyt. W trzeciej grupie widzimy związki, które w najostrejszej formie drażnią oczy i drogi oddechowe oraz jamy dodatkowe czaszki, *quoad vitam*,

dających jednak lepsze rokowanie niż obie grupy poprzednie. Jako czwartą grupę można ująć gazy, powodujące uduszenie: tlenek węgla i cjanowodór; posiadają one jednak mniejsze znaczenie wojskowe dzięki dużej lotności. Najwybitniejszym przedstawicielem grupy pierwszej jest fosgen, którego działanie drażniące płuca zależy od stężenia i czasu działania. Przyspieszone oddychanie wskutek pracy mięśniowej lub przeladownia dwutlenkiem węgla wzmacnia trujące własności gazów tej grupy, podczas gdy spokojny oddech, (spokój cielsny, sen) zmniejsza wpływ trujący gazu na ustrój. Po pewnym okresie utajenia występuje obrzęk płuc i silne osłabienie serca. W leczeniu należy zwrócić uwagę przede wszystkim na stan serca i chronić je od wszelkiego wysiłku: chorego nie transportować i nie stosować sztucznego oddychania, natomiast wskazany jest upust krwi, inhalacje tlenu, strofantyna i ewentualnie cukier gronowy. Morfina jest raczej przeciwwskazana. Żółty krzyż, iperyt, jest najgroźniejszym przedstawicielem grupy drugiej. Jest to ciecz, która rozpyła się podczas wybuchu i dopiero po kilku tygodniach ulega rozpadowi. W zetknięciu ze skórą początkowo nie drażni i może być łatwo usunięta za pomocą benzyny lub benzolu, a jeszcze lepiej mydłem i wodą. Dobrze działają, utleniając: chlorek wapnia i nadmanganian potasu. Iperyty powoduje oparzenia drugiego i trzeciego stopnia, a przy wdychaniu — silne zapalenie błony śluzowej i długotrwałe cierpienia płuc. O luizycie, związku pokrewnym iperytowi, jednak o słabszym działaniu, krążyły fantastyczne legendy: ciecz ta miała być jakoby używana przy napadach samolotowych. Przy każdym wybuchu bomb mogą powstawać trujące stężenia tlenu węgla i związków nitrowych.

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

Choroby kobiet i położnictwo.

R. FOURNIER. Badanie krążenia krwi w łożysku normalnym i patologicznym za pomocą promieni Roentgena. (Gyn. et Obst. Nr. 15. T. XXV. 1932).

Badania rentgenologiczne 150 łożysk za pomocą wstrzyknięć płynu kontrastowego upoważniają autora do niektórych wniosków: W normalnym łożysku arterje i żyły są normalne. Perturbacje, które spotykamy czasami, są wynikiem zaczopowania gałązek naczyń. Jeżeli zaś zaczopowanie jest rozległe, może nastąpić z tego powodu śmierć płodu. Autor skonstatował, że, jeżeli dziecko urodziło się żywe, to nigdy naczynia nie są dotknięte na znacznej przestrzeni. Przeciwnie, gdy dziecko rodzi się martwe z powodu choroby łożyska, naczynia wykazują b. znaczne objawy degeneracji. W chronicznym białkomoczu zakrzepy naczyń zaczynają się od końcowych kapilarów z zewnątrz do wewnątrz, t. j. od strony macicy do płodu. Wywołuje to zastoinę i rozszerzenie arteryj w górę od przeszkody. To mechaniczne rozszerzenie arteryj jest charakterystyczne w białkomoczu. Jego znaczenie i umiejscowienie zależy, naturalnie, od czasu trwania choroby do śmierci dziecka. W eklampsji zakrzepy zjawiają się nagle, i śmierć dziecka przychodzi prędko. W łożyskach eklamptyczek autor zauważył, że nasamprzód zamykają się prawie wszystkie kapilary, a później naczynia wyżej stojące. W syfilisie treponema działa nasamprzód na układ arterjalny. „*Endarteriitis vegetans*” zwęża progresywnie naczynia i czasami zamyka je zupełnie. Co do interpretacji radiogramu przy martwym dziecku, trzeba być b. ostrożnym, gdyż stan łożyska sfotografowanego może mało się różnić natychmiast jak i w kilka dni po śmierci płodu. Metoda rentgenograficzna potwierdza dane makroskopowe i mikroskopowe. Gdy badania kliniczne i laboratoryjne nie dają pewnych danych, metoda rentgenologiczna może czasami przynieść rozwiązanie. Cały

szereg dokładnie wykonanych rentgenofotografii potwierdza wniosek autora.

L. E b i n.

M. REEB. **Rozpoznanie ciąży pozamacicznej trąbkowej w pierwszym miesiącu ciąży.** (Gyn. et Obst. Nr. 5. T. XXV. 1932 r.).

Gdy ciąża pozamaciczna trąbkowa w pierwszym miesiącu ciąży rozwija się jako poronienie trąbkowe, rozpoznanie jest bardzo utrudnione, dopóki nie utworzy się krwiak w D u g l a s i e, co może trwać do 12 tygodni po ostatnim perjodzie. Autor na trzech obserwowanych swoich chorych przechodzi do wniosku, że można wcześniej rozpoznanie postawić, wykonywując skrobankę. Jeżeli 3 — 5 dni po skrobance pacjentka dalej krwawi, ciąża pozamaciczna jest pewna. Sama skrobanka i badanie drobnowidowe wyskrobin nie daje nam pewnych wiadomości. Znalezienie doczesnej w wyskrobinach może przemawiać za ciążą wewnątrzmaciczną wczesną, pseudo-ciążą, przy *corpus luteum persistens* i przy luteinowej torbieli. Jeżeli skrobanka jest dobrze wykonana, to chora w razie zwyczajnego poronienia, ew. pseudo-ciąży przestaje zupełnie krwawić. Reakcja A s c h e i m a i Z o n d e k a nie daje nic konkretnego, gdyż po kilku tygodniach krwawienia jajo płodowe już dawno jest martwe w trąbce, i reakcja będzie negatywna.

L. E b i n.

M. SCHACHTER. **O zapaleniu wielonerwowem po zażyciu apiolu jako abortivum.** (Gyn. et Obst. Nr. 4. T. XXV. 1932 r.).

Od 1931 roku, kiedy G. B r a c k ogłosił 10 przypadków wielonerwowego zapalenia po zażyciu apiolu i po „epidemji“ w Ameryce, gdzie 15000 osób zapadło na zap. wielon., podobne jak po zażyciu apiolu — zaczęto się więcej interesować tą kwestją. Dzięki badaniom prof. V a n I t a l l i e w Holandji znaleziono, że przyczyną zatrucia się apiolem u kobiet było zanieczyszczenie apiolu tri-orto-krezylo-wo-fosforowym kwasem. „Epidemja“ w Ameryce była wywołana tym samym kwasem, który znajdował się w likierze Jamaika-Ginger i który był masowo spożywany. Autor przeprowadził badania na zwierzętach i otrzymał po zastrzyknięciu tego kwasu te same objawy polineurytu, co i u ludzi, t. j. polineuryt ruchowy kończyn dolnych, a następnie górnych. Wszystkie te paralize zjawily się po 7 — 15 dniach po zażyciu trucizny. Jest pewne, że znajdujemy się w obliczu trucizny, która powoduje paraliż typu ruchowego, a specjalnie działa na pewne grupy mięśni kończyn. Trucizna ta działa powoli w przeciągu 7 — 18 dni. Otrucie zaczyna się bólami żołądkowo - kiszkowymi, połączonymi z postępującym osłabieniem dolnych kończyn. Po nogach paraliż przechodzi do rąk. Trucizna ta działa najwięcej na nerw kulszowy i gołeniony oraz na n. pośrodkowy i łokciowy. Czucie jest nie naruszone. Prognoza jest niedobra. Choroba kończy się zwykle inwalidnością.

L. E b i n.

Radjologia.

S. KADRKA i R. JUNET. **Badania doświadczalne nad uwidocznianiem w obrazie rentgenowskim rozmaitych narządów mięsistych zapomocą wśródzylnych zastrzykiwań thorotrastu.** (J. de Radiol. Nr. 12. 1932).

Metoda radjologiczna uwidoczniania narządów mięsistych zapomocą zastrzyknięć wśródzylnych thorotrastu posiada, przynajmniej dotąd, jedynie znaczenie teoretyczne.

Pomijając dawki, używane dla celów placentografji i osteomyelografji, dawki stosowane dla uwidocznienia nerek i płuc są o tyle silne, że wywołują zmiany, dające się stwierdzić przy badaniu mikroskopowem. Lecz nawet w stosunku do łożyska i szpiku kostnego nie można bezwzględnie zaprzeczyć możliwości zmian, nawet jeżeli nie udaje się ich wykryć histologicznie zapomocą naszych metod współczesnych. Badania powinny dążyć do tego, ażeby obniżyć dawkę, dającą cień, i osiągnąć szybkie jej wydalenie. Wychodząc z założenia blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego, zastrzykiwali autorzy wśródzylnie tusz chiński, błękit pyrrolowy, karmin litowy, rozczyiny koloidalne miedzi, złota, srebra i żelaza bądź przed, bądź po zastrzyknięciu thorotrastu. Wyniki były zawsze ujemne, cień otrzymywany zawsze taki sam przy tej samej dawce dla tego samego narządu i bez żadnego opóźnienia. Zablockowanie narządów — filtrów krwi dzięki czynności zrębu (śledziona, wątroba, szpik kostny) zapomocą jakiegokolwiek koloidu, celem otrzymania odrazu i zapomocą mniejszej dawki thorotrastu cienia narządów - filtrów krwi dzięki czynności mięszu (nerki, płuca i t. d.) i wywołania wcześniejszego uruchomienia zatrzymanego toru (wydalanie) przez inne zawiesiny wydaje się niemożliwe. Obecnie poszukiwania autorów idą po innej drodze. Jeżeli nawet ta nowa metoda radjologiczna nie może być już zastosowana u człowieka, to posiada ona pierwszorzędne znaczenie pomocnicze w biologji i fizjopatologii. Doświadczenia, poczynione z tą metodą, pozwalają na badanie radjologiczne czynności narządów-filtrów krwi i potwierdzają w sposób wybitny ścisłość koncepcji A s k e n a z y e g o co do układu siateczkowo - śródbłonkowego.

Henryk J. L a n d a u.

F. GROSMAN. **Radjoterapia raka wargi.** (Wiest. Rentg. i Radiol. z. 3. 1932).

Liczba chorych jest zbyt mała, ażeby przeprowadzać wyliczenia procentowe. Dlatego też tablice nie czynią zadość wszystkim wymaganiom statystycznym. W każdym bądź razie dają one pojęcie o cenności radjoterapii raka wargi. Chorzy, którzy nie byli operowani przed przybyciem na klinikę (I grupa), dawali lepsze wyniki (78,7% wyzdrowienia), aniżeli nawroty pooperacyjne (II grupa — 35,3%). W I grupie podgrupa przypadków operacyjnych dała lepsze wyniki (79,3%), niż podgrupa nieoperacyjnych (25%). W I podgrupie (przypadków operacyjnych) lepsze wyniki (92,9%) dali chorzy z powierzchownymi zmianami wrzodziejącymi, niż chorzy z guzami grzybiastymi i nacieczeniowymi (po 66,6%). Tak samo w grupie II podgrupy operacyjne i będące na granicy dały lepsze wyniki (50% i 75%), niż podgrupa nieoperacyjnych (11%). Blizny, powstające na wardze po radjoterapii, mają dobry wygląd: są miękkie, gładkie, rzadko bywają wciągnięte, są czasami zupełnie niedostrzegalne. Co się tyczy zachowania czynności wargi, to wyniki są również zwykle dobre. Autor nie wyodrębnił w oddzielną grupę przypadków raka wargi górnej, który, zdaniem pewnych autorów, daje lepsze wyniki, z powodu małej liczby tych przypadków (3) i niemożności wskutek tego wyciągania wniosków. Przy utworzeniu grupy 30 chorych, od leczenia których upłynęło nie mniej niż 3 lata, okazało się, że wyzdrowiało z pośród nich 50%. Spostrzeżenia autora wykazują, że wyniki radjoterapii zależą, pomijając metodykę leczenia, również od charakteru materiału klinicznego, przyczem odgrywa rolę nie tylko mikroskopowa budowa guza, ile szczegóły makroskopowe — stopień szerzenia się guza, stopień wzrostu naciekowego, przejścia na tkanki sąsiednie (szczęki, policzki) i stopień zajęcia gruczołów regionalnych. Na wyniki radjoterapii wpływa również ogólny stan chorych oraz całe leczenie poprzedzające; poprzedzające nieudane operacje i próby leczenia promieniami R o e n t g e n a i

radem znacznie zmniejszają liczbę pomyślnych wyników radjoterapii. Plan radjoterapii powinien być zgóry starannie obmyślony i w należyty sposób przeprowadzony, gdyż przy powtórnym leczeniu szanse pomyślnego leczenia za każdym razem się zmniejszają. Powtórne leczenie stosowano u 8 chorych, u których kuracja pierwszorazowa nie dała wyleczenia; z chorych tych jeden jest zdrow po upływie 5½ lat po powtórnym leczeniu, jeden jest zdrow krócej niż rok, u jednego spostrzegano znaczną poprawę czasową, trzech pozostało bez wyniku, u 2 wynik jest nieznany. W swym materiale spostrzegł autor 3 przypadki nawrotu (10,7%), które leczono powtórnie, z czego jeden wyzdrowiał, jeden leczy się obecnie powtórnie z pomyślnym wynikiem, w jednym przypadku wynik jest nieznany. A zatem i radjoterapia nie zabezpiecza przed nawrotami, aczkolwiek niektórzy autorzy twierdzą, że nawroty po niej są rzadsze, aniżeli po leczeniu chirurgicznym. Z powikłań, spostrzeganych podczas radjoterapii raka wargi, należy podkreślić: 1) w jednym przypadku martwicę szczęki dolnej po rozległym nawrocie raka wargi, który przeszedł na policzki; chory ten jest zdrow od 4½ roku oraz 2) w 2 przypadkach spostrzegano późniejsze uszkodzenia w postaci owrzodzeń atonicznych na wardzę; badanie mikroskopowe w zakresie obu owrzodzeń wykazało brak elementów guza złośliwego; oba przypadki zakończyły się wyleczeniem: jeden jest zdrow już 5 lat, drugi zaś — 5½ roku.

L.

K. MARKUZE. O wpływie naświetlań lampą kwarcową na układ siateczkowo - śródbłonkowy. (Klin. Med. Nr. 11—12. 1932 r.).

Badania nad wpływem naświetlań lampą kwarcową na układ siateczkowo - śródbłonkowy (doświadczenia na przyżyciowo zabarwionych szczurach) dowodzą, że tylko silniejsze dawki są w stanie wywołać wzmożenie czynności fizjologicznych układu łącznotkankowego u zwierząt doświadczalnych. Jednorazowe silne naświetlanie działa silniej, aniżeli małe dawki. Uczulenie skóry zapomocą smarowania roztworem błękitu metylowego potęguje skutki naświetlania. Naświetlanie lampą kwarcową można uważać za metodę z wyboru dla wzmożenia oporności ustroju.

Henryk J. L a n d a u.

V. CARULLA, J. G. QUERALTO i P. M. GOZALEZ. Leczenie nadciśnienia krwi zapomocą pobudzenia zatoki szyjnej promieniami Roentgena. (J. de Radiol. Nr. 12. 1932).

W zadziałaniu na zatokę szyjną (*sinus caroticus*) posiadamy metodę, przypominającą tę, którą stosuje W a s s e r m a n n w leczeniu napadów duszności osłrego obręku płuc i dychawicy sercowej; tą, którą stosuje D a n i e l o p o l u, ażeby usunąć napady duszniczy bolesnej; wreszcie metodę R é g n i e r a, usuwającą skurcze dodatkowe. Metodą tą można leczyć nadciśnienie napadowe (pobudzanie mechaniczne — tarcie z pewną siłą z obu stron okolicy zatoki szyjnej, aż ciśnienie się obniży), przeprowadzać gruntowne leczenie choroby nadciśnieniowej (pobudzanie chemiczne — zastrzykiwanie do zatoki szyjnej 10% roztworu kamfory i eteru najlepiej w dawce 1 cm.³) i otrzymywać najlepsze i najbardziej zachęcające wyniki pobudzania radjologicznego. Wobec tego, przed lecznictwem otwiera się szerokie pole, przed lecznictwem, które dotąd w większości przypadków nadciśnienia tętniczego było zupełnie bezsilne. Podkreślić należy, że zabiegi te są całkowicie nieszkodliwe.

Henryk J. L a n d a u.

Medycyna Sądowa.

M. MIŁOVANOVIC. Przyczynek do anatomii patologicznej kokainizmu. (Medicinski Pregled 1931, Belgrad).

Autor w ciągu ostatnich 18 miesięcy miał sposobność badania trojga zwłok przewlekłych kokainistów, przytem znalezione zmiany dzieli autor na nieswoiste i swoiste dla kokainizmu. Do tych ostatnich zalicza on daleko posunięte wyniszczenie, przebiecie chrzęstnej przegrody nosowej, a szczególnie zmiany na skórze, powstające wskutek zastrzykiwań; te ostatnie zmiany występują pod postacią ranek klutych, nacieków w okolicy tych ranek, ropni w miejscach iniekcji i wreszcie blizn skórnych. Powyższe zmiany prawie wyłącznie są umiejscowione na przedniej połowie tułowia i kończyn.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

M. MIŁOVANOVIC. Pośmiertne zatory tłuszczowe. (Srpski Archiv za celokupno lekarstwo 1932).

Jak wiadomo, w nauce istnieją rozbieżne zdania co do możliwości powstania po śmierci zatorów tłuszczowych. Autor w r. 1929 dokonał w tej sprawie szeregu badań doświadczalnych i przyszedł do wniosku, że nie udaje się przy wywołaniu gnicia zwłok na drodze eksperymentalnej spowodować powstania zatorów tłuszczowych w płucach. Przy następnych dociekaniach autor przeprowadził badania 67 zwłok topielców, z tego 21 świeżych, 46 dotkniętych znacznym rozkładem, przytem ustalił, że tłuszcz znaleziony w naczyniach tkanki płucnej w 1/3 przypadków w dużym stopniu przemawia za tem, w ¼ to przypuszczenie robi prawdopodobnem. Wreszcie autor przyszedł do wniosku, że nie ma dowodów na to, że mogą występować t. zw. pośmiertne zatory tłuszczowe.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

JACOBI. Niezwykły przypadek samobójstwa. (D. Zeitschrift f. die ges. gerichtliche Medizin Bd. 20).

Autor opisuje następujący niezwykły przypadek samobójstwa pewnej kobiety: denatka siekierą, używaną do rąbania drzewa, w świńskim chlewie zadała sobie pięć ran w obrębie lewego przedramienia (rany były ułożone pod kątem prostym w stosunku do długiej osi przedramienia), następnie odrąbała sobie lewą dłoń, opierając o kłoc, używany do oparcia przy rąbaniu drzewa; potem przeszła 5 metrów, przelazła przez ogrodzenie wysokości jednego metra, otaczające gnojówkę, i tam położyła się nawznak w jej zawartości, głębokiej ok. 0,35 metra. Denatka w chwili spełnienia tak wyrafinowanego samobójstwa znajdowała się w stanie głębokiej depresji psychicznej; na 2 tygodnie przed śmiercią zwierzała się, że żyć nie będzie. Na dzień przed samobójstwem mąż zastał denatkę, siedzącą w chlewie świńskim przy wspomnianym kłocu z siekierą, którą tam i z powrotem przesuwiała po przedramieniu. Na zapytanie, co tu robi, odpowiedziała, że będzie ładna śmierć, gdy odetnie sobie rękę i pójdzie do gnojówki.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

M. MIŁOVANOVIC. Samobójstwa chorych na porażenie postępujące po przeprowadzeniu leczenia przeciwparytycznego (malarją). (D. Zeitschr. f. die ges. gericht. Medizin Bd. 20).

Autor podnosi, iż w latach 1919 — 1928 na 569 paralityków, leczonych w szpitalu dla psychicznie chorych w Belgradzie, nie było ani jednego przypadku samobójstwa; w tymże czasie w Belgradzie popełniło samobójstwo 21 paralityków, wszyscy w okresie początkowym choroby: nie byli oni leczeni „antyparytycznie“ malarją i t. d., samobójstwo popełnili, mając świadomość choroby i jej nieublaganych skutków. Autor

ostatnio miał sposobność badania dwóch przypadków samobójstw paralityków w okresie wydatnej remisji po leczeniu antyparalitycznym; nawiązując do tych przypadków, autor zaznacza, że skłonność do samobójstwa paralityków po leczeniu antyparalitycznym znacznie wzrasta, szczególnie w okresie remisji,

gdy budzi się świadomość choroby i jej zejścia. Autor podkreśla znaczenie tego wpływu leczenia na paralityków z punktu widzenia sądowno-lekarskiego i skutków karnych i cywilnych takich samobójstw.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

Oceny książek

Prof. Dr. W. SIERADZKI. **Kodeks Karny Polski ze stanowiska lekarskiego.** Lwów 1933. Odbitka z Pol. Gaz. Lekarskiej.

Autor przedstawił zwięźle poszczególne artykuły nowego Kodeksu Karnego, oświetlając je przede wszystkim z punktu widzenia sądowno-lekarskiego. Przy omawianiu tych artykułów komentował je ściśle obiektywnie, nie wypowiadając przeważnie własnego zdania w związku z niektórymi niezupełnie jasnymi określeniami K. K. jak np. pojęcie kalectwa według art. 235, pojęcie choroby ciężkiej nieuleczalnej i t. p. Sądzę, że było to zrobione celowo w związku z oczekiwaniem na ewent. wyjaśnienia Sądu Najwyższego, które z pewnością zostaną w przyszłości ogłoszone. Praca prof. S i e r a d z k i e g o przyniesie dużą korzyść nie tylko lekarzowi-biegłemu, lecz także i prawnikowi; należy ją zatem polecić tym wszystkim, którzy czy to w charakterze sędziów, czy też obrońców i t. p. będą zmuszeni posługiwać się nowym Kodeksem Karnym.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

H. ALOIN i R. NOEL. **Les hémorragies en oto-rhinolaryngologie.** Paris 1933.

Obawa o krwotok jest jedną z najpoważniejszych trosk laryngologa, przystępującego do zabiegu, gdyż właściwości anatomiczne terenu operacyjnego sprawiają, że krwotoki w oto-rhino-laryngologii są może częstsze, niż w innych specjalnościach. Toteż laryngolog nie tylko musi wiedzieć, jak należy postępować podczas krwotoku, ale powinien się orjentować w ogólnych zagadnieniach współczesnej hematologii. Dlatego też w monografii swej autorzy po-

święcili znacznie więcej miejsca rozważaniom ogólnym, niż sprawie tamowania krwotoków w polu operacyjnym. Uwzględnione tu zostały nie tylko zagadnienia teoretyczne, ale i zastosowanie ich w praktyce. Omówiona jest histologia krwi i poszczególnych jej części składowych oraz mechanizm krzepnięcia krwi. Nieco obszerniej wyłożona została klinika poszczególnych postaci skazy krwotocznej, zarówno dżagnostyka jak i terapia. Szczególną uwagę zwrócono na profilaktykę krwotoków operacyjnych. Specjalny rozdział poświęcono przetaczaniu krwi, zwracając głównie uwagę na sprawę wyboru dawcy krwi, na zagadnienie grup krwi oraz technikę wykonania transfuzji. Nie zapomniano również o leczeniu krwawień przy pomocy środków farmakologicznych i zabiegów chirurgicznych (podwiązanie tętnicy szyjnej). W ostatnim dużym rozdziale omówione zostały krwotoki przy poszczególnych operacjach laryngologicznych. Tutaj spotykamy się z opisem anatomii topograficznej danego terenu operacyjnego z wyszczególnieniem warunków miejscowych, sprzyjających powstawaniu krwotoków oraz z różnymi metodami tamowania krwawień w ranach operacyjnych. Omówione są krwotoki podczas operacji, wykonywanych na migdałkach podniebiennych, w nosogardzieli (włókniaki, wyrośla), krwotoki samoistne z nosa oraz operacyjne, krwotoki z narządu słuchu (przekłucie błony bębenkowej) oraz krtani i gardła dolnego (samoistne z małych żyłaków, znajdujących się w tej okolicy oraz operacyjne). Trudno doszukać się w monografii jakichś oryginalnych poglądów czy też nieznanych specjalistom metod postępowania; celem autorów było zebrać w jedną całość wszystkie dane, stojące w związku z zagadnieniem krwotoków w dziedzinie oto-rhino-laryngologii.

J. T e n c e r.

Wskazówki praktyczne

A. F i n g e r l a n d wyleczył 12 przypadków *wąglika* za pomocą *surowicy*. Zastrzykiwał 10 ctm.³ dożylnie i tyleż domięśniowo. Jeżeli nazajutrz nie było poprawy, to następowało drugie wstrzyknięcie. (Cas. lék. cesk. 1932 N. 2).

—o—

J. K r o e s e n poleca w leczeniu *spraw posocznicznych Detoxin*. Jest to przetwór siarkowy, który się wstrzykuje do żyły w ilości 10 — 20 ctm.³ codziennie. Efekt polega na spadku ciepłoty i przyspieszeniu wytworzenia się ropnia miejscowego. (Ztbl. Chir. 1933 N. 6).

—o—

Masć *Pharelan* okazała się, według R. N u s s b a u m a, bardzo skuteczna w nieżytach nosa różnego pochodzenia, w schorzeniach zatok nosowych, zapaleniach skóry przedsionka nosa, oraz w sprawach zanikowych bł. śluz. nosa. Masć ta składa się z wyjałowionej wazeliny z kwasem borowym, oraz z mieszaniny olejków eterycznych (fabr. Berogesellschaft,

Darmstadt) i sprzedawana jest w tubkach, których zakończenie wprowadza się do nosa i wyciska się trochę maści. (D. m. W. 1933 N. 2).

—o—

Bela S z e n d e leczy *nieżyt nosa naczynioruchowy* przetworem *Rheumakulen* — szczepionką, składającą się z tuberkuliny, stafilo-strepto-pneumokoków i laseczników grypy. Szczepionkę wciera się w nacięcia skóry. Leczenie wymaga 6 wcierań. (Mtschr. Ohrhkl. T. 67. Z. 1).

—o—

W leczeniu *ostrego obrzęku krtani* miał zadziwiające wyniki H. G e i g e r, stosując przetwór wapnia *Calcium-Sandoz*, który można zastrzykiwać i domięśniowo. (Med. Welt. 1932 Nr. 47).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne.

Koło Warszawskie.

LXIII posiedzenie z dn. 22.I.1933 r.

Przewodniczący: B. K r y ń s k i.

Sekretarz: B. G r y n k r a u t.

G r y n k r a u t odczytuje wspomnienie pośmiertne, poświęcone pamięci mistrza Georgea H a r e t:

Koledzy, mam smutną misję zawiadomienia was o śmierci Dra Georgea H a r e t, zmarłego niedawno temu w Paryżu w wieku lat 58, po okrutnych cierpieniach, spowodowanych radiodermitem i licznymi amputacjami palców ręki i stawu barkowego.

Ze zmarłym znika najbardziej reprezentacyjna figura świata lekarskiego w Paryżu, a w szczególności rentgenologia ponosi niepowetowaną stratę. Zmarły był założycielem Towarzystwa rentgenologicznego we Francji i jego długoletnim sekretarzem generalnym i dwukrotnym prezesem. Był on również jednym z założycieli „Journal de Radiologie” i nauki radiologii lekarskiej wogóle, a w szczególności pomocy radiologicznej podczas wojny.

Nie chwila jest po temu, ażeby pokazać cały Jego dorobek naukowy, który jest bardzo znaczny, wspomnę tylko, że miałem zaszczyt być Jego uczniem i przyjacielem i że pozwolił mi ogłosić wspólnie z nim kilka prac naukowych, wykonanych w Jego Laboratoire Centrale de radiologie w szpitalu Lariboisière, którego był wieloletnim kierownikiem.

Przedstawiając to wspomnienie pośmiertne, nie mogę pominąć cennych cech jego charakteru, z których należy wymienić na pierwszym miejscu dobroć, prawość i wielką rzetelność naukową.

Zegnam przyjaciela, a wy, Panowie, powstaniem uczycie pamięć tego wodza rentgenologii.

1) K u k o w k a W. *Etjologia raka.*

Autorka omawia stronę historyczną tej kwestji, komórki i opisuje, jak na nią działają: układ wewnętrzny wydzielenia, układ nerwowy.

D y s k u s j a: L a s k o w s k i (autoreferat). Teoria prelegentki jest zbyt ogólnikowa, nie tłumaczy następujących zjawisk:

1) rzadkości raków mnogich,

2) istnienia zawiązków zarodkowych bez przekształcenia złośliwego. Poza tem, gdyby hipoteza autorki była słuszną, rak powinien być cierpieniem daleko częstszym.

G ą d e k (autoreferat nie nadesłany).

Z a w a d o w s k i uważa, że kol. K u k o w s k a podaje tylko ogólne ramy problemu.

M e j z e l s (autoreferat). Teoretyczne dociekania i badania, tłumaczące powstawanie i urzymywanie się nowotworów, są tak skomplikowane i zawiłane, że naogół trudno jest radiologom, mimo, że z problemem leczniczym bardzo często się spotykają, zabierać głos w szczegółowej dyskusji nad temi tematami. To, co jednak uderza, to brak wspólne-go mianownika, czy mianowników, do których te nieraz bardzo rozbieżne teorie możnaby sprowadzić. Sprawa przedstawia się podobnie, jak z zapatrywaniami na istotę gruźlicy przed odkryciem prątka gruźliczego i istotę cukrzycy przed insuliną. Wobec tego najwłaściwsze jest zajęcie wobec tych wszystkich teorii stanowiska, o ile nie można oprzeć się na własnych badaniach, rejestrującego wyniki poszczególnych badań, aż kiedyś można będzie je oprzeć na pewnej wspólnej podstawie. Aż do tego czasu należy je uważać za pewnego rodzaju przyczynki, tłumaczące pewne następstwa, czy też fazy choroby raka, a którym należy miejsce w nauce patologji raka będzie można dopiero przyznać po poznaniu istotnego czynnika rakotwórczego, którego dotychczas właściwie nie znamy.

K u k o w k a przedstawia trudności przedstawienia całokształtu sprawy w przeciągu tak krótkiego czasu.

2) R u b i n r o t S. *Zagadnienia rozwoju radiologii współczesnej.* (ukazuje się w druku).

W d y s k u s j i, E l e k t o r o w i c z (autoreferat). Sprawa, poruszona przez kol. R u b i n r o t a, jest dalszym ciągiem naszych starań od lat paru. Z wywodami prelegenta zgadzamy się, a wnioski, powzięte na szeregu międzynarodowych i polskich zjazdów, świadczą o słuszności naszych żądań. Jednak realnie sprawa ta nie przedstawia się tak prosto, ze względu, że leczenie radiologiczne obejmuje zakres prawie wszystkich specjalności, że konieczna jest ścisła współpraca z szeregiem różnych specjalistów i wreszcie, że dla stwierdzenia zmian pośrednich lub bezpośrednich w stanie chorobowym potrzebny jest cały szereg badań pomocniczych — fizycznych i chemicznych. Sprawa ta współpracy i odpowiedzialności jest trudna do rozwikłania i powinna być ściślej sprecyzowana. Dlatego też powinna być poruszona przed szerszym audytorjum i ściślej ujęta.

Obecnie istnieją już w Warszawie oddziały radiologiczne, ale o charakterze więcej specjalnym, gdzie ta współpraca jest zorganizowana np. Instytut Radowy i oddział radiologiczny kliniki położniczo-ginekologicznej. Sprawa ogólnych oddziałów radiologicznych powinna być ściślej opracowana i przedstawiona.

Z a w a d o w s k i uważa, że szpital powinien mieć oddział rentgenologiczny.

G ą d e k podtrzymuje R u b i n r o t a.

E l e k t o r o w i c z wymaga precyzji. Wybór komisji. Wybrani zostali: R u b i n r o t, Z a w a d o w s k i, G ą d e k i E l e k t o r o w i c z.

Z a l e s k i zawiadamia o otwarciu kliniki radiologicznej przy szpitalu Św. Ducha.

M e s z mówi, że należy wykorzystać różne dane, które już były podane przez poprzednie Zarządy.

3) Z a w a d o w s k i W. a) *Doświadczalne potwierdzenie sposobu powstawania cieniów towarzyszących przyzębrowych.*

b) *O nowym dotychczas nieopisanym objawie radiologicznym zmian chorobowych przewodów zębowych.* (Ukaże się w druku).

W d y s k u s j i E l e k t o r o w i c z uważa że należałoby zbadać taki ząb wyrwany.

G ą d e k mówi o samodzielności nauki polskiej.

K r y ń s k i jest wdzięczny za doniesienie.

W odpowiedzi Z a w a d o w s k i starał się o taki ząb, ale nie mógł namówić pacjenta na wyrwanie go.

4) K r y ń s k i B. *Pneumocranium* (ukazuje się w „Czasopiśmie lekarskim”).

W d y s k u s j i K n a p i k (autoreferat). Podobny przypadek do demonstrowanego przez kol. Kryńskiego miałem w pracowni rentgenologicznej szpital. Dz. Jezus. Nie jestem tylko pewny, czy *pneumohydrocranium* powstało po punkcji leżwiowej, co postaram się ustalić.

E l e k t o r o w i c z uważa to za rozszerzoną przestrzeń podpajęczynówkową i pyta się, jak zareagowało dziecko?

M e s z uważa to za uszkodzenie pajęczynówki i pod twardówką. Należy mierzyć ciśnienie, zastrzega się jednak co do skutków, mianowicie padaczka.

V i n c e n z (autoreferat). Encefalografji u dzieci nigdy nie należy robić bez manometru. W przypadku omówionym należy wziąć pod uwagę, że wypuszczono 500 kubików powietrza w ciągu 15 dni. Mam dość duże doświadczenie w encefalografjach u dzieci, ale obrazu takiego, jak przedstawiony, nie spotykałem.

W odpowiedzi K r y ń s k i mówi, że klinika nie stwierdziła dodatkowych objawów. Sprawy zlepane nie dopuszczały do komór.

E b e r h a r d t (autoreferat). *Nowa metoda otrzymywania kopji negatywnych bez dodatkowych manipulacji.*

Dotychczas, gdy rentgenolog pragnął otrzymać duplikat swego zdjęcia, musiał uciekać się bądź do kopji pozytywnej, bądź też do pomniejszenia. Zarówno kopja, otrzymywana w kopjorance, jak i pomniejszenie, otrzymane przy pomocy aparatu do pomniejszeń, były duplikatami pozytywnymi i wymagały siłą rzeczy oddzielnych manipulacji fotograficzno-laboratoryjnych.

Sprawa komplikowała się jeszcze bardziej, gdy zachodziła potrzeba przygotowania odbitki lub pomniejszenia o charakterze negatywnym, gdyż należałoby wpiwer reprodukowac zdjęcie. Tymczasem kopje lub pomniejszenia o charakterze negatywnym coraz częściej były potrzebne do wydawnictw tablic i ilustracji ukazujących się w druku.

Dlatego też nowa metoda otrzymywania kopij negatywnych bez dodatkowych manipulacji zjawia się w samą porę i, jako metoda prosta, łatwa i ekonomiczna, znajdzie bezwzględnie szerokie zastosowanie.

Metoda ta polega na tem, że kopję negatywną otrzymujemy jednocześnie ze zdjęciem. Wygląda to tak: do kasety rentgenowskiej w której znajduje się błona rentgenowska z parą ekranów wzmacniających kombinowanych umieszczamy dodatkowo 1 arkusz papieru rentgenowskiego łącznie z 1 ekranem wzmacniającym cienkim i po zamknięciu jej, robimy normalną dawkę ekspozycji.

Układ 3 kartonów wzmacniających, błony oraz papieru rentgenowskiego wewnątrz kasety przedstawia się, jak to widać na ilustracji następująco: od strony lampy papier z ekranem cienkim, następnie jak zwykle, ekran cienki, błona, ekran gruby.

Należy tylko zwrócić uwagę, iż przy niektórych zdjęciach w pierw musi pójść papier, a później ekran, a przy innych w pierw ekran, a następnie papier. Chodzi o to, aby obraz na papierze był prawidłowo rozmieszczony, co przy zdjęciu na błonie nie odgrywa roli.

Tak np. przy zdjęciu płuc lub serca w pierw pójdzie papier, następnie ekran, przy zdjęciu natomiast nerek odwrotnie.

Po wyeksponowaniu zdjęcia zarówno błonę, jak i papier wywołujemy i otrzymujemy 2 o j e d n a k o w e j i n t e n s y w n o ś c i zdjęcia: jedno na błonie i jedno na papierze.

Metoda ta, jak już wspominaliśmy na początku, przedstawia bardzo duże korzyści, bez dodatkowych manipulacji i specjalnych większych wydatków. Prelegent wymienia ujemne i dodatnie strony metody.

W d y s k u s j i M a j z e l mówi, że papier nie daje tych szczegółów, co film, chyba, żeby zrobić zdjęcia te na dwóch papierach.

K r y ś k i chwali te wyniki. Następnie omawia przypadek, jaki się zdarzył rentgenologowi warszawskiemu z powodu zetknięcia się z wysokim napięciem, i jak powinna brzmieć asekuracja rentgenologa.

P t i c opisuje dwa podobne przypadki.

Z a w a d o w s k i zwraca uwagę na to, ażeby transformator uzmięć.

Dyrektor W a j s m a n omawia odpowiedzialność prawnocywilną od następstw nieszczęśliwych wypadków.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych,

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej (Wien. med. Wschr. N. 12, 1933) mówił F i n s t e r e r o wycięciu żołądka z powodu raka u ludzi w podeszłym wieku. Prelegent ilustruje swój odczyt pokazem 2 przypadków. W pierwszym przypadku chodziło o 76-letniego mężczyznę, który od 6 tygodni skarżył się na ściskanie w okolicy żołądka i brak łaknienia. Rentgenologicznie stwierdzono raka odźwiernika. Podczas operacji, wykonanej w znieczuleniu nerwu trzewiowego 2% roztworem nowokainy, usunięto gładki guz jamy odźwiernika wielkości pięści dziecka. Badanie mikroskopowe wykazało istnienie ogromnie przerosłej mięśniówki jamy oraz raka walcowatokomórkowego z przerzutami do gruczołów chłonnych. Chory czuł się przez 2 miesiące po operacji zupełnie dobrze, odzyskał łaknienie, przybrał na wadze. Potem łaknienie uległo upośledzeniu, chory stracił siły i pomimo braku objawów nawrotu raka zmarł

w 3½ miesiąca po operacji. W drugim przypadku chodziło o 81-letnią kobietę, która w ostatnich miesiącach straciła na wadze 15 kg., lecz pozatem nie miała żadnych dolegliwości. Przy badaniu stwierdzono duży widoczny i macalny guz w okolicy żołądka. Operację wykonano w znieczuleniu krezkowem ¼ % roztworem nowokainy i wycięto okrężnego raka jamy odźwiernika wielkości dwóch pięści, który przerastał całkowicie kreskę okrężnicy, zaś w więzadle żołądkowo-okrężniczem gruczoły aż do wielkości jaja gołębiego. Ze względu na owrzodzenie okrężnicy, podwiązanie tętnicy kreskowej średniej i przejście raka na głowę trzustki, trzeba było jednocześnie wyciąć 35 cm. okrężnicy i część trzustki. Badanie histologiczne wykazało raka walcowatokomórkowego z przerzutami do wszystkich gruczołów. Pomimo ropienia powłok brzusznych i zakrzepu chora wyzdrowiała. Doszczętnie operację z powodu raka żołądka wykonywa się również u ludzi w podeszłym wieku ostatnio coraz częściej. W swym materiale, składającym się z 440 wycięć żołądka z powodu raka, ma prelegent zgórą 150 przypadków, dotyczących ludzi w wieku 60 — 83 lat. Przytem bezpośrednie wyniki wycięcia żołądka u ludzi w starczym wieku nie są dużo gorsze (9,5% śmiertelności), niż u młodych (6%), co należy położyć z pewnością na karb całkowitego zastąpienia uspienia ogólnego znieczuleniem miejscowem. Przebieg pooperacyjny po wycięciu żołądka może być równie pomyślny, jak po wycięciu wzrostka robaczkowego. Wyniki odległe są własnie u pacjentów w podeszłym wieku o wiele lepsze. Podczas gdy wśród pacjentów prelegenta poniżej 40 lat tylko 22% pozostało bez nawrotu dłużej niż 5 lat, wśród pacjentów powyżej 60 lat 40%, względnie 47,2% pozostało dłużej niż 5 lat bez nawrotu, a zatem może być uważanych za zupełnie wyleczonych. Zatem lekarz-praktyk posiada pełne prawo do namawiania do operacji, jeżeli otoczenie chorego z pietyzmu wyrazi chęć utrzymania możliwie jaknajdłużej rodziców przy życiu.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 3 marca 1933 r. (Wien. med. Wschr. N. 12, 1933) pokazywał F. N e c k e r kobietę, u której przed rokiem wykonano wycięcie lewej nerki i zespolenie miedniczkowomoczowode po stronie prawej. U pacjentki, której mocz przed 10 laty był przez pewien czas mętny i krwawy, istniało lewostronne wodonercze z 200 cm.³ moczu zalegającego. Badanie rentgenowskie wykazało nerkę kamicową z jądrem wielkości jaja gęsiego i okrągławymi na kształt płaszcza, siedzącymi na niem odpowiadającymi układowi kielichów złogami. Worek wodonerczynowy sięgał po stronie prawej od D₁₂ do L₃, prawy moczowód był skręcony. Podczas operacji okazało się, że wytworzenie kamieni odbywało się w nerce z wrodzonym wodonerczem. W 2 miesiące po wycięciu lewej nerki (w międzyczasie nastąpiło zakażenie jedynej prawej nerki) utworzono po stronie prawej worek wodonerczynowy wielkości dwóch pięści, osuszono go zapomocą przyrządu ssącego, usunięto kawałek moczowodu długości 6 cm., zaś obwodowy koniec wszczepiono przy tej sposobności do miedniczki nerkowej, zmniejszonej przez wycięcie ze ściany miedniczki nerkowej kawałka długości 6 cm., szerokości 3 cm., założono przetokę nerkową po stronie ubogiej w miąższ celem zapewnienia spokoju zespoleniu. Drenaż usunięto w 15 dni po operacji, chorą wypisano ze szpitala po 21 dniach. Badanie kontrolne po upływie roku od operacji wykazało: wielkość worka wodonerczynowego zmniejszyła się do połowy, mocz zalegający do 25 — 30 cm.³. Ciężar właściwy dochodził do 1024, wydzielanie błękitu nastąpiło po 5 minutach, a zatem wynik był najzupełniej zadowalający.

Korespondencja

Kocmyrzów, 25.II.33 r.

Odpowiedź na Ankietę w sprawie świadomego macierzyństwa.

Ad 1) Unikanie ciąży wśród ludności wiejskiej (ogromnie rozpowszechnione) jest objawem wyłącznie samoobrony, a nie propagandy.

Ad 2) Tak, o tyle tylko, że rozpowszechniają się inne

sposoby: wśród ludności wiejskiej stosowany jest nieomal wyłącznie *coitus interr.*

Ad 3) W ciągu ostatnich 7-miu lat, odkąd tu jestem, liczba przerywań ciąży nie wzrasta — była i jest duża.

Ad 4) Lekarze.

Ad 5) Nie — sporadyczne wypadki wskutek przerwania ciąży przez niefachową siłę.

Dr. B. Herman.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zdrowiska i uzdrowiska Bułgarii.

Podał

Prof. Dr. Med. A. MANKOWSKI.

Jako lekarz, mieszkający już od kilkunastu lat w Bułgarii, uważam za swój obowiązek zaznaczyć polski świat lekarski ze skarbami przyrodolecznictwa tego kraju w przekonaniu, że zapoznanie się kolegów z nimi może być w ten albo inny sposób pożytecznie wykorzystane.

* * *

Bułgaria posiada bardzo wielkie skarby przyrodnicze w postaci zdrojowisk i plaży morskich. Aby dać pojęcie o wielkości tych skarbów, wystarczy powiedzieć, że na przestrzeni 103000 kilometrów kwadratowych Bułgaria posiada 137 zdrojów, których wartość lecznicza już od dawnych czasów znana jest ludności. Własności lecznicze niektórych zdrojów znane były jeszcze za czasów rzymskich, i dotychczas w okolicach tych zdrojowisk można spotkać zabytki starożytnej rzymskiej architektury. Cechują się zdrojowiska Bułgarii przeważnie tem, że są akrototermami rozmaitej ciepłoty — od $+20^{\circ}\text{C}$, do $+86^{\circ}\text{C}$ (Saparewski źródł), składników mineralnych zawierają mało, ale są mniej więcej radioaktywne. Drugą cechą zdrojowisk Bułgarii jest to, że woda źródeł wydobywa się na powierzchnię ziemi sama przez się, a nie za pomocą świdrowania. Aczkolwiek woda zdrojowa używana jest przeważnie do kąpeli, jednakże w całym szeregu zdrojowisk używa się i do picia, jak w Sofji, Bańkach, Górnej Bani, Kniażewie, Kjustendilu, Hissarji, i wielu innych.

Naród bułgarski jest bardzo przyzwyczajony do kąpeli i używa ich często bez kontroli i rady lekarskiej, co czasami daje fatalne wyniki. Co się tyczy lekarzy, to i oni nie posiadają zupełnie ścisłych wskazań do używania większości zdrojów wskutek braku wszechstronnej i dokładnej analizy wód większości zdrojów i braku systematycznych obserwacji nad ich działaniem na ustrój chorego.

Najpopularniejszym zdrojowiskiem Bułgarii jest miejscowość Bańki, połączona z Sofją koleją żelazną; jest także wygodne połączenie automobilowe. Dużo kuracjuszków mieszka w licznych willach i hotelach Baniek. Sezon dłuższy: od I.VI do I.XI. Zakład kąpielowy, otoczony dobrze utrzymanym parkiem, urządzone jest według nowoczesnych wymagań i zaopatrzone w najnowsze urządzenia kąpielowe. Istnieje stała pomoc lekarska. Kąpiel w basenie I-iej kl. z bielizną kosztuje 1 zł. 30 gr., w basenie II kl. — 1 zł., w wannach w kabinie — 1 zł. 60 gr. Ciepłota wody $37,2^{\circ}\text{C}$. Typowa akrototerma, o słabej radioaktywności (1,7 10-10 C u r i e). Na podstawie analizy chemiczno-fizycznej kąpiele Bańki porównywane są z Evian les Bains, Neris, Eveaux, Plombières, Bains les Bains we Francji, Saxon w Szwajcarii, Aqwi we

Włoszech i Bad Gastein w Austrii. Podobne kąpiele w Bułgarii znajdują się w Hissarji (Molina Bania, Parilki) i w Werszec. Bad Gastein jednak posiada znacznie mocniejszą radioaktywność (666 10-10 C u r i e). Kąpiele Baniek stosowane są w ogólnym osłabieniu na skutek przemęczenia nerwowego, albo w zaburzeniach przemiany materji, w cierpieniach gościcowych, dnie, nerwicy sercowej, neurastenji, nielicznych chorobach kobiecych. Woda używa się i do picia; jest przyjemnego smaku, działa przeczyszczająco, stosowana jest w niezbytach przewodów pokarmowego i dróg moczowych.

Podobne cechy jak źródła Baniek, posiada również woda dwóch źródeł miejscowości Werszec, znajdującej się na linii kolei Sofja - Łom Palanka w bardzo malowniczej miejscowości ze wspinałem powietrzem górskim. Nowoczesne, nie ustępujące zachodnio - europejskim zakłady kąpielowe, za znacznie tańszą cenę pozwalają używać wód mineralnych o $t^{\circ} 32 - 36^{\circ}\text{C}$. Wskazania lecznicze te same, co i w Bańkach. Werszec ma reputację jednego z najlepszych i najtańszych zdrojowisk Bułgarii.

Hissarja w południowej Bułgarii jest starożytną twierdzą z czasów rzymskich. W niej samej oraz w okolicy znajduje się 8 zdrojów akrototermalnych o chemicznym składzie podobnym do źródeł Baniek, ale z wyższą ciepłotą: do 38°C (Stubła), do $48,8^{\circ}\text{C}$ (Chawez) i wyższej radioaktywności — do 114 10-10 C u r i e. Położenie Hissarji u wejścia do słynnej „doliny róż” w miejscowości o stałym łagodnym klimacie, przyczynia się do wielkiej frekwencji tego zdrojowiska, a własności lecznicze wód, używanych do picia i w postaci kąpeli stworzyły Hissarji sławę cudotwórczych wód w kamicy nerkowej i żółciowej nie tylko w Bułgarii, lecz i za granicą. Największą frekwencją cieszy się źródło „Molina Bania” (Dziwiczka kąpiel), której woda jest mocno radioaktywna i daje debit 400 l. w 1 min. o ciepł. $47,5^{\circ}\text{C}$. Ale kąpielisko dotychczas jeszcze nie jest dobrze urządzone: dno jest wyłożone deskami. Niektóre ze źródeł Hissarji są w stanie zupełnie prymitywnym, jak, najrzykład, „Parilki”: są to małe sadzawki w otwartym polu.

Stolica Bułgarii Sofja, leżąca na poziomie 550 metrów nad morzem, posiada również zdrojowisko, zaopatrzone w nowoczesne urządzenia. Kąpielisko znajduje się pośrodku miasta. Otoczone jest ładnym, dobrze utrzymanym parkiem. Według analizy francuskiej chemików, woda sofijskiego zdroju jest „eau sulfureuse sodique”, zawiera siarczan wodoru. Ciepłota — $47,5^{\circ}\text{C}$. Mało radioaktywna: 3,6 (10-10 C u r i e). Woda sofijskiego zdroju przyrównywana jest do Amelie les Bains, Preste, Maligot, Vernet, d'Ax, Barèges, Cauteres, Eaux bonnes, Eaux chaudes, Aix les Bains, Gazost i St. Honoré we Francji. Wywiera dodatni wpływ na przemianę materji. Prawie identyczne z Sofijskimi są źródła: Karłowski i Dolno Bański,

ale te źródła nie posiadają nowoczesnych urządzeń kąpielowych.

9 km od Sofji leży zdrojowisko Górna Bania. Dwuwęglan sodu i magnezu, siarczan sodu — są głównymi składnikami mineralnymi wody, którą przyrównują do wód Neris, Bains les Bains, Plombières i Dax we Francji, Teplic Schönau i Bad Gastein w Austrii. Ciepł. wody—39°C—41°C. Mała radjoaktywność. Wskazania: zaburzenia przemiany materji i nieżyty dróg oddechowych. Używa się szeroko do picia nie tylko na miejscu, ale wywozi się również do najodleglejszych krańców Bułgarii.

11 km. od Sofji u podnóża góry Witosza, na której szczytach śnieg leży cały rok, znajdują się źródła Książewa. Woda mało radjoaktywna, zawiera bardzo mało składników mineralnych i niską ciepłotę: od 29°C — do 31°C. Wskazania lecznicze: dna, rwa kulszowa, gościec, kamica żółciowa i nerkowa i nieżyt dróg jelitowych.

W odległości 6-ju km. od Sofji i 2 km. od Górnej Bani znajduje się zdrojowisko Owca Kąpiel przy wsi Pawłowo. Nowoczesne urządzenia kąpielowe są już na ukończeniu. Ciepłota wody—31,5 C. Radjoaktywność—19,6 (10-10 C u r i e). Sądząc ze składu (siarczan sodu i wapnia, dwuwęglan wapnia, magnezu i żelaza oraz chlorku sodowego), woda ta zbliżona jest do Contrexeville, Châtel-Gujon, Capverne i Bagnières de Bigorre we Francji. Zaburzenia przemiany materji, cukrzyca, gościec przewlekły, dna, artretyzm — oto choroby, które spowodują tu licznych kuracjuszków. Dojazd z Sofji do Książewa i Owczej Kąpeli odbywa się tramwajami i autobusami.

W południowej Bułgarii o 15 km. od Nowej Zagory przy rzeźce Tundża leży źródło Kortenski, gdzie dotychczas istnieją ruiny rzymskich term. Ciepł. wody — 57°C., radjoaktywność dość wielka: — 117 (10-10 C u r i e). Główne składniki: dwuwęglan sodu (0,122), siarczan sodu (0,466) i chlorek sodu (0,067) upodabniają wodę tego źródła do Châtel Gujon i Jenzat we Francji. Niektóre choroby kobiece i zaburzenia przemiany materji oraz triada: gościec, dna i rwa kulszowa tworzą wskazania do używania wewnętrznego i zewnętrznego tej wody. Powiadają, że jest pożyteczna w żylakach i hemoroidach.

Do tejże grupy gorących, ale z jeszcze wyższą ciepłotą wody źródeł można zaliczyć źródło Kjustendiłski, znajdujący się w zachodniej części Bułgarii. Dobrze urządzone kąpielisko z nowoczesnymi urządzeniami kąpielowymi umiejscowione jest w środku miasta, przylegającego do dworca kolejowego Sofja - Kjustendił. Dużo hotelów i restauracji, teatr miejski i malownicza miejscowość dla wycieczek — „Hissarłyk“ urozmaicają pobyt kuracjuszkom, którzy mogą korzystać z pięknych i tanich owoców, dostarczanych w wielkiej ilości do miasta z otaczających miasto ogrodów owocowych. Woda — mocno gorąca: od 50°C. do 70°C ale mało radjoaktywna: 3,1 (10-10 C u r i e). Analiza wód, wykonana w Ecole des Mines w Paryżu, przedstawia je jako „eaux sulfureuses sodiques“, przyrównując je do Amelie les Bains, Preste, Malligot, St. Fernet, Couterets, Luchon, Barèges, Gazost, Eaux Bonnes, Chailles les Eaux,

Aix les bains, St. Honoré we Francji. Kjustendiłska woda jest jedną z najmocniej mineralizowanych wód Bułgarii i zawiera dużo wodoru siarczanego, tiosiarczanu i siarczanu sodu. Choroby skóry, zaburzenia przemiany materji i artretyzm w rozmaitych stopniach i postaciach, nieżyty dróg oddechowych spowodują do Kjustendiłu licznych pacjentów. Najwyższą ciepłotę wody zdrojowej 86°C posiada Saparewo na północnych zboczach Rylskich gór. Bardzo ładna miejscowość, obiecująca dużą przyszłość temu uzdrowisku.

Prawie wszystkie zdrojowiska Bułgarii mogą być zalecane jako miejscowości wycieczkowe. Ale za wzór takiego połączenia wycieczkowej miejscowości ze zdrojowiskiem może służyć Kosteniec - Bania na linii kolejowej Sofja - Filipopol.

Miejscowość bardzo malownicza! Góry, otaczające wieś, są pokryte gęstymi lasami. Źródło „Kostenice“ o ciepłocie 41°C z dość wysoką radjoaktywnością: 74 10-10 C u r i e. Drugi źródło — „Solu Derwent“ o ciepłocie 64,5°C jest mocno radjoaktywny: 560 10-10 C u r i e!

Specjalnie urządzone Uzdrowiska dla prywatnych kuracjuszków Bułgaria nie posiada. Są dwa sanatoria dla chorych na gruźlicę: w Iskrec i Trajan, z których przeważnie korzystają urzędnicy państwowi. Natomiast jest dużo miejscowości, nadających się do wycieczki i korzystania z czynników kuracji fizycznej, jak: czyste powietrze, słońce, wycieczki, kąpiele...

W północnej Bułgarii: Widin, Łom Pałanka, Nikopol, Sviszczow, Ruzczuk, — są miejscowości na prawym brzegu Dunaju, otoczone sadami owocowymi, ogrodami. W środkowej Bułgarii: Sofja, Książewo, Wraca, Tryn, Szyпка... W południowej Bułgarii Czam Korja, Rylski klasztor, Jundol, Panczerewo... są to wszystko miejscowości, gdzie turysta może wypoczywać, korzystając z kąpeli rzecznych albo zdrojowych, z wycieczek w malownicze okolice, z taniego utrzymania, pysznego jogurtu i rozmaitych owoców, które na miejscu są bardzo tanie.

Na wybrzeżu Czarnego morza na wschodzie Bułgarii jest szereg plaży z kąpielami morskimi: Warna, Anchialo, Mesemwria, Burgas, Sozopol i Wasiliko są głównymi. Największą frekwencją cieszy się Warna. Olbrzymia, płytka, piaszczysta plaża, na której pobudowane są łazienki z kabinami do rozbierania się, ponad plażą, bardzo ładny i dobrze utrzymany park, w którym codziennie gra muzyka, cały szereg restauracji, otaczających park i ofiarujących te albo inne atrakcje gościom, i szereg hoteli tworzą z Warny miasto przyjemnego spędzenia czasu, połączonego z talassoterapią. Rozległość plaży umożliwia osobom, unikającym tłumu, korzystanie z kąpeli morskich w oddaleniu od miejskich kąpielisk. Tej kategorii goście zwykle wynajmują na przedmieściu lokale z 1—2 3 umeblowanych pokojów i prowadzą własne gospodarstwo. Zdaje mi się, że Warna jest jedyną miejscowością w Bułgarii, gdzie płaci się także zdrojową. Lekarze i ich rodziny są zwolnieni od taksy zdrojowej, która, mówiąc nawiasem, nie jest wysoka.

W okolicach Warny jest dużo ogrodów owocowych i winogronowych i w sezonie ostatnim—

sierpień i wrzesień — goście mogą korzystać z kuracji winogronowej. Cena dobrych winogron w urodzajnym sezonie jest 50 — 60 gr. za kilogr. Wszystko to powoduje z każdym rokiem zwiększającą się frekwencję Warny. Przyjeżdżają nie tylko Bułgarzy, ale i cudzoziemcy. Przyjazd cudzoziemców ułatwiany jest przez poselstwa bułgarskie, które chętnie dają ulgowe, a nawet i bezpłatne wizy lekarzom i kuracjom, a dyrekcja kolei w Bułgarji daje 25% zniżki od granicy do wszystkich zdrojowisk i kąpielisk. Największy % cudzoziemców w Warnie stanowią Czesi, po nich Polacy, a następnie Niemcy, Węgrzy, Rumuni.

Specjalnym środkiem leczniczym jest błoto. Źródłem najlepszego błota leczniczego w Bułgarji jest jezioro Anchialskie. Zawiera ono wodę morską, która wskutek parowania stopniowo zgęszcza się. W tej stojącej wodzie żyje mnóstwo rozbactwa i insektów wodnych, które, umierając, opadają na dno i tam rozkładają się razem z gnijącymi roślinami. W wyniku długoletniego rozkładu organicznych składników na dnie jeziora utworzyła się warstwa czarnego, jak smoła, błota. Posiada ono wybitną wartość leczniczą. Używa się błota na miejscu w taki sposób, że kuracjusze sma-

rują sobie część lub całe ciało błotem i siedzą pod promieniami słońca, aż póki błoto nie wyschnie. Suche błoto zmywa się wodą w jeziorze. Dla racjonalnej kuracji pod opieką lekarza błoto wlewa się do wanny, nagrzewa się rurami z gorącą parą wodną do pewnej temperatury, i w takiej wannie błotnej chorzy siedzą albo leżą przez przepisany okres czasu. Eksportowane do innych miejscowości (w dobrze zamkniętych naczyniach) błoto używa się po ogrzaniu do okładów albo do kąpielii w wannach. Przy ciepłych zdrojach, przebijających się na powierzchnię ziemi i nie kaptazowanych wytwarza się również błoto, używane przez ludność do leczenia. Dobrze są znane jako lecznicze błociska w Karłowo.

Na zakończenie mego krótkiego referatu uważam za swój obowiązek zaznaczyć, że w Bułgarji jeszcze mało jest zdrojowisk i uzdrowisk, które mogą zadośćuczynić wymaganiom człowieka, przyzwyczajonego do europejskiego komfortu. Wzamiar tego turysta wszędzie spotka piękne krajobrazy, przyjemną i gościnną ludność, zdrowy i tani wikt, a najważniejsze, nie będzie ofiarą chciwego zdzierstwa, na które często skarżą się rodacy, zwiedzający obce, a nawet i ojczyste zdrojowiska i uzdrowiska.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Wzorem lat ubiegłych odbędzie się w Państwie Szkole Higjeny w czasie od 15.V.33 do 3.VI.33 kurs dla lekarzy Ośrodków Zdrowia. Program kursu załącza się.

Na kurs mogą być przyjęci lekarze, którzy bądź pracują już w Ośrodkach Zdrowia, bądź też pragną się zapoznać z tym działem pracy higieniczno - lekarskiej.

Wpisowe wynosi 10 zł.; uczestnicy kursu mogą korzystać z pomieszczeń bursy Państwowej Szkoły Higjeny, gdzie koszt pobytu wraz z utrzymaniem wyniesie 4 zł. dziennie od osoby. Zgłoszenia należy nadsyłać do Sekretariatu Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie, ul. Chocimska 24. Lekarze, pragnący zamieszkać w bursie, powinni zawczasu o tem zawiadomić Państwową Szkołę Higjeny.

Lekarzom, którzy pracują już w Ośrodkach Zdrowia, a nie mają specjalnego przeszkolenia w tym kierunku, Państwowa Szkoła Higjeny będzie mogła przyznać pewną liczbę stypendjów w wysokości nieprzekraczającej 100 zł. na osobę.

Podania o stypendjum z poparciem właściwej władzy kandydaci winni wnosić do Państwowej Szkoły Higjeny w terminie do 5.V.33. Do podania należy dołączyć: a) krótki życiorys, b) poświadczenie stwierdzające charakter zajmowanego stanowiska w Ośrodku Zdrowia.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. J. Adamski.

Program

kursu instrukcyjnego dla lekarzy Ośrodków Zdrowia.

Kurs ma na celu wprowadzenie lekarzy Ośrodków Zdrowia w zagadnienia, związane z pracą w tych instytucjach. Wykładowcy mają za zadanie zapoznanie słuchaczy z techniką pracy w poszczególnych działach wzorowego Ośrodka Zdrowia,

zwracając szczególną uwagę na stronę organizacyjną i administracyjną, a sprowadzając stronę naukową (kliniczną) poruszonych zagadnień do najmniejszego minimum.

A. Wykłady.

- | | |
|---|---------|
| 1) Zasady ogólne organizacji i działalności Ośrodka Zdrowia | 4 godz. |
| 2) Ośrodek Zdrowia na terenie międzynarodowym w związku z zagadnieniem uzdrowotnienia wsi | 2 „ |
| 3) organizacja i działalność poszczególnych działów pracy: | |
| a) walka z chorobami społecznymi | 11 „ |
| b) opieka nad matką i dzieckiem | 4 „ |
| c) higjena szkolna | 3 „ |
| d) higjena otoczenia | 8 „ |
| e) walka z ostreimi chorobami zakaźnymi | 2 „ |
| f) szczepienia ochronne | 2 „ |
| g) higjena psychiczna | 2 „ |
| h) kontrola lekarska sportów | 2 „ |
| i) ratownictwo ogólne i przeciwgazowe | 4 „ |
| j) propaganda i popularyzacja higjeny | 2 „ |
| 4) Opieka społeczna a Ośrodek Zdrowia | 2 „ |
| 5) Kasy Chorych a Ośrodki Zdrowia | 2 „ |
| 6) Praca pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia | 3 „ |
| 7) Administracja i biurowość Ośrodka Zdrowia | 2 „ |
| 8) Seminarjum dyskusyjne | 3 „ |

Razem 56 godz.

B. Zajęcia praktyczne.

- 1) Praktyka w Ośrodkach Zdrowia w działach: walki z gruźlicą, jaglicą, z chorobami wenerycznymi, opieki nad matką, dzieckiem i t. p.
- 2) Demonstracje pracy pielęgniarki na terenie.
- 3) Ćwiczenia z zakresu inspekcji sanitarnej.

C. Wycieczki do Ośrodków Zdrowia.

D. Colloquium.

— W związku z ogłoszeniem nowego kodeksu karnego, jak również szeregu nowych ustaw sanitarnych, Państwowa Szkoła Higjenu, w porozumieniu z Ministerstwem Sprawiedliwości organizuje w czasie od 15 do 26 maja 1933 r. dwutygodniowy kurs prawodawstwa sanitarnego dla prawników.

Zadaniem kursu będzie ułatwienie współpracy prawnika i lekarza w zakresie orzekania w sprawach przekroczeń ustaw, dotyczących się higieny publicznej i lecznictwa. W wykładach omówione mają być przede wszystkim te przepisy ustawowe, które wymagają wyjaśnienia merytorycznego z punktu widzenia ich ogólnych podstaw biologicznych.

Program kursu obejmuje następujące wykłady: 1. Kodeks karny i orzecznictwo sądowno-lekarskie, 2. Grupy krwi w zastosowaniu do medycyny sądowej, 3. Ustawodawstwo z zakresu praktyki lekarskiej, dentystrycznej, felczerskiej, położnych, 4. Ustawa o szpitalnictwie, 5. Ustawodawstwo z zakresu higieny pracy, 6. Orzecznictwo lekarskie ubezpieczeniowe, 7. Ustawodawstwo z zakresu ostrych chorób zakaźnych, 8. Ustawodawstwo z zakresu chorób społecznych (jaglica, walka z nierządem, alkoholizm, narkotyki), 9. Ustawodawstwo z zakresu nadzoru nad żywnością, 10. Ustawodawstwo z zakresu zaopatrywania w wodę, usuwania nieczystości, 11. Ustawa o grzebaniu zmarłych.

Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczorowych, od godz. 19 — 21. Ogółem godzin 18-cie. Wpisowe na kurs wynosi 10 zł.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjenu, ul. Chocimska 24 (tel. 8.94-81) w terminie do 12.V. b. r.

— Kurs Eugeniki i poradnictwa przedślubnego. Państwowa Szkoła Higjenu wspólnie z Sekcją Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego organizuje pod kierunkiem wybitnych fachowców III-ci kurs dla lekarzy z dziedziny eugeniki i poradnictwa przedślubnego.

Wykłady obejmą zarówno stronę społeczną, związaną ze sprawami małżeństwa, jak zagadnienia polityki populacyjnej, rozrodczości, reformy małżeństwa, oraz sprawy związane ściślej z patologią, jak dziedziczenie chorób psychicznych, nerwowych, zapobieganie chorobom wenerycznym i t. p.

Kurs odbędzie się w czasie od 16-go — 27 maja 1933 r. W celu umożliwienia uczęszczania na kurs lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 20 — 22 w gmachu Państwowej Szkoły Higjenu, ul. Chocimska 24.

Kurs jest bezpłatny, wpisowe wynosi 10 zł.

Program i rozkład godzin następujący:

16.V. g. 20 — 22 Prof. J. Dembowski — Naukowe podstawy eugeniki.

17.V. g. 20 — 21 Doc. Dr. W. Łuniewski — Technika badań dziedziczności u człowieka; 21 — 22 Dr. H. Szpidbaum — O typach rasowych i konstytucjonalnych.

18.V. g. 20 — 21 Dr. M. Kacprzak — Z zagadnień rozrodczości; 21 — 22 Dr. Z. Garlicka — Zapobieganie ciąży.

19.V. g. 20 — 22 Wiceprez. K. Fleszyński — Prawodawstwo małżeńskie i próby reformy.

20.V. g. 20 — 21 Dr. L. Wernic — Najważniejsze zagadnienia ruchu eugenicznego; 21 — 22 Doc. Dr. W. Sterling — Biologia seksualna.

21.V. od godziny 12-ej. Dr. L. Wernic — Poradnictwo przedślubne. Zwiedzanie Tow. Eugenicznego, Nowy Świat 1.

22.V. g. 20 — 21 Doc. Dr. G. Szulc — Gruźlica; 21 — 22 Dr. H. Szczodrowski — Wpływ chorób wenerycznych na płodność i zwyrodnienie.

23.V. g. 20 — 21 Dr. R. Dreszer — Dziedziczenie chorób psychicznych; 21 — 22 Doc. Dr. W. Łuniewski — Narkomanja.

24.V. g. 20 — 22 Doc. Dr. W. Sterling — Dziedziczenie chorób nerwowych.

26.V. g. 20 — 21 Doc. Dr. W. Melanowski — Dziedziczność a narząd wzroku; 21 — 22 Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski — Zboczenia seksualne.

27.V. g. 19 — 21 Prof. Dr. L. Hirszfild — Podstawy biologiczne odporności; 21 — 22 Seminarjum dyskusyjne. — Zamknięcie kursu.

Zgłoszenia pisemne przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjenu, ul. Chocimska 24, do dnia 10 maja, codziennie od 9 — 15, tel. 8-94-81.

— Polskie Towarzystwo Balneologiczne w Krakowie utworzyło z swoim finansowym udziałem spółkę dla eksploatacji leczniczych wód szczerwawickich i wydzierżawiło od Hr. Adama Stadnickiego, właściciela Szczawnicy, prawo wyłącznej eksploatacji tych wód na okres kilkunastu lat. Spółka poczyniła już starania, ażeby eksploatacji ich odbywała się jak najracjonalniej i dostarczała poważnych dochodów dla Funduszu Budowy Instytutu Balneologicznego, a po powstaniu Instytutu zapewniała środki dla jego naukowej i dydaktycznej działalności.

Donosząc o tem, prosi Zarząd P. T. B. bardzo serdecznie i bardzo gorąco sfery lekarskie całej Polski o życzliwą pomoc i opiekę także na tym odcinku działalności Towarzystwa.

Dr. T. Piotrowski
Skarbnik P. T. B.

Prof. Dr. L. Korczyński
Prezes P. T. B.

— Komunikat Sekcji Balneologii i Klimatologii XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu od 12 — 15 września 1933 r.

Gospodarzem sekcji Balneologii i Klimatologii jest prof. Dr. Paweł Gantkowski, Poznań, ul. Fredry 10. Zakład Higjenu. Przewodnictwo Sekcji objął prof. Dr. L. Korczyński, Prezes P. T. B. w Krakowie.

Program sekcji obejmuje temat główny: „Rozwojowe szlaki polskiej balneologii od połowy zeszłego wieku. Założenia i horoskopy na przyszłość“, wygłosz. Prof. Dr. L. Korczyński.

Wskazówki dla zgłaszających wykłady — w odezwie Komitetu Organizacyjnego.

Po zakończeniu zjazdu odbędą się wycieczki do uzdrowisk krajowych.

Sekretarj Sekcji Balneologii i Klimatologii

Dr. W e r n e r Artur.

Szczerwawica. Willa Sobieski.

— Zgodnie z uchwałami, powziętymi w Krakowie i Warszawie, Towarzystwo Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich odbędzie swój zjazd następnym w Poznaniu, dnia 12 — 15 września 1933 r., jak o

Sekcja Mikrobiologii XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Tematem obrad będą następujące referaty główne: Mikrobiologia i immunologia gruźlicy, ref. prof. Groer, koref. doc. Karwacki. Zarazki przesykalne, ref. prof. Nitsch, koref. doc. Eisenberg. Etjologia i epidemiologia duru plamistego, ref. prof. Weigl, koref. doc. Anigstein. Otoczkowce, ref. prof. Gąsiorowski.

Tematy referatów, stojących w związku z tematami programowymi, również tematy referatów pozaprogramowych uprasza się kierować pod adresem Komitetu Organizacyjnego Sekcji: Poznań, Wały Wazów 25, Zakład Mikrobiologii Lekarskiej U. P. sekretarz Sekcji: Dr. J. Adamski. Oprócz dokładnego tytułu referatu i warsztatu, w którym praca została wykonana, należy równocześnie nadesłać krótkie streszczenie w języku polskim i francuskim. Powinno ono obejmować w zwięzłej formie cel pracy, zastosowaną metodykę i otrzymane wyniki.

Termin zgłaszania referatów został przedłużony do 1 czerwca r. b.

Za Komitet Organizacyjny

L. Padlewski
przewodniczący

J. Adamski
sekretarz

— Międzynarodowy Zjazd Przeciwrakowy w Madrycie (25 — 30.X.1933).

Polski Komitet do Zwalczenia Raka otrzymał następujące zaproszenie na Międzynarodowy zjazd dla walki naukowej i społecznej z rakiem, który odbędzie się w Madrycie między 25 i 30 października 1933 pod protektoratem Prezydenta Republiki Hiszpańskiej:

„Dzielo, dokonane już przez Towarzystwa, które we wszystkich krajach zajmują się badaniami naukowymi i organizowaniem społecznej walki z rakiem, wskazuje niezbicie, że poczynania te wymagają współpracy międzynarodowej. Rozpowszechnianie wszystkich zdobytych wiadomości, porównywanie metod pracy naukowej, ułatwianie łączności między uczonymi, lekarzami, organizatorami i filantropami, zajmującymi się całokształtem zagadnień walki z rakiem — oto zadanie zjazdu międzynarodowego, a następnie stałej kancerologicznej instytucji międzynarodowej, któraby okresowo powoływała do życia zjazdy.

Hiszpańska Liga Przeciwrakowa, przeświadczona o wielkiej doniosłości tego rodzaju organizacji, naskutek postanowienia tymczasowego międzynarodowego Zjazdu Kancerologicznego zwołuje 25 i 30 października b. r. w Madrycie Międzynarodowy Zjazd Przeciwrakowy z dwiema sekcjami: społeczną i naukową i czterema podsekcjami w każdej sekcji, oraz organizuje Międzynarodową Wystawę kancerologiczną, obejmującą przyrządy, raka doświadczalnego, modele instytucji i szpitali, bibliografię kancerologiczną we wszystkich językach etc. Zjazd ma zapewniony protektorat Pana Prezydenta i Rządu Republiki Hiszpańskiej”.

Zjazd będzie miał charakter naukowy i społeczny, z czterema podsekcjami w każdej sekcji. Porządek dzienny obejmować będzie tematy następujące:

Sekcja Naukowa.

Biologia komórki rakowej: a) Bodźce podziału komórkowego, b) Metabolizm komórki rakowej, c) Hodowla komórek rakowych „in vitro”, d) Rak doświadczalny.

Wczesne rozpoznawanie raka: a) Stan przedrakowy, b) Podstawy histologiczne rozpoznawania i rokowania raka, c) biologiczne rozpoznawanie raka, d) możliwości radiografji w rozpoznawaniu raka.

Leczenie raka: a) Chemoterapia raka, b) Elektrochirurgja w leczeniu raka, c) Curieterapia: 1) Telecurieterapia, 2) Curieterapia wewnątrznowotworowa, 3) technika otrzymywania największej selektywności napromieniania; d) Radjoterapia w dawkach frakcjonowanych i przedłużonych w leczeniu raka, 2) Porównawcze działanie napromieniań Roentgena i gamma na komórkę rakową.

Guzy układu nerwowego: a) Anatomja guzów układu nerwowego ośrodkowego, b) anatomja guzów układu nerwowego obwodowego, c) rozpoznawanie guzów wewnątrzczaszkowych, d) chirurgia guzów wewnątrzczaszkowych.

Sekcja Społeczna.

Rak z wodoy: a) rak przemysłowy, b) prawodawstwo przeciwrakowe, c) ubezpieczenia przeciwrakowe.

Statystyka raka: a) statystyka demograficzna, b) rak rasowy.

Organizacja walki z rakiem: a) organizacja ośrodków przeciwrakowych, b) organizacja stelego biura międzynarodowego do walki z rakiem w łączności z Ligą Narodów, c) praktyczne nauczanie lekarza.

Zapobieganie rakowi: Wychowanie społeczeństwa do walki z rakiem.

Wykłady: 1) Organizacja walki społecznej z rakiem. 2) Histologiczne podstawy złośliwości guzów. 3) Nowa orientacja w leczeniu raka. 4) Możliwości lecznicze radu. 5) Wyniki chirurgji i curieterapii w raku macicy.

Podczas zjazdu urządzone będzie muzeum, zawierające dwie sekcje: a) wystawę naukową (fotografię, mulaże, książki, czasopisma etc., etc.), b) wystawę przyrządów i instrumentów.

Koleżdy pragnący zgłosić komunikaty, winni przed 1 sierpnia 1933 r. dostarczyć sekretarzowi zjazdu streszczenie, pisane na maszynie (z kopją), rozmiarów ósemki (około 400 słów). Wszystkie streszczenia zostaną w postaci książki wręczone członkom zjazdu przy jego otwarciu. Językami urzędowymi zjazdu są: niemiecki, angielski, francuski, hiszpański i włoski. Sprawozdania winny „in extenso” zostać dostarczone sekretarzowi generalnemu przed 1 lipca 1933 r. Wpisowe za udział w zjeździe wynosi dla członka — 10 dolarów, dla osoby towarzyszącej — 5 dolarów. Adres sekretarza generalnego: Dr. Julio Bejarano.

Secretario General del Congreso Internacional de Lucha Científica y Social contra el Cáncer, Atocha, 104, Madrid (Espanne).

W związku z tem zaproszeniem Polski Komitet do zw. raka, zgodnie z uchwałą Stałej Komisji Polskiej Zjazdów Przeciwrakowych, na posiedzeniu, odbytem w dn. 25.III.1933, postanowił zorganizować Delegację Polską na Zjazd, oraz zwrócić się do wszystkich Kolegów, zajmujących się zagadnieniem raka na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z prośbą o zgłaszanie referatów na Międzynarodowy Zjazd Przeciwrakowy w Madrycie w jednym z języków, wymienionych w zaproszeniu — o ile to możliwe, najlepiej za pośrednictwem Polskiego Komitetu do zw. raka, oraz do zapisywania się na uczestników Zjazdu.

O ile liczba uczestników będzie dostatecznie duża, Polski Komitet do zw. raka poczyni kroki w celu uzyskania paszportów ulgowych, oraz zniżek kolejowych w Polsce.

Wszelkich informacji udziela Sekretariat Polskiego Komitetu do zw. raka (Warszawa, Karowa 31, telefonicznie 279-61 w wtorki, czwartki, soboty od 4 — 5 po poł.).

W miarę otrzymywania dalszych wiadomości z Madrytu Polski Komitet do zw. raka będzie zamieszczał w prasie dalsze komunikaty.

— W Nr. 18 „Polskiej Gazety Lekarskiej“ znajdujemy następujący list Dra Stanisława B ü h n a, charakteryzujący stosunki, panujące w Niemczech H i t l e r a:

Czasopismo „Die Tuberkulose“, wychodzące nakładem G m e l i n a w Monachium, a redagowane przez Dr. M i c h e l s s o n a w Berlinie, przyjęło do druku jedną z moich prac naukowych. Artykuł wymieniony został złożony, i z początkiem marca r. b. przesłano mi korektę. W odpowiedzi na odesłaną korektę otrzymałem od naczelnego redaktora wspomnianego czasopisma, Dra M i c h e l s s o n a, list z dn. 12.IV.1933, donoszący, że z powodu nieporozumienia, zaszłego w firmie nakładowej, artykuł nie mógł dotychczas być ogłoszonym. Co do terminu jego ogłoszenia w przyszłości, charakterystyczne jest zdanie, które w całości pozwolę sobie przytoczyć:

„Wann die Veröffentlichung stattfinden kann, entzieht sich einstweilen meiner Beurteilung, da Sie verstehen werden, dass ich Ihre Arbeit nicht abdrucken kann, solange die Ausschreitungen gegen die Deutschen in Polen nachhalten“.

Dalsze komentarze zbyteczne.

ZMARLI.

Prof. L u b a r s c h, znakomity anatomo-patolog — w Berlinie.

Prof. A u f r e c h t, znany klinicysta — w Magdeburgu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

29.IV. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. M. R o s n o w s k i: Przypadek cwału rozkurczowego, spowodowanego przedłużonym skurczem komór. 2. Z. S z c z e p a ń s k i: Pokaz rentgenogramów t. zw. ciemnej odmy. 3. Z. S z c z e p a ń s k i: Interesujący wynik zabie-

gu wyrwania nerwu przeponowego na zmianę płucną. 4. H. R a s o l t i A. K i c i ń s k i: Przypadek samoistnego pęknięcia tętnicy głównej, naśladujący klinicznie i elektrokardjograficznie zawał serca. 5. K. D ą b r o w s k i i J. S t o p c z y k: Gruczolako-rak płuca z zajęciem opłucny (wysięk krwawy) i gruczolów chłonnych. 6. K. D ą b r o w s k i, M. W e r k e n t h i n ó w n a i J. S t o p c z y k: Przypadek kurczów wpustu z rozszerzeniem przelyku. 7. M. B l o c h: Przypadek szybko wygojonego ropnia płuc u 6 letniego dziecka. 8. K. D ą b r o w s k i, W. Ł a w r y n o w i c z o w a i J. S t o p c z y k: a) Sucha, krwotoczna postać rozstrzeni oskrzeli; b) Rozstrzeń oskrzeli leczona jako gruźlica płuc i zakwalifikowana do odmy sztucznej obustronnej; c) Olbrzymie jamy gruźlicze górnych płatów płuc.

2.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Wyniki konkursów naukowych: a) Halpern, b) Sie-ragowscy, c) Sommer. 2. D ą b r o w s k a J. i D ę b i c k i K. Przypadek olbrzymiego wodonercza powikłanego krwakiem okołonerkowym. 3. Z e m b r z u s k i L. Konstytucja i choroby Napoleona I (z pokazami bioskopowymi). 4. F l i e d e r b a u m J. i L a n d a u ó w n a M. Badania nad gospodarką cukrową w chorobach serca i nerek.

11.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

Dr. E. B i r z o w s k i. Ubezpieczenia społeczne a stan lekarski.

11.V. Warszawskie Towarzystwo Naukowe (Śniadeckich 8).

Pracownia Neuro-biologiczna.

1. T. S i m c h o w i c z. O chorobie Tay-Sachsa i o cierpieniach pokrewnych. 2. J. M a c k i e w i c z. Streszczenie szeregu prac anatomo-patologicznych z najnowszego piśmiennictwa amerykańskiego.

TREŚĆ: K. HITZENBERGER. Rozedma płuc—nieżyt oskrzeli. — G. BYCHOWSKI. O przypadkach schizofrenji z objawami neurologicznymi. — M. BURAK. Ostry zakrzep tętnicy wieńcowej. — G. ABERDAM-SELLIGOWA. Zakażenia dodatkowe w świetle badań doświadczalnych i klinicznych. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — A. MAŃKOWSKI. Zdrojowiska i uzdrowiska Bułgarii. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: K. HITZENBERGER. Emphysème des poumons—bronchite. — G. BYCHOWSKI. Sur les cas de schizophrénie avec des symptômes neurologiques. — M. BURAK. Thrombose aiguë de l'artère coronaire. — G. ABERDAM-SELLIG. Les infections additionnelles au jour des recherches expérimentales et cliniques. (Rev. gén.) — A. MAŃKOWSKI. Les sources et les stations climatiques de Bulgarie.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

SAL DIETETICUM SINE CI¹ Br J¹ N¹
nulla contrindicatio!
ARTISAL GEO.