

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 XII

WARSZAWA, 14 LUTEGO 1935 R.

Nr. 6

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O leczeniu farmakologicznym przewlekłej niedomogi serca.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Pierwszym i zasadniczym warunkiem leczenia chorych sercowych jest konieczność współczesnego stosowania całego zespołu odpowiednio dobranych środków lekarskich i zabiegów leczniczych, mających na celu sprawienie możliwie największej ulgi wyczerpanemu sercu. Każdy z tych leków lub zabiegów z osobna nie jest częstokroć w stanie wzmocnić krążenia i dopiero synergetyczne ich działanie umożliwia osiągnięcie pożądaných wyników. Leczenie ciężko chorego sercowego można przeprowadzić konsekwentnie i na właściwych podstawach jedynie wtedy, gdy się ma możność zapewnienia choremu odpowiedniej opieki pielęgniarstwiej oraz spokoju zewnętrznego; ponadto konieczne jest ściśle spostrzeganie chorego i stałe dokładne badanie nie tylko tętna i oddechu, ale również dobowej ilości moczu, wagi chorego i ciśnienia krwi, które umożliwiają należyte postępowanie lecznicze. Wszystko to da się ze względną łatwością i bez większych kosztów przeprowadzić nawet w przeciętnych warunkach domowych. W warunkach zaś nieodpowiednich należy bezwzględnie umieścić chorego w szpitalu.

Jeszcze nie tak dawno przepisy kardiologa były dość monotonne i kończyły się przeważnie na zalecaniu naporstnicy. W ciągu ostatnich lat leczenie farmakologiczne chorób serca uległo dużym zmianom i to nie tylko dlatego, że arsenał środków leczniczych w chorobach serca powiększył się znacznie, lecz że szczegółowa analiza objawów chorobowych przyczyniła się do dokładniejszego poznania patologii serca i umożliwiła ściślej ustalenie wskazań do stosowania poszczególnych leków. Obecnie dla sposobów postępowania leczniczego można ułożyć łagodnie stopniowaną linię, równoległą do natężenia zaburzeń chorobowych, na której krańcach, jeśli idzie o leki farmaceutyczne, można umieścić niewinne krople walerjanowe lub im podobne oraz zespół strofantyny z salirganem i chlorkiem amonu.

Sztuki leczenia można się nauczyć jedynie na podstawie własnego doświadczenia i krytycznej obser-

wacji działania różnych leków na różne stany chorobowe. Umiejętność leczenia polega właśnie na dobraniu środka o sile leczniczej, możliwie najbardziej odpowiedniej dla danego przypadku i danej chwili. Nierzadko jednak zdarzają się zarówno przypadki, w których przy objawach stosunkowo łagodnych stosuje się całą ciężką artylerję naszego arsenału nasercowego, jak i przypadki ciężkie, w których traci się napróżno drogocenny czas na podawanie leków zbyt słabych. Zastosowanie właściwego leczenia pozwala często na przywrócenie wyrównania nawet w przypadkach bardzo ciężkich. Często przypadki pozornie najcięższe okazują się najwdzięczniejsze i rozchodzi się tu więcej, niż w jakiegokolwiek innej chorobie, o terapię prawidłowo uzasadnioną i świadomie dostosowaną do celu.

Poza leczeniem ściśle lekarstwowem do zespołu terapii serca należą: właściwe zachowanie się chorego pod względem trybu życia, odpowiednia dieta, a zwłaszcza ściśle ograniczenie ilości przyjmowanych płynów i soli, stosowanie środków czyszczących oraz obfity, powtarzany w miarę potrzeby, upust krwi (300—500 cm³).

Najcenniejszym choć najstarszym składnikiem nasercowego arsenału lekarskiego jest bezwątpienia naporstnica. „Któż chciałby zostać lekarzem, gdyby nie było naporstnicy” — oto stare przysłowie lekarskie dowodzące, jak niezbędnym dla większości chorych sercowych jest ten lek, który choć nie przysparza nowych sił sercu, umożliwia jednak najlepsze wykorzystanie sił istniejących.

W handlu znajduje się obecnie kolosalna liczba preparatów naporstnicy, które się reklamują, że zawierają wszystkie najważniejsze części składowe liści i są całkowicie pozbawione wszelkich składników niepotrzebnych i okazujących wpływy uboczne lub szkodliwe. Niektóre zresztą z tych preparatów istotnie wyróżniają się cennymi właściwościami. Lekarz, który poznał dobrze i wszechstronnie pewien określony dobry preparat, powinien się go stale trzymać, gdyż osiągnięte przy jego pomocy, prawdopodobnie, lepsze wyniki, niż stosując inny może równie dobry przetwórcę, lecz co do właściwości którego nie ma dostatecznie dużego doświadczenia; tem

się tłumaczy, że większość lekarzy uważa pewien przez nich najczęściej stosowany preparat za najlepszy. Osobiście uważam, że z pośród rozpowszechnionych u nas preparatów zasługują na uwagę zwłaszcza digipurat i verodigen, leki istotnie dobre i wartościowe, przy których pomocy można zawsze przeprowadzić wszelką kurację naparstnicową. Również pomyślnie jednak wyniki udaje się przeważnie osiągnąć, stosując napar lub proszek (miareczkowany).

Nie na wszystkie jednak chore serca naparstnica okazuje działanie jednakowo pomyślnie. Właściwą dziedziną leczniczego działania naparstnicy jest upośledzenie krążenia przy przerosłem sercu w stanie niedomogi. Serca anatomicznie prawidłowe i serca przerosłe lecz wydolne na naparstnicę nie reagują. Podawanie naparstnicy jest zupełnie bezcelowe, bezskuteczne, a czasem nawet szkodliwe we wszystkich czynnościowych zaburzeniach serca lub w dolegliwościach podmiotowych (ból, bicie serca, uczucie lęku), przebiegających bez objawów osłabienia mięśnia sercowego. Stałe podawanie naparstnicy przy wyrównanych wadach serca dla jego wzmocnienia jest wprost błędem w sztuce, gdyż nie znajduje ona w takim sercu żadnego punktu uchwytu dla swego działania, nie zwiększa sił rezerwowych serca i nie poprawia jego czynności. Dopóki warunki krążenia wystarczają dla stawianych im wymagań i nie powodują objawów niedomogi, dopóty niema przeważnie wskazań do stosowania naparstnicy. Jedynym wyjątkiem, w którym stosuje się stale naparstnicę nawet wobec braku objawów niedomogi, jest niemiarywość zupełna na tle migotania przedsionków. Jako prawidłowo naparstnicę należy podawać dopiero wtedy, gdy grożą lub ukazują się objawy niewyrównania. Przeciw tej zasadzie postępuje się zwykle w praktyce dość lekkomyślnie i zapisuje się bardzo często naparstnicę pacjentom z zupełnie wyrównanym krążeniem. Znam osobę, obecnie 70-letnią, nie wykazującą żadnych oznak niedomogi krążenia, która z powodu jakoby osłabienia i rozszerzenia serca przeszła od 20 lat niepotrzebnie brała bez przerwy digalen i uważała, że tylko dzięki temu utrzymuje się przy życiu. Lekarz - kardiolog o wiele częściej ma w swej praktyce sposobność do odstawiania naparstnicy niż do jej zalecania.

Dawkowanie naparstnicy należy wybitnie indywidualizować; wszelkie schematyzowanie jest szkodliwe, gdyż odczyn chorego serca na naparstnicę bywa bardzo zmienny. Działanie naparstnicy zależy raczej od stanu serca niż od wielkości dawki, przewidzieć zaś wynik akcji naparstnicy i bardzo zmiennej reakcji narządu krążenia jest bardzo trudno. Jeden i ten sam lek w pozornie jednakowych warunkach wywołuje jednak działanie odmienne; układ krążenia przedstawia z chemicznego, fizycznego i fizjologicznego punktu widzenia podłoże niesłychanie zmiennie, które warunkuje znaczną różnorodność odczynów. Ocena siły działania naparstnicy — czy dawka jest zamała, dostateczna, czy też nadmierna — jest zadaniem niełatwym lecz wdzięcznym i przedstawia sposobność wykazania znajomości sztuki lekarskiej. Nie należy mówić o dawkach małych, średnich lub dużych, lecz raczej o optymalnych dla danego chorego. Ścisłej formuły dla dawkowania podać nie można. Dla jednego chorego wystarcza dla przywrócenia wyrównania zażywanie naparstnicy w ciągu 3-ch dni w dawce 3 razy dziennie po 0,05, inny zaś w tych samych pozornie warunkach wymaga dla osiągnięcia tegoż wyniku 10-dniowego leczenia dawkami 3

lub 4 razy dziennie po 0,1 lub 0,2, czyli że w jednym przypadku może zachodzić potrzeba zastosowania 10-cio lub nawet 15-o krotnie większej dawki ogólnej niż w innym. Mam w swym spostrzeganiu chorego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej i skłonnością do obrzęków stóp, u którego dawka 0,1 dziennie zażywana w ciągu kolejnych 3 dni usuwa całkowicie objawy niedomogi; dawki jednak nieco większe lub dłużej przyjmowane powodują u tego tak pomyślnie reagującego na naparstnicę chorego zwolnienie tętna do 52, wywołują liczne skurcze dodatkowe i wpływają bardzo ujemnie na stan ogólny. Mam również pod swą opieką chorą z nadciśnieniem tętniczym powyżej 300 mm Hg na tle marskości nerek i znaczną niedomogą serca, która od 2 lat doskonale znosi lewatywki z naparu naparstnicy w dawce po 0,5 co drugi dzień.

W przypadkach, w których zachodzi istotnie potrzeba przeprowadzenia leczenia naparstnicowego dla zwalczania cięższych objawów niedomogi, należy stosować raczej dawki większe (0,3 — 0,4 *pro die*). Niebezpieczeństwa przedawkowania nie należy się przytem zbyt obawiać, gdyż częściej się zdarza, że chory cierpi z powodu dawki niedostatecznej niż nadmiernej.

Największe triumfy święci naparstnica w niemiarywości stałej na tle migotania przedsionków i działa tu poprostu jako lek swoisty. Rokowanie w przypadkach z niemiarywością stałą jest o wiele lepsze niż w przypadkach z miarowym tętnem, gdyż możemy tu liczyć na znakomity wpływ naparstnicy. W przypadkach przyspieszonego tętna należy dążyć do obniżenia jego częstości do 70 — 80 uderzeń na minutę i utrzymania stałe na tym poziomie. Dla właściwego dawkowania mają tu wielkie znaczenie wrażenia chorego. Odczuwa on najlepiej zmiany wydolności serca oraz oznaki jego wyczerpania (duszność, bicie serca, niepokoje). Z chwilą poznania tych objawów przez chorego i nabycia umiejętności oceniania wpływu na nie naparstnicy można sprawę przewlekłego dawkowania spokojnie pozostawić choremu, oczywiście, odpowiednio pouczonemu, do jego własnego uznania. Chory zwykle szybko wykrywa dawkę, przy której czuje się stosunkowo najlepiej (najczęściej w granicach 2 — 3 razy dziennie po 0,05 dobrego preparatu naparstnicowego z jednodziennymi przerwami lub — w razie potrzeby — większymi dawkami co pewien czas). To właśnie poczucie względnie najlepszego stanu okazuje się przeważnie najlepszym wskaźnikiem wielkości potrzebnej w danej chwili dawki naparstnicy. Chorzy z niemiarywością stałą mogą w ten sposób, zażywając nieprzerwanie naparstnicę, długie nawet lata żyć w zupełnie znośnych warunkach i zdolności do odpowiedniej pracy. Pogarsza im się zwykle, gdy biorą zamało naparstnicy (rzadziej wskutek przedawkowania), aby utrzymać częstość bicia serca na potrzebnym poziomie, lub gdy przekraczają znacznie dozwolone dla nich wysiłki. Zwiększenie dawki lub odpyłek wystarczają zwykle do przywrócenia do normy zachwianej chwilowo równowagi.

Rozpowszechnione i nawet w podręcznikach istniejące zapatrywanie (P l e s c h w podręczniku K r a u s - B r u g s c h a), że działanie naparstnicy przy powtarzaniu wielokrotnie lub stałym używaniu słabnie, jest stanowczo niesłuszne. Również i V a q u e z powiada, że lepiej w początkowych okresach niedomogi unikać naparstnicy, gdyż narażamy się w ten sposób, że straci ona swe działanie w chwili groźniejszej, gdy bę-

dzie niezbędnie potrzebna. To oszczędzanie naporstnicy z myślą pozostawienia jej jako ostatniej rezerwy dopiero na ciężką chwilę jest postępowaniem niczem nieuzasadnionem i dlatego z chwilą ujawnienia się pierwszych istotnych objawów niedomogowych z zastosowaniem naporstnicy zwlekać niewolno i należy ją natychmiast podać choremu. Po osiągnięciu wyrównania można ją całkowicie odstawić i serce może na miesiące lub nawet lata odzyskać znowu swą względną wydolność, albo też może zachodzić potrzeba przewlekłego podawania naporstnicy, gdy serce samo wykorzystać swych sił rezerwowych już nie jest w stanie. Skuteczne leczenie naporstnicowe w przypadkach nawracającej niedomogi można u jednego i tego samego chorego przeprowadzać nawet dziesiątki razy. Do naporstnicy ustrój się nie przyzwyczaja, działanie jej zasadniczo nie słabnie i można w razie potrzeby podawać ją z powodzeniem bez powiększenia dawki przez długie nawet lata. Przyzwyczajenie do naporstnicy — *digitalismus* — nie istnieje. Mam w swym spostrzeganiu kilku chorych z niemiarowością stałą i skłonnością do niewyrównania, którzy już od przeszło 8 lat bez przerwy przyjmują naporstnicę i ciągle z jednakowo pomyślnym wynikiem. Naporstnica jest dla nich tak samo niezbędna jak insulina dla ciężko chorych cukrzycowych. Jeżeli wreszcie naporstnica bez względu na sposób stosowania (*per rectum*, dożylnie) przestaje okazywać swój dobroczynny wpływ, to nie dlatego, że się ustrój do niej przyzwyczaił, lecz że postępująca sprawa chorobowa wymaga interwencji innej i silniejszej. Bezsilność naporstnicy zależy od tego, że w związku z nieubłaganym rozwojem cierpienia zasadniczego pogorszył sytuację nowy czynnik, na który naporstnica wpływu już nie posiada, a mianowicie, do zaburzeń w przewodnictwie przyłączyła się utrata napięcia mięśnia sercowego. Jeżeli po dostatecznie dużej dawce i nasyceciu ustroju naporstnicą poprawy jednak nie stwierdzamy, wówczas nie należy dawki powiększać, lecz przejść do stosowania ouabainy lub strofantyny, które oddają w takich przypadkach nieocenione usługi.

W początkowych okresach niedomogi najwłaściwszym sposobem stosowania naporstnicy jest podawanie jej do wewnątrz. Leczenie to zwykle przez długi czas okazuje się wielce skuteczne, przychodzi jednak wreszcie chwila, w której pomimo nawet zwiększania dawki zaczyna ono zawodzić. Dzieje się to przeważnie jeszcze nie wskutek utraty wrażliwości serca w stosunku do naporstnicy, lecz z powodu niewysysania się jej w dostatecznej ilości w przewodzie pokarmowym wobec objawów zastoinowych, utrudniających wchłanianie. Udaje się wówczas osiągnąć doskonałe wyniki zapomocą stosowania odpowiednich dawek naporstnicy w postaci czopków, przy czem jako że środków pomocniczych dla szybszego usunięcia ewentualnych obrzęków można korzystać również w postaci czopków jednocześnie podawanych teocyny lub eufiliny. Dla odciążenia krążenia i ułatwienia pracy serca celem częstokroć okazuje się w tych warunkach dokonanie upustu krwi (około 300 — 400 cm³), który sprawia zwykle znaczną ulgę choremu. W przypadkach, w których widzimy chorego poraz pierwszy już w okresie rozwiniętych objawów zastoinowych w obrębie żyły wrotnej (powiększona wątroba), nie należy nawet próbować rozpoczynać leczenia od podawania naporstnicy do wewnątrz, gdyż z całą pewnością okaże się ono bezskuteczne. Zamiast, jak to się nierzadko widzi, tracić niepotrzebnie drogocen-

ny czas na sposób leczenia zgóry skazany na niepowodzenie, należy odrazu zwrócić się do czopków lub wstrzykiwań. Uważam, że u nas stosunkowo zbyt mało korzysta się z leczenia naporstnicą w postaci czopków lub lewatywek. Wrazie niepowodzenia leczenia doustnego przechodzi się przeważnie odrazu do wstrzykiwań domięśniowych lub dożylnych. Tymczasem doskonała metoda czopków jest przecież dla chorego o wiele wygodniejsza niż stosowanie wstrzykiwań. Strzykawki nie powinno się nadużywać i korzystać z niej należy dopiero po wyczerpaniu innych, prostszych i łatwiejszych sposobów podawania leków. W znacznej większości przypadków leczenie czopkami daje wyniki zupełnie takie same jak stosowanie wstrzykiwań. Czopki naporstnicowe można podawać przez czas bardzo długi, przy czem co pewien czas należy kontrolować, czy wobec poprawy krążenia i zmniejszenia się objawów zastoinowych nie uda się znowu powrócić do leczenia *per os*. W przypadkach zaś, w których po początkowym krótszym lub dłuższym powodzeniu również i leczenie czopkami zaczyna zawodzić, nie należy jeszcze rezygnować z działania naporstnicy, lecz zwrócić się do jej dożylnego wstrzykiwania, które okazuje się częstokroć skuteczne nawet wtedy, gdy naporstnica podana *per os* lub *per rectum* już nie działa.

W przypadkach obrzęków bardzo znacznych lub opierających się powyżej opisanemu sposobowi leczenia, wstrzykujemy domięśniowo lub dożylnie salirgan lub novurit. Wstrzykiwania salirganu (po 1 — 2 cm.³) powtarzane co 2—3 dni są prawie zawsze w stanie usunąć całkowicie nawet największe obrzęki. Często się zdarza, że odwodniony zapomocą salirganu ustrój znowu reaguje na łagodniejsze leki moczopędne lub nasercowe, na które uprzednio nie reagował. Salirgan jest związkiem bardzo mało toksycznym i można go stosować dowolnie długo bez obawy szkodliwego wpływu rțci. Nawet przy długotrwałem i częstem stosowaniu salirgan nie powoduje przyzwyczajenia i siła jego działania z biegiem czasu się nie zmniejsza, tak, że nie zachodzi potrzeba zwiększania dawki. Osobiście spostrzegłem przypadek bardzo znacznych obrzęków zastoinowych, w którym w ciągu prawie 2 lat dokonałem około 150 wstrzykiwań salirganu z zawsze jednakowo pomyślnym wynikiem moczopędnym, przy czem pomimo bardzo dużego białkomoczu (do 9%) ani razu nie wystąpiły żadne objawy szkodliwego działania ubocznego. U jednej chorej ze znaczną skłonnością do obrzęków na tle podwójnej wady serca, nie reagującej wcale na żadne środki moczopędne i nasercowe jedynie salirgan wywołuje zawsze obfitą diurezę, pomimo, że go stosuję już przeszło od 5 lat regularnie co 2—3 tygodnie. Chora ta jest właściwie sztucznie utrzymywana przy życiu, czuje się jednak bardzo dobrze i zajmuje się gospodarstwem domowym.

Głównem przeciwwskazaniem do stosowania salirganu i novuritu są jedynie stany zapalne nerek oraz znaczne charłactwo ogólne. Nefroza zaś i nefrosklerozę pozwalają na stosowanie salirganu. Nerka zastoinowa nawet z obecnością białka, wałeczków i erytrocytów również pozwala na wstrzykiwania salirganu, przy czem salirgan nie powoduje nagół zwiększenia się ilości białka, krwinek lub wałeczków. Salirgan pomimo znacznej siły swego działania moczopędnego jest lekiem niewinnym i w przypadkach obrzęków na tle niedomogi sercowej można go stosować bez żadnej obawy. Przypadki zatrucia rțcią po salirganie należą do wyjątkowej rzad-

kości i z praktycznego punktu widzenia, prawie wcale nie wchodzi w rachubę.

W przypadkach nie reagujących wcale na salirgan, novurit lub neptal lub reagujących zbyt słabo, jesteśmy od niedawna w stanie znakomicie spotęgować działanie moczopędne tych preparatów przez jednoczesne podawanie do wewnątrz chlorku amonu. Doustne podawanie tego związku zwiększa działanie moczopędne pozajelitowo stosowanego salirganu o 20 do 100%. Chorzy oporni na działanie salirganu mogą pod wpływem chlorku amonu doskonale na salirgan zareagować. Chlorek amonu w roztworze ma smak bardzo przykry i dlatego chorzy zwykle nie chcą go przyjmować. Stosunkowo najlepiej podawać go w postaci *mixtura solvens*, którą chorzy znoszą naogół dość dobrze (*Amonii chlorati* 16,0, *succas liquiritiae* 12,0, *Aquae fontis ad* 200,0. S. 5 razy dziennie po łyżce stołowej po jedzeniu). Można go również podawać w opłatkach po 0,5 g 4 razy dziennie po 2—3 opłatki. Chlorek amonu należy podawać w dniu poprzedzającym zastrzyknięcie i w dniu wstrzyknięcia w dawce dobowej około 4—6 g. O ile przy stosowaniu samego salirganu diureza przy wstrzykiwaniu dożylnym jest zwykle większa niż przy wstrzykiwaniu domięśniowym, to przy stosowaniu salirganu łącznie z chlorkiem amonu zachodzą stosunki odwrotne: diureza po wstrzyknięciu domięśniowym jest większa niż po dożylnym. Dla uniknięcia bólu po zastrzyknięciu domięśniowym wskazane jest wstrzyknięcie jednocześnie (w jednej strzykawce) novocainy (0,02). Uzupełnienie terapii salirganowej przez jednoczesne podawanie bromku lub chlorku amonu sprawiło, że salirgan przy właściwym wskazaniu nie zawodzi prawie nigdy i że jesteśmy przy jego pomocy zawsze w stanie całkowicie odwodnić w krótkim czasie najbardziej nawet obrzękniętych chorych. W przypadkach obrzęków, w których salirgan nie działa, nie pomagają również i inne środki, a nawet założenie skaryfikatorów okazuje się bezskuteczne i chorzy tacy, jak to miałem kilkakrotnie możność obserwować, zwykle już prędko giną.

Nonsensem byłoby, oczywiście, mówić na podstawie doskonałego moczopędnego działania salirganu na chorych sercowych o salirganie jako o środku nasercowym. Leczenie salirganem jest postępowaniem czysto objawowym i niewolno w związku z tem zaniedbywać leczenia wzmacniającego serce. Przejście do energicznej dożytnej terapii naporstnicowo - salirganowej wcale nie wyklucza prób powrotu do łagodniejszej terapii *per os* lub *per rectum*.

Czas mija, choroba zwykle powoli lecz stale się rozwija i przychodzi wreszcie chwila, że leczenie naporstnicowo - moczopędne okazuje się niewystarczające. Chory dzięki stosowaniu silnych środków moczopędnych może być zupełnie nieobrzęknięty, czuje się jednak osłabiony, jest niezdolny do najmniejszego nawet wysiłku i cierpi bardzo z powodu duszności. Chory taki, znajdujący się często w stanie krańcowej niedomogi, nie jest jednak jeszcze stracony. Lekiem, który go może uratować, który nie zawodzi częstokroć nawet w tych przypadkach, w których wszelkie inne leki zawiodą, jest strofantyna (ewent. słabsza nieco ouabaina). Przewlekłe przebiegająca niedomoga serca nie reagującego już na naporstnicę wymaga bezwzględnie zastosowania strofantyny. Dzięki strofantynie lub ouabainie udaje nam się utrzymać przy życiu lub przedłużyć życie

w znośnym stanie licznym chorym, którzy bez niej z pewnością byliby zginęli.

Po odstawieniu naporstnicy, o ile niema szczególnego pośpiechu, należy z reguły przeczekać około 48 godzin, aby uniknąć niepożądanego kumulacji podanej uprzednio naporstnicy ze strofantyną i związanego z tą kumulacją zbyt energicznego działania leku. W przypadkach jednak groźnych i wymagających natychmiastowej energicznej interwencji można i należy zastosować ostrożnie 0,2 — 0,25 mg ouabainy. Często wynik takiego postępowania po bezskutecznej uprzednio naporstnicy okazuje się zadziwiającym i uwidacznia się już po kilku godzinach. Chorzy doświadają ulgi podmiotowej i poprawiają się tak szybko, że lekarz, który, gdy przybył, zastał chorego w chwili największego groźącego życia niebezpieczeństwa, opuszcza go już w stanie względnie znośnym ze świadomością udzielenia mu doraźnej i skutecznej pomocy.

Początkowa dawka strofantyny lub ouabainy wynosi 0,2 — 0,25 mg, przy dalszych wstrzykiwaniach możemy odpowiednio do przypadku dawkę stopniowo powiększać, dochodząc jako do przeciętnej do dawki najczęściej stosowanej 0,4 — 0,5 mg. Dawkę tę przekraczamy, zresztą nieznacznie, jedynie w przypadkach wyjątkowych.

Pomiędzy poszczególnymi wstrzykiwaniami należy zasadniczo zarządzać przerwą co najmniej 24-godzinne. W przypadkach zaś stosowania, jako pierwszej, próbnej dawki 0,2 — 0,25 mg, możemy tę dawkę jako stosunkowo niewielką powtórzyć w razie potrzeby, w ciężkich przypadkach już po 12—18 godzinach. Wstrzykiwać zbyt często stanowczo niewolno. Stary bowiem pogląd, że ouabaina wcale nie działa kumulacyjnie, okazał się niesłuszny; nie należy przeto, nie zadawalając się osiągniętym wynikiem, usiłować otrzymać lepszy efekt zapomocą większych dawek, bądź też na drodze częstszego wstrzykiwania, gdyż narażamy w ten sposób chorego na przykre lub niebezpieczne objawy kumulacji.

Przejście od naporstnicy do ouabainy okazuje się zwykle zbawienne: duszność, sinica, osłabienie, złe samopoczucie, objawy zastoinowe, niepoddające się wcale wpływowi naporstnicy, szybko ustępują pod wpływem ouabainy. Przy przewlekłym leczeniu ouabainą wstrzykiwania robi się początkowo 3—4 razy na tydzień, następnie zaś przy pomyślnym przebiegu sprawy coraz rzadziej, zależnie od stanu chorego (tętno, diureza, samopoczucie). Najczulszym wskaźnikiem, od którego uzależniamy długość przerwy między wstrzykiwaniami jest stan podmiotowy chorego. Dobrze obserwujący się chory daje nam zawsze doskonałe wskazówki o stanie sił swego serca. Dopóki chory odczuwa ulgę po ouabainie, jest ona dla niego potrzebna.

W ciągu przewlekłego leczenia strofantyną lub ouabainą chory otrzymuje dziesiątki, a nawet setki wstrzykiwań. Przy właściwym postępowaniu nie widzi się żadnych przykrych objawów, wpływ ich do pewnej chwili nie słabnie i osiąga się znakomite wyniki. W przypadkach krańcowego wyczerpania serca należy dla osiągnięcia ulgi wstrzykiwać codziennie. Gdy wreszcie to wszystko zawodzi i lek przestaje działać — oznacza to zwykle początek końca. Serce pomimo energicznego tonizowania go słabnie, zasadnicza bowiem sprawa chorobowa nieubłaganie postępuje. Dla działania strofantyny musi, oczywiście, istnieć w dostatecznej ilości wrażliwa na nią substancja, której ilość z biegiem choroby

stale się zmniejsza. Gdy zaś te najostatniejsze, czynne jeszcze dzięki strofantynie rezerwy jednak się wyczerpią, dochodzi zwykle do bardzo szybkiej odmowy zupełnej. Zaoszczędza się w ten sposób choremu i jego otoczeniu tego ciężkiego, częstokroć długotrwałego męczącego okresu choroby.

Dobrze określa wyniki przewlekłego leczenia doświadczalnymi wstrzykiwaniami strofantyny w następujący zwizyły i dobitny sposób: „chorzy na serce prawidłowo

wo leczeni strofantyną żyją dłużej, cierpią mniej i umierają łatwiej”.

To też, gdy sprawa chorobowa kładzie wreszcie kres życiu, możemy spokojnie powiedzieć, żeśmy spełnili, odpowiednio do współczesnego stanu wiedzy, obowiązek lekarza, a czas trwania życia powierzzonego naszej opiece chorego udało się nam znacznie przedłużyć i to w znośnych warunkach i przy pozbawionym cierpieniem końcu.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału Neurologicznego Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Doc. Dr. Władysław Sterling).

Semjologia odruchów kontralateralnych.

(O znaczeniu klinicznym kontralateralnych, paradoksalnych i alternatywnych odruchów palców stopy).

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 5)

Ze zjawiskiem tem spotkałem się poraz pierwszy przy badaniu urazowej sprawy rdzeniowej (rana ostrym nożem z typowym obrazem porażenia typu Brown-Séquarda). W przypadku tym przy drażnieniu podeszwowej powierzchni stopy lewej, porażonej kończyny z łatwością udawało się otrzymać typowy objaw Babinskiego, podczas gdy drażnienie prawej nieporażonej stopy powodowało po stronie naprzeciwległej przekształcenie ipsilateralnego objawu Babinskiego w zgięcie podeszwowe palców. Objaw ten początkowo wydawał mi się czemś zupełnie nowym w semjologii neurologicznej, przegląd piśmiennictwa jednak przekonał mnie, że istnieje kilka analogicznych obserwacji. Opisałi je mianowicie: Marie, Ganauld, Pastine, Parrhon i Goldstein, Kroll, Leibowitz oraz Wallenberg, który mówi o „paradoksalnym objawie Babinskiego”. Ja sam przy badaniach następczych mogłem stwierdzić objaw ten jeszcze w kilku przypadkach porażenia połowiczego mózgowego, zaś wszystkie obserwacje z piśmiennictwa dotyczą również połowicznych porażań mózgowych. Wobec tego zaś, że prócz przytoczonego przypadku porażenia typu Brown-Séquarda miałem sposobność stwierdzić objaw ten jeszcze w przypadku połowiczego wstępującego porażenia rdzeniowego typu Spillera — powiedzieć można, że niewątpliwie bardzo rzadkie zjawisko to, do którego interpretacji jeszcze powrócę, stanowi niezwykle przejaw porażenia połowiczego — pochodzenia zarówno mózgowego jak i rdzeniowego.

Szczególnym negatywnym objawu tego jest konstelacja odruchowa heterolateralna, którą spostrzegłem ostatnio w 3 przypadkach mózgowego porażenia połowiczego, a dla której analogię stanowią tylko wzmianki Böhmego i Brunschweilera. W przypadkach tych mianowicie drażnienie bezpośrednio podeszwowej powierzchni stopy porażonej — powodowało normalną fleksję palców, podczas gdy drażnienie stopy zdrowej wywoływało kontralateralnie, t. zn. ze stopy porażonej wyraźny objaw Babinski-

skiego. W jednym z przypadków tych wywołany w ten sposób objaw Babinskiego występował w postaci izolowanej, w drugim łącznie z wachlarzowatym rozstawieniem palców, w trzecim wreszcie dołączał się do niego odruch obronny w postaci t. zw. potrójnego skrócenia kończyny (triple retraction). Nadmienię, że w przypadkach tych, których wyjaśnienie nastęrcza bardzo poważne trudności, drażnienie stopy zdrowej powodowało homolateralnie bardzo słabą fleksję palców, zaś drażnienie stopy porażonej homolateralnie nie ujawniało nigdy nadmiernego zgięcia palców.

O ile konstelacje powyższe stanowią niezwykle efekt kontralateralny drażnienia strefy Babinskiego, o tyle następna grupa zjawisk stanowi wyraz podrażnienia wyłącznie strefy Oppenheim'a. Pierwszy spostrzegany przeze mnie przypadek tej kategorii dotyczył łagodnej postaci przewlekłego zatrucia kwasem węglowym z zaledwie zaznaczonymi objawami rozsianego zapalenia rdzenia. Otóż drażnienie wewnętrznej powierzchni podudzia powodowało tu homolateralnie hiperfleksję palców stopy z wachlarzowatym odprowadzeniem i rozstawieniem wszystkich palców, zaś kontralateralnie: ekstencję dorsalną wszystkich palców również z wachlarzowatym odprowadzeniem i rozstawieniem wszystkich palców. Reakcja odruchowa była stała i niezmienna, występując w jednakowym natężeniu przy drażnieniu prawego i lewego podudzia. Efekt zarówno homo- jak i kontralateralny odznaczał się czasem reakcji dłuższym od objawu Babinskiego, ale krótszym od objawu Oppenheim'a, znacznym natężeniem i dynamiką ruchu oraz tendencją wybitnie utrwalającą. Homolateralna fleksja odpowiadała odruchowi Barraquera-Roviralty, heterolateralna ekstencja przypominała objaw Babinskiego, obejmująca równomiernie wszystkie palce, jednakowoż o dłuższym czasie reakcji i o znacznie szybszym tempie. Wachlarzowate rozstawienie palców zarówno homo- jak i kontralateralnie — odpowiadało najzupełniej dodatkowym efektem objawu Babinskiego. Zjawisko to, które, jak przekonał mnie o tem bardzo skrupulatny przegląd piśmiennictwa refleksologicznego, dotąd nie było przez nikogo opisane i które określam nazwą objawu alternatywnego (wzgl. huśtawkowego), spostrzegłem następnie jeszcze w całym szeregu przypadków zarówno paraparezy pochodzenia rdzeniowego, jak i, co rzadziej, niedowładu połowiczego pochodzenia mózgowego — w obu konstelacjach zawsze przy obrazie chorobowym, wskazującym na niewątpliwe zajęcie szlaków piramidowych. Wydaje mi się, że jeżeli zwracać na nie dostateczną uwagę, nie na-

leży ono bynajmniej do objawów wyjątkowych i że przypada mu w dagnostyce neurologicznej pewne znaczenie praktyczne, do którego jeszcze powrócę. Rzadsza natomiast niewątpliwie jest interesująca modyfikacja owego objawu alternatywnego, którą, jak dotąd, spostrzegałem tylko 2 razy (w przypadku próchnicy kręgow z zaledwie zaznaczonymi objawami ucisku rdzenia i w poronnej postaci stwardnienia wielogniskowego) i która polega na całkowitem odwróceniu spostrzeganych zjawisk odruchowych: stwierdza się wtedy mianowicie homolateralnie hiperekstenzję grzbietową wszystkich palców stopy z wachlarzowatym odwiedzeniem i ustawieniem wszystkich palców, a więc jakgdyby rozszerzony i powikłany objaw Oppenheima, zaś kontralateralnie — hiperfleksję podeszwową wszystkich palców stopy z wachlarzowatym odprowadzeniem wszystkich palców, a więc jakgdyby powikłany objaw Barraquera-Roviralty. W obu modyfikacjach istnieje absolutny synchronizm spostrzeganych zjawisk odruchowych oraz charakter skurczu mięśniowego wybitnie utrwalający.

Regestracja opisanych tutaj zjawisk byłaby jednak niekompletna, gdybym pominął niektóre obserwacje moje, w których podnieta odruchorodna omija systematycznie tak bardzo uprzywilejowaną zazwyczaj strefę Oppenheima i przenosi się na strefę Schaeffera lub Gordona. Tak np. w obserwowanym obecnie przeze mnie przypadku porażenia połowiczego w przebiegu guza mózgu pierwsza modyfikacja objawu alternatywnego daje się wywołać wyłącznie przez ucisk na ścięgno Achillesa.

Zasługuje wreszcie na specjalne podniesienie, że pomiędzy opisanymi dwiema modyfikacjami paradoksalnego objawu Babińskiego, a dwiema modyfikacjami objawu alternatywnego, warunki patologiczne stwarzać mogą coś w rodzaju ogniw przejściowego, któremu przypada ważne znaczenie patogenetyczne. Są to wyjątkowe, zresztą, obserwacje paraparezy pochodzenia rdzeniowego, w których druga modyfikacja objawu alternatywnego daje się wywołać przez podrażnienie strefy Babińskiego. W wypadkach takich czystość objawu alternatywnego bywa zamącona przez dołączenie się do niego dodatkowych kontralateralnych ruchów obronnych. Tak więc homolateralnie otrzymuje się wtedy: ekstenzję palucha z wachlarzowatym odwiedzeniem pozostałych palców, zaś kontralateralnie: fleksję 4 ostatnich palców — najczęściej łącznie z fleksją palucha, z układem wachlarzowatym palców oraz niekiedy z wydłużeniem kończyny dolnej.

Stwierdzając fakty powyższe, zdaję sobie dokładnie sprawę z trudności ich interpretacji anatomicznej. Jeżeli bowiem dla pierwszej modyfikacji paradoksalnego objawu Babińskiego, t. zn. dla transformacji objawu Babińskiego w fleksję podeszwową palucha po stronie porażonej stopy przy drażnieniu podeszwy stopy zdrowej — możnaby zaryzykować przypuszczenie, że podrażnienie zdrowej podeszwy przedostaje się do kontralateralnej półkuli mózgu i stąd przez homolateralne nie krzyżujące się normalne włókna piramidowe przedostaje się do rdzenia — to nie da się ono zastosować już do drugiej modyfikacji paradoksalnego objawu Babińskiego (Babiński kontralateralny przy drażnieniu zdrowej stopy) — a tembardziej do objawów alternatywnych, które tak często występują w para-

parazie pochodzenia rdzeniowego i w których efekt odruchowy jest homologiczny — niezależnie od strony, która ulega podrażnieniu. Dlatego też dla oświetlenia wyodrębnionych tu zjawisk wydaje mi się słuszniejsza inna droga, a mianowicie rozpatrzenie ich powstawania pod kątem rozwoju ontogenetycznego.

Otóż, jakkolwiek najwięcej wagi miałoby tu cofnięcie się retrospektywne do okresu płodowego, jednakże zbywa nam pod tym względem na jakimkolwiek materiale klinicznym. Te prace bowiem (Krabbe, M. Minkowski), które zajmują się specjalnie zjawiskami odruchowymi u płodów, pomijają zupełnie zagadnienie odruchów kontralateralnych. Musimy więc zadowolnić się rozpatrzeniem najwcześniejszych okresów życia indywidualnego, rozpoczynając od t. zw. fazy neonatalnej.

Pewne światło na zagadnienie to rzucają dotychczasowe badania nad zachowaniem się t. zw. odruchu podeszwowego w pierwszych miesiącach życia oraz nad t. zw. fizjologicznym objawem Babińskiego w tym okresie. Na zasadzie dawniejszych badań w tym kierunku (Soltman, van Woerkom, Lantouéjoul, Boehme i inni) utarło się wśród neurologów zupełnie błędne przekonanie, które wypadnie mi później sprostować, jakoby tyłozgięcie palucha — czyli objaw Babińskiego — było normalną reakcją fizjologiczną u dziecka od chwili urodzenia aż do ukończenia pierwszego roku życia. Niewątpliwie niedokładności wyników i badań i rozbieżność opinii rozmaitych badaczy wynika ze znacznych trudności, jakie nastręcza przedewszystkiem już sama technika odruchów w tak wczesnym okresie życia, a następnie z tego zdumiewającego zjawiska, że reakcja odruchów na bodziec choćby najściślej zlokalizowany niezawsze występuje w postaci odruchu izolowanego, ale bardzo często w postaci złożonego kompleksu zjawisk ruchowych. Okazuje się często, że w następstwie nawet tak prostego bodźca, jakim jest podrażnienie podeszwy powierzchni stopy, występuje na jaw gwałtowny zespół hiperkinetyczny najczęściej o fizjonomji płasawiczowatetotycznej, który upoważnił Förstera do określenia niemowlęcia jako istoty pallidarnowzgorkowej.

Trudności techniki badania w przypadkach tych polegają nietylko na wyizolowaniu z takiego złożonego kompleksu zjawisk właściwej reakcji odruchowej, ale na fizjologicznej poniekąd dystonii, t. zn. na nieustannych fluktacjach napięcia mięśniowego, które poprostu hamować mogą wystąpienie oczekiwanego efektu odruchowego. Wiadomo skądinąd, że charakter napięcia mięśniowego ma decydujące znaczenie dla powstawania odruchu nawet u osobników dorosłych. Förster pierwszy wskazał na to, jak wielki wpływ ma na charakter odruchu układ badanej kończyny, ponieważ rozciągnięcie mięśnia lub też przeciwnie zbliżenie punktów przyczepu stwarza odmienne warunki oraz odmienną pobudliwość odruchową, wskutek czego ulega zmianie sam charakter odruchu. Jeżeli chodzi, np. o objaw Babińskiego, to sam mogłem przekonać się wielokrotnie, że bez porównania łatwiej daje się on wywołać przy rozgiętej kończynie dolnej aniżeli przy zgiętej. Między innymi Walshe zwrócił uwagę na to, że skręcenie głowy ku stronie naprzeciwległej do porażenia, stwarzające, jak wiadomo, t. zw. toniczne odruchy szynne oraz towarzyszące im

zmiany w napięciu mięśniowym, znacznie wzmacniają objaw Babińskiego. Znikanie odruchu Babińskiego przy położeniu chorego na brzuchu, na co pierwszy wskazał Z. Bychowski, a następnie Boveri, Guillaing i Barré, również zależne jest prawdopodobnie od przemieszczenia napięcia mięśni podudzia wskutek wspomnianej pozycji, na co wskazywałyby również badania chronaksometryczne Krolla, Markowa i Kantora. Pomimo, wszakże, wszystkich powyższych trudności i zastrzeżeń przy dużej wprawie i opanowaniu techniki — badanie odruchów podeszwowych w okresie niemowlęcym okazuje się metodą niezmiernie płodną w wyniki i stwarza, jak dotąd, jedyną, zdaniem mojem, drogę do zrozumienia opisywanych tutaj przeze mnie zjawisk odruchowych.

Badania takie nie są w klinice neurologicznej nowością, a technika ich udoskonala się i pogłębia coraz bardziej. Otóż, jeżeli chodzi o postać odruchu podeszwowego, odpowiadającą objawowi Babińskiego, a więc o tyłozgięcie palucha, to wbrew opinii badań dawniejszych (Babiński, Passini, Léri, Lowest-More, Lestani Le Sourd, Kallischer, Engster, Godlewski, Laurent i inni), wynika z badań późniejszych, a bardziej precyzyjnych. (Schüller, Cattaneo, de Rudolf, Lantuéjoul, M. Minkowski, van Woerkon, Markow, Wolpert, Galant), że pogląd ten nie odpowiada rzeczywistości i że przynajmniej w t. zw. fazie neonatalnej (M. Minkowski), t. zn. w przeciągu pierwszych kilku tygodni życia zarówno u dzieci urodzonych do czasu jak i urodzonych przedwcześnie odruch podeszwowy w postaci fleksji jest przynajmniej tak częsty jak odruch w postaci ekstenzji, a często udaje się spostrzec u jednego i tego samego dziecka dwie powyższe postaci odruchu, występujące w sposób naprzemienny. Odruch w postaci tyłozgięcia palucha przypominającego objaw Babińskiego, ale niezupełnie z nim identyczny (krótszy czas reakcji, mniejsza tonicność odruchu), charakterystyczny jest raczej dla t. zw. wczesnej fazy dzieciństwa (mniej więcej od 2-go do 9-go miesiąca życia), w którym to okresie staje się zjawiskiem mniej lub więcej stałym, znikając stopniowo, począwszy od 10-go lub 11-go miesiąca życia. W okresie neonatalnym według badań Bersota, których wynik zbiega się całkowicie z mojem własnym doświadczeniem, istnieje nawet pewna przewaga i chronologiczne pierwszeństwo fleksji przed ekstenzją. Jakkolwiek wszystkie badania powyższe dotyczą tylko odruchów homolateralnych, dowodzą one jednak, że już ontogeneza, wyodrębniająca zjawisko ambivalencji odruchu palcowego stwarza podłoże dla powstawania zjawisk opisanych tu pod nazwą paradoksalnego objawu Babińskiego.

Co się tyczy zaś badań nad kontralateralnymi odruchami palcowymi w okresie niemowlęcym, to w piśmiennictwie istnieje jedna jedyna praca Bersota, która obok niezwykłego bogactwa kapitalnych i bardzo głęboko ujętych obserwacji, dotyczących całkowitego zespołu odruchu podeszwowego u niemowlęcia — zajmuje się również i sprawą odruchów kontralateralnych. Ponieważ jednak

w badaniach tych wykorzystuje ona wyłącznie podeszwową powierzchnię stopy, wydawało mi się niezbędne uzupełnić wyniki jej badaniami własnymi, wykorzystującymi przeważnie strefę Oppenheima, t. zn. wewnętrzną powierzchnię podudzia, co posiada specjalne znaczenie dla opisanych tutaj objawów alternatywnych. Badania wykonane były w obu domach Wychowawczych (Chrześcijańskim i Żydowskim) w Warszawie*).

Podaję tutaj, w najkrótszym streszczeniu, wyniki badań tych równoległe do badań Bersota, uwzględniając przytem kompleks odruchu podeszwowego tylko w jego czystej postaci i odrzucając rejestrację zjawisk dodatkowych, jak ruchy obronne, skurcz mięśnia powięzi szerokiej, przywodzicieli uda, piszczelowego przedniego i t. p. oraz odróżniając najbardziej z punktu widzenia rozwoju odruchów podeszwowych ważne okresy niemowlęctwa.

I Faza neonatalna.

a) Strefa Babińskiego.

Podrażnienie podeszwowej powierzchni stopy najczęściej nie wywołuje ekstenzji palców w postaci objawu Babińskiego, lecz ich fleksję. Palce stóp, które w okresie tym znajdują się jeszcze przed podrażnieniem w układzie wachlarzowym i w lekkiej ekstenzji, pod wpływem podrażnienia zginają się i zbliżają do siebie, ulegając przytem wydłużeniu. Analogiczny ruch wykonywa również i paluch, który zgina się w drugim, a rozgina się w pierwszym stawie paliczkowym. Co się tyczy reakcji kontralateralnej, to podczas gdy kończyzna podrażniona cofa się, kończyzna naprzeciwległa ulega rozgięciu, przyczem cztery ostatnie palce zginają się, zaś paluch niekiedy ustawia się w pozycji Babińskiego.

b) Strefa Oppenheima.

Przy drażnieniu wewnętrznej powierzchni podudzia zarówno homo- jak kontralateralnie otrzymuje się efekty analogiczne — z tą tylko różnicą, że homolateralnie zamiast fleksji otrzymuje się hiperfleksję, przyczem wachlarzowaty układ palców pozostaje bez zmiany, zaś kontralateralnie obok hiperfleksji palców ostatnich otrzymuje się rzadziej efekt w postaci objawu Babińskiego aniżeli przy podrażnieniu podeszwy.

Bądź, co bądź w okresie tym u dzieci, które przyszły na świat do czasu — z obu stref (Babińskiego i Oppenheima) otrzymuje kontralateralnie tyłozgięcie palucha w postaci objawu Babińskiego bardzo często wcześniej, aniżeli homolateralnie.

U dzieci urodzonych przedwcześnie ekstenzja kontralateralna palucha, wywoływana z jednej i drugiej strefy — zbiega się z t. zw. „crossed reflex“ Philipsona-Sheringtona, który odpowiada poniekąd klinicznemu zjawisku t. zw. „allongement croisé“ Mariego i Foixa, który sprzyja jakgdyby ujawnieniu się objawu Babińskiego.

*) P.P. Dyrektorom tych instytucji kol. Lubczyńskiemu i kol. Majznerowi składam tu serdeczne podziękowanie za pozwolenie wyzyskania materiału dziecięcego.

II. Miesiąc 2—3.

a) Strefa Babińskiego.

Jest to właśnie okres klasyczny dla powstawania t. zw. fizjologicznego odruchu B a b i ń s k i e g o, t. zn. do reagowania na bodziec podeszwowy za pomocą tyłozgięcia palucha. Jakkolwiek reakcji taka daje się spostrzegać na całej niemal przestrzeni pierwszych 9 miesięcy życia, nigdzie jednak, według mojego doświadczenia, nie występuje ona w postaci tak czystej i niezamąconej naprzemiennymi występowaniami fleksji. Sądzę również, że wyłącznie w tym okresie fizjologiczne tyłozgięcie palucha posiada to natężenie, dynamikę, powolność i toniczną, które właściwe są istotnemu objawowi B a b i ń s k i e g o, jakkolwiek utajony czas reakcji jest tutaj niewątpliwie bardziej krótki. Reakcję kontralateralną cechują zupełnie te same właściwości — z tem tylko urozmaiceniem, że wykazuje ona wybitną tendencję do hiperekstenzji oraz do zastygania owej hiperekstenzji w permanencji — a więc do zjawiska, które w warunkach klinicznych poraz pierwszy opisane był o przez S i c a r d a, jednakowoż po stronie homolateralnej do podniety.

b) Strefa Oppenheima.

Reakcje homolateralne odpowiadają całkowicie wynikom otrzymywanym ze strefy B a b i ń s k i e g o. Natomiast przy reakcjach k o n t r a l a t e r a l n y c h zaznaczają się wyraźne różnice, które polegają na tem, że tyłozgięciu palucha towarzyszy zawsze lekkie wachlarzowate rozstawienie pozostałych palców, najwybitniejsze 2 ostatnich, że ruch tyłozgięcia palucha, zachowując całkowicie swą powolność, wykazuje jednak mniejsze natężenie i mniejszą tendencję utrwalającą, i że poza szeregiem skurczów w muskułaturze mięśni uda towarzyszy mu prawie zawsze ruch obronny, skracający całą kończynę dolną.

III. Miesiąc 5—6.

a) Strefa Babińskiego.

Reakcje homolateralne, wykazując być może mniejsze natężenie, odpowiadają naogół reakcjom homolateralnym poprzedniego okresu. Natomiast reakcje k o n t r a l a t e r a l n e ulegają modyfikacji w tym kierunku, że ekstenzja paluchowa staje się zjawiskiem rzadszem i wykazuje zwyczajne tyłozgięcie z nieznaczoną tylko hiperekstenzją i z mniejszą przystencją efektu odruchowego.

b) Strefa Oppenheima.

Reakcje odruchowe otrzymywane przy drażnieniu wewnętrznej powierzchni podudzia wykazują zarówno homo- jak i k o n t r a l a t e r a l n i e efekt szczególny i niemal jednoznaczny. Składają się one mianowicie na konstelację odruchową, którą możnaby nazwać odruchem podeszwowym mieszanym: jest to współistnienie tyłozgięcia palucha, a więc objawu B a b i ń s k i e g o z n o r m a l n ą fleksją pozostałych palców. Podkreślam przytem z naciskiem, że zarówno tyłozgięcie palucha pozbawione jest wszelkiego charakteru hiperekstenzji, jak i zgięcie podeszwowe pozostałych palców pozbawione jest wszelkiego charakteru h i p e r f l e k s j i. I tutaj zarówno homo — jak i kontralateralnie istnieje tendencja do powikłania reakcji odruchowej objawami natury obronnej — najczęściej o charakterze skracającym kończynę.

IV. Miesiąc 6—7.

a) Strefa Babińskiego.

Analiza tego właśnie okresu niemowlęstwa jest szczególnie ważna i płodna, gdyż jest on jedyny, który pod kątem widzenia ontogenezy odtwarza zjawiska kliniczne odruchów alternatywnych palców stopy. Spostrzegamy tu, mianowicie, jako zjawisko s t a ł e: homolateralną ekstenzję palucha, najczęściej z wachlarzowatem odprowadzeniem pozostałych palców, natomiast k o n t r a l a t e r a l n i e — występuje najczęściej fleksja czterech ostatnich palców, do której zazwyczaj dołącza się fleksja palucha również z wachlarzowatem rozstawieniem wszystkich palców — z wyraźną tendencją utrwalającą.

b) Strefa Oppenheima.

Zjawiska alternatywne i h u ś t a w k o w e (à bascule), jeszcze wyraźniej reprodukowane są przy drażnieniu wewnętrznej powierzchni podudzia. Występować tutaj mogą efekty odruchów dwojakiego rodzaju. Jedne z nich przypominają poniekąd reakcje odruchowe, otrzymywane przy drażnieniu podeszwowej powierzchni stopy, z tą tylko różnicą, że odruch rozginający palce homolateralnie nie ogranicza się do palucha, ale ogarnia zawsze i niezmiennie wszystkie palce ze stereotypowym rozstawieniem wachlarzowatem, zaś kontralateralnie, powodując globalną fleksję wszystkich palców z wachlarzowatem ich rozstawieniem i łącząc się niekiedy z t. zw. „a l l o n g e m e n t c r o i s é” czyli wydłużającym kończynę ruchem obronnym. Natomiast druga k a t e g o r j a reakcji, która w badaniach moich ujawniła się bez porównania częściej od pierwszej jest jej kompletnym n e g a t y w e m. Otrzymuje się wtedy homolateralnie obszerną fleksję wszystkich palców z wydatnym efektem wachlarzowatym, zaś kontralateralnie obszerną ekstenzję wszystkich palców z takim samym efektem rozstawienia w a c h l a r z o w e g o. W niektórych spostrzeżeniach moich reakcja wikła się lekkim ruchem obronnym, najczęściej homolateralnie skracającym, zaś kontralateralnie wydłużającym. W innych, natomiast, występowała w postaci zupełnie czystej, bez jakiegokolwiek udziału muskulatury podudzia i uda. Zarówno homolateralna fleksja jak i kontralateralna ekstenzja odznaczały zawsze pewną egzagerację dynamiki (hiperfleksja i hiperekstenzja) i obie ujawniały wybitną tendencję do permanencji efektu odruchowego.

V. Miesiąc 9—12.

a) Strefa Babińskiego.

Okres ten zbliża nas do stopniowej likwidacji wszystkich zjawisk, które na terenie ontogenezy były reprezentantami patologicznych objawów klinicznych. Ekstenzja grzbietowa palucha znika tu już zupełnie jako reakcja kontralateralna, występując jeszcze niekiedy jako reakcja homolateralna, gdzie najczęściej jednak zastępuje ją już fleksja podeszwowa palców, a specjalnie fleksja paluchowa. Znika również zupełnie reakcja utrwalająca, przypominająca kliniczny objaw S i c a r d a, zarówno w swej postaci homo — jak i kontralateralnej, kurczy się również znacznie rozmiar strefy odruchowej.

b) Strefa Oppenheima.

Najważniejszym jednak atrybutem okresu tego jest, że podrażnienie strefy tej nie wywołuje już z estrony palców stopy absolutnie żadnych efektów odruchowych.

Widzimy przeto, że, o ile paradoksalny objaw Babińskiego znajduje swoją ontogenetyczną reprezentację w zjawisku ambiwalencji odruchu paluchowego, które związane jest z fazą neonatalną, o tyle objawy alternatywne (huśtawkowe) odtworzone są z dokładnością niemal fotograficzną przez okres niemowlęstwa, pomiędzy 5ym a 6-ym miesiącem życia.

Jaką wartość obiektywną posiada stwierdzenie tych faktów niezmiernie interesujących? Wydaje mi się, że wobec ogromnej rozbieżności materiału klinicznego, w którym stwierdzane były zarówno zjawiska palcowe paradoksalne jak i alternatywne i w którym proces chorobowy obejmował najbardziej różnorodne układy anatomiczne, w obecnym stanie wiedzy jest to jedyna droga dla interpretacji patofizjologicznej tych objawów. Z punktu widzenia anatomicznego, bowiem, stwierdzić można tylko jedno, że mianowicie zarówno klasyczny objaw Babińskiego, jak jego ukształtowanie paradoksalne, jak wreszcie zjawiska alternatywne — są tylko wyrazem zakłócenia korelacji pomiędzy czynnością mózgu i rdzenia.

Słusznie też podnosi Bertsot, że każde zjawisko, które składa się na kompleks fenomenu podeszwowego palców stopy, winno być rozpatrywane jako część składowa zespołu, który rozwija się stopniowo w miarę wzrastania organizmu, i że w miarę tego rozwoju korelacje pomiędzy poszczególnymi elementami ustroju ulegają modyfikacjom.

Curschmann wykazał w interesującej pracy, że w wieku niemowlęcym istnieje wyraźna tendencja do ruchów symetrycznych kontralateralnych zarówno dowolnych jak i odruchowych, wynikająca z obustronnej reprezentacji czynności ruchowych kończyn. Dopiero w miarę rozwoju układu nerwowego i udoskonalenia czynności inhibicyjnej kory mózgowej ruchy kontralateralne tracą na swem natężeniu i jasności, trwają wszakże dalej w stanie utajonym.

Wydaje mi się, że tezę tę z całkowitą słuszością możnaby rozszerzyć również i na zespół fenomenu podeszwowego palców stopy w jego najbardziej globalnym ujęciu. Wszystkie komponenty tego zespołu odruchowego, które poznaliśmy, analizując rozmaite fazy okresu niemowlęcego, pozostają w trwaniu utajonym, żadna z reakcyj tych nie zanika ostatecznie w żywym i rozwijającym się ustroju.

Doświadczenie kliniczne wskazuje, że mogą one wystąpić na jaw, wydobyte przez nowe układy i korelacje czynnościowe dojrzewającego ustroju. W miarę zmiany warunków kompleks tych zjawisk odruchowych może rozwinąć się na nowo, odpowiadając mniej lub więcej dokładnie zjawiskom spostrzeganym u niemowlęcia lub płodu — obudzony do życia przez zakłócenie ustabilizowanej równowagi pomiędzy korelacjami poszczególnych odcinków układu nerwowego — natury organicznej, toksycznej a nawet psychicznej.

Wartość tego rodzaju metodyki ontologicznej filogenetycznej uznawana była już przez cały szereg badań uprzednich: Minkowski analizuje dokładnie odruchy podeszwowe płodu, Walsh wyprowadza podeszwowe zjawiska paradoksalne ze skrzyżowanego odruchu rozginającego, Förster analogizuje zjawiska choreo-atetozę do fizjologicznej hiperkinezy okresu niemowlęcego, Munch-Petersen wyprowadza patogenezę objawu Babińskiego z rozwoju mechanizmu aktu chodzenia, a sam Babiński stwierdza, że dziecko do ukończenia pierwszego roku życia dotknięte jest „uleczalną paraplegją”. Warto tu także przypomnieć stanowisko Freuda, który rozmaite postaci psychonerwic wyprowadza z utrwalania się różnych faz płciowości dziecięcej (faza oralna, faza narcyzmu i t. d.).

Zagadnienie odruchów kontralateralnych wogóle, a odruchów kontralateralnych palców stopy w szczególności jest, z punktu widzenia klinicznego, polem jeszcze prawie zupełnie dziewiczym. Jeżeli poruszam je tutaj na zasadzie analizy własnego materiału, to dlatego, że zasługuje ono z wielu względów na pogłębienie przez dalsze badania: przede wszystkim z powodu jego znaczenia biologicznego, z punktu widzenia korelacji funkcyjnej poszczególnych odcinków układu nerwowego oraz wpływu jednej połowy ciała na zjawiska odruchowe naprzeciwległej, powtóre zaś, z powodu jego doniosłości semjologicznej — jako wyrazu rozmaitych lokalizacyj procesu chorobowego oraz kształtowania się rozmaitych postaci klinicznych.

Jestem przekonany, że właśnie takie zwrócenie uwagi na zjawiska te, dotąd przez klinicystów zaniebawiane — semjologicznie niezmiernie interesujące, a dajdagnostycznie niewątpliwie cenne — wykaże wkrótce, że są one daleko bardziej częste, aniżeli by to się mogło ze skąpych i rozrzuconych w piśmiennictwie danych wydawać. Dopiero takie zebranie przyszłego materiału pozwoli na wyprowadzenie wniosków praktycznych. Dzisiaj, wszakże, stwierdzić już można, że znaczenie kliniczne podeszwowych objawów paradoksalnych jest zasadniczo odmienne od zjawisk palcowych alternatywnych. O ile słuszość ma Leibowitz, że paradoksalny objaw Babińskiego charakterystyczny jest raczej dla spraw o wybitnie spastycznym charakterze i dla procesów starszych już silnie zaawansowanych, to wręcz odwrotnie, wyodrębnione przeze mnie zjawiska alternatywne sygnalizują procesy organiczne w najwcześniejszym i najbardziej rudymentalnym ich ukształtowaniu, raczej cienie obrazów chorobowych aniżeli zdeklarowane typy kliniczne. We wszystkich spostrzeganych przeze mnie przypadkach tej kategorii układ nerwowy był zaledwie drażniony przez organiczny proces chorobowy, a przecież stan należało zakwalifikować jako niewątpliwie patologiczny. Z tego też względu zjawiska alternatywne wydają mi się niezmiernie czułym odczynnikiem na najłżejsze postaci zakłócenia bądź automatyzmu rdzeniowego, bądź ustabilizowanej korelacji czynnościowej pomiędzy mózgiem a rdzeniem.

Z praktyki prywatnej

O powinowactwie półpaśca do ospówki.

Podał

Dr. med. Michał KOKOSZKO (Otwock).

Półpasiec, jako jednostka chorobowa, w ciągu ostatnich lat stanowił temat szeregu prac klinicznych i doświadczalnych.

Jeszcze w roku 1892 B a k a y na mocy spostrzeżeń klinicznych wypowiedział zdanie, że półpasiec i ospówkę wywołuje jednaki zarazek chorobowy. Późniejsze obserwacje kliniczne w r. 1928 S t e i n a były zgodne z wynikami B a k a y a.

W tym też kierunku poszły prace doświadczalne. Szczególnie przekonujące są badania K o n d r a t i t z a. W latach 1924—28 udało mu się przeszczepić zawartość pęcherzyka z półpaśca na skórę dzieci zdrowych i otrzymać wyniki dodatnie w postaci pęcherza na miejscu szczepienia lub też rozsiane wykwity w postaci t. zw. półpaśca uogólnionego (*Zoster generalisatus*).

Otóż półpasiec uogólniony uważają za postać pośrednią między ospówką a półpaścem.

S t e i n stwierdza, że stykanie się na sali szpitalnej lub w rodzinie dzieci z uogólnionym półpaścem wytwarza niezawodnie w otoczeniu chorego epidemję ospówki.

Te obserwacje kliniczne i doświadczalne zostały poparte przez badania serologiczne. W zawartości pęcherzyków ospówki stwierdzono obecność swoistych antygenów, które z surowicą krwi chorych i ozdrowieńców po ospówce i półpaścu dawały odczyn odchylenia dopełniacza.

Pomimo to kwestji powinowactwa nie można uważać za całkowicie rozstrzygniętą. Doświadczenia na zwierzęciu dały nikłe wyniki. Obserwacje kliniczne (F r e n k i e l) i badania serologiczne innych autorów były niezgodne z wyżej przytoczonymi. Wzór krwi w półpaścu (leukocytoza z limfocytozą) nie jest identycznym z obrazem krwi w ospówce (leukopenja). To wszystko pozostawia u wielu — szczególnie francuskich autorów (C o m b y) — pewne wątpliwości co do słuszności teorii powinowactwa.

Z tego też względu przypadki obserwowane w praktyce codziennej, powinny być gromadzone, jako mające wartość doświadczalną.

Osobiście miałem możność obserwowania w rodzinie malej endemji ospówki po półpaścu.

Na półpasiec zapadła w lutym r. b. osoba w wieku starszym (65 lat), pozostawała ona pod obserwacją jednego z lekarzy internistów w Otwocku, później w Warszawie

Na mocy wywiadu i badania na 18—20 dzień choroby, kiedy zostałem wezwany do dziecka chorego na ospówkę, stwierdziłem u chorej typowe objawy półpaśca, a więc: 1) 2—3 dniowy okres utajony z ogólnym niedomaganiem, 2) napadowe bóle neuralgiczne, które zjawily się jako zwiastun wykwitów, 3) jednostronność wykwitów ze ścisłym nieprzekraczaniem środkowej linii ciała, 4) wykwity skórne w postaci pęcherzyków na czerwonej podstawie lub plam rumieniowych. Pęcherzyki były w okresie gojenia się — zasychały z pozostawianiem plam barwnikowych, 5) umiejscowienie na odcinkach skóry, unerwionych przez szlaki czuciowe spłotu szyjnego (*plexus cervicalis*).

Na mocy przytoczonych danych możemy traktować ten przypadek, jako niewątpliwy przypadek półpaśca.

Po 13 dniach od początku choroby i po 15 dniach od chwili wystąpienia objawów skórnych zachorowała 11-letnia wnuczka chorej na ospówkę o typowym i łagodnym przebiegu.

Okres utajony (15—18 dni) jest zgodny z zdaniem większości autorów, którzy określają go jako 2—3 tygodniowy (przeciętnie 17 dni). Dziewczynka uczęszczała do szkoły, mogła więc powstać wątpliwość co do źródła jej zakażenia. Lecz oto po 2-ch dniach, a więc po 17—20 dniach od chwili ustalenia półpaśca zapada na ospówkę 3-letnie dziecko z tej samej rodziny.

Mogliśmy więc w danym razie z całą pewnością stwierdzić, że zakażenie nastąpiło wskutek styczności z półpaścem.

Przeniesienie choroby przez siostrę należy wykluczyć, ponieważ objawy wystąpiły po 2-ch dniach, podczas gdy n a j k r ó t s z y okres utajony trwa od 6—8 dni.

Ze względu na zgodność okresów wylegania i bliską styczność chorych, możemy z całą pewnością stwierdzić, że źródłem zakażenia ospówką był półpasiec.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Państwowego Zakładu Higjny.

O przebiegu błonicy w zależności od typu prątki błonicy.

Podala

Julja SEYDEL (Warszawa).

Już od szeregu lat dochodziły z różnych stron Europy alarmujące wieści o nieskuteczności surowicy antytoksykcyjnej w niektórych ciężkich przypadkach błonicy. Okoliczność ta na nowo wzbudziła zainteresowanie dla tego cierpienia.

W 1931 roku zjawila się praca A n d e r s o n a, H a p p o l d a, M c. L e o d i T h o m s o n a. Autorzy ci badając materiał, pochodzący od chorych w Leeds (Anglja), stwierdzili, że prątki błonicy występują w dwóch odrębnych postaciach. Przy hodowa-

niu wyosobnionych szczepów na podłożu z tellurynem potasu i krwią ludzką, okazało się, że wśród szczepów błonicy występują nie tylko dwa, lecz trzy różne typy. Autorzy stwierdzili jednocześnie, że istnieje pewien związek między przebiegiem klinicznym choroby i wyodrębnionym typem pr. błonicy.

Prątki błonicy, wyodrębnione w Leeds z ciężkich przypadków błonicy, w których swoiste surowice antytoksykcyjne były bezskuteczne, otrzymały nazwę *B. diphtheriae gravis*. Prątki, wyodrębnione z przypadków łżejszych, wyleczonych antytoksyną, nazwano *B. diphtheriae mitis*. Trzeci zaś typ, który zajmuje miejsce pośrednie, między dwoma wyżej wymienionymi, nazwany został *B. diphtheriae intermedius*.

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

SEHRT. Utonięcie (fizjologia, leczenie, ocena wypadku). (Medizinische Klinik. Rok 1934, Nr. 48, str. 1591).

Fizjologia utonięcia pokrywa się z fizjologią uduszenia. Za przyczynę utonięcia autor uważa przekrwienie w obrębie trzew, co stanowi ośrodek całego zagadnienia. Wygląd pozornie zmarłego wskutek utonięcia jest siny — sina jest skóra i błony śluzowe. Serce zatrzymuje się w rozkurczu, narządy wewnętrzne wykazują przekrwienie żyłne, natomiast aorta i duże naczynia tętnicze są prawie puste. Lewa komora jest pozbawiona krwi, natomiast prawe serce jest rozdęte do najwyższych granic. Błady wygląd pozornie zmarłych zdarza się zaledwie w 15% — u tych nie tylko tętnice, ale również żyły są próżne, cała natomiast krew nagromadzona jest w wątrobie i w układzie żyły wrotnej. Wspólne dla obydwu stanów jest nagromadzenie krwi w jamie brzusznej, które powoduje opróżnienie lewego przedsionka i całego układu tętniczego, następstwem jest anemizacja mózgu i utrata przytomności. Zaznaczyć należy, że kąpiel z przepelnionym żołądkiem również predysponuje do utonięcia, gdyż fizjologiczne przekrwienie trawienne łatwo doprowadza do wyżej wymienianego przepelnienia krwią jamy brzusznej. Drugim momentem ważnym jest sposób oddychania: przy uczuciu osłabienia pływak wykonywa głębokie wdechy, drobne zaś i zgoła niewystarczające wydechy, co powoduje przepelnienie płuc powietrzem zawierającym nadmiar CO₂, które zatrąwa krew i ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłużonym. Przywrócenie do życia pozornie zmarłego wymagać będzie sztucznego oddychania z podtrzymaniem szętki, choć zaznaczyć należy, że znaczenie sztucznego oddychania bywa często przeceniane. Ważnym zadaniem będzie wypełnienie opróżnionego układu tętniczego, a opróżnienie żył i włosniczek. Uskutecznia się to przez wypuszczenie 400 cm³ krwi z żył zgięcia łokciowego. Niemniej ważnym zadaniem jest zaopatrzenie mózgu w krew, przez wprowadzenie szprycą C o t a krwi uprzednio wypuszczonej ale wzbogaconej w zapas tlenu (20 cm³ tlenu na 100 cm³ krwi). Ze środków trzeźwiących C o t zaleca C o r a m i n ę, dosercowo wprowadzoną. — Poważnym środkiem pobudzającym jest t. zw. katetyzacja przedsionków. Duże znaczenie dla podrażnienia obwodowych żył posiada Coramina, która z powodzeniem była stosowana przez wielu autorów do ratowania pozornie zmarłych. Poza Coraminą jest wybitnym antagonistą tlenu węgla, rugując go z powierzchni komórek i hemoglobiny, nie działa natomiast zupełnie na ośrodki w rdzeniu przedłużonym. Coramina ponadto wybitnie podnosi zawartość tlenu w hemoglobinie, a obniża poziom błękitu indofenolowego w krwi żyłnej blisko o 1/3, przez codzienne podawanie małych dawek Coraminy w ciągu 3 tygodni. — Co dotyczy oceny wypadku śmierci z utonięcia, to znaczenie mieć będą tylko zmiany przyżyciowe w 100%: stwierdzenie piany, wzdęcie płuc, rozerwanie pęcherzyków płucnych, wybroczyny pod — i zewnątrzopłucnowe, silne wypełnienie woda żołądka i jelit, krwawienie z ucha. Znalezienie krwotoku do mózgu, przedziurawienie wrzodu żołądka, pęknięcie ciąży jajowodowej, wyłącza rozpoznanie utonięcia.

W. K u r o w s k i.

GELMAN. Zagadnienie przeciągających się stanów podgorączkowych. (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Tom 176. Lesz. 6. R. 1934).

W zagadnieniu tem w pierwszym rzędzie wchodzi w rachubę organizm, jako całość, jego sposób reagowania. Przyczyna tych długotrwałych, uporczywych stanów podgorączkowych nie tkwi w infekcjach, ani w stanach zapalnych, ani

w miejscowych zmianach anatomicznych, tylko w zmienionym sposobie reagowania, szczególnie układu neuro - wegetatywnego. Stan podgorączkowy jest tylko jednym z objawów ogólnej wegetoneurozy. Ocena i rokowanie zależy więc nie od tego mało zresztą ważnego objawu, ale od stanu układu roślinnego, stopnia labilności psycho - somatycznej, stopnia wyczerpania neuro - psychicznego. Zasadą w postępowaniu lekarza powinno więc być przede wszystkim oszczędzanie chorego. Stosowanie różnych środków leczniczych, opartych na różnych zmiennych rozpoznaniach szkodzi choremu, ponieważ utrwała w nim przeświadczenie o chorobie i w związku z tem pewien zespół psycho - somatyczny. Korzystna jest zmiana trybu życia na bardziej spokojny, ogólnie wzmacniające środki fizjoterapeutyczne, hydroterapia, galwanizacja szyjnej części kręgosłupa, pobyt w sanatorium, na wsi, wycieczki piesze i t. p. Tego rodzaju stany podgorączkowe są jednostką nozologiczną w grupie czynnościowych zaburzeń neurovegetatywnych. Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Farmakologia i Toksykologia.

R. SIRÓ i E. v. DOBOZY. O padutynie. (Klin Wschr. Nr. 45, 1934).

Chemiczna budowa padutyny jest dotychczas nieznaną, pewnym jest jednak, że jest ona wolna od histaminy, choline i kwasu adenozynefosforowego. Działanie 1 mgr. *Ergotaminum tartar.* zostaje zobojętnione mniej więcej przez 2 jednostki padutyny. Działanie padutyny jest zwrócone przeciwko zwężającemu naczynia działaniu adrenaliny. Padutyna działa również antagonistycznie w stosunku do wpływu adrenaliny na poziom cukru we krwi. Padutyna jest hormonem, wytwarzanym w ustroju przeważnie w trzustce. Pomiędzy tym hormonem a adrenaliną istnieje fizjologiczny antagonizm.

H. L.

E. FABRE. O mało znanym objawie barbituryzmu. (Monde méd. Nr. 850, 1934).

Poza lekkim weronalizmem, zamroczeniem barbiturowem i objawem ciężkiego zatrucia śpiączką, mogą się zdarzać powikłania podczas i po ciężkich zatruciach. Bywają rzadkie powikłania, jak: 1) bóle mięśniowe i inne, występujące późno u ludzi starszych, 2) przemijające porażenia połowicze. Pewne powikłania, częściej spotykane, prowadzą nierzadko do śmierci chorych; należą tutaj: 1) powikłania oskrzelowo - płucne; 2) powikłania sercowo - naczyniowe. Wreszcie mniej więcej w piątej części przypadków zdarzają się zmiany skórne na tle zatrucia pochodnymi barbiturowami: 1) zmiany anafilaktyczne występują w ustroju już uczulonym na pochodne kwasu barbiturowego; 2) zmiany biotropowe, polegające na tem, że lek budzi w ustroju utajoną zjadliwość zarazków chorobotwórczych; występują rumienie zakaźne, przypominające odrę, płonicę, różyczkę, ospę i t. d.; 3) zmiany toksyczne, wywołane bezpośrednio przez lek i swoiste dla tego zatrucia; występują tutaj pęcherzyki, pęcherze, krostki, a nawet owrzodzenia. Autor podaje opis przypadku owrzodzeń wskutek zatrucia preparatem barbiturowym (gardenalem). Lecz owrzodzenia takie mogą występować i po innych pochodnych kwasu barbiturowego (dial, weronal, rutonal). Dawka leku nie odgrywa zasadniczej roli. Owrzodzenia częściej występuje u kobiet, niż u mężczyzn. Mogą one występować same lub w połączeniu z innymi objawami barbituryzmu (plamica, rumienie płonicze). Owrzodzenia goją się w ciągu 6 dni do 2 miesięcy. Mogą one powracać, gdy chory zaczyna nanowo przyjmować lek.

H. L.

J. ENGELBRETH-HOLM. Eozynofilia po wśródzylnych wstrzykiwaniach oleju. (Klin. Wschr. Nr. 45, 1934).

W związku z wśródzylnymi wstrzykiwaniami Antileprolu stwierdzono w ogromnej większości przypadków silny wzrost liczby kwasochłonnych białych ciałek we krwi. Eozynofilia zjawia się w 4 dni do 3 tygodni od rozpoczęcia leczenia, a zatem w rozmaicie długim czasie. Eozynofilia utrzymuje się przez cały czas leczenia. Po przerwaniu leczenia eozynofilia ustępuje w ciągu 2 — 9 dni. Przy ponownym rozpoczęciu leczenia zjawia się znowu eozynofilia, a mianowicie, jak się zdaje, jeszcze szybciej niż przy pierwszorazowej kuracji. Wszystkie te fakty dowodzą, że eozynofilia jest spowodowana przez wstrzykiwania Antileprolu. Wobec tego, że domięśniowe wstrzykiwania Antileprolu nie wywołują eozynofilji, która się zjawia tylko po wstrzykiwaniach wśródzylnych, eozynofilia pozostaje w jakimś związku ze wśródzylnym wprowadzeniem tego preparatu. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że Antileprol nie wykazuje dodatniego działania eozynotaktycznego. Wśródzylnie wstrzyknięty Antileprol może, podobnie jak każdy inny olej, doprowadzić do zawału w płucach. Wśródzylne wstrzykiwania oleju, niezależnie od jego rodzaju, mogą wywołać u królika eozynofilję we krwi.

H. L.

Choroby zakaźne.

LETHEBY Tidy. Gorączka gruczolowa i infekcyjna mononukleozą. (The Lancet, Nr. 4 i 5, 1934/II).

Gorączka gruczolowa jest ostrem schorzeniem zakaźnym, które charakteryzują: podwyższenie ciepłoty, powiększenie gruczolów chłonnych i zmiany we krwi (specjalnie mononukleozą). Schorzenie to wystąpić może w każdym wieku, najczęściej jednak u dzieci. Istnieją 3 główne typy kliniczne tego schorzenia: 1) gruczolowy czyli typ Pfeiffera; 2) anginowy — *angina monocytica*; 3) gorączkowy. Ropienie gruczolów chłonnych zdarza się niezmiernie rzadko. Czasami występują osutki skórne o typie plamisto-guzkowym lub odrowym (u dzieci). W schorzeniu tem stwierdzamy odczyn wszystkich tkanek krwiotwórczych: wcześniej reaguje układ myelotwórczy (przejściowa początkowa polinukleozą lub neutropenia), wolniej układ limfocytarny (mononukleozą). Ogólna liczba białych ciałek rzadko przekracza 40.000, u małych jednak dzieci może dojść do 60.000. Liczba ciałek jednojądrzastych jest powiększona zarówno względna jak i bezwzględna. Liczne są komórki atypowe, stanowiące przejście od różnych typów limfocytów do komórek plazmatycznych. Rokowanie w omawianem schorzeniu jest zwłaszcza u osobników dotąd zdrowych dobre. *Virus* jest nieznan, jest prawdopodobnie przeszczepialny na małpy.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

HOBSON. Surowica ozdrowieńców w zwalczaniu szkolnej epidemii odry. (The Lancet Nr. 508, r. 1934).

Wnioski opiera autor na danych z obserwacji 3 epidemii odry. Surowica ozdrowieńców zapobiega wystąpieniu odry w 80% przypadków. Mimo to, radzi autor nie stosować jej z 2 względów: 1) dziecko nie powinno ze szkoły elementarnej przejść do szkoły wyższej „niewinne” w sensie epidemiologicznym; 2) należy się liczyć z możliwością potrzeby stosowania surowicy ozdrowieńców spowodu jakiejś innej poważniejszej epidemii choroby, która grozi gorszymi powikłaniami od powikłań odrowych.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

VOSSCHULTE i ZIEGLER Rozpoznawcze i rokownicze znaczenie acetonu w moczu u chorych na płonicę. (Münch. med. Wschr. Nr. 51. 1934).

Autorzy wykrywali obecność acetonu w moczu przy często dokonywanych badaniach u 80% chorych na płonicę.

Znaczenie różniczkowo - rozpoznawcze tego objawu jest więc daleko większe, niż się naogół przypuszcza. Prawdopodobieństwo przebiegu bez powikłań jest dużo większe w tych przypadkach, w których acetonu w moczu brak.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Gruźlica.

R. WEISS i F. SMUGŁOWA. Stan barjery krwiomózgowej w różnych postaciach gruźlicy u małych dzieci. (Borba s tuberk Nr. 11, 1934).

Zakażenie gruźlicze, ostre i przewlekłe, u małych dzieci powoduje zaburzenia regulacyjnej czynności barjery krwio - mózgowej. Zaburzenia te ujawniły się wybitnie w stosunku do wszystkich badanych ciał, w ostrej postaci gruźlicy, w gruźliczym zapaleniu opon mózgowych, kiedy schorzeniu ulegał jeden z elementów anatomicznego odpowiednika barjery krwio - mózgowej. W serowatym zapaleniu płuc, które ciężkością schorzenia dorównywa gruźliczemu zapaleniu opon mózgowych, uszkodzenie barjery krwiomózgowej wyraża się w niskiej zawartości fosforu nieorganicznego w płynie mózgowo - rdzeniowym przy normalnej jego zawartości w surowicy i niezwiększonej zawartości chloru. W gruźlicy kostnej i nacieku gruźliczym zawartość fosforu nieorganicznego w płynie mózgowo - rdzeniowym jest zmniejszona, zawartość zaś w surowicy większa, niż normalnie. W gruźlicy kostnej zawartość potasu jest obniżona w surowicy i płynie mózgowo - rdzeniowym. Zakażenie gruźlicze we wszystkich jego postaciach daje niski poziom fosforu nieorganicznego w płynie mózgowo - rdzeniowym.

H. L.

L. ROSENSTEIN i A. MINC. W sprawie dynamiki przemiany azotowej u małych dzieci z gruźlicą. (Borba s tuberk. Nr. 11, 1934).

Poziom azotu resztkowego we krwi naczo u małych dzieci z gruźlicą jest w porównaniu ze zdrowymi wyższy i to tem wyższy, im cięższy jest proces gruźliczy, co, jak się zdaje, pozostaje w ścisłym związku ze wzmożonym rozpadem białka, ze zniszczeniem komórek tkankowych. Ciężkość zakażenia, stopień zatrucia i rozpadu w gruźlicy we wczesnym wieku dziecięcym znajduje swe odbicie w odczynach przemiany azotowej na bodziec pokarmowy (fizjologiczny). W bardzo ciężkich przypadkach z wybitnie wyrażonym zatruciem odwrócony odczyn może być również odbiciem anergji przemiany azotowej pod wpływem bodźca. Stopień stanu odżywiania ustroju dziecięcego może mieć znaczenie jako odbicie zdolności odczynowej gruźlicy (słaby odczyn w zaniku, dystrofji drugiego stopnia). Biorąc pod uwagę, że w spostrzeżeniach swych mieli autorzy do czynienia z ustrojem w okresie wzrostu (wczesny wiek dziecięcy) i z jego dużym zapotrzebowaniem materjału plastycznego, należy uznać za bardzo ważne istnienie zapasów białkowych w ustroju. Można przypuszczać, iż przy odwróconym odczynie, w którym ma się do czynienia z niedostatecznymi zapasami białkowymi, przekarmienie białkami, zwiększając zapasy białkowe komórek ustrojowych, powinno zmienić odczyn odwrócony w prosty (w tych przypadkach, gdzie odwrócony odczyn nie stanowi odbicia anergji przemiany azotowej). Spostrzeżenia autorów w grupie dzieci z gruźlicą o przebiegu dobrotnym procesem po dwu tygodniowej diecie bogatobiałkowej (przy tej samej liczbie ciepłotek) wykazały przejście odczynu mieszanego i odwróconego w prosty, przy jednoczesnej poprawie stanu ogólnego.

H. L.

L. MORQUIO. Erythema nodosum i gruźlica. (Presse Médicale Nr. 21, 1934).

Opierając się na materjałe obejmującym 58 przypadków *erythema nodosum*, autor sądzi, że schorzenie to wywołane jest przez przeczalną postać zarazka gruźlicy. Cho-

rują przeważnie dzieci w wieku do 12 lat; po przebyciu choroby autor często obserwował rozwój ognisk gruźliczych; odczyn P i r q u e t a, ujemny przed schorzeniem, stawał się wyraźnie dodatni. Badanie R o e n t g e n e m prawie u wszystkich dzieci wykryło zmiany gruźlicze w płucach. Za etiologią gruźliczą przemawia fakt, że krew chorych na rumień guzowaty w okresie wykwitów, wywołuje u świnek morskich typową gruźlicę. Autor sądzi, że dzieci, które przebyły *erythema nodosum*, winny być poddane specjalnej opiece, grozi im bowiem pogorszenie istniejących ognisk lub uogólnienie sprawy gruźliczej. Jakób P e n s o n.

J. LIPOWIECKAJA. Autohemoterapia w gruźlicy gruczołowej. (Borba s tub. Nr. 11, 1934).

W autohemoterapii posiadamy nieswoisty bodziec, który jest trudny do dawkowania w wieku dziecięcym, zwłaszcza wczesnym. W przypadkach zamkniętych postaci gruźlicy gruczołowej z dodatnią alergją, w których niema powikłań ze strony innych narządów, autohemoterapia powoduje wessanie się zmian gruczołowych. W przypadkach, w których gruźlica gruczołowa łączy się z gruźlicą innych narządów, w razie ujemnej alergji w wyniku autohemoterapii otrzymuje się obostrzenie procesu w chorych narządach, zwłaszcza w płucach. U dzieci z otwartymi postaciami gruźlicy gruczołowej z ropieniem i przetokami pod wpływem autohemoterapii wzmagają się ropienie i ilość wydzieliny z przetok, co wobec wyniszczenia dziecka prowadzi do niepomyślnych następstw. H. L.

Choroby narządów trawienia.

M. LOEPER, M. DEBRAY i BIOY. Dyspepsia flatulenta. (Monde méd. Nr. 848, 1934).

Istnieją bębnice, które zależą od zwyczajnego nalogu łykania powietrza (tic aérophagique); poprawiają się one naogół szybko pod wpływem leczenia tic'u i stanu neuropatycznego, który mu towarzyszy. Inne przypadki bębnic są spowodowane przez pokarmy, należy je leczyć dietetycznie. Inne wreszcie przypadki, które należy zaliczyć do najliczniejszych, mają swą przyczynę, zdaniem autorów, bądź w niedomodze krążenia, bądź w osłabieniu krążenia wątrobowego, co zdarza się najczęściej. W tych przypadkach klasyczne metody leczenia przynoszą tylko przemijającą i niewystarczającą ulgę albo zawodzą całkowicie. Jedynie leczenie przyczynowe może przynieść całkowite i trwałe wyleczenie, leczenie to należy bardzo często prowadzić w kierunku wątroby i jej krążenia. Nie wolno zapominać, że *dyspepsia flatulenta* bywa często pochodzenia wątrobowego, że stanowi ona zespół niedomogi krążenia wątroby. H. L.

BIEDERMANN i BECHER. O „szybkiej” cholecystografji. (Deutsche med. Woch. 1934, Nr. 15, str. 577).

Autor podaje stosowaną przez siebie metodę cholecystografji. Pacjent wypija rano naczeczko 75 g cukru gronowego, rozpuszczonego w 300 g herbaty. W 45 minut potem, wstrzykuje się powoli (przez 15 minut) roztwór 3 g J o d - T e t r a g n o s t u w 20 cm³ wody destylowanej. Ciężkość pęcherzyka żółciowego występuje już po 1 godzinie, jednakże po 2—3 godzinach bywa najwyraźniejszy. Po podaniu żółtek jaja obserwujemy jeszcze opróżnianie się pęcherzyka żółciowego; jeżeli wykona się to podczas tego samego posiedzenia, można badanie ukończyć w ciągu jednego przedpołudnia. Przy tej metodzie wystarcza jedno tylko wstrzyknięcie. Autor publikuje metodę swoją, ażeby zachęcić do jeszcze częstszego stosowania cholecystografji. Po zebraniu większego materiału będzie prawdopodobnie można dokładnie rentgenologicznie ustalić niezadawalające dotychczas diagnozy, jak „cholecystopatji“ i „dyskinezji“ dróg żółciowych. X.

W. H. CROHN. Stare (skuteczne) leki i przetwory (Wiener medizin. Wochenschr. 1934, Nr. 19).

Autor pisze obszernie o wskazaniach Magnesium - Perhydrolu. Stosował go w licznych przypadkach, np.: nadkwasności żołądka, wrzodu żołądka, w łagodnych przypadkach zwięzienia odźwiernika z powodu skurczów, w procesach fermentacyjnych, w zaburzeniach jelit z zaparciem i wzdęciem i w dusznicy bolesnej na tle dyspepsji. Nie spostrzegł żadnego działania szkodliwego i ubocznego. Podawał naogół 3 razy dziennie po 1—2 tabletek lub w proszku 3 razy dziennie od ilości na końcu noża do 1 łyżeczki do herbaty. Po pewnym czasie można także dawkę zmniejszyć. W streszczeniu pisze autor, że Magnesium - Perhydrol jest środkiem, który we względnie krótkim czasie reguluje najróżnorodniejsze zaburzenia żołądka i jelit (miejscowe i ogólne) bez ujemnego działania ubocznego. X.

M. CHIRAY, A. MARCOTTE, R. Le CANULET. Leczenie przewlekłych zapaleń pęcherzyka żółciowego. (La Presse Médicale Nr. 48, 1934).

Autorzy spostrzegli, że dożylna wstrzykiwanie soli wapniowych oraz domięśniowe iniekcje wyciągów przytarczycy, wywierają znakomity wpływ leczniczy w przebiegu przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego; autorzy w 9-ciu przypadkach zastosowali 15 wstrzykiwań dożylnych 5 cm³ 10% chlorku wapnia, a potem przez 15 dni — 20 jednostek wyciągu przytarczycy. We wszystkich przypadkach wystąpiło znaczne polepszenie. Zdaniem autorów, wzrost wapnia we krwi, działając poprzez układ wegetacyjny, powoduje zmniejszenie kurczliwości pęcherzyka żółciowego. Autorzy sądzą, że metoda ta ma pozatem znaczenie przygotowawcze do operacji, gdyż wzmagają krzepliwość krwi i zmniejsza stan zapalny terenu operacyjnego. Jakób P e n s o n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

SEARS. Przypadek choroby Addisona, leczony solą kuchenną. (The Lancet, 1934, Nr. 18).

W opisanym przypadku choroby A d d i s o n a stwierdzono niski poziom sodu i wysoki poziom potasu we krwi. Zaczęto stosować sól kuchenną doustnie, poczem ilość sodu we krwi wzrosła do normy, ilość potasu — spadła. Podniosło się ciśnienie krwi i samopoczucie chorego znacznie się poprawiło. Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

SNAPPER. Leczenie tężyczki. (The Lancet, 1934, Nr. 14).

Przeszczepianie przytarczyczek nie daje wyniku trwałego, mimo że w wyjątkowych przypadkach ratuje życie chorego. W przypadkach lekkich wystarcza stosowanie wapnia i witaminy D doustnie. W przypadkach cięższych można uzyskać poprawę przez stosowanie wapnia dożylnie, a podskórnie parathormonu. Duży postęp w leczeniu ciężkich przypadków stanowi doustnie podawanie preparatu AT 10. Jest to produkt otrzymywany przez naświetlanie ergosterolu. Już małe dawki tego preparatu podnoszą do normy poziom wapnia we krwi w najcięższych przypadkach zarówno w *tetania parathyreopriva*, jak i *idiopathica*. Należy jednak przytem mieć na uwadze własności kumulacyjne tego leku. Po dawkach początkowych 5—10 cm. przez 3 dni należy potem dawkę zmniejszyć do 1—2 cm. dziennie przez 10—14 dni, wreszcie 1—2 cm. tylko 3 razy tygodniowo. Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

LAROCHE i KLOTZ. Dijodotyrozyna w leczeniu choroby Basedowa. (Presse Médicale, Nr. 47, 1934).

W stanach hipertyreoidyzmu diiodotyrozyna nie jest lekiem specyficznym, stanowi jednak w leczeniu tych stanów cenny środek leczniczy. W porównaniu z jodem jest lepiej

znoszona przez chorych z wrażliwym przewodem pokarmowym. Czasami wydaje się ten preparat bardziej czynny od roztworu Lu g o l a. Oba przetwory nie są w działaniu identyczne. Możliwe, że jedni chorzy reagują lepiej na roztwór Lu g o l a, inni — na diiodotyrozinę. Oba leki można więc zastosować jeden po drugim w przypadkach, które okazują się odporne na jeden z nich. Jako preparat jodowy daje diiodotyrozyna czasami wyleczenie zupełne lekkich postaci syndromu B a s e d o w a, o ile równolegle stosuje się zalecenia dietetyczne, środki uspakajające układ nerwowy i t.p., ale tak samo, jak i jod, nie jest w stanie wyleczyć średnich i cięższych postaci choroby B a s e d o w a.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

RATHERY, COSMULESCO i GRIGNON. Wpływ wyciągów śledziony na chorych cukrzycowych. (*Presse Médicale*, Nr. 48, 1934).

Stosowanie wyciągów śledziony dożylnie u chorych cukrzycowych wywołało obniżenie poziomu cukru w krwi. Największy był spadek po 1½ godzinie i utrzymywał się do 2½ — 3 godzin po wstrzyknięciu. Stosowanie wyciągu śledziony przy równoczesnym obciążeniu glukozą, opóźnia wystąpienie hiperglikemii, która jednak potem zdaje się być nieco wyższa i trwać nieco dłużej. Stosowanie wyciągu śledziony razem z insuliną potęguje efekt działania insuliny. F i e s s i n g e r i C a t t a n przypuszczają, że śledziona wytwarza jakąś substancję hipoglikemiczną niezależnie od insuliny. Ma to być jakby hormon „drugiego rzędu“.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

LEYTON. O cierpieniu wielogruczółowem. (*The Lancet*, 1934, Nr. 23).

Łatwiej jest zrozumieć cierpienia wielogruczółowe, o ile się uzna zasadę, że gruczół o wydzielaniu wewnętrznym może wydzielać wydzielinę normalną w ilości znacznie zwiększonej, względnie wydzielinę nienormalną, a mimo to można nie stwierdzić przy badaniu tego gruczółu wszelkimi dostępnymi dziś metodami żadnych zmian ani makroskopowo, ani mikroskopowo. Duże zasługi na tem polu położył swemi badaniami C u s h i n g. Autor podaje opis 4 przypadków, w których objawy wskazywały niewątpliwie na cierpienie zależne od przysadki mózgowej, mimo to na sekcji ani makroskopowo, ani mikroskopowo żadnych zmian w przysadce nie stwierdzono; w 3 przypadkach znaleziono zmiany w grasicy o charakterze nowotworowym, w czwartym — guz o podobnym utkaniu histologicznym w płucach.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

M. BENJAMIN. Wspólność patogenezы cukrzycy i anemji złośliwej. (*Folia Haematologica* T. 52, Nr. 2, 1934).

Przewlekłe cierpienia trzustki wywierają ujemny wpływ na narządy krwiotwórcze. Opierając się na łączności, jaka zachodzi między gruczółami dokrewnymi a hemopoezą, niektórzy autorzy sądzą, że anemja złośliwa ściśle łączy się ze schorzeniem trzustki i z cukrzycą. Autor opisuje 3 przypadki anemji złośliwej, powikłane cukrzycą. Autor sądzi jednak, że oba te cierpienia wydarzają się u tej samej osoby jedynie przypadkowo i że niema żadnej łączności przyczynowej, ani związku genetycznego.

Jakób P e n s o n.

A. E. MEYER, O. RICHTER, H. LEGERC. Leczenie anemji złośliwej wyciągiem wątroby końskiej, uprzednio frawionym sokiem żołądkowym. (*Arch. of Int. Med* T. 54, Nr. 2, 1934).

Do nowych spostrzeżeń w sprawie leczenia anemji złośliwej zaliczyć należy fakt, że trawienie wątroby sokiem żołądkowym osób zdrowych, znacznie wzmacnia jej aktywność oraz że zautolizowana wątroba również wykazuje większą czynność krwiotwórczą niż zwykła. Być może, że trawienie sokiem żołądkowym i autoliza wydobywają z wątroby silnie działający czynnik, który nie może być wyzwolony przez sok żołądkowy chorych na anemję złośliwą. Autorzy sporządzili preparat do wstrzykiwania; ampulkę 2,5 cm³ otrzymywali przez trawienie 25 gr. świeżej wątroby końskiej 5 gramami słuźówki ż o ł ą d k a k o Ń s k i e g o; tak otrzymany wyciąg okazał się bardziej czynny, niż wszystkie dotąd znane. Przełom retikulocytów występował po paru dniach; ogólny stan, zawartość hemoglobiny i liczba erytrocytów szybko uległy poprawie nawet w przypadkach, w których wyciągi wątrobowe zwykle zawodziły.

Jakób P e n s o n.

K. PASCHKIS, G. TAYLOR. O wpływie wątroby na doświadczone foksyczne anemje. (*Klin. Woch.* Nr. 43, 1934).

Autorzy w doświadczeniach na zwierzętach dowiedli, że wstrzykiwanie wyciągów wątroby przeciwdziała powstawaniu anemji przy zatruciu saponiną. Anemja złośliwa powstaje wskutek braku w ustroju czynnika przeciwanemicznego, wytwarzanego w żołądku i gromadzonego w wątrobie. Jedni sądzą, że czynnik ten jest niezbędny do wytwarzania zdrowych erytrocytów; inni wypowiadają nieco odmienny pogląd; sądzą, że czynnik przeciwanemiczny zbija jady powstające w ustroju, specjalnie szkodliwe dla szpiku; przemawia za tem anemja złośliwa ciężarnych, chorych na przymiot lub nosicieli tasiemca. Analogicznie sprawa przedstawia się w badaniach autorów. Saponina nie niszczy czynnika przeciwanemicznego, zawartego w słuźówce żołądka, gdyż anemja saponinowa rozwija się b. szybko; z obserwacji zaś klinicznej wynika, że od chwili wygaśnięcia wydzielania przez słuźówkę żołądka owej substancji przeciwanemicznej, do wybuchu anemji złośliwej upływa długi okres czasu. Stąd wniosek, że spożywanie wątroby chroni szpik przed jadem saponinowym. Autorzy sądzą, że i w anemji złośliwej czynnik przeciwanemiczny, zawarty w wątrobie lub żołądku, w pierwszym rzędzie ma właściwości odtruwające.

Jakób P e n s o n.

Choroby kości i stawów.

FARAH. Reumatyzm podostry wywołany przez pneumokoki. (*The Lancet*, Nr. 5803, r. 1934).

Omówienie przypadku ostrego gośca stawowego, w którym momentem etiologicznym była infekcja pneumokokowa. Schorzenie stawowe może być następstwem pneumokokemji u osobnika ze specjalnie zaznaczoną skłonnością do objawów kardjo-artropatycznych, na co wskazują objawy kliniczne zależne od odczynu ogólnego i miejscowego w związku z infekcją. *Septicaemia* pneumokokowa rozpoczyna się zazwyczaj od zakażenia miejscowego szczególnie gardzieli i górnego odcinka dróg oddechowych. Morfologia drobnoustroju może ulec znacznym zmianom i łatwo nabiera właściwości morfologicznych *diplo-*, *strepto-* lub *staphylococcus*, a nawet *bacillus*.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Według szczegółowego opisu, podanego przez Andersona, Happolda, Mc. Leod, Thomsona w 1931 r. jak i Andersona, Coopera, Happolda i Mc. Leod w 1933 r. pr. błonicy typu *gravis* wyróżniają się obfitym wzrostem na podłożu z tellurynem i krwią króliczą. Kolonie tego typu są szare i szaro-czarne. Pr. typu *gravis* rozszczepiają wyższe węglowodany jak dekstrynę, glikogen i skrobię. Nie posiadają one własności hemolitycznych. W hodowli buljonowej tworzą na powierzchni błonkę i pierwotnie kwaśny odczyn podłoża zmieniają w przeciągu 2 dni w alkaliczny.

Prątki typu *intermedius* rosną na podłożu z tellurynem potasu i krwią króliczą w postaci płaskich kolonii, z czarnym guziczkiem pośrodku. Nie zmieniają skrobi, glikogenu i dekstryny. Nie posiadają one własności hemolitycznych. W hodowli buljonowej tworzą słaby męt drobnoziarnisty, który szybko opada na dno. Odczyn podłoża pozostaje kwaśny.

Prątki typu *mitis* występują w postaci kolonii okrągłych, czarnych, lśniących. Posiadają własności hemolityczne, nigdy nie zmieniają glikogenu i skrobi, natomiast mogą rozszczepiać dekstrynę. W hodowli buljonowej tworzą jednolity męt, kwaśny odczyn buljonu dopiero po 5 dniach przechodzi w zasadowy.

Według danych klinicznych pr. typu *gravis* wywołują często u chorych stany zapalne, błony posiadają dużą rozciągliwość o konsystencji twardej, występuje przytem silny *foetor ex ore*. Zarazki te wywołują również często białkomocz, objawy toksemii i porażenia. Surowica antytoksyczna okazała się w tych przypadkach zawodna, a procent śmiertelności znaczny.

Natomiast u chorych, u których stwierdzono typ *mitis*, stan zapalny był przeważnie słaby, błony były niewielkie o słabej konsystencji. *Foetor ex ore*, białkomocz, objawy toksemii i porażenia były w tych przypadkach rzadko stwierdzane. Działanie surowicy było skuteczne i śmiertelność nieznaczna.

Pr. typu *intermedius* wykrywano w Leeds rzadko. Objawy chorobowe, wywołane przez ten typ prątków, zbliżone były bardziej do objawów występujących w przypadkach, wywołanych przez typ *gravis*, zwłaszcza dość często występowały porażenia.

Na zasadzie swoich obserwacji stwierdzają Anderson, Happold, Mc. Leod i Thomson (1931), że typ *mitis* wywołuje sporadyczne, endemiczne zachorowania, natomiast typ *gravis* jest przyczyną zachorowań epidemicznych.

W związku z temi nader interesującymi danymi zjawily się prace innych autorów angielskich, podjęte w różnych okolicach Anglii i Szkocji. Do tych badań porównawczych włączono również i szczepy błonicy, wyodrębniane w różnych miastach Europy kontynentalnej. W wyniku tych prac autorzy stwierdzili fakt niezmiernie ważny, a mianowicie, że geograficzne rozmieszczenie tych trzech typów jest nierównomierne; w niektórych okolicach przeważa typ *gravis*, w innych *mitis*, w innych wreszcie *intermedius*.

Już w pierwszym doniesieniu w 1931 r. stwierdzają Anderson i jego współpracownicy, że te trzy typy cechują pewną stałość formy, co zostało potwierdzone przez Andersona, Coopera, Happolda i Mc. Leod w 1933 r. jak również i przez Leete, Mc. Leod i Morrisona w Hull w 1933 r., przez Cartera w Glasgow w 1933. Natomiast inni autorzy, jak Wright

i Rankin w 1932, Parish, Whatley, O'Brien w 1932 r., Mentoni w 1932, Menton, Cooper, Duke, Fussell w 1932 stwierdzili, że niektóre szczepy błonicy wykazują pewną skłonność do zmian. Christison (1933), hodując przesłane jej szczepy z Leeds i Edinburga, zauważyła przejście formy R typu *gravis* w kolonie S, przypominające kolonie *mitis* i odwrotnie, kolonie S typu *mitis* przekształciły się w kolonie R typu *gravis*. Badania Christison nad temi dwoma typami prątków wykazały, że zmienność dotyczy nie tylko morfologii kolonii, lecz co ważniejsze, że wraz ze zmianą wyglądu kolonii, występują pewne różnice w charakterze wzrostu w buljoni i w sposobie zachowania się na podłożach z krwią. Podobne zmiany stwierdziła autorka również w obrębie szczepów typu *intermedius*.

Jedyną stałą cechą pr. błonicy zdaniem Christison jest zachowanie się względem wyższych węglowodanów. Szczepy typu *gravis*, zarówno formy R jak i S rozszczepiają stale glikogen i skrobię, natomiast szczepy typu *mitis* i *intermedius* tej własności nie posiadają.

Niektórzy autorzy, aczkolwiek nie mogli stwierdzić *in vivo* jak i *in vitro* zmienności w obrębie typu, wyodrębniali jećnak od czasu do czasu szczepy, które określali jako nietypowe. Zdaniem Christison, gdyby zarówno forma kolonii jak i inne właściwości szczepów wyodrębnionych podlegały ciągłym zmianom, nie możnaby ustalić związku między własnościami biologicznymi i objawami klinicznymi. Jednakże liczne doniesienia wskazują na to, że atypowe szczepy błonicy spotykają się względnie rzadko, a zatem nie odgrywają one ważnej roli; nic więc nie stoi na przeszkodzie, podług Christison, do przyjęcia podziału na typy.

Jak wyżej wspomniano, Anderson i jego współpracownicy stoją na stanowisku, że typ *gravis* wywołuje zachorowanie o ciężkim przebiegu i w tych przypadkach często zawodzi surowica swoista. Nie twierdzą oni jednak, żeby pozostałe dwa typy nie mogły niekiedy wywołać ciężkich schorzeń. Leete, Mc. Leod i Morrison w 1933 znaleźli w Hull na 310 przypadków błonicy w 59% typ *gravis*. Pośród 40 śmiertelnie przebiegających przypadków wyodrębnili oni 35 razy pr. tego typu, w pozostałych 5 przypadkach wyosobnili typ *intermedius*.

Robinson i Marshall w 1934 w Manchesterze zajmowali się również klasyfikacją szczepów błonicy i stwierdzili, że podobnie jak w Leeds, pr. typu *gravis* wywołują cierpienia ciężkie, przeważnie z zejściem śmiertelnym, natomiast szczepy typu *mitis* spotyka się u osobników z lżejszym przebiegiem klinicznym. Najczęściej spotykali oni typ *intermedius*, który podobnie jak typ *gravis* wywołuje ciężkie cierpienia.

Co się tyczy własności chorobotwórczych Anderson, Cooper, Happold, Mc. Leod (1933) pierwsi stwierdzili, że szczepy typu *mitis*, wyodrębnione przez nich w Leeds, są bardziej chorobotwórcze dla świnek morskich, niż szczepy *gravis*. Szczepy *gravis* natomiast posiadają większe własności chorobotwórcze dla królików, niż szczep *mitis*. Badania podobne przeprowadzali w Hull Leedte, Mc. Leod i Morrison (1933) i w zupełności potwierdzili dane poprzednich autorów.

W związku z przypuszczeniem, że przebieg błonicy zależy od typu zarazka, podjęto prace nad toksynami typów *gravis* i *mitis*. Badania, które przeprowa-

dzali Parish, Whalley, O'Brien (1932), Povitzky, Eisner, Jackson (1933) wykazały, że jady tych dwóch typów pr. błonicy są w jednakowym stopniu zobojętniane przez sztandartową antytoksynę Park-William 8.

Na kilka lat przed zjawieniem się pracy Andersona, gdyż już w 1920 r. Havens zajmował się również zagadnieniem, czy wszystkie szczepy błonicy wytwarzają jeden rodzaj jadu, czy też różne. Havens przebadał 206 szczepów, które pod względem morfologicznym i chorobotwórczym nie różniły się między sobą, natomiast wykazywały zasadnicze różnice pod względem własności aglutynacyjnych. I na tej zasadzie Havens podzielił swoje szczepy na 2 odrębne grupy aglutynacyjne I i II, przyczem stwierdził, że szczep Park-William 8 należy do I-ej grupy.

Dla wyjaśnienia, czy szczepy te różnią się również pod względem wydzielanych toksyn, Havens rozpoczął swoje badania od prób, jakie jest działanie ochronne antytoksyny sztandartowej, wywołanej przez szczep Park-William 8, względem szczepów błonicy przez niego wyosobnionym. Pr. błonicy zastrzykiwał świnkom morskim podskórnie, a na 18 godzin przedtem dawał im 100 AE surowicy sztandartowej. Ta liczba jednostek chroniła zwierzęta, którym zastrzykiwano pr. z grupy I, natomiast zwierzęta szczepione prątkami grupy II ginęły. Podobny przebieg miało doświadczenie przy zastosowaniu metody śródskórnej. Havens przebadał tą metodą 6 szczepów grupy I i 18 szczepów grupy II; okazało się, że 100 AE chroniło całkowicie zwierzęta przeciw szczepom grupy I, z grupy zaś II przeciw 16 szczepom nie chroniło zupełnie, przeciw dwom — tylko w słabym stopniu.

Poza tem przerabiał Havens jeszcze próby z toksynami, otrzymanymi ze szczepów grupy I i II. 10 AE surowicy sztandartowej zobojętniało w doświadczeniach na zwierzętach 2 M.L.D. toksyny, otrzymanej ze szczepów z grupy I. Ta sama liczba jednostek była niewystarczająca do zobojętnienia 2 M.L.D. toksyny otrzymanej ze szczepów z grupy II, i świnki użyte do tego doświadczenia padały. Zwiększając dawki antytoksyny do 20 — 25 AE, można było utrzymać zwierzęta przy życiu, dawały one jednak jeszcze silne odczy-

ny miejscowe. Dopiero przy użyciu 50 AE toksyny zostały tak zobojętnione, że nawet odczyny miejscowe nie występowały.

Z doświadczeń tych Havens wyciąga wnioski, że surowica sztandartowa zawiera ciała zobojętniające jady homologiczne grupy I, zawiera ona również, aczkolwiek w minimalnej ilości, ciała zobojętniające jady grupy II.

Sprawą podziału pr. błonicy na typy biologiczne *gravis*, *mitis*, *intermedius* zajął się również (1933) Clauberg. Klasyfikacja taka, zdaniem jego, służyć może za podstawę do bardzo ważnych zagadnień praktycznych, a w szczególności duże zainteresowanie wzbudzić powinna sprawa działania antytoksyn zróżniczkowanych pod względem typu pr. błonicy.

Może badania prowadzone w tej płaszczyźnie wyświetla sprawy:

1) dlaczego osobniki z ujemnym odczynem Schick'a chorują jednak na błonicę?

2) dlaczego osoby, które mają we krwi dość znaczne ilości antytoksyn zapadają jednakże na tę chorobę?

3) dlaczego szczepienia ochronne przeciwbłonicze niekiedy zawodzą?

4) dlaczego w niektórych ciężkich przypadkach błonicy surowica antytoksyiczna jest nieskuteczna?

We wszystkich tych sprawach, należy, zdaniem Clauberga, uwzględnić zasadę, że przeciwjady zobojętniać mogą tylko jady homologiczne.

Zagadnienia poruszone przez Clauberga są obecnie przedmiotem badań w Państw. Zakł. Higjenu.

Gdyby te punkty widzenia okazały się słuszne to należałoby 1) uodparnić ustrój przeciw błonicy nie przez wprowadzenie jednego tylko typu jadu błoniczego, lecz przez mieszaninę jadów, 2) należałoby leczyć chorego surowicą antytoksyiczną zróżnicowaną pod względem typu pr. błonicy, a więc antytoksyną homologiczną.

Jest to może droga, którą należy obrać, aby uniknąć lub przynajmniej zmniejszyć liczbę przypadków, w których zawodzi leczenie antytoksyną błoniczą.

Oceny książek.

J. JASENSKY i Fr. KOSTECKA. **Nauka o wyťahowaniu zuba.** (Nakładem mładsz. generace lékaru v Praze, 1935 r. Str. 191. rys. 189).

Naprawdę pobratymcy nasi godni są podziwu i naśladowania. Jest ich znacznie mniej, niż Polaków, wszyscy prawie dobrze władają niemieckim, więc zdawałoby się, mają z czego się uczyć. Jednak wolą oni uczyć się po czesku: piszą, wydają i rozkupują podręczniki własne, a robią to tak doskonale, że, gdyby zazdrość nie była przywarą godną potępienia, należałoby im takich wydawnictw z całego serca zazdrościć. — Omawiany podręcznik nie jest w czeskim piśmiennictwie pierwszy. Już w 1884 prof. Nessel wydał podobną monografię o usuwaniu zębów: obecnie jest ona rzadkością bibliograficzną. Praca Jaseńskiego i Kostekki, aczkolwiek niezbyt obszerna, całokształt przedmiotu obejmuje doskonale, drobniawo omawia wszelkie możliwe przypadki i obok podstaw klasycznych, wyłożonych niezwykle jasno i zrozumiale, podaje w takiż sam sposób cały szereg osobliwości kazuistycznych, które w poszczególnych ra-

zach mogą być dla każdego praktyka wprost nieocenione. Na wstępie znajdujemy dział, poświęcony wskazaniom i przeciwwskazaniom do ekstrakcyj, opracowany tak dokładnie, że nawet specjalista spotka tam myśli i spostrzeżenia bardzo trafne, nigdzie dotąd niewypowiedziane. Np., że przy złamaniach szczęk zęby, pozbawione dopływu krwi, przylegające bezpośrednio do powierzchni złomu, powinny być usuwane: unika się przez to wielu nieprzyjemnych powikłań, jak ropienie, martwiaki i t. p. — Mechaniczne podstawy stosowania kleszczy wyłożone są zwięźle i jasno. Niedomówienia w tekście są wyraziście uwidocznione na całym szeregu doskonałych rysunków piórkowych, wyjaśniających więcej i lepiej, niż gdzieindziej to czynią całe stronicie druku. Sposób zakładania kleszczy, postawa operatora, układ głowy i temu podobne szczegóły dla każdego z nas są przedstawione graficznie: na fotografii i kilku rysunkach; ujęcie przedmiotu jest tak wymowne, że zastępuje w zupełności bezpośrednio przyglądanie się w klinice. Niczym zwykle starannie opracowano dział usuwania korzeni. Tu rów-

niez bajeczne rysunki odgrywają pierwszorzędą rolę. Pokazano sposób użycia w różnych przypadkach wszelkiego rodzaju dłutek, dźwigni i wypychadeł; w tekście — bardzo dokładnie opracowano ściśle wskazania do użycia każdego z tych instrumentów. — Dalej autorzy omawiają wskazania i sposoby usuwania zębów u dzieci, rozpatrują znaczenie rentgenografji dla tego działu stomatologii, oraz zapoznają czytelnika z różnymi sposobami znieczulenia. Traktowanie ran poekstrakcyjnych, przebogaty dział kazuistyki, rzadkich ciekawych przypadków, które jednak należy zawsze mieć na widoku, metody operowania zębów zatrzymanych, torbieli i t.p. uzupełniają treść książki. — Na końcu autorzy zamieścili jeszcze ilustrowane opisy narzędzi, wyjalawiaczy i różnych urządzeń nowoczesnych, ułatwiających zabiegów operacyjne. O książce tej to jeszcze trzeba powiedzieć, że papier jest doskonały, druk bardzo wyraźny, rysunki — niezwykle piękne i pouczające, a język — tak prosty i łatwy, że polak, nie znający nawet dokładnie języka czeskiego, wszystko zrozumieć potrafi. Wobec więc braku nadziei, żeby rychło podobny podręcznik mógł się w polskim języku ukazać, można wszystkim interesującym się poruszeniem w niem zagadnieniami śmiało doradzić nabycie tej książki, nawet i w tym przypadku, gdy o czeskim języku słabe mają pojęcie.

L. B r e n n e j s e n.

L. ROEMHELD. **Praktische Diätetik.** (Nakładem Fischera, Lipsk. 1935. stron 226).

„Djetetyka praktyczna“, stanowi czwarte wydanie książki P a r i s e r a: „Praktisches diätetisches Kochbuch“, która ukazała się w 1912 roku, jako zbiór wzorów djetetycznych, stosowanych w sanatorium P a r i s e r a w Hamburgu. Zasadniczy układ książki pozostał bez zmian. Każdy ze wzorów djetetycznych zawiera omówienie podstawowych zasad danej diety, a więc, jakie czynniki djetetyczne winny być szczególnie uwzględnione i jakie wogóle skreślone z diety. Następnie mamy uwagi ogólne co do sposobu przyrządzania potraw, stosowania przypraw i nieco szczegółowiej ujęty wykaz wskazanych, wzgl. wzbronionych potraw. Wreszcie mamy szczegółowy szkic djetetycznego rozkładu dnia z odchyleniami, zależnymi od pożądanego przyrostu, wzgl. spadku wagi. — Ta jednolitość układu znakomicie uwytknęła postęp w leczeniu djetetycznym w ostatnim dwudziestoleciu. W wydaniu z r. 1912 mamy cztery wzory djetetyczne, z których pierwszy rozpada się na kilka podgrup. W obecnym wydaniu diety poprzednie zostały zachowane z częściowemi zmianami i ograniczonymi, a raczej ściślej ustalonymi wskazaniem. Wprowadzono obok tego dużo nowych wzorów. Mamy więc dietę we wrzodzie trawiennym podług K a l k a. W niedokwaśności, obok dawnej diety oszczędzającej, mamy lekką dietę ćwiczącą, stosowaną w przypadkach, gdzie możemy spodziewać się, iż żołądek będzie jeszcze reagował na usilniejsze bodźce sokopędne. Dla chorych wątrobowych zalecona jest dieta węglowodanowa z ograniczeniem białka. W dietach przeciwbiegunkowych uwzględniono odrębne diety w dyspepsji fermentacyjnej i gnilnej. Dla neurasteników przewidziana jest dieta nader uboga w mięso, służy też ona z pewnymi odchyleniami dla chorych sercowych i dnawych. Dieta bezsolna, uboga w białko, jarska i surowa stanowią treść następnego rozdziału. Diety w otyłości i wychudzeniu ujęte są bardzo szczegółowo. Dla cukrzycowych mamy dietę podstawową dla ustalenia stopnia tolerancji, dietę stałą oraz liczne typy o jednej lub dwóch grupach pokarmowych (I und 2-Nährstoffsystem), w tej liczbie i dietę owsiankową. Brak diety A d l e r s b e r g e r a — P o r g e s a. Dieta wątrobowa, zasadowa i zakwaszająca oraz ketorodna (w padaczkę) kończą pierwszą część książki. W drugiej części znajdujemy kilkaset przepisów kulinarnych. — „Dieta praktycz-

na“ nie jest wyczerpującym podręcznikiem djetetyki, nie daje podstaw naukowych i uzasadnień teoretycznych. Zadania jej są znacznie skromniejsze — ma ona dać wskazówki praktyczne do bezpośredniego zastosowania u łóżka chorego. Czy ni to w sposób jasny, przystępny i dokładny i służyć może z pożytkiem lekarzowi, siostrze - djetetyczce, kierownikowi sanatorium djetetycznego i nawet pani domu, która w swem otoczeniu domowym jest zmuszona do stosowania diety.

Ludwik J u s t m a n.

Hans SCHINZ und Franz BUSCHKE. **Krebs und Vererbung.** (Georg Thieme Verlag, Leipzig; stron 273. 1934).

Książka S c h i n z a i B u s c h k e g o zasługuje na uwagę nie tylko teoretyków lecz i szerokiego ogółu lekarzy. I choć miejscami może się wydać nieco trudną dla czytelnika nieobebranego bliżej z założeniami nauki o dziedziczności, — to tem nie mniej rozważania i wnioski oparte na zestawionych danych faktycznych są jasne i wyraźne i ważne dla wszystkich bez wyjątku lekarzy. — Badania nad nowotworami złośliwymi przyniosły w ciągu lat ostatnich wiele nowego, wyjaśniły wiele ciemnych dotychczas spraw, Niestety zdobywcze w tej dziedzinie zbyt wolno przenikają do świadomości ogółu lekarzy; a niektóre z nich są przecież bardzo ważne zarówno pod względem teoretycznym jak i praktycznym i bezwarunkowo mogą wpłynąć na zmianę stosunku lekarza do raka, jako do zjawiska biologicznego i jako do stanu klinicznego. Do takich zdobywczy należą bezwarunkowo wyniki badań nad zagadnieniem dziedziczności w raku; istnienie i znaczenie pewnych „danych“ wrodzonych w przypadkach raków u ludzi, a szczególnie u zwierząt staje się coraz pewniejsze, choć nie zawsze może być bezpośrednio udowodnione. Z „danemi“ temi należy się zawsze liczyć i brać je pod uwagę zarówno pod względem teoretycznym jak i praktycznym. S c h i n z i B u s c h k e w pierwszym rzędzie omawiają szczegółowo wyniki dotychczasowych badań nad warunkami dziedziczenia w guzach samoistnie powstających u zwierząt. Warunki te w niektórych przypadkach występują bardzo wyraźnie, szczególnie w całym szeregu guzów „klasycznych“, na których opiera się duża część nauki o dziedziczności w rakach. Do takich guzów należy np.: nowotwór barwnikowy u muchy „*Drosophila melanogaster*“, którego występowanie jest w dużej mierze zależne od istnienia odziedziczonego zawiązka. Bardzo liczne są badania nad gruczolakorakami sutka u myszy; i tu stwierdzano wielokrotnie, że czynnik dziedziczności odgrywa bardzo dużą rolę w ich powstawaniu. Równie interesujące, lecz mniej pewne są spostrzeżenia nad nowotworami u szczurów. — Badania nad znaczeniem czynnika dziedziczności w nowotworach złośliwych u ludzi są trudniejsze aniżeli u zwierząt. U zwierząt, które żyją krótko, możliwe jest spostrzeganie całego szeregu pokoleń; pozatem łatwo jest przez odpowiedni dobór i krzyżowanie stwarzać doświadczalnie potrzebne typy. U ludzi badania nad zagadnieniem dziedziczności w raku opierają się w pierwszym rzędzie na szczegółowym rozbiórce drzew rodowych tych rodzin, w których spostrzegano częste występowanie nowotworów złośliwych. Wyniki tych badań są mniej wyraźne aniżeli u zwierząt, — nie ulega jednakże wątpliwości, że czynnik dziedziczności występuje bardzo wyraźnie w całym szeregu przypadków i że znaczenie jego w różnych nowotworach jest różne (np. w raku gruczolowym większe aniżeli w raku płaskokomórkowym). Ważne są spostrzeżenia nad mnogimi guzami u ludzi oraz badania nad występowaniem guzów u bliźniąt. — Również szczegółowo omawiają autorzy znaczenie czynnika dziedziczności w guzach przeszczepialnych u zwierząt. Pod względem teoretycznym badania te są bardzo ważne, ponieważ wykazują jak doniosły wpływ wywiera konstytucja na przeszczepione komórki nowotworowe, które nie za-

wsze się przyjmują i które szczepione różnym szczepem dają różne odsetki wyników dodatnich. — Nie mniej interesujące są dane dotyczące nowotworów złośliwych, powstających u ludzi i u zwierząt pod wpływem czynników drażniących. Oddawna już stwierdzane różnice w częstości występowania nowotworów doświadczalnych, wywoływanych u zwierząt przy pomocy ciał drażniących, znajdują wytlomaczenie w różnicach konstytucji różnych szczepów; na drodze celowego krzyżowania można uzyskać szczepy zwierząt bardziej lub mniej odpornych na działanie tych czynników. Znaczenie konstytucji w powstawaniu u ludzi nowotworów pod wpływem długotrwałego drażnienia tkanek potwierdzają np. spostrzeżenia nad robotnikami pracującymi w fabrykach przetworów smołowych: w prostym napozór zjawisku, kiedy tylko niektórzy z nich „*ceteris paribus*“ chorują na raka kryje się wielka zagadka „danych“ wrodzonych. — W ostatnich rozdziałach interesującej książki autorzy omawiają wnioski praktyczne, wynikające z zestawionych spostrzeżeń. Autorzy przypuszczają, że rak jest w dużym stopniu zależny od mutacji genu somatycznego. Jeżeli rak jest w pierwszym rzędzie wyrazem swoistej konstytucji (poddanej oczywiście działaniu odpowiednich warunków otaczających) — to ważną zdobyczą będzie umiejętność dostatecznie wczesnego rozpoznawania tej konstytucji. Narazie brak jest pewnych metod w tym względzie. Nie ulega jednak wątpliwości, że tak jak twierdzą autorzy, szczegółowy rozbiór drzewa rodowego badanego osobnika, może z pewnym prawdopodobieństwem wykazać mniejsze lub większe usposobienie wrodzone do raka. W przyszłości uda się może według autorów ustalić jeszcze inną drogę dla rozpoznawania konstytucji rakowej. Na podstawie ogólnych danych biologicznych należy przypuszczać, że gen nowotworowy powinien być związany z innymi genami, znajdującymi się w jednym chromozomie, — bądź też, że jeden i ten sam gen decyduje poza usposobieniem do raka również i o innych cechach w fenotypie. To też muszą istnieć korelacje pomiędzy usposobieniem do raka i innymi cechami i ustalenie tego rodzaju związków będzie miało znaczenie rozpoznawcze, — ponieważ na podstawie innych cech będzie można sądzić o konstytucji rakowej. Dotychczas udało się stwierdzić, że np. szczury z guzami płuc wykazują stałe i swoiste zmiany chorobowe w czach. U koni z glejakami mózgu spostrzegano stałe się powtarzające wady rozwojowe jelita. Zauważono, że u myszy istnieje związek pomiędzy występowaniem guzów i zabarwieniem sierści. U ludzi, spostrzeżenia tego rodzaju są rzadsze. Stwierdzono wielokrotnie, że u osobników z nowotworami złośliwymi występuje często mnogie nowotwory łagodne lub też zaburzenia rozwojowe. W rakach przelyku spostrzegano nieprawidłowości w płatach płucnych. W przyszłości uda się może u ludzi z konstytucją rakową wykryć określone cechy dostępne badaniom przyżyciowym. Jasnym jest, że postęp w tym kierunku będzie miał decydujące znaczenie dla zapobiegania i wczesnego rozpoznawania w chorobach rako-

wych. Jednocześnie dokładniejsze jeszcze poznanie czynników zewnętrznych, decydujących często o ujawnieniu się konstytucji rakowej, — pozwoli w przyszłości ludziom zagrożonym przez raka unikać ich straszego losu. Patologiczne zmiany w tkankach, poprzedzających nieraz powstawanie raka (t. zw. stany przedrakowe) będą wtedy inaczej traktowane u ludzi z konstytucją rakową. — Jest dużą zasługą S c h i n z a i B u s c h e g o, że w chwili obecnej, kiedy walka z nowotworami złośliwymi nie daje nadziei na większe zwycięstwa, — podają w swej książce dokładnie i sumiennie opracowany materiał, który może być podstawą do dalszej walki, conajmniej na jednym odcinku, — a mianowicie na odcinku społecznym.

M. P l o Ń s k i e r.

Stanisław LIEBHART. **Klinika żeńskich hormonów płciowych.** (Wydawnictwo Lekarskie „Eskulap”).

W monografii swojej Dr. L i e b h a r t stara się ująć dość skomplikowane jeszcze dziś zagadnienie istoty i roli, jaką odgrywają w ustroju kobiety hormony płciowe. Autor na zasadzie zdobytych doświadczeń zarówno własnych, jak i podanych w piśmiennictwie zagranicznym, poddaje analizie stany patologiczne, powstałe w ustroju na tle dysfunkcji hormonalnej, a w związku z tem odpowiednio określa, jak należy leczyć niedomogi i zaburzenia wewnętrznego wydzielania. Zarówno hormon pęcherzykowy — folikulina, hormon ciała żółtego — lutina i hormony przedniego płata przysadki mózgowej (prolony) oraz ich wzajemne zależności i ich rolę w każdym okresie życia kobiety, autor omawia z nieprzeciętną znajomością tego odcinka wiedzy lekarskiej. W ramach niewielkiego dziełka autor daje nam obraz całokształtu nowoczesnych poglądów w dziedzinie, przezeń omawianej, gdyby kto jednak chciał doszukiwać się tam wszystkich szczegółów i szczegółików, które są może niezbędne dla specjalistów — nie znajdzie ich, gdyż na to trzeba byłoby objętość tej monografii kilkakrotnie powiększyć. Jednakże potrafił autor wybrać dla lekarzy - praktyków najistotniejsze i najbardziej wartościowe wiadomości.

A. F r y s z b e r g.

Georges GUILLAIN. **Études neurologiques.** Cinquième série, pages 462. Masson et C^{ie} Éditeurs. Paris 1934. Prix 80 fr.

Głośny neuropatolog z Salpêtrière do seryjnych studjów swoich z r. 1922, 1925, 1929, 1930 dołącza 5-tą serję, bardzo ciekawą i oryginalną, w której omawia dział wielce aktualny guzów mózgu, patologii mózgowia, szypuła, mostu, łopuszki i mózdzku, fizjopatologii rdzenia, nerwów czaszkowych i obwodowych. Ostatni rozdział „Varia“ rozprawia się z achondroplazją, z zespołem krótkiej szyi K l i p p e l - F e i l a, z przewlekłą hemiplegją rdzeniową wstępującą, z tężcem, alkoholizmem i pellagra. Piękną książkę kończy wykład biograficzny o zmarłym współpracowniku, wielce zasłużonym neuropatologu Karolu F o i x, wykład symbolizujący i reprezentujący poważny fragment z historii rozwoju neurologii francuskiej.

H. H i g i e r.

Wskazówki praktyczne

H. K o e n i g s f e l d podaje następujące wskazówki leczenia gruźlicy środkiem *Thanatophytin*: chorzy, którzy na małe dawki doustne surowicy silniej oddziałują ogólnie i miejscowo, nie nadają się do leczenia zastrzykiwaniami tego środka. Zaczyna się od jednej kropli doustnie. Jeżeli odczyn miejscowy nie występuje, a odczyn ogólny połączony z wzniesieniem ciepłoty nie wyższym nad 0.5°, znika po upływie 2 — 3 dni, to dawka w ciągu 4 — 10 dni zostaje stopniowo podniesiona do 5 — 10 kropli. Jeżeli do końca takiego leczenia oddziaływanie miejscowe nie występuje, to można przy-

stąpić do leczenia zastrzykiwaniami. W przypadkach takich u chorych na płuca można przekroczyć dawkę 0.3 ctm.³ uznaną za najwyższą. (Med. Klin. 1934, Nr. 22).

—o—

S c h l e c h t u chorych na serce i dotkniętych zaburzeniami krążenia, rozpoczyna leczenie kąpielowe od półkąpieli. Kąpiele kwasowęglowe po zapaleniu wsierdza z lekko niewyrównanymi wadami oraz w dławicy piersiowej są wska-

zane. Przeciwnie, w zawałach sercowych, zakrzepach, świeżych udarach mózgowych, w ciężkich stanach zastoinowych i w chorobach gorączkowych kąpieli kwasowogłowych stosować nie należy. (Therap. Gegenw. 1934, Nr. 6).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 18 października 1934 r.

Obecnych: 21.

Przewodził dr. K a c p r z a k.

O d c z y t:

Dr. H. N i e d z i e l s k i. *Ku nowym drogom w polityce zdrowotności kraju.*

Opieka lekarska w dobie przedwojennej była dorywcza i niewystarczająca. Ludność uboga korzystała z niej w szpitalach i t. zw. ambulatorjach; pomoc ta nosiła charakter filantropijny. Obecnie panuje idea upowszechnienia pomocy lekarskiej, która przyjęła formę ubezpieczeń. Miały one objąć jak najszersze, a zwłaszcza najbiedniejsze warstwy ludności, a polegać nie na filantropji, lecz na niewielkich, stale wnoszonych opłatach. Stan lekarski nie był do tej pracy przygotowany i nie wykazywał dla niej należytego zrozumienia i zainteresowania. Wskutek tego wszelkie ustawy i rozporządzenia były i są wydawane bez udziału czynnika lekarskiego. Tymczasem idea ubezpieczeń społecznych ugruntowała się wśród ludności i, jako taka, nie może dziś mieć przeciwników. Ubezpieczenia nie obejmują jednak całej ludności, lecz tylko część (1/6) jej i to najzasobniejszą, bo zarobkującą; reszta ludności pozbawiona jest pomocy lekarskiej. Wobec tego nie, przestaje być aktualnym zagadnienie upowszechnienia pomocy lekarskiej i objęcia nią całej ludności. Rozwiązanie tego problemu nie może się odbyć bez udziału świata lekarskiego. Walka ze światem lekarskim może się odbyć na ogóle społeczeństwa, zdrowotności kraju, a nawet na naszej przyszłości. Aczkolwiek znaczenie lekarzy dla tych zagadnień uznać musi każdy zdrowo myślący człowiek, stosunek społeczeństwa i czynników miarodajnych do świata lekarskiego pozostawia bardzo wiele do życzenia. Dowodzą tego pauperyzacja stanu lekarskiego, pogłębiające się bezrobocie, niskie wynagrodzenia (cenniki lekarskie, w których porady oplaca się poniżej norm taks fryzjerskich), prowadzące do kumulacji lichy płatnych posad, niepopuszczająca śruba podatkowa pomimo gwałtownego spadku zarobków lekarskich, dowolność wymiarowa, nieuzasadniony podatek obrotowy w zawodzie, pozbawionym „obrotu”, przechodzenie w Ubezpieczalniach Społecznych do porządku dziennego nad opinjam. świata lekarskiego w najdonioślejszych sprawach (jak np. ustawa scaleniowa i t. p.), podporządkowanie niefachowemu zwierzchnictwu czynnika fachowo-lekarskiego, wypieranie lecznictwa przez rozrosłą do niebывалych granic administrację, zmachy na zasadę zbiorowości umów, próby narzucenia jednostronnych pragmatyk służbowych i t. d. Zapomina się przytem, że lekarz nie może być urzędnikiem, gdyż traci wtedy zaufanie pacjentów, których nie może w tych warunkach skutecznie leczyc.

Zniesienie Ministerstwa Zdrowia doprowadziło do chaosu w tej dziedzinie. Zamiast scalenia pomocy lekarskiej nastąpiło jej rozproszkowanie, przyczem ludność nieubezpieczona znajduje się pod tym względem w coraz gorszych warunkach, gdyż gminy traktują opiekę i pomoc lekarską dla ludności nieubezpieczonej jako nieznośny ciężar i w dobie kryzysu robią oszczędności przede wszystkim w tej dziedzinie. Postępy na polu higieny są zbyt powolne i niedorównują nawet krajom o niższym poziomie kulturalnym. Epidemja tyfusu plamistego w kraju, a nawet w stolicy jest nie do pomysłenia w żadnym innym państwie. Gruźlica szerzy się w zastraszający sposób, co 6 obywatel cierpi na gruźlicę. Zaznacza się coraz większy spadek przyrostu ludności, wzrost śmiertelności, zmniejszenie się liczby urodzeń żywych, spadek rozrodczości inteligencji. Słabszy rozwój młodego pokolenia wskutek niedożywiania, zaostrenie i przyspieszenie procesu wymierania dziedzicznej inteligencji

Bezrobocie objęło i świat lekarski, powstaje dziwny paradoks: lekarze bez pracy, gdy setki i tysiące miast, miaste-

U kobiet z małą wydzieliną pokarmu stosuje K ü s t n e r zapobiegawczo *Dijodotyrozynę* po 2 — 3 pastylek dziennie. Działanie występuje po upływie 2 — 3 dni. Hormon tarczycy, przeciwnie, zmniejsza wydzielinę pokarmu. (M. m. W. 1934, Nr. 33—34).

czek i wsi pozbawione jest pomocy lekarskiej, pozostając na łasce felczerów, babek i znachorów. Wzrasta przestępczość, kradzieże, podrzucanie dzieci, prostytucja, liczba samobójstw wskutek braku pracy. Zastraszające są liczby, dotyczące mieszkań i żywienia. Pokolenie, rosnące w tych warunkach, nigdy już nie będzie zdrowe. Badania w szkołach powszechnych wykazują upośledzenie stanu odżywiania, niedobór wagi i wzrostu, szerzenie się gruźlicy, chorób oczu, krzywicy i chorób nerwowych, opóźnienie w rozwoju umysłowym. Wzrasta śmiertelność matek. Liczba poronień przewyższa liczbę urodzeń (stosunek 3,5 : 1).

Sprawa mieszkaniowa przedstawia się najgorzej ze wszystkich krajów europejskich: na izbę przypada do 8, a nawet 11 — 15 osób (w r. 1928 przeciętnie 4 — 5, wyjątkowo do 11). Na osobę przypada w niektórych mieszkaniach po 0,99 m.³ Ciąsnota i zaduch wywołują olbrzymią śmiertelność wśród dzieci. Ta ciąsnota jest główną przyczyną szczyjących się chorób.

Wiadomo, że o egzystencji państw i o powodzeniu ich w walce o byt decyduje zdrowie i siła życiowa narodu. Troska o zdrowie publiczne jest pierwszym obowiązkiem męża stanu.

Gdyby się udało zmniejszyć u nas śmiertelność zapomocą poprawy stosunków sanitarnych w Państwie do liczby, jaką przedstawia choćby Anglja, oszczędzilibyśmy rocznie około pół miliona istnień ludzkich, a gdyby się nam udało zmniejszyć odpowiednio chorobowość, uzyskalibyśmy rocznie około 90 milionów dni roboczych. Dla poprawy tego stanu nie wystarczy już dzisiaj lecznictwo indywidualne. Na plan pierwszy wystąpić muszą nowe formy lecznictwa zbiorowego, lecznictwa masowego. Pomoc lekarską należy nie tylko rozszerzyć, by uostępnić ją wszystkim potrzebującym, lecz stworzyć takie warunki, by zmniejszyć do minimum szanse zachorowania.

Przedewszystkiem dążyć należy do przywrócenia Ministerstwa Zdrowia i skupienia w niem całkowitego nadzoru nad zdrowotnością kraju. Dalej, dążyć należy do zrealizowania Powszechnej Służby Zdrowia, obejmującej swą opieką całą ludność kraju, a opartej na zasadzie, że każdy cierpiący ma prawo do pomocy lekarskiej bez ograniczeń w miarę jej potrzeby. Pomoc nie może być uwarunkowana ani stopniem zamożności chorego, ani liczbą porad, ani rodzajem udzielanych środków i świadczeń. Musi być przytem możliwie bezpłatna, lecz z usunięciem wszelkich pozorów filantropji. Jest to zadanie, któremu nie może podolać sam tylko świat lekarski, konieczny jest współdziałanie całego społeczeństwa, całego narodu. Wprowadzona powinna być powszechna służba zdrowia, wymagająca współpracy wszystkich obywateli bez wyjątku.

Pierwszym warunkiem Powszechnej Służby Zdrowia powinno być uświadamianie ogółu i wychowanie higieniczne w najszerszym znaczeniu tego słowa, obejmujące dzieci w szkołach powszechnych, średnich, młodzież akademicką i dorosłych. Zadaniem lekarza poza leczeniem powinno być przede wszystkim krzewienie i propagowanie zasad profilaktyki i higieny, organizowanie walki z chorobami zakaźnymi i spoczynami. Lekarz powinien być typem lekarza domowego, który miałby możliwość oddziaływania na swych pacjentów i ich rodziny, typem lekarza - opiekuna, któremu można zwierzyć swe bóle i troski. Lecznictwo, rzecz oczywista, nie powinno być zaniedbane. Organizacja Powszechnej Służby Zdrowia powinna obejmować dwa uzupełniające się działy: lecznictwo i profilaktykę z najszerszym uwzględnieniem wychowania fizycznego.

Pozostaje najważniejsze zagadnienie — fundusów na utrzymanie tak szeroko zakrojonego aparatu i na pokrycie całego kraju jak najgęstszą siecią instytucyj sanitarno-higienicznych. Powinien powstać fundusz zdrowia, oparty głównie na równym pogłównym podatku od wszystkich osób dorosłych, rozporządzających pewnym minimalnym dochodem z pracy najemnej lub samodzielnie zarobkowej. Do tego funduszu przełaneby były wszystkie sumy, jakie dotychczas przeznaczane

były na cele lecznictwa i zapobieganie przez poszczególne ministerstwa (oprócz wojska), związki komunalne, ubezpieczenia społeczne i inne instytucje filantropijno-prywatne lub społeczne, dalej sumy z kar za przekroczenie przepisów sanitarnych i wreszcie kapitały z prywatnych ofiar i zapisów. Sumy, dotychczas wydatkowane na organizację Służby Zdrowia i na leczenie uprzywilejowanej grupy obywateli wynoszą około 400.000.000 złotych. Przy wprowadzeniu opłat na Fundusz Zdrowia, licząc choćby po 1 złotym miesięcznie od zarobkujących (a takich znajdzie się około 12 milionów osób), suma powyższa zwiększy się o zgórą 140.000.000 złotych. Operując sumą około 500.000.000 złotych można przystąpić do zorganizowania zupełnie dostatecznej jak na początek dostępnej pomocy lekarskiej wszystkim obywatelom oraz zapewnić im opiekę sanitarną.

Podatek zdrowia musi być niewielki i ściągany kwartalnie przez istniejący już aparat podatkowy, ażeby obniżyć kosztą egzekucji. Osoby, których zarobek miesięczny nie przekracza pewnej określonej sumy, otrzymują pomoc lekarską i leki bezpłatnie, zarabiający powyżej tej sumy obowiązani będą do pewnych minimalnych opłat

Upowszechnienie Służby Zdrowia spowoduje planowe rozmieszczenie lekarzy po całym terytorjum Rzeczypospolitej, zwiększy zapotrzebowanie na siły lekarskie i cały szereg sił pomocniczych, związanych ze służbą zdrowia. Zagadnienie bezrobocia znalazłoby częściowe swe rozwiązanie, a korzyści, wypływające z tego systemu, mówilyby same za siebie.

Ubezpieczenia społeczne jako takie powinny pozostać i rozwijać się nadal w ramach dotychczas zakreślonych. Jedynie lecznictwo i profilaktyka i sprawy z nimi związane powinny być z nich wyłączone i przekazane całkowicie organizacji Powszechnej Służby Zdrowia. Sprawy wspólne, styczne, wzajemnie się uzupełniające będą decydowane i rozstrzygane wspólnie. Pomostem, łączącym te dwie dziedziny, będą specjalne komisje lekarskie ubezpieczeniowe.

Czas wkroczyć wreszcie i na wieś polską, poprzez prowincjonalne miasta i miasteczka, pełne wszelkich chorób i ciemnoty, dać odczuć należne i jej zdobycze kultury sanitarnej. I to im prędzej, tem lepiej, bo czas nagli, a do działania jest wiele. Wszak idzie o zdrowie i siły miłośni przyszłych pokoleń. Odpowiedzialność za ten stan rzeczy wobec przyszłych pokoleń ciąży i ciążyć będzie na lekarzach. Bo tylko oni powołani są do szczytnej roli propagatorów i organizatorów Służby Zdrowia!

D y s k u s j a:

Dr. P r z y s u s k i uważa, że chodzi o chęci, a nie o rodzaj instytucji; obojętne jest, czy będzie się ona nazywała Ministerstwem czy Departamentem. Nikt nie troszczy się o zwiększenie ilości mięśni, których jest aż nadto. W obecnych warunkach nie można się spodziewać naprawy stosunków, bo to widocznie nie leży po linii czynników miarodajnych. Rozstrzygnięcie tych zagadnień zależy od społeczeństwa. W Rosji liczba szpitali i lekarzy wzrasta, gdyż komuś na tem zależy. Trudno jest widzieć rozwiązanie tego zagadnienia w przemianowaniu istniejących instytucji lub stworzeniu nowego podatku, nie można liczyć na nowe fundusze z tego źródła. Wreszta fundusze na lecznictwo stale się zmniejszają. Rozwiązanie zagadnień w tej płaszczyźnie, jak sobie wyobraża prelegent, jest nie do pomyslenia.

Dr. B u d z y Ń s k a - T y l i c k a uważa, że sprawy zdrowia powinny mieć swoje Ministerstwo. Sam naród nie zdaje sobie sprawy z tego, co to jest zdrowie. Opinia rządowa idzie w tym kierunku, że sprawom tym niewarto jest dać specjalnego ministra. A jednak jest bardzo ważną rzeczą, ażeby istniało specjalne Ministerstwo Zdrowia, jak to było w pierwszych latach istnienia Państwa. Projekt upowszechnienia pomocy lekarskiej jest bardzo daleki od obecnych warunków. Ważne jest, w jaki sposób stan lekarski powinien się bronić przed poniżeniem i obecną pauperyzacją. W dużej mierze sami lekarze są temu winni, ponieważ jesteśmy rozbici i nie przyjmujemy udziału w życiu politycznym i społecznym.

Dr. K n a p p e: Ludność znękana bezrobociem lub lichym zarobkiem nie znieśie żadnych nowych podatków na cele zdrowotne. Lekarze są nieprzygotowani moralnie do ofiarnej pracy społecznej. Mówca przypuszcza, że z upowszechnieniem pomocy lekarskiej, wyzysk lekarzy jeszcze się wzmoże. Ze stanem lekarskim się nie liczą, ponieważ jest on niezorganizowany i przez to niema wpływu na politykę.

Dr. O s t r o m ę c k i stwierdza, że prelegentowi należy się wdzięczność za poruszenie tak ważnego i aktualnego tematu. Stosunki nie są u nas, na szczęście, tak rozpaczliwe, jak to przedstawił prelegent, są jednak złe. Przywrócenie Mi-

nisterstwa Zdrowia Publicznego jest koniecznością. Sprawy zdrowia są i w innych krajach podzielone (w Danji w 11 działach). Upowszechnienie pomocy lekarskiej jest możliwe, lecz jest to zagadnienie bardzo skomplikowane i trudne do urzeczywistnienia. Należy jednakże iść w tym kierunku. Finansowa strona zagadnienia trudna jest do ustalenia. Niema jeszcze u nas zrozumienia dla tych spraw, lecz to samo widzimy i zagranicą. Lekarze nie interesują się, nie zwracają uwagi na te tak doniosłe sprawy. Niema u nas jeszcze zrozumienia tego, co to jest zdrowie publiczne.

Dr. K r o s z c z y Ń s k i przypomina, jak to król angielski zwrócił się do lekarzy i powiedział: „Wam powierzam pieczę nad zdrowiem narodu“. Lekarze, zajmujący się tylko leczeniem, nie dorosli do swego zadania. Zagadnienie Powszechnej Służby Zdrowia staje się coraz bardziej aktualne. Na Wschodzie czynione są wydajne usiłowania, na Zachodzie — w Ameryce — występują z projektem Powszechnej Służby Zdrowia. Naogół społeczeństwa już się nie obawiają tego zagadnienia. Główną przeszkodę stanowi brak środków materialnych. Nasze poczynania powinny być tak nastawione, żeby dążyć do upowszechnienia pracy lekarskiej. Na wsi sytuacja jest wręcz rozpaczliwa, należy stworzyć tam jakiś aparat zastępczy. Fundusze dla Powszechnej Służby Zdrowia nie znajdują się w tych pozycjach, jakie podaje prelegent. Mówca przeciwny jest podatkowi pogłównemu, powinny się znaleźć inne źródła środków na ten cel.

Dr. R a c i ą ż e k nie uważa, ażeby oblicze polityczne stanu lekarskiego miało się przyczynić do podniesienia zawodu. Projekt prelegenta nie jest bynajmniej utopijny. Sprawa zdrowotności w mieście jest rozwiązana dzięki Ubezpieczalnikom

W odpowiedzi wyraża dr. N i e d z i e l s k i głębokie przekonanie, że myśl upowszechnienia pomocy lekarskiej urzeczywistni się, teren jest już przygotowany. Pierwszy wyłom już został zrobiony, resztę robi życie. Będziemy musieli iść po linii upowszechnienia pomocy lekarskiej, lecz do pracy tej potrzebni są nowi ludzie. Należy dzwonić na alarm i zachęcić lekarzy do zajmowania się temi sprawami.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Chirurgicznego z dnia 12 marca 1934 r. (Klin. Wschr. N. 4, 1935) pokazywał N o r d m a n n przypadek *guza kory nadnerczy*, dotyczący 36-letniej pacjentki. Rozpoznanie tego bardzo rzadkiego nowotworu postawiono na zasadzie przetomowych napadów nadciśnienia powyżej 300 mm. Hg. z innymi objawami podrażnienia nerwu współczulnego, jako następstwem ostrego wyrzucania adrenaliny. Przy obmacywaniu i w obrazie rentgenowskim stwierdzono nawewnątrz od pęcherzyka żółciowego opór. Wykonano operację drogą poprzeczotrzewnąową. Ponieważ nie można było oddzielić nerki od nowotworu, usunięto ją wraz z guzem. Przebieg pooperacyjny był gładki, zakończył się wyleczeniem.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Chirurgicznego z dnia 12 marca 1934 r. (Klin. Wschr. N. 4, 1935) mówił N o r d m a n n o *zespoleniu przewodów żółciowych z żołądkiem*. Zespolenia między drogami żółciowymi z jednej a żołądkiem i jelitami z drugiej strony należy wykonywać tylko w razie istnienia ścisłych wskazań do nich, a więc w razie zwężeń przewodów żółciowych wspólnego bardzo znacznego stopnia, spowodowanych bądź przez blizny, bądź przez nowotwór. Autor podaje opis przypadków z zupełną niedrożnością przewodów żółciowych wspólnego po wycięciu woreczka żółciowego i drenażu przewodów żółciowych wspólnego. Prelegent wykonał ponad rurką gumową zespolenie przewodów żółciowych z żołądkiem. Rurkę gumową usunięto z dwunastnicy w ten sam sposób, jak wykonywa się drenaż poprzedzwnastniczy metodą V o e l k e r a.

Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Chirurgicznego z dnia 12 marca 1934 r. (Klin. Wschr. N. 4, 1935) mówił N o r d m a n n o *leczeniu ostrego zapalenia trzustki, względnie martwicy trzustkowej*. Operacja nie wywiera najmniejszego wpływu na przebieg schorzenia. Jest rzeczą dość obojętną, czy się pozostawia w jamie brzusznej wysięk i martwicę tłuszczową. Od roku 1929 17 chorych z zapaleniem trzustki, w tem 10 bardzo ciężkich przypadków, przeżyły przy leczeniu zachowawczem początkowo wstrząs. 15 chorych uległo zupełnemu wyleczeniu. U 5 chorych wytworzył się ropień, który trzeba było wtórnie otwierać, czterech z nich uległo wyleczeniu. Najistotniejszą przyczyną powstawania ostrego zapalenia trzustki stanowi współistniejąca kamica żółciowa Z pośród 10 chorych, u których przeprowadzono bada-

nie rentgenowskie, u wszystkich znaleziono kamienie żółciowe. 8 z nich operowano, z czego 7 uległo wyleczeniu, jeden zaś zmarł.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Kilonji z dnia 19 lipca 1934 r. (Klin. Wschr. N. 4, 1935) pokazywał J o c h i m s przypadek *poszczepiennego zapalenia mózgu*. 10-miesięczne niemowlę, które do tego czasu było zupełnie zdrowe, zachorowało nagle w 9 dni po szczepieniu. Wystąpiły

drgawki połowicze, a następnie lewostronny niedowład połowiczny oraz deviation conjuguée. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazało odchyień od normy. W przypadku tym miało się do czynienia z poszczepiennym zapaleniem mózgu, które wystąpiło na szczycie reakcji poszczepiennej, zresztą niezbyt silnej. Dziecko leczono wstrzykiwaniami krwi rodziców. Nastąpiła szybka poprawa i wyleczenie w ciągu 2 tygodni.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Kongres Międzynarodowy Moralności Społecznej. (Budapeszt, Październik 1934 r.).

Podala

Halina SIEMIENSKA (Warszawa).

Obrady Kongresu Międzynarodowego Moralności Społecznej miały charakter specjalny, informacyjno-syntetyczny. W okresie ubiegłych lat 60 powstało wiele organizacji społecznych, które konsekwentnie realizowały program abolicjonistów, sprecyzowany przez pionerkę tego ruchu Józefinę B u t l e r. Ogrom dokonanego przez te organizacje wysiłku, rezultaty tego wysiłku domagały się podsumowania, chociażby dla wykazania niewierzącemu światu, że i w dziedzinie walki z prostytutką zachodzą ważne zmiany na lepsze, że walka ta nie jest bynajmniej beznadziejną donkiszoterją. Ponadto powszechnie odczuwano potrzebę wymiany nabytych w pracy doświadczeń, dokonania rewizji dotychczasowych metod pracy.

Do tych potrzeb i zamierzeń był dostosowany program Kongresu — obejmował on trzy wielkie działy: I. Przyczyny prostytucji, II. Środki zaradcze, III. Sposoby rehabilitacji.

Najbardziej ciekawą, cenną i zasadniczą była dyskusja w dziale pierwszym. Wszyscy trzej referenci (prof. prawa dr. M i t t e r m a i e r, prof. med. dr. D o r o s i dr. d e G r a a f) za główną przyczynę prostytucji uznali stałą żądze m ę ż c z y z n, której niezaspakajają uregulowane formy współżycia małżeńskiego. A więc problem o d p o w i e d z i a l n o ś c i m ę ż c z y z n z a i s t n i e n i e prostytucji został postawiony mocno i wyraźnie. Zdaniem referentów — prostytucja nie jest złem koniecznym — tylko rozwiązanie tego zagadnienia zależy od naszej własnej koncepcji życia, to znaczy stosowania tolerancji i pobażania względem tego zjawiska, czy też przesunięcia tego problemu na inną płaszczyznę — płaszczyznę moralną, co spowoduje radykalną zmianę poglądów na życie seksualne ludzkości.

Ewolucja życia seksualnego może pójść po linii całkowitej likwidacji prostytucji, w tym wypadku jednak istnieją tylko dwie możliwości — uznanie ogólnej swobody obyczajów, albo też opanowanie instynktu seksualnego przez mężczyzn.

Zgodnie z takim ujęciem przyczyn prostytucji zaznaczyła się zupełna zmiana poglądów współczesnych na prostytutkę. Teoria L o m b r o s o i jego następców o urodzonych prostytutkach dziś już zbankrutowała. Według współczesnej koncepcji — uprawianie prostytucji nie wynika ze skłonności przyrodzonych i dziedzicznych prostytutki, ale — jest rezultatem tragicznego splotu okoliczności i warunków społecznych, które tylko w minimalnej mierze zależą od prostytutki, będącej ofiarą prostytucji.

Prostytutki pochodzą przeważnie z nizin społecznych. Ogólnie są to dziewczyny normalne, tylko mają charakter słaby, wolę i inteligencję średnią bez wewnętrznej dyscypliny, często są leniwe, lekkomyślne, nadewszystko zaś są pozbawione umiejętności pracy i zawodowego przygotowania do walki o byt. Słabość charakteru jednostek łatwo się utrzymuje w złych warunkach ekonomicznych, w rodzinie o niskim poziomie moralnym. Nieraz rodzice z tych środowisk nie mają ani zdolności, ani możliwości wychować odpowiednio swoje dzieci. Brak prawdziwego ogniska rodzinnego, brak mieszkań, bezustanne stykanie się z przeróżnymi formami przestępczości, nierozbudzone poczucie godności ludzkiej, zwłaszcza kobiecej, tragedje dzieci i dziewcząt opuszczonych i t. d. — to są te poszczególne ogniwa długiego łańcucha przyczyn prostytuowania się dziewcząt. Przyczyn tych jednak należy szukać w społeczeństwie, otoczeniu, rodzinie — i n i e p r o s t y t u t k a, lecz społeczeństwo odpowiada za jej los i za fakt istnienia prostytucji.

Solidaryzm społeczny musi również obejmować i tę dziedzinę, a wówczas walka prewencyjna z prostytucją stanie się o b o w i ą z k i e m społecznym i moralnym społeczeństwa i państwa. Ostrze tej walki winno być skierowane przeciwko przyczynom prostytucji, a nie przeciwko prostytutce — ofierze prostytucji. Tej należy się od społeczeństwa i państwa współczująca pomoc i rehabilitacja.

Dyskusję nad środkami zaradczemi rozpoczęto od zagadnienia wychowania seksualnego młodzieży. Tezy głównej referentki dr. L u i s i były następujące: wychowanie młodzieży w zakresie zagadnień seksualnych winno być oparte na podstawie jednakowej moralności dla obu płci, z zachowaniem jednakowej dyscypliny instynktu seksualnego, podporządkowania go świadomej woli, rozumowi i sumieniu. Wychowanie seksualne po to jest konieczne, aby człowiek odpowiadał na potężny głos instynktu w momencie przez siebie wybranym i w pełnym poczuciu odpowiedzialności za tworzone nowe życie w warunkach najkorzystniejszych i najlepszych, zarówno fizycznych, jak duchowych.

Nowe wychowanie powinno uświęcić i wysublimować twórczy akt przedłużania gatunku. Należy mu nadać duchową wartość obowiązku względem siebie i ludzkości. Należy rozwijać u ludzi od najmłodszejszego dzieciństwa wolę, charakter, poczucie odpowiedzialności, poczucie obowiązku, równe dawnemu poczuciu honoru. Zrozumienie, że ludzkość stanowi jedność, musi doprowadzić do solidaryzmu zbiorowego, który stanie się podstawą nowego sumienia nowego człowieka.

Ramy działalności społecznych insty-

t u c y j o p i e k u ń c z y c h omówiła p. K r u g (sekr. jen. Unji franc. Przyjaciółek młodej dziewczyny).

Ogólne dyrektywy w tej pracy dają się ująć w następujące punkty:

a) Ochrona powinna być dawana wszystkim bez wyjątku, niezależnie od wyznania, narodowości, pochodzenia etc. Winno być ogłoszone „prawo schronienia”, zapewniające każdej zagrożonej istocie opiekę społeczną instytucyj.

b) Działalność opiekuńcza winna być międzynarodowa, jako reakcja na międzynarodowo zorganizowane czynniki przestępcze. W tym celu działalność organizacyjną społeczną winna być skoordynowana i należy ustalić ściślejsze formy ich współpracy.

c) Działalność opiekuńcza winna być ożywiona duchem życzliwości i zrozumienia młodych, bowiem tylko tą drogą można uzyskać ich zaufanie.

d) Z takiego zrozumienia potrzeb młodych winno wynikać praktyczne dyrektywy samej działalności opiekuńczej. Każda organizacja, nawet wyspecjalizowana w pewnym typie pracy, winna się interesować i orjentować w całokształcie wszystkich prac, związanych z tą dziedziną zagadnień, ponadto programy organizacyjne nie mogą być sztywne. Teren pracy jest wyjątkowo zmienny i dlatego wymaga ciągłego przystosowania działalności do rzeczywistości, rewizji metod pod znakiem usuwania metod przedawnionych, uzupełnienia braków etc.

Z doświadczeń 50 lat wynika, że 3 formy opieki są najbardziej konieczne i skuteczne: pośrednictwo pracy, misje dworcowe i portowe, schroniska, kola, ogniska, domy kolonijne, odpoczynkowe i t. d. (wszystkie te instytucje dają do dania opieki w sensie podwójnym — materialnym i moralnym).

Na zakończenie referentka wysunęła zagadnienie rozbudowy opieki nad młodzieżą męską, podjęcia akcji podniesienia moralnego mężczyzn.

Bardzo ciekawy był głos p. S z e g e d y (przewodniczącej węgierskiej katolickiej Ochrony Kobiet) w sprawie typu schronisk dla dziewcząt samotnych. Słusznie zaznaczyła ona, że formy opieki w tym dziale domagają się reform i szybkich zmian. Wobec faktu, iż współczesne dziewczęta mają głęboko zakorzenione poczucie samodzielności i z niechęcią tolerują i przyjmują pomoc i opiekę, przeto należy im w schroniskach, lub ogniskach, zapewnić swobodę postępowania. Ponieważ te instytucje mają dziewczętom zastąpić dom rodzinny, naczelnym więc zadaniem dyrektorki jest stworzenie w schronisku atmosfery swobody, zaufania i pogody. Poza uwzględnieniem potrzeb higieny, ćwiczeń fizycznych i sportu należy organizować kursy i odczyty, oświetlające zagadnienia społeczne tak, aby dziewczęta same się przekonały, że pomimo pozornych zmian życia, grożą im zawsze te same niebezpieczeństwa. Dobór odpowiednich rozrywek ma znaczenie pierwszorzędne w akcji opiekuńczo-prewencyjnej.

Doskonałe rezultaty dają ogniska środowiskowe (dla służących, nauczycielek, studentek i t. d.), narodowe na obczyźnie.

Zkolei przystąpiono do omówienia o c h r o n y p r a w n e j d z i e c k a (referenci — pp. Collin z Sekr. L. N., N e m e t h, sędzia dla niel., R o t t e n b i l l e r, przew. Kom. Ochr. Dz. w Bud.). Zmierza ona przede wszystkim do zmiany warunków życia dziec-

ka, o ile te warunki zagrażają normalnemu rozwojowi dziecka pod względem fizycznym i moralnym. I w tej dziedzinie obserwujemy ciekawą ewolucję pojęć, a nawet ustawodawstwa, bowiem o ile pierwotnie np. taka instytucja, jak sądy dla nieletnich zajmowały się tylko ścisłym wyrokowaniem w zakresie przestępczości dzieci, dziś już w wielu krajach sąd dla nieletnich ma pełne kompetencje obrony i ochrony dzieci od niebezpieczeństwa moralnego. Tak, np. w Anglii każde dziecko, znajdujące się w złych warunkach moralnych, może być zameldowane do sądu dla nieletnich i sąd ma prawo zabrać to dziecko z domu dla umieszczenia go w wybranej rodzinie, lub w odpowiedniej szkole. Zgłoszenia do sądu są przyjmowane od władz lokalnych, policji, odpowiednich organizacyj.

W niektórych krajach np. w Hiszpanji — sądy mają prawo inspekcji rodzin, oraz instytucyj opiekuńczych nad dziećmi.

W innych zaś krajach specjalne ustawodawstwo dla nieletnich powierza ochronę nieletnich Radom Opiekuńczym, Komitetom Ochrony Dziecka i t. d.

Np. w Danji — Centralny Komitet Ochrony Dziecka w Kopenhadze obejmuje całokształt opieki nad dzieckiem, posiada dość szerokie kompetencje, oraz środki wykonawcze. Wszystkie Rady Miejskie mianują Komisje Społeczne, te zaś wyłaniają z pośród swoich członków stale urzędujące podkomitety ochrony dziecka. Centralny Komitet jest drugą instancją dla podkomitetów. Decyzje Centr. Komitetu w niektórych wypadkach są potwierdzane przez przedstawicieli sprawiedliwości.

Pomiędzy innymi kompetencje podkomitetów (według ustawy z r. 1933) dotyczą: opieki prewencyjnej (posiadają one prawo usunięcia dziecka z domu rodzinnego w wypadkach — trudnego charakteru dziecka, złego jego prowadzenia, braku opieki i korupcji ze strony rodziców, a nawet w razie nieuctwa i nieudolności wychowawczej rodziców i wreszcie katowania dziecka).

Podobne instytucje zostały zorganizowane we Włoszech, Szwecji, Norwegii i t. d. Zasadniczo taka forma opieki nad dzieckiem zagrożonym wyjąje się bardziej racjonalna i skuteczna od akcji sądów dla nieletnich.

W zakresie walki z nierządem nieletnich środków prewencyjnych powinny obejmować — poprawę opieki nad dziećmi anormalnymi, obowiązkową (społeczną lub oficjalną) opiekę nad sierotami i dziećmi nieślubnymi, rozciągnięcie opieki na nieuwzględnianą dotychczas kategorię dzieci niezrozumianych przez rodziców.

W akcji ochrony prawnej dziecka niezmiernie ważną, a nieraz decydującą rolę odegrywa zagadnienie pozbawienia władzy rodzicielskiej. W prawie dawnym przestępczość nieletnich była traktowana jako wynik postępowania rodziców. W tych wypadkach władza opiekuńcza miała prawo całkowicie pozbawić rodziców władzy rodzicielskiej i odebrać im dziecko. Zasadniczym brakiem takiego rozwiązania sprawy było — długa procedura dowodu winy rodziców, upokorzenie rodziców przez napiętnowanie takim wyrokiem. Dlatego też nowe prawodawstwo zerwało z tą zasadą i przyjęło nową koncepcję — kompresji interesów nieletnich. Współcześnie interwencja władz jest motywowana tylko faktem, że interesy materialne, duchowe, lub moralne nieletnich są zagrożone i że nieletni znajdują się na progu upadku moralnego.

Pierwsze przyjęło tę zasadę prawo duńskie (1905 r.), potem szwajcarskie (1907 r.), francuskie (1921 r.) i t. d. Prawo niemieckie z r. 1922 stwarza prawo publiczne dziecka do wychowania nie tylko w wypadkach, jeśli ono jest pozbawione wychowania z racji

winy rodziców, ale także i dla dzieci trudnych, lub zapóźnionych w swym rozwoju. Państwo kontroluje wychowanie dzieci i przeprowadza przymusowe wychowanie bez pozbawiania rodziców ich władzy nad dziećmi. (Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	25/XII—31/XII	1/1—5/1	6/1—12/1	13/1—19/1
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	127 (15)*	178 (14)	257 (20)	253 (23)
Dur rzekomy	0	0	1 (0)	0
Dur osutkowy	14 (1)	34 (3)	36 (1)	60 (6)
Dur powrotny	0	0	0	1 (0)
Czerwonka	3 (0)	7 (3)	10 (3)	5 (0)
Płonica	110 (3)	210 (11)	260 (9)	247 (9)
Błonica	206 (17)	337 (16)	464 (49)	421 (34)
Zapal. op. mózgu	1 (0)	8 (1)	4 (1)	8 (1)
Odra	170 (3)	257 (5)	280 (15)	491 (4)
Róża	35 (3)	50 (0)	82 (1)	72 (4)
Krzusiec	86 (7)	80 (1)	141 (5)	145 (3)
Malaria	0	0	0	0
Posoczn. polog.	6 (2)	32 (9)	55 (7)	35 (11)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	78 (0)	192 (0)	240 (0)	205 (0)
Wąglik	0	0	0	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	5 (0)	0	(13 0
Wświeklizna	0	0	0 (1)	0 (1)
Zatr. jad. kielb.	0	2 (0)	1 (0)	0
Chor. Heine-Medina	0	1 (1)	1 (0)	0
Twardziel	0	15 (0)	0	0
Inne choroby zakaźne	24 (1)	0	0	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Subwencje na badania raka i chorób wenerycznych. Polska Akademia Umiejętności rozda w kwietniu b.r., z funduszu ś. p. Pawła Tyszkowskiego subwencje na rok 1935 na badania przyrodolecnicze i lekarskie, przedewszystkiem mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Zgłaszający się o subwencje powinni wykazać, iż umieją pracować samodzielnie naukowo, i dołączyć spis, względnie odbitki prac już drukowanych. W podaniu podany być musi temat i plan zamierzonej pracy oraz kwota potrzebna na jej wykonanie. Pierwszeństwo mają prace o charakterze doświadczalnym. W bardzo wyjątkowych wypadkach może Komitet zezwolić na wykonywanie pracy subwencjonowanej za granicą, lecz subwencja nie może służyć na pokrycie kosztów podróży i utrzymania. Ubiegający się o subwencje mają wnieść podania do Polskiej Akademii Umiejętności do 1 marca 1935 r. Ze względu na zmniejszone dochody funduszu w obecnym roku będą przyznane subwencje tylko na poda-

nia bardzo silnie dotychczasowym dorobkiem naukowym pentów uzasadnione.

— III Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. odbyło się w piątek, dnia 8 lutego 1935 roku o godz. 20.15 w VII Szpitalu Okręgowym z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Wykład: Doc. Dr. T. Kucharski: Administracja szpitali wojskowych. 4. Zwiedzenie VII Szpitala Okręgowego.

— Jak donosi paryska praca codzienna, francuskie koła naukowe wszczęły akcję w sprawie złożenia w Panteonie zwłok Piotra i Marji ze Skłodowskich Curie. Inicjatywa ta ma wszelkie szanse urzeczywistnienia.

ZMARLI:

Dr. Cemach Szabada, zasłużony higienista w Wilnie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

12.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Część I. Administracyjna. a) Wynik konkursu im. Giellerów; b) Wybór Zarządu fundacji im. ś. p. Dra W. Pawłowskiego. Część II. Naukowa. Chodkowska S. Przypadek zwięzienia cieśni tętnicy głównej. Z cyklu „Choroby trzustki”. a) Konopacki M. (członek T-wa). Anatomja i histologja trzustki. b) Czubalski Fr. (członek T-wa). Fizjologja trzustki w świetle obcych i własnych badań.

12.II. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Pokazy: 1. M. Bloch. Przypadek rozpadowej gruźlicy płuc na tle ropnia płuc, wyleczony jednoczesnym stosowaniem odmy i wyrwania nerwu przeponowego. 2. M. Fejgin, Z. Swisłocki, J. Liwszyc. Na marginesie dwóch przypadków zapalenia nerek. Odczyt: E. Birzowski: Uwagi o rozpoznawaniu różniczkowym nagłych schorzeń narządów jamy brzusznej u kobiet.

15.II. Polskie Lek. T-wo Radjolog. i Fizjoterapeutyczne.

1) Fryszman A.: Przypadek dwustronnej kamicy moczowodowej. 2) Lilpop W. i Zawadowski W.: a) Obraz radjologiczny kamyka w rozszerzonej dolnej części moczowodu (ureterocele) w przypadku przebiegającym bez objawów kolki nerkowej. b) Odma nerkowa samoistna (pneumoren) w przypadku kamicy. 3. Meisels E.: Sprawozdanie z wystawy na IV-ym Międzynarodowym Zjeździe Radjologicznym w Zurychu. 4) Elektrowicz A.: Sprawozdanie z IV-go Międzynarodowego Zjazdu Radjologicznego w Zurychu.

TREŚĆ: J. TYPOGRAF. O leczeniu farmakologicznem przewlekłej niedomogi serca. — Wł. STERLING. Semjologia odruchów kontralateralnych (O znaczeniu klinicznym kontralateralnych, paradoksalnych i alternatywnych odruchów palców stopy) (Dok.). — M. KOKOSZKO. O powinowactwie półpaśca do ospówki. — J. SEYDEL. O przebiegu błonicy w zależności od typu jej prątki (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — H. SIEMIENSKA. Kongres Międzynarodowy Moralności Społecznej. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. TYPOGRAF. Théranie pharmacologique de l'insuffisance cardiaque chronique. L. STERLING. Sémiologie des réflexes contralatéraux (fin.). — M. KOKOSZKO. Sur l'affinité entre zoster et varicelle. — J. SEYDEL. Sur la relation entre la marche de la diphtérie et le type de son bacille (Rév. gén.). — H. SIEMIENSKA. Le Congrès International de la moralité sociale.

Résumé des articles originaux.

Travail du service neurologique à l'hôpital Czyste de Varsovie.
(Chef du service: Dr. W. Sterling, prof. agrégé).

Sémiologie des reflexes contralatéraux.

(Sur la valeur clinique des phénomènes des orteils contralatéraux, paradoxaux et alternatifs).

Par
W. STERLING.

L'auteur attire l'attention sur deux catégories des anomalies des réflexes des orteils, qu'il décrit sur le nom du phénomène contralatéral, paradoxal et alternatif. Dans la première catégorie il s'agissait des cas d'hémiplégie cérébrale ou spinale (hémiplégie d'origine capsulaire, du type Brown-Séquard ou du type spinal de Spiller), dans lesquels par l'excitation de la région plantaire du pied paralysé se laissait obtenir facilement le phénomène de Babiński, tandis que l'excitation du pied non paralysé conditionnait du côté malade contralatéral la transformation du phénomène de Babiński ipsilatérale en flexion plantaire des orteils. Il existe encore une inversion singulière de ce phénomène paradoxal, qui a été observée par l'auteur dans 3 cas de l'hémiplégie cérébrale, dans laquelle l'excitation directe de la région plantaire du pied paralysé provoquait une flexion normale des orteils, tandis que l'excitation du pied non paralysé déterminait le réflexe de Babiński contralatéral c. t. d. du pied paralysé.

La seconde catégorie des phénomènes observés par l'auteur est représentée par les effets d'excitation de la région interne de la jambe (zone d'Oppenheim). Il s'agissait d'observations concernant les cas de paraparésie spinale et plus rarement d'hémiplégie cérébrale toujours avec signes distincts d'affection des voies pyramidales. Dans tous ces cas l'excitation de la région interne de la jambe déterminait du côté homolatéral une hyperflexion des orteils avec le signe de l'éventail et du côté contralatéral l'extension dorsale des tous les orteils avec signe de l'éventail. La modification plus rare de ce phénomène consistait en une inversion complète de mouvements réflexes des orteils: il s'agissait alors du côté homolatéral d'une hyperextension dorsale des tous les orteils accompagnée de signe de l'éventail et du côté contralatéral d'une hyperflexion de tous les orteils accompagnée de signe de l'éventail.

Pour la première catégorie des phénomènes analysés l'auteur propose le nom de phénomène de Babiński paradoxal, pour la seconde le nom des phénomènes alternatifs („à bascule”). Il est particulièrement intéressant, qu'il existait entre les deux modifications du phénomène de Babiński paradoxal et entre les deux modifications des phénomènes alternatifs „à bascule” quelques formes cliniques de transition: ce sont des cas, dans lesquels la deuxième modification du phénomène alternatif se laisse obtenir par l'excitation de la région plantaire du pied.

Pour expliquer la pathogénie des phénomènes analysés l'auteur a examiné le comportement du phénomène des orteils chez plusieurs nourrissons dans les divers mois de l'année première de la vie à la suite de l'excitation de la région plantaire du pied ainsi que de la région interne de la jambe (zone d'Oppenheim). Ces recherches ont constaté, que tandis que le signe de Babiński paradoxal trouve sa représentation ontogénétique dans le phénomène de l'ambivalence du réflexe des orteils liée à la phase néonatale de la vie, les phénomènes alternatifs („à bascule”) sont reproduits avec une exactitude presque photographique par la phase correspondante aux mois 5—6 de la vie du nourrisson.

La valeur clinique des phénomènes analysés ne se laisse préciser qu'à mesure d'accumulation du matériel clinique plus abondant. Mais il est sur déjà maintenant, que la signification clinique des phénomènes paradoxaux est tout à fait différente de phénomènes alternatifs. Tandis que les premiers sont plutôt caractéristiques pour les syndromes cliniques du caractère spastique déjà bien avancés, les seconds, au contraire, signalent les procès organiques à la phase la plus précoce et à la forme la plus rudimentaire — plutôt des ombres des tableaux cliniques que les types cliniques déjà nettement déclarés. Ainsi les phénomènes alternatifs présentent une épreuve la plus sensible pour les types les plus légers de la perturbation soit de l'automatisme de la moelle épinière soit de la corrélation fonctionnelle stabilisée entre le cerveau et la moelle.

Thérapie pharmacologique de l'insuffisance cardiaque chronique.

Par
J. TYPOGRAF.

L'auteur expose le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique. La condition principale d'un bon traitement est le choix du médicament le plus efficace pour le cas individuel.

L'auteur s'occupe de la question de progression de la maladie et de la nécessité de changer les médicaments au fur et à mesure qu'ils cessent d'aider. Il passe en revue la digitale en potion, en suppositoire, intraveineux, les médicaments mercuriels diurétiques, quelquefois associés au chlorure d'ammonium, enfin l'ouabaine et la strophantine.

L'application de toute une série des médicaments correspondants et le choix d'ordre du jour approprié permettent d'obtenir un succès énorme et constituent un des plus beaux chapitres de la médecine interne.

Sur l'affinité entre zoster et varicelle.

Par
M. KOKOSZKO.

L'auteur décrit un cas de zoster, qui était la source d'une petite épidémie de varicelle.