

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 29 MARCA 1934 R.

Nr. 12

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Ze Szpitala Anny Marji dla dzieci w Łodzi.

Dyr.: Dr. T. Mogilnicki).

Z oddziału niemowlęcego i chirurgicznego.

Ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia.

Podali

H. FRENKŁOWA, B. CZAPLICKI i K. ŚCIESIŃSKI (Łódź).

(C. d.)

Cz. II (otjatryczna).

Podal

Dr. Brunon CZAPLICKI (Łódź).

Nie stanowiąc samodzielnego działu patologii, ropne zapalenia ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia wykazują tyle cech odrębnych dzięki szczególnym właściwościom anatomicznym, warunkom powstawania, trudnościom rozpoznawczym i leczniczym, że specjalne ich omawianie staje się rzeczą konieczną, czego dowodem są liczne w czasach ostatnich na ten temat prace zbiorowe, ankiety i obszernie działły w nowoczesnych podręcznikach.

Na sekcjach kości skroniowej u osesków znajdowano niezwykle często ropę w uchu środkowym. Froeltsch i Wreden tłumaczyli to zjawisko jako skutek przebytych stanów zapalnych, Gruber, Zaufal i inni uważali ropę w jamie bębenkowej u noworodków jako produkt rozpadowy mas embrjonalnych. Aschoff w swoich licznych badaniach kości skroniowej noworodków znajdował w jamie bębenkowej części składowe wód płodowych, uważał, że dostać się tam mogły przy ruchach oddechowych w życiu wewnątrzmacicznym i powodować później ropienie ucha środkowego u noworodków, wskutek czego uważa Aschoff r. z. u. śr. u noworodków nie za sprawę zakaźną, lecz za ropienie, spowodowane ciałem obcym (Fremdkörpererterung). Gompertz uważa, że takie zanieczyszczenie jamy bębenkowej przez wodę płodową może zwiększać skłonności u. śr. do zakażeń bakteryjnych, również jak i zmiany krwotoczne, jakim podlega błona śluzowa jamy bębenkowej podczas ciężkich porodów.

Częste rozpoznawanie r. z. u. śr. u osesków na stole sekcyjnym bez uprzednio stwierdzonych lub zauważonych objawów klinicznych wywołało ożywioną dyskusję, i, chociaż w ostatnich czasach ustalony zdaje się być pogląd, że wysięki te są natury patologicznej, to jednak ich kliniczne znaczenie jest jeszcze niewyjaśnione. Imhofer uważa, że nie zdarzają się r. z. u. śr. u osesków, które nie dawałyby żadnych objawów. Z drugiej strony i u starszych dzieci i u dorosłych, szczególnie u osobników wycieńczonych, obserwować można z. u. śr. nierozpoznawane wskutek zbyt nikłych objawów klinicznych; u niemowląt sama anatomiczna budowa ucha środkowego sprzyja częstości powstawania spraw zapalnych i ropnych oraz trudności w ich rozpoznawaniu.

Krótką i szeroko otwartą trąbka słuchowa, łącząca ucho z nosogardzielą, jak również swobodna komunikacja między uchem środkowym i jamą sutkową, powodują, że cała jama bębenkowa i sutkowa u oseska stanowi jakby uchyłek nosogardzieli i jest z nią patologicznie ściśle związana. Wąskie choany, właściwie *canales choanales*, b. mała przestrzeń nosogardzielowa jeszcze zwiększają tę łączność, co dało niektórym autorom powód do traktowania spraw zapalnych w tych narządach jako jedności patologicznej pod nazwą „*nasopharyngootitis*” (Goepert).

Ma to w skutkach podwójne znaczenie: z jednej strony zarazki mają łatwy dostęp z nosogardzieli do ucha, czem tłumaczyć można częstość występowania powikłań usznych u osesków, z drugiej strony przy istniejącym już stanie zapalnym w u. śr. ropa ma wolny odpływ przez trąbkę do nosogardzieli, wskutek czego ucisk na błonę bębenkową nie jest zbyt wielki, błona bębenkowa nie wypina się, proces zapalny jej nie dosięga i mamy do czynienia ze sprawą ropną w uchu środkowym bez zmian na błonie bębenkowej, czyli z tak zwaną postacią utajoną (*otitis latens*). Nauka francuska pierwsza zwróciła na tę sprawę uwagę. Maurice Renaud już przed kilkunastu laty zrobił alarm w literaturze z powodu często stwierdzanych

na sekcji ropnych spraw w uszach u osesków, nie rozpoznawanych za życia, o ich wpływie na ogólny stan odżywiania dziecka, wywoływaniu stanów zanikowych i t. d. Przyjęta początkowo dosyć sceptycznie, enuncjacja ta znalazła z bieżem czasu potwierdzenie w badaniach innych autorów. W roku 1925 był to główny temat na Zjeździe laryngologów francuskich, na którym wszyscy jednogłośnie uznali ważność tego cierpienia. Le Mè e, André Bloch i Cazejust twierdzą, że *otitis latens* jest to zebranie się ropy w jamie bębenkowej, które nie daje żadnego ze zwykłych objawów chorobowych, tylko zmiany anatomiczne pozwalają ustalić rozpoznanie. Daremne byłoby w przypadkach tych szukanie przekrwienia i zaczerwienienia błony bębenkowej, tych objawów klasycznych ostrego zapalenia u. śr.; zmiana barwy, brak zwykłego błyszczącego wyglądu, nieobecność odblasku świetlnego mają być głównymi objawami *otitis latens*.

Barwa bębena jest biało-matowa przyćmiczna (objaw L e r e u x - R o b e r t a), czasami brudno szara, a nawet żółtawa lub brunatnawa, co ma miejsce w okresach późniejszych w sprawach przewlekłych. Uwypuklenie błony bębenkowej nie jest konieczne i może nie występować.

Rzecz oczywista, że wszystkie te objawy są bardzo nikłe, u osesków wogóle wskutek bardziej poziomego ustawienia wydaje się bębenek mniej przezroczysty, z małym rozjaśnieniem w miejscu przyszłego refleksu świetlnego; u wyniszczonych niemowląt przy pewnej maceracji przewodu usznego widzi się z trudem mały odcinek zmętniałej zwykle błony bębenkowej, postawione więc na tej podstawie rozpoznanie może być w dużej mierze tylko przypuszczalne. Zdjęcie rentgenowskie wzrostka, niestety, u osesków nie daje się zastosować wskutek braku pneumatyzacji i nieistnienia beleczek kostnych. Trudności te skłoniły R e n a u d do zastosowania w celach rozpoznawczych próbnego nakłucia bębena. Poglądy autorów francuskich na tę sprawę są różne: niektórzy uważają nakłucie próbne za niekorzystne i odrzucają jego stosowanie (L e M é e, B l o c h, C a z e j u s t), inni jak R e n d u, nie uważają zabiegu tego ani za trudny, ani za niebezpieczny, pod warunkiem, że się posługujemy strzykawką z 3-ma pierścieniami i igłą kolankowatą. W wielu przypadkach nakłucie oddaje duże usługi, pozwala ono przytem na badanie cyto- i bakterjologiczne otrzymanej wydzieliny.

W ostatnich latach sprawą ropnego zapalenia ucha środkowego u niemowląt zajęły się kliniki niemieckie. L. M e y e r ogłosił ankietę, chcąc poznać poglądy na tę sprawę wybitniejszych pedjatrów i otjatrów. Wyniki tej ankiety wykazały zapatrywania bardzo rozbieżne — od krańcowo konserwatywnych, traktujących r. z. u. śr. u niemowląt jako sprawy fizjologiczne, nie wymagające specjalnego leczenia i przebiegające pomyślnie (E n g e l, N o b e l), do uznania pełnej ważności tego cierpienia, ujemnego wpływu jego na stan ogólny dziecka i potrzeby szybkiej interwencji chirurgicznej. Naogół otjatrzy wypowiedzieli się za większą aktywnością w leczeniu. Klinika F i n k e l s t e i n a w Berlinie zajęła się specjalnie tą sprawą. W pracach K o e n i g s b e r g e r a i M u s s l i n e r a oraz K. i T r e p e l a znajdujemy szereg dokład-

nie obserwowanych i opracowanych przypadków r. z. u. śr. u niemowląt o przebiegu utajonym, z wykazaniem wpływu na stan ogólny i dobrych wynikach pooperacyjnych.

W ostatnich czasach sprawa ta zaczęła interesować polski świat lekarski, staje się ona temtem licznych wspólnych posiedzeń otjatrów z pedjatrami, jak również na ostatnim Zjeździe Lekarzy Polskich w Poznaniu stanowiła jeden z głównych tematów sekcji oto-laryngologicznej i pedjatrycznej. W piśmiennictwie zjawiają się artykuły i monografie (B r o k m a n, G u m i Ń s k i), omawiające tę sprawę, co dowodzi, że jest ona bardzo aktualna i zawiera dużo niejasności i wątpliwości, domagających się rozwikłania.

W szpitalu Anny Marji w Łodzi od dwóch lat sprawa powikłań usznych u dzieci traktowana jest szczególnie uważnie i starannie zwłaszcza na oddziale niemowlęcym. Systematycznie wykonywane sekcje zwłok zmarłych niemowląt wykazywały często ropę w uchu środkowym, przeważnie obustronnie, w przypadkach, gdzie za życia nie stwierdzano w uszach żadnych zmian chorobowych lub uszy wcale nie były badane z powodu braku objawów, wzbudzających podejrzenie ich zajęcia. Przekonawszy się, że zmiany te są bezwzględnie patologiczne, że w kilkunastu przypadkach dały nawet powikłania zakrzepem zatoki i ropnem zapaleniem opon mózgowych, postanowiliśmy na badanie uszu u chorych niemowląt zwrócić szczególną uwagę; ponieważ sprawy te przebiegać mogą bezobjawowo, badaniu usznemu poddawać wszystkie dzieci i przytem badanie powtarzać za każdym razem, jak występuje jakieś zaostrenie choroby, względnie podwyższenie ciepłoty, sprawa zapalna bowiem w uchu u osesków rozwija się nieraz w ciągu kilku godzin, i, gdy jednego dnia niema żadnych objawów, na drugi dzień stwierdzić można nieraz duże zmiany zapalne, względnie ropne. Badanie uszu u niemowląt jest naogół bardzo trudne, w niektórych przypadkach, szczególnie u bardzo młodych i wyniszczonych osobników zewnętrzny przewód słuchowy był tak wąski, wypełniony złuszczoneym nabłonkiem i woskowiną, że obejrzenie bębena było zupełnie niemożliwe. W znacznej większości przypadków bębenek można było jednak dokładnie obejrzeć i występujące zmiany odpowiednio ocenić.

Badane i leczone przypadki podzielić należy na dwie grupy ze względu na ich odmienny charakter kliniczny i przynależność oddziaływania i omówić oddzielnie przypadki z oddziału wewnętrznego i z oddziału chirurgicznego. Na sali niemowlęcej oddziału wewnętrznego, jak wyżej wspomniano, badaniu uszu poddawane były wszystkie dzieci, przyjmowane do szpitala z powodu różnych cierpień wewnętrznych (*bronchitis, pneumonia, pyuria, enteritis* i t. d.), znajdowane u tych dzieci cierpienia uszne nie stanowiły nigdy samodzielnej choroby uszu, występowały tylko jako powikłania, względnie cierpienia, towarzyszące innym schorzeniom ogólnym. Ma to na przebieg cierpienia usznego wpływ zasadniczy, niemowlęta te są już znacznie osłabione i wycieńczone wskutek współistniejących chorób wewnętrznych, siła ich odporności jest zmniejszona, wobec czego i wyniki zastosowanych zabiegów operacyj-

nych, jak paracenteza, względnie antrotomja, nie są zbyt efektowne lub też są przemijające, pokrywają je bowiem cierpienia współzrzedne. Często zdarzają się tam również t. zw. postacie utajone, w kilku przypadkach zastosowaliśmy zabiegi operacyjne bez istnienia ścisłych wskazań ze strony uszu, przypuszczając cierpienie uszne na zasadzie objawów ogólnych. W kilku przypadkach wątpliwych przed zabiegiem stosowane było nakłucie próbne błony bębenkowej.

Przypadki z oddziału chirurgicznego są to ropne zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego, skierowane do szpitala na operację. Przeważnie są to cierpienia czysto uszne, niepowikłane przez schorzenia wewnętrzne, z mniejszym, lub większym obrzękiem i wygórowaniem okolicy wyrostka sutkowego. W przypadkach tych, o ile nie zajdą jakieś nadzwyczajne powikłania, wyniki zabiegu operacyjnego są bardzo efektowne, ciepłota spada zwykle do normy, i stan taki utrzymuje się aż do zagojenia się rany. Chociaż zdarzają się tu przypadki z bardzo dużym zniszczeniem kostnym, dużym ropniem podokostnowym i długotrwałym ropieniem nie zauważyliśmy aby sprawa ropna w uchu wykazywała jakiś wybitnie ujemny wpływ na ogólny stan odżywiania dziecka, zwykle dzieci te są normalnej budowy i odżywiania i takimi pozostają aż do ukończenia leczenia, nie zdradzając żadnych objawów zatrucia.

W ciągu ostatniego roku na oddziale niemowlęcym szpitala Anny Marji zbadano uszy u 294 niemowląt, t. j. dzieci do 12 miesięcy włącznie. Ponieważ niektóre dzieci badane były wielokrotnie, ogółem wykonano w tym okresie 481 badań, 156 dzieci było badanych jednorazowo, 104 - dwa razy, 131 - trzy razy, 28 - cztery razy, 18 - pięć razy, 17 - 6 razy, 13 - 7 razy, 7 - 9 razy, 4 - 10 razy, 1 - 11 razy i 2 - 13 razy.

Na 294 badane dzieci stwierdzono zmiany w uszach u 116, czyli prawie 40%. Obustronne zmiany w uszach stwierdzono u 56, prawostr. u 30 i lewostr. u 28. Jeżeli dzieci ze zmianami w uszach podzielimy na poszczególne miesiące wieku, przedstawia się to następująco:

1 mies. — 7	7 mies. — 9
2 mies. — 18	8 mies. — 4
3 mies. — 15	9 mies. — 11
4 mies. — 8	10 mies. — 10
5 mies. — 9	11 mies. — 7
6 mies. — 14	12 mies. — 4

Z czego wynika, że największa liczba zmian przypada na miesiące 2 i 3, następnie 6, później 9 i 10. Stwierdzone zmiany w uszach były następujące: a) ropne zapalenie ucha środkowego, b) zaczerwienienie, nacieczenie, względnie uwypuklenie błony bębenkowej i c) zmętnienie, zmatowienie bł. bębenkowej z brakiem plamki świetlnej. Zmiany I kat. t. j. ropne zapalenie ucha środkowego z przedziurawieniem bł. bębenkowej przed badaniem stwierdzono w 36 przypadkach, z tego 19 obustronnych, 10 lewostronnych i 7 prawostronnych. Co do wieku:

1 mies. — 1	7 mies. — 3
2 mies. — 6	8 mies. — 2
3 mies. — 7	9 mies. — 2

4 mies. — 2	10 mies. — 3
5 mies. — 3	11 mies. — 2
6 mies. — 3	12 mies. — 2

Zmiany na błonie bębenkowej, wskazujące na ostrą sprawę zapalną (zaczerwienienie, nacieczenie, wzgl. uwypuklenie) stwierdzono w 46 przyp., z tego w 20 przyp. obustr., 12 lewostr., 14 prawostr. Co do wieku.

1 mies. — 5	7 mies. — 4
2 mies. — 5	8 mies. — 1
3 mies. — 2	9 mies. — 6
4 mies. — 2	10 mies. — 4
5 mies. — 4	11 mies. — 3
6 mies. — 9	12 mies. — 1

Zmiany na błonach bębenkowych w postaci zmętnienia, zmiany barwy, braku plamy świetlnej, z mniejszym lub większym uwypukleniem lub bez niego stwierdzono w 34 przypadkach, z tego w 19 cbustr., w 6 lewostr. i 9 prawostr. Co do wieku:

1 mies. — 1	7 mies. — 2
2 mies. — 7	8 mies. — 1
3 mies. — 6	9 mies. — 3
4 mies. — 4	10 mies. — 3
5 mies. — 2	11 mies. — 2
6 mies. — 2	12 mies. — 1

Podział co do wieku w poszczególnych kategoriach jest mniej więcej ten sam, co i przy ogólnych liczbach. Przy wszystkich zmianach przeważały sprawy obustronne, przy jednostronnych podział na prawo- i lewostronne był prawie jednaki. Z wyżej przytoczonych 116 obserwowanych zmian usznych w 53 obeszło się bez żadnej interwencji, leczenie uszu było konserwatywne, w czasie pobytu w szpitalu ropy w uszach nie stwierdzono. W 45 przypadkach nastąpiło samoistne przedziurawienie bł. bębenkowej z ropieniem z ucha środkowego. W 36 z tych przypadków ropienie stwierdzono przy pierwszym badaniu, przebiecie błony bębenkowej, po większej części samoistne, wystąpiło przed przybyciem dziecka do szpitala, względnie, znacznie rzadziej, w pierwszych godzinach jego tam pobytu przed badaniem uszu. W 9 przypadkach samoistna perforacja nastąpiła po badaniu uszu, z tego w 5 przypadkach stwierdzonych zmian w uszach, w 4 — gdzie było zanotowane pierwsze badanie bez zmian. Ponieważ zwykle od pierwszego badania do wystąpienia ropienia upływało kilka dni, sprawa zapalna mogła się rozwinąć po badaniu. W 18 przypadkach wykonana była paracenteza, z tego 6 razy obustronna, 6 razy lewostronna i 6 razy prawostronna. Stosunkowo rzadko wykonywana paracenteza wskazuje, że dalecy byliśmy od nadużywania tego zabiegu. Wykonywany był zwykle po poradzie z pedjatrą, o ile zmiany w uszach nie były dość wyraźne. Porównywaliśmy zmiany w uszach z przebiegiem zmian ogólnych w organizmie dziecka i po dokładnym przeanalizowaniu tych danych zdecydowaliśmy się na zabieg.

W dwóch przypadkach przy długotrwałym ropieniu i stałych wahaniach ciepłoty, bez wyraźnych objawów ze strony wyrostka sutkowego rozpoznaliśmy *mastoiditis occulta* i postanowiliśmy wykonać antrotomję. Zabieg był wykonany w znieczuleniu miejscowym, możliwie prędko — 10 - 15 m. celem możliwego zmniejszenia wstrząsu. W obu przypadkach jama sutkowa wypełniona była miazgą ropną,

większych zmian kostnych nie stwierdzono, okostna była bez zmian, pokrywa jamy sutkowej wykazywała lekkie przekrwienie. Niestety, obydwie przypadki skończyły się śmiercią pacjentów, co jeszcze bardziej wpłynęło na obostrzenie wskazań do operacji.

Wogóle nadmienić trzeba, że i paracenteza w przypadkach, skomplikowanych cierpieniami wewnętrznymi, nie daje tych efektownych wyników, jakie przeważnie widzimy w przypadkach nieskomplikowanych. Ciepłota opada niezawsze, często obniża się narazie, aby za 2 - 3 dni podnieść się znów i utrzymać na wysokim poziomie; wydzielina ropna bywa obfitsza w przypadkach ze zmianami zapalnymi na błonie bębenkowej, przy braku tych zmian bywa nieraz bardzo skąpa, pomimo że na późniejszej sekcji stwierdza się nieraz obfitą ilość ropy w jamie bębenkowej.

Przechodząc do materiału z oddziału chirurgicznego, w ciągu ostatnich 5 lat były obserwowane i operowane 54 przypadki ropnego zapalenia wyrostka sutkowego u dzieci w pierwszym roku życia. Były to dzieci, skierowane na oddział chirurgiczny celem wykonania operacji, z ropną wydzieliną z ucha i mniej lub więcej obrzętym wyrostkiem sutkowym, wskazującym wyraźnie na istotę cierpienia. Z wyjątkiem dwóch (gruźlica płuc i świeżo przebyte zapalenie płuc), były to pozatem przypadki czysto uszne, niepowikłane przez cierpienia wewnętrzne.

Wiek operowanych dzieci w miesiącach przedstawia się następująco:

1 mies. — 1	8 mies. — 5
3 mies. — 4	9 mies. — 7
4 mies. — 5	10 mies. — 5
5 mies. — 2	11 mies. — 2
6 mies. — 11	12 mies. — 6
7 mies. — 6	

Najwięcej zatem operowanych było w 6 i 9 miesiącu życia.

Sądząc z niezbyt pewnych wywiadów od rodziców, w 35 przypadkach ropienie ucha wystąpiło samoistnie, w 4 przyp. po odrze, w 5 po zapaleniu płuc, w 8 po grypie, w 1 po anginie i w 1 po zaburzeniach żołądkowo-kiszkowych. We wszystkich przypadkach wykonana była typowa antrotomia, w 45 przypadkach w lekkiej narkozie ogólnej (mieszanka chloroformu z eterem), w dziewięciu w znieczuleniu miejscowym (dookostnowe zastrzyknięcie 2.0 do 4.0 0,25% nowokainy). To ostatnie było zastosowane na skutek zdania niektórych autorów (Meyer, Canuyt, Panneton), że narkoza ogólna może przyczyniać się do powstawania powikłań pooperacyjnych w postaci hipertermji z szybkim zejściem śmiertelnym, względ-

nie do pneumonji. Moreau obserwował jednak występowanie hipertermji i w przypadkach, operowanych bez narkozy, z drugiej znów strony zastrzykiwanie rozczywnu nowokainy przy istniejącym ropniu podokostnowym jest przeciwwskazane. Canuyt operuje w tych przypadkach w miejscowym zamrożeniu skóry chlorkiem etylu, operacja jednak przy tak powierzchownym znieczuleniu musi być bardzo bolesna, i wywołany przez to wstrząs może być szkodliwszy od lekkiej narkozy ogólnej. Wobec powyższego operujemy obecnie zasadniczo w narkozie, pozostawiając znieczulenie miejscowe tylko dla przypadków, w których przed operacją stwierdza się zmiany w płucach, względnie u osobników, bardzo wyniszczonych.

Opisane przez Ombredanna i Moreau stany hipertermji występują w kilka godzin po operacji pod postacią postępującej dusznicy, ciepłoty, sięgającej 40 i 41 st., lekkich drgawek, szybkiego tętna, odrętwienia, cery ołowianej i kończą się śmiercią. Zdarzają się one i po innych operacjach u niemowląt (*hernia, phimosis*), przyczyna ich jest dotychczas niewyjaśniona; podano kilka hipotez, jak ostre zapalenie mięśnia sercowego, niedomoga gruczołowa i inne. W kilku przypadkach wykonane sekcje nie wykazały zmian widocznych.

Obserwowaliśmy dwa takie przypadki: jeden z omawianego materiału chirurgicznego, drugi z oddziału niemowlęcego.

Przebieg pooperacyjny operowanych 54 przypadków był następujący: w 12 - ciepłota po operacji spadła do normy, i stan bezgorączkowy trwał do zupełnego wyleczenia, w 31 przypadkach były w czasie leczenia lekkie podwyższenia ciepłoty, nie przekraczające 38 st. przy zadawalającym stanie ogólnym, w 11 przypadkach były duże wahania temperatury, wywołane przez powikłania, z tych 6 zmarło, śmiertelność zatem wyniosła 11%. Jedno dziecko zmarło na drugi dzień po operacji przy objawach wspomnianej wyżej hipertermji, dwoje z powodu ostrej pneumonji na 3 - 4 dzień po operacji, dwoje zachorowało w okresie pooperacyjnym na odrę i zmarło przy objawach płucnych, w jednym przypadku nastąpiło obostrzenie się sprawy gruźliczej w płucach.

W pozostałych 48 przypadkach przebieg pooperacyjny był pomyślny i po 6 do 10 tygodniach następowało zupełne zagojenie się rany przy zadawalającym stanie ogólnym dziecka i dobrem odżywianiu. Lekkie wahania ciepłoty nie miały na stan ogólny wpływu zasadniczego.

Na zakończenie jeszcze raz podkreślić należy pomyślniejszy przebieg przypadków czysto usznych, nieskomplikowanych przez cierpienia wewnętrzne, oraz większą ich tolerancję na zabiegi operacyjne.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału wewnętrzznego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. G. L e w i n).

Badania nad wpływem układu autonomicznego na wodochłonność krwi *).

Podał

Dr. med. Juljan FLIEDERBAUM (Warszawa)

b. Asystent Oddziału.

(Dok. — patrz № 11).

Wodochłonność krwi w różnych stanach chorobowych.

W badaniach niniejszych oznaczaliśmy wodochłonność surowicy krwi przy pomocy osmometru Govaerts'a. Krew z żyły łokciowej pobieraliśmy wszystkim chorym, przebywającym na oddziale. Unikaliśmy przy tem większego zastojów żylnego, próbę krwi brano naczczo, w spoczynku, z wyłączeniem podniecenia psychicznego. Wobec braku miejsca oraz wobec zgodności wyników naszych z badaniami innych autorów, nie podajemy szczegółowo wszystkich danych w tablicach, a omawiamy je sumarycznie. Chorych naszych możemy podzielić na trzy grupy: 1) z prawidłową wodochłonnością surowicy krwi, 2) ze wzmoczoną wodochłonnością i 3) ze zmniejszoną wodochłonnością.

Prawidłową wodochłonność surowicy krwi spostrzegaliśmy z reguły u osób klinicznie zdrowych, pozatem w okresie zdrowienia w tych przypadkach, gdzie wodochłonność była obniżona lub wzmoczona, wreszcie, w szeregu przypadków, które nie podpadają pod wymienione niżej grupy chorób ze zmieniającą wodochłonnością krwi.

Zwiększoną wodochłonność krwi spostrzegaliśmy naogół w nadciśnieniu samorodnem (do 470 mm. H₂O), zapaleniu nerek z mocznicą (do 530 mm. H₂O), w moczówce prostej (do 465 mm. H₂O), w cukrzycy (do 480 mm. H₂O), w śpiączce cukrzycowej (do 512 mm. H₂O), w nadciśnieniu we wczesnych okresach (do 470 mm. H₂O), w zespole wysuszenia u noworodków — „Exsiccationssyndrom“ (do 460 mm. H₂O).

Zmniejszoną wodochłonność krwi stwierdzaliśmy w nerczycy, zwłaszcza w nerczycy lipidowej z obrzękami (do 122 mm. H₂O), w obrzękach z wyniszczenia nowotworowego (do 276 mm. H₂O), w przewlekłych obrzękach w niedomodze serca prawostronnej (do 215 mm. H₂O), w cierpieniach wątroby (do 265 mm. H₂O), w gruźlicy płuc ropadkowej (do 288 mm. H₂O), w stanach gorączkowych (do 315 mm. H₂O), w przypadku pryszczycy moknącej skóry (do 280 mm. H₂O), we wrzodach żołądka i dwunastnicy (do 200 mm. H₂O), w dychawicy oskrzelowej (do 262 mm. H₂O), w czasie snu u osób zdrowych (do 312 mm. H₂O), w niektórych przypadkach cukrzycy, leczonych dużymi dawkami insuliny (do 220 mm. H₂O), u osób zdrowych po podaniu środków nasennych (*luminal-natrium*, morfiny w iniekcji, wodoru chloralu w ławatywie — w czasie snu c. o. spadało do 320 mm. H₂O).

Jak wytłumaczyć te zmiany w wodochłonności krwi w różnych stanach chorobowych? Większość autorów wiąże je ze zwiększeniem lub zmniejszeniem białka, wzgl. poszczególnych jego frakcyj w surowicy krwi. Ciśnienie osmotyczne krwi zmniejsza się w obrzękach skutkiem utraty białka (Starling, Bayliss, Govaerts, Schade i t. d.). W nerczycy białko przechodzi ze krwi do moczu, w obrzękach głodowych zubożenie surowicy w białko jest skutkiem braku tego składnika w pożywieniu, w stanach zapalnych białko przechodzi ze krwi do wysięków. Przeciwno takiemu ujmowaniu sprawy możemy wysunąć zarzuty następujące. W białkomoczu ortostatycznym, mimo dużej przepuszczalności nerkowej, wodochłonność surowicy krwi nie zmniejsza się. Nie przeprowadzono dotąd doświadczeń bez zarzutu z dietą bezbiałkową. W doświadczeniach Schelburna i Egloff'a psy przy małej racji białkowej otrzymywały zwiększone ilości węglowodanów i tłuszczów w pożywieniu, obrzęki zjawiały się po 3 miesięcznym względem głodzeniu zwierząt — ale tylko wtedy, gdy je obarczano nadmierną ilością wody i soli kuchennej, co jest czynnikiem dodatkowym, jak wiadomo — nieobojętnym; pomijając nadmierny dowóz tłuszczów w pożywieniu, co może spowodować zakwaszenie ustroju (kwasicę ketonową), zaznaczyć należy, że autorzy stwierdzali w kanalikach nerkowych zmiany anatomiczne. Te same zarzuty dotyczą doświadczeń Leitera z *plasmapheresis*, t. j. z odwirowywaniem krwinek i zamianą osocza krwi przez sól fizjologiczną; obarczenie ustroju płynem bynajmniej nie „fizjologicznym“ (Ringer, Lock i t. d.), wolnym od kationów i anionów, ciał buforowych, cukru, lipidów stwarza warunki bardzo odległe od obrzęków głodowych, a nawet i od nerkowych, mimo, że Warker i Kirk stwierdzali po *plasmapheresis* marskość zanikową nerek, przeciwko czemu broni się Leiter. Co się tyczy przechodzenia białka do płynów przesiękowych i wysiękowych, to, jak wynika z badań P. Iversena, w płynach tych zawartość białka jest b. mała, a np. w marskości wątroby zmniejsza się w miarę rozwoju cierpienia. Również w płynach obrzękowych, jak podkreślają to Epstein, Hagedorn, Rasmussen i Rehberg, zawartość białka jest mała, a niektóre obrzęki są prawie bezbiałkowe. — Nie znaczą te zarzuty przeciwko dotychczasowemu tłumaczeniu obniżenia c. o. krwi, że negujemy rolę białka, wzgl. jego frakcyj w wodochłonności krwi. Białko, jak wynika z badań naszych jest jednym z czynników, stanowiących o wodochłonności krwi, lecz nie jedynym (p. wyżej).

Łatwiej przyjąć, że zmienione ciśnienie osmotyczne krwi jest skutkiem przemieszczenia czynników, zwiększających wodochłonność krwi, ze krwi do tkanek lub odwrotnie. Do tego zagadnienia powrócimy przy omawianiu wpływu na ten czynnik układu autonomicznego. Tu zaś, w związku z dalszemi badaniami naszymi, zaznaczymy, że zmiana wodochłonności krwi da się sprowadzić do zmiany w napięciu układu autonomicznego w różnych stanach chorobowych. Zwiększoną wodo-

*) Referat, wygłoszony na X Zjeździe Internistów Polskich w Poznaniu we wrześniu 1933 r.

chłonność krwi spostrzegaliśmy przy nadwyżce układu współczulnego, zmniejszoną — w nadwyżce przywspółczulnej.

Jak wiadomo, klasycznymi zespołami „wagotonicznymi” są dychawica oskrzelowa, wrzody żołądka i dwunastnicy, sen; w różnych stanach obrzękowych w szeregu badań stwierdziliśmy „stygmaty chemiczne” stanów wagotonicznych; z badań Sochańskiego wiemy, że niedomoga wątroby idzie w parze z nadwyżką przywspółczulną; to samo w ciężkiej gruźlicy stwierdził S. Sterling; w stanach gorączkowych stwierdzamy we krwi szereg substancji wagotropowych, jak ciała bakteryjne, bakterjo-toksyny, produkty rozpadu białka ustrojowego i t. d; środki nasenne oraz insulina sprowadzają również przewagę u. n. przywspółczulnego. We wszystkich tych stanach wzrastała wodochłonność krwi.

Cukrzyca przebiega z nadwyżką układu adrenalinowego i porażeniem układu wagotropowego—insulinowego; w cierpieniach serca, naczyń i nerek z nadciśnieniem stwierdzał Vaquez nadczynność układu adrenalinowego,—mimo że badania te zostały zachwiane, znalazły one ostatnio nowe potwierdzenie w pracy Ken Kuré, Takaki Nakaya, Seiji Murakami i Shigeo Okinaka, którzy w tych cierpieniach stwierdzili hiperadrenalinemję; nadarczyźność przebiega z objawami sympatykotonji; zespoły wysuszenia i moczówki prostej są zespołami antagonistycznymi do stanów nawodnienia ustroju, wzgl. obrzęków. We wszystkich tych stanach stwierdziliśmy zwiększoną wodochłonność krwi.

A zatem wszystkie stwierdzone przez nas, podobnie jak i przez innych autorów, zaburzenia w ciśnieniu osmotycznym surowicy krwi dałyby się sprowadzić do zaburzeń w napięciu u. n. autonomicznego: nadwyżka współczulna zwiększa wodochłonność krwi, nadwyżka przywspółczulna ją zmniejsza.

Wpływ środków farmakodynamicznych na wodochłonność krwi.

Całokształt stanów chorobowych ze zmienioną wodochłonnością krwi, jak widzieliśmy, nie da się sprowadzić do niedostatecznego lub wzmożonego dowozu białka w pożywieniu lub wydalania białka ze krwi do moczu czy do tkanek. Zjawisko to powiązaliśmy raczej z zaburzeniami w rozmieszczeniu białka w ustroju, z przesunięciem „białka zalegającego” z tkanek do krwiobiegu lub przeciwnie z przemieszczeniem „białka krążącego” ze krwi do narządów magazynujących. Rozbiór logiczny różnych stanów chorobowych nasunął nam myśl, że u. n. autonomiczny zarządza krążeniem i zaleganiem białka, podobnie jak to się dzieje z wodą, jonami, kwasami, ciałami tłuszczowymi i t. d. W związku z tem należało sprawdzić wpływ u. n. roślinnego na ciśnienie osmotyczne krwi, względnie jej wodochłonność.

W tym celu w warunkach „podstawowych” (naczo, w spoczynku, z wyłączeniem pobudzenia psychicznego) wstrzykiwaliśmy osobom zdrowym środki farmakodynamiczne. Określając następnie w pewnych odstępach czasu—na wysokości działania środka — ciśnienie osmotyczne pobranych

porcyj krwi, uzyskiwaliśmy krzywe wodochłonności surowicy krwi. Każde z wymienionych niżej badań było przeprowadzone u 10-ciu osób. Dla braku miejsca podajemy dla przykładu po jednej krzywej w każdej grupie doświadczeń.

Jak wynika z badań naszych, środki sympatykotropowe, a wśród nich przede wszystkim adrenalina w pierwszej fazie działania wzmacnia wodochłonność krwi, w drugiej—zmniejsza, w trzeciej ciśnienie osmotyczne krwi powraca do stwierdzonego przed wstrzyknięciem.

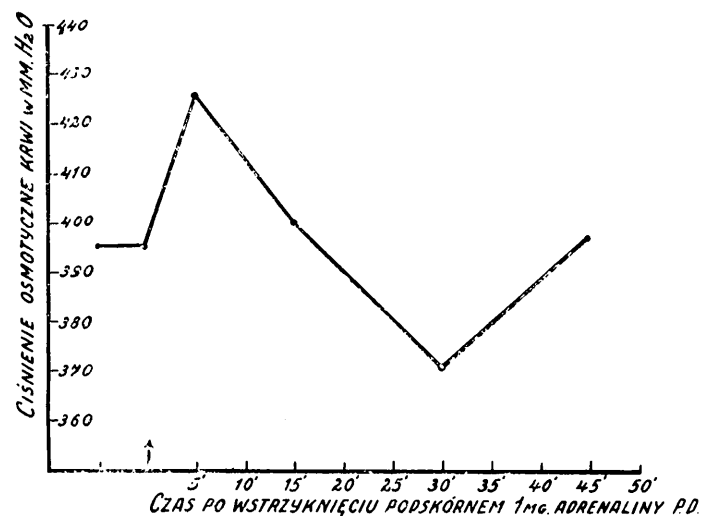
Ergotamina początkowo zmniejsza, potem zwiększa wodochłonność krwi, w trzeciej wreszcie fазie powraca ciśnienie pierwotne.

Ze środków, drażniących u. n. przywspółczulny, pilokarpina, podobnie jak histamina, obniża wodochłonność krwi, by ją następnie zwiększyć. Po godzinie zazwyczaj powraca zakłócona równowaga ciśnienia osmotycznego krwi.

Atropina, jad, porażający układ przywspółczulny, działa podobnie do leków sympatykotropowych.

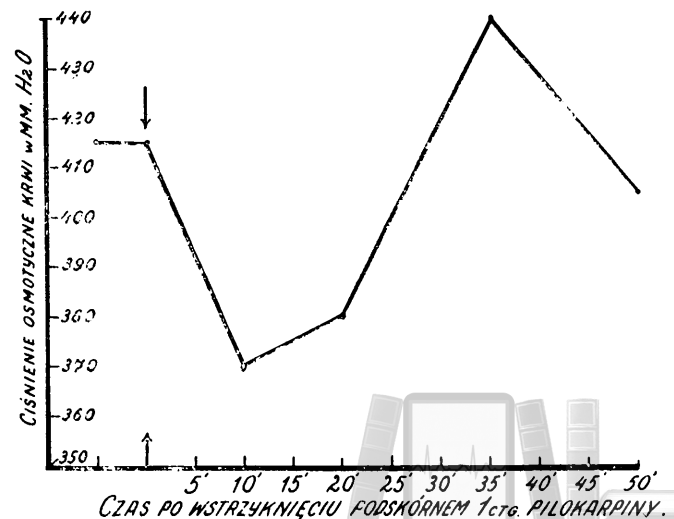
Rys. 1.

Przykład wpływu adrenaliny na wodochłonność krwi.



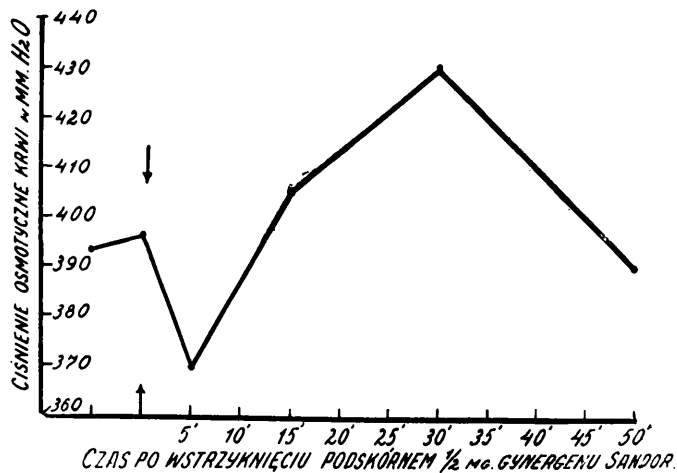
Rys. 2.

Przykład wpływu pilokarpiny na wodochłonność krwi.



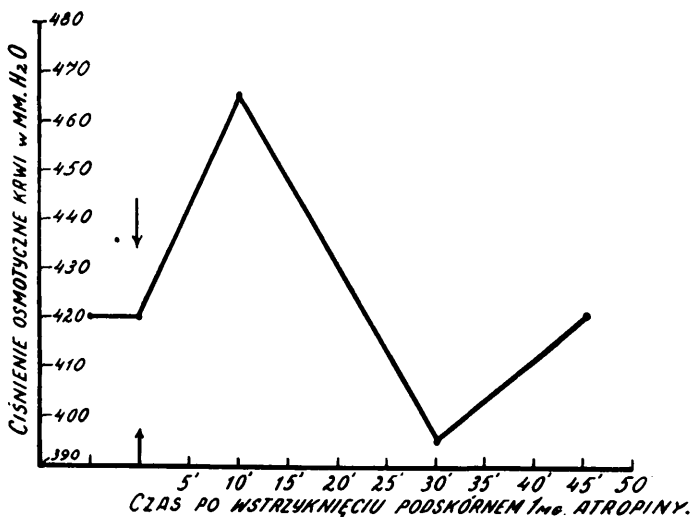
Rys. 3.

Przykład wpływu ergotaminy na wodochłonność krwi.



Rys. 4.

Przykład wpływu atropiny na wodochłonność krwi.



Z jonów — sole wapnia, np. chlorek wapnia, podany dożylnie w dawce 1,0—10,0, działa podobnie do adrenaliny, natomiast sole potasu, np. chlorek potasu dożylnie w dawce 0,15—10,0, wpływa na wodochłonność krwi analogicznie do pilokarpiny.

W szeregu przypadków obrzęków pochodzenia sercowego i nerkowego stosowaliśmy doustnie środki alkalinizujące, jak zasadowy fosforan sodu, magnezję paloną, sodę i t. d., oraz środki zakwaszające, jak kwasny fosforan sodu, kwas solny, kwas fosforowy. Na innym miejscu omawiamy wyniki lecznicze tych zabiegów. Tu chcemy zaznaczyć, że doustne podawanie środków alkalinizujących już po 3 dniach wzmagają wodochłonność krwi (np. z 127 na 218 mm. H₂O), natomiast kwasy ją zmniejszają (np. z 142 na 108 mm H₂O). Na innym też miejscu podajemy, że kwasy są w działaniu podobne do podrażnienia przywspółczulnego, zasady — współczulnego.

Trójfazowość krzywych wodochłonności krwi staraliśmy się bliżej zanalizować. Okazało się przytem, że miarodajne są tylko pierwsze fazy po wstrzyknięciu środków farmakodynamicznych, drugie bowiem są już skutkiem wtórnie zmienionej wodochłonności krwi. Np. pilokarpina zwiększa

wodochłonność skóry (jak wynika z naszych poprzednich badań) oraz zmniejsza wodochłonność krwi, w następstwie czego, jak mogliśmy się przekonać, zmniejsza się ilość wody krążącej i wzmagają się zaleganie wody w jej zbiornikach zapasowych; w tym okresie krew jest już odwodniona i „wysuszona“, jest przeto bogatsza w białko i inne składniki, zwiększające jej ciśnienie osmotyczne, — na gram białka lub na centymetr sześcienny swej objętości pochłania krew większą ilość wody, w tym okresie bardziej wodochłonna; jest to jednakże zjawisko wtórne, skutek przejścia płynów ze krwi do tkanek po podaniu pilokarpiny. Podobne rozumowanie zostało potwierdzone w naszych badaniach nad istotą wpływu na wodochłonność krwi pozostałych środków farmakodynamicznych i jonów.

Gdzie należy szukać przyczyny zmienionej wodochłonności krwi po podrażnieniu lub porażeniu współczulnym lub przywspółczulnym?

Liczne badania, przeprowadzone do niniejszych równoległe, wykazały, że leki sympatykotropowe zwiększają we krwi zawartość białka oraz zmniejszają zasób zasad i cholesterynę (por. też odpowiednie badania Goebela), natomiast leki parasympatykotropowe i wagoparalityczne wzmagają we krwi poziom cholesteryny (por. też prace Goebela), obniżają zawartość we krwi białka i przesuują oddziaływanie krwi w kierunku alkalicznym. Z badań zaś naszych wynika, że nadwyżka kwasów, zubożenie krwi w białko i nadmiar cholesteryny we krwi wzmagają wodochłonność krwi, która zmniejsza się przez odwrócenie takiej konfiguracji chemicznej surowicy krwi.

Widzimy zatem, że środki sympatykotropowe i wagoparalityczne oraz podobnie działające jony wapnia i jony zasadowe dlatego wzmagają ciśnienie osmotyczne surowicy krwi, że wpływają na czynniki, które ciśnienie to zwiększają. Odwrotne zmiany wywołują leki sympatykoparalityczne i parasympatykotropowe oraz kwasy i jony potasu

W związku z wprowadzonym przez nas pojęciem białka krążącego*) wzgl. białka zalegającego czyli zapasowego, zaznaczyć należy, że w sprawie tej znaleźliśmy w piśmiennictwie pewne prace. Otóż Berg wykazał, a potwierdzili to liczni badacze, że zwierzęta, którym podawano duże ilości białka w pożywieniu, zawierają w komórkach wątrobowych ziarenka białkowe, które dają odczyn Millona i ulegają strawieniu przez pepsynę (wykazano mikrochemicznie); białko to różni się jednakże chemicznie od pozostałych gatunków białka ustrojowego; ziarenka znikają po głodzeniu zwierząt lub pokarmie bezbiałkowym. Stüber oraz Paschkis wykazali, że białko „zapasowe“ wątroby daje się uruchomić: ziarenka znikają po wstrzyknięciu adrenaliny zwierzętom, którym podawano duże ilości białka w pożywieniu. Wpływ antagonistyczny układu nerwowego przywspółczulnego na zawartość białka już nie w wątrobie, a w surowicy krwi wynika z doświadczeń Krügera i Schau-Kuang-Li: przecięcie n. współczulnego jedno lub obustronne zmniejsza u królika poziom białka we krwi. Zmia-

*) Ilość białka krążącego oznaczamy podobnie do opisanego przez nas sposobu oznaczania ilości wody krążącej.

ny w konfiguracji ciał białkowych surowicy krwi, zwiększenie frakcji globulinowej uzyskano przez wstrzykiwanie zwierzętom środków parasympatykotropowych, jak produktów rozpadu ciał bakteryjnych, toksyn bakteryjnych, peptonu i t. d. (Hurwitz, Langstein, Mayer, His, Atkinson, Joachim, Moll i t. d. cyt. wg. Geilla). Wyniki tych badań są zatem zgodne z naszymi.

Streszczenie wyników badań.

Zdolność surowicy krwi do pęcznienia kosztem pochłaniania roztworu fizjologicznego soli kuchennej, oddzielonej od niej błoną półprzepuszczalną, jest zależna od zawartości w surowicy wody, białka, jego składu chemicznego i punktu izoelektrycznego, od zaczynów proteolitycznych, lipidów, jonów kwaśnych i zasadowych, kwasoty czynnej i t. d.

Zdolność surowicy do pochłaniania wody nazywamy wodochłonnością osocza lub surowicy krwi. T. zw. osmometry Starlinga, Govaertsa, Krogha i Nakasawy i inne pozwalają obliczyć stopień wodochłonności krwi tak samo, jak próba Aldricha i Mc. Clurea—stopień wodochłonności skóry.

Zestawienie stanów chorobowych, w których wodochłonność krwi zmienia się, pozwoliło nam na wyprowadzenie wniosku, że wodochłonność wzrasta tam, gdzie stwierdzamy „stygmata” nadwyżki współczulnej, zmniejsza się zaś w stanach parasympatykotropowych.

Środki farmakodynamiczne, pobudzające układ współczulny i porażające przywspółczulny oraz jony wapnia i środki alkalizujące zwiększają wodochłonność krwi, która zmniejsza się po lekach, działających antagonistycznie

PIŚMIENICTWO.

Achard, Bariety i Codonunis. Pr. Med. 1929, N. 93, 1509. Aldrich i Mc. Clure. J. Am. Med. Ass. 1924, 82. Baer W., Kl. Wschr. 1927, 50, 2, 380. Barath E. Z. f. Kl. Med. 1930, 114, 702 i 708. Barner i Kirk wg. Leitnera. Bayliss W. M. J. Physiol. 1916; 50, 23 i 1919, 15, 29. Bayliss W. M. i Starling E. H. J. Phys. 1894, 16, 159. Bendien W. i Snapper I. Acta brevia Neerland. 1931, 1, 4 — 6. Klin. Wschr. 1933, 10, 379. Berg. Pfl. Arch. 2, 14, 295. Münch. med. Wschr. 1914, 19; Bratkowski E. P. A. M. W. 1925, 1, 11. Dieter W., Arch. Augenheilkunde. 1925, 96, 180. Donnann, cyt. wg. Iscovesco. Dufour A., Robert i Moreau. Pr. Med. 1930, 50, 843. Epstein. J. exp. Med. 1912, 16, 719. v. Farkas. Z. exp. Med. 1927, 53, 666. Filiński W., P. G. Lek. 1922, Fliedebaum J. (wspólnie

z Grosblatem, Krasucką, Landauówną, Landsbergiem i Piankówną). Kw. Klin. 1925, 3; 1927, 3; 1928, 3; 1930, 3 — 4; 1932, 2 — 3; Medycyna. 1931, 17; Warsz. Czas. Lek. 1928, 3 i 34; 1931, 15; P. Arch. Med. Wewn. 1926, 2; 1933, 2; Presse Med. 1932, 43; Klin. Wschr. 1929, 23; 1932, 25; Z. f. ges. exp. Med. 1931, 76, 5 — 6. Frankę M., P. A. M. W. 1925, 4; P. G. Lek. 1929, 37 — 38. Geill T. Klin. Wschr. 1927, 5, 220. Gobel F. Med. Dośw. i Społ. 1929, 9, 5 — 6; 1931, 13, 5 — 6; P. A. M. W. 1927, 4; 1931, 4; Lek. Wojsk. 1927, 10, 2; Journ. de Phys. et Path. gén. 1932, 30, 2. Gobel F. i Gnoiński H. Med. Dośw. i Społ. 1927, 8, 1 — 2. Govaerts M. P. Bull. Acad. Méd. belg. 1924, 1, 54; 1927, 13, 356. C. R. S. Biol. 1924, 40, 363; Pr. Med. 1924, 96, 950. Hagedorn, cyt. wg. Baera. Howe P. E., J. biol. Chem. 1921, 49, 109. Iscovesco A., Pr. Med. 1925, 41, 783. Itelson J., P. A. M. W. 1925, 1, 107. Itelson J. i Kocen M., P. A. M. W. 1928, 1, 53 i 1932, 1, 55. Iversen i współpracownicy. Kl. Wschr. 1928, 42; 1929, 4, 7 i 23. Kenkure, Takaaki Nakaya, Seiji Murakami i Shigeo Okinaka. Kl. Wschr. 1933, 12, 454. Kostrzewski J. P. G. Lek. 1929, 37 — 38. Kostrzewski J., Przybylska A. i Godlewski Z., P. G. Lek. 1931, 38. Krogh A. Anatomie u. Phys. d. Capillaren. Berlin. Springer. 1929. Krogh A. i Nakarawa F. Bioch. Zeitschr. 1927, 188, 241. Krüger i Schau-Kuang-Li. Z. f. exp. Med. 1928, 58, 444 i 456. Kylin E. Klin. Wschr. 1931, 29, 1351; 1931, 22, 1034. Labbé M. i Boulin R. Pr. Med. 1931, 94, 1725. Landsberg M., W. Arch. Inn. Med. 3, 167. Leiter L. Arch. int. Med. 1931, 48, 1, oraz wg. J. Am. Med. Ass. 95, 25, str. 1914. Loebl J. Proteins and the theory of colloid behavior. New York. 1922. Malkin S. J., Klin. Wschr. 1930, 12 551; 1931, 36, 1669. Malkiewicz Z., P. A. M. W. 1929, 2, 109. Mayrs L. B. Quart. J. Med. 1926, 19, 273. Meyer P., Z. f. Kl. Med. 1930, 115, 647. Mutermilch S., Herchenberg T. i Kuleszyna S. Medycyna 1931, 24. Nonnenbruch, wg. Kylina. Oelkers H. A., Z. f. Klin. Med. 1931, 115, 863; Arch. exp. Path. u. Pharm. 1931, 160, 9; Z. f. exp. Med. 1931, 78, 156; Klin. Wschr. 1931, 32, 1499. Oehme, wg. Kylina. Paschkis K., Klin. Wschr. 1929, 28, 1293. Pokorny G., P. A. M. W. 1926, 4. Rasmussen i Rehberg, wg. Baera. Rona P. i Oelkers H. A. Bioch. Zeitschr. 1930, 217, 50. Runge H. i Kessler R. Arch. Gynäk. 1925, 126, 45. Schade H. Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilkunde. 1927, 32, 425. Serr H. Graefes Arch. 1924, 114, 393. Sochański H., P. G. Lek. 1927, 21 — 22. Sörensen wg. Krogha. Starling E. 11. J. Physiol. 1896, 19, 312; 1899, 24, 317. Sterling S., P. A. M. W., 1926, 3, 512. Stübel. Pfl. Arch. 185. Svedberg wg. Krogha. Trzebiński J., P. A. M. W. 1926, 4. Uryson. P. G. Lek. 1926, 2; W. Cza. Lek. 1925, 11. Vaquez. Hypertension. Congrès franc. de médecine. Paryż 1904. Maladies du coeur. Paryż. 1928. Vaquez i Leconte. Paris Med. 1921, 27. Waller K. P. G. Lek. 1932, 40, 729. Węgielko J., P. A. M. W. 1924, 1 i 3.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Odczyn Henrygo w rozpoznawaniu zimnicy.

Podał

Leonard CHWAT (Paryż).

Praktycznym wynikiem klasycznych prac Laverana, Grassiego, Manzona, Rossa było umożliwienie klinicytom rozpoznania niewątpliwe-

go, opartego na bezpośrednim stwierdzeniu „causae morbi” w preparacie mikroskopowym, barwionym wybiórczo. Mimo to jednak kwestja dagnostyki zimnicy nie została rozwiązana ostatecznie. W okresie międzypadowym, przy małej liczbie plazmodyj, w zimnicy przewlekłej, stwierdzenie pier-

wotniaków w krwi obwodowej jest rzeczą trudną, niekiedy wręcz niemożliwą. Wzór Schillinga lub objaw autoaglutynacji krwinek mogą służyć jako pomocnicze fakty rozpoznawcze, dalekie przecież od swoistości. Badania serologiczne w malarji, rozpoczęte stosunkowo późno przez Abramiego, Thomzona, Row i in. dały tak sprzeczne i niepewne wyniki, że praktyczne ich wykorzystanie było raczej aktem kurtuazji wobec osób badaczy, niż metodą djagnostyczną. Wykryciu swoistego przeciwciała stały na przeszkodzie trudności hodowli pierwotniaków oraz złożoność ich antygeny. Dopiero w ciągu ostatnich lat wykazano, że surowicę zimniczą cechuje szereg zmian humoralnych wspólnych częściowo innym hemoprotocoom (*trypanosoma, leishmania, piroplasma*), a w części tak charakterystycznym dla zimnicy, że próba wykorzystania praktycznego tych cech powiodła się znakomicie i dziś, w miarę rosnącej co dnia bibliografji klinicznej, zdobywa sobie całkowite i zasłużone uznanie. Pasożyty zimnicy mają szczególną własność wytwarzania w ustroju względnie swoistego barwnika-melaniny. Fakt ten stał się źródłem prac Rocchiego oraz Henryego, którzy wykazali, że zmiany, powstające w surowicy pod wpływem pigmentu malarycznego, mogą być wywołane przez odczyn śródskórny z melaniną (odczyn Rocchiego), lub przez strącenie zawiesziny melaninowej pod wpływem surowicy zimniczej (odczyn Henryego). Odczyn Rocchiego, podany w r. 1930, polega na zastrzyknięciu doskórkiem 0,5 cm. melaniny, zawieszony w roztworze węglanu litu. Odczyn ten jest ujemny u 76% malaryków, natomiast daje 82% dodatnich wyników u osób niezakażonych zimnicą. Mimo to odczyn Rocchiego nie zdobył sobie laurów klinicznych, gdyż wspomniany odczyn Henryego odznacza się większą wartością rozpoznawczą. Przedstawiona w r. 1927 na Kongresie w Constantine, praca Henryego nie znalazła zrazu większego rozgłosu. Dopiero od trzech lat zaczęła wzrastać liczba badań (przeważnie francuskich i włoskich), związanych z tym odczynem. Nawet dziś jeszcze odczyn Henryego jest dziwnie niepopularny w literaturze angielskiej i niemieckiej (jedyna praca Kappusa z Hamburga). W nowym podręczniku interny Bergmanna poświęcono mu trzy wiersze... petitem.

A przecież obfity już materiał statystyczny (Bourdellis, Adida, Chorine, Henry i in.) pozwala ocenić kliniczną wartość odczynu na 90% do 100% dodatnich wyników w rozpoznawaniu zimnicy. W paryskim Instytucie Pasteura, w ambulatorjum dla chorób podzwrotnikowych, odczyn Henryego, wraz z rozmadaniem krwi i „grubą kroplą“, jest stałą trjadą djagnostyczną dla stwierdzenia lub wyłączenia malarji.

Technika odczynu Henryego.

Pierwotnie odczyn Henryego składał się z dwu części t. j. ferroflokulacji, której zasadą było strącenie zawieszin wodnych dwu związków żelaza: metyloarsenianu żelaza (Metharfer Boutyego) oraz białczanu żelaza—Merck 113. Drugą częścią odczynu była melanoflokulacja z melaniną, otrzymaną z oka wołu. Ostatnio Henry uprościł technikę, odrzucając reakcję z metharferem,

z powodu małej czułości. Obserwacje, poczynione w laboratorjum prof. Marchoux, dowiodły, że odczyn melaninowy jest najbardziej czuły i stały, toteż w wymienionej pracowni ferroflokulacji nie stosuje się zupełnie. Opuszczając zatem opis ferroflokulacji, zajmiemy się jedynie techniką odczynu melaninowego.

Przygotowanie melaniny. Z świeżych oczu wołu, po usunięciu soczewki, zdrapuje się ostrą łyżeczką pigmentowaną warstwę naczyńki i resztę ciała szklatego. Do gęstawego płynu dodaje się dwukrotną objętość wody destylowanej z dodatkiem 0,5% formolu oraz silnie rozciera. Część albumin ulega strąceniu. Po 3—4 godzinach sączy się przez filtr z szklanej waty i brunatny przesącz wiruje 5 minut przy 4000 obrotów. Płyn zlany z nadosadu, gotowy jest do użytku dopiero po jednomiesięcznym pozostawieniu go w chłodni. (Co tydzień należy naczynie silnie wstrząsnąć). Otrzymany w ten sposób brunatnawy, prawie przejrzysty płyn jest macierzystym roztworem melaniny.

Wykonanie odczynu. W czterech dużych probówkach należy uprzednio przygotować następujące roztwory.

- I. 1 ccm macierz. roztworu melaniny + 9 ccm³ wody dest. zalkalizowanej w ilości 2,5% 1/100 normalnym Na OH. (250 gr. H₂O + 0,625 gr. N₂OH N/100).
- II. 1 ccm 5% formolu + 9 ccm wody dest. zalkalizowanej, jak wyżej.
- III. 1 ccm. macierz. roztworu melaniny + 9 ccm. 3⁰/₀₀ roztworu Na Cl zalkalizowanego, jak wyżej.
- IV. 1 ccm 5% formolu + 9 ccm 3⁰/₀₀ roztworu Na Cl zalkalizowanego, jak wyżej.

(Dodatek 0,5% formolu do probówek II i IV służy do wyrównania obecnego w zawieszynie melaninowej roztworu formolu. Alkalicacja ma na celu zneutralizowanie ewentualnego zakwaszenia przez formol).

Właściwy odczyn wykonywa się w czterech probówkach (jak do Wassermana), oznaczonych literami A B C D według zawartości.

- A = 1 ccm roztworu I + 0,2 surowicy badanej.
 B = 1 ccm „ II + „ „ „
 C = 1 ccm „ III + „ „ „
 D = 1 ccm „ IV + „ „ „

Dla kontroli możliwej autoflokulacji melaniny służy dwie probówki T₁ oraz T₂, zawierające:

- T₁ = 1 ccm roztworu I + 0,2 soli fizj.
 T₂ = 1 ccm roztworu III + 0,2 soli fizj.

Po rozlaniu miesza się zawartość przez wstrząśnięcie, korkuje dopasowanym koreczkiem i wstawia na 2 godziny do ciepłarki przy 37°. Po wyjęciu z termostatu należy statyw pozostawić 20 minut w temperaturze pokojowej, poczem można odczytać wynik. Odczyn dodatni (zwykle bardzo wyraźny) cechuje się przez duże brunatnawe grudki zlepionego barwnika w probówce A oraz drobniejsze zwykle w probówce C.

W odczynie ujemnym pierwotna, zleka rdzawo opalizująca barwa płynu pozostaje bez zmiany.

Odczyn wątpliwe (niezbyt częste) należy interpretować krytycznie i raczej powtórzyć próbę.

Porównanie probówek B i D służy do równoczesnego stwierdzenia, czy dana surowica nie

kłaczkuje w wodzie destylowanej (superflokulacja). Fakt ten, zaobserwowany przez wielu autorów, jest spowodowany znacznym, często, uchwienieniem surowicy zimniczej, zwiększającym się w miarę liczby i natężenia napadów chorobowych. Superflokulacja nie jest bynajmniej charakterystyczna dla malarji, gdyż daje się stwierdzić również często w surowicy kiłowej, ale zjawisko to mówi nam o znacznych zaburzeniach równowagi koloidowej danej surowicy.

W tym wypadku strącenie melaniny w próbówce A może być objawem wtórnym, a wówczas tylko porównanie próbek C i D (odczyn w 3⁰/₀₀ soli) jest miarodajny dla oceny wyniku. Dokładne ilościowe mianowanie odczynu Henry'ego może być wykonane w fotometrze Vernes-Brieg-Yvona, przyczem odczyn ponad 54 cechuje się jako dodatnie.

Fotometr jednak jest przyrządem drogim i w Polsce mało używanym. Dla bieżącej pracy klinicznej zupełnie wystarcza odczytywanie bezpośrednie, w świetle przechodzącym. Można też użyć aglutynoskopu.

Bardzo interesujący jest przebieg odczynu Henry'ego w miarę rozwoju sprawy chorobowej. Już Henry zwrócił uwagę, że w okresie napadu odczyn melaninowy wypada stale ujemnie. Obserwacja ta posłużyła Henry'emu do skonstruowania teorii endogenów malarycznych, o której mowa będzie niżej. Dokładne dane o przebiegu odczynu podał Chorine. Z badań jego wynika, że odczyn melaninowy wypada dodatnio już 3-4 dnia po zakażeniu, w miarę postępu choroby natężenie odczynu wzrasta się i w czasie 6-7 napadu dochodzi do szczytu. Terapia chinowa w ciągu 10 dni nie wpływa na odczyn, po upływie tego zaś czasu natężenie odczynu słabnie i po 30-50 wypada ujemnie. Chorine potwierdza obserwacje Henry'ego co do ujemnego odczynu w czasie napadu, dodaje jednak, że już w cztery godziny po *stadium acme* odczyn Henry'ego wypada dodatnio.

Kłaczkowanie surowicy w wodzie destylowanej wzrasta również w miarę liczby napadów, ale wzrost ten jest znacznie wolniejszy. Oba zjawiska biegają prawie równolegle, ale nie są bynajmniej identyczne (Chorine, Treuss). O ile superflokulacja jest dowodem niespecyficznego zaburzenia równowagi koloidowej, o tyle odczyn melaninowy cechuje dość znaczną swoistość.

Jak już wspomniano, odczyn Henry'ego wypada dodatnio (w okresie międzypadowym) u 90-100% chorych na zimnicę, bez względu na rodzaj pasorzyta i przebieg ostry czy przewlekły.

Odczyn dodatnie w innych schorzeniach są przeważnie niezbyt silne i często zależą od wadliwego przygotowania melaniny. Zawsze jednak należy mieć na uwadze, że pewien odsetek surowic kiłowych strąca melaninę. Poza kiłę zdarzają się odczyny Henry'ego dodatnie w trypanozomiazie, kala-azar, durze płamistym i białaczce szpikowej (1 przypadek). Bourdellis i Kappus zwracają uwagę na dodatnie odczyny, występujące niekiedy z surowicą żółtaczkową. Wszystko to zmniejsza walory dajdagnostyczne odczynu Henry'ego bardzo znacznie, gdyż kliniczna elimina-

cja wymienionych schorzeń nie nastrocza zwykle trudności.

Znaczenie ujemnego odczynu jest większe, gdyż pozwala z dużą pewnością usunąć kwestję malarji z rozpoznania różniczkowego danego przypadku.

Mechanizm odczynu Henry'ego.

Mimo swą, trwałą już, wartość praktyczną istota odczynu Henry'ego oraz kwestja jego swoistości serologicznej dalekie są od rozwiązania. Narzuca się tu mimowoli analogja z odczynem Wassermann'a, analogja, wynikająca nietylko z podobieństwa komentowania tych dwu odczynów, ale mająca też swoje głębsze uzasadnienie istotne. Mimo to, że prace nad odczynem Henry'ego nie są zbyt liczne, można stwierdzić istnienie dwu zasadniczych teoryj: t. j. teoryj swoistości antyendogennej Henry'ego oraz teoryj fizyczno-chemicznej Treussa i Leger. Teoryja Henry'ego oparta jest na nieudowodnionej, zresztą, eksperymentalnie koncepcji, że melanina, wytwarzająca się jako produkt metabolizmu pasorzytów zimnicy, oraz pigment żelazisty rozpadłych krwinek są antygenami (endoantygenami) i wywołują swoiste przeciwciała (antyendogeny), aglutynujące melaninę (nawet obcogatunkową), względnie zawierającą organicznych soli żelaza. Hipoteza ta podobna jest w zarysie do koncepcji autoprzeciwciał kiłowych Weila-Brauna-Sachsa. Brak danych doświadczalnych jest brakiem argumentu za melaniną jako haptentem, aktywowanym do pełnowartościowego antygeny, jak to się dzieje z lipidami tkankowymi w myśl Klopstocka. Spekulatywnym, raczej, dowodem teoryj Henry'ego, poparty przez Bourdellis'a, ma być ujemny odczyn w napadzie, a to skutkiem nasycenia przeciwciał przez krążące wówczas w nadmiarze antygeny.

Teoryja fizyczno-chemiczna, wysunięta przez Treussa i Leger, oparta jest na paraleli między natężeniem odczynu melaninowego a superflokulacją surowicy w wodzie destylowanej. Tłumaczą oni odczyn dodatni przewagą frakcji euglobulinowej (nierozp. w wodzie) w surowicy zimniczej. Odmawiają w ten sposób odczynowi Henry'ego wszelkiej swoistości serologicznej, nie uchybiając, zresztą, jego wartości klinicznej.

Teoryja ta, mająca również dopiero charakter szkicowy, byłaby podobna do fizykalnego aspektu odczynu Wassermann'a, którego twórcami są Landsteiner i Friedemann, a która została w swoim czasie opracowana przez Hirsfelda i Klingera.

Niedawno ukończona (w druku obecnie) interesująca praca Chorine i Gillier dowodzi również braku swoistości odczynu Henry'ego, stawiając zaburzenia stężenia drobinowego surowicy w rzędzie najważniejszych czynników. Melanina odgrywałaby jedynie rolę doskonale czułego indykatora. Podobne są też założenia własnej, będącej w toku pracy.

Odczyn melaninowy Henry'ego stał się już uprawomocnioną metodą dajdagnostyczną w klinice zakaźnej i tropikalnej. Używany jest też coraz bardziej jako wskaźnik rozpoznawczy i kontrolny w szeroko dziś stosowanej malarjoterapii. Odsłonił również nowe tereny pracy naukowej,

a wolno myśleć, że zastanawiająca obustronna wspólnota serologiczna między malarją i kiłą może do rozwiązania skomplikowanego zagadnienia odczynu **Wassermann'a**

PIŚMIENICTWO.

De Bourdellis: Revue Médicale Française. Mars. 1933.
Chorine: Rivista di Malariologia. XI,3,1932, tamże prawie kom-

pletną bibliografją. Chorine: Bulletin de la Soc. de Path. Exot. T. XXVI. 2, 1933. Chorine et Gillier. Cptes Rend. Ac. J. Scienc. T. 197. 1933. — Treuss-Jarden. Bull. Soc. Path. Exot. T. 26. 1933, p. 442. — Treuss-Jarden. — Bull. Soc. Path. Exot. T. 25, 1932, p. 410. — Lavergne-Monier. — Bull. Soc. Path. Exot. T. 24. 1931, p. 539. — Henry. — II Congrès du Paludisme. Alger. — Henry. Medecine, 1932 decembre.

Oceny książek

Prof. Dr. Jan SZMURŁO, dyrektor kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana-Bałorego. **Choroby ucha.** Podręcznik dla lekarzy i studentów ze 163 rysunkami w tekście 3 tablicami barwnymi. Wilno 1933. Wydawnictwo Koła medyków.

Dziesięć lat pracy prof. Szmurły na stanowisku kierownika kliniki chorób gardła, nosa i uszów wydały piękny owoc w postaci czterech niepośledniej wartości podręczników naukowych. Opracowane tu zostały: 1) Choroby nosa i jamy nosowogardłowej, 2) Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku, 3) Choroby krtani i tchawicy i na zakończenie 4) Choroby ucha. Opracowanie takiego kompletnego podręcznika otorynolaryngologii stanowi prawdziwą zasługę prof. Szmurły, za którą liczni jego uczniowie, jakoteż i lekarze praktycy, a nawet specjaliści powinni mu być szczerze wdzięczni. Dawniejsze bowiem podręczniki Taczanowskiego, Teodora Heimana i Zebrowskiego z dziedziny chorób ucha nie mogły zadowolić terażniejszych potrzeb studenta, a tembardziej lekarza specjalisty: książka Taczanowskiego ma już przeszło pół wieku, podręcznik zaś Heimana, chociaż względnie nowy, bo napisany około 20 lat temu, ma już także poważne luki, a przytem ze względu na wielkie rozmiary swoje, nie nadaje się dla studentów. Mniej więcej to samo dotyczy podręcznika Zebrowskiego. Dział chorób jamy ustnej, gardła i nosa reprezentowany jest w piśmiennictwie polskim przez podręcznik Śędzika także z czasów odległych, bo sięgających lat blisko 40 wstecz, a przytem, jako owoc doświadczenia bardzo młodego lekarza specjalisty, nie może być poważnie brany w rachubę. Pozostaje jeszcze podręcznik Herlinga z przed lat dwudziestu kilku, traktujący tylko o metodach badania i leczenia chorób krtani. Zaden więc z wydanych w ciągu ubiegłego półwiecza podręczników nie był kompletny, a wszystkie nie odpowiadały już potrzebom i wymaganiom współczesnym. Nie jest więc przesadą zdanie, że prof. Szmurło dobrze zasłużył się rodzimemu piśmiennictwu naukowemu przez wzbogacenie go dziełem, obejmującym całość nauki o chorobach jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, nosa i uszów. Jak i o dawnych, tak i o obecnej 4-cj części podręcznika można było z góry powziąć sąd pochlebny w przekonaniu, że długoletnie doświadczenie autora, nabyte już przed objęciem katedry, a tembardziej wzbogacone w ciągu ostatnich lat 10 obfitym materiałem kliniki wileńskiej, nie zawiedzie go przy pisaniu książki. Istotnie, trudno jest wymagać od krótkiego podręcznika lepszego i bardziej celowego opracowania, niż obrane przez autora. Część ogólna obejmuje anatomję, fizjologję, patologję, symptomatologję i terapię ogólną oraz metody badania narządu słuchowego. Wiadomości, tu podane, czynią w zupełności zadość potrzebom studenta i początkującego specjalisty, a że podane są w formie jasnej, więc łatwo wdrażają się w pamięć czytelnika. W części specjalnej, obejmującej choroby wszystkich 3 części narządu słuchu, zwracają uwagę liczne trafne uwagi praktyczne, zaczerpnięte z własnego doświadczenia autora. Jeżeli zaś tu i owdzie tra-

fiają się jakie usterki, to są one tak drobne i mało znaczące, że wspominać o nich nie warto. Bardzo słusznie włączony tu został rozdział, traktujący o głuchoniemocie, o dzieciach z tępym słuchem w szkole, o chorobach narządu słuchowego w służbie wojskowej oraz o ocenie lekarskiej po uszkodzeniach ucha. Wiadomości te podane są w postaci bardzo skondensowanej, ale, jako przeważnie nie napotykane w podręcznikach otjatrji, zasługują na wyróżnienie. Wreszcie podnieść należy wyraźny postęp w dbaniu o szatę zewnętrzną książki: druk, papier, a nadewszystko rysunki i tablice barwne stoją już na poziomie wysokim. Nie zaprzeczając wielu zalet pierwszym 3 częściom podręcznika prof. Szmurły, uważam choroby ucha za najlepszą część całego dzieła.

Z. Srebrny.

Patrick WATSON-WILLIAMS. **Chronic nasal sinusitis and its relation to general medicine (chronic sinusitis and systemic sepsis).** Nakł. John Wright and Sons. Ltd. Wyd. II Bristol 1933. Cena 15 szyl. ang.

Treść książki stanowią zapalenia jam obocznych nosa, jako źródło zakażenia ogólnego i powikłań miejscowych. Poglądy swe opiera autor na badaniach anatomo-patologicznych, świadczących o przenikaniu zarazków ropotwórczych do narządów sąsiednich drogą przestrzeni chłonnych i naczyń krwionośnych. Między innymi wykazana jest tu droga w stosunku do opon mózgowych, szczególnie ze strony zatoki klinowej. Na zasadzie tych badań oraz przebiegu choroby dochodzi autor do wniosku, że pewne stany chorobowe przysadki i mózgu włącznie ze schorzeniami psychicznymi mogą być następstwem przewlekłych zapaleń zatok nosowych i ulegać wyleczeniu na drodze interwencji chirurgicznej. Podzielając pogląd Rossenowa w sprawie powinowactwa poszczególnych szczepów paciorkowcowych do pewnych narządów, rozszerza autor ten pogląd i na produkowane przez nie toksyny, których tropizm odpowiadać ma tropizmowi samych paciorkowców. Rozpoznanie opiera autor na dokładnym zbieraniu wywiadów oraz na nakłuwaniu, względnie zgłębnikowaniu i płukaniu zatok. Otrzymany stąd materiał zostaje badany bakterjologicznie, a jego wynik odpowiednio zużytkowany. — Pod względem operacyjnym daje autor pierwszeństwo zabiegom wewnątrznosowym, posługując się przy tem narzędziami własnego pomysłu. — Końcowy rozdział poświęcony jest sprawie agranulocytozy i zakażeń mieszanych. Agranulocytozę zalicza autor nie do posocznicy ogniskowej (*focal sepsis*), lecz do posocznicy końcowej lub następczej, t. j. będącej następstwem innej choroby. Zakażenie mieszane upatruje autor w zapaleniu zatok grypowym, w zapaleniu płuc grypowym, w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, zapaleniu mózgu śpiączkowym i grupie schorzeń kostnych. Doskonale opanowanie przedmiotu, umiejętny podział materiału, wybornie wykonane liczne rysunki i piękne wydanie książki czynią jej lekturę nie tylko pożyteczną, ale i nader przyjemną.

Z. Srebrny.

Wskazówki praktyczne

J a k o b o v i t s poleca bardzo *Neohexal* (heksametylentetramina związana z kwasem sulfosalicylowym) w przypadkach *ostrego zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych*. Srodek ten jest dobrze znoszony, nie wywołuje krwawień, ani dolegliwości żołądkowych. Dawka dla dorosłych 3 razy dziennie po 2 pastylki — dzieci odpowiednio do wieku mniej. (W. m. W. 1934, N. 8).

—o—

E. S e i t z radzi w przypadkach *ropnia płuc* postępować odpowiednio do wyniku badania rentgenologicznego: jeżeli badanie to wykrywa istniejące już połączenie z oskrzelem, to wystarcza leczenie wewnętrzne z zachowaniem przez chorego pozycji *Q u i n c e g o*; jeżeli zaś komunikacji z oskrzelem niema, to pomaga tu często odma sztuczna, w braku zaś wyniku dodatniego wskazane jest leczenie chirurgiczne. (Ztbl. inn. Med. 1934, N. 7).

—o—

W *zapaleniach oskrzeli grypowych i zapaleniu płuc włóknikowem* stosuje *Z a p e l* z doskonałym wynikiem *zastrzykiwania 20% wapnia*. Szczególnie podnosi *Z.* działanie przeciwwzapalne i przeciwwysiękowe, dobroczynny wpływ na serce i krążenie obwodowe, podobny do działania naparstnicy i dobre znoszenie tego leczenia. 20% roztwór działa szybciej, niż 10%. Żadnych skutków ujemnych *Z.* nie widział. (D. m. W. 1934, N. 6).

—o—

Lacarnol, wyciąg z narządów wewnętrznych, zawierający substancje rozszerzające naczynia krwionośne, stosował z dobrym wynikiem *S k u r s k y* w napadach *dławicy pierśsiowej, w chromaniu na tle miażdżycy tętnic* i w stanach, połączonych z *oddechem Cheyne-Stokesa*. Szczególniej podkreśla *S.* wpływ *lacarnolu* na *oddech Cheyne-Stokesa*. Dawka doustna wynosi 30 kropeł 2 — 3 razy dziennie. (W. m. W. 1934, N. 7).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dn. 21 grudnia 1933 r.

Obecnych 26.

Przewodniczył *S r e b r n y*.

O d c z y t:

Dr. *Stefan K r a m s z t y k*. *O patologii kultury* (będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

D y s k u s j a:

Dr. *G. B y c h o w s k i* wyraża uznanie prelegentowi za poruszenie tak aktualnych i doniosłych zagadnień. Zwraça uwagę na trudności metodyczne, które polegają na konieczności ustalenia pewnych norm i kryterjów, podług których przejawy kultury mogą podlegać ocenie z punktu widzenia patologii. Historia nauki wskazuje na to, że wartościowanie dowolne prowadzi tutaj do jaskrawych nadużyć: podczas wielkiej wojny Niemcy stworzyli pojęcie psychopatji galijskiej, analogicznych przykładów możnaby przytoczyć cały szereg. W chwili obecnej widzimy znowuż służalczość nauki niemieckiej, a w każdym razie wielu jej przedstawicieli wobec panujących hasel politycznych. Za kryterjum wartościowe można przyjąć pewien ideał człowieka jako takiego. Nie odmawiając znaczenia poruszonemu przez prelegenta momentom z psychologii jednostek, należy jednak zwrócić przedewszystkiem uwagę na problemy psychologii mas, dla której w dzisiejszym rozumieniu tego pojęcia położył podstawy *F r e u d* w dziele: „O psychologii mas i analizie jaźni”. Możemy wtedy zrozumieć ruchy społeczne i polityczne z całą ich irracjonalnością. Mówca wspomina tutaj o własnych pracach z dziedziny patologii kultury, które dotyczyły pewnych kierunków w sztuce oraz t. zw. antropozofji. Zasadniczą rolę odgrywa tutaj stosunek człowieka do rzeczywistości, tendencja do regresji, do prądów mistycznych i magicznych. Mówca porusza dalej sprawę przewagi techniki i jej wpływu na człowieka współczesnego (*J a s p e r s*) oraz znaczenie popędów destrukcyjnych, bez których wychowania i uwznioślenia nie można myśleć o istotnej zmianie we wzajemnych stosunkach pomiędzy narodami (autoreferat).

Mec. *Ł y p a c e w i e z* podkreśla, że trudno jest rozgraniczyć, co jest normalne, a co patologiczne. Socjologia jest nauką nową, nieustaloną co do metod i kierunków. *C v e r* o powiedział o kierunkach filozoficznych, że tylko Bóg wie, który jest prawdą, a trudno też jest stwierdzić, który z nich jest najbliższy prawdy. Wszelkie ruchy światowe były patologiczne. Osobników, kierujących państwami, nie bada się pod względem patologicznym. Na świecie panuje w dalszym ciągu epoka barbarzyństwa. Ważne jest, że w dziedzinę tę zaczyna wkraczać medycyna, która może potrafić ustalić, co można w tej dziedzinie zrobić i jak leczyć.

Dr. *C h m i e l e w s k i* zastanawia się, czy nie następuje zanik cywilizacji zachodniej. Upadek dobrobytu, zbro-

niczość, zboczenia przypominają wypadki ze średniowiecza, z okresu wojny 30-letniej. Są to przejawy organizmu starczego, skazanego na zagładę. *Oskar S p e n g l e r* oryginalnie ujmując tę sprawę: każda grupa narodu dochodzi do swego przeznaczenia i umiera wskutek własnej niemocy. Zmierzch cywilizacji można przestudjować na historii Rzymu. Kultura jest tem, co naród rozwija, cywilizacja — jest czemś duchowo skostniałym. Kultura skończyła się u nas, cywilizacja może długo przetrwać. Lekarze są mało predysponowani do myślenia filozoficznego. Społeczeństwo jest bardzo skomplikowane: analogie są tutaj bardzo często powierzchowne. Wiele ludzi bywali syfilitkami (np. *L e n i n*).

Dr. *St. H i g i e r* uważa, że obiektywizm lekarskiego sposobu myślenia wymaga, aby ściśle określić, na czem polega patologiczność jakiegoś zjawiska, odbiegającego od normy, równie ściśle dającej się stwierdzić odpowiednimi cechami jakościowymi lub ilościowymi. Prelegent nie postarał się o ustalenie cech na zasadzie których rozpoznał patologię zjawiska kultury współczesnej. Poza to nie określił, czy chodzi mu o patologiczność samej kultury wogóle, czy o zwyrodnienie kultury w obecnej epoce, czy o wpływ patologicznej kultury na jednostkę, czy, wręcz odwrotnie, wpływ patologicznej jednostki na kulturę i historję. Są to sprawy zupełnie różne. Doszukiwanie się patologii w kulturze nowoczesnej wynika z egocentrycznego ujmowania spraw przez jednostki, pokrzywdzone przez obecną rzeczywistość historyczną; obiektywnych podstaw do stwierdzenia upadku lub zwyrodnienia kultury w skali wszechświatowej się nie stwierdza. Koncepcje *S p e n g l e r a* ściśle się wiążą z nastrojami porażki wojennej społeczeństwa niemieckiego. Przecistawianie wybitnych indywidualności dawnych epok (jako świadczących o ich cywilizacji) indywidualnościom twórczym, jakoby o wiele niklejszym, dzisiejszej epoki nie wytrzymuje krytyki. Współczesność pochwalić się może takimi tytanami myśli, jak *C r o c e*, *P l a n k*, *B e r g s o n*, *E i n s t e i n*, *O r t e g a* — nie ustępującymi wielkim filozofom i myślicielom dawnych czasów. Równie fałszywym jest wyodrębnienie z całości nowoczesnej cywilizacji jakiejś pojedynczej funkcji lub zjawiska (np. reklamy, komunikacji i t. d.) i imputowanie mu przerstu patologicznego. Wpływ patologiczny kultury nowoczesnej na jednostkę jest przesadzony; pod pewnymi względami kultura nowoczesna jest „zdrowsza” dla jednostki, niż fin de siècleizm dla pokolenia dnia wczorajszego. Jedyny istotnie patologiczny wpływ ma kultura współczesna na inne kultury — plemion „pierwotnych”, afrykańskich, amerykańskich i t. d. (autoreferat).

Dr. *S z w a r c* nie podziela zdania co do patologii kultury, obecnie znajdujemy się w okresie depresji. Naogół lekarze nie znają się na socjologii i nie umieją myśleć kategorjami społecznymi.

Dr. *K n a p p e* podaje swoją definicję pojęć „cywilizacji” i „kultury”. Podług mówcy, cywilizacją (od łacińskiego wyrazu *civis* — obywatel) nazywa się ten postęp społeczny, który wyraża się w nadaniu praw obywatelskich sferom, które

tych praw nie posiadały. Postępem cywilizacyjnym nazywać należy zniesienie niewolnictwa, nadanie praw kobiecie i dziecku, zrównanie pod względem praw obywateli niezależnie od ich pochodzenia, narodowości i wyznania, nawet nadanie praw zwierzętom (prawo do życia i ochrony przed cierpieniami), zdobycze praw sfery robotniczej i t. d. Kraj jest cofnięty pod względem cywilizacji, jeżeli kobieta jest upośledzona, jeżeli niewzruszeni obywatele korzystają z praw wyborczych i t. d. Kulturą danego kraju nazywać należy jego urządzenia społeczne, które wymagają stałego czuwania nad ich dobrym stanem (kultywowania), a więc: szkolnictwo, sądownictwo, wojsko, rolnictwo, przemysł, handel, nauka, sztuka, komunikacja i t. d. Kraj jest cofnięty pod względem kulturalnym, jeżeli jego szkolnictwo stoi nisko, sądy są niesprawiedliwe lub stronnie, rolnictwo zaniedbane, komunikacja nierozwinięta, handel nikły i t. d. Jeżeli wyrazy kultura i cywilizacja będzie się pojmować w inny sposób, to pojęcia te będą zawsze mgliste i rozgraniczenia między niemi nie będzie (autoreferat).

Posiedzenie plenarne z dnia 18 stycznia 1934 r.

Obecnych 25.

Przewodniczył S r e b r n y.

Uczczono przez powstanie pamięć zmarłego członka Towarzystwa dra Maksymiljana L e b e n s b a u m a.

Przewodniczący odczytał zawiadomienie Biblioteki Centrum Wyszakowania Sanitarnego o nowym regulaminie i urządzeniach czytelni i wypożyczalni.

O d c z y t:

Dr. M. G r z y w o - D a b r o w s k a. *Przyczynki do psychologii i psychopatologii młodocianych samobójców według ankiety Min. W. R. i O. P. za okres 1930 — 32* (będzie drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

D v s k u s j a:

Prof. G r z y w o - D a b r o w s k i zwraca uwagę, że badania nad samobójstwami w Polsce dopiero się rozpoczynają. Materiał prelegentki obejmuje 160 przypadków samobójstw wśród młodzieży szkolnej, jest w porównaniu z innymi pracami, opartymi na kilkunastu przypadkach, bardzo duży. Przyczyny samobójstw są trudne do ustalenia ze względu na brak pewnego materiału. Mówca rozporządza materiałem, obejmującym 4000 przypadków samobójstw, badanych sądownie. Najczęstszą przyczyną samobójstwa są wzruszenia uczuciowe i afekty psychiczne, będące na pograniczu, a nawet już w zakresie patologii. Badania nad samobójcami w Hamburgu (niedoszłych samobójców umieszczano na klinice) wykazały prawie we wszystkich przypadkach ostre i przewlekłe stany psychopatyczne. Moment erotyczny odgrywa u dorosłych niedużą rolę, u młodzieży — większą, szczególnie popędy patologiczne (np. homoseksualizm); czasami jednak wchodzi w rachubę zawody miłosne, choroby weneryczne. Mówca podkreśla suggestywny wpływ gazet, podających opisy samobójstw. Niejednokrotnie wyrażane też było z najrozmaitszych stron życzenie wydania zakazu ogłaszania opisów samobójstw w gazetach, który istnieje w Rosji, we Włoszech.

Dr. S r e b r n y zapytuje, jak należy sobie tłumaczyć wypadki samobójstwa u osób, które krótko przed wykonaniem rozpaczliwego czynu były wesole, bawiły się i t. d.

W odpowiedzi Dr. G r z y w o - D a b r o w s k a stwierdza, że czasami dużą rolę odgrywa moment patologicznego afektu. Czasami plan samobójstwa bywa na długo przed jego wykonaniem opracowywany przez denata. Prelegentka wraz z wielu autorami francuskimi uważa za samobójstwo tylko odebranie sobie życia przez człowieka, będącego w pełnej świadomości swego czynu.

Posiedzenie plenarne z dnia 21 lutego 1934 r.

Obecnych 92.

Przewodniczył S r e b r n y.

Uczczono przez powstanie pamięć zmarłego członka Towarzystwa, dra Leona Z a m e n h o f a.

Przewodniczący odczytał zawiadomienie Państwowej Szkoły Higjenu o istniejącej przy niej bibliotece i warunkach korzystania z niej.

O d c z y t:

Dr. W. G o l d s z m i d t (Janusz K o r c z a k). *Dziecko w świetle teorii i praktyki*. (streszczenia nie nadano).

Dyskusji nie było.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dn. 19 stycznia 1934 r. (Presse med. N. 7, 1934) M a r c e l L a b b é i B o u l i n omawiali przypadek *śpiączki cukrzycowej insulinoopornej*. Śpiączka uległa pod wpływem insuliny wyleczeniu w ciągu 48 godzin, lecz pod jej wpływem rozwinęła się nader ostro insulinooporność, która doprowadziła do trzynastu dniach do śmiertelnego nawrotu śpiączki. Chory otrzymał ogółem 3850 jednostek insuliny bez żadnego wyniku. Jest to wyjątkowy przypadek, w którym po wstrzyknięciu insuliny nie stwierdzono zupełnie obniżenia się poziomu cukru we krwi. Przyczynę tej insulinooporności, która wystąpiła w tak ostry sposób i doprowadziła do zejścia śmiertelnego, upatrują prelegenci w ropniu, który miał pacjent.

Na posiedzeniu Szpitalnego Towarzystwa Laryngologicznego w Paryżu z dnia 18 grudnia 1933 r. (Presse méd. N. 7, 1934) M o u l o n g u e t i G o u s é mówili o *autourterapii w otolaryngologii*. Ta metoda, wprowadzona przez J a u s i o n a i P a l é o l o g u e a, polega na wstrzykiwaniu choremu jego własnego moczu, odkażonego fenosalilem, w stopniowo wzrastających dawkach 1, 2, 3, 4 i 5 cm.³ drogą podskórną. Autorzy próbowali jej u kilku chorych. Jeden przypadek uporczywego wyprysku ucha uległ zupełnemu wyleczeniu. Z pośród 6 chorych z kurczowym nieżytem nosa (*rhinitis spastica*) trzech uległo zupełnemu wyleczeniu. Niezskodliwość i prostota tej metody zasługują na wprowadzenie jej do praktyki specjalistycznej.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzieci i młodzieży w liczbach.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dokńczenie — patrz № 11).

Warunki higieniczne.

a) L o k a l.

W jakich warunkach higienicznych żyją dzieci w zakładach, o tem świadczy szereg danych.

Najważniejsza, a przynajmniej pierwsza, którą należałoby rozpatrzyć, to sprawa mieszkaniowa. Dobry może być tylko budynek własny, specjalnie na ten cel budowany. Jeżeli z ogólnej liczby pominiemy 107 zakładów, które tych danych nie podały, z pozostałych 742 zakładów mamy 36% takich, które warunkowi temu odpowiadają; 29% zakładów ma wprawdzie domy włas-

ne, ale nie specjalnie na ten cel budowane; wreszcie 35% zakładów mieści się w domach dzierżawnych.

Bardzo źle przedstawia się sprawa zaopatrzenia pod względem wody i kanalizacji: 44% zakładów znajduje się w budynkach nieskanalizowanych. Naturalnie, kanalizowanie zależy przedewszystkiem od położenia w mieście lub na wsi, i z tego powodu przeprowadzenie porównania między województwami jest niemożliwe.

Co do wielkości lokalu — sprawa ta przedstawia się bardzo rozmaicie. Mamy zakłady o lokalach bardzo małych (w 49 schroniskach i bursach oraz 3 zakładach specjalnych na jedno miejsce etatowe wypada mniej, niż 15 m.²), inne znów o lokalach niepomiernie dużych (w 13 schroniskach i 3 zakładach specjalnych na jedno miejsce etatowe wypada powyżej 100 m.²).

Największą liczbę żłobków spotykamy w grupie od 15 do 25 m.², schronisk i burs — w grupie od 20 do 35 m.²,

Tak wielkie różnice w kubaturze zakładów można wytłumaczyć tylko włączeniem lub pomijaniem poszczególnych ubikacyj do ogólnej kubatury. Również należy się liczyć z tem, że w niektórych przypadkach obliczenia kubatury przez zakład były błędne.

Jeżeli weźmiemy dane, dotyczące już nie całości lokalu, ale poszczególnych ubikacyj, a więc przede wszystkim sypialń, to okaże się, że na 36 żłobków w 7 przypadkach kubatura pomieszczenia dla niemowląt wynosi poniżej 8 m.³ na jedno miejsce etatowe (rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dn. 11 marca 1927 r. w sprawie urządzenia i utrzymywania żłobków dla niemowląt w zakładach pracy ustala normę 8,40 m.³). W dziale schronisk i burs mamy 141 zakładów, w których na jedno miejsce etatowe w sypialni wypada mniej metrów sześciennych, niż jest przewidziane na jedno niemowlę, czyli mniej niż 8 m.³, zaś największa liczba zakładów — 274 przypada na grupę od 8 do 15 m.³; tylko w 19% zakładów na jedno łóżko przypada powyżej 15 m.³. W zakładach specjalnych, które dają opiekę dzieciom, upośledzonym fizycznie lub moralnie, kubaturę sypialni poniżej 8 m.³ na jedno miejsce etatowe spotykamy w 8 zakładach.

W zakładach nowszych, które powstały po 1918 r., sprawa wielkości sypialń nie przedstawiała się lepiej. Np. na 211 nowopowstałych schronisk i burs, które posiadały kubaturę sypialń, w 31% zakładów na jedno łóżko przypada mniej niż 8 m.³, w 51% — od 8 do 15 m.³, w 18% — powyżej 15 m.³.

Gdyby wyliczenia powyższe były dokonane nie w stosunku do miejsc etatowych, lecz do rzeczywiście zajmowanych i to w okresie największego zapelnienia, ocena musiałaby wypaść znacznie gorzej.

Przechodząc do omówienia innych ubikacyj, trzeba zaznaczyć, że stosunkowo mała liczba zakładów posiada salę rekreacyjną, na 667 zakładów (schroniska, bursy i zakłady specjalne), które się w tej sprawie wypowiedziały, znajduje się ona w 216 zakładach, przy czym w 106 powierzchnia jej nie przekracza 1 m.² na jedno miejsce etatowe.

Pokój izolacyjny na 37 żłobków znajduje się w 23 zakładach, na 629 schronisk i burs — w 370 zakładach, na 43 zakłady specjalne — w 33 zakładach. Z tego wynika, że, ogólnie biorąc, w 60% zakładów można izolować przypadki ostrej choroby zakaźnej.

b) Ogrody i boiska.

Na 34 żłobki, które dostarczyły w tej sprawie danych, w 29 przy budynku zakładowym znajduje się ogród.

W grupie schronisk i burs na 552 zakłady, które dostarczyły odpowiedzi, 24% posiada ogród i boisko, 32% — tylko ogród, 16% — tylko boisko, wreszcie 29% nie ma ani ogrodu, ani boiska.

Na 35 zakładów specjalnych w 10 znajdujemy ogród i boisko, w 13 — tylko ogród, w 3 — tylko boisko, w 9 wcale ani ogrodu, ani boiska.

c) Czystość wychowanków.

Gdy przeglądamy informacje, podawane przez zakłady o czystości dzieci, uderza nas zaniedbywanie przez niektóre zakłady najprymitywniejszych wymagań czystości osobistej.

W niektórych żłobkach niemowlęta nie są kąpane codziennie; takich zakładów mamy na 39 aż 14, w tem

8, w których kąpane są tylko 2 razy tygodniowo, a w 3 zakładach raz na tydzień (!). Informację, podaną przez jeden żłobek, że niemowlęta są tam kąpane raz na 3 tygodnie, należy chyba uważać na nieporozumienie.

W zakładach dla dzieci starszych wychowankowie są wprawdzie w 28 zakładach kąpani częściej, niż raz na tydzień, ale natomiast w 87 zakładach raz na miesiąc, a nawet rzadziej, a w 54 zakładach wcale nie kąpani. I te odpowiedzi mogą okazać się jeszcze nieco optymistyczne, jeżeli uwzględnimy, że na 662 zakłady w 160 niema wcale wanien. Natryski znajdują się w 265 zakładach, w których są również i wanny, i w 15 zakładach, gdzie wanien niema, a więc w 145 zakładach niema ani wanien, ani natrysków.

Dane, zawarte w sprawozdaniach, a dotyczące częstości zmieniania bielizny osobistej i pościelowej wychowanków, potwierdzają odniesione już wrażenie, że obok zakładów, stojących na wysokości zadania, posiadamy i takie, w których warunki higieniczne są wyraźnie złe. Mamy zakłady dla niemowląt, gdzie ich bielizna osobista zmieniana jest dwa razy na tydzień lub rzadziej, mamy kilka zakładów dla dzieci starszych, gdzie wychowankowie noszą tę samą bieliznę przez dwa tygodnie. Mamy, poza żłobkami, 318 zakładów (39%), gdzie nie zmieniają oni wcale bielizny na noc.

Z y w i e n i e w y c h o w a n k ó w.

Sprawozdania zawierają dane o ilości pożywienia, przypadającego na jednego wychowanka dziennie. Ze względu na trudności w ujęciu opisowym i usystematyzowaniem sprawy odżywiania, podajemy wyniki jak następuje:

Chleba	poniżej 50 gr.	otrzymuje 1 wychowanek w 2 zakł.	
	od 100 do 200 „	„ „ „ „	„ 15 „
	„ 200 „ 300 „	„ „ „ „	„ 83 „
	„ 300 „ 400 „	„ „ „ „	„ 175 „
	„ 400 „ 500 „	„ „ „ „	„ 182 „
	i powyżej 500 „	„ „ „ „	„ 116 „
Mleka	od 0 do 1/4 litra	„ „ „ „	„ 221 „
	„ 1/4 „ 1/2 „	„ „ „ „	„ 276 „
	„ 1/2 „ 1 „	„ „ „ „	„ 74 „
	powyżej 1 „	„ „ „ „	„ 2 „
Mięsa	poniżej 100 gr.	„ „ „ „	„ 236 „
	od 100 do 150 „	„ „ „ „	„ 155 „
	„ 150 „ 200 „	„ „ „ „	„ 118 „
	„ 200 „ 250 „	„ „ „ „	„ 38 „
	powyżej 250 „	„ „ „ „	„ 12 „
Tłuszczów	poniżej 50 „	„ „ „ „	„ 455 „
	od 50 do 100 „	„ „ „ „	„ 93 „
	powyżej 100 „	„ „ „ „	„ 19 „
Cukru	poniżej 50 „	„ „ „ „	„ 440 „
	od 50 do 100 „	„ „ „ „	„ 103 „
	powyżej 100 „	„ „ „ „	„ 11 „
Jarzyń	poniżej 100 „	„ „ „ „	„ 70 „
	od 100 do 500 „	„ „ „ „	„ 287 „
	„ 500 „ 1000 „	„ „ „ „	„ 125 „
	powyżej 1000 „	„ „ „ „	„ 25 „

Mięsa naogół wychowankowie nie jadają codziennie, w największej liczbie zakładów (60%) mięso wchodzi do jadłospisu od 2 do 4 razy na tydzień. Jeśli chodzi o częstość posiłków w większości zakładów są one podawane 4 do 5 razy dziennie, mniej, niż 3 razy, nie spotykamy nigdzie.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. Wzorem lat ubiegłych odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny w czasie od 9.IV.1934 — 29.IV.1934 kurs dla Lekarzy Ośrodków Zdrowia. Program kursu załącza się. Na kurs mogą być przyjęci lekarze, którzy bądź pracują już w Ośrodkach Zdrowia, bądź też pragną się zapoznać z tym działem pracy higieniczno - lekarskiej. Wpisowe wynosi 10 zł.; uczestnicy kursu mogą korzystać z pomieszczeń bursy Państwowej Szkoły Higieny, gdzie koszt pobytu wraz z utrzymaniem wyniesie 4 zł. dziennie od osoby. Zgłoszenia należy nadsyłać do Sekretarjatu Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie, ul. Chocimska 24. Lekarze, pragnący zamieszkać w bursie, powinni zawczasu o tem zawiadomić Państwową Szkołę Higieny. Lekarzom, którzy pracują już w Ośrodkach Zdrowia, a nie mają specjalnego przeszkolenia w tym kierunku, Państwowa Szkoła Higieny będzie mogła przyznać pewną liczbę stypendjów w wysokości nieprzekraczającej 100 zł. na osobę. Podania o stypendjum z poparciem właściwej władzy kandydaci winni wnosić do Państwowej Szkoły Higieny. Do podania należy dołączyć: a) krótki życiorys, b) poświadczenie, stwierdzające charakter zajmowanego stanowiska w Ośrodku Zdrowia.

— Program kursu instruktoryjnego dla Lekarzy Ośrodków Zdrowia. Kurs ma na celu wprowadzenie lekarzy Ośrodków Zdrowia w zagadnienia, związane z pracą w tych instytucjach. Wykładowcy mają za zadanie zapoznanie słuchaczy z techniką pracy w poszczególnych działach wzorowego Ośrodka Zdrowia, zwracając szczególną uwagę na stronę organizacyjną i administrację a sprowadzając stronę naukową (kliniczną) poruszanych zagadnień do najniezbędniejszego minimum. A. W y k ł a d y. 1) Zasady ogólne organizacji i działalności Ośrodka Zdrowia 4 godziny; 2) Organizacja i działalność poszczególnych działów pracy: a) walka z chorobami społecznymi 11 godzin; b) opieka nad matką i dzieckiem 4 godz.; c) higiena szkolna 3; d) higiena otoczenia — 8; e) walka z ostrymi chorobami zakaźnymi — 2; f) szczepienia ochronne — 2; g) higiena psychiczna — 2; h) kontrola lekarska sportowa — 2; i) ratownictwo ogólne i przeciwwgazowe — 4; j) propaganda i popularyzacja higieny — 3; 3) Prace pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia — 3; 4) Ośrodki Zdrowia a opieka społeczna i ubezpieczenia społeczne — 2; 5) Administracja i biurowość Ośrodka Zdrowia — 2; 6) Seminarja dyskusyjne — 4 godziny. Razem 56 godzin. B. Z a j ę c i a p r a k t y c z n e. 1) Praktyka w Ośrodkach Zdrowia w działach: walki z gruźlicą, jaglicą, z chorobami wenerycznymi, opieki nad matką, dzieckiem i t. p. 2) Demonstracje pracy pielęgniarki na terenie. 3) Ćwiczenia z zakresu inspekcji sanitarnej. C. W y c i e c z k i d o O ś r o d k ó w Z d r o w i a. D. C o l l o q u i u m.

— KONKURS. Zwróciła się do nas fabryka chemiczno - farmaceutyczna „GEO” w Warszawie z propozycją ogłoszenia szeregu konkursów, mających na celu sprawdzenie wartości klinicznej i terapeutycznej leków w produkcji krajowej. W dążeniu do zaznajomienia ogółu lekarzy z nowymi zdobyczami lecznictwa chemicznego i uznając ważność popierania własnego przemysłu chemiczno - farmaceutycznego, redakcja naszego pisma propozycję firmy „Geo” przyjęła i w porozumieniu z nią ogłasza konkurs na temat: „Anjon rodanowy (CNS) i Teobromina w leczeniu nadciśnienia”. Warunki konkur-

su: 1) Udział w konkursie brać mogą wszyscy lekarze, uprawnieni do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem. 2) Prace muszą być oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, wykonanych w instytucji odpowiedzialnej (pracownia uniwersytecka, oddział szpitalny i t. p.), i uwzględniać piśmiennictwo polskie i obce. 3) Prace winny być napisane bardzo czytelnie (możliwie na maszynie), na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace należy nadsyłać do Redakcji Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego (Sienkiewicza 12) w trzech identycznych egzemplarzach najpóźniej do dnia 31 grudnia r. b. Razem z pracą należy przesłać zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz tem samym godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 4) Wyniki konkursu podane zostaną w pierwszym kwartale r. 1935 w Warsz. Czasop. Lek. Prace nagrodzone zostają własnością firmy „Geo”, która ma prawo ogłosić je drukiem. 5) Skład Sądu Konkursowego stanowią 4 członkowie Komitetu Redakcyjnego Warsz. Czasop. Lekarskiego i jeden przedstawiciel Działu Naukowego firmy „GEO” — z prawem kooptacji. 6) Za najlepsze prace przyznane będą 2 nagrody: I nagroda w wysokości zł. 450.— II nagroda w wysokości 250.— zł. 7) W razie, gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody pierwszej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, Sąd Konkursowy ma prawo albo ponownie ogłosić konkurs albo podzielić nagrodę na mniejsze części. Te same uprawnienia dotyczą drugiej nagrody. 8) Potrzebne do przeprowadzenia badań próby i leki wyśle Fabryka „GEO”, Warszawa, Żelazna 56, tel. 509-89.

— KONKURS na prace z zakresu dziedziczności człowieka. Polskie Towarzystwo Eugeniczne (Oddział Warszawski) ogłasza konkurs na pracę naukową z zakresu dziedziczności człowieka na następujących warunkach: 1) Praca, nigdzie dotąd drukiem nie ogłoszona, powinna być wynikiem oryginalnych, własnych badań nad dziedziczeniem: a) tego rodzaju, schorzeń lub zbroczeń konstytucjonalnych, które mogą mieć doniosłe znaczenie społeczne (np. choroby umysłowe, rak, dyspozycje gruźlicze, skazy umysłowe, wady i t. p.); b) normalnych właściwości morfologicznych, fizjologicznych (np. płodności) lub psychicznych, które są ważne ze społecznego i eugenicznego punktu widzenia. 2) Rękopis, w postaci maszynopisu dowolnej objętości, powinien być nadesłany do Polskiego Tow. Eugenicznego w Warszawie, Nowy Świat 1, najdalej do dnia 1 stycznia 1936 r. 3) Do rękopisu winna być dołączona zamknięta koperta z nazwiskiem i dokładnym adresem autora. 4) Ogłoszenie wyniku konkursu i otwarcie kopert z nazwiskami autorów nastąpi najpóźniej w kwietniu 1936 r. Dokładna data podana będzie za pośrednictwem prasy. 5) Skład jury konkursowego podany będzie najpóźniej w styczniu 1936 roku. W skład wejdą: przedstawiciele Zarządu i Rady Naukowej P. T. Eugenicznego, oraz przedstawiciele poszczególnych specjalności. 6) Ustala się następujące nagrody: Nagroda I. za najlepszą pracę w kwocie 750 zł., oraz druk w wydawnictwach P.T.E. Nagroda II. za najlepszą pracę w kwocie 250. oraz druk w wydawnictwach P.T.E. Nagroda III—wyróżnienie: druk pracy w wydawnictwach P.T.E. z nadmianiem: praca wyróżniona na konkursie Pol. Tow. Eug. (za normalnym honorarjum autorskim). Polskie Tow. Eug. zastrzega sobie prawo druku prac nagrodzonych I. i II. nagrodą, jak też i ewentualnie prac, które nie uzyskały nagrody konkursowej.

— III. Zjazd Związku Dermatologów Słowiańskich odbędzie się w Pradze w dniu 19 —

21 maja r. 1934. Tematy programowe: 1. Zastrykiwania do skórne. 2. Gruźlica skóry. 3. Układ siateczkowo - przybłonkowy a skóra. Wpisowe dla członków Zjazdu wynosi 150 kor. cz., dla ich rodzin i gości — 100 kor. cz. Zapisy przyjmuje do 1 maja sekretarjat Generalny Związku Dermatologów Słowiańskich Praha II. Vseobecna nemocnice.

— K o m u n i k a t. IX Z j a z d M i ę d z y n a r o d o w e g o Z w i ą z k u P r z e c i w g r u Ź l i c z e g o odbędzie się w Warszawie w dn. 4, 5, i 6 września b. r. Program zawiera 3 zasadnicze referaty: 1) Zmienność biologiczna zarazka gruźliczego, prof. Karwacki (Polska), 2) Postacie gruźlicy kostno - stawowej i ich leczenie, prof. Putti (Włochy), 3) Wykorzystanie poradni w leczeniu gruźlicy, prof. L. Bernard (Francja). Do tematu biologicznego zostali zaproszeni następujący koreferenci: Prof. J. Van Beneden (Belgia), prof. P. Courmont (Francja), Dr. F. van Deirse (Holandia), prof. B. Lange (Niemcy), Dr. E. Long (Stany Zjednoczone Am. P.), Dr. Y. Nedeljkovic (Jugosławja), Dr. E. Piasecka - Zeylandowa (Polska), Dr. A. Saenz (Urugwaj), Prof. K. Schlossman (Estonja), Prof. J. Valtis (Grecja). Do tematu klinicznego zaproszono następujących 10 koreferentów: Prof. F. Bezanson (Francja), Dr. O. Chievitz (Danja), Prof. E. Erbacher (Austria), Dr. Gebhardt (Niemcy), Dr. L. Hyde (Stany Zjednoczone A. P.), Dr. Maffei i Dr. Delchef (Belgia), Dr. A. J. Palmen (Finlandja), Prof. Rollier (Szwajcaria), Dr. H. Waldenström (Szwecja), Prof. A. Wojciechowski (Polska). Na liście koreferentów do tematu społecznego figurują następujące nazwiska: Dr. Th. Begtrup-Hansen (Danja), Dr. K. H. Blümel (Niemcy), Dr. K. Dąbrowski i Dr. Cz. Wroczyński (Polska), Dr. Pergus Hewat (Anglja), Prof. Ilvento (Italia), Dr. L. Koganas (Litwa), Dr. J. A. Miller (Stany Zjednoczone A. P.), Dr. M. Nasta (Rumunja), Dr. Cepulic (Jugosławja), Dr. J. Veclak (Czechosłowacja). Ponadto odbędą się odczyty: M. A. Kinsbury (Stany Zjednoczone A. P.) p. t. „Dodatkowe metody walki z gruźlicą w okręgu wiejskim o niskiej umiERALNOŚCI z gruźlicy”; D-ra Skokowskiej - Rudolf i D-ra Miłosza Grodeckiego (łącznie) „Stan walki z gruźlicą w Polsce”. Po zakończeniu Zjazdu program przewiduje 3 wycieczki: 1) do Krakowa i górskich stacyj klimatycznych (Zakopane, Szczywnica i inne), 2) do Lwowa i na Huculszczyznę i 3) do Ciechocinka, Torunia i Gdyni. — Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego („Membres Conseillers” i „Membres Titulaires”) są zaproszeni na Zjazd i nie opłacają wpisu, otrzymują oni bezpłatnie pamiętnik Zjazdu: członko-

wie ci są proszeni o nadesłanie zgłoszeń za pośrednictwem swego Rządu, lub Centralnej organizacji przeciwgruźliczej swego kraju, lub wreszcie bezpośrednio do Komitetu Organizacyjnego Konferencji — ul. Chocimska 24, Warszawa; wzgl. do Sekretarjatu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego (Boulevard St. Michel 66, Paris (VI), skąd będą one przesłane do Warszawy. Osoby, które nie są członkami Union Internationale (Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego) a pragnęłyby wziąć udział w Konferencji wpłacają określoną składkę i zgłaszają się wyłącznie za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie — ul. Chocimska 24. Każdemu członkowi Zjazdu mogą towarzyszyć osoby z rodziny, które korzystają z tych samych co członkowie ułatwień za opłatą 20 zł. Na czele Polskiego Komitetu Organizacyjnego, który działa w porozumieniu z sekretarjatem Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego stoi Dr. Eugenjusz Piestrzyński, podsekretarz stanu Ministerstwa Opieki Społecznej i Prezes Zjazdu.

— Z powodu ukazania się w handlu księgarskim dzieła zbiorowego p. t. Djetetyka przypomina kol. Maksymiljan N u s b a u m, że w r. 1897 wysła „Dietetyka” prof. J a w o r s k i e g o, a w r. ubiegłym „Dietetyka wraz ze sposobami przygotowania potraw” Dra Alfreda G a l e w s k i e g o.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

27.III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. L e ś n i o w s k i St. Z zaburzeń wegetatywnych w parkinsonizmie pośpiączkowym. 2. Z a h o r s k i W. Male ognisko chorobowe z obustronnymi objawami mózdkowymi i niedowładem nerwu błoczkowego. 3. P r o s z o w s k i W. Czynniki lecznicze Truskawca.

29.III. Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

1. K a r b o w s k i. Przypadek ropnicy pochodzenia usznego, powikłany ropniami płuc z zejściem pomysłnym. 2. K a r b o w s k i. Przypadek operacji kosmetycznej nosa. 3. T e n c e r i P i o ń s k i e r. Przypadek zgorzeli jamy ustnej i gardła na tle schorzenia nerek. 4. C e j t l i n. Przypadek ropnia głębokiego szyi pochodzenia gardłowego. 5. G o l d i n b e r g i A l t e r. Przypadek guza nasady języka leczony elektrokoagulacją. 6. Demonstracja chorych. 7. Wolne wnioski.

TREŚĆ: H. FRENKŁOWA, B. CZAPLICKI i K. ŚCIESIŃSKI. Ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia. (C. d.) Cz. II. (otjatrzyzna). — J. FLIEDERBAUM. Badania nad wpływem układu autonomicznego na wodochłonność krwi (Dok.). — L. CHWAT. Odczyn Henrygo w rozpoznawaniu zimnicy (Str. zbiór.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzieci i młodzieży w liczbach (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. FRENKEL, B. CZAPLICKI et K. SCIESINSKI. L'otite moyenne purulente chez les enfants dans la première année de vie. II partie (otologique) (suite). — J. FLIEDERBAUM. Recherches concernant l'influence du système autonome sur l'absorption de l'eau par le sang (fin.). — L. CHWAT. La réaction d'Henry dans le diagnostic de la fièvre paludéenne (Rev. gén.). — M. KACPRZAK. Les établissements tutélaires clos pour les enfants et jeunes gens en chiffres (fin.).

SAL DIETETICUM
SINE CI^o Br^o J^o N^o
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.