

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok X

WARSZAWA, 18 MAJA 1933 R.

Nr. 20

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

#### O chorobie Addisona.

Podał

Maksymilian BIRO (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 19).

W chorobie Addisona początek może być nieuchwytny: jakkolwiek moi pacjenci mieli jej ulec w 18 — 21 roku, to zły ich wygląd i zeschuplenie nasuwały myśl, że zachorowali wcześniej, może już wówczas, kiedy mieli jeszcze dobry wygląd (sposzrz. 1). Gdy uczucie osłabienia rozwija się stopniowo, trudno bez innych objawów właściwą chorobę podejrzewać (przyp. 3).

Można przypisać osłabienie zaburzeniom narządów trawienia, o ile odpowiednie objawy jednocześnie się ukazują. U niektórych osób powyższe dolegliwości występują na plan pierwszy i chorobę rozpoczynają; u innych zaczynają się podczas późniejszego przebiegu choroby (sposzrz. 1), giną na czas dłuższy i w stopniu mocnym zjawiają się w okresie końcowym (przyp. 1). Uderza brak apetytu, uczucie przepelnienia żołądka, ucisku, występują mdłości, wymioty (sposzrz. 2) coraz częstsze i silniejsze, wodniste, w pewnych razach z domieszką krwi, naczcho lub po jedzeniu, czasem z brakiem w żołądka kwasu solnego i pepsyny (Lichtenstern, Kahler, Bittorf i inni), i wszystko to u niektórych pacjentów na początku choroby. Pierwszym również objawem (przyp. 2) mogą być zaburzenia kiszki, zaparcie, rzadziej biegunka, niekiedy pooddzielane okresami prawidłowych czynności kiszek.

Dolegliwości kiszki mogą przebiegać z zapościami, z kurczami lydek, bólami jamy brzusznej pod postacią wrzekomej kolki nerkowej lub wątrobianej. Mogą się zjawić bóle stawowe i to wzmagające się nocą (bóle w kolanach, stopach, szyi w sposzrz. 3), z wysiękiem (przyp. 2), z gorączką (sposzrz. 3), niekiedy z wykwitami, przypominającymi tyfusowe, z wyboczynami krwi pod skórą lub śluzówką (Reil). W historjach chorób kilku autorów można się dopatrzeć wzmianki o bó-

lach rozmaitych, w tej liczbie o bólach mięśni, bądź stawów. Znalazłem kilka słów o bólach u pacjenta Pawińskiego, o rozdętych stawach w przypadku St. Rudzkiego, lecz autorzy nie zwrócili na nie uwagi. Podane przezemnie dolegliwości stawów i mięśni\*) przez analogję z cierpieniami stawowymi i mięśniowymi w szeregu chorób nerwowych (wiad rdzenia, zapalenie nerwów — Biro 5) uważałbym za powstałe naskutek zaburzeń w gruczołach dokrewnych. Bóle te w niektórych przypadkach czynią wrażenie nerwobólów, promieniują w międzyżebra, plecy, lędźwia (przyp. 2), kończyny górne, bądź dolne lub mają charakter crises gastriques.

Niektóre objawy tej choroby noszą piętno poważne. Chorzy bywają apatyczni, przygnębieni, pozbawieni woli, leniwi. Wielu już na początku choroby zdradza bezsenność, bóle głowy najrozmaitszego umiejscowienia, charakteru i trwania, osłabienie pamięci i inteligencji (sposzrz. 1), narzeka na zawroty głowy, mroczki migocące, szum w uszach, skłonność do omdlewań (przyp. 1). Niektórzy wykazują stan pobudzenia, drgawki, niepokój, pomieszanie (*paranoia*), obłęd religijny (sposzrz. 1). Zakłócenie czynności nerwowych bywa u niektórych z tych pacjentów ostatnim aktem tragedji, czy to w postaci zaburzeń mózgowych (drgawki), czy zajęcia nerwów czaszkowych (oczoplas, zwężone źrenice), bądź objawów oponowych (sztywność karku).

W związku ze zdarzającymi się w tej chorobie zaburzeniami w układzie mięśniowo-nerwowym zwrócę uwagę na nieznaną w niej, a widziane przezemnie zmiany oddziaływania elektrycznego (powolny kurcz mięśni w przyp. 2) i zaburzenia odruchów (wzmoczone w sposzrz. 3, osłabione w 2).

Zmianom czucia towarzyszy u szeregu do-

\*) Już po napisaniu pracy niniejszej wyszła rzecz Curschmanna o artropatiach, Ueber symmetrische Arthropathien bei Addisonischer Krankheit. Klin. Wochenschr. 1932, N. 6.

tkniętych chorobą *Ad disona* błądność i sinica odnośnych części ciała (sine i zimne palce w przyp. 2). U niektórych zaburzenia krążenia wyrażają się w postaci osłabionej działalności serca, bicia serca, rzadziej obrzęków. Tętno może być osłabione, miękkie (sfigmogram wykazywał w 2 spostrzeżeniach małe uniesienie fali i powolne spadki, a maksymalne ciśnienie krwi nie dochodziło do 100). Zakłócenie oddechu zdarza się naskutek zahamowania ośrodka oddechowego (*Cybulski*) przez zaburzenia krążenia, bądź przez zajęcie dróg oddechowych (gruźlica płuc) lub niezależny od tego ból (*A. Fraenkel*). Cierpienie płuc, czy innych narządów wewnętrznych, jakoteż stawów może przebiegać z podniesioną ciepłotą. W braku tych dolegliwości wysoka ciepłota, zwłaszcza duże jej wahania mogą wobec przypuszczalnej choroby nadnerczy budzić podejrzenie ich ropnego zapalenia (*Janowski*). W chorobie *Ad disona* może zostać zakłócona czynność płciowa, i wyrażać się to może objawami zasadniczymi (zaburzenie miesiączkowania, niedoświadczenie męskie (albo drugorzędne) uwłosienie kobiece u mężczyzny — przyp. 1). Drogi moczowe bywają przeważnie nieuszkodzone, nawet w razie objawów, w tej dziedzinie podejrzanych (nerka wyczuwalna w spostrz. 1, bolesność łożyski w przyp. 2 i 3); mocz pozostaje prawidłowy (spostrz. 1, 2 i 3), czasem dopiero w okresie końcowym choroby zjawia się białkomocz, przejściowo hemogloburja, w wyjątkowych razach uromelanina (*F. H. D. Chum*).

Badanie krwi nie dało w tem cierpieniu wyników wazkich. *Ad disona* uważał opisaną przez siebie chorobę za wyraz specyficznego niedokrewności i podaje w 1 przypadku zwiększoną leukocytozę; najczęściej wykazują liczbę czerwonych ciałek i ilość hemoglobiny obniżoną i liczbę ciałek białych prawidłową (*Falta*). Lecz bywają przypadki tego cierpienia bez anemii (*Hoffmann*), ze zwiększoną liczbą ciałek czerwonych bez zwiększenia liczby białych (*Buhl*). W moich spostrzeżeniach była wzmożona liczba ciałek czerwonych (6.695.000 w 1 przyp., 5.735.000 w 2-im), lecz liczba białych również była zwiększona (12.400 w 1-ym), hemoglobiny było niemało (91% w 1 przyp., a 108 w 2-im) i w jednym z nich (spostrz. 1) była oligochromemja, leukocytoza i w pewnym stopniu eozynofilja, więc dane, jakie znajdowałem w sklerodermji. Wprawdzie widywano objawy twardziny skóry w przypadkach choroby *Ad disona* (*Lichtwitz*, *Biro*), lecz rzadko. Być może, iż przez leukocytozę zostaje podkreślony stan limfatyczny w danym przypadku (*status lymphaticus*), a eozynofilja, którą spostrzegalem, nie jest zjawiskiem stałym (*Falta*). *Wiessel* uważa komórki eozynofilowe za antagonistyczne do adrenaliny; wobec zmniejszonego w chorobie *Ad disona* wydzielania adrenaliny byłaby zrozumiała w niej eozynofilja. Może ten lub ów stan krwi zależy w tych razach od okresu choroby, to też *Falta* uważa hiperglobulję za właściwą wczesnemu okresowi choroby. Jeśli w tej chorobie zdarza się niedokrewność, nie jest ona objawem pierwotnym (*Notthnagel*). Wrazie znacznego jej stopnia należy ją uważać za skutek tła

choroby, umiejscowionej w nadnerczu (gruźlica, rak). Badanie rentgenologiczne niewiele wyjaśniło co do sprawy w nadnerczu, w niektórych tylko przypadkach wykazało większe lub mniejsze zwądnienie (*Zawadowski*).

Jak już wspomniałem, przebieg choroby *Ad disona* bywa przeważnie przewlekły, rzadko ostry. Choroba postępuje i smutny koniec srowadza nawet wówczas, gdy w przebiegu wykazuje poprawę. Najważniejsze jej objawy szeregują się wzajemnie w sposób rozmaity: wyczerpanie sił, zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe (przyp. 2), pigmentacja (spostrz. 1); objawy mózgowo mogą chorobę rozpocząć lub ukazać się podczas późniejszego jej trwania (przyp. 1 i 2), a nawet niekiedy ją zakończyć; wszystkie wspomniane objawy mogą ustępować, stan ogólny, a wraz z nim i waga ciała się poprawić, by kiedyś znów się pogorszyć, dając w okresie końcowym u niektórych osobników wzmiankowane ciężkie dolegliwości. I w ten sposób trwać może choroba przeciętnie 1 — 3 lat, czasem kilka jedynie miesięcy, niekiedy i 10 — 13 lat, to też około 2 lat przebiegała choroba u jednego z naszych pacjentów, około 2 lat był w obserwacji drugi z nich, i, choć już 10 lat chorował trzeci, dalsze rokował on jeszcze życie, które mogłoby się w najkrótszym czasie tylko w tym razie zakończyć, o ileby nagle wystąpiły nowe groźne objawy.

Rozpoznanie choroby *Ad disona* nie przedstawia trudności, o ile chory ma nieznaczne choćby, lecz charakterystyczne zabarwienie skóry i śluzówek. W braku tych zmian inne objawy mogą tylko budzić co do niej podejrzenie. Z tego powodu wiele przypadków pozostaje bez właściwego rozpoznania, i nic nie pomoże usiłowanie *Sergenta* i *Bernarda* rozbić tej choroby na dwie postaci, gdyż właśnie postać, przez nich podawana, postać bez zaburzeń barwnikowych, stanowi te przypadki choroby *Ad disona*, które mijają często niepostrzeżenie. Obserwując zmiany pigmentacji, musimy się zastanowić i nad cechami zabarwienia. Odróżnienie dotkniętych chorobą *Ad disona* od zdrowych ludzi ciemnej rasy jest łatwe, lecz do cech, odróżniających ludzi ciemnej rasy, nie zaliczyłbym zabarwionego łożyska paznokci, jak to jest ogólnie podawane, gdyż zdarzają się pośród dotkniętych chorobą *Ad disona* osoby o zmienionej barwie paznokci (spostrz. 1). Plamy ciemne wyłącznie śluzówek bywają nie tylko w chorobie *Ad disona*. Samo ściemnienie skóry również nie wystarcza do rozpoznania, zwłaszcza u starców, gdyż ci mogą mieć skórę ciemną bez tej choroby. Łatwo odróżnić zimnicę z ciemnym zabarwieniem skóry, a to przez brak zmian na śluzówkach i wynik badania krwi. Ten sam brak zabarwienia śluzówek pozwala na odróżnienie gruźlicy, która w okresach posuniętych wykazuje u niektórych pacjentów ściemnienie skóry. Dotknięci rumieniem lombardzkim (*pellagra*), przebiegającym z pigmentacją, zapadają na swą chorobę naskutek żywienia się kukurydzą, wyróżniają się wilczym apetytem, a krew ich odznacza się eozynofilją, która, jak już podalem, w pewnym stopniu występowała, zresztą, w jednym z moich przypadków choroby *Ad disona* (przyp. 1). W różniczkowaniu należy też zwrócić

uwagę na białaczkę (*leukaemia*), na ściemnienie skóry po drapaniu i na niektóre specjalne choroby skóry, jako to: *xeroderma pigmentosum*, mięsak czarny (*melanosarcoma*) i sklerodermja (B i r o 6). W diabète bronzé niema zabarwienia patologicznego śluzówek, skóra ma połysk metaliczny, a wątroba jest powiększona i twarda. Bywa pozatem ściemnienie skóry naskutek cierpienia trzustki, działania arszeniku, srebra, ołowiu lub bizmutu.

Badania interesującej nas choroby przyczyniły się, jak wzmiankowałem, do wyjaśnienia fizjologii nadnerczy. Gdy tła choroby szukamy w nadnerczu, którego część związana jest z układem współczulnym, gdy choroba przebiega z objawami, właściwymi zaburzeniom w układzie nerwowym (bezsennaść, zmiana psychiki i t. d.), można było myśleć, że podstawa choroby mieści się w nadnerczu i układzie nerwowym. Gruczoły dokrewne są w swej czynności związane z tym układem. Jedne z gruczołów są w swojej pracy więcej, inne mniej autonomiczne, lecz nawet najbardziej z nich samodzielne, mianowicie, gruczoły płciowe, są w pewnej zależności od układu nerwowego. Czynnością nadnercza kierują ośrodki w rdzeniu przedłużonym, lecz to jeszcze nie upoważnia do uznania choroby A d d i s o n a za zależną od układu nerwowego, jak tego pragną E p p i n g e r, R u d i n g e r, K a h n. Wrodzone braki w budowie mózgu (*hemicephalia, cyclophia, microcephalia*), spotykane obok niedorozwoju nadnerczy, nie mogą być z nim związane łącznikiem przyczynowym; są to zjawiska raczej współrzędne. Usunięcie nadnerczy u zwierząt sprowadzało zmiany w mózgu, rdzeniu i nerwach obwodowych (T i z z o n i), lecz niema uszkodzeń mózgu, przez któreby powstały zmiany w nadnerczu. Układ nerwowy pozostaje nietknięty, i to nie przeszkadza, że w danym przypadku istnieje choroba A d d i s o n a. Ponieważ w tej chorobie nie znajdujemy zmian anatomicznych w układzie nerwowym, lecz w nadnerczu, to zachodzące w niej zaburzenia nerwowe należałoby traktować, jako skutek zaburzeń w gruczołach. N e u s s e r pragnąłby zachować tło nerwowe dla przypadków choroby A d d i s o n a, w których nie wykrywamy zmian anatomicznych w nadnerczu, i posadza w tych razach n. współczulny o uszkodzenie niewidzialne. To przypuszczenie zastępują niektórzy przez inne, przez uznanie cierpienia nadnerczy czynnościowego (B i t t o r f, B i e d l).

W nadnerczu odróżniamy warstwy korową i rdzeniową, oddzielone pasem pośrednim (intermediäre Zone), nod względem czynności zbliżonym do korw. Warstwa korowa, składająca się z komórek z błyszczącymi ziarnkami o charakterze lipidów, jest pochodzenia nabłonkowego, rdzeniowa jest w związku z układem współczulnym, stanowi „un vero corpore epiteliale d'origine neurale“ (D i a m a r e), obfituje w nerwy i komórki zwojowe (Ganglienzellen) i zawiera skupienie komórek, zwanych chromochłonkami, a to ze względu na ich stosunek do barwników (stają się brunatne pod wpływem kwasu chromowego i zielone po zadziałaniu chlorku żelaza). Komórki chromochłonne są rozmieszczone u różnych zwierząt rozmaicie, i jedne stworzenia mają ich więcej, dru-

gie mniej. Budowę, podobną do tych komórek, cechują w niektórych nadnerczach występy na ich powierzchni, t. zw. ciała dodatkowe, powstające drogą odsznurowania przez wnikające do nadnercza części układu współczulnego. Oprócz głównej istoty rdzeniowej istnieją u ludzi cząstki, rozsiarne zdala od nadnercza w różnych okolicach ciała (w obrębie *a. carotis*, w *plexus solaris*, w lewym *ganglion stellatum*, na gałązkach lewej tętnicy wieńcowej, *a. mesenterica sup. et infer.*, w *hilus* nerek i wzdłuż przebiegu n. n. współczulnych). Wielkość warstw nadnercza absolutna i względna ulega z wiekiem zmianom; część tkanki chromochłonnej zostaje zniszczona. Komórki chromochłonne, ta istota rdzeniowa, istota pochodzenia neuroektodermalnego, stanowi część, którą pod względem fizjologicznym znamy dobrze, gdy czynność korw. tkanki pochodzenia mezodermalnego, jest dotychczas słabiej wyjaśniona. Wbrew większości K a r a k a s c h o f f upatruje w niej właśnie, a nie w części rdzeniowej tło choroby A d d i s o n a. Usunięcie nadnercza wywiera wpływ różny u rozmaitych zwierząt. U człowieka musi dla zachowania życia pozostać  $\frac{1}{11}$  wagi nadnercza (L a n g l o i s). Dla życia jest ważna zarówno istota rdzeniowa, jak i korowa (B i e d l).

Objawy barwnikowe w tej chorobie zostały wyjaśnione na gruncie zaburzeń gruczołowych. Barwnik odpowiedni (P i l l i e t), pomimo braku w nim żelaza, pochodzi ze krwi. Według L e i c h t e n s t e r n a czerwone krążki krwi przenikają przez ściany naczyń; barwnik tych krążków zostaje pochłonięty przez komórki wedrujące (chromofory), a te go wnoszą do sieci M a l p i g h i e g o. S. F r ä n k e l nie wiąże pigmentacji w chorobie A d d i s o n a z krwią. J a e g e r wywodzi ją z adrenaliny, „istoty macierzystej dla wszelkich barwników organizmu, nie zawierających żelaza“. W wytwarzaniu barwnika współdziałają obie główne części nadnercza, część rdzeniowa i część korowa. Adrenalinę wytwarza tkanka chromochłonna. Adrenalina podtrzymuje normalną pobudliwość nerwów współczulnych. Niskie ciśnienie krwi (O l i v e r i S c h a e f e r, S z y m o n o w i c z i C y b u l s k i), zakłócenie oddechu (C y b u l s k i) powstają naskutek zmniejszonego wytwarzania adrenaliny. Gdy nadnercze jest dotknięte w stopniu niedużym, zakłócenie jego czynności może się wyrazić przez napady zawrotów głowy, szumu w uszach, śmienia w oczach, przez błądność, czyli przez szereg objawów, jakie u niewiast często niesłusznie przypisujemy niedokrewności, i to nawet wówczas, gdy nas do tego nie upoważnia stan krwi pacjentek (M o r a w i t z), a którebyw raczej uważał za wyraz spraw chorobowych nadnercza, wywołanych przez zaburzenia w jądnikach (I m m e r m a n n, N o o r d e n). Osłabienie, przynominające mwestnienie, da się objaśnić zakłóceniem napięcia mięśni pod wpływem zmniejszonej wzdzieliny nadnerczy. Zaburzenia kiszkowe tłomacza w tej chorobie, jako skutek zaburzeń w układzie nerwowym roślinnym nod wpływem zakłóconej czynności nadnercza. Drgawki, nierzwtomność łączy z uszkodzeniem korw gruczołu. Niektóre objawy psychiczne, jak wiadomo z innvch chorób, wiąza ostatnio z zaburzeniami w gruczołach. Senność, jakoteż bez-

senność jest zjawiskiem zależnym od spraw mózgowych, od zaburzeń w III komórce, okolicy o dużym znaczeniu dla życia roślinnego. Wobec związku, jaki zachodzi między sprawami roślinnego układu nerwowego a gruczołami dokrewnymi, zjawiska powyższe mogą być zależne od zaburzeń w tych gruczołach. Wskazane przezemnie zmiany w odruchach i oddziaływaniu elektrycznym, świadczące o zakłóceniu czynności układu mięśniowo-nerwowego, występują niekiedy pod wpływem zaburzeń w gruczołach dokrewnych (B i r o 7).

Względnie dostateczna działalność nadnerczy uszkodzonych utrzymuje się drogą kompensacji: wraz z zanikiem lub innego stanu chorobowego jednego nadnercza rozrasta się drugie (S i m-

m o n d s, K a r a k a s c h e f f, N e u s s e r). W razie uszkodzenia nadnerczy powstaje przerost tkanki chromochłonnej poza nadnerczem (W i e s e l), i odwrotnie, owa poza nadnerczem istniejąca tkanka może być w dużym stopniu dotknięta i może wywołać objawy chorobowe, jakkolwiek samo nadnercze pozostaje normalne. U ludzi zdrowych nie można się spodziewać wrodzonego niedorozwoju nadnerczy, a to ze względu na ważność tych narządów. Zakłócenie czynności nadnercza jest poważne, gdy tkankę gruczołu jest anatomicznie zmieniona, zwłaszcza, że odradza się ona z trudnością (L a b z i n e, C a r r a r o i K u z n i t z k y).

(Dok. nast.)

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Histologii Uniwersytetu Warszawskiego

(Kierownik: Prof. Dr. M. Konopacki)

i z Zakładu Bakteriologii Wydziału Weterynaryjnego U. W.

(Kierownik: Prof. Dr. Z. Szymanowski).

### Wpływ surowic szczurów normalnych, szczepionych nowotworami i zakażonych bakteriami, na pierwotniaki — *Paramaecium caudatum*.

Podali

J. FLAKS i A. BER (Warszawa).

Praca niniejsza jest pierwsza z serii, obejmującej badania, w których używamy pierwotniaków (*Paramaecium caudatum*), jako sprawdzianu, wykazującego zmiany, zachodzące w surowicy pod wpływem różnych czynników chorobowych. Zawiera ona wyniki doświadczeń, przeprowadzonych na surowicach szczurów normalnych i szczepionych mięsakiem J e n s e n a.

W doświadczeniach Z w e i b a u m a i O s t r o u c h a nad wpływem osocza kur i szczurów z nowotworami na fibroblasty zarodka kury okazało się, że osocza te wywierają wpływ toksyczny na fibroblasty, hodowane *in vitro*. Gdy bowiem w osoczu szczurów normalnych fibroblasty żyją przez 5 — 6 przeszczepów, w osoczu szczurów z dużymi mięsakami J e n s e n a giną one już po 2 — 3 przeszczepach. Analiza tego zjawiska nie jest jeszcze ukończona, autorzy przypuszczają jednak, że w osoczu zwierząt z nowotworami znajduje się jakiś bliżej nieznaną czynnik toksyczny.

Celem wykazania różnic, zachodzących między surowicami s z c z u r ó w n o r m a l n y c h i s z c z u r ó w z d u ż e m i g u z a m i n o w o t w o r o w e m i, przystąpiliśmy do badań nad wpływem tych surowic na pierwotniaki, uważając, że na tym materiale różnice winny się dobrze uwidocznić.

Jak wiadomo z badań L e d o u x - L e b a r d a, surowice różnych zwierząt normalnych i ludzi posiadają w określonym i różnym dla różnych zwierząt stężeniu własności toksyczne dla pierwotniaków, co objawia się ich unieruchomieniem, aglomeracją i wreszcie śmiercią. Te same zjawiska obserwował R ö s s l e w surowicy królików uodparnianych żywymi pierwotniakami, w odróżnieniu od surowic królików normalnych. Autor ten dochodzi do wniosku, że w surowicy królików, uodpornionych pierwotniakami, zjawiają się specyficzne ciała, unieruchamiające pierwotniaki. Podobne wyniki opisuje G i e d r o y ć. M i l k o v i t c h, badając wpływ rozcieńczonych ludzkich surowic na *Glaucoma piriforme*,

dochodzi do wniosku, że surowice te nie są toksyczne dla pierwotniaków, lecz że wywierają na nie raczej wpływ pobudzający.

Wszyscy wymienieni autorzy operowali bądź surowicami zwierząt normalnych, bądź też uodpornionych żywymi lub zabitemi pierwotniakami. Jak dotychczas, istoty czynnika toksycznego nie udało się bliżej określić.

W doświadczeniach naszych chodziło przede wszystkim o stwierdzenie, czy w surowicy szczurów ze szczepionym mięsakiem J e n s e n a występuje działanie toksyczne na pierwotniaki w stopniu większym, niż w surowicy normalnej.

Próby wykonywaliśmy w następujący sposób: Do szklanych bloków z wydrążeniem, używanych zwykle w hodowli tkanek wlewano 2 ccm. hodowli pierwotniaków w pożywkę sienną, poczem dodawano dokładnie odmierzone ilości surowicy. Wobec ustalenia faktu, że sama pożywka sienna wpływa na działanie surowic, i że surowice działają na małą liczbę pierwotniaków, zawartych w czystej wodzie, silniej, niż na dużą ich liczbę w pożywkę, dalsze doświadczenia wykonywaliśmy według następującego wzoru: Do 1,8 ccm. wody dodawano 0,1 ccm. hodowli pierwotniaków (ok. 100 sztuk) i surowicy w różnych ilościach.

W kilka minut po dodaniu czynnej surowicy w odpowiedniej ilości stwierdza się już makroskopowo opadanie na dno pierwotniaków, które uprzednio płynęły w całym płynie. Pod małym powiększeniem mikroskopu (1) widać, że pierwotniaki, znajdujące się na dnie naczyń, poruszają się bardzo wolno i wykonywają ruchy wsteczne. Po pewnym czasie w próbie z dużą liczbą pierwotniaków poszczególne osobniki skleją się ze sobą za pośrednictwem wytworzonej przez nie substancji. W zależności od siły toksycznej surowic obserwuje się dalsze zmiany. Ruchy pierwotniaków stają się coraz wolniejsze, aż wreszcie ustają zupełnie. Wodniczki tętniące kurczą się coraz wolniej, w końcu przestają się zupełnie kurczyć, objętość ich wzrasta stale, a pierwotniaki, zaokrąglając się coraz bardziej, przyjmują w końcu kształt kulisty. Tak zmienione pierwotniaki nie powracają już do życia. Niekiedy występuje też pęknięcie otoczki zabitych pierwotniaków i wylanie ich plazmy nazewnątrz. Natężenie toksycznego działania surowic określaliśmy liczbą rozpadłych w określonym czasie pierwotniaków.

Dla właściwej oceny toksycznego wpływu surowic należy używać do każdego doświadczenia jednakowej

mniejszej liczby pierwotniaków, hodowanych w tych samych warunkach, gdyż stan ich odżywienia wpływa już na wynik reakcji. Pierwotniaki głodzone giną szybciej, niż dobrze odżywiane. Na dużej liczbie pierwotniaków wpływ toksyczny surowic zaznacza się słabiej, niż na małej ich liczbie. Oprócz tego należy brać pod uwagę wahania indywidualne, gdyż spotykają się pojedyncze osobniki, które pozostają przy życiu wtedy, gdy kilkaset innych uległo już rozpadowi.

Surowica normalna w koncentracji 1 : 40, dodana wprost do pożywki, w której żyją pierwotniaki (około 400 osobników w 1 ccm.), wywołuje tylko ich opadanie i aglomerację, które to objawy znikają po 24 godzinach. Po tym czasie pierwotniaki poruszają się normalnie w całym płynie.

Surowice szczurów ze szczepionemi nowotworami (25 dni po szczepieniu do mięśni uda) w stężeniu 1 : 40 powodowały w 2 ccm. gęstej hodowli pierwotniaków poza zjawiskami, obserwowanymi w surowicach normalnych, t. j. opadaniem i aglomeracją, jeszcze śmierć wszystkich pierwotniaków (2 — 3 żywe na około 800 trupów).

Surowice szczurów z mniejszymi guzami nie różnią się wyraźnie od surowic szczurów normalnych. Często jednakże różnica daje się zauważyć tuż po rozpoczęciu doświadczenia. Uwidacznia się ona we wcześniejszym występowaniu ruchów wstecznych, w szybszym opadaniu na dno naczynia i we wcześniejszym występowaniu diastolicznie rozszerzonych wodniczek tętniących. W tych razach jednakże pierwotniaki po pewnym czasie wracają do normy, a po 24 godzinach już nie stwierdza się żadnych różnic w działaniu surowic szczurów normalnych i nowotworowych.

W doświadczeniach, w których do 1,8 ccm. wody dodawano 0,1 ccm. hodowli pierwotniaków (około 100 sztuk) i 0,05 ccm. surowicy normalnej, okazało się, że w tem rozcieńczeniu surowicy (1 : 40) prawie wszystkie pierwotniaki giną po upływie 3 — 10 godzin.

Wiek szczurów badanych wywiera również wpływ na przebieg doświadczenia. Surowice osesków szczurzych wykazują słabsze działanie, niż odpowiednie surowice szczurów starych. Jednakże do wykazania różnic w natężeniu działania toksycznego surowic normalnych i nowotworowych oseski nadają się bardziej, aniżeli szczury dojrzałe.

Osesek	Wiek oseska	Wiek mięsaka	Liczba pierwotniaków w 1,8 ccm. wody	Stężenie surowicy 1:40		Stężenie surowicy 1:80	
				po 2½ godzinach	Po 3½ godzinach	Po 6 godzinach	Po 7 godzinach
Normalny	32 dni	—	Ok. 100	Wszystkie żyją	4 zginęły Reszta (ok. 95) żyje	Wszystkie żyją	Wszystkie żyją
Szczepiony nowotworem	32 dni	17 dni	ok. 100	85 zginęło. Reszta (ok. 15) żyje	Wszystkie zginęły	40 zginęło. Reszta (ok. 60) żyje	50 zginęło. Reszta (ok. 50) żyje

Wyciąg z protokołów. Przykład działania na pierwotniaki surowic oseska normalnego i szczepionego mięsakiem *Jensen*a do mięśni uda.

Poza surowicami szczurów z nowotworami używaliśmy także surowic szczurów, zakażanych dootrzewnowo różnymi bakteriami, a mianowicie: *bac. abortus bovis Bangi*, *bac. coli*, *bac. subtilis*, *staphylococcus i sarcina*. Surowice te, dodane do wody, zawierającej około 100 tylko pierwotniaków, nawet w rozcieńczeniu 1 : 160 zabijają prawie wszystkie osobniki już po paru godzinach, w odróżnieniu od surowic normalnych, które w tem stężeniu działania toksycznego nie ujawniają.

Ogrzewanie przez pół godziny do 56° C. surowic szczurów normalnych, jak i szczurów z nowotworami i zakażonych bakteriami powoduje zanik własności toksycznych. Podobnie surowice czynne, przechowywane w lodówce w ciągu 3 — 4 miesięcy, traciły również opisaną własność.

Dodanie do świeżej czynnej surowicy masy odwirowanych pierwotniaków adsorbuje czynnik, działający na nie, to znaczy, że surowica odwirowana nie zabija już nowej porcji pierwotniaków. Podobnie wysycanie różnymi bakteriami żywymi lub zabitymi przez gotowanie niszczy zabójcze własności surowicy. Reaktywacja inaktywowanych surowic przez dodatek świeżej surowicy świnki morskiej nie udaje się.

Próba wyjaśnienia mechanizmu i przyczyn powstawania opisanego reakcji napotyka znaczne trudności. Przypuszczenie, że obserwowane zmiany wywołane są

przez działanie komplementarne, za czem przemawiał przede wszystkim fakt zaniku własności surowic pod wpływem wyższej temperatury lub czasu, okazało się niesłuszne, a to z następujących względów: 1. Surowica szczura normalnego wywiera znacznie mocniejsze działanie na pierwotniaki, niż surowica normalnej świnki morskiej, która posiada, jak wiadomo, znacznie większą siłę komplementarną. 2. Surowica myszy, która nie wywiera zupełnie działania komplementarnego działa jednak na pierwotniaki. Wreszcie 3. Reaktywacja inaktywowanych surowic przez dodatek dużej ilości świeżej surowicy świnki morskiej nie udaje się\*).

Opisany ciepłochwiejny czynnik toksyczny mógłby być bezpośrednio wytwarzany przez nowotwór lub bakterje albo też mógłby zjawiać się w surowicy pod wpływem zmian, zachodzących w chorym organizmie. Wobec tego, że zawiesina bakteryj lub komórek mięsaka *Jensen*a, dodana do zawiesiny pierwotniaków, nie wywiera działania toksycznego, przyjmujemy, że czynnik ten powstaje w ustroju. A więc zarówno w surowicy zwierząt normalnych, jak i w surowicy zwierząt chorych występuje czynnik, zabijający pierwotniaki, podobnie jak, na przykład, w surowicach normalnych

\*) *Lewinson* wykazał, że po wysyceniu surowicy czynnej pierwotniakami traci ona swoje własności toksyczne, zachowując jednak działanie komplementarne.

występuje czynnik bakterjobójczy. Różnice między surowicami zwierząt normalnych i chorych byłyby zatem czysto ilościowe, analogiczne do tych, jakie obserwujemy, na przykład, przy aglutynacji bakterij w surowicach normalnych i specyficznych.

Jak widać z przytoczonych doświadczeń, pierwotniaki są bardzo czułym odczynnikiem, wykazującym obecność czynnika toksycznego w surowicy. Ponieważ zwiększenie własności toksycznych idzie w parze z eksperymentalnie wywołanymi zmianami chorobowymi (szczepienie nowotworem i zakażenie bakterjami) i zależne jest od ich natężenia (guzy małe i duże!), przypuszczamy, że pierwotniaki mogą oddać usługi i przy ocenie natężenia różnych samoistnych spraw chorobowych.

Badania nad wpływem surowic ludzi normalnych i dotkniętych nowotworami oraz innymi sprawami chorobowymi są w toku.

W n i o s k i:

1. W surowicy szczurów, szczepionych nowotworami, jak i w surowicy szczurów, zakażanych bakterjami, ujawnia się zwiększone działanie toksyczne na pierwotniaki w porównaniu z surowicami normalnymi.

2. Surowice normalne osobników starych są bardziej toksyczne, niż surowice osesków.

3. Pierwotniaki nadają się do wykazania zmian, zachodzących w surowicy pod wpływem procesów chorobowych, toczących się w ustroju. Natężenie spraw chorobowych ujawnia się w zwiększeniu działania toksycznego surowicy.

#### PISMIENNICTWO.

1. Flaks. Zeitschr. f. Krebsforschung 1931, 1932. 2. Giedroyć. C. R. S. B. 1924. 3. Hamilton. J. of Inf. Dis. 1904. 4. Ledoux-Lebard. Annal. de l'institut. Pasteur 1902 Nr. 7. 5. Lewinson. Z. f. Immunforsch. 1929 T. 60. 6. Milkovitch. Bull. biol. de la France et de la Belg. 1931, t. 45. 7. Rössle. Arch. f. Hyg. 1905 T. 54. 8. Zweibaum et Ostroch. Bull. de l'Acad. Polon. des Sc. 1932.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala dla dzieci im. Berzonów i Baumanów w Warszawie.

(Ordynator: Dr. F. S a c h s).

#### Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych o niezwykłym przebiegu.

Podał

Dr. Eugenja SALMAN (Warszawa).

Chora dziewczynka lat 2, przybyła do szpitala 29.IX. r.b.

W y w i a d y: przed 4-ma tygodniami wystąpiły bóle w stawie kolanowym prawym i chora zaczęła utykać. Naza jutrz wystąpiła gorączka, która trwała 1 dzień. Brak było zmian zarówno objektywnych, jak i rentgenowskich; wezwany chirurg unieruchomił staw kolanowy przez nałożenie opatrunku gipsowego na 2 tygodnie. Przez ten czas chora czuła się dobrze. Po 2 tygodniach, po zdjęciu opatrunku, stan chorej pogorszył się. Ponownie podniosła się ciepłota, która wkrótce wróciła do normy, ale chora przestała chodzić i straciła łaknienie. Neurolog podejrzewał podobno wtedy chorobę Heine-Medina. Ostatnio od 2-ch dni dziecko nieprzytomne, wymiotów, drgawek — brak, mocz oddaje prawidłowo. Stolec zaparte.

Choroby przebyte: przed rokiem koklusz.

Wywiady rodzinne bez znaczenia.

S t a n o b e c n y: dziecko nieprzytomne, leży na boku ze zgiętymi kończynami, z główką odchylną ku tyłowi, oczy zamknięte. Od czasu do czasu wykrzykuje pojedyncze słowa, broni się podczas badania, szybko układa się na bok, przyjmując poprzednią pozycję.

Ciepłota 37,0°. Tętno 116 na', słabo wypełnione. Oddech niemierny. Budowa ciała prawidłowa. Odżywianie średnie. Skóra bladawa. Gruczoły chłonne pachwinowe — drobne, wielkości grochu — macalne, ruchome. Wargi blado — różowe. Język wilgotny, nieco obłożony. W płucach badanie fizykalne, jak i zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej (dokonane na mięście) zmian nie wykazało. W sercu poza głuchymi tonami nic specjalnego. W jamie brzusznej poza macalną pod łukiem żebrowym wątrobą zmian nie stwierdzono. Układ nerwowy: lekko zaznaczona sztywność karku, Kernig i Brudzinski — ujemne. Odruchy z powłok brzusznych — słabe. Odruchy kolanowe i Achillesa po stronie lewej — żywe. Odruch kolanowy prawy — słaby, Achillesa po stronie prawej nie udaje się wywołać. Rossolimo i Babinski — niestałe. Derinografizm — zaznaczony. Zrenice rozszerzone, nierówne, lewa szersza, nie reagują na światło. Badanie uszu: zmian nie stwierdzono.

Nasunęło się pytanie: z czym mamy tu do czynienia? Wobec epidemii Heine-Medina przedewszystkiem myślnie o tej sprawie chorobowej, przeciwko której przemawiały jednak początek i przebieg choroby: wystąpienie dolegliwości ze strony kończyny dolnej prawej przed podwyższeniem się ciepłoty, brak porażen wiotkich i pewnego zaniku mięśni tej kończyny pomimo 4 tygodniowego trwania sprawy.

Z drugiej strony, wystąpienie burzliwych objawów po 4 tygodniowym, stosunkowo łagodnym trwaniu sprawy: utrata przytomności, typowe ułożenie chorej na boku ze zgiętymi kończynami, z główką odchylną ku tyłowi, wykrzykiwanie od czasu do czasu pojedynczych wyrazów, lekko zaznaczona sztywność karku, odruchy niejednakowe z obu stron, nierówność źrenic i brak odczynu na światło, przyspieszone słabo wypełnione tętno i niemierny oddech — wszystko to pozwoliło nam jeszcze przed dodatkowymi badaniami, nawet przed dokonaniem nakłucia lędźwiowego wysunąć koncepcję gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Podczas dwukrotnego, krótkotrwałego wystąpienia gorączki skłonni byliśmy przypuszczać wysiewy, zaś bóle w stawie kolanowym chcieliśmy uważać za artralgię, którą obserwuje się czasami w przebiegu gruźlicy utajonej.

Dodatkowe wywiady, dodatkowe badania oraz dalszy przebieg sprawy chorobowej potwierdziły nasze rozpoznanie.

Wywiady dodatkowe: ojciec kaszle.

Badania dodatkowe:

Nakłucie lędźwiowe: płyn wodojasny, wyciekł pod wzmocnionym ciśnieniem.

Badanie płynu:

1) odczyn zapalny — (N. App. i Pandey) — dodatnie,

2) pleocytoza — 57 ciałek w 1 mm.<sup>3</sup>, prawie wyłącznie limfocyty,

3) zawartość białka — 0,53%,

4) zawartość chlorków — 5%, (NaCl),

5) zawartość cukru — 0,355%,

6) posiew jałowy,

7) odczyn Wassermann — ujemny,

8) próba fuksynowa — dodatnia.

Odczyn Wassermann we krwi — ujemny. Morfologiczne badanie krwi nic specjalnego nie wykazuje. W moczu — również nic specjalnego. Odczyn Pirquet — dodatni.

Badanie dna oczu — zmian nie wykazało.

Zdjęcie klatki piersiowej promieniami Roentgena wykazało: „zmiany charakteru swoistego w obu płucach“ (Dr. Kryński).

Po kilku dniach pobytu chorej w szpitalu gorączka się podniosła, klinicznie stwierdziliśmy obniżone granice płuc; od

tyłu pod 11-tem żebrem z obu stron, odgłos wypukowy jawny z odcieniem bębnowym.

Objawy ze strony układu nerwowego nasiliły się:

Sztywność karku — wyraźniejsza. *B r u d z i ń s k i* — wyraźny, *R o s s o l i m o i B a b i ń s k i* — prawie stale dodatnie. Odruchy ścięgnowe — niejednakowe.

Jednocześnie — krótkotrwałe drgawki 3-go dnia pobytu chorej w szpitalu, poczem wystąpiło porażenie nerwu twarzowego prawego. W końcu — chora leży nawznak nieruchoma, pogrążona jakby w śnie, oczy niedomknięte. Tętno bardzo przyspieszone, ledwo wyczuwalne, nie daje się zliczyć. Oddech niemiarowy, odruchy zniesione.

5.X. chora zmarła.

Badanie zwłok wykazało: galaretowaty wysięk na oponach miękkich u podstawy mózgu, na mózdzku — gruzelki wielkości prosa, któremi usiane są również płuca i śledziona, pojedyncze gruzelki w wątrobie. Gruczoły wnekowe i tchawiczo - oskrzelowe — zserowaciałe. Staw kolany prawy niezmienny. Próba biologiczna płynu mózgowo - rdzeniowego (dokonana 1.X.) wypadła dodatnio.

Przypadek ten jest nader pouczający z punktu widzenia rozpoznawczego. Wykazuje on, że błaha napozór artralgia może być jedynym zwiastunem utajonej jeszcze krwiopochodnej inwazji gruźliczej.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem **M. GANTZA.**

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe

#### Zakażenia dodatkowe w świetle badań doświadczalnych i klinicznych.

Podał

G. ABERDAM-SELLIGOWA (Warszawa).

(Dok. — patrz № 19).

Cały szereg klinicystów uzależnia przebieg gruźlicy nie od samego zakażenia dodatkowego, lecz od wzajemnego oddziaływania na siebie zakażenia dodatkowego i obronnych sił organizmu. Widzi się, bowiem, jak raz pod wpływem zakażenia dodatkowego liczba zakażeń i zachorowań wzrasta, innym razem ciągle zakażenia powodują zmniejszenie wrażliwości. Np. *I c k e r t*, *M e n d e i K a l l e* znaleźli w klasach, w których uczyli chorzy nauczyciele, u 98% dzieci dodatniego *P i r q u e t a*, a między nimi u 20 — 25% dzieci miało czynną gruźlicę. Odwrotnie u dzieci górników w Mansfeld znalazł *I c k e r t* duży odsetek dzieci z dodatnim *P i r q u e t e m*, ale bardzo mało z nich było czynnie chorych. Te pozornie rozbieżne wyniki dają się wytłómaczyć spostrzeżeniami, zrobionymi na personelu stacji przeciwgruźliczych. Nowy personel z *P i r q u e t e m* ujemnym zakaża się na stacjach, dobrze urządzonych, przeważnie szybko. Nowy personel z *P i r q u e t e m* dodatnim wykazuje na skutek działania zakażenia dodatkowego większą wrażliwość na tuberkulinę, mały odsetek choruje. Natomiast stary personel staje się niewrażliwy i nie choruje zupełnie. Gdy nowy personel przychodzi na stację, źle urządzone, i jest niewyszkolony, choruje o wiele liczniej i częściej. Z tego wynika, że zakażenie dodatkowe, zależnie od swego stopnia i odporności danego człowieka, może być dla niego obojętne i nie dać żadnych objawów, może mieć chwiejną wartość i wywołać pewne objawy ogólne, nie spowodować natomiast następującej choroby. Może też być nadwartościowe i wywołać objawy ogólne, nie spowodować natomiast postępującej choroby. Może też być nadwartościowe i wywołać patomorfologiczne schorzenia. Gdy zakażenie dodatkowe jest obojętne lub ma chwiejną wartość, dziecko może się stać odporniejsze. *D e b r é* i *B o n n e t* mówią w tym sensie o „immunité de surinfection“. Gdy zakażenie dodatkowe jest nadwartościowe, dziecko staje się przeczulone, powstają zapalenia okołogniskowe i rozmiękania.

To samo widzi się, gdy naturalne siły obronne ustroju są zmniejszone. Działanie więc zakażenia dodatkowego jest zawsze zagadnieniem indywidualnym; gdy w stosunku do jakiegoś dziecka jest podwartościowe, wtedy działa uodparniająco. Gdy ma wartość chwiejną, wywołuje pewne objawy ogólne, przyczem nigdy nie wiadomo, co z tego wyniknie, większa odporność czy też choroba. Gdy zakażenie dodatkowe jest nadwartościowe, przychodzi zawsze do choroby. To samo zakażenie dodatkowe, obojętne dla jednego dziecka, może u drugiego wywołać chorobę. W świetle tych rozważań stają się zrozumiałe badania *I c k e r t a*. Chory nauczyciel ze swem nagłem i ciężkim zakażeniem dodatkowym działa na wiele dzieci nadwartościowo, albo chwiejnie. Natomiast dzieci w Mansfeld były wystawione na przewlekłe zakażenia dodatkowe, pochodzące od ludzi, u których gruźlica rozwija się w przeciągu lat. Zarażają się one w dzieciństwie, część ich umiera, a reszta dostaje przewlekłych włóknistych postaci z dużą odpornością.

Z tego, co dotychczas przedstawiono wynika, że jedni uzależniają przebieg gruźlicy wyłącznie od nabytej swoistej odporności, inni od zakażeń dodatkowych, wzgl. od wzajemnego stosunku tych zakażeń do odporności organizmu, a zapomina się o tem, jak to słusznie podnosi *L a n g e*, że już w stosunku do pierwszego zakażenia tak zwierzęta jak i ludzie wykazują olbrzymie różnice. Świnka reaguje na zakażenie z reguły gruźlicą ogólną. Króliki na tę samą dawkę reagują w ten sposób, że część ich nie zapada, część ma gruźlicę uogólnioną, a część dostaje izolowanych suchot płucnych. Uogólnienia spotyka się przeważnie u młodych, a u starszych suchoty izolowane. Podobne rzeczy spotrzega się u ludzi, i należy przyjąć, że ci, którzy okazali dużą odporność względem pierwszego zakażenia, okaza ją również przy następnych w większym stopniu, niż ci, którzy jeszcze nie mieli sposobności jej okazać, bo nie byli jeszcze zakażeni. Statystyki wiele mówią o ekspozycji, nie uwzględniają natomiast konstytucji i dyspozycji. Spostrzeżenia *M ü l l e r a* z czasów wojny i *P l a n n e r - W i l d i n g h o f a* z obozów jeńców na Syberji dowodzą, jak ważnym czynnikiem jest dyspozycja. Wpływ konstytucji i dyspozycji widzi się na każdym kroku. Wi-

dzi się, jak zakażenia się goją w dzieciństwie, tym tak niebezpiecznym wieku (E n g e l, H a r m s). Widzi się, jak wielką rolę w dyspozycji gra wiek (P i r q u e t, E n g e l). Widzi się, jak przeziębienia, złe odżywianie, przejścia duchowe, ciąża źle wpływają na przebieg gruźlicy. U zwierząt nie widzi się wpływu konstytucji i dyspozycji na skuteczność pierwszego zakażenia, objawiają się one natomiast w dalszym przebiegu choroby. Wpływ konstytucji stwierdza się u królików: jedne pod wpływem tej samej dawki chorują i giną, inne zdrowieją. U bydła stwierdza się wpływ usposobienia. Gdy bydło zdrowe stoi z chorem w jednej stajni, często się zakaża i choruje na postępującą gruźlicę, mimo małej ilości prątków zakażających. Jeśli się chce zakazić bydło doświadczalne, które nie pracuje i dobrze jest karmione, to trzeba użyć sto tysięcy razy większej ilości prątków, niż przy zakażeniu naturalnym. U bydła wiek też odgrywa rolę, bo cielęta dostają ostrych postaci, a starsze—postaci przewlekłych. Nie odrzucając wpływu zakażenia dodatkowego i do pewnego stopnia swoistej odporności, wysuwa L a n g e na pierwszy plan wpływ konstytucji i dyspozycji. Gdy one istnieją i dołącza się moment ekspozycji, powstaje dopiero choroba.

Zwolennicy ujemnego wpływu zakażenia dodatkowego na przebieg gruźlicy stoją przeważnie na stanowisku, że prątki, dodatkowo zakażające, nie dają nowych ognisk, tylko rozłożone we krwi działają jako tuberkulina. Działanie to przejawia się ogólnie jako przeczulica, a miejscowo chory narząd wzgl. płuca zostają specjalnie uczulone i stają się podatne do wytworzenia nowych ognisk z wewnątrz pochodzących. Tuberkulina, uwolniona przy rozpadzie prątków, działa najsilniej na już istniejące ogniska, które i tak są stale przesiąknięte jadami, występuje dookoła nich ostre zapalenie oboczne czyli nacieczenie. Teorię tę stworzyli G r ä f f i R e d e k e r w 1921 r., a przejęli ją U l r i c i, I c k e r t i B r ä u n i n g. i tłómaczą nią ciężkie postaci nacieku pierwotnego, nacieczenia odwnękowe dookoła ogniska w gruczołach, ewentualnie w ten sposób mogą też powstać zaognienia starych już dawno istniejących ognisk pod postacią tak zwanego nacieku wczesnego. Jednak takie oboczne zapalenie spotrzegamy nie tylko przy nadwartościowych zakażeniach dodatkowych, mogą one powstać z innych przyczyn, np. wskutek leczniczego doprowadzenia tuberkuliny, stosowania R o e n t g e n a, promieni ultrafioletowych, złota, jodu, po infekcjach banalnych różnego rodzaju. Zakażenie dodatkowe jest więc bodźcem jednym z wielu, może we wczesnym dzieciństwie najważniejszym i, kombinując się z różnymi innymi bodźcami, może stać nadwartościowe.

Należy jeszcze rozpatrzyć zagadnienie działania zakażenia dodatkowego w sensie wywoływania nowych ognisk, które A s c h o f f nazwał ogniskami reinfektu. Odróżnia on okres pierwotnego zakażenia i okres reinfektu rozpoczynającego gruźlicę u dorosłych. Przyjmuje, że w okresie rozwoju zespołu pierwotnego i ognisk, z niego wychodzących, przyjęcie nowych prątków nie powoduje powstania nowych ognisk. Powstać one mogą do-

piero po pewnej przerwie, gdy się już wytworzyła alergja trzeciorzędowa. W dzieciństwie, według A s c h o f f a, reinfekty mogą powstać tylko wtedy, gdy pierwsze zakażenie miało miejsce bardzo wcześnie, a zakażenie dodatkowe nastąpiło w późnym dzieciństwie. Ze reinfekt u dorosłych powstaje pod wpływem nowoprzyjętych prątków, tego A s c h o f f nigdy nie udowodnił. Inni anatomico - patologowie przyjmują, że nacieki, rozpoczynające ftyzę u dorosłych, mogą powstać zarówno drogą przerzutów jak i drogą zakażenia dodatkowego, i podkreślają, że sekcyjnie nie można ustalić, czy nacieki te powstają z prątków z wewnątrz, czy z zewnątrz pochodzących. B e i t z k e i A n d e r s twierdzą, że obie ewentualności mogą istnieć równocześnie. G r ä f f, że zakażenie dodatkowe uruchamia przerzuty. G h o n i i H ü b s c h m a n n przyjmują, że po powstaniu zespołu pierwotnego i ognisk z niego pochodzących zawsze mogą powstać przerzuty z drzemających ognisk. H ü b s c h m a n n widział t. zw. nacieki wczesne przy wolnych szczytach tylko w 2% przypadków, co go upoważnia do przyjęcia, że suchoty nowstają przeważnie z ognisk wysiewowych, nie odrzuca jednak możliwości powstania dużych ognisk z obfitych zakażeń dodatkowych.

Opisał on przerwanie torebki, otaczającej ognisko pierwotne, już włóknisto zmienione, w miejscu odejścia naczyń limfatycznych do wnęki i przyjmuje, że tą drogą odbywa się stała wymiana między ogniskiem z jednej strony a limfą i krwią z drugiej strony, a L i e b e r m e i s t e r znalazł w takich starych zwapniałych ogniskach i gruczołach żywe prątki, tak, że możliwość powstania przerzutów nie jest ograniczona żadnym czasem. A l b e r t nie wątpi w drzemanie starych ognisk, na co według niego wskazują odczyny ogniskowe u osób pozornie zdrowych. L o e s c h k e przyjmuje, że suchoty powstają z ognisk szczytowych, a te, według niego i P u h l a, powstają z prątków aspirowanych w późniejszym wieku, gdy ustrój znajduje się w stanie alergji trzeciorzędowej. Prątki nie mogą dać wtedy ognisk w innych miejscach, tylko w usposobionych do tego gorzej ukrwionych szczytach.

Twierdzenie, że ogniska naciekowe, rozpoczynające suchoty dorosłych i spotykane we wszystkich częściach płuc, powstają z nowoprzyjętych prątków, opiera się na tem, że opisane są sekcyjnie przypadki, w których obok takiego nacieku znaleziono tylko zwapniały zespół (P a g e l, R e d e k e r, A l b e r t). W przeważającej liczbie średnio - ciężkich i ciężkich przypadków suchot płuc nie było poprzednio gruźlicy narządów (A i d e l s b u r g e r). Nacieki te powstają u ludzi, notorycznie dodatkowo zakażanych (A s s m a n n, U l r i c i i Z i e g l e r). Umiejscawiają się często w bocznych częściach płuc pod obojczykiem, a więc tam, gdzie np. najczęściej usadawia się pylca, i wykazują zmiany serowate najwyraźniejsze w doprowadzającym oskrzelu. Widzi się to nie tylko w tak zwanych A s s m a n n o w s k i c h naciekach, ale także w naciekach, opisanych przez szkołę francuską i wiedeńską pod postacią nacieków trójkątnych, opartych podstawą o obwód, a wierzchołkiem zwróconych do wnęki. Także czę-



sze zachorowania wśród personelu szpitalnego i w małżeństwach przemawiają za tem, że suchoty powstają z prątków zewnątrzprzyjętych.

Istnieje jednak cały szereg dowodów na to, że suchoty powstają z prątków zewnątrzpochodzących. Wskazują na to częste zachorowania żołnierzy frontowych, u których nie było mowy o zakażeniach dodatkowych. Liczba zachorowań i śmierci w małżeństwach jest mała w stosunku do możliwości zakażenia się, bo występuje tylko w 4% przypadków (B e m a n n). Także u pielęgniarek i lekarzy zachorowania są rzadkie. W szpitalach, w których niema specjalnych oddziałów dla chorych z gruźlicą otwartą, nie spotyka się świeżych ognisk o typie nacieku wczesnego. W najnowszej literaturze spotykamy opisy przypadków suchot przesłędzonych rentgenologicznie i sekcyjnie i powstałych ze starych ognisk. G a n t z w swej pracy „O ewolucji gruźlicy płuc“ opisuje przypadek obustronnej przywnekowej gruźlicy u chłopca 12-letniego, powstałej ze starych ognisk wysiewowych, które po pewnym okresie spokoju uległy aktywacji i rozpadowi. Podkreśla on, podobnie jak Leon B e r n a r d, że częstą cechą spraw przywnekowych jest obustronność, która się warunkuje pochodzeniem wysiewowem i przyjmuje, że obostrzenie niezupełnie wygasłej sprawy wysiewowej może nastąpić nie tylko w okolicy przywnekowej, lecz i w każdym innym miejscu, np. w okolicy podobojczykowej i wtedy powstaje obraz A s s m a n nowskiego nacieku wczesnego. Nacieki takie mogą powstać również ze starych ognisk pierwotnych. P a g e l widział przypadki, w których około zwapniałego ogniska pierwotnego było świeże zserowacenie, suchoty powstałe wychodziły tu tedy z drzemiącego ogniska pierwotnego. Z takiego starego ogniska mogą też powstać suchoty drogą krwionośną lub oskrzelową, gdy takie odżyłe ogniska otrzymują połączenie z oskrzelem i sieją, lub gdy przy kaszlu się odrywają i zostają aspirowane (H a r m s, D u k e n, W i e s e). Zaognienie takich starych ognisk spotyka się nierzadko w okresie pokwitania, lub w okresach mniejszej odporności np. w cukrzycy. P a g e l widział też duże ogniska naciekowe w okolicach podobojczykowych i blisko wętki, powstałe ze zlania się kilku ognisk przewlekłego wysiewu, widział odosobnione ogniska w płucach obok zmian powstałych napewno drogą wysiewu (*meningitis t. b. c.*, gruźlica narządów moczopłciowych) z drzemiących ognisk w gruczołach.

Zagadnienie zakażenia dodatkowego tak ciekawe pod względem naukowym i tak ważne pod względem społecznym — jest dotychczas niezupełnie wyjaśnione. Niedawno R o e m e r i H a m b u r g e r stali na stanowisku, że na przebieg gruźlicy ma wpływ tylko pierwsza dawka, którą ustrój się zakaża, oraz nabyta odporność swoista i na tej podstawie oddzielali w klinikach i sanatorjach zarówno dzieci jak i dorosłych niezakażonych od tych, którzy mieli dodatniego Pirqueta, bez względu na to, czy mieli sprawę zamkniętą, czy też otwartą. Dopiero na zjeździe ftyzjologów w Koburgu w 1924 wystąpił W i e

s e z żądaniem budowania oddzielnych domów dla dzieci z gruźlicą zamkniętą i dla dzieci z gruźlicą otwartą. Żądanie jego nie znalazło sprzeciwu. Co się tyczy dorosłych, ogólnie odrzucono projekt oddzielania, tylko S c h r o e d e r na podstawie dokładnie przeprowadzonej statystyki domagał się, by chronić przed zakażeniem dodatkowym dorosłych, których pierwsze zakażenie dawno minęło, a z personelu osoby nowopryjęte, G r a s s wskazał na to, że sprawy naciekowe u dorosłych powstają nierzadko następstwem zakażenia dodatkowego, może nie jako nowe ogniska, lecz jako przerzuty uruchomione przez zakażenie dodatkowe, zwłaszcza w okresach mniejszej odporności. Ale i on przyznał, że w szpitalach i sanatorjach, przy zachowaniu odpowiedniej czystości, skuteczne zakażenia dodatkowe praktycznie nie wchodzi w rachubę. Sprawę tę roztrząsano ponownie w Berlinie na zjeździe w 1931 r. L a n g e zajął wtedy stanowisko, że na przebieg gruźlicy ma wpływ najważniejszy konstytucja i usposobienie osobiste, i że w okresach mniejszej odporności zakażenia dodatkowe może źle działać tylko na ludzi z gruźlicą utajoną, gojącą się, bo odporność swoista z czasem wygasa. Natomiast w sprawach czynnych odporność swoista chroni przed powstaniem nowych ognisk. Dla ustroju, który i tak walczy z milionami prątków, nie mogą mieć żadnego znaczenia pojedyncze prątki zewnątrzprzyjęte. Podobne stanowisko zajęli D e i s t, Z i e g l e r, B o c h a l l i i H e l m. Natomiast B r ä u n i n g, R e d e k e r, W i e s e, S i m o n i K l a r e wypowiedzieli się za bezwzględny oddzielaniem dzieci z gruźlicą otwartą i zamkniętą. Co się tyczy dorosłych, wymagają też rozdziału tak długo, dopóki nie udowodniono niezbicie, że zakażenie dodatkowe nie ma wpływu na przebieg gruźlicy.

#### PISMIENICTWO.

1. Simon, Redeker — Lehrbuch der Kindertbk. (1930).
2. Wucherpfennig — Beitr. klin. TBK. 61 B. 2 H. (1925).
3. Aidelsburger — Beitr. klin. TBK. 61 B. 2 H. (1925).
4. Gräss — Beitr. klin. TBK. 59 B. 3 H. (1924).
5. Puhl — Beitr. klin. TBK. 52 B. 2 H. (1922).
6. Langer — Beitr. Klin. TBK. 59 B. 3 (1924).
7. Kleinschmidt — Beitr. klin. TBK. 59 B. 3 H. (1924).
8. Laves, Sandels, Weber — Monatsschrift f. Kinderheilkunde, 46 B. 6 H. (1930).
9. Maria Boddin — Archiv f. Kinderhk., 93 B. 4 H. (1931).
10. Pagel — Dsche. med. Wochenschrift Nr. 50 (1931) S. 2094.
11. Hamburger — Wiener klin. Wochenschrift Nr. 17, (1931).
12. Lange — Med. Klinik (1930) Nr. 23, S. 849.
13. Gerhartz — Med. Klin. Nr. 38 (1925) S. 1439.
14. Leendertz — Med. Klin. (1929) Nr. 44.
15. Ziegler — Med. Klin. Nr. 40 (1928).
16. Engel, Pirquet — Handbuch d. TBK. 1930. 17. Lange — Beitr. klin. TBK. 1931, 78 B. 4 H.
18. Pisavy — Zbl. f. d. ges. TBK. Forschung (1927) B. 28 H. 1-2.
19. Wiese — Beitr. klin. TBK. B. 62 H. 1-2.
20. Super, Willard, Sampson, Haskins — Amer. Review of tuberk. B. 15, Nr. 1 (1927).
21. Polanicek — Vratz. Delo 11 (1928).
22. Paraf — Revue de la tuberc. 9 (1928).
23. Sata Aihiko — Trans. jap. path. Soc. 16 (1928).
24. Kalbfleisch — Beitr. klin. TBK. B. 70 H. 4-5.
25. Wiese — Beitr. klin. TBK. B. 75 H. 1-2 (1930).
26. Schmiedt — Grandhomme — Beitr. klin. TBK. 75 B. H. 1-2 (1930).
27. Wichmann — Beitr. klin. TBK. B. 68, H. 6. 28. Sata — Med. Klin. 1927 Nr. 9 33, S. 1923.
29. Frantz — Beitr. klin. TBK. 74 B. H. 3-4.
30. Brauer, Schroeder, Blumenfeld

— Handbuch der TBK. (1923) (Immunitaet von Much). 31. Archiv f. Kinderhk. Zur Ansteckungsfahigkeit d. TBK. 79 H. 2. 32. Lange — Zeitschrift f. Hygiene 1927, B. 110, S. 185. 33. Keller — Zeitschrift f. Hygiene B. 108 (1928). 34. Presse

Medicäle 1931, S. 57 — 61. 35. Gantz — Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1932. Nr. 12-13. 36. Bräuning — Redeker — Tuberkulose Bibliothek 1931. Nr. 39. 37. Albert — Beitr. klin. TBK. 1931. B. 78 H. 6.

## Streszczenia pojedyncze

### Zagadnienia ogólne.

As. ZŁATAROW. **Biochemja cynku i zagadnienie nowotworów złośliwych.** (Wien. med. Wschr. Nr. 2. 1933).

Azotan i siarczan cynkowy wywierają podobne działanie na fermentację. Sole cynku hamują zupełnie w rozcieńczeniu n/500 czynność fermentacyjną; bardziej rozcieńczone roztwory — n/500 do n/900 — działają hamująco na fermentację; przy dalszym rozcieńczaniu zahamowanie słabnie; roztwory n/1000 do n/200000 nie wpływają na fermentację. Z badanych soli azotan wapniowy wywiera najsilniejsze działanie pobudzające, succinat sodowy najsilniejsze działanie hamujące na fermentację. Pierwsza z tych soli wykazuje we wszystkich badanych rozcieńczeniach od n/10 do n/200000 działanie pobudzające, druga zaś tylko hamujące. Stopień wpływu pozostaje w prostym stosunku do stężenia: jest on wyraźniejszy w silniejszych stężeniach, przez rozcieńczanie zmniejsza się i znika w bardzo rozcieńczonych roztworach. Działanie, jakie wykazują sole cynkowe i inne z badanych soli same przez się, jest zupełnie różne jakościowo i ilościowo od działania mieszaniny soli cynku i jednej z pozostałych soli. Stopień działania soli w określonym stężeniu zależy przy jednoczesnej obecności azotanu cynkowego od jego stężenia. Obecność n/1000 roztworu azotanu cynkowego będącego bez wpływu na fermentację, zamienia pobudzające działanie innych soli (azotanu wapniowego) na fermentację w hamującą. W przypadkach użycia azotanu wapniowego hamujące działanie mieszaniny wzmacnia się w miarę zmniejszania jego stężenia. W tym samym stężeniu soli cynkowej ujemne działanie succinatu sodowego staje się znacznie większe. Przez zmniejszenie stężenia succinatu sodowego hamujące działanie mieszaniny: succinat + sól cynkowa potęguje się. Działanie n/720 roztworu azotanu cynkowego, który sam przez się silnie hamuje fermentację, zostaje wyraźnie spotęgowane przez obecność innych soli; wraz z n/10000 roztworem azotanu wapniowego lub n/1000 roztworem succinatu sodowego całkowicie zatrzymuje fermentację. Succinat sodowy wywiera najsilniejszy wpływ na działanie azotanu cynkowego. Działanie n/500 roztworu azotanu cynkowego, który sam przez się zatrzymuje fermentację, nie zostaje zmieniona przez obecność innych soli. Rola cynku w nowotworach rakowych jest następująca: 1) hamuje nadmierne działanie czynników proteolitycznych w komórce rakowej, które przybiera postać trawienia trypsynowego; 2) pobudza zmniejszoną siłę peroksydacyjną, wskutek czego ulega również pobudzeniu oddychanie tlenowe komórek; 3) hamuje procesy katalatyczne; 4) przeciwstawia się wielkiej czynności koloidalnej młodej tkanki nowotworowej. Jednym słowem, cynk w nowotworach złośliwych przyczynia się do przywrócenia normalnej czynności oddechowej komórek, których czynność w tkance rakowej przybrała typ fermentacji alkoholowej. Wobec powyższych też posiada istotne znaczenie rozpoczęcie badań w następujących dwóch kierunkach: 1) jak będzie działał cynk i sole kwasu bursztynowego na rozwój nowotworów złośliwych, jeżeli wprowadzić preparaty cynkowe do tych nowotworów bądź

zapomocą zastrzyknięć, bądź zapomocą okładów, bądź zapomocą elektroosmozy? Można by to najlepiej wypróbować w rakach skórnych.

Henryk J. L a n d a u.

### Djagnostyka.

H. PAILLARD. **Badanie tętnic poszczególnych segmentów przy pomocy oscylometru Pachona.** (Le Journ. Med. Français Nr. 2. 1933).

W każdym przypadku miażdżycy tętnic należy wykonać badanie oscylometryczne tętnic w celu stwierdzenia ewent. obliteracji obwodowej. Badania wykonuje się po obydwu stronach w 5 segmentach: na ramieniu, nad tętn. promieniową, w środkowej trzeciej części uda, tuż pod kolaniem i w dolnej części podudzia. Najlepiej posługiwać się oscylometrem P a c h o n a niezmodyfikowanym, o pojedynczym mankiecie. Chory powinien znajdować się w pozycji leżącej i spokojnie oddychać (nie kaszleć!). Zdjęcie krzywej oscylometrycznej winno być dokonane szybko, nie dłużej jak 1½ min. W zapaleniu łuku aorty (*aortitis luetica*, *atheroma*, *aneurysma*), występuje nierówność tętna nad tętn. promieniową, którą najlepiej można uwidocznić oscylometrią lub oscylografją: stwierdza się zmniejszenie globalne ciśnienia tętniczego (*Mx* niższe po jednej stronie, *Mn* jednakowe), lub spłaszczenie krzywej oscylometrycznej po jednej stronie. Rozpoznanie zapalenia części zstępującej aorty jest b. trudne. *Aortitis partis descend. aortae* daje zespoły bólowe o typie żołądkowym, jelitowym lub rdzeniowym; niekiedy trzony kręgów ulegają zniszczeniu (radiografja). Bardzo pomocną w tych przypadkach jest oscylometria. Normalnie krzywa oscylometryczna jest nieco szersza na kończynach dolnych w porównaniu z górnymi; w przypadku *aortitis* amplituda krzywej oscylometrycznej staje się obniżona w porównaniu z górnymi. Wywody autora ilustrowane są wykresami.

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

G. MARANGOS. **Zastosowanie kliniczne wśródskórnego odczynu rakowego Freund-Kaminera.** (Wien. kl. Woch. Nr. 27. 1932).

Próby przeprowadza się w ten sposób, że wywołuje się wśródskórnym bąbel o średnicy około 1 cm. W razie dodatniego wyniku w ciągu 48 godzin powstaje w skórze odosobniony guzek wielkości łebka od szpilki do ziarna soczewicy, który po upływie 2 — 3 tygodni znika. W razie ujemnego wyniku albo brak jest jakiegokolwiek odczynu, lub też ślady jego znikają już po 2 — 3 dniach. W każdym bądź razie różnica pomiędzy dodatnim a ujemnym wynikiem odczynu jest charakterystyczna. Materiał szczepiony stanowi mleczno-biała zawiesina, która przedstawia emulsję otrzymanego w czystym stanie wykrystalizowanego rakowego kwasu tłuszczowego w węglanie sodowym. Ten kwas tłuszczowy pochodzi z zawartości jelitowej chorych na raka. Wśród 40 badanych przypadków 23 stanowiły z zupełną pewnością stwierdzone raki. Wszystkie 23 przypadki dały wyraźny dodatni odczyn. Z pośród 17 przypadków kontrolnych 14 wypadło ujemnie, 3 zaś dodatnio. Z tych ostatnich w 2 istniały nierakowe guzy, w jednym zaś — podejrzanym klinicznie wynikiem badania żołądkowego, wynik natomiast badania rentgenowskiego był ujemny. Można by przypuszczać, że te trzy przypadki posiadają skłonność do zwyrodnienia rakowego.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

H. HAAS. **Badania krytyczne nad ektoskopją.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 4).

W klinice ektoskopja zasadniczo zawodzi tam, gdzie rozchodzi się o badanie podłoża anatomicznego wewnątrz jamy opłucnowej, zaś kryterjum tego stanu polegać będzie na braku objawów ektoskopowych. Zgodnie z doświadczeniem autora ruchy ektoskopowe występują równomiernie ponad wszystkimi trzema możliwymi stanami skupienia treści klatki piersiowej. Jeżeli się np. znajdowało opukowo stłumienie, nie można było nigdy podług E. W e i s z a rozpoznać prostego zapalenia płuc. Zgodnie z zasadami ektoskopji objawy stwierdzane bez zarzutu i regularnie również w płatowym zapaleniu płuc, kazałyby zawsze rozpoznawać wysięk. Dlatego też nie można mówić o stosunku zależności objawów ektoskopowych od podłoża anatomicznego lub jego każdorazowego stanu. Zgodność wyników autora z twierdzeniami W e i s z a, ogranicza się jedynie do takich przypadków, w których chodzi o ocenę samych tylko stosunków ściennych. W masywnym zbliźnowaceni opłucny autor również widział osłabienie ruchów w porównaniu ze zdrową stroną. W zapalnych procesach opłucnowych mięśnie ściany klatki piersiowej, pozostające odruchowo we wzmożonym napięciu, hamują rzeczywiście objawy ektoskopowe, jak wynika z własnych spostrzeżeń autora i ze spostrzeżeń w piśmiennictwie. Przy stałym mówieniu, gdy przepona i mięśnie międzyżebrowe pozostają stale pod wzmożonym ciśnieniem i wskutek tego wyższem napięciem, w przeciwieństwie do początku mówienia nie występują ruchy mowy. Wiemy, że w parze z łącznotkankowemi zmianami opłucny lub wzmożeniem napięcia mięśni ściennych w procesach zapalnych, idzie zwiększenie się modułu elastyczności. Ze zwiększeniem się jego wrażliwość ścianki jako układu rejestrującego staje się mniejsza, wychylenia przy tej samej sile są mniejsze. Objawy ektoskopowe w brzuchu wykazują analogiczne zachowanie się. Zależność ich występowania od rozmaitego stanu napięcia ściany jest tutaj lepiej znana. Na ogół procesami, hamującymi występowanie ruchów, są procesy zapalne, gdyż unieruchamiają one mięśnie dzięki odruchowemu wzmożeniu ich napięcia. Przy takim sposobie rozpatrywania udaje się ustalić posiadającą ogólne znaczenie zależność pomiędzy zachowaniem się objawów ektoskopowych a rozmaitemi stanami ścian obu dużych jam ciała. Występowanie i natężenie objawów ektoskopowych zależy jedynie od warunków sprężystości ściany. Wnioski rozpoznawcze, które wyciąga się retrospektywnie z zachowania się objawów ektoskopowych, są więc tylko o tyle słuszne, o ile ograniczają się one w pierwszym rzędzie do oceny stosunków ściennych. W e i s z a jednak stara się zapomocą swojej ektoskopji ustalić bezpośrednią zależność pomiędzy zachowaniem się objawów ze strony ściany ciała a leżącemi pod nią narządami. Błąd tej metody polega, zdaniem autora, na tem, że stara się on ją ustalić na podstawie prostego sąsiedztwa topograficznie, wychodząc z czysto mechanicznych punktów widzenia.

Henryk J. L a n d a u.

### Lecznictwo.

LAIGNEL-LAVASTINE i KORESIOS. **Leczenie bólów, spowodowanych rakiem, jadem kobry.** (Bull. et Mém. Soc. Med. Hôpit. Paris, Nr. 7, 1933 str. 274—280).

Jad kobry używany jest dawno przez homeopatów jako środek analgetyczny, jednakże w tak wielkiem rozcieńczeniu, że trudno było sądzić o jego właściwościach fizjologicznych i leczniczych. Autorzy podają wyniki swych spostrzeżeń u 20 chorych z bólami z powodu raka różnych narządów. Podawali dawki względnie duże, bo 1/10 mlgr. w 2 cm<sup>3</sup> wody destylowanej — dawkę tej choroby znosili dobrze, tylko u niektórych zanotowano krwawienia z nosa, lub nieznaczne zaburzenia opuszkowe. Właściwości analgetyczne ja-

du kobry są olbrzymie — stosowanie jego pozwala na usunięcie morfiny. Wystarczy 1 wstrzyknięcie na 8 — 10 dni. Autorzy spostrzegali przejściowy okres (1 — 2 dni) reaktywacji bólu. Objawy wtórne jadu na inne narządy nakazują jednakże ostrożność w jego stosowaniu. Należałoby, zdaniem autorów, wypróbować pewnych połączeń z innymi lekami, któreby zdołały usunąć te niedogodności stosowania jadu kobry.

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

J. KRETZ. **Leczenie obrzęków wazoneurotycznych wyciągami z gruczołów przytarczycznych.** (Wien. med. Wschr. Nr. 40. 1932).

41-letni pacjent ze skłonnością do wyprysku i wrzodem dwunastnicy w wywiadach zachorował z objawami obrzęków wazoneurotycznych, wywołanych przez jednostronne żywienie bogate w białko. Pomimo diety bezbiałkowej, soli karlsbadzkiej i leczenia wapniowego utrzymują się stale nawroty obrzęków. Natychmiastowa poprawa nastąpiła pod wpływem tabletek przytarczycznych zrazu 3 razy dziennie po 2 tabletki; później przyjmował chory tabletki tylko dorywczo po pokarmach białkowych i po rozpoczęciu się świądu. Pomimo utrzymywania się skłonności do obrzęków od roku pacjent pozostaje pomimo diety mieszanej (5 — 10 dkg. mięsa dziennie i unikanie jedynie pokarmów silnie zaprawionych korzeniami) wolnym od napadów. 41-letnia pacjentka, cierpiąca od dzieciństwa z powodu obrzęków wazoneurotycznych, z silnem obciążeniem dziedzicznym (4 członków rodziny zmarło wskutek obrzęku głośni) po zastosowaniu tabletek gruczołów przytarczycznych uwolniona została od swych dolegliwości. U 47-letniej krewnej tej pacjentki, która cierpiała od 25 roku życia z powodu obrzęków wazoneurotycznych i przybyła do szpitala z powodu lekkiego obrzęcia górnej wargi, które szybko rozszerzyło się na całą lewą połowę twarzy, spuchlizna szybko cofnęła się po jednym zastrzyknięciu parathormonu i afenilu. Pomyślne działanie wyciągów gruczołów przytarczycznych w obrzękach wazoneurotycznych polega prawdopodobnie na rozmaitych czynnikach. Prawidłowem następstwem podawania preparatów przytarczycznych jest podniesienie się poziomu wapnia we krwi. Jest to z pewnością ważne również w przypadkach obrzęku Q u i n c k e g o, gdyż u pierwszego pacjenta po rocznem stosowaniu z przerwami wyciągu gruczołów przytarczycznych przyszło do wyraźnego osłabienia działania preparatów przytarczycznych, które zostało przywrócone dopiero przy jednoczesnem podawaniu preparatów przytarczycznych i wapnia z poprzedniami szybkimi pomyślnymi wynikami. Ze jednak z drugiej strony nie samo podniesienie poziomu wapnia we krwi jest przyczyną pomyślnych wyników wyciągów przytarczycznych, wynika z tego, iż stosowane nawet przez dłuższy czas podawanie wapnia nie wywarło żadnego wpływu, podczas gdy podawanie preparatów przytarczycznych wywołało natychmiastowy zwrot w obrazie chorobowym. Prawdopodobnie ma się tutaj do czynienia jeszcze ze swoistem działaniem hormonu gruczołów przytarczycznych, w którym B l u m upatruje antagonistę hormonu tarczycowego. Dodać należy, że hormon gruczołów przytarczycznych okazał się również cennym środkiem w leczeniu schorzeń skóry ze świądem (pokrzywka, świąd w żółtacze).

Henryk J. L a n d a u.

LOHFELDT. **W sprawie opanowania kaszlu.** (D. m. W. Nr. 52. 1932).

Autor podaje ciekawe spostrzeżenia i uwagi, w jaki sposób można opanować napady męczącego kaszlu w cierpieniach przewlekłych, w których środki wykrztuśne i uspakajające nie pomagają. Dokładna znajomość czynności krtani umożliwiła wyprowadzenie właściwych wniosków. Kaszel powstaje w ten sposób, iż najpierw krtąń dokładnie się zamyka, a potem gwałtownie się otwiera. Wiadomo, iż przy wypowiedza-

niu bezdźwięcznych liter syczących jak np. S, krtąń otwiera się względnie pozostaje otwarta. Stałe ćwiczenia w wypowiedaniu tego dźwięku doprowadzają do takiej wprawy, że w chwili pobudzenia kaszlowego nawet nie wypowiedzenie tego dźwięku zdoła utrzymać krtąń otwartą i powstrzymać kaszel jedynie dzięki uprzedniej asocjacji. W przypadkach, w których napady kaszlu są b. gwałtowne i powyższa metoda jest nieskuteczna, należy wykonać cały szereg krótkich oddechów, aby uniemożliwić zamknięcie się krtani. Inny sposób zahamowania kaszlu polega na utrzymaniu krtani w fazie zamknięcia przez wywołanie odpowiedniego ucisku zapomocą ciśnienia powietrza otaczającego. Często bezwiednie potrafimy w ten sposób powstrzymać się od kaszlu, o ile znajdujemy się np. w teatrze. Napady kaszlu można ograniczyć do nielicznych kaszlnięć, niezbędnych dla wydalenia nagromadzonego śluzu. Można wogóle powstrzymać się od kaszlu, o ile zdołamy wydalić szybko powietrze z krtani, bez zamykania jej. Przygotowujemy się do tego przez kilkakrotne dmuchanie, a gdy czujemy podsuwający się śluz do ujścia krtani, szybko wydmuchujemy przy zamkniętych ustach. Nieprawidłowy kaszel wywołuje nowe napady kaszlu i charakteryzuje się przyćmionym odgłosem naskutek braku pełnego wydechu. Usunąć wadę tę można przez dokładne zamknięcie ujścia krtani i utrzymanie całkowitego otwarcia podczas wydechu. Praktycznie skutecznym jest przez dokonanie najpierw głębokiego wdechu, krtąń zamyka się później; po stwierdzeniu ucisku powietrza należy maksymalnie krtąń otworzyć i wydalić powietrze jednym nieprzerwanym rzutem. Umiejętne chrząkanie sprzyja również usuwaniu śluzu, nagromadzonego koło strun głosowych i zastępczo spełnia czynność kaszlu. Przy tej czynności krtąń jest zamknięta luźno i przy miernym ciśnieniu powietrza może ono przedostawać się przez krtąń napiętą niezbyt silnie. Ustawienie szpary głosowej jest wówczas inne, niż przy wydawaniu dźwięków. Każdego inteligentnego pacjenta można nauczyć prawidłowego chrząkania przez swobodne wydychanie przez luźno zamkniętą krtąń. Napięcie strun głosowych przy tym akcie kontrolujemy wysokością tonu, który powinien być tonem piersiowym. Naogół wszystkie wymienione czynności krtani zależą od stanu głosu osobnika i są tem doskonalsze i bardziej celowe, im głos jest lepszy. Kształcenie głosu jest w niektórych przypadkach niezbędne dla wykonywania prawidłowych czynności krtani.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

### Znieczulanie.

O. KUNZE. **Znieczulenie lędźwiowe perkainą.** (Wien. med. Wschr. Nr. 40. 1932).

Perkaina zapewnia całkowite i długo utrzymujące się znieczulenie i wyłącza przy prawidłowej technice nakłucia zwykłe spotykane dotąd działania uboczne. Jest ona wskazana wszędzie tam, gdzie przeciwwskazane jest uśpienie ogólne, a znieczulenie miejscowe jest niemożliwe. W razie istnienia objawów płucnych nie powoduje perkaina żadnego pogorszenia, wyłącza nooperacyjne zapalenia płuc, zmniejsza w wielu przypadkach śmiertelność. Jedno musi jednak pozostać zasadniczym motywem wytycznym: **n i e w o l n o s t o s o w a ć b e z w y b o r u z n i e c z u l e n i a l ę d ź w i o w e g o!** Każdy poszczególny przypadek należy indywidualizować, a wtedy znieczulenie lędźwiowe jest znakomitą metodą znieczulenia tak dla pacjentów, jak i dla lekarzy.

Henryk J. L a n d a u.

WEESE. **Ocena farmakologiczna krótkotrwałego środka narkotycznego Evipan-sodu.** (D. m. W. Nr. 2. 1933).

Evipan — pochodny kwasu barbiturowego wywołuje u zwierząt krótki lecz głęboki sen bez następczego działania ubocznego. Sól sodowa evipanu nadaje się do wlewań dożylnych dla uzyskania uśpienia krótkotrwałego u ludzi. W bada-

niach nad zwierzętami udało się określić czas działania i wytyczne dla podawania tego nowego nasennego środka. 10% Evipan — sód wstrzyknięty dożylnie w ilości 25 mg. wywołuje u zwierząt już po 2 minutach uśpienie, trwające do 10 minut. Po 30 min. — 60 minutach od chwili wstrzyknięcia zwierzęta biegają wesołe. Dawka trująca przewyższa kilka razy dawkę działającą w zależności od rodzaju zwierzęcia, na którym przeprowadzono badania. Szybsze wstrzykiwanie przyspiesza chwilę wystąpienia snu. Przedawkowanie doprowadza do zejścia śmiertelnego wskutek porażenia ośrodków oddechowego. Ustępowanie narkozy nie jest związane z wydychaniem evipan-sodu, lecz z jego odbudową w wątrobie, przytem odrzucie organizmu następuje b. szybko. Zwierzęta z wątrobą uszkodzoną lub pozbawione wątroby budzą się o wiele później. Ubocznego działania miejscowego i ogólnego nie zauważono, pomimo b. częstego podawania. Ściana żyły pozostaje niezmienną. W obrębie układu krążenia działania ujemnego nie spostrzegano. Wobec takich wyników zakwalifikowano środek ten do stosowania u ludzi dla wywołania krótkiego uśpienia, przytem ze względu na szybkie występowanie narkozy i krótki okres działania można go stosować nawet ambulatoryjnie.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

BAETZNER. **O nowej dożylniej narkozie zapomocą Evipan-sodu.** (D. m. W. Nr. 2. 1933).

Dokonanie około 400 narkoz zapomocą Evipan-sodu w najrozmaitszych cierpieniach umożliwiło wyprowadzenie następujących wniosków. Wstrzykiwać należy b. wolno 60 — 90 sekund, podczas wstrzykiwania rozmawiać z chorym, który przestaje mówić po wprowadzeniu kilku cm<sup>3</sup> i zasypia jednocześnie z ukończeniem wstrzyknięcia. Dawka 8 — 10 cm<sup>3</sup> naogół jest wystarczająca, jednak w zależności od wieku i stanu ogólnego chorego ilość tę należy zmieniać. Osobnikom między 16 a 25 r. życia wstrzykiwano całą ampulkę (10 cm<sup>3</sup>), ludziom starszym i wyczerpanym po przebyciu przewlekłych cierpień wstrzykiwano 3 cm<sup>3</sup>. Podczas narkozy mięśnie wiotczeją, odruchy okostnowe, ścięgniste i skórne znikają, jedynie źrenice reagują na światło. Przy lapanatomjach brak jest wzmoczonego napięcia ściany brzusznej oraz nie stwierdza się wypychania jelit. W razie przedłużania się zabiegu i budzenia się chorego dodatkowo dawano narkozę eterową w znacznie mniejszej ilości aniżeli przy ogólnej narkozie. Dzieciom należy wstrzykiwać dawki większe (narazie obserwacja dotyczy zaledwie kilku przypadków). Wstrzykiwanie uprzednie morfiny z atropiną  $\frac{3}{4}$  godz. przed stosowaniem evipan-sodu przedłuża okres trwania narkozy jedynie u ludzi młodych. Ponowne wstrzykiwanie evipan-sodu w chwili budzenia się chorego również przedłuża uśpienie. Obawy przedawkowania niema, gdyż środek ten szybko się odbudowuje. Zakrzepów w żyłach ani też nacieków w miejscu wstrzyknięcia nie spostrzegano. Stan chorych po obudzeniu się zadawalający. Evipan-sod nadaje się do stosowania ambulatoryjnego, nie wymaga uprzedniego przygotowania chorego. Dalsze badania nad tym sposobem wywoływania narkozy muszą być jeszcze przeprowadzane.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

HOLTERMANN. **Spostrzeżenia kliniczne przy wywoływaniu narkozy zapomocą evipan-sodu w cierpieniach ginekologicznych i przy porodzie.** (D. m. W. Nr. 2. 1933).

Spostrzeżenia autora dotyczą 700 przypadków. Sól sodową epivanu podawano w dwojaki sposób: jako pełną narkozę w celu dokonania odpowiednich krótkich zabiegów oraz w przypadkach dłuższych zabiegów jako narkozę przygotowawczą do następczej narkozy zapomocą wzięwania. 10% roztwór wodny tego środka wprowadzano dożylnie w ilości 10 cm.<sup>3</sup>, a nawet 15 cm.<sup>3</sup>. Wysokość dawki uzależniano od stanu, kondycji, ewentualnego zabiegu oraz od stopnia działania. W stanach wyczerpania, upośledzonego odżywiania i

znacznych anemji należy zachować ostrożności przy podawaniu, (naogół dawki mniejsze) natomiast u kobiet z nowotworami można bez obawy podawać dawki duże, również ciężarne i nieciężarne noszące jednakowo dobrze uspienie tym środkiem. Pełne uspienie występowało po 1 — 3 min. od ukończenia wstrzykiwania. Chwila ustępowania narkozy jest niejednakowa u poszczególnych osobników. 1% chorych był niewrażliwy na ten rodzaj uspienia. Narkoza tym środkiem nadaje się do przeprowadzenia wszelkich krótkotrwałych zabiegów w cierpieniach ginekologicznych, natomiast przeciwskazaniem jest okres porodowy, gdyż zwiótczenie mięśni brzusznych odbija się ujemnie na czynności porodowej, a osłabienie ośrodka oddechowego u dziecka sprzyja występowaniu zamartwicy. Co do działania ubocznego, to na początku zasypiania występują krótkie, toniczne skurcze całego ciała i kończyn, podczas uspienia b. często występuje czkawka, przy budzeniu się u 10% chorych spostrzegano ciche łkanie, a u 5% chorych wymioty. W okresie pełnego powrotu świadomości zaburzeń ruchowych ani też psychicznych nie spostrzegano, przytem istnieje amnezja w stosunku do tego, co działo się podczas uspienia. Wanda L u x e n b u r g o w a.

J. GITELSON. **Uspienie awertynowe w operacjach ginekologicznych.** (Gin. i Akusz. Nr. 5—6. 1932).

Uspienie awertynowe przedstawia, niewątpliwie, zubożenie w zagadnieniu uspienia dzięki temu, że znacznie zmniejsza zastosowanie i zużycie eteru, zmniejsza zaburzenia pouspieniowe, wywołuje całkowitą amnezję u chorych. Nie może ono jednak, zgodnie ze zdaniem S c h m i e d e n a, zastąpić inhalacyjnej metody eterowej, ani sposobów znieczulenia miejscowego. Awertyna w dawce 0,1 gr. na kilogram wagi niezawsze wywołuje zupełne uspienie; lecz to uspienie, które się w ten sposób osiąga, można uważać za podstawowe, przyczem dodatek niewielkiej ilości eteru wystarcza do wywołania głębokiego snu. W tej ostrożnej kombinacji zarówno awertyna, jak i eter, są zupełnie nieszkodliwe dla chorych, nie powodują żadnych nieprzyjemnych powikłań i w tej właśnie postaci powinny być zaproponowane do stosowania. J.

H. FINSTERER. **Znaczenie znieczulenia miejscowego dla przebiegu laparotomji.** (Wien. kl. Woch. Nr. 29. 1932).

Autor wykonywa od 25 lat wszystkie laparotomje w znieczuleniu miejscowym. Na podstawie wyników operacyjnych, dotyczących 5000 przypadków, wykazuje on, że wyłączenie głębokiego uspienia ogólnego zapomocą jakiegokolwiek bądź metody znieczulenia miejscowego nie tylko pozwala na rozszerzenie stawiania wskazań do operacji i poddawanie zabiegom wskutek zmniejszenia niebezpieczeństwa nawet przypadków z ciężkimi schorzeniami serca, nerek i t. d., daleko posuniętem charłactwem, ludzi w podeszłym wieku, lecz można również dzięki niemu uniknąć przypadków śmierci wskutek tak zwanego wstrząsu operacyjnego (które są w rzeczywistości przeważnie przypadkami śmierci wskutek przeciągającego się uspienia) oraz śmiertelnego bezwładu żołądka i jelit, zmniejszyć wielokrotnie liczbę przypadków śmierci wskutek zapalenia otrzewny oraz zapalenia płuc i w ten sposób — nawet nie dobierając przypadków — poprawić ogólne wyniki w porównaniu z wynikami operacji, przeprowadzanych w uspieniu ogólnem, pomimo przestrzegania wszystkich przeciwskazań. Autor pozostawia wobec tego chorym wybór uspienia tylko w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego i prostym wycięciu pęcherzyka żółciowego, zaś w innych razach po uprzednim przygotowaniu pantoponem, morfiną, atropiną przystępuje do operacji w znieczuleniu miejscowym, zaś uspienia ogólnego używa dopiero wtedy, gdy znieczulenie miejscowe z jakiegokolwiek przyczyny nie wystarcza. Zużycie eteru (względnie uspienie gazem rozwesalają-

cym) jest wtedy bardzo nieznaczne. Również przy podstawowem zastosowaniu uspienia ogólnego należy je poprzedzać przez znieczulenie powłok brzusznych i proste znieczulenie kręzkowe.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

### Choroby zakaźne.

J. SIEGEL. **O objawach paraallergicznym w uczuleniu błoniczem.** (Wien. kl. Woch. Nr. 27. 1932).

Zjawisko, polegające na tem, że u dzieci, ujemnie odpowiadających na tuberkulinę, w związku z przebytem schorzeniem błoniczem występuje przemijające nadmierne uczulenie skóry na tuberkulinę, lecz również na ciała o charakterze albumoz, jest wyrazem zmian paraallergicznym. Ta paraallergia nie jest skutkiem zastrzyknięcia surowicy, lecz przebytego schorzenia błoniczego.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

E. LÖFFER i F. SCHWEINBURG. **Surowica przeciwko wścieklicznie w doświadczeniach na zwierzętach.** (Wien. kl. Woch. Nr. 26. 1932).

Za pomocą podanej przez F r o e h l i c h a i Z a k a metody przełamania zapory krwimózgowej dzięki uprzedniemu stosowaniu u zwierząt wśródzylnych zastrzykiwań teocyny (*Theophyll. natr. aceticum* 3% po 4 cm<sup>3</sup> na kilogram wagi) udało się ochronić 18 królików bez wyjątku przed wybuchem choroby; królikom tym zastrzykiwano w pół godziny po zastrzyknięciu teocyny również wśródzylnie 3 cm<sup>3</sup> wysokowartościowej surowicy przeciwko wścieklicznie, a następnie zakażano je wściekliczną. Jeżeli natomiast zakażenie poprzedzało stosowanie surowicy, to ta ostatnia pozostawała bez wpływu. Wyniki dodatnie otrzymywano przy innym uszeregowaniu doświadczeń: przez wypuszczenie płynu mózgowordzeniowego za pomocą nakłucia podpotylicznego i wprowadzenie następowe surowicy tą samą drogą udało się ochronić zwierzęta zakażone krótko przed tem przed wybuchem choroby. A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

K. SCHIRLITZ. **O kombinowanym objawie wygaszania w płonicy zapomocą surowicy i suprageniny.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 2).

Wygaszanie osutki zapomocą surowicy z dodatkiem suprageniny rozpoczyna się przeciętnie w większości wszystkich przypadków po upływie 2½ godzin. Trzecia część przypadków nie wykazuje jednakże przyśpieszenia wygaszania. Od czasu do czasu mieszanina tych rozczynów okazuje w starszych osutkach wyraźną przewagę nad samą surowicą, gdyż tylko ta mieszanina, nie zaś sama surowica powoduje wygaszanie. Częstokroć postać, w jakiej się wyraża wygaszanie, jest wyraźniejsza przy użyciu metody mieszanej. Czas trwania wygaszania rzekomego i powstawania prawdziwego wygaszania mogą się krzyżować. Mylnej oceny można dlatego uniknąć tylko zapomocą godzinnej obserwacji. Reasumując można powiedzieć, że wygaszanie zapomocą metody suprageninowo-surowiczej posiada warunkową tylko cenność w zastosowaniu klinicznem.

Henryk J. L a n d a u.

### Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

M. KINDERVATER. **O djatermji chirurgicznej w chorobach gardła, nosa i uszu.** (Zeit. f. Hals., Nas u. Ohr. t. 30, z. 5).

A. stosował elektrokoagulację głównie w przypadkach gruźlicy i tocznia jamy ustnej, nosa i gardła. Wyniki otrzymane są b. zachęcające. Spraw krtaniowych a. nie leczy tą metodą, gdyż trudno jest osądzić, jaka będzie głębokość działania prądu. Stosowanie djatermji w pobliżu chrząstek tarczowej i nalewkowych może doprowadzić do niepożądanych następstw.

J. T e n c e r.

K. SCHMÜCHER. **Mierzenie manometryczne wymiany powietrza w zatoce szczękowej a jego znaczenie praktyczne.** (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 30, z. 5).

Za pomocą manometru można wykazać zaburzenia w wymianie powietrza zatoki szczękowej. Może to posiadać znaczenie w rozpoznaniu spraw chorobowych jamy H i g h m o r a, których na drodze innych badań nie udało się wykazać. W niektórych przypadkach stwierdzenie zaburzeń w wymianie powietrza winno skłonić do przeprowadzenia dodatkowych badań, jak np., zdjęcia kontrastowego zatoki szczękowej.

J. T e n c e r.

R. DAWID de SANSON i JOSÉ KOS. **Operacja zewnętrzna jako jedyna i słuszna metoda operacyjna schorzeń zatoki czołowej i komórek sitowych.** (Revue de laryngol. etc. Nr. 9, 1932).

Jak już z tytułu pracy widać, autorzy odrzucają sposób operowania jamy czołowej i sitowia drogą wewnątrznosową. Uważają bowiem, że jedynie operacja zewnętrzna zarówno na zatoce czołowej, jak i na sitowiu zabezpiecza wyleczenie stałe spraw przewlekłych zatok. Zdaniem ich, operacja wewnątrznosowa nie odbywa się pod kontrolą wzroku, i dlatego nie daje gwarancji usunięcia wszystkich chorych komórek. Zwłaszcza, kiedy istnieją komórki sitowe ponad lejkami lub na dachu oczodołu, operacja wewnątrznosowa nie prowadzi do celu. (Zdaje się, że propozycja autorów operowania wszystkich spraw przewlekłych jamy czołowej i sitowia tylko drogą zewnętrzną, nie zostanie ogólnie przyjęta. Nie da się wszak zaprzeczyć, że istnieją przypadki wyleczone po operacjach wewnątrznosowych, dokonanych na tych zatokach. Trudno by i chorego, dotkniętego sprawą przewlekłą komórek sitowych, nakłonić od razu do operacji zewnętrznej. Słuszniejszym się wydaje, by operację zewnętrzną zatrzymać tylko do przypadków cięższych lub też do tych, w których poprzednie operacje wewnątrznosowe nie dały wyniku — przyp. refer.).

J. T e n c e r.

G. ANDREOLI i J. JOUBLOT. **Zapalenie jamy czołowej z zakażeniem ogólnym.** (Ann. d'Oto - Laryng. Nr. 9, 1932 r.).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 13-letniego chłopca, u którego w przebiegu ostrego ropnego zapalenia lewej jamy czołowej wystąpiły ciężkie objawy ogólne z gorączką 41°. Posiew ze krwi wykazał obecność paciorkowców hemolitycznych. Leczenie pyoforminą i septiceminą pozostało bez skutku. Wobec tego założono ropień utrwalający, a po 3 dniach rozpoczęto codziennie zastrzykiwań śródmięśniowo po 20 cm<sup>3</sup> surowicy przeciwpaciorkowcowej V i n c e n t a. Na szósty dzień po założeniu nacięto szeroko ropień, z którego wypłynęła bardzo duża ilość ropy. Powtórny posiew ze krwi okazał się jałowy. Od dnia nacięcia ropnia stan chorego, który otrzymał w sumie 90 cm<sup>3</sup> surowicy drogą śródmięśniową, stopniowo i szybko się poprawiał, tak że na dwudziesty dzień, licząc od początku, pacjent opuścił zupełnie zdrowy klinikę. Autor uważa, że trzy metody lecznicze: przetaczania odpornościowej krwi, seroterapia i ropnie utrwalające, użyte każda z oddzielną lub kombinowaną mogą spowodować wyleczenie posocznicy, wywołanych przez paciorkowce hemolityczne. Trudno dzisiaj rozstrzygnąć, która z tych metod jest najlepsza. Ciężkość poszczególnych przypadków wymaga ich łącznego stosowania. Najlepsze wyniki osiągnano dotąd zapomocą stosowania surowicy V i n c e n t a. W opisywanym przypadku pomyślny wynik dało połączenie surowicy V i n c e n t a z ropniem utrwalającym.

L. H.

G. COULET. **Ropień przegrody pochodzenia czyrakowego.** (Ann. d'Oto - Laryng. Nr. 9, 1932).

Ropnie przegrody nosowej bywają skutkiem zakażenia zębowego, nieżyty nosa i gardzieli, zapaleń jam obocznych. Obecnie autor przytacza przypadek ropnia przegrody, powstałego jako powikłanie czyraka skrzydelka nosa. Aczkolwiek powikłanie to jest znacznie mniej groźne, aniżeli zapalenie zakrzepowe żyły twarzowej, jest niemniej dokuczliwe w swych przejawach bólowych, fizjologicznych i estetycznych. Przewędrowanie zarazków mogło się odbyć drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych, chociaż bardziej prawdopodobnym jest fakt wtargnięcia dzięki ciągłości tkanek (*per continuitatem*).

L. H.

K. ULLMANN. **O rzadkich i nowych postaciach leukoplakii mucosae oris.** (Wien. kl. Woch. Nr. 27, 1932).

Autor omawia szczególnie powstawanie leukoplakii wskutek powstawania w jamie ustnej prądów elektro-galwanicznych i domaga się zastąpienia plomb amalgamatowych, klamer metalowych ze stali, protez stalowych cementem, porcelaną lub jednorodnym amalgamatem złota.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

E. v. GYÖRGY. **O zapaleniach ucha na tle grypy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 26, 1932).

Autor odróżnia cztery grupy zapaleń ucha u osesków: nadzwyczaj ostre, ostre, podostre, przewlekłe przebiegające z dodatkowym zakażeniem. W pierwszej grupie ujawnia się szybki i ciężki przebieg, w ostrych nad obrazem klinicznym panuje cierpienie uszne, w podostrych na obrazie dominują nieżytowe schorzenia nosowo-gardzielowe oraz płucne, zaś zapalenie uszu stanowi objaw towarzyszący. W przewlekłej grupie postaci z dodatkowymi zakażeniami objawy uszne są zarte i nie wykazują jednolitego obrazu.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

G. PORTMANN i R. PHILIP. **Nabłoniak krtani u osób młodych.** (Revue de laryngol. etc. Nr. 1, 1933).

W piśmiennictwie podano dotychczas dwadzieścia przypadków raka krtani u osób w wieku do lat trzydziestu. Stosunkowo częściej nowotwory złośliwe w młodym wieku wychodzą z innych narządów, jak: przewód pokarmowy, wątroba i skóra. Ciekawe, że do lat 30 kobiety nieco częściej zapadają na nowotwory złośliwe, niż mężczyźni, w wieku zaś późniejszym mężczyźni stanowią 90% tych przypadków. Tłumaczy się to używaniem przez mężczyzn tytoniu i alkoholu. Nabłoniaki krtani u osób młodych należy często rozpatrywać jako zwyrodnienie złośliwe polipów i brodawczaków. Usadawiają się one przeważnie w tylnych częściach strun głosowych i okolicy chrząstek nalewkowych. Rak zewnętrzny krtani jest u osób młodych b. rzadki. Raki u osób do lat 30 odznaczają się dużą złośliwością, tem większą im młodszy jest wiek chorego. Z powikłań notowane są: krwawienia, zapalenie ochrzęstnej krtani, odoskrzelowe zapalenie płuc. Rozpoznanie raka krtani w tym wieku jest o tyle trudne, że najmniej się myśli o tem cierpieniu, jeśli chodzi o osobnika młodego. Oczywiście, że badanie histopatologiczne wycinka z guza, wskazuje właściwe rozpoznanie. Leczenie winno być przede wszystkim chirurgiczne. A. przytaczają *in extenso* dwa własne przypadki raka krtani w wieku młodym oraz w skróceniu szereg przypadków podobnych z piśmiennictwa.

J. T e n c e r.

## Oceny książek

S. LACHMANN. *Grundzuege der Kurortenwissenschaft*. (G. Thieme, Lipsk 1933, str. 133).

Jest to króciutki podręcznik balneo- i klimatoterapii, uwzględniający najnowsze zdobycze medycyny, chemji, fizyki i chemji fizycznej w zastosowaniu do omawianych jej gałęzi. Nosi on charakter raczej ogólny, gdyż części szczególnie, omawiającej wskazania do leczenia w poszczególnych kategoriach zdrojowisk, udziela autor stosunkowo niemało miejsca, bo tylko 16 kartek. Natomiast dość szczegółowo omawia autor geologię źródeł mineralnych, ich systematykę w oparciu o nowoczesne ujęcie fizyczno-chemiczne, urządzenia zdrojowe i ich znaczenie, podstawy naukowe balneoterapii i klimatoterapii, w szczególności kąpieli borowinowych i mułowych oraz klimatu i kąpieli morskich. Na każdym kroku podkreśla autor, że właściwie wszelka systematyka w tej dziedzinie kuleje i kuleć musi, gdyż właściwie niema na świecie dwóch jednakowych źródeł ani pod względem składu ilościowego, ani nawet jakościowego, wobec czego każde źródło należy rozpatrywać jako pewną całość, którą trudno porównywać z innym źródłem nawet o podobnym składzie. Zastosowanie tych lub innych kąpieli, czy wód do picia nietylko wynika z tego lub innego ich składu, ile raczej opiera się na długoletnim doświadczeniu i badaniach, przeprowadzanych z wodą tego właśnie źródła. Doprowadzić to musiało autora w konsekwencji do wniosku, że wszelkie sztuczne wody mineralne nie przypominają w swym działaniu w najmniejszym stopniu wód naturalnych. Przy omawianiu czynników klimatycznych pominięte zostało zagadnienie ładunku elektrycznego powietrza, do którego przywiązują tak wielkie znaczenie *Dessaui* i jego uczniowie. Omówieniu w tekście uległy przeważnie zdrojowiska i stacje klimatyczne niemieckie, w bardzo małym stopniu innych państw, z polskich wspomina autor o Iwonicy, Rabce i Tatrach.

Henryk J. L a n d a u.

H. KÖNIGER. *Das Individualisieren und die Ueberwindung des Individuellen in der Krankenbehandlung*. (Georg Thieme, Lipsk 1933, str. 58).

Krótką tę pracę możnaby nazwać filozofią współczesnej medycyny na rozdrożu. Podobnie, jak w swoim czasie nadmierny i jednostronny rozwój medycyny w kierunku anatomopatologicznym doprowadził do nihilizmu leczniczego i wy-

wolał reakcję w postaci kierunku fizjologicznego, tak obecnie przerost badań bakteriologicznych i chemoterapeutycznych przy nader nikłych ich wynikach leczniczych zmusza coraz większą liczbę badaczy do zastanowienia się, czy ta jednostronność nie przyczynia się do kryzysu medycyny, jako nauki nietylko teoretycznej, lecz i praktycznej, mającej okazywać pomoc i przynosić ulgę choremu. Rzeczywiście, wystarczy zajrzeć do podręcznika chemoterapii, ażeby się przekonać, jak mizerna są wyniki praktyczne badań chemoterapeutycznych w porównaniu z ogromem pracy w nie włożonej. To samo *mutatis mutandis* powiedzieć można o wynikach badań bakteriologicznych. Widzimy więc, że coraz częściej zaczyna się poszukiwać wskazówek do postępowania leczniczego w pracach starych, a nawet starożytnych autorów, zwłaszcza *Hippokratesa*. Ba, zwracamy się nawet do medycyny ludowej (zapożyczona z niej djeta surówkowa), a cała opoterapia, jak podkreślają *Zd. Michalski* i *E. Tippet*, właściwie „pochodzi z medycyny zamierchłej, z lecznictwa czarownic i ludowego“ (Medycyna Nr. 7. 1933). Ten nawrót ku *Hippokratesowi* rozpoczął *B. Aschner* (patrz jego: „Die Krise der Medizin—Lehrbuch der Konstitutionstherapie“), który nawet wydaje pismo, poświęcone tym zagadnieniom, pod nazwą „Hippokrates“. *H. König*er, profesor uniwersytetu w Erlangen, zbliża się pod względem swych poglądów do *Aschnera*. Nie neguje on istotnych postępów wiedzy lekarskiej ostatnich lat, lecz uważa, że i starzy lekarze posiadali cały szereg metod leczniczych, które niesłusznie zostały zupełnie zarzucone, a które można by wytłumaczyć dzisiaj inaczej, niż dawniej. Dla metod tych stwarza autor pojęcie nieswoistego leczenia przestrojenowego (unspezifische Umstimmungstherapie). Podkreśla on, że więcej uwagi poświęcać należy samemu choremu, zachowaniu się rozmaitych objawów chorobowych i ich sposobowi reagowania na leczenie, gdyż na tej podstawie można wyciągać doniosłe wnioski praktyczne tak w poszczególnych przypadkach, jak i co do lecznictwa wogóle. Zagadnieniom tym poświęcali starzy lekarze o wiele więcej uwagi, niż się im udziela obecnie, celowali oni też w obserwacji chorych i umiejętniej ocenie każdego poszczególnego przebiegu chorobowego. Książkę czyta się z dużym zainteresowaniem, aczkolwiek napozór nie zawiera ona nic nowego.

Henryk J. L a n d a u.

## Wskazówki praktyczne

*Esau* przypomina wprowadzone przez *Biera* a leczenie *pląsawicy* za pomocą *przekrwienia zastoinowego*, chwaliąc bardzo jego skuteczność. Opaskę nakłada się możliwie nisko na szyję i pozostawia się ją pierwszego dnia na 3 — 4 godzin, drugiego dnia na 10 godzin, a poczynając od 3 dnia na 22 godziny z 2 godziną pauzą. Najcięższe przypadki, z bardzo wybitnym niepokojem ruchowym, niemożnością mówienia i jedzenia poprawiają się w ciągu kilku dni tak znacznie, że dzieci mogą jeść, pić i spać. (Kinderärztl. Praxis 1932. Z. 11).

—o—

*Przeciwko nocnemu moczeniu u dzieci* ma według *C. Nelen* a działać skutecznie *wapń* w dużych dawkach: *Rp. Calc. chlor. cristall.* 50,0; *Gummi arab.* 5,0; *Aq. dest.* ad 100,0. 3 razy dziennie po ½ łyżki stołowej w soku owocowym po jedzeniu. Dzieci, tak leczone, śpią lepiej, po upływie kilku dni do 2 tygodni moczenie nocne ustaje. Leczenie powinno

trwać jeszcze pewien czas po uzyskaniu wyniku dodatniego. (D. m. W. 1932 Nr. 52).

—o—

*B. Zondek* i *K. Grunsfeld* leczą *ropnicę połogową długotrwałymi wlewami dożylnymi cukru groнового z alkoholem*. Pierwszego dnia wprowadza się cukier gronowy w roztworze 5%, drugiego dnia dodaje się alkohol w rozcieńczeniu ½%, następnie w 2%. Kroplówkę ustawia się tak, aby w ciągu godziny wlewało się 100 ctm.<sup>3</sup>. Jeżeli po kilku dniach żyła na jednym ramieniu zatyka się zakrzepem, to wlewania robi się do drugiej żyły. Leczenie trwa do dni 16. (Ztbl. Gyn. 1933. Nr. 12).

—o—

*A. Frank* poleca w leczeniu niedokrewności u dzieci przetwór siarkowy *Thioalbin*, jako środek bodźcowy, sprzyjający wzrostowi liczby krwinek czerwonych, zwłaszcza w połączeniu z *ferrum reductum*. (Monatsschr. Kindhlk. T. 57. Z. 1 — 2).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 20 września 1932 r.

Obecnych członków 53, wprowadzonych gości 37.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 28 czerwca przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Juljuszu Wiśniewskim i b. p. Samuelu Goldflamie (streszczenie własne): Juljusz Wiśniewski urodził się w Warszawie w r. 1866, tu uczęszczał do II gimnazjum, po jego ukończeniu wstąpił na wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego. Był to okres najbardziej czynnej działalności rusyfikacyjnej osławionego kuratora okręgu Apuchtina. Zniechęcony ciężką atmosferą, Wiśniewski i łącznie z młodzieżą narodową przerwał studia w uniwersytecie warszawskim i udał się na wydział lekarski uniwersytetu moskiewskiego, gdzie w r. 1894 uzyskał dyplom lekarski.

Następne dwa lata spędził na studiach w klinice dermatologicznej wiedeńskiej. Po powrocie do kraju osiadł w Warszawie i aż do zgonu pracował w szpitalu ewangelickim najpierw jako asystent Dr. Wolffa, następnie jako lekarz ambulatorjum tegoż szpitala, wreszcie od roku 1907 jako ordynator jego oddziału dermatologicznego.

Nie zaniechał ś. p. Wiśniewski i działalności społecznej. Brał czynny udział w szeregu instytucji dobroczynnych, dając bezinteresownie chorym i cierpiącym swą wiedzę i pracę. Podczas wojny światowej pełnił obowiązki zastępcy lekarza naczelnego ośrodka centralnego ludności ewakuowanej, po odejściu rosjan pracował w szpitalu dla leczonych przymusowo, w czasach powojennych był w ciągu kilku lat starszym referentem w ministerstwie zdrowia, w okresie zaś inwazji bolszewickiej kształcił zastępy sanitarne dla armji ochotniczej, czyniąc to z dużym nakładem pracy i poświęcenia. Był konsultantem — dermatologiem dyrekcji tramwajów miejskich w ciągu długiego szeregu lat, podobne stanowisko zajmował w dyrekcji kolejek dojazdowych i elektrowni warszawskiej.

Brał żywy udział w życiu szeregu towarzystw społecznych i lekarskich, był jednym z pierwszych członków polskiego towarzystwa krajoznawczego, i należał do Towarzystwa Wioślarskiego, które to stowarzyszenia w okresie przedwojennym, w okresie bezlitosnego ucisku wszystkiego, co było polskie, należały do nielicznych ośrodków pielęgnowania myśli i ducha narodowego.

Ś. p. Wiśniewski był członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1902 oraz członkiem Towarzystwa Dermatologicznego, był współredaktorem „Medycyny i Kroniki Lekarskiej”, ogłosił drukiem 23 prace z zakresu dermatologii.

Zmarł 1 lipca r. 1932 w następstwie ostrego zapalenia płuc.

W powyższego widać, że życie ś. p. Juljusza Wiśniewskiego było dobrze wypełnione różnorodną, a pożyteczną pracą, że dobrze zasłużył się społeczeństwu, które umiłował, że życia nie zmarnował. Nasze Towarzystwo straciło w ś. p. Wiśniewskim wartościowego członka.

Cześć Jego pamięci!

b. p. Dr. Samuel Goldflam.

Urodził się w Warszawie w roku 1852, ukończył tu gimnazjum w roku 1869, uczęszczał na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w roku 1874. Już w następnym roku został asystentem kliniki chorób wewnętrznych w Szpitalu św. Ducha, kierowanej podówczas przez Prof. Lambl'a. Tu wziął się do pracy z całym właściwym sobie zapalem. Pracowitość jego była niezwykłą; niemordowany, spędzał w klinice po 8 — 10 godzin dziennie, pracując już to przy łóżku chorego, już to w sali sekcyjnej, już to przy mikroskopie.

Owemi czasy nie istniały jeszcze specjalne oddziały lub kliniki chorób nerwowych. Chorzy nerwowi byli leczeni w oddziałach i klinikach chorób wewnętrznych. W początkowym okresie pracy Goldflama nie zaznaczyła się jeszcze zupełnie wyraźnie jego skłonność do neurologji, interesuje się on rozmaitemi działami medycyny. Ujawnia się to w Jego pierwszych pracach, ogłoszonych drukiem, zatytułowanych „Uwięźnięta przepuklina zaotrzewnowa kręzek okężniczych” (1879), „Długoletnie wpochwienie kiszki czczej, spo-

wodowane polipami. Wpochwienie wogóle” (1881). Powoli atoli poświęca się coraz wyraźniej neurologji, jakkolwiek do końca życia skala jego zainteresowań pozostała bardzo rozległą, co ujawnia w późniejszych pracach: „O wstrząsaniu nerka” (1900), „O zapaleniu ścięgna i pochewki ścięgnistej głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia” (1900), „Przypadek przepukliny płucnej” (1904), „O przetokach wrodzonych dolnej wargi”. „Przypadek wrodzonego rodzinnego zeszczywnienia stawów palcowych” (1906), „O cierpieniu kości i stawów na tle nieodpowiedniego odżywienia” (1918). Ujawnia się to również w tem, że gdy rozstał się Goldflam z kliniką, otworzył własny warsztat pracy, własnym kosztem utrzymywał bezpłatną poliklinikę dla chorych niezamożnych, a to by móc spostrzegać i badać chorych z najróżnorodniejszymi schorzeniami, gdyż zdawał sobie sprawę, że podział medycyny na odosobnione specjalności jest tworem sztucznym, poniekąd szkodliwym, że chcąc przyczynić się do rozwoju pewnego jej działu, należy wedle możliwości opanować wszechstronnie całą medycynę.

Poliklinikę prowadził równie starannie, na wzór kliniczny, spostrzegany materiał badał i opracowywał nadzwyczaj dokładnie, zarówno klinicznie, jak laboratoryjnie, gromadzone w ten sposób materiał służył następnie do opracowania wartościowych rozpraw naukowych, ogłoszonych przez samego Goldflama i szereg lekarzy, którzy pracowali w ciągu długich lat pod jego światłem kierownictwem. Nic dziwnego, że garnęli się oni chętnie i gromadnie pod jego potężne skrzydła, z jego polikliniki wyszli liczni, doskonale wyrobieni pracownicy.

Rok 1882 spędził Goldflam w klinice Westphala i Charcota dla dopełnienia swych wiadomości neurologicznych.

Okoliczność, że zaczął Goldflam swą pracę w klinice pod kierunkiem Prof. Lambla, miała mocny wpływ na wyrobienie się w nim samodzielności. Prof. Lambl, doskonały anatomopatolog, był bardzo lichym klinicystą, nie mógł więc służyć swym asystentom należytemi wskazówkami, odpowiednią pomocą. To też ci z nich, którzy mieli w sobie zaczątki samodzielności, pracując z dużym wysiłkiem nad sobą bez pomocy zzewnątrz, doprowadzili ją w sobie do dużej doskonałości. Śród nich w najwładzszym bodaj stopniu wyrobił w sobie samodzielność Goldflam.

Jak już wspomniano wyżej, odznaczał się on niezwykłą pracowitością, życie swe oszczelnie wypełnił pracą, pracował całe życie, nieomal do ostatniego tchnienia. Pracował przedewszystkiem na polu naukowym. W pracy swej wykazał, o czem wspomniano wyżej, zupełną samodzielność. Z innych licznych cech jego pracy należy podnieść niezwykłą wytrwałość w opracowaniu zamierzonego tematu, niezwykłą dokładność: badania swe opierał zawsze na podstawach ścisłych, na danach sekcyjnych, na badaniach anatomopatologicznych. W dociekaniach stale stosował nader ścisłe metody badania. W pracy swej odznaczał się dzięki ustawicznemu ćwiczeniu swego umysłu, wybitną umiejętnością analizowania spostrzeganych zjawisk, a umiał spostrzegać zjawiska, które uchodziły uwagi badaczów mniej spostrzegawczych. Na podstawie powyższego wyrobił w sobie zdolność do wyodrębniania i ustalania nowych dotąd nieznanych objawów chorobowych, a w dalszym ciągu — zdolność do wyodrębniania i tworzenia nowych postaci chorobowych. Był to umysł wybitnie badawczy i twórczy.

Dzięki tej tak niepospolitej pracowitości sam wyrobił się na wybitnego lekarza ogólnego i na doskonałego specjalistę neurologa, stał się gorliwym adeptem i jednym z najpierwszych pionierów neurologji. Neurologja przed 50 laty była jeszcze u nas w zupełnym mroku; Goldflam w dużej mierze przyczynił się do powstania u nas neurologji wspólczesnej.

Owoce tej godnej podziwu pracy jest około 50 rozpraw naukowych, z których większość o wartości nieprzeciętnej zapewniła Goldflamowi i zasłużony rozgłos nie tylko u nas, lecz i na szerokim świecie.

Pracował Goldflam i na polu społecznym i tu wykazał właściwą sobie energję i niezwykły zapał. Już przed czterdzielkiem przyczynił się wybitnie do założenia Towarzystwa Opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi żydami, którego był wieloletnim prezesem. Przyczynił się do pobudowania Zakładu dla umysłowo chorych w Otwocku, do wskrzeszenia szpitala dla dzieci imienia Bersonów i Baum'a



nó w. Poświęcił dużo energii dla stworzenia przy szpitalu na Czystem Instytucie Patologicznym, niestety — nie udało się doprowadzić go do końca.

G o l d f l a m był członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego od roku 1884, członkiem czynnym Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, członkiem i przewodniczącym Towarzystwa Neurologicznego Warszawskiego i wielu innych.

Zmarł dnia 26 sierpnia 1932. Zgasł Mąż dużej miary i zasługi.

Cześć Jego pamięci!

3. Kol. Prezes zawiadamia, że Towarzystwo Lekarskie zorganizuje Akademię ku czci b. p. Seweryna S t e r l i n g a.

4. Kol. M i s i e w i c z Janina i Kol. P i a s e c k i Marjan (członkowie Towarzystwa) przedstawiają „Przypadek jamistej gruźlicy płuc po torakoplastyce“ (streszczenia nie nadesłali).

W r o z p r a w a c h zabierali głos. Kol.: Z a o r s k i, L e s n i o w s k i, O r ł o w s k i, S ł a w i Ń s k i i D e l o f f.

5. Kol. F i d l e r A. wygłasza odczyt p. t. „*Studja nad przewlekłą niewydolnością krążenia*“ (streszczenie własne). Doniesienie. 1-sze.

Na zasadzie 142 doświadczeń wykonanych w 2 Klin. Chorób Wewn. U. W., autor dochodzi do następujących wniosków:

A. U ludzi z wyrównanymi wadami zastawki dwudzielnej:

1. Ilość zużytego tlenu (podstawowa przemiana materii) leży w granicach normy lub powyżej liczb prawidłowych; 2. pojemność tlenowa krwi wykazuje wartości wyższe lub przeważnie niższe od liczb prawidłowych; 3. wysycenie % tlenem krwi tętniczej waha się w granicach normy lub jest mniejsze od niej, zużycie więc tlenu w obwodzie jest prawidłowe lub gorsze, niż u ludzi zdrowych; 5. objętość minutowa oraz skurczowa serca leży wyżej, lub w granicach liczb prawidłowych; 6. ilość krążącej krwi ma tendencję do ustalania się na dolnej granicy normy lub poniżej niej; 7. liczba ciałek czerwonych oraz ilość Hb. nie wykazują odchyłań od normy; 8. praca fali tętna leży wyżej liczb prawidłowych; 9. ciśnienie tętnicze krwi nie wykazuje większych odchyłań od normy.

B. U ludzi z wyrównanymi wadami zastawek tętnicy głównej:

1. Ilość zużytego tlenu leży w granicach lub powyżej liczb prawidłowych; 2. pojemność tlenowa krwi wykazuje wartości prawidłowe; 3. nasycenie % tlenu krwi tętniczej i w  $\text{cm}^3\%$  waha się w granicach prawidłowych lub leży nieco niżej normy; 4. różnica tętniczo-żylna w % i  $\text{cm}^3\%$  leży w granicach prawidłowych; 5. to samo można powiedzieć o objętości minutowej i skurczowej serca; 6. ilość krwi krążącej ma tendencję do ustalania się u dolnych granic normy; 7. liczba ciałek czerwonych oraz ilość Hb. nie wykazują znaczniejszych odchyłań patologicznych; 8. ciśnienie tętnicze krwi oraz różnica ciśnienia są znacznie wzmożone.

C. U ludzi z wadami zastawkowymi w okresie niewyrównania, ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego oraz z przewlekłymi zmianami w nerkach w okresie niewydolności układu krążenia:

1. Stwierdzamy 3 typy pod względem zużycia tlenu, mianowicie typ a) ze wzmożeniem (w 50% dośw.), b) z obniżeniem (w 25%), i c) z prawidłowym zużyciem (25%), przy czym w miarę poprawy układu krążenia zużycie tlenu: a) spada, b) wzrasta, c) pozostaje bez zmiany. 2. Pojemność tlenowa krwi leży przeważnie poniżej normy, przyczem w okresie poprawy układu krążenia można rozróżnić również 3 typy: a) zmniejszenie się pojemności tlenowej w przypadkach poprawy całkowitej (15% przyp.), b) zwiększenie się pojemności (w 40%), gdy wyrównanie jest tylko częściowe, c) brak zmian w pojemności (45%) przy braku całkowitego wyrównania. 3. Wysycenie % krwi tętn. i w  $\text{cm}^3\%$  leży poniżej normy. 4. Wysycenie krwi żylnaj, w % i w  $\text{cm}^3\%$  leży na górnej granicy normy lub poniżej niej. 5. Różnica tętniczo-żylna w % i  $\text{cm}^3\%$  leży: a) wyżej normy (w 37%); b) w granicach prawidłowych (50%) i c) poniżej normy (13%).

Ponieważ w większości przypadków pojemność tlenowa krwi leży niżej normy, przeto użytkowanie tlenu na obwodzie jest gorsze, niż w stanach z prawidłowym wysyceniem krwi tlenem. 6. Objętość minutowa oraz skurczowa serca wykazują wartości: a) powyżej normy (w 23%); b) w granicach prawidłowych (w 61%); c) niżej normy (w 16%); gdy okres

niewyrównania przechodzi w okres wyrównania; obj. min. i skr. a) spada albo b) wzrasta. 7. Ilość krążącej krwi leży: a) w granicach prawidłowych (61%), b) wyżej normy (13%); niżej normy (26%). Stosunek osocze: krwinki wykazuje: a) wartości prawidłowe (60%), b) leży poniżej nich (40%). 8. Liczba ciałek czerwonych nie wykazuje większych odchyłań od normy; ilość Hb. leży niżej normy. 9. Praca fali tętna jest większa od normy, ale mniejsza od liczb, uzyskanych dla wad wyrównawczych. 10. Ciśnienie tętnicze krwi, z wyjątkiem wad tętnicy głównej, nie wykazuje większych odchyłań od normy.

D. U osób ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie wydolności zużycie tlenu zachowuje się niejednolicie, obj. min. i skr. serca leżą w granicach prawidłowych; ilość krążącej krwi ma tendencję do ustalania się na górnej granicy normy lub wyżej niej, pojemność zaś tlenowa krwi nie wykazuje żadnej prawidłowości, choć ma tendencję do ustalania się poniżej normy.

E. W miażdżycy tętnic, poza 1. wzmożeniem ilości zużytego tlenu, 2. zwiększeniem obj. min. serca, 3. zwiększeniem stosunku osocza (krwinki) oraz 4. wzrostem pracy fali tętna, nie spotkałem większych odchyłań od normy.

F. U osób z czynnościowymi zaburzeniami nerwowymi autor stwierdził głównie:

1. zmniejszenie się różnicy tętn. - żylnaj i 2. wzrostu obj. min. i skr. serca.

G. W cierpieniach wątroby 1. wzrost podst. przem. mat. autor stwierdził głównie w sprawach nowotworowych, przy czym nie jest ono charakterystyczne dla nowotworów wątroby, ale wogóle dla sprawy nowotworowej, 2. ilość krwi krążącej była prawidłowa (w 78%); b) wzmożona (w 11%); c) obniżona (w 11%). 3. Obj. 1 skr. serca w większości przypadków wykazywała wartości prawidłowe.

Doniesienie 2.

Po krótkim i krytycznym przedstawieniu dotychczasowych poglądów na zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i na zmiany chlorowe we krwi, autor na zasadzie swoich 42 doświadczeń dochodzi do wniosku, że u ludzi w okresie niewydolności krążeniowej stwierdza się raczej skłonność do alkalozji, za czym przemawia: 1. prawidłowy lub wyżej normy zasób zasad oraz 2. prawidłowa ilość wydzielonego z moczu amoniaku. Niskie niekiedy pH moczu nie jest jasnym dowodem zakwaszenia, gdyż, będąc głównie odbiciem stosunku  $\text{Na H}_2 \text{PO}_4$  przy prawidłowej ilości  $\text{NH}_3$  świadczy nie o  $\text{Na}_2 \text{H P O}_4$

wzmożonym wydzielaniu kwasów, lecz o zmniejszonym wydalaniu zasad. Pozatem autor stwierdził, że: 1. chlor krwi całkowitej i osocza leży zazwyczaj w granicach prawidłowych, gdyż często jednak spotyka go się niżej normy; 2. chlor krwinek oraz wskaźnik chlorowy wykazują wahania powyżej, częścię poniżej normy; 3. zmiany w rozmieszczeniu chloru we krwi nie dadzą się powiązać ze zmianą zwrotu zasad ani z objawami zastoinowymi; 4. salirgan, wprowadzony dożylnie, nie wywołując charakterystycznych zmian w badanych składnikach krwi i moczu, klinicznie wpływa dodatnio na duszność pochodzenia sercowego; 5. w okresie poprawy lub pogorszenia układu krążenia niema jednokierunkowości w zachowaniu się zasobu zasad, który ulega zwiększeniu lub obniżeniu.

Doniesienie 3.

Po przedstawieniu dotychczasowych zdobyczy na polu łączenia się krwi z tlenem i oddawania tlenu tkankom, autor na zasadzie swych 31 doświadczeń dochodzi do następujących wniosków: 1. wysokość krzywej dysocjacji tlenu we krwi leży: a) u ludzi ze zdrowym układem krążenia oraz z wadami zastawek dwudzielnej, tętnicy głównej i ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie wydolności układu krążenia w granicach uznanych za prawidłowe, a mianowicie przy „n“, równem 2,5, K. wynosi 0,000220 — 0,000372, b) u ludzi natomiast z wadami dwudzielnej, tętnicy głównej i ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie niewydolności układu krążenia przeważnie niżej normy, a mianowicie tu K wynosi 0,000121 — 0,000331; 2. Kształt krzywej, będąc zmienny, nie wykazuje we wszystkich (z wyjątkiem jednego) jego przypadkach odchyłań od normy. Wartość „n“ leży w granicach 1,66 — 3,0; 3. Przebieg krzywej dysocjacji tlenu we krwi u chorych sercowych w okresie niewydolności krążeniowej nie zależy od a) zakwaszenia ustroju, b) przesunięcia chloru we krwi, c) ciężkości stanu chorobowego, d) objawów zastoinowych, d) ilości Hb; 4. Niski przebieg krzywej dysocjacji tlenu we krwi nie jest zjawiskiem swoistym dla chorób układu krążenia.

## Doniesienie 4.

Autor po krytycznym rozważeniu mechanicznej teorii niewydolności układu krążenia, stwierdza, że 1. przerost serca nie zależy wyłącznie od wzmożonej pracy serca, oraz że 2. objawy zastoinowe nie zależą od wymiarów serca i objętości minimalnej. Z drugiej strony obecność w przypadkach niewydolności krążeniowej, zaburzeń ze strony: 1. podstawowej przemiany materji, 2. ilości krwi krążącej; 3. utleniania krwi, 4. równowagi kwasowo-zasadowej, 5. chloru we krwi, 6. składników mineralnych krwi, 7. przemiany węglowodanowej skłania go do przyjęcia poglądu, że t. zw. przewlekła niewydolność układu krążenia jest chorobą ogólnoustrojową, wywołaną nieznanym czynnikiem o nieznanym dotąd pochodzeniu, jest, jednym słowem, ogólnym zatruciem ustroju.

R o z p r a w y: Kol. G o e b e l (członek T-wa) zapytuje, czy oznaczano stosunek amoniaku do azotu. Można bowiem mieć pozorne zwiększenie ilości amoniaku, a w zestawieniu z azotem, okazuje się, że ilość azotu jest niezmniejszona.

Kol. F i d l e r A. wyjaśnia, że oznaczano tylko sam amoniak. Uwzględnienie zasobu zasad dawało możliwość uniknięcia błędnej interpretacji zmian ilości amoniaku.

6. Kol. G o l d m a n M. wygłosił odczyt p. t. „O ciepłocie podgorączkowej ze stanowiska kliniki” (streszczenie własne): w związku z rozwojem przymusowego lecznictwa ubezpieczeniowego zasięg termometrii pod względem liczebności pomiarów wzrósł niepomniernie w ostatnich latach, i tem samem styczność z t° podgorączkową stała się zjawiskiem bez porównania częstszym, niż dawniej. Omawianie spraw dotyczących t° podgorączkowej przez długi jeszcze czas nie wyczerpie tego tematu. Zaburzenia regulacji cieplnej w t° podgorączkowych mają główne źródło swe w zmianach ośrodkowych. Zasadniczym mechanizmem podniesienia t° jest zaburzenie gospodarki cieplnej, a nie wzmożenie procesów spalania. Określenie „t° podgorączkowa” ma być odpowiednikiem najłżejszego lub umiarkowanego stopnia zaburzenia regulacji cieplnej ustroju, które na skali ciepłomierza ujawnia się w postaci różnicy paru dziesiątych stopnia ponad zwykłą t° poszczególnego osobnika, a jako przyjęty próbiez ogólny, poziom jej nie przekracza wysokości 38° (mierzone pod pałą). Przy ustalaniu obecności t° podgorączkowej czynnik osobniczy wrodzony lub nabyty wysuwa się na czoło zagadnienia. Prelegent sądzi, że często spotykane określenie t° podgorączkowej mianem „stanu podgorączkowego” było dawniej wyrazem pewnego przecenienia istotnej wartości tego objawu w rozpoznaniu jednostek chorobowych i dlatego proponuje wyłączenie posługiwanie się terminem „t° podgorączkowa”, podkreślając w ten sposób, że chodzi tylko o jedyny objaw chorobowy. Doniosłość zagadnień termometrii, która kiedyś była najważniejszą metodą pomocniczą, utraciła wiele ze swego pierwotnego znaczenia. Prelegent, omawiając aktualne zagadnienia, dotyczące niektórych cierpień, starał się wykazać, że w żadnym z nich punkt ciężkości nie opiera się na t° podgorączkowej. T° podgorączkowa jest tylko jednym ogniwem w łańcuchu objawów ostrzegawczych, raczej należy go dzisiaj cenić, jako sygnał ostrzegawczo-alarmowy. Stwierdzenie t° podgorączkowej i ustalenie jej przyczyn jest często zadaniem b. trudnym do rozwiązania. Wymaga ono dokładnej znajomości kliniki z jej, tak już dzisiaj rozbudowanymi badaniami pomocniczymi.

(Praca niniejsza będzie umieszczona w jednym z najbliższych zeszytów Polsk. Archiwum Med. Wewn.).

W rozprawach zabierali głos kol: H i g i e r H., S t a n k i e w i c z R., R u d z k i S t., M i c h a l s k i Z. i M i s i e w i c z ó w n a J.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 23 minut 15.

Prezes: Witold O r ł o w s k i.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. K r u s z ó w n a.

### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 14 grudnia 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 13.1933). pokazywał H. B e r n h a r d t przypadek choroby Addisona i skrobiawicy. W przypadku tym, dotyczącym 60-letniego mężczy-

zny istnieje duże prawdopodobieństwo, że podłoże choroby Addisona stanowią zmiany skrobiowate nadnerczy. Obraz choroby Addisona jest bardzo typowy: osłabienie mięśniowe, zmiany barwnikowe, bardzo niskie ciśnienie krwi, ciężkie objawy dyspeptyczne z przetomami brzuszniemi, bardzo wysoka tolerancja cukru. Wywiady wykazują, że od roku 1929 — 1931 istniało schorzenie jamy brzusznej, przebiegające z początku z gorączką. Później wystąpiły objawy skrobiawicy, ostatnio zaś dopiero objawy choroby Addisona. Wyciąg nadnerczy Swingle-Pittnera (Lucortone) zmniejszył wprawdzie zmiany barwnikowe i poprawił osłabienie mięśniowe, lecz objawy dyspeptyczne utrzymują się nadal. W ostatnich dniach wystąpił stan przedmocznicowy.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Düsseldorfie z dnia 16 grudnia 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 13. 1933) mówił M a d l e n e r o *pooperacyjnej śpiączce wątrobowej po usunięciu przeszkody w drogach żółciowych*. Autor wskazuje przede wszystkim na to, że po operacyjnym usunięciu lub obejściu przeszkody w drogach żółciowych, która doprowadziła do żółtaczki zastoinowej, w okresie pooperacyjnym może wystąpić śpiączka, powszechnie określana jako śpiączka wątrobowa. Autor podkreśla, że również w tych stanach śpiączkowych odróżnić należy, jak w innych schorzeniach wątrobowych, pomiędzy prawdziwą śpiączką wątrobową, niedomogę wątrobowo-nerkową lub nerkową. Jak wykazał H o e s c h, różniczkowanie to jest możliwe na podstawie badania krwi (poszczególne wartości trakcji azotu pozabiałkowego). W powstawaniu zaburzeń czynności wątroby odgrywa rolę, jak wynika z własnych spostrzeżeń prelegenta, odbarczenie. Jeżeli za pomocą odpowiedniego uszeregowania doświadczeń przeprowadzać u psa odbarczenie bez uspiania i drugiego zabiegu, to już po tem samem można wykazać zaburzenia czynności wątroby. Przy usuwaniu przeszkody w uspieniu i wykonywaniu drugiego zabiegu przyłączają się do tego jeszcze zaburzenia czynności żółciotwórczej, wydalania barwników żółciowych. Dla stosunków u ludzi miarodajne są dwa momenty przyczynowe: 1) usunięcie zastój, 2) uspianie i zabieg. Jeżeli chodzi o leczenie, zastrzykiwania cukru gronowego i insuliny mogą zawieść. Wtedy wchodzi w rachubę poawanie kwasów. Prelegent przytacza spostrzeżenie, w którym wśródżylne zastrzyknięcie 1 cm.<sup>3</sup> rozcieńczonego kwasu solnego spowodowało błyskawiczne przebudzenie się ze śpiączki, poprawa utrzymała się na stałe.

Na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Niemieckich w Pradze z dnia 4 listopada 1932 r. (Klin. Wschr. Nr. 13, 1933) mówił P. N e u d a o *znaczeniu biologicznem i klinicznym biony płuzowej podniebienia miękkiego*. Przy obserwacji w normalnych i patologicznych warunkach podniebienia miękkiego udało się stwierdzić prelegentowi pewne zmiany w zabarwieniu i ukrwieniu, w zawartości tłuszczu i gruczołów, w stopniu pęcznienia i rysunku w rozmaitych schorzeniach. Tak więc w schorzeniach dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego podniebienie miękkie wykazało zabarwienie cytrynowo-żółte lub żółcisto-żółte, w razie współistnienia zaburzeń trzustkowych — odcień brązowy. Zmiany rozpoczynają się w kątach przyśrodkowych po obu stronach szwu i szerzą się w razie trwania cierpienia w kierunku ogonowym. Natężenie i rozległość zabarwienia odpowiadają czasowi trwania choroby. Dolegliwości, związane z nadkwaśnością silniejszego stopnia oraz wrzód dwunastnicy przebiegają z przekrwieniem i pozwalają dzięki temu na różniczkowanie z wrzodem żołądka oraz schorzeniami woreczka żółciowego. Grubo- i drobnopłamiste zaczerwienienia uchodzą za charakterystyczne dla przymiotu trzewiowego (nabytego i dziedzicznego). Zawartość tłuszczu okazuje się zwiększoną w kile, raku, moczołwc cukrowej, dusznicy bolesnej i t. d., zmniejszoną zaś w gruźlicy, ziarnicy złośliwej, chorobie Recklinghausera i t. d. Szczególną pozycję zajmuje gruźlica prosówkowa, w której zawartość tłuszczu nie jest zmniejszona, jak w innych postaciach gruźlicy, lecz zwiększona. W 50 przypadkach z rozmaitem rozpoznaniem badania kliniczne zostały uzupełnione histologicznymi.

## Krytyka lekarska

**Projekt Kodeksu Deontologicznego, opracowany przez Izbę Lekarską Warszawsko - Białostocką.**

A więc nowy projekt kodeksu deontologicznego dla lekarzy. Tym razem Izby Lekarskiej Warszawsko -

Białostockiej. Czy będzie to ostatnia próba w tym kierunku?

Zwolennicy specjalnej deontologii lekarskiej twierdzą, że bez niej zawód lekarski istnieć nie może, że

świat lekarski ma własne interesy, które winny być bezwzględnie ujęte w odpowiedni kodeks. Kiedy w ubiegłym roku omawiałem na tem miejscu projekt deontologii Naczelnej Izby Lekarskiej, wyraziłem zdanie, że tworzenie specjalnego kodeksu dla lekarzy jest, zdaniem mojem, zbędne, nieumotywowane ani potrzebami życiowymi, ani nowoczesnymi poglądami na etykę lekarską.

Dziś nie chciałbym wracać do tego zasadniczego zagadnienia. Jeżeli zawód nasz istotnie wymaga dla siebie specjalnego kodeksu, to treść jego winna być uzasadniona i istotnie odpowiadać wymaganiom życia.

Przyjrzyjmy się zbliska projektowi Izby Warszawsko - Białostockiej *sine ira et studio*.

Pominę część ogólną, która prócz filozoficznej introdukcji nie zawiera nic zasadniczego, i przejdę od razu do części szczegółowej.

Z a s a d a 3 głosi:

„Najwyższym nakazem moralnym dla lekarza w wykonywaniu zawodu lekarskiego jest *d o b r o c h o r e g o i z d r o w i e p u b l i c z n e*“.

Czy nie jest to frazes, który nic nie mówi i może być bez szkody dla kodeksu zupełnie pominięty, tembardziej, że redakcja jego pozostawia dużo do życzenia? Przecież postulat, zawarty w tej zasadzie, jest bynajmniej nie najwyższym nakazem moralnym, lecz zwykłym obowiązkiem każdego lekarza. Czemu wspomina się o „*d o b r u*“ chorego i *z d r o w i u p u b l i c z n e m*“ a nie odwrotnie?

Z a s a d a 4, przypominająca lekarzowi o jego obowiązku wykonywaniu zawodu „zgodnie z wymaganiami wiedzy i sumienia“ jest również tylko frazesem zupełnie zbytecznym w rzeczowym kodeksie.

Z a s a d a 5, przypominająca lekarzowi, że leczenie bez uprzedniego badania jest niedopuszczalne, kompromituje tylko lekarzy w opinii publicznej.

Jeszcze więcej kompromituje nas następna zasada, która zabrania „bez potrzeby narzucania swych usług choremu“. Lekarz, który będzie chciał wyzyskać swego chorego, zawsze znajdzie dla siebie obronę w zasadzie 3, która wymaga od niego, aby dbał o „*d o b r o c h o r e g o*“.

Z a s a d a 7, nakazująca lekarzowi zawiadomić o niebezpieczeństwie, zagrażającym życiu chorego „ogłędnie“, jest niefortunnie zredagowana i zbyteczna, gdyż zupełnie nie wyjaśnia, na czem ma polegać ta ogłędność? Jeżeli lekarz zawiadomi chorego tak, że ukryje przed nim prawdę, zawiadomienie jego będzie zbyteczne, jeżeli zaś powie prawdę, to postąpi nieogłędnie. Zasada ta nic więc lekarzowi nie wyjaśnia.

Z a s a d a 8, nakazująca w „wątpliwych i groźnych przypadkach“ zapropionowanie narady, jest nietylko zbyteczna, lecz nawet niebezpieczna. Ileż to razy zdarza się, że lekarz, wezwany do nagłego wypadku, nie stwierdza nic groźnego, a chory wkrótce potem umiera. Publiczność, opierając się na tej zasadzie deontologicznej, będzie miała zupełnie uzasadnione prawo wytoczenia lekarzowi procesu za zlekceważenie życia chorego. Obrona będzie bardzo trudna, gdyż śmierć będzie najwymowniejszym argumentem na niekorzyść oskarżonego lekarza.

Z a s a d a 9, nie wnosi nic istotnego i kodeks nic nie straci bez jej obecności.

\*) Dlatego, że ma się na myśli nietylko zdrowie chorego, ale i inne dotyczące go okoliczności; np. tajemnicę, ochronę przed wyzyskiem i t. d. (Redakcja).

Z a s a d a 10, wymieniająca okoliczności, kiedy lekarz może zrzec się dalszego leczenia chorego, pamiętając o wszystkim, nawet o takiej, dla wszystkich jasnej okoliczności, jak choroba samego lekarza, zapomina zupełnie o najistotniejszej rzeczy — o niewypłacalności chorego. I znowu publiczność, opierając się na tej zasadzie, może zaskarżyć lekarza, że przerwał leczenie tylko dlatego, że nie otrzymał honorarium.

O tem samym zupełnie zapomniiała również Z a s a d a 11. Czyżby, rzeczywiście, autorzy, układający kodeks, nie wiedzieli o tem, że lekarz z samych komunałów etycznych nie może utrzymać się?

Bardzo niefortunnie zredagowana jest Z a s a d a 12, omawiająca tajemnicę lekarską. Rada, aby lekarz w wątpliwych przypadkach zwracał się do właściwej Izby Lekarskiej (?) lub ewentualnie zasięgnął opinii doświadczonego (?) lekarza, musi wywołać zdumienie w każdym myślącym lekarzu. Kto w Izbach lekarskich będzie uprawomocniony do wydawania opinii? Trudno przypuścić, aby tam byli akredytowani rzeczoznawcy! Kogo z lekarzy należy uważać za doświadczonego? Pomimo woli nasuwa się pytanie, w jakim celu projektodawcy zmienili redakcję tej zasady w „Ustawie o wykonywaniu praktyki lekarskiej“, która tę samą tajemnicę lekarską omawia dokładniej, i której tekst jest dla ogółu lekarzy obowiązujący?

W drugim rozdziale, omawiającym wzajemne stosunki między lekarzami, znajdujemy również wiele przepisów niejasnych, zbytecznych i nieuzasadnionych.

Weźmy dla przykładu Z a s a d y 16 i 17, zabraniające lekarzom jednoczesnego leczenia chorych. Czy zasada ta jest życiowa?

Żaden chory nie przyzna się, że leczy się jednocześnie u kilku lekarzy, a zmiana lekarza przecież jest jego prawem, lekarzowi zaś, dbającemu „o dobro chorego“, nie wolno przecież narzucać choremu obowiązku leczenia się u lekarza, do którego chory niema zaufania.

Z a s a d a 20, zabraniająca lekarzowi wprowadzania zmian bez potrzeby do ordynacji swego poprzednika, jest zupełnie niezyciowa i niesłuszna. Przedewszystkiem lekarz zawsze może tłumaczyć się tem, że uważał sposób leczenia swego poprzednika za niewłaściwy, po drugie, zmiana terapii, nawet bez uzasadnienia klinicznego, nieraz staje się koniecznością ze względu na psychikę chorego, z którą lekarz obowiązany jest liczyć się.

Cały szereg zasad, dotyczących konsultacji, może być z powodzeniem ujęte w przejściowych przepisach, wydanych przez Izbę Lekarską, bez szumnych tytułów deontologicznych, tembardziej, że w przypadkach spornych projekt Izby W. - B. nie daje żadnych realnych wyjaśnień. Naprzykład, z a s a d a 24, nakazująca w razie niedojścia do zgodnej opinii między konsultantami „o g ł ę d n e zawiadomienie chorego lub jego otoczenia o odmiennych swych zapatrywaniach“ nie mówi nic. Ciekaw jestem bardzo, jak postąpiliby dwaj konsultanci, gdyby jeden stwierdził u chorego kamienie żółciowe, a drugi rozpoznałby nowotwór woreczka żółciowego? Jaką opinię winni byłiby wydać ci lekarze, chcąc stosownie do zasady wypowiedzieć ogłędnie swe odmienne zdania?

To samo stosowanie ogłędności, ale już w najwyższym stopniu („*jaknajogłędniej*“) zaleca Z a s a d a 25, kiedy jeden z konsultantów ma wypowiedzieć swą opinię o drugim, z jakichkolwiek bądź przyczyn nie przybyłym na naradę.

To zbyt częste zalecanie oględności w kodeksie czyni go wogóle problematycznym i wymaga bezwzględnie specjalnych instrukcyj ze strony Izb lekarskich, jak należy w każdym poszczególnym przypadku rozumieć to zalecenie.

Tych kilka przykładów, które przytoczyłem dla ilustracji, czy istotnie specjalny kodeks deontologiczny dla lekarzy jest konieczny, zdaniem moim, wystarczy w zupełności, aby zastanowić się nad tem zagadnieniem zasadniczo.

Są lekarze, którzy, zgadzając się z poglądem, że kodeks lekarski, nie może być doskonały, uważają jednak, że są pewne zasady, które muszą być ujęte w odpowiednią formę kodeksową, i że lepiej mieć niedoskonały kodeks, niż wcale go nie posiadać.

Takie stanowisko należy uważać za błędne, a nawet niebezpieczne. Brak kodeksu normują życie i uświęcone zwyczaje zawodowe. Nieumiejętnie ułożony kodeks natomiast musi spowodować cały szereg nieporozumień, które w wielu wypadkach, jak wykazałem na przykładach, mogą dla świata lekarskiego mieć smutne konsekwencje.

Kodeks Izby W.-B. nie może służyć za podstawę do wyrokowania w sprawach lekarskich. Jest on pełen nieścisłości i skonstruowany tak, że każde przewinienie może znaleźć w nim łatwą obronę na podstawie jego własnych zasad.

Jak dalece projektodawcy nie orjentowali się w jego niebezpieczeństwie, za najlepszy dowód może służyć *Zasada 39*, która w sprawach etyki zabrania „odwoływania się od decyzji Izb lekarskich do innych czynników”. Czy nie jest to dowodem zbyt wiel-

kiego zaufania do siebie Izb Lekarskich? Przecież Sądy Izbowe są sądami dyscyplinarnymi, uprawnionymi nawet do zawieszania lekarzy w czynnościach. Czy istotnie można mieć do nich aż tyle bezgranicznego zaufania, żeby móc się zrzec samoobrony? Nie jest chyba tajemnicą, że nasze Sądy są dyletanckie. Czy można im zgóry zaufać, że, opierając się na niedoskonałym kodeksie, wydadzą one wyroki istotnie nieomyłne?

Czy już ta jedyna zasada 39 nie wystarcza, aby ostrzec świat lekarski przed dobrodziejstwem owego kodeksu?

Nie jestem bynajmniej nihilistą, abym odrzucał potrzebę jakichkolwiek norm prawnych w stosunkach lekarskich. Nie mam również zbyt wiele zaufania do lekarzy, aby wierzyć, że samo sumienie wyprowadzi ich za każdym razem z labiryntu zagadnień etycznych naszego zawodu. Jednak nie uważam za celowe ujmowanie obowiązków lekarzy w postaci kodeksu etycznego, tworzonego przez samych lekarzy dla siebie samych. Ta droga sprawy nie rozwiąże.

Tylko kodeks, oparty na etyce ogólnej, uwzględniający w jednakowej mierze interesy wszystkich warstw społecznych, którym zależy na unormowaniu pomocy lekarskiej, może stanąć na wysokości swego zadania i być wyrazicielem istotnego *z d r o w i a c h o r e g o i d o b r a p u b l i c z n e g o*\*

Leon Zamenhof (Warszawa).

\*) Drukując w imię bezstronności uwagi powyższe, Redakcja zaznacza, że większości zarzutów autora nie podziela, czemu dała częściowy wyraz w odsyłaczu do krytyki *Zasady 3*.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Polskiego Instytutu Badania Zagadnień Ludnościowych.

### Badania nad rozrodczością w Polsce.

Podał,

M. KACPRZAK (Warszawa).

Część II. Ankieta wśród lekarzy\*).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 19).

II. Dążenie do ograniczenia potomstwa motywują odpowiadający na pytania w sposób bardzo różnorodny, zasadniczo jednak większość wyszczególnionych powodów możnaby podzielić na trzy główne grupy: w jednej — największej — przeważają względy materialne (trudności mieszkaniowe, niskie zarobki i t. d.), obawa kłopotów i wydatków, chęć wygodnego życia, w drugiej — również dość licznej — troska o należyte wychowanie potomstwa, trzecią grupę stanowią względy natury zdrowotnej, a przede wszystkim obawa o zdrowie żony ze strony męża lub jej samej. Pozostaje jeszcze szereg odpowiedzi różnorodnych, które do żadnej z trzech powyższych grup nie mogą być włączone.

1. Na czoło wszystkich przeszkód wysuwają się trudności materialne, przyczem niekiedy brak jest wyraźnie środków do utrzymania liczniejszej rodziny, często — najczęściej — jest to obawa o nowe wydatki, unikanie kłopotów materialnych, związanych z wychowaniem dziecka,

\*) Część I. patrz Kwartalnik Statystyczny rok 1933, zeszyt I.

kształceniem i t. d. Oto szereg przykładów: „Zarobki moje, mimo, że mam posadę, ledwo starczą na utrzymanie 3-osobowej rodziny, drugiego zaś dziecka w obecnych warunkach wychowywać nie bylibyśmy w stanie” (240). „Ograniczenie się do jednego dziecka zostało spowodowane okresem wojennym, zniszczeniem dobytku podczas wojny przez pożar, a po wojnie niemożnością dostania mieszkania przez parę lat i zdobyciem takowego za tak horrendalne odstępne (1800 dol.), które do dziś dnia ciąży na budżecie w postaci spłacania weksli” (257). „Ze względu na obecny stan krytyczny finansowy uważam, że zupełnie wystarczy jedno dziecko. Nie wykluczone, że pozwolimy sobie jeszcze na jedno dziecko, o ile warunki się poprawią” (48). „Zapobieganie stosowano głównie przez wzgląd na ciężkie czasy; poronienia były w okresie wojny i inwazji bolszewików” (176). „Żonie mojej dokonano skrobanki; powodem tego były nienadzwyczajne moje stosunki finansowe ówczesne, przytem mieliśmy dwupokojowe mieszkanie. Jeżeli chodzi o liczbę dzieci, to żona i ja życzyliśmy sobie mieć drugie dziecko ze względu na postulaty wychowawcze, natomiast większa liczba dzieci jest przez nas niepożądana, bo nawet przy stosunkowo dobrem obecnym moim uposażeniu, nie starczyłoby nam na dalsze kształcenie większej liczby dzieci” (64).

Bardzo często powtarza się uwaga, że lata wojny, związane z nią katastrofy, różnorodne przejścia, niepewność jutra, bieda, dłuższa nieobec-

ność męża w domu wpływały bardzo wybitnie na ograniczenie potomstwa. Te kategorię przeszkód umieszczamy również w grupie czynników natury materialnej, gdyż, aczkolwiek przeszkody finansowe nie były tu jedyne, były jednak dominujące.

Wśród trudności materialnych wyróżniane jest specjalnie mieszkanie. Brak odpowiedniego mieszkania jest dość często wskazywany w formularzu jako utrudniający zwiększenie rodziny, albo uniemożliwiający posiadanie wogóle dziecka. Najpierw kilka indywidualnych oświadczeń: „Dążność do ograniczenia potomstwa wynika z ciężkich warunków materialnych, mieszkaniowych: pomimo 7 pokoiów z kuchnią, jako pokoje mieszkalne wchodzi w rachubę jedynie sypialnia, ponieważ 3 pokoje służą do celów lekarskich, jako gabinet, poczekalnia i pracownia, pozostałe 3 są zajęte przez matkę żony, sublokatora oraz służącą; pozostaje jedynie niewielka sypialnia i wspólny pokój stołowy“ (8). „Przyczyną częstych sztucznych poronień były nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, a mianowicie, brak odpowiedniego pokoju dla dzieci i pewna trudność zmiany tych warunków“ (27). „Dziecko urodziło się dopiero po 10 latach małżeństwa z powodów następujących: 1) stała wędrownka ze względu na służbę wojskową do r. 1924; 2) brak stałego mieszkania; 3) słabe zdrowie żony“ (58). Wzmianka o mieszkaniu spotyka się szczególnie często w związku z latami wojny.

Na sprawę mieszkaniową zwróciliśmy baczniejszą uwagę ze względu na przypuszczalnie dużą jej rolę. Dlatego w formularzu umieściliśmy specjalne pytanie, dotyczące mieszkania. Ażeby te stronę zagadnienia możliwie dokładnie wyświetlić, opracowano to pytanie całkowicie z uwzględnieniem liczby pokoiów (raczej izb, gdyż i kuchnia jest tu wliczona) i liczby osób zamieszkujących je. Oto zsumowane wyniki tych obliczeń (Tabl. I).

Tablica I.  
Stan mieszkaniowy lekarzy.

	2 osoby	3 osoby	4 osoby	5 osób	6 osób	7 osób	8 osób	9 osób	Razem
1—izbowe	3								3
2—		1							1
3—	5	5	3	3	1	1			18
4—	1	10	15	15	4	4			49
5—	2	7	17	19	10	—	3		58
6—	2	5	14	22	10	7	2		62
7—	2	1	15	11	13	8	—		50
8—		5	2	4	2	5	1	1	20
9—					1	1		1	4
10—							1		1
11—		1							1
Razem	15	35	66	74	41	26	8	2	267

Trudno z tej tablicy wyprowadzić konkretne wnioski, gdyż materiał dotyczy tak samo lekarzy zamieszkujących duże miasta, jak i małe miasteczka, gdzie mieszkania są naogół większe, gdzie wszystko opiera się na wolnej praktyce, wymagającej odpowiedniego lokalu. Dwa punkty jednak rzucają dużo światła na tę sprawę. Lekarz praktykujący musi mieć dla celów zawodowych

przynajmniej dwa pokoje, poza tem powinien mieć, jako *minimum*, 2 pokoje z kuchnią dla rodziny, a więc, wychodząc z tych najskromniejszych obliczeń, należałoby za niedopuszczalne uważać mieszkanie poniżej 5 izb, a takich mieszkań jest 26,6%, zaledwie połowa lekarzy ma powyżej pięciu izb. Pewien odsetek lekarzy nie zajmuje się praktyką prywatną i to może jest wytłumaczeniem tak znacznej liczby mieszkań małych. Znacznie gorzej przedstawia się sprawa z punktu widzenia gęstości zaludnienia w mieszkaniach: na osobę przypada 1,16 izby, co daje najlepszy obraz sprawy mieszkaniowej w świecie lekarskim. Jasną jest rzeczą wobec tego, że pokoje do celów lekarskich są używane do potrzeb mieszkalnych.

W grupie przeszkód natury materialnej wyodrębniliśmy pracę zawodową kobiety. Pogląd, że praca ta koliduje z obowiązkami matki i wychowawczyni, gdyż wobec zajęć matki dziecko nie mogłoby mieć należytej opieki, dlatego lepiej, żeby go nie było, jest wypowiedziany parokrotnie. Przykłady: „Praca zarobkowa żony jest również przeszkodą, chwilowo nieusuwalną, z powodu kiepskich zarobków męża. Stan zdrowia żony, ciężko pracującej pozostawia bardzo wiele do życzenia. W obecnych warunkach zarówno ciąży, jak i poród byłyby katastrofą bez żadnej przesady“ (27). „Praca zawodowa kobiety znacznie koliduje z obowiązkami matki i może stać się przyczyną ograniczenia ilości potomstwa“ (195 — kobieta lekarza, matka jednego dziecka).

Pośrednio, przede wszystkim z obliczeń rozrodzości w rodzinach, w których kobieta pracuje zawodowo, i dla porównania w tych, w których zajmuje się tylko domem, można wyprowadzić dość konkretne wnioski co do wpływu pracy zawodowej kobiet na wielkość rodziny, co w odpowiednim miejscu będzie omówione. Rozumie się samo przez się, że praca zarobkowa kobiety może wpływać ujemnie na rozrodzość, co należy mieć na względzie przy wyprowadzaniu ostatecznych wniosków, nie tylko ze względów materialnych.

2. Na drugim miejscu wśród przyczyn, hamujących rozrodzość, należy postawić trudność odpowiedniego wychowania dzieci, co wiąże się z warunkami materialnymi i troską o losy przyszłego pokolenia, które, nawet odpowiednio przygotowane, może napotkać warunki bardzo niepomysłne, tem bardziej, że walka o byt może przybrać ostrzejsze formy, niż obecnie. Argumenty z tej dziedziny spotykamy w wielu bardzo formularzach wypowiedziane w sposób mniej lub bardziej kategoryczny. Przykład: „Konieczność dzieci uznaliśmy oboje. Poprzedzamy narazie na trojgu, ze względu na zbyt trudne warunki (odpowiednie mieszkanie, obsługa, dogład, w przyszłości kształcenie)“ (173). „Nie życzo sobie więcej niż dwoje dzieci z powodu trudnych warunków bytu i z powodu chęci lepszego wychowania tych dzieci, które już żyły“ (73). „Troska o dobro przyszłego pokolenia, obawa przed trudnościami w wyżywieniu i wychowaniu liczniejszego potomstwa skłoniły nas do ograniczenia liczby dzieci“ (174). „Główną przyczyną uchwiania się od dalszych ciąży są dość trudne stosunki materialne w chwili obecnej, jak również niebardzo pomyślne horoskopy dla po-

tomstwa co do późniejszego stanowiska w życiu“ (259). „Z powodu trudności finansowych i złych warunków zdobycia stanowiska, specjalnie dla żydów, nie życze sobie więcej potomstwa, gdyż obawiam się, iż beda niezaopatrzeni“ (153 — 3 dzieci, z czego 2 bliźniąt).

Natomiast względu czysto eugeniczne wymieniane są bardzo rzadko, jak np. „przyczyna zapobiegania ciąży — otwarta gruźlica męża, choroby umysłowe w rodzinie żony (melancholia, obłęd alkoholowy)“ (126 — małżeństwo bezdzietne). W kilku kwestionariuszach spotyka się uwagi ogólne w rodzaju: „Na potomstwo mogą sobie pozwolić tylko ludzie zupełnie zdrowi pod względem fizycznym i psychicznym“ lub „największą plagą ludzkości jest wydawanie na świat chorego, a więc niezdolnego do pracy pokolenia“, ale nie można wywnioskować, w jakim stosunku są te uwagi do własnego potomstwa.

3. Trzecie miejsce zajmują przeszkody, związane z porodem, obawa ciężko przechodzącej ciąży, różne schorzenia żony. Jest to jeden z częściej spotykanych motywów w najrozmaitszych postaciach. Przykłady: „Stosowano środki zapobiegawcze na skutek zalecenia ginekologów, wskutek krwotoków poporodowych i przebytej poprzednio ciężkiej choroby“ (238). „Cięża przeciwwskazana z powodu choroby płucnej żony“ (94). „Przy pierwszym porodzie żona bardzo ciężko chorowała na zapalenie miedniczek“ (226). „Cięża grożąca eclampsją, poród ciężki (wysokie kleszcze), niewne jutro — oto przyczyny, które wpłynęły prawdopodobnie na to, że zostaniemy przy jednym dziecku“ (50).

Należy podkreślić, iż bardzo rzadko te choroby mogą być traktowane jako przeciwwskazania lekarskie do zaiscia w ciąży. rzadko są to choroby wyraźne, będące w związku z okresem połogowym, najczęściej zaś spotyka się motyw bardzo ogólnikowe, jak „ciężkie znoszenie ciąży“, „wątłe zdrowie żony“, „zmeczenie matki odchowywaniem dzieci już istniejących“ i t. d. Niekiedy wiąże się to z całym szeregiem innych przyczyn, jak złe warunki materialne, sprawa mieszkaniowa i t. d. Przykład: „Nie chcę mieć więcej dzieci ze względu na wątłe zdrowie żony, na ciężkie warunki materialne i trudności wychowania i wykształcenia większej liczby dzieci, które zresztą nie mają widoków zapewnienia sobie znośnej egzystencji. Nie pójdę za przykładem mego ojca, który spłodził 17 dzieci, na to, aby z nich utrzymało się przy życiu 3. Jest to marnowanie sił kobiecych, niepotrzebne wydatki na lekarzy, akuszerki, grabarzy, księży i t. d.“ (71 — mają dwoje dzieci).

W kilku kwestionariuszach jest wyraźnie zaznaczone, w wielu innych można przypuszczać, że ta obawa cierpień, związanych z ciążą i porodem, pochodzi od żony lub jej najbliższej rodziny, jak np. „Mąż chciałby mieć więcej dzieci, żona nie, obawiając się bólów, związanych z porodem, oraz ze względu na uporczywe wymioty ciężarnych, które komplikowały pierwszą ciążę“ (185).

Różne czynniki wpływają na to, że żona więcej pragnie ograniczenia potomstwa, niż mąż, i dlatego podobnych oświadczeń, że mąż chciałby mieć dwoje lub więcej dzieci, żona nie, spotykamy więcej. W grę tu wchodzi przede wszystkim zdrowie żony, a następnie kłopoty, związane z wychowaniem dzieci, co obarcza głównie matkę. Oto przykład: „Sztuczne poronienia były wykonywane dlatego, że żona bardzo była wyczerpana odchowywaniem dzieci w pierwszym roku po urodzeniu, a obecnie nie może znaleźć odpowiedniej pielęgniarki, której można było dziecko z zaufaniem pozostawić i tem samym wyręczyć się w opiece nad niemowlęciem. Poza tem ciąży wywoływały zawsze poważne zaburzenia w stanie zdrowia żony i ją wyczerpywały“ (227).

Pozostają odpowiedzi, które trudno umieścić w którejkolwiek z wyżej wymienionych grup. Najciekawsze z nich podaje. Oto rodzina, składająca się z męża i żony lekarzy, żonaci już od lat 8-u, bezdzietni, stosują środki zapobiegawcze (dokonano raz skrobanki), nie zamierzają mieć dzieci. Początkowo były jakoby względy natury materialnej, następnie wystąpiły inne, o których tak mówi ankieta: „Pozatem ze strony żony sprzeciw, wynikający jakoby z przeświadczenia niezdolności do spełnienia roli matki pod wszelkimi względami; trochę może, mojem zdaniem, było w tem kompleksu psychotycznego: matka żony zmarła wkrótce po urodzeniu córki. Z mojej strony przymusu do pozostania matką również ze względu na niedostateczne środki materialne być mowy nie mogło. Ale obecnie mogę stwierdzić, że pomimo wszystko w tem tkwi pewien brak odwagi życiowej, no i poczucia dumy z macierzyństwa“ (62). W innym przypadku czytamy: „Po urodzeniu drugiego chłopca, wobec tragicznych komplikacji w rodzinie, nieprzerwanego szeregu śmierci wśród najbliższych osób żony, zwłaszcza po śmierci synka, żona nie chciała mieć dzieci, uważając w swoim przeczułeniu, że dziecko nowe jest uchybieniem pamięci zmarłego“ (7).

Na specjalne wyróżnienie zasługują przypadki wyraźnej niechęci do posiadania dzieci, jak na niewielką grupę dwustu kilkudziesięciu małżeństw — dość liczne. Przykłady: „Jesteśmy zasadniczymi przeciwnikami rodziny i bardzo zadowoleni z tego, że nie mamy potomstwa“ (231). Odpowiedź dotyczy małżeństwa, trwającego w związku już od lat 31. „U żony brak wyraźnego uczucia macierzyństwa i niechęć, by mieć potomstwo“ (205). „Mimo stosunkowo dobrych warunków materialnych bezdzietność tłumaczy się wrodzonym wstrętem do dzieci. Pochodzimy z t. zw. rodzin licznych (rodz. męża 6, żony 7). gdzie narażeni byliśmy na niewne niewygody, co skłoniło nas do urządzenia sobie życia według własnych poglądów“ (38 — oboje ludzie młodzi, żyją jako małżeństwo dopiero od 2-ich lat). „Dzieci — w czasach, gdy ludzie widzą tabliczkę „Skoda“ nie wiedzą, że przeszli obok reklam międzynarodowej fabryki broni — dzieci dla armat? O, nie Panowie!“ (56 — prof. uniwers., żonaci od lat 20) (Dok. nast.)

## Wiadomości bieżące

## Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	26/III-1/IV	2/IV-8/IV	9/IV-15/IV	16/IV-22/IV
Dżuma . . . . .	0	0	0	0
Ospa . . . . .	0	0	0	0
Cholera . . . . .	0	0	0	0
Dur brzuszny . . . . .	168 (14)*	198 (14)	148 (19)	119 (8)
Dur rzekomy . . . . .	2 (0)	0	0	0
Dur osutkowy . . . . .	87 (4)	92 (8)	87 (6)	73 (9)
Dur powrotny . . . . .	0	0	0	0
Czerwonka . . . . .	5 (0)	2 (0)	1 (0)	0
Płonica . . . . .	272 (7)	257 (5)	253 (6)	243 (9)
Błonica . . . . .	321 (22)	306 (20)	231 (10)	244 (15)
Zapal. op. mózg. . . . .	15 (3)	10 (2)	8 (3)	11 (0)
Odra . . . . .	857 (7)	654 (6)	405 (4)	487 (8)
Róża . . . . .	67 (7)	80 (9)	65 (5)	58 (7)
Krztusiec . . . . .	99 (6)	134 (6)	96 (3)	81 (5)
Malaria . . . . .	2 (0)	2 (0)	1 (0)	2 (0)
Posoczn. polog. . . . .	25 (6)	27 (14)	29 (10)	18 (4)
Trąd . . . . .	0	0	0	0
Jaglica . . . . .	310 (0)	331 (0)	275 (0)	190 (0)
Wąglik . . . . .	0	0	2 (0)	1 (1)
Nosacizna . . . . .	0	0	0	0
Włośnica . . . . .	1 (0)	0	0	1 (0)
Wścieklizna . . . . .	0 (1)	0	0 (2)	0
Zatr. jąd. kiełb. . . . .	0	0	0	0
Chor. Heine-Medina . . . . .	3 (0)	3 (0)	0	0
Twardziel . . . . .	0	1 (0)	1 (0)	0
Inne choroby zakaźne	89 (7)	138 (1)	59 (2)	34 (5)

\*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Ministerstwo Opieki Społecznej do Pana Wojewody (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. W ciągu ostatnich lat wobec trudności finansowych związki samorządowe przeprowadzają takiego rodzaju oszczędności, które szczególnie ujemnie odbijają się na zdrowiu publicznym; w budżetach samorządowych są wybitnie zmniejszane, a często całkowicie skreślane sumy na utrzymanie przychodni zapobiegawczych, lub zapomogi dla towarzystw prowadzących akcję zdrowotną, jak np. T-wa Przeciwgruźlicze. Z drugiej strony organizacje społeczne nie są w stanie bez wydatnej pomocy samorządów prowadzić akcji społeczno-higienicznej i zwracają się z odpowiednimi wnioskami do Ministerstwa Opieki Społecznej. Dowodem tego jest apel zgłoszony na ostatnim Walnym Zjeździe Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w dn. 4.XII 1932 r. Apel ten wskazywał dwie drogi pomocy tego rodzaju instytucjom ze strony samorządów: 1) uwzględnienie w budżetach samorządowych odpowiednich dotacji na cele zdrowotne, oraz 2) udział samorządów w charakterze członków w towarzystwach o celach specjalnych, jak Towarzystwa Przeciwgruźlicze. Wobec powyższego w porozumieniu z Panem Ministrem Spraw Wewnętrznych proszę Pana Wojewodę, aby z tytułu nadzoru nad finansami samorządów zalecił uwzględnianie w budżetach samorządowych w granicach równowagi budżetowej wydatków na akcję zdrowotną w takiej mierze, aby pozwoliły na wykonywanie ich bezpośrednich obowiązków w tej dziedzinie oraz na utrzymanie już istniejących instytucji na odpowiednim poziomie.

Minister (—) Dr. St. Hubicki.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu następujących nagród i zapomóg konkursowych: a) z funduszu im.

m a ł ż. S i e r a g o w s k i c h, następującym osobom: 1. D-rowsi A. Fidlerowi, 2. Doc. Fr. Goebelowi, 3. Doc. J. Zweibaumowi, 4. D-rom Millerowi i Konorskiemu, za całokształt prac z dziedziny biologji i medycyny doświadczalnej. b) z funduszu im. Dra Feliksa Sommera: 1. D-rowsi J. R. Węgierce — za pracę p. t.: „Badania nad wydzielaniem żółci wątrobowej”. 2. Doc. L. Karwackiemu — za pracę p. t.: „Prątek gruźliczy jako postać rozwojowa grzybka”.

Sekretarz Stały (—) Prof. Dr. med. A. Leśniowski.

— D. 23.IV.r.b. odbyło się doroczne sprawozdawcze posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, na którym pomiędzy innymi przyjęto 2 następujące rezolucje: 1. Wniosek Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej. Wezwanie do współpracy w organizowaniu przeciwlotniczo-gazowej obrony leczniczej. Naczelna Izba Lekarska jako przedstawicielka stanu lekarskiego Rzeczypospolitej Polskiej powołana ustawowo do współdziałania z władzami państwowymi w sprawach zdrowia publicznego wzywa lekarzy polskich do czynnej współpracy w organizowaniu przeciwlotniczo-gazowej obrony leczniczej. Wszyscy lekarze polscy winni obowiązkowo zaznajomić się dokładnie ze specjalnymi zadaniami lecznictwa w tej dziedzinie na kursach informacyjnych i instrukcyjnych i dopomóc do zorganizowania instytucji, któreby mogły pełnić rolę pomocy dla chorych — ofiar napaści gazowo-lotniczej. Naczelna Izba Lekarska nie wątpi, że ogół członków Izb Lekarskich godnie podtrzyma tradycje ofiarności społecznej i narodowej wobec sprawy obrony Państwa”.

2. Wniosek Gener. Dr. Jana Kollątaja-Szrednickiego. Samowystarczalność, szczególnie w dzisiejszej dobie ogólnego kryzysu, jest zagadnieniem pierwszorzędem i sprawie tej poświęca się dużo uwagi. Nie bez wpływu bowiem na bilans handlowy, przemysł, rolnictwo i konsumpcję jest sprawa wydatkowania sum na zakupy zagraniczne jak i sprawa zatrudnienia bezrobotnych. Wojskowa służba zdrowia od pierwszych dni wskrzeszenia Państwa czyniła i czyni wysiłki i starania, mające za zadanie rozwój i popieranie przemysłu krajowego. Lecz wyników dodatnich w takim stopniu, w jakim by należało oczekiwać, nie mamy. Dzieje się to skutkiem tego, że w pojęciu szerokich mas społeczeństwa polskiego pokutuje dotychczas mniemanie o wyższości wszystkiego co zagraniczne. Obserwuje się to w szczególności w odniesieniu do środków leczniczych. Tymczasem, jeżeli chodzi o jakość wyrobów krajowych, to nie ustępują one wyrobom zagranicznym, a w niektórych wypadkach je przewyższają. Dzieje się to jeszcze dlatego, że przemysł zagraniczny rzuca olbrzymie kwoty na propagandę i formalnie zarzuca lekarzy reklamą i próbkami, a na co młody przemysł polski pozwolić sobie w tym stopniu nie może. Rozpatrzmy pobieżnie co już się produkuje w kraju: 1. W dziale leków: a) preparaty salicylowe; aspiryna, motopirina, phenina, salicylan metylowy i t. p. b) preparaty srebrowe; Corgol (Collargol), Prorgol (Protargol), Argentum nitricum crist., Argentum proteinicum i t. d. c) eter zwykły i do narkozy, chlorek etylu, chloroform zwykły i do narkozy, d) preparaty żelaza, e) hydrogenium hyperoxydatum 30%, formalina, jothion, mentholum valerianicum (validol), polocaina (novocaina), salvarsan, phosphit, phytional (phytina), vaselina, terpentyna i wiele innych, oraz cały szereg t. zw. specyfików, zastępujących zagraniczne wyroby. 2. W dziale narzędzi chirurgicznych i lekarskich: Strzykawki systemu „Recorda”, narzędzia amputacyjno-rezekcyjne (noże, nożyczki, szczypczyki, kleszcze, dłuta i t. p.), narzędzia położniczo-ginekologiczne, częściowo narzędzia uszno-gardlane i t. d.

3. W dziale opatrunkowym jesteśmy już samowystarczalni. (Wata lniana, gaza lniana, lignina, ceratka, agrałki i t. d.). Jak widać z przytoczonych danych, w wielu wypadkach możemy się obejść zupełnie bez artykułów pochodzenia zagranicznego. Zwiększenie produkcji w kraju zależne jest od popierania przez nas artykułów krajowych. Dla rozwoju przemysłu chemiczno-farmaceutycznego jest też rzeczą niezmiernie ważną ograniczenie przepisywania specyfików, stanowiących bardzo często zwykłe mieszanki (cystosan, varicol, rectosan, pastylki belgijskie, reductosan i t. p.), przez co skieruje się nasz przemysł na drogę syntezy i da możliwość krajowym wytwórniom doskonalenia się i zapewni im ciągłość pracy. By osiągnąć cel — konieczna jest ścisła współpraca tych, co przepisują środki lecznicze z tymi, co zaopatrują w nie ludność. Sprawa stosowania środków leczniczych własnego wyrobu jest obecnie niezmiernie ważna i aktualna. Obowiązkiem każdego lekarza obywatela Rzeczypospolitej Polskiej jest popieranie przemysłu krajowego przez używanie i przepisywanie krajowych środków leczniczych, narzędzi chirurgicznych, przyrządów lekarskich i materiału opatrunkowego. Wzywa się Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej do powołania stałej komisji, któraby zajęła się propagowaniem krajowych środków leczniczych, narzędzi chirurgicznych i przyrządów lekarskich oraz środków opatrunkowych, które bez szkody dla zdrowia, a zawsze z pożytkiem, mogą zastąpić środki zagraniczne.

— XXVII Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się w dniach 12, 13 i 14 września r. b. w Poznaniu w czasie Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich, prawie jednocześnie ze Zjazdem Tow. Lek. Ogólnosłowiańskiego.

Tematy programowe Zjazdu:

1. „Leczenie przrostu gruczołu krokowego”. — referenci Doc. Dr. B. Szerszyński i Doc. Dr. S. Laskowicki.

2. „Leczenie nowotworów złośliwych”, — referenci prof. Dr. A. Jurasz i prof. Dr. K. Mayer.

Zgłoszenia rozpraw nad tematami programowymi oraz referatów, należy przesłać pod adresem: Klinika Chirurgiczna — Poznań, Długa 1, przed ostatecznym terminem 15 czerwca r. b.

— IV Międzynarodowy Zjazd Radiologii odbędzie się w Zurychu w czasie od dnia 24 do dnia 31 lipca r. 1934 pod przewodnictwem prof. Dra Hansa R. Schinza.

Udział w Zjeździe w charakterze członków brać mogą: 1. członkowie towarzystw radiologicznych wszystkich krajów, 2. Osoby, proponowane przez jedno z tych towarzystw. 32 kraje, reprezentowane na 3 Zjeździe Radiologii w Paryżu, były proszone przez komitet organizacyjny o wyznaczenie delegatów do komitetu międzynarodowego Radiologii i sprawozdawcy, który na posiedzeniu inauguracyjnym, zreferuje sprawę organizacji walki z rakiem w swoim kraju. Na posiedzeniach plenarnych omawiane będą tematy następujące: Radiografia guzów kostnych. Wazografia. Obraz radiologiczny rozwoju gruźlicy płucnej. Radjoterapia raka macicy. Radjoterapia raków jamy ustnej i gardzieli. Radjogenetyka. Promieniowania radjogenetyczne. Analiza budowy krystalicznej. Zagadnienie ujednostajnienia dozowania w rentgeno- i curieterapii. Twarde promienie gamma, promienie kosmiczne i promienie pochodzenia ziemnego. Krótkie fale w lecznictwie. Poza tem przewidziane są sekcje: radjodjagnostyki, radjoterapii, radjobiologii, radjofizyki i techniki, elektrologii i helioterapii, w których każdy z członków Zjazdu będzie mógł przedstawić swój komunikat. Ze Zjazdem połączona będzie wystawa aparatów, przyborów fotograficznych, produktów chemicznych i dzieł naukowych (informacje u inżyniera M. Strelina, Kilchberg, Zurich). Towarzystwa radiologiczne proszone są o jaknajszysze podanie listy swoich członków pod adresem: Dr. H. E. Walther, Gloriatrasse 14, Zurich.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 16.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Fejgin M. Różniczkowanie, rokowanie i postępowanie w stanach żółtaczkowych. 2. Wagner K. Wskazania i wartości lecznicze Heluanu (w Egipcie).

### 17.V. Towarzystwo Okulistów Polskich.

#### Oddział Warszawski.

1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 26-go kwietnia b. r. 2. Pokazy chorych: a) Dr. A. Zamenhof. Przypadek całkowitej plastyki powłok wg. Moraxa. b) Dr. J. Matusewiczówna. Przypadek sitowatego zapalenia siatkówki (Dojne-Stephenson). c) Dr. K. Bein i A. Ślusowska. Przypadek smug naczyńsiatkówki. 3. Odczyty: a) Dr. M. Karbowski. O podstawach fizyko-fizjologicznych widzenia barwnego.

TREŚĆ: M. BIRO. O chorobie Addisona. (C. d.). — J. FLAKS i A. BER. Wpływ surowic szczurów normalnych, szczepionych nowotworami i zakażonych bakteriami na pierwotniaki — *paramaecium caudatum*. — E. SALMAN. Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych o niezwykłym przebiegu. — G. ABERDAM-SELLIGOWA. Zakażenia dodatkowe w świetle badań doświadczalnych i klinicznych. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — L. ZAMENHOF. Projekt Kodeksu Deontologii Lekarskiej, opracowany przez Izbę Lekarską Warszawsko-Białostocką. — M. KACPRZAK. Badania nad rozrodnością w Polsce. Część II. Ankieta wśród lekarzy. (C. d.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. BIRO. Sur la maladie d'Addison. (suite). — J. FLAKS et A. BER. L'influence du serum des rats normaux, vaccinés avec des néoplasmes et inoculés par microbes aux protozoaires — *paramaecium caudatum*. — E. SALMAN. Un cas de méningite tuberculeuse à marche extraordinaire. — G. ABERDAM-SELLIG. Les infections additionnelles au jour des recherches expérimentales et cliniques. (fin.) — L. ZAMENHOF. Le projet de Déontologie médicale présenté par la Chambre médicale de Varsovie-Bialystok. — M. KACPRZAK. Recherches sur la génération en Pologne. Enquête parmi les médecins. (suite).

## WARUNKI PRENUMERATY:

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

**SAL DIETETICUM**  
**SINE CI' Br' J' N'**  
*nulla contraindicatio!*  
**ARTISAL**  
**GEO**