

# 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 XIII

WARSZAWA, 21 MAJA 1936 R.

Nr. 19.

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

Z oddziału chorób nerwowych w Szpitalu na Czystem  
w Warszawie.

(Ordynator: Doc. Dr. Sterling).

#### Zagadnienie t. zw. *climacterium virile*.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

Krzywa życiowa osobników męskich przebiega zazwyczaj w sposób charakterystyczny, wykazując fazę ewolucyjną od urodzenia do pokwitania, a następnie fazę rewolucyjną — w okresie dojrzewania, po których następuje okres dojrzalości i rozkwitu. Po okresie tym następuje w postaci krzywej powoli opadającej — faza inwolucyjna, która zwykle niepostrzeżenie przechodzi w starość. Niewątpliwie jest, że w przebiegu procesu inwolucyjnego doniosłą rolę odgrywają nie tylko gruczoły płciowe, ale wogóle cały aparat inkracyjny, stąd też utarła się opinia, że człowiek jest tak stary, jak jego gruczoły dokrewne. Z tej normalnej krzywej życiowej mężczyźni wyodrębniają się w okresie przedinwolucyjnym swoiste stany patologiczne, opisywane przez niektórych badaczy pod nazwą *climacterium virile*.

Początek sprawy przypada zazwyczaj na okres pomiędzy 47 a 57-ym rokiem życia, przyczem lata 50—54 są najbardziej pod tym względem uprzywilejowane. Zazwyczaj u zdrowych, najczęściej uprzednio nienerwowych osobników występują objawy niepokoju wewnętrznego oraz stany lękowe. Następnie rozwija się uczucie ogólnego osłabienia oraz depresja psychiczna, do czego dołącza się wkrótce zjawisko może najbardziej charakterystyczne, mianowicie wybitna, obca dotąd naturze pacjenta czułość oraz skłonność do płaczu. Ta czułość i efeminacja psychiczna niektórych pacjentów jest tembardziej zastanawiająca, że w znacznej większości przypadków mamy tu do czynienia z t. zw. „silnymi charakterami”, których wigorowi psychicznemu odpowiada również doskonały rozwój sił fizycznych. Chodzi tu przytem najczęściej o ludzi, którzy dotąd życie brali od strony pogodnej i zyskiwali sobie ogólną sympatię wesołością swego usposobienia i niezamąconym optymizmem.

Niektórzy badacze, którym zawdzięczamy pierwsze uwagi o męskim okresie przekwitania, zwłaszcza K.

Mendel, Marcuse i Hollander, podnoszą również cały szereg objawów, które uważane były dotąd za charakterystyczne dla menopauzy kobiecej, a więc: uderzenia krwi do głowy, nagłe przyływy gorąca, stany lękowe z nagłym oblewaniem się potem, napady bicia serca, uczucie opresji w klatce piersiowej, zaburzenia snu lub bezsenność. Wypada mi tu zaznaczyć, że w moim osobistym materiale wszystkie powyższe objawy należały do rzadkości, jeżeli zaś istniały, to w postaci zaledwie zarysowanej i w zespole klinicznym usuwały się na plan dalszy. Częściej natomiast dawały się spostrzegać zawroty głowy, bóle głowy, najczęściej w postaci ucisku, oraz bóle i parestezje w najrozmaitszych miejscach ciała, senność w ciągu dnia jako następstwo bezsenności nocnej.

Wielu pacjentów podkreśla samoistnie dotkliwe odczuwanie zaburzeń sfery psychicznej; skarżą się oni na osłabienie pamięci, zwłaszcza pamięci nazw i świeżych zdarzeń, stają się bardziej apatyczni i obojętni, przestają interesować się sprawami społecznymi i polityką, rozpaczają nad losem własnym i rodziny, obawiają się nieuleczalności swego stanu, stają się przygnębieni i kapryśni, tracą radość życia, snują niekiedy myśli samobójcze, unikają ludzi, zamykają się w kręgu swych myśli i urojeń chorobowych. Natomiast nigdy nie udało mi się stwierdzić defektów natury etycznej, samooskarżeń, urojeń ksbnych, urojeń zazdrości, ani omamów zmysłowych.

Wszystkim objawom powyższym towarzyszy zazwyczaj upadek *libido*, które albo stopniowo dochodzi do zupełnego zaniku, albo też w miarę ustępowania wymienionych objawów ponownie narasta, nie osiągając jednak poprzedniej wysokości. Dotyczy to wszystkich pacjentów, którzy do wybuchu choroby prowadzili całkowicie normalne życie płciowe.

Ciekawe jest, że w większości spostrzeganych dotąd przypadków, jak również wśród mego własnego materiału, brak było wyraźnych cech stwardnienia tętnic obwodowych, wzmocnienia ciśnienia krwi, miażdżycy naczyń serca i aorty, specjalnie zaś miażdżycy naczyń mózgowych. Nie spostrzegałem nigdy zmian żrenicznych, ani zaburzeń mowy, ani jakiegokolwiek upadku inteligencji. Prawie zawsze jednak dawał się stwierdzić upadek ener-

gji, bogactwa wyobraźni oraz koncentracji psychicznej. Wygląd zewnętrzny pacjentów, których stan odżywiania jest zazwyczaj dobry, odpowiada naogół ich wiekowi. Z badaczy, którzy się zagadnieniem tem zajmowali, jedynie J u a r r o s podnosi nieznaczne wzmoczenie ciśnienia oraz zjawiska, wskazujące jakoby na rozpoczynającą się niedomogę całego szeregu gruczołów dokrewnych, mianowicie j ą d e r (osłabienie potencji), t a r c z y c y (spowolnienie procesów kojarzeniowych, umiarkowany ubytek włosów głowy), n a d n e r c z y (hipotonja i astenja) i przysadki mózgowej (skłonność do tycia, upadek *libido*), zaś M a r c u s e u wszystkich pacjentów swoich stwierdzał zmiany gruczołu krokowego.

Ten sam autor również zwrócił uwagę poraz pierwszy na opaczne uczynienia popędu płciowego, które dotąd nie ujawniały się nigdy. Były to popędy albo sadystyczne, albo fetyszystyczne, niekiedy zaś wybuchy tendencji homoseksualnych, częściej zaś skłonności seksualne względem małych dziewczynek. Ja sam miałem w obserwacji uprzednio pod względem seksualnym całkowicie zrównoważonego mężczyznę, który w okresie tym zaczął cierpieć głęboko z powodu uczuć erotycznych, które zaczęła w nim wzbudzać jego 11-letnia córeczka. U innych znowu pacjentów tego rodzaju nastawienia kazirodce wyładowują się w postaci afektu względem podrastających już córek, transponując się psychicznie na zjawiska, które możnaby nazwać „przełomami ojcostwa”. Wszystkie wspomniane tutaj załamania się linii nastawienia popędu płciowego nie prowadzą wprawdzie do czynności brutalnych i agresywnych, ani do konfliktów natury kryminalnej, powodować mogą jednak poważne wstrząsy i załamania się harmonji życia rodzinnego.

Sprawa, jak zaznaczyłem na wstępie, rozpoczyna się zazwyczaj pomiędzy 47-ym a 57-ym rokiem życia, rozwija się stopniowo i przy nieznacznych remisjach dochodzi do swego punktu kulminacyjnego. Trwanie jej w obserwacjach dotychczasowych wahało się pomiędzy 10-ma miesiącami a 4-ema laty, najczęściej jednak wynosiło 1½ do 3 lat. Niektórzy pacjenci czują się najgorzej nad ranem, inni, przeciwnie, nad wieczorem. W ogromnej większości przypadków następuje zupełne wyleczenie, i chorzy czują się po przebyciu choroby zupełnie tak samo, jak i w latach poprzednich, podając tylko pewne osłabienie *libido*, co, zresztą, odpowiada całkowicie ich wiekowi. Znika zupełnie czułość i płaczliwość, a zwłaszcza stany lękowe, nastrój i usposobienie stają się pogodne, zainteresowanie sprawami ogólnymi powraca, zdolność i wytrzymałość w pracy dochodzi do poziomu przedchorobowego, znikają również dolegliwości cielesne — być może, z wyjątkiem ucisku i zawrotu głowy. Rokowanie więc w większości przypadków można uważać za zupełnie pomyślne z wyjątkiem tych obserwacji, które rozwijają się na podłożu wyraźnym neuropatycznym.

Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym, rzecz prosta, najważniejsze jest odgraniczenie sprawy chorobowej od rozpoczynającej się m i a ą d ą z y c y tętnic mózgowych, ale tutaj rozstrzygający jest całkowicie ujemny wynik badania układu mózgowego, a przede wszystkim epizodyczność oraz dobre rokowanie. Sprawy różniczkowania ze stanami n e u r a s t e n i c z n e m i o zabarwieniu h i p o c h o n d r y c z n e m nie poruszam z umysłu, ponieważ dla mnie miarodajne są tylko te obserwacje, które rozwijają się całkowicie poza wszelkiem tłem neuropatycznym. O różniczkowaniu z

nawrotowymi stanami d e p r e s y j n e m i będę mówił jeszcze w wywodach końcowych.

Church, K. Mendel, Hollander, Marcuse, Cramer, Schuster, Rodhe, Juarras, Vaerting, Schaffer, t. zn. większość autorów, którym zawdzięczamy mniej lub więcej wyczerpujące studia o okresie p r z e k w i t a n i a m ę s k i e g o, dopatrują się w nim całkowitej analogji do okresu p r z e k w i t a n i a kobiecego i sprowadzają cały zespół patologiczny do zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym jąder K. Mendel posuwa się tak daleko, że uważa go za bezpośrednią konsekwencję zaburzeń inkrecyjnych, nie zdając sobie sprawy z tego, że nawet dla przekwitania kobiecego niema dostatecznych dowodów takiego bezpośredniego związku, i negując równocześnie jakikolwiek wpływ terapeutyczny preparatów jądrowych.

Zanim przejdę do oświetlenia krytycznego tego rodzaju krańcowych poglądów, przytoczę kilka najważniejszych danych z dziedziny e k s p e r y m e n t a l n e j b j o l o g g i s e k s u a l n e j, które rzucają pewne światło na zachwianie się sfery somato-psychicznej mężczyzny pod wpływem rozwijającej się w sposób ostry i przewlekły niedomogi gruczołów płciowych.

Wiadomości nasze o wpływie gruczołów płciowych na organizm ludzki czerpiemy z danych natury klinicznej i eksperymentalnej. Ocena danych tych nastęrcza poważne trudności, ponieważ, jak to widzimy również w przejawach czynności innych gruczołów dokrewnych, brak tu cech funkcjonalnych, które W e x b e r g nazywa „objawami lokalnymi”. Dysfunkcja gruczołów nie powoduje zmian ograniczonych, które związane są terytorjalnie z zachorzeniami innych narządów (np. serce, wątroba, płuca i t. d.), ale przejawia się w postaci zmian w całkowitych procesach życiowych organizmu lub powoduje odchylenia w rozwoju całych układów organizmu. W doświadczeniu klinicznym takim kardynalnym odchyleniem od normalnego przebiegu procesu witalnego są zmiany w rozwoju i ukształtowaniu p o p ę d u i c z y n n o ś c i p ł c i o w y c h, zaś układami, które mogą być uważane za testy dla dysglandulizmu płciowego, są układy k o s t n e i w ł o s o w e. Problemem najtrudniejszym i, jak dotąd, ostatecznie nie rozwiązany, jest ustalenie istoty związku pomiędzy gruczołami płciowymi a p o p ę d e m p ł c i o w y m. W nauce ściera się w tej dziedzinie różnorodne poglądy, z których jeden uznaje związek przyczynowy pomiędzy hormonami gruczołów płciowych a czynnością płciową natury czysto ilościowej, przyczem wzmoczeniu czynności hormonotwórczej odpowiada wzmoczenie popędu płciowego, drugi przypisuje rolę zasadniczą jakościowym odchyleniom hormonalnym, uwidaczniającym się w zmianach chemizmu w organizmie ludzkim, trzeci uznaje li tylko k o r e l a c j ę n e r w o w o - h o r m o n a l n ą, traktując centralny układ nerwowy, związany nierozzerwalnie z reprezentacją przejawów płciowości — wyłącznie jako organ wykonawczy impulsów hormonalnych, czwarty wreszcie, najgłębiej ujmujący sprawę, dopatruje się pomiędzy inkretami a układem nerwowym bardzo złożonego oddziaływania wzajemnego z decydującym wpływem podniet osrodkowych na związki hormonalne i oddziaływaniem regulującym przebieg dynamiczny odczynów płciowych. Droga do zorientowania się w tym zawitym związku prowadzi przez poznanie i analizę tych stanów patologicznych, które przebiegają notorycznie ze zmienioną czynnością gruczołów płciowych lub też z całkowitą jej utratą. Do stanów tych zaliczyć należy przejawy k a s t r a c j i,

raz dlatego, że dokonywana bywa ona często zarówno u mężczyzn, jak u kobiet w celach leczniczych, powtórze zaś, że stanowi ona niejako eksperyment na człowieku, eliminujący całkowicie wpływy hormonalne gruczołów płciowych. Wpływ jej przejawia się nieco odmiennie u mężczyzn i u kobiet i zależny jest w znacznym stopniu od okresu życia, w którym zabieg został dokonany. U mężczyzn rozróżniamy trzebienie *prepuberalne*, umożliwiające ujawnianie się normalnie rozwiniętego popędu płciowego w kierunku fizycznym i psychoseksualnym — oraz trzebienie *postpuberalne*, powodujące po pewnym czasie całkowitą lub częściową utratę *libido* oraz zanik wzwodów. Od tego jednakże ogólnego prawidła dają się spostrzegać różnorodne odchylenia. Obfitego materiału pod tym względem dostarczyły badania Pelikana, Tandlera i Grossa oraz Waltera Kocha nad rosyjską sektą t. zw. „skopców” w Bukareszcie, której rytuał polega na t. zw. „wielkiej pieczęci” czyli usunięciu prącia i jąder, albo na t. zw. „małej pieczęci” czyli usunięciu tylko jąder. Tandler i Gross nawet u skopców, trzebionych *prepuberalnie*, stwierdzali jeszcze zaczątki *libido*. Ani w jednym przypadku bądź *pre-* bądź *postpuberalnej* kastracji nie stwierdzono zaniku *libido*, niekiedy zaś rozwinięty był popęd płciowy bardzo intensywnie. Również po kastracji, dokonywanej w celach leczniczych (np. po urazie jąder lub z powodu nowotworów albo gruźlicy), występuje zazwyczaj utrata erekcji i ejakulacji, natomiast popęd płciowy może być przez krótszy lub dłuższy czas zachowany. Chorzy odczuwają tę dysproporcję pomiędzy brakiem podniecia cielesnej a seksualizacją psychiczną jako coś niezmiernie dręczącego. Niekiedy po kastracji leczniczej występują zaburzenia natury wyraźnie patologicznej, jak drgawki epileptyczne, myśli samobójcze, transformacja temperamentu syntonicznego na schizoidalny i t. p. W rzadkich przypadkach nawet długie lata po kastracji zachowane mogą być erekcje i ejakulacje, jak tego dowodzą obserwacje Quaranty, Hirschfelda, Maiera i Franka. W jednej obserwacji Molla stwierdzony został wytrysk wydzieliny stercza. Z badań Fischera i Kaudersa wynika wreszcie, że rozwinięta płciowość późniejszego wieku męskiego, pozbawiona przez kastrację swych inkrecyjnych źródeł podniecia, ulega procesowi przekształcenia i sublimacji w wyższe i bardziej zróżniczkowane wartości psychiczne, trwając nadal w postaci zmiennej przez przesunięcie swych cech afektywnych.

Co się tyczy kastracji u kobiet, to przejawy jej naogół zbiegają się niemal całkowicie z symptomatologią okresu przekwitania. I tutaj, jak to ma miejsce również w kastracji osobników męskich, nieoślednie znaczenie przypada indywidualności osobniczej kastrowanego osobnika: toteż naogół kobiety zdrowe i zrównoważone pod względem nerwowym znoszą daleko lepiej skutki trzebień, aniżeli osoby nerwowe i psychopatyczne. Ścisłe porównanie zespołów kastracyjnych męskich i kobiecych jest niemożliwe już choćby z tego względu, że u kobiet usunięcie gruczołów płciowych nie uniemożliwia stosunków płciowych. Naogół wszakże i po kobiecej kastracji daje się stwierdzić znaczny upadek lub zupełny brak popędu płciowego. Glaevcke stwierdził osłabienie lub zanik popędu płciowego u kobiet trzebionych w 78%, Pfister w 73%. Ciekawe jest, że równoległe ze zmianami *libido* dają się stwierdzić u trzebionych kobiet również zmiany t. zw. „orgazmu” podczas stosunków płciowych. Glaevcke stwierdził osłabienie lub zanik orgazmu w 69%. Pfister w 78%. Nie ulega

wszakże żadnej wątpliwości, że, jak to bywa niekiedy w okresie przekwitania, zdarza się również i po kastracji nawet wzmoczenie popędu płciowego i niepohamowany głód wrażeń erotycznych. Zdarzają się również przypadki z pokastracyjnym osłabieniem popędu płciowego, które wszakże podczas stosunków płciowych zachowują znaczne stopnie orgazmu. Kehler zwrócił wreszcie uwagę na przypadki z zachowaniem poczuciem *libido* i orgazmu, lecz z *dyspareunią* z *niekształceniem* popędu płciowego. Znamienne jest, że, pomimo olbrzymio przeważającej częstości kastracji kobiecych nad męskimi, już choćby ze względu na najrozmaitsze wskazania ginekologiczne, skutki natury seksualno-neurologicznej występują u kobiet daleko rzadziej, niż u mężczyzn. Dokuczliwe poczucie kontrastu pomiędzy reprezentacją psychiczną płciowości a niedostateczną podniecią somatyczno-płciową, które stanowią najbardziej charakterystyczny objaw pokastracyjny u mężczyzn, — przebiega u kobiet w postaci bardziej łagodnej, cały zaś wstrząs kastracyjny, powodujący następnie szereg zmian w życiu płciowym i jego przeróbce psychicznej, zostaje przezwyciężony łatwiej i szybciej, niż u mężczyzny.

Z faktów powyższych wynika, że wpływ równoznacznych niemal zmian w czynności gruczołów płciowych na popęd płciowy jest odmienny u mężczyzny i kobiety. Efekty kastracyjne wykazują, że popęd płciowy męski pozostaje w daleko większej zależności od inkrecyjnej funkcji jąder, aniżeli popęd płciowy kobiecy od czynności inkrecyjnej jajników. Popęd płciowy męski jest silniej związany z gruczołami płciowymi, aniżeli popęd płciowy kobiecy, i reaguje na jednoznaczne zaburzenia hormonalne w sposób bardziej czuły i w postaci zaburzeń natury cielesnej i psychoseksualnej daleko dotkliwszych, niż popęd płciowy kobiecy w analogicznych warunkach.

Prócz kastracji t. zw. eksperymentalna biologia posługuje się jeszcze innymi bardziej złożonymi zabiegami. Prototypem zabiegów tych są pierwsze doświadczenia Bertholda, któremu zapomocą autotransplantacji udało się pomyślnie zapobiec u zwierząt skutkom kastracji. Kontynuacją badań tych były późniejsze daleko, słynne doświadczenia Nussbama, dokonywane na zielonej żabie: (*rana fusca et esculenta*). U samców zwierzęcia tego wytwarza się wraz z wystąpieniem rui wiosennej tak zwany *modzel kciukowy* (guzowate zgrubienie naskórka), niezbędny do powstawania odruchu obejmującego podczas spółkowania. Wytwarzanie się *modzela kciukowego* stanowi niezawodny test na inkrecyjną funkcję gruczołów płciowych, ponieważ u zwierząt kastrowanych nawet w okresie rui *modzel kciukowy* nie wytwarza się. Temu skutkowi kastracji zapobiec można przez transplantację jądra, przez wprowadzenie kawałka jądra do worka grzbietowego limfatycznego trzebiej żaby, wreszcie przez zastrzyknięcie wyciągów jądrowych — dzięki czemu stwierdzona została zależność przejawów rui od hormonów gruczołów płciowych. Po jednostronnym przecięciu nerwów prowadzących do ramienia *modzel kciukowy* rozwijał się niedostatecznie, podczas gdy po stronie nieoperowanej rozwój jego był normalny, z czego nasuwał się wniosek o konieczności impulsów odśrodkowych, wypływających z określonych, pobudzanych przez hormony ośrodków. Z analogicznych eksperymentów Steinach'a wynika, że odruch obejmowania, występujący u samców żabich podczas spółkowania, pozostaje pod wpływem ośrodkowego napięcia hamującego, i że warunkiem zasadniczym wystą-

pienia naturalnego okresu rui jest właśnie usunięcie owego napięcia hamującego, które polega na wpływie inkretów gruczołów płciowych na centralny narząd nerwowy. O ile zniszczyć ów ośrodek hamujący zapomocą dekapitacji lub kauteryzacji mózgu, wtedy u żaby, nawet poza okresem naturalnej rui, udaje się zapomocą ucisku na model kciukowy wywołać długotrwały objaw obejmowania — a więc coś w rodzaju rui sztucznej. Z badań Steinacha oraz Harmsa wynika, że objaw obejmowania występuje również u żab kastrowanych po zastrzyknięciu substancji jądrowej do grzbietowego worka limfatycznego w postaci równie silnej, jak podczas rui naturalnej, jakkolwiek jest on wtedy natury przemijającej, następnie, że występuje on również po iniekcji jajnikowej, jakkolwiek w stopniu nieco słabszym, co dowodziłoby istnienia również w jajnikach substancji ru-jotwórczych. Wreszcie wykazał Steinach w serji niezmiernie ciekawych i doniosłych doświadczeń, że, o ile zastrzyknąć substancję mózgową lub rdzeniową zwierząt w okresie pełnej rui zwierzętom kastrowanym i impotentnym, to i u tych zwierząt udaje się wywołać silny objaw obejmowania. W ten sposób stwierdzone zostało faktycznie, że inkret jądrowy, znoszący napięcie hamujące, przechowywać się może w centralnym układzie nerwowym, przez co pozyskane zostało podłoże materialne dla zjawiska, które pozwałam sobie określić nazwą *erotyzacji mózgu*.

\*  
\* \* \*

Przejście od rozkwitu pełni życiowej do rozpoczynającej się regresji cielesnej i psychicznej zachodzi u większości mężczyzn — jeżeli abstrahować od przypadków z organicznymi zmianami naczyń lub mózgowia — zazwyczaj bez zjawisk uderzających. Proces fizjologicznego starzenia się nie odcina się jakąś bardziej wydatną linią demarkacyjną. Intensywność życia płciowego ulega zmniejszeniu; nie zanikając jednak całkowicie. Temperamenty pogodne i zrównoważone nie reagują zupełnie na zachodzące w organizmie zmiany, usposobienia skłonne do samoobserwacji odpowiadają na nie rezygnacją lub humorem, natomiast typy skłonne do zaburzeń psychicznych mają szanse do reakcji patologicznych w postaci mniej lub więcej pogłębionych stanów depresyjnych.

W przeciwieństwie do tego „normalnego” przebiegu sprawy występują w niektórych, jakkolwiek niezbyt częstych przypadkach na plan pierwszy inne zespoły objawowe, które w całości swoim odpowiadają poniekąd klimakterycznym przejściom kobiecym. Są to ograniczone okresy o trwaniu 1—3 lat z wyraźnymi zaburzeniami psychicznymi — najczęściej w postaci ogólnego przygnębienia — o najrozmaitszych warjantach napięcia afektywnego, sięgające niekiedy tak głęboko, że prowadzić mogą do zamachów samobójczych, które zawsze jednakże są uleczalne, i którym tak charakterystyczne dla przekwitania kobiecego zjawiska, zachodząc za pośrednictwem układu sympatycznego — towarzyszą w znacznie mniejszym natężeniu.

To też *punctum saliens* całego zagadnienia polega na tem, czy jesteśmy w możności w osobliwościach okresu męskiego pomiędzy 40 a 60-ym rokiem życia dopatrywać się analogji do zespołów, obserwowanych w okresie przekwitania u kobiet, i czy istnieje, ściśle biorąc, t. zw. *climacterium virile*. Ciekawe jest z tego punktu widzenia zestawienie plastyczne zjawisk najbardziej charakterystycznych, wspólnych okresowi temu u mężczyzny i kobiety, oraz podkreślenie różnic, najbardziej

uderzających. Tak więc zaburzenia klimakteryczne u kobiet są bardzo częste, u mężczyzn natomiast względnie rzadkie, występując przytem w typie męskim przeciętnie wcześniej i kończąc się również znacznie wcześniej. Samo trwanie i rokowanie jest naogół jednakowe. Zachowanie się potrzeb erotycznych zmniejsza się naogół u obu płci, ulegając niekiedy u mężczyzn zniekształceniom w kierunku jakościowym. Pod względem somatycznym okres ten odgarnicza się u kobiet w stopniu znacznie wyraźniejszym, niż u mężczyzn, przyczem u kobiet niekiedy ujawniają się cechy wiryliżmu, u mężczyzn natomiast nigdy cechy feminizmu. Również i swoiste objawy ubytkowe, które według współczesnego stanu nauki sprowadzamy do wpływu inkretów płciowych, i które stanowią cechę dominującą w obrazie klinicznym przekwitania kobiet, u mężczyzn usuwają się na plan dalszy. Tak wybitne u kobiet zjawiska naczynioruchowe bywają u mężczyzn rzadkie i zaledwie zaznaczone. Kobiety — śpiewaczki tracą zazwyczaj głos w tym okresie, podczas gdy u mężczyzn, którzy przeszli dobrą szkołę śpiewu, głos może być zachowany do 7-go dziesiątka lat. Zachorzenia klimakteryczne stawów przeważają u kobiet w znacznym stopniu, podczas kiedy u mężczyzn do częstych objawów należy rwa kulszowa. W przeciwieństwie do mężczyzny ma kobieta żywą samowiedzę tego, że w osobowości jej zachodzą w okresie tym głębokie zmiany, sprowadzając je słusznie do zmienionej czynności gruczołów płciowych, która przy obserwacji narzuca się w stopniu znacznie wyraźniejszym, niż u mężczyzny. W strukturze psychologicznej wyraźnie u obu płci zarysowanych zaburzeń psychicznych przeważa u kobiet domieszka o charakterze paranooidalnym, u mężczyzn natomiast o zabarwieniu hipochondrycznym. Jest to niejako chorobowe wzmoczenie zwykłego zjawiska, polegającego na tem, że u kobiet psychicznie zdrowych w okresie przekwitania przeważa dysforja podrażnieniowa nad stanami depresyjnymi.

Najważniejsze różnice jednak wykryte zostały przez nowoczesną naukę o wydzielaniu wewnętrznym, która od czasu podstawowych badań Aschheima i Zondeka stwierdziła, że każdy osobnik wydziela z moczem nadwyżkę wyprodukowanych hormonów. U kobiety podczas całkowitego okresu jej życia płciowego, począwszy od pokwitania aż do przerwy w miesiączkowaniu, wydzielane bywają obficie z moczem zarówno hormony jajnikowe, jak i gonadotropowe hormony przysadkowe, zaś wydzielania tego nie stwierdza się już w okresie przekwitania. U mężczyzn natomiast produkcja hormonalna gruczołów płciowych daje się stwierdzić do późnej starości. Dotyczy to również spermatogenezy, która według badań Exnera daje się stwierdzić u starców w 68,5 do 48% przypadków.

Tego rodzaju zestawienie przekonywa nas, że różnice są tu dużo większe, niż analogje, i że u mężczyzn naukowe stwierdzenie zależności tych stanów od niedomogi gruczołów płciowych jest daleko trudniejsze, niż u kobiet.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że t. zw. objawy ubytkowe, zbiegające się u obu płci z okresami przekwitania, nie są bynajmniej czemś fatalistycznym, mogą one wystąpić — i istotnie występują często, ale nie są one bynajmniej czemś nieodzownym. Stanowią one subiektywnie zabarwioną reakcję indywidualum na pewną przyczynę o zadziałaniu ogólnem, nie posiadamy jednak absolutnie żadnych danych, któreby nam pozwalały przepowiedzieć, która z całego szeregu zdrowych i pod względem płciowym czynnych kobiet podlegać będzie ciężkim

dolegliwościom klimakterycznym. W jeszcze mniejszym stopniu możliwe jest przewidywanie takie u mężczyzn, u których prawdopodobieństwo odczynów klimakterycznych zależne jest w znacznym stopniu od charakteru struktury nerwowej całkowitej osobowości. Ocena całościu występujących tu zjawisk jest u mężczyzn trudniejsza, że upadek zainteresowania erotycznego oraz potencji zbiega się tu niezmiernie często ze stanami psychicznej depresji, co prowadzi zazwyczaj do błędnego wniosku, jakoby przygnębienie to było wynikiem upadku zdolności płciowych. Tymczasem daleko częściej mamy do czynienia z ustosunkowaniem odwrotnym, bowiem skutek stanu depresyjnego zmniejsza się i spadać może do zera wydolność płciowa, wzmagając się następnie w miarę poprawy nastroju osobnika. W tych więc przypadkach trudno jest uzależniać zmniejszoną wydolność seksualną od rozpoczynającej się niedomogi gruczołów płciowych.

Pozatem doświadczenie wskazuje, że obok czynników hormonalnych niepoślednią rolę odgrywać tu mogą momenty natury mechanicznej, a zwłaszcza odruchowej. Wiadomo jest, że krzywa podniecenia męskiego podczas aktu płciowego nie opada łagodnie, ale wykazuje spadek gwałtowny, odpowiadający fazie finalnej aktu płciowego. Dystans pomiędzy stanem zadowolenia a odrzą psychiczną, pomiędzy sublimacją idealistyczną a uczuciem przesytu jest u mężczyzn daleko większy, niż u kobiety. Mężczyzna w chwili takiej przeżywa całkowite odwrócenie swego nastawienia miłosnego w stosunku do kobiety. Otóż stan taki nie może zależeć bezpośrednio od wpływów hormonalnych, gdyż, gdyby nawet było to możliwe, wymagałoby to niewątpliwie dłuższego okresu czasu dla ujawnienia wpływu inkrecyjnego. Zgodnie z wynikami poszukiwań szkoły Pawłowa, a zwłaszcza z badaniami Orbeliego zjawiska te pozostają w bezpośrednim związku z nagłym zmniejszeniem się napięcia w przewodach nasiennych, jest to bowiem jedyny objaw, który przebiega równolegle do upadku napięcia psychicznego. Niepodobna również tłumaczyć tego reakcją psychiczną na uprzedni stan maksymalnego napięcia, samo przeżycie bowiem dochodzi do uświadomienia wtedy jako coś zupełnie nieoczekiwanego, a nawet wręcz przeregi, co złagodzone bywa tylko przez świadomość jego przemijającego charakteru. Możliwe jest przeto, że oprócz komponentów natury chemiczno-inkrecyjnej istnieje również moment mechaniczny, oddziaływający na erotyzację psychiczną w sposób odruchowy, a mianowicie stan napięcia ścian przewodów nasiennych. Wiadomo przecież, do jakiego stopnia całkowity stan samopoczucia męskiego zależny jest od tego napięcia, oraz że niedostateczne wypełnienie dróg nasiennych w następstwie długotrwałej masturbacji lub ekscesów płciowych oddziaływa w sposób hamujący i deprymujący na temperament ruchowy i fantazję mężczyzny.

Uwagi powyższe doprowadzają nas do wniosku, że zaburzeniom inkrecyjnym gruczołów płciowych nie można przypisywać jakiegoś wyłącznego wpływu na powstawanie zmian psychosomatycznych wieku przekwitania u mężczyzn. Poza wszelką wątpliwością wpływają z nich wydatne impulsy o szczególnym znaczeniu dla powstania ogólnego napięcia psychofizycznego. Pewne jest również, że okres przekwitania męskiego nabiera w tym kierunku pewnego swoistego zabarwienia, nie jest wszelako bezpośrednio dowiedzione, że wszystkie perturbacje powyższe dadzą się bezpośrednio uzależnić od rozpoczynającej się fizjologicznej niedomogi gruczołów

płciowych. Odgrywa tu również niepoślednią rolę omówione już uprzednio zjawisko t. zw. erotyzacji mózgu, którego realność w świetle nowoczesnych badań eksperymentalnej biologii seksualnej pozostaje poza wszelką wątpliwością. U mężczyzn zaś, którego życie płciowe wyzwoliło się z okresów i praw rui zwierzęcej, i któremu natura dała możność dowolnego rozporządzenia się tą właśnie dziedziną swojej osobowości — istnieje od zarania życia głębokie związanie z mózgiem wszelkich uczynień seksualnych, które w szerokich bardzo granicach pobudzone być mogą z ośrodków mózgowych. Nawet w latach upadku siły płciowej silne podniety psychiczne mogą w sposób epizodyczny pobudzić popęd płciowy i przekształcić go w odpowiedni wyczyn.

Istnieje jeszcze jedna możliwość związku pomiędzy zjawiskami okresu przekwitania a zaburzeniami czynności hormonotwórczej, na które zwracają uwagę Rohde i Juarros. Jest to koncepcja, traktująca objawy okresu przekwitania nie jako zjawiska natury ubytkowej, ale jak proces, związany z nagłym pobawieniem organizmu pewnych substancji chemicznych — analogicznie do zjawisk patologicznych, występujących np. po raptownym usunięciu morfiny. Morfinista, który uprzednio znajdował się w stanie równowagi fizycznej i psychicznej i przyzwyczał organizm swój do tego, że może on funkcjonować tylko wtedy, jeżeli krąży w nim określona ilość chemicznie czynnej substancji, reaguje za pomocą burzliwych objawów na nagłe usunięcie z soków jego organizmu owego zwykłego dodatku. Coś podobnego zachodzi również w okresie menopauzy u kobiety. Organizm dziecięcy obywa się swobodnie bez określonej grupy i ilości hormonów płciowych, następnie w okresie dojrzewania, częstokroć przy objawach dość burzliwych, przyzwyczajają się do nowej dawki krążących w krwi inkretów, toteż nagłe usunięcie tych dawek w okresie pokwitania powodować musi poważne zaburzenia funkcji psychofizycznych w zakresie zamkniętego łańcucha gruczołowego. Zdumiewające jest, że u mężczyzn tego rodzaju deficyt hormonalny, jako zjawisko abstynencyjne, przebiega bez porównania łagodniej, bez właściwego kobiecie wstrząsu cielesnego i że uwidacznia się on bez porównania rzadziej. Jest to tembardziej zastanawiające, że w zespole psychopatologicznym i cielesnym, występującym w następstwie trzebień, spotykamy się z wręcz odwrotnym ustosunkowaniem u obu płci, i że wstrząs pokastracyjny u mężczyzn jest bez porównania głębszy i intensywniejszy, aniżeli u kobiet, u których przewyciężany bywa łatwo i względnie szybko. Różnica ta nie może, zdaniem mojem, być położona na karb ostrego powstania ubytku gruczołowego w trzebień, zaś przewlekłego jego rozwoju w okresie przekwitania, ponieważ niedomoga hormonalna konstytucjonalna w postaci eunuchoidyzmu w powoduje również daleko wydatniejsze transformacje sfery psychosomatycznej u osobników męskich, aniżeli kobiecych. Należy to uznać za jeszcze jeden dowód, że w okresie przekwitania niedomoga w stanie gruczołów płciowych stanowi tylko jedno z ogniw w szeregu w strukturze somatopatologicznej i psychopatologicznej zespołu, i że wpływ patogenetyczny zaburzeń ośrodkowo-nerwowych i wegetatywnych z nieznanymi nam dotąd powodów uwidacznia się u kobiet w postaci daleko częstszej i intensywniejszej, aniżeli u mężczyzn.

Nie wynika stąd bynajmniej, ażeby słuszny był pogląd Hochego, Wenckebacha, a ostatnio Bluma, jakoby zespół kliniczny t. zw. *climacterium virile* nie zasługiwał na prawo obywatelstwa, z doświad-



czenia mojego jednakże wynika, że nie należy on do zjawisk częstych. Wydaje mi się również, że w dotychczasowych opisach (M e n d e l, M a r c u s e, H o l l a n d e r) zbyt wielki nacisk położony został na zespoły naczyń ruchowe, które według doświadczenia mojego są rzadkie i usuwają się w obrazie klinicznym na plan dalszy. Zastanawiające jest również, że w całym szeregu dotychczasowych publikacji niedostatecznie uwzględniony został fakt niewątpliwy w świetle danych psychiatrii współczesnej, że, mianowicie, depresyjne zespoły klimateryczne szczególnie często stanowią tylko p o w t ó r z e n i e uprzednio przeżywanego i analogicznie zabar-

wionych okresów afektywnych z życia mężczyzny czy kobiety — fakt, który, rzecz prosta, pozbawia je wszelkich cech swoistości i egzogeniczności, ponieważ jasnym się staje, że w okresie upadku energii witalnej ujawnia się ze szczególną łatwością tendencja do wahań afektywnych o zaburzeniu ujemnym. Dlatego też słuszne wydaje mi się stanowisko Bluma, który twierdzi, że tylko wyjątkowe nasilenie objawów neurotycznych i depresyjnych w okresie przedstarczym upoważnia w warunkach patologicznych do uznawania realności klinicznej t. zw. *climacterium vi-*

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Histologii U. J. P. w Warszawie.

(Kierownik: Prof. Dr M. Konopacki).

### Czy szczepienie doskórne uodparnia przeciwko nowotworom?

Podali

J. FLAKS i B. GRYNKRAUT (Warszawa).



Królik szczepiony doskórnie nowotworem Brown-Pearce. Zdechl w 35 dni po szczepieniu. Guzek w skórze oraz przerzuty do obu nerek, nadnerczy, wątroby i płuc.

Oddawna podejmowano próby uodparniania zwierząt laboratoryjnych przeciwko nowotworom przeszczepialnym. Liczne są środki za których pomocą udawało się w pewnym % przypadków uzyskać nieswoistą odporność. Wymienimy tylko: zapobiegawcze wstrzykiwanie zawiesiny żywych homologicznych komórek (Ehrlich, Bashford) odwłóknionej krwi, małych dawek nienasyconych kw. tłuszczowych (Nakahara), naświetlanie ma-

łemi dawkami prom. Roentgena (Murphy i wsp.) i szereg innych. Wszystkie te sposoby nie pretendują jednak do działania specyficznego, powodują one raczej niespecyficzne pobudzenie sił obronnych ustroju (układ S. Ś.).

Ostatnio jednak wystąpiono z poglądem, że można uodparniać przeciwko nowotworom czynnie i swoście. Besredka i Gross<sup>1)</sup> podali, mianowicie, że udaje im się drogą wstrzykiwań doskórnych małych dawek zawiesiny żywych komórek nowotworu uodpornić myszy przeciwko mięsakowi przeszczepialnemu. Warunkiem koniecznym dla wywołania odporności jest, wg. tych autorów: a) dokładne szczepienie do samej skóry, b) szczepienie małej dawki komórek nowotworowych z dodatnim wynikiem tego szczepienia i c) całkowita resorpcja wśródskórnego guzka. Przy zachowaniu wymienionych warunków ma powstać odporność przeciwko szczepionemu mięsakowi myszy w jakiegokolwiek miejsce ustroju. Autorzy nie umiemy jednak określić dawki, która stale wywoływała cofający się skórny guzek. Bardzo często bowiem ta sama dawka, która jedne myszy uodparnia, u innych wywołuje powstanie guzka o tendencji stałego wzrostu z przerzutami i wynikiem śmiertelnym.

Jeden z nas, pracując nad przeciwnowotworową odpornością samoistną i wywołaną u zwierząt laboratoryjnych, nie mógł potwierdzić wyników Besredki i Grossa. Szczepiąc mięsaka myszy doskórnie, doszedł do wniosku, że najczęściej mimo bardzo małych dawek mysz ginie, nie uzyskując odporności<sup>2)</sup>. Dodatkowo wyniki w sensie Besredki, t. j. cofanie się guzka wśródskórnego, występuje niekiedy, lecz stosunkowo rzadko. Cofanie się guzka występuje, zresztą, nie tylko przy szczepieniu doskórnie, lecz i przy szczepieniu do innych narządów ustroju. Poza to całkowite cofnięcie się typowego wśródskórnego guzka niezawsze pozostawia odporność(?) przeciwko następczemu szczepieniu dużej dawki podskórnie. Reasumując, z doświadczeń Flaksa wynika, że szczepienie doskórne nie uodparnia swoście przeciwko nowotworom. Myszy, które po cofnięciu się guzka wśródskórnego, nie wykazują wzrostu po następnym szczepieniu, zaliczają się albo do odpornych samoistnie, albo też zostały uodpornione nieswoście, jak to się często udaje również z pomocą różnych oddawna znanych środków.

Zrozumiałe zainteresowanie obudziły więc



świeże doświadczenia Besredki, dotyczące się czynnego i swoistego uodparniania przeciwko nowotworowi Brown i Pearce u królika. Jak wiadomo, od czasu klasycznej pracy Brown i Pearce<sup>3)</sup>, nowotwór ten doskonale przyjmuje się przy szczepieniu do jądra. Przy tym sposobie szczepienia występują najczęściej (w różnym czasie po szczepieniu) rozległe przerzuty do wielu narządów ustroju. Besredka, powtarzając swoje próby uodparniania z tym nowotworem, podaje, że właśnie ten nowotwór najlepiej się nadaje do wykazania czynnego uodparnienia wskutek doskórnego szczepienia, albowiem tutaj niema tych trudności z dawkowaniem, które wchodzi w grę w mięsaku myszy. A co wydaje się autorowi<sup>4)</sup> najważniejsze, to fakt, że „lors des inoculations d'épithelioma du lapin dans la peau, c'est que, quelle que soit le quantité de tumeur inoculée, que l'inoculation soit faite en un seul ou en plusieurs points, jamais nous n'avons observé de métastases. La peau semble opposer une barrière infranchissable a l'essaimage de l'épithelioma dans les organes“.

Niestety, i tego nie mogliśmy potwierdzić. Skóra właściwa nie jest wprawdzie środowiskiem intensywnego wzrostu dla nowotworu Br.-Pearcea, tem niemniej jednak nowotwór w niej rośnie a co najważniejsze, że i przy tym sposobie szczepienia występują niekiedy liczne przerzuty do wielu narządów ustroju. Mamy więc tutaj to samo zjawisko, co i w mięsaku myszy, a mianowicie, indywidualnie różną reakcją przy szczepieniu doskórnem. Dla ilustracji ograniczymy się do podania 1-go doświadczenia, w którym szczepiono doskórnem zawiesinę komórek nowotworu Br.-Pearcea.

#### Doświadczenie:

Przyrządzono zawiesinę z komórek nowotworu Br.-Pearcea\*\*), pochodzących z przerzutu u królika szczepionego przed 18-tu dniami. 1 gram guza roz tarto w 5 cm<sup>3</sup>. płynu fizjologicznego. Z tej zawiesiny wstrzyknięto 2 królikom, do kładnie do skóry brzucha w dwa miejsca, po 0.15 cm<sup>3</sup>. (t. j. po 0,03 gr. guza) oraz 3 królikom po 0,5 cm<sup>3</sup>. do mięszu jądra.

Jeden z królików, szczepionych doskórnem, zdechl po 35 dniach po szczepieniu. Na sekcji stwierdzono 2 guzki w skórze wielkości wiśni oraz przerzuty w wątrobie, obu nerkach, nadnerczach i płucach (patrz fotografia). Drugi królik, szczepiony doskórnem, zdechl w parę dni później, wykazując tej samej wielkości guzki w skórze, bez makroskopowo widocznych przerzutów. Zpośród 3 królików, szczepionych do mięszu jądra, tylko u 2-ch wyrósł nowotwór, 3-ci pozostał nietknięty.

Jak wynika z opisanego doświadczenia, szczepienie nowotworu Brown-Pearcea do skóry może również skończyć się ogólnem jego rozsia- niem, mimo słabego wzrostu w samem miejscu szczepienia (w przeciwstawieniu do wyników Besredki i współpracowników). Najwidoczniej nowotwór ten zachowuje się rozmaicie w zależności od wielu czynników wchodzących w grę, jak to już wykazali Brown i Pearce (rasa królików, kolor, pora roku, wiek i t. d.). Należy również wziąć pod uwagę, że od czasu publikacji Br.-Pearcea

nowotwór ten był wielokrotnie przeszczepiany i w związku z tem mógł też zmienić swą „zjadliwość“, tembardziej, że już podczas pierwszych 20 generacyj przeszczepiania Brown i Pearce takie zmiany stwierdzili.

Dlatego też uważamy, że twierdzenie Besredki, iż nowotwór Br.-Pearcea, szczepiony doskórnem, cofa się z reguły niezależnie od dawki i liczby miejsc szczepienia nie jest uzasadnione. W związku z tem i wartość dowodowa doświadczeń uodparniających na króliku wymaga tych samych zastrzeżeń, co i z mięsakiem myszy.

#### PIŚMIENNICTWO

1. A. Besredka i L. Gross. C. R. Soc. de Sc. Paris T. 200 1935 p. 175, 790, 1550.
2. J. Flaks — w druku.
3. Brown i Pearce. J. Exp. Med. 1923. T. 37 i 38.
4. Besredka. Presse Médicale 1935 Nr. 98. C. R. Soc. de Sc. Paris. T. 201. 1935. p. 170, 303, 690.

Z Instytutu Radowego im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

(Dyr.: Dr. F. Łukaszczyk).

#### Doświadczenia z dożylnem stosowaniem alkoholu etylowego w celach przeciwbólowych u chorych na nowotwory złośliwe.

Podał

D. THURSZ (Warszawa).

W nowotworach złośliwych, zwłaszcza nieuleczalnych, często najważniejszym zadaniem lekarza jest usunięcie bólu; u pewnej części tych chorych bóle zjawiają się późno, do końca życia pozostają nieznaczne i dają się łatwo usuwać nawet środkami z grupy salicylowej, w wielu jednak przypadkach bóle, zwłaszcza w późniejszych okresach rozwoju choroby, są bardzo silne, uporczywe, i nawet alkaloidy niezupełnie i tylko na krótko je usmierzają. Dlatego też stale są czynione poszukiwania środków usmierzających bóle na dłuższy okres czasu. Duże nadzieje obudziło niedawno wprowadzenie do leczenia jadu kobry, który miał wywierać działanie znieczulające na długi okres. Istotnie w niezbyt silnych bólach neuralgicznych działanie to stwierdzono w dość wysokim odsetku (Kubiczek). W przypadkach nowotworów złośliwych nadzieje się nie spełniły. Lavenda n z Instytutu Radowego w Paryżu stosował jad kobry u 51 chorych nowotworowych bez żadnego efektu pod względem samego nowotworu i z bardzo nieznacznemi wynikami przeciwbólowemi. Noblin ó w n a z Instytutu Radowego w Warszawie, podając doświadczenia z jadem kobry u 23 chorych, dochodzi do wniosku, że: „Stosowanie jadu kobry w leczeniu nowotworów złośliwych, które obudziło tak wielkie nadzieje, zawiodło w zupełności. Działanie znieczulające jest niestałe, niepewne, krótkotrwałe i pozostające daleko w tyle poza środkami znieczulającemi, jakimi rozporządza farmakologia“.

W czasie badań nad wpływem dożylnych wlewań alkoholu etylowego (którą to metodę wprowadziłem do leczenia w 1927 r.) na zachowanie się nowotworów złośliwych w Berlińskim Instytucie Rakowym w latach 1927 — 28 stwierdziłem w dość licznych przypadkach działanie analgetyczne, przejawiające się nieraz w dość długotrwałem ustępowaniu bólów. Późniejsze moje doświadczenia w tym kierunku potwierdziły pierwotne ob-

\*\*) Za łaskawe przesłanie nam królika z nowotworem Br.-Pearcea dziękujemy Panom Regaut, Lacassagne i Nyka z Instytutu Radowego w Paryżu.

serwacje. Na oddziale rakowym prof. S e m e r a u - S i e m i a n o w s k i e g o w Szpitalu św. Łazarza (10) miałem sposobność wypróbowania tej metody w szeregu przypadków z wynikiem nieraz zadziwiająco korzystnym, i to tam, gdzie alkaloidy nie wywierały dostatecznego działania.

Wyraźne działanie stwierdziłem wówczas np. u chorego z mięsakiem czerniaczkowym policzka, z licznymi i rozległymi przerzutami w narządach wewnętrznych, z bardzo silnymi bólami, nie ustępującymi po alkaloidach. U tego chorego 3 wlewania po 200 ccm. 33% alkoholu opanowały bóle w zupełności na czas dłuższy.

Taki sam korzystny wynik obserwowałem w praktyce prywatnej u chorej z pooperacyjnym nawrotem raka sutka i przerzutami do gruczołów szyjnych, unieruchamiającymi ruchy głowy i powodującymi silne bóle.

W roku 1932 demonstrowałem na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Chirurgicznego chorą z nawrotem i przerzutami po usunięciu raka sutka, u której po 5 wlewaniach dożylnych alkoholu po 150 ccm. bóle ustąpiły na przeciąg 1,5 roku.

W innym przypadku raka jajnika z rozsianiem na otrzewnie, stwierdzonego w czasie laparotomji próbnej, bóle po 5 wlewaniach po 150—200 ccm. ustąpiły na przeciąg 8 miesięcy.

Przed czterema laty dokonałem pięciokrotnego dożylnego wlewania alkoholu u chorej z guzem podbrzusza, prawdopodobnie jajnikowym, z wolnym płynem w jamie otrzewnowej, z b. silnymi bólami. Bóle te po wypuszczeniu płynu nie ustały. Dopiero po wlewaniu alkoholu zupełnie znikły i dotychczas nie ponowiły się.

Znów w innym przypadku daleko posuniętego raka części pochwowej macicy z naciekami w przymaciczach aż do kości uzyskałem po kilku wlewaniach po 150—200 ccm. zupełne ustąpienie bardzo silnych bólów na przeciąg 3 miesięcy.

Przypadek ten, obserwowany przez Dr. Ł u k a s z c z y k a, Dyrektora Szpitala Instytutu Radowego, skłonił go do umożliwienia mi przeprowadzenia spostrzeżeń na materiale Instytutu Radowego im. Marji S k ł o d o w s k i e j - C u r i e w Warszawie. Wyniki pokrótce omówię:

I przypadek dotyczył chorej S. J. lat 57, Nr. 591/34, z dużym guzem na prawym talerzu biodrowym, będącym przerzutem po usunięciu macicy z powodu raka części pochwowej; guz chelbotał. Nakłuciem wydobyto płyn krwawy, zawierający komórki rakowe; jednakże ani opróżnienie zawartości guza, ani naświetlania promieniami Röntgena nie zmniejszały bardzo silnych bólów w prawem biodrze, unieruchamiających chorą; także i morfina usuwała je tylko częściowo. U chorej tej wykonałem 7 wlewań 33% alkoholu, po 150 ccm., co 2—4 dzień. Już po pierwszych wlewaniach bóle znacznie zmalały, chora zaczęła chodzić i opuściła Zakład z bólami stosunkowo nieznanymi. Remisja utrzymywała się kilka miesięcy.

II przypadek dotyczył chorej K. R., lat 60, Nr. 267/34, z przerzutami po operacji raka piersi do gruczołów nad- i podobojczykowych. U chorej tej wykonałem 4 wlewania; po pierwszych dwóch wystąpiła wyraźna poprawa aż do zupełnego zniknięcia bólów i możliwości swobodnego poruszania ręką. Po ostatnim nawrót drętwienia, jednakże w mniejszym, niż pierwotnie stopniu.

W III przypadku, u chorej W. H., lat 43, Nr. 846/35, z dużym guzem przerzutowym w przymaciczu prawem po usunięciu raka części pochwowej macicy, z silnymi bólami w prawem biodrze i w prawem podbrzuszu, wykonałem w ciągu miesiąca 6 wlewań, 120—220 ccm. roztworu alkoholu każde. Bóle po pierwszych zwłaszcza wlewaniach bardzo znacznie się zmniejszyły, chora chodziła swobodnie; przy ostatnich wle-

waniach powróciły, jednak mniejsze. W całości poprawa trwała około 1,5 miesiąca, poczem wróciły silne bóle.

W IV przypadku, u chorej P. J., lat 39, Nr. 454/35, nawrót nowotworu w obydwu przymaciczach po operacyjnym usunięciu raka części pochwowej macicy, z silnymi bólami w obydwu biodrach, promieniującymi do nóg, nie dającymi się opanować naświetlaniami promieniami Röntgena, po pierwszym wlewniu dożylnem bóle dość znacznie się zmniejszyły na przeciąg 5 dni, poczem powróciły, po drugim wlewniu znów poprawa na 5 dni, po raz trzeci zastosowano alkohol dootrzewnowy wobec niemożności wprowadzenia go dożylnie, 170 ccm. 33% alkoholu; wystąpiły potem objawy miejscowego zadrażnienia otrzewny, utrzymujące się około 2 tygodni; bóle nie zmniejszyły się. U tej chorej, ze względu na miejscowe warunki, wlewania dokonano w pobliżu blizny pooperacyjnej i jest prawdopodobne, że miejscowe zadrażnienie otrzewny nastąpiło wskutek wprowadzenia alkoholu do zrostów.

W końcu u 5 chorej B. A., lat 44, Nr. 247/35, z nieoperacyjnym rakiem sutka i z licznymi przerzutami do kości, z silnymi bólami w krzyżu i w prawej nodze, po pięciu wlewaniach (po 150 ccm. alkoholu) bóle ustąpiły na przeciąg 5 miesięcy poczem wróciły, ale w stopniu słabszym. Ponowiłem wlewania z wynikiem, jak dotychczas zupełnym.

U wymienionych chorych w czasie stosowania alkoholu były przeprowadzane systematycznie badania moczu i krwi; nie stwierdzano w nich odchyleń od normy z wyjątkiem jednego przypadku, w którym alkohol zastosowano dootrzewnowo; wystąpiło wówczas wyraźne zwiększenie się urobiliny i urobilinogenu w moczu, utrzymujące się w ciągu paru tygodni.

Alkohol stosowałem w roztworze fizjologicznym soli lub R i n g e r a, 33%, w dawce 1 ccm. alkoholu na 1 kg. wagi ciała; roztwór, podgrzany do temperatury ciała, wlewałem powoli, z szybkością do 10 ccm. na minutę. W razie złego stanu żyły, nie pozwalającego na wlewanie tą drogą, stosowałem wlewanie dootrzewnowe. W przytoczonym powyżej przypadku w Instytucie Radowym wystąpiło po wprowadzeniu alkoholu dootrzewnowo miejscowe zadrażnienie otrzewny. Poza Instytutem Radowym (10) stosowałem ten sposób 20 razy bez wywołania jakiegokolwiek niekorzystnego objawu.

Na czym polega działanie znieczulające alkoholu w tych przypadkach, trudno powiedzieć. Zdaje się, że działanie jest złożone: bezpośrednio na układ nerwowy i działanie na sam guz, w którym pod wpływem alkoholu, jak eksperymentalnie stwierdziłem, występują zmiany wsteczne, z następczym zmniejszeniem ucisku na otaczające tkanki.

Jak już wielokrotnie stwierdzałem, a za mną i inni autorzy, dożylnie wlewanie roztworu alkoholu etylowego przy pewnych ostrożnościach jest zabiegiem, nie narażającym chorego na żadne niebezpieczeństwo. Przytoczone obserwacje dowodzą, że w przypadkach nowotworów złośliwych z silnymi bólami można w ten sposób dość często osiągnąć poważny i nieraz długotrwały efekt przeciwbólowy.

#### P I S M I E N N I C T W O.

1. Brener u. Orou — Wiener Mediz. Wochenschr. 1935, Nr. 32 i 33.
2. Kubiczek — Polska Gazeta Lekarska, 1935, Nr. 51.
3. Lavedan — Bullet de l'Académie de Médecine, t. 113 et 3.
4. Noblinówna — Warsz. Czas. Lek., 1935, Nr. 36.
5. Régy — Thèse de l'Université de Toulouse, 1935.
6. Thursz — Warsz. Czas. Lek., 1927, Nr. 20.
7. Thursz — Zeitschr. f. Krebsforsch., 1927 i 1928.
8. Thursz — Wiener Klin-Wochenschr. 1930, Nr. 42.
9. Thursz — Polski Przegl. Chir., 1933.
10. Thursz — Nowotwory, 1932.



# DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

Pod kierunkiem M. GANTZA.

## Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

### Uwagi o istocie rzucawki oraz nowa próba jej leczenia.

Podał

E. BIRZOWSKI (Warszawa).

I.

Wkraczamy obecnie w okres medycyny syntetycznej, biologicznej, konstytucjonalnej. Odnosimy niejako wrażenie, iż po tylu żmudnych, najdokładniejszych, matematycznie niemal ścisłych badaniach laboratoryjnych, które pod wieloma względami nie całkiem usprawiedliwiły pokładane nadzieje — następuje w chwili obecnej okres pewnego przesytu, zmęczenia, nawrót do ujmowania ogólniejszego, szerszego, biologicznego zjawisk normalnych oraz patologicznych w żywym ustroju. Jaskrawo wyraz temu prądowi daje słynny lekarz angielski Mc Kenzie, który twierdzi, iż medycyna stała się w ostatnich czasach wiedzą zbyt złożoną z powodu swoich coraz bardziej skomplikowanych badań chemikofizycznych. Badania te, dążące do poznania sedna, istoty danego cierpienia — usuwają jednocześnie w cień najważniejszy czynnik — żywego cierpiącego człowieka na tle jego dziedzictwa, otoczenia, warunków socjalnych i t. d. Powinniśmy — woła Mc Kenzie — uprościć medycynę, nauczyć się ujmować ją głębiej i szerzej, uprzyścić ją lekarzowi praktykowi, nieposiadającemu zresztą ani czasu ani narzędzi dla dokonywania wielu zbyt technicznych — przyznajmy się „maszynowych” badań laboratoryjnych. Najbardziej praktyczne rozstrzygnięcie tego zagadnienia zarówno pod względem teoretycznym jak i praktycznym znajdujemy w niezwykle ciekawej, nienależycie jeszcze ocenionej, pod wieloma względami rewelacyjnej wprost pracy wied. doc. B. Aschnera p. t. „Przesilenie w medycynie. Terapia konstytucjonalna, jako wyjście”. Zagadnienie to zresztą poruszane bywa ostatnio i w polskim piśmiennictwie coraz częściej (Różkowski, Szumowski, Bilikiewicz, Skowroński, autor nin. artykułu). Niedawno temu poczyniłem próbę „rozpoznawania różnicowego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiety” środkami najmniej skomplikowanymi — w artykule p. t. „Uwagi o istocie i rozpoznaniu różniczkowym zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiety” (W. Czas. Lek. 31—32/1935).

Dążenie to do szerszego ujmowania wielu zjawisk biologicznych obejmuje również nierozstrzygnięte pod wielu względami zagadnienie rzucawki. Nie będę się wdawał tu we wszystkie teorie rzucawki. Najśluszniej i najbliższej prawdy — uważam — ujmuje to wielopostaciowe cierpienie prof. Czyżewicz, łącząc teorię van der Horena, Fehlinga (teoria płodowa) oraz Veita (teoria łożyskowa) w jedną całość. Co się zaś tyczy istoty rzucawki, istnieje obecnie teoria Jegorowa, która, będąc próbą znacznie uproszczonego wytłumaczenia wielu różnorodnych objawów składających się na obraz kliniczny eklampsji, znakomicie — zdaje się — wywiązuje się z tego zadania. Otóż wg. Jegorowa rzucawka jest schorzeniem, powstałym wskutek uczulenia (allergji) ustroju matczynego przez płód. Ustrój matki jest podczas ciąży jakgdyby odmieniony, mądrze zatem lud wyraża się o ciężarnej kobiecie, iż jest ona w „odmiennym stanie”. Na tle tego uczulenia powstaje cały szereg objawów klinicznych rzucawki. Obrzęk objaśnia

Jegorów zmienionym odczynem komórek tkanki podskórnej, której koloidy wchłaniają wodę jak gąbka. Zaatakowanie nerek tłumaczy odmiennym odczynem mięszu i naczyń włosowatych. Objawy mózgowe powstają, wg. Jegorowa, wskutek uczulenia; ból głowy, utrata przytomności — wskutek odmiennego odczynu kory mózgowej, drgawki — wskutek uczulenia kory i ośrodków podkorowych (przy współdziałaniu ośrodków szynnych sympatycznych). Zaburzenia przemiany materji tłumaczy uczuleniem ośrodków w komorach mózgowych, regulujących tę przemianę. Teoria alergiczna eklampsji znajduje — wg. Jegorowa — poparcie w badaniach anatomo-patologicznych Rösslego. Punktem wyjścia dla śpiączki, utraty przytomności oraz drgawek, jak zaznaczyłem, jest kora mózgowa. Co się zaś tyczy porażeń, to obok kory mózgowej punktem wyjścia bywają zwoje w ośrodkach centralnych i torebka wewnętrzna. Schmorl we wszystkich sekcyjnych przypadkach rzucawki znajdował małe, najczęściej mikroskopowe wybroczyny wskutek pęknięcia naczyń włosowatych oraz rozmięczenie mózgu. Ellis, Mollari i inni widzieli duże krwotoki wewnątrzczaszkowe w 75% przypadków rzucawki, które skończyły się śmiercią. Najczęściej spotykał je w ośrodkach mózgowych, w torebce wewnętrznej, gdzie tętnice są końcowe i wyrównanie krwobiegu niemożliwe, rzadziej w korze mózgowej i oponach, gdzie naczynia mają połączenie i ciśnienie krwi łatwo opada. Przyczyna tych krwotoków leży w opisanych zmianach naczyń, w podniesieniu ciśnienia, w pękaniu naczyń (cytuje wg. Grzanowskiego).

Ostatnio Jegorów rozszerza swoje rozważania o naturze alergicznej rzucawki, ujmując również i ciążę, jako stan alergiczny. Teoria alergiczna ciąży twierdzi, iż cały organizm kobiety, wszystkie jej narządy z chwilą dostania się do jej ciała specyficznego obcego białka w postaci plemników zaczynają się przestrajac („odmienny stan”). Ciężarną zatem uważać należy jako organizm, do którego wprowadza się ciągle (podczas ciąży) drogą pozajelitową różne substancje, białkowe i niebiałkowe (allergeny). Źródłem allergenów tych w początkowym okresie ciąży są mnożące się komórki jaja płodniowego, później zaś — sam płód ze swemi błonami wraz z łożyskiem. Pod wpływem produktów przemiany materji płodu — organizm kobiety zmienia się, przestajac zgodnie z prawami alergji. Dowodem: fakt wystąpienia alergicznej reakcji skórnej u ciężarnej, której zastrzyknięte zostały lizaty łożyskowe, t. zn. produkty rozpadowe białka łożyskowego (Jegorow). Poza to wiadomo, że podczas ciąży cierpienia alergiczne jak wyprysk, pokrzywka, dermatitis nasilają się lub nawet występują poraz pierwszy. J. podkreśla 4 następ. charakterystyczne zasady alergji, ujawniające się i w ciąży: 1) zasada konieczności odstępu czasu między pierwotnym zadziałaniem allergenu a zareagowaniem organizmu oraz niezbędności powtórných bodźców celem wystąpienia tego uczulenia. Taksamo zmiany u ciężarnej nie następują natychmiast po dostaniu się plemników do jaja, lecz po pewnym czasie. Np. dla wystąpienia wczesnych toksykoz niezbędny jest okres kilku dni lub tygodni. W wielu wypadkach łatwo daje się stwierdzić stopniowe uczulenie tkanek ciężarnej jako odczyn (odpowiedź) na

ciągłe „zadrażniania“ ich produktami przemiany materji płodu i łożyska. 2) Zasada zmiany tempa, szybkości przebiegu procesów biologicznych, t. zn. moment przyspieszenia reakcyj fizjologicznych i patologicznych, który jest charakteryst. dla uczulonych tkanek — występuje jaskrawo właśnie d. często w ciąży. Tu należy m. in. przyspieszenie opadania krwinek, łatwość powstawania obrzęków (zmiana wodochłonności koloidów tkanki podskórnej). W toksykozach (allergozach) dalej typowe są: szybkość, z jaką występują albuminuria i acydoza, wzmożenie się ciśnienia krwi, drgawki eklamptyczne. Nudności, wymioty jak i in. również objawy dyspeptyczne dowodzą wzmożonego nad normę napięcia układu przywspółczulnego. 3) Trzeciem prawem alergji jest rzekoma niewspółmierność między przyczyną a odczynem następczym. Taką samą niewspółmierność między przyczyną a skutkiem spotykamy i w toksykozach ciążyowych. Normalny płód wraz z normalnymi produktami jego przemiany materji powoduje w organizmie kobiety stan alergiczny, sprawiający wrażenie, iż powstał dzięki działaniu jakichś niezwykle jadowitych substancyj. Obrzęk, *nephropathia*, rzucawka na tyle symulują obraz kliniczny zatrucia, iż wielu badaczy uważa te objawy patologiczne w ciąży za prawdziwe toksykozy. Próby jednak wykrycia tego hipotetycznego jadu do dziś dnia się nie udały. Gdyż zarówno płód jak i łożysko okazują się przy toksykozach tych normalne lub wykazują zmiany wtórnego charakteru. Niewspółmierność ta między płodem normalnym i wybitnie patologicznym odczynem organizmu matczynego przemawia zatem, iż oddziaływanie organizmu kobiecego w rzucawce i toksykozach należy do typu alergicznego i że ma się do czynienia nie z toksykozą, lecz z allergozą ciążową. Zaznaczyć należy, iż wg. najnowszych badań *Mommsena*, *Entigera*, *Sprade* — krew eklamptyczki zawiera jakoby substancję hamującą fermentację drożdży. Zaczyn powyższy wykazać się daje w krwiobiegu położnicy, krwi pozałożyskowej, natomiast brak jego we krwi pępkowej, t. zn., iż nie przenika ze krwi matki do płodu. 4) Patolodzy *Rössle*, *Klinge*, *Gerlach* i in. w najnowszych pracach twierdzą, iż udział mezenchymy jest najbardziej typową składową częścią każdego odczynu alergicznego. Tkanka łączna odpowiada obrzękiem, napęcznieniem włókien, zmianami w ściankach naczyńowych, emigracją leukocytów, diapedezą krwinek, proliferacją elementów mezenchymy. Również i w allergozach ciążowych mamy do czynienia z odczynem tkanki łącznej. Znana jest szybkość, z jaką obrzęki tkanki podskórnej zjawiają się i ustępują podczas ciąży. Typowo znamienne są zmiany, zachodzące w układzie naczyniowym, pochodzącym, wiadomo, z mezenchymy. Poza zmianami czynnościowymi i częściowo organicznymi ze strony serca i naczyń (niedostateczność mięśnia sercowego, *myastenia*, *myocardiothia* ciężarnych, naciśnienie tętnicze) stwierdzamy również odczyn ze strony układu żylnego. Skłonność, mianowicie, do rozszerzeń żyłakowatych nie daje się wytłumaczyć jedynie momentami zastoinowemi, mechanicznymi. Wzmoczona jakby gotowość do powstania zakrzepów żylnych w ciąży jest, jak dowiódł tego *Dietrich*, niczem innym, jak alergicznym odczynem ze strony śródbłonek żyły, przy udziale pozostałej części ściany naczyniowej. Wreszcie czynny udział w alergicznej reakcji bierze układ roślinny. Wielu histologów (*Fröhlich*, *Gerlach*, *Ricker*, *Regendan*) przypisuje jego współdziałaniu w tym odczynie decydujące wprost znaczenie. *Wg. A. Brikosowa* i in. — w odczynie alergicz-

nym proces jednocześnie rozgrywa się zarówno w mezenchymie jak i w układzie roślinnym, co z łatwością stwierdzamy w allergozach ciążowych. Przytem, we wczesnych allergozach (pierwszej połowie ciąży) przeważa odczyn alerg. ze strony układu przywspółczulnego, mianowicie nerwu błędnego — wchodzi tu przeważnie w grę ośrodek, mieszczące się w rdzeniu przedłużonym. W drugiej natomiast połowie ciąży o odczynie alergicznym stanowią ośrodek pnia mózgowego, gdzie znajdują się ośrodek przemiany materji — dlatego też spotykamy wtedy duże zmiany w ogólnej przemianie materji ciężarnych. W rzucawce mamy najprawdopodobniej do czynienia z allergicznym odczynem ze strony kory mózgu i ośrodków ruchowych, ujawniającym się w drgawkach i skurczach... *Jegorow* dzieli wogóle ciężarne na 4 grupy: 1) w której mamy do czynienia z odpornością bezwzględną wobec produktów przemiany materji płodu błon i łożyska podczas całej ciąży. 2) W tej grupie odporność ustala się dopiero w środku ciąży. Podczas gdy w pierwszych miesiącach mamy tu do czynienia z nadwrażliwością w związku z allergiczną reakcją układu przywspółczulnego (nudności, wymioty, ślinotok) — w 4—5-ym mies. następuje jakby przełom: organizm matki opanowuje całkowicie sytuację, dalszy przebieg ciąży odbywa się drogą normalną, bez wstrząsów i zaburzeń. 3) Tu naodwrot: pierwsza połowa ciąży ma przebieg normalny (względna odporność we wczesnej, pierwszej połowie ciąży), hiperergiczna allergja natomiast w drugiej połowie. Odczyn alergiczny rozwija się na terenie podstawy mózgu, gdzie wciąga w grę znajdujące się tam ośrodek przemiany materji (ośrodek przemiany wodnej, solnej, azotowej, węglowodanowej, tłuszczowej i t. d.). Stąd właśnie znaczne zmiany w składzie cieczy, biochemiczne, zmiany występujące przeważnie w II poł. ciąży. Rozwija się również allergja układu dokrewnego, powodująca zmianę całego neurowkrewnego stanu kobiety: tak nprz. zmienia się wodochłonność koloidów tkanek — podskórnej i łącznej poczynających nadmiernie wchłaniać wodę — czego następstwem: obrzęki, *nephropathia* i rzucawka t. zw. późne toksykozy ciążowe. 4) W tej grupie odporność wcale nie występuje. Już w samym początku ciąży występują wymioty, później zaś — obrzęki, *nephropathia*, naciśnienie, wreszcie — rzucawka.

Również i *Archangielskij* ujmuje rzucawkę jako proces, rozgrywający się na terenie całego organizmu, a nie spowodowany pojedynczym jakimś jadem. Przeciwno ogólnej dotychczas przyjętej teorii eklampsji *A.* przytacza następn. argumenty: 1) Gdy się ujmuje patogenezę rzucawki jako wywołaną przez jeden jad lub produkt chemiczny — powinno się być do czynienia właściwie ze ściśle zaznaczonym, typowym obrazem klinicznym chorobowym. Natomiast wiadomo, że rzucawka przebiega najczęściej właśnie wielopostaciowo. Bywa przecież rzucawka bez białkomoczu, naciśnienia, bez obrzęków a nawet czasami i bez drgawek. 2) Gdyby eklampsja była skutkiem działania jednego jadu czy jakiegoś produktu przemiany materji — mielibyśmy zawsze w obrazie klinicznym stałe objawy ze strony określonej grupy narządów lub układu ich. Tego właśnie nie spotykamy w rzucawce. Przeciwnie, mamy tu do czynienia ze zmianami patologoanatomicznymi zarówno i w układzie nerwowym jak również w układzie krążeniowym, w układzie siateczk. śródbłonkowym, w miąższu narządów (nerki, wątroba, serce, płuca, mózg, opony mózgowie). Niema prawie ani jednego narządu lub układu, oszczędzanego przez rzucawkę. 3) W nader obfitem piśmiennictwie o rzucawce brak jednak bezwzględnych

danych, przemawiających za obecnością swoistych jądów lub produktów chemicznych, charakterystycznych dla rzucawki. Przeciw najbardziej rozpowszechnionej teorii łożyskowej rzucawki A. przytacza (niejednokrotnie zresztą podawane i przez in. autorów) następujące dane: 1) wiadomo, iż rzucawka w blisko 30% występuje w okresie poporodowym, t. j. po usunięciu łożyska, tego jakoby źródła zatrucia, co powinno było zapobiec występowaniu rzucawki; 2) przy wystąpieniu rzucawki podczas porodu — szybkie zakończenie porodu wraz z usunięciem łożyska przy cięciu cesarskim — eklampsja powinna właściwie ustąpić — zgodnie jednak ze statystyką *Właso*wa, we wszystkich porodach z rzucawką, zakończonych cięciem ces., napady eklampt. nadal trwały (średnio do 18-u na każdy poród). 3) O ile teoria łożyskowa jest słuszna — czem można wtedy wytłumaczyć przypadki, gdzie terapią zachowawczą udaje się opanować eklampsję i doprowadzić do zakończenia porodu siłami natury, t. j., iż mimo dalszego pozostawiania łożyska w macicy — ustają całkowicie objawy eklamptyczne (w blisko 25% — wg. *Stroganowa*). Opierając się na wyżej przytoczonych rozważaniach uważa *Archangielski* eklampsję za ogólny proces dysfunkcji ew. czasowej dezorganizacji w całej gospodarce wkrwnej, powodującej w następstwie zaburzenia w przemianie materji. Zamęt ten (podczas ciąży) wprowadza dostanie się jaja zapłodnionego do ognia układu wkrwnej. Niecałkowite, „na fałszywe tory” skierowane przestrojenie aparatu wkrwnej w ciąży powoduje szereg dysfunkcyj, oraz morfologicznie stwierdzalnych zmian w całym układzie dokrwnym, jak to: w jajnikach, gruczołach tarczycowym, przytarczycy, przysadce, nadnerczach, gruczołach piersiowym. Lecz takiego rodzaju zmiany w równowadze aparatury gruczołowej zachodzą nie tylko przy „włączeniu się” opłodnionego jaja wraz z późniejszymi produktami jego przemiany materji, lecz również i przy jego „wyłączeniu się”. I w tym wypadku zachodzi pewnego rodzaju nowy wstrząs zachwiania się i bez tego niezbyt ustabilizowanej równowagi gruczołów wkrwnej, powodujące szereg różnych dolegliwości. Przykładem mogą służyć wypadki znacznego schudnienia lub odwrotnie nadmiernego tycia, również zaburzenia psychiczne i nerwowe w związku z ciążą, porodem i położeniem. Za najjaskrawszy jednak dowód uważa tu A. eklampsję poporodową. Pogląd ten A. znajduje potwierdzenie w ciekawych spostrzeżeniach *Nürnberra* nad objawami w okresie połogowym, świadczącymi o dysfunkcji przedniego płata przysadki mózgowej na tle uszkodzenia jej podczas ciąży. Objawy te są następujące: uczucie upadku sił, zarówno fizycznych jak i duchowych, ciągle uczucie zimna, senność, brak zdolności skupiania się, osłabienie pamięci, neurastenja, depresja, bóle głowy, wybitne wychudnięcie lub tycie, wypadanie włosów, skąpe miesiączkowanie. Otóż w takich przypadkach bardzo dobre wyniki otrzymać można przy stosowaniu preparatów przedn. płata przysadki.

## II.

Jakże przedstawia się dotychczasowa terapia rzucawki? Otóż zasadniczo wiemy, iż jak tylko wystąpią napady — dążyć winniśmy do jaknajszybszego rozwiązania drogą brzuszną lub pochwową. W razie niemożności rozwiązania natychmiastowego stosujemy klasyczną metodę *Stroganowa*, ostatnio również i upusty krwi wraz z głodówką. Lecz w ostatnich czasach coraz częściej rozlegają się głosy, występujące przeciwko stosowaniu morfiny oraz wodanu chloralu w rzucawce. Jak

wiadomo, w okresie przedrzucawkowym daje się stwierdzić u większości takich położnic znaczne zmiany mięśnia sercowego na tle toksycznym, wobec czego autorzy przestrzegają przed stosowaniem chloroformu lub chloralhydratu przy prowadzeniu porodu. Również i *Sawicz* w swoich rozważaniach nad tradycyjnym leczeniem rzucawki morfiną i wodanem chloralu wypowiada się stanowczo przeciwko morfinie, gdyż jest ona środkiem, zmniejszającym diurezę, wzmagającą pozatem ciśnienie wśródczaszkowe, a zatem stwarzającą warunki do wystąpienia obrzęku mózgu, t. zn. nasila, wzmagając raczej ten najistotniejszy objaw rzucawkowy. Dla tych przyczyn winniśmy unikać — twierdzi S. — morfiny, jako środka jakoby przeciwrzucawkowego i zastąpić ją przez magnez, działający zbawiennie wg. S. przy rozpoczynającym się obrzęku mózgu i obniżający jednocześnie ciśnienie. Czas — woła S. — zerwać z tradycją i szablonem, pójść za głosem danych doświadczalnych i klinicznych i t. d. O ile, zdaniem *Sawicza*, morfina bywa wogóle najniewłaściwiej stosowana — to najbardziej dałoby się to powiedzieć o rzucawce. Gdyż do organizmu, będącego w stanie zatrucia ew. uczulenia, dodajemy niejako jeszcze trucizny ewent. szkodliwie oddziaływających substancji. Coprawda, uzyskujemy w ten sposób chwilowo przerwanie zewnętrznych objawów rzucawkowych, obniżamy stan napięcia dynamicznego, ale czy nie zbyt drogą ceną? Lecz i co do magnezu tak polecanego przez *Sawicza* należy poczynić pewne zastrzeżenia.

Otóż nprz. *D. Roller* podaje ostatnio przypadek wystąpienia tężcowych objawów wraz z naruszeniem normalnej czynności oddechowej po dożylnym zastrzyknięciu magnezu. Objawy te, coprawda, po iniekcji wapnia dożylnie natychmiast ustąpiły, lecz magnez należy — jak zaznacza *Roller* wg. *Meyera* i *Gottlieba* (podręcznik farmakologii doświadczalnej — 1934) — do trucizn wybiórczo działających na ośrodek oddechowy. Wystarczy zatem kilku decigramów wprowadzonych dożylnie nawet dużemu zwierzęciu, by niebawem spowodować u niego porażenie ośrodka oddechowego.

Najnowsze doniesienia prof. *Colleli* (i asyst. jego *d-ra Pizzila*) o stosowaniu autohemoterapii w urazach czaszki zdają się wskazywać nam nową drogę leczniczą. Opierając się na szeregu spostrzeżeń klinicznych, *Colleli* zaleca autohemoterapię jako metodę niezwykle cenną przy leczeniu zarówno krwotoków mózgowych, jak i ich następstw. *Colleli* wstrzykiwał 25—30 cm<sup>3</sup> krwi własnej pacjenta do mięśni pośladkowych, powtarzając wstrzykiwania kilkakrotnie w odstępach 4—5 dni. Materiał autorów obejmuje 35 przypadków — ostrych i przewlekłych krwotoku mózgowego najrozmaitszego pochodzenia (urazy czaszki, nadciśnienie tętnicze, kiłowe zapalenie tętnic). We wszystkich przypadkach wystąpiła przeważnie mniej lub więcej wyraźna i szybka poprawa, zaznaczająca się już bezpośrednio po autohemoterapii. W przypadkach ze śpiączką z reguły wracała przytomność. Niemal stale obserwowano cofanie się porażen oraz wzrost siły mięśniowej. Zasługuje na uwagę fakt, iż pod wpływem wstrzykiwania krwi własnej osiągnano nieraz dobre wyniki w zastarzałych sprawach pokrwotocznych w okresie bliznowacenia zmian. Skuteczność autohemoterapii w tym wypadku polega zapewne na pobudzeniu obocznych dróg nerwowych do czynności przewodzenia bodźców. Autorzy kładą szczególny nacisk na wartość autohemoterapii jako metody zapobiegającej krwotokom mózgowym. Mechanizm działania autohemot.



w krwotokach mózgowych nie jest narazie wyjaśniony, a wypowiedane na ten temat poglądy nie wykraczają poza obręb ogólnych przypuszczeń. Zresztą sprawa uzasadnienia teoretycznego nie jest, jak słusznie uważają autorzy, rzeczą najistotniejszą, gdyż o wartości omawianej metody może jedynie decydować jej niezaprzeczalna skuteczność lecznicza.

O ile w metodzie Colleli autohemot. oddziaływała niemal wybiórczo i zapobiegawczo na krwotoki mózgowe i ich następstwa — posiada zastrzykiwana domięśniowo krew własna ew. surowica jej, wiadomo, również i działanie odczulające. Geber, wychodząc z założenia, iż wiele dolegliwości, występujących podczas miesiączkowania, jak nprz.: wypryski, rumienie, pęcherzyce, pokrzywki i t. d., są natury alergicznej (odczyn Prausnitz-Küstnera — dodatni) i uważając, iż podczas miesiączkowania krąży we krwi kobiety jad menstruacyjny — czynił próbę odczulenia organizmu surowicą pacjentek pobieraną na szczycie ich dolegliwości menstruacyjnych. Sądził bowiem, iż antygen znajduje się we krwi w tym okresie w największej ilości. I istotnie po 12—14 iniekcjach dokonywanych w okresie międzymiesiączkowym — udało mu się spowodować odczulenie, przyczem dolegliwości całkiem ustały (26 przypadków). Autor podkreśla, iż odczulenie osiągał jedynie zapomocą autosurowicy (surowicy krwi własnej), surowica natomiast innych kobiet, również cierpiących na pokrzywkę, pęcherzyce i in. dolegliwości menstruacyjne, żadnego efektu nie dawała u danej pacjentki.

Gorecki w artykule p. t. „O leczeniu bodźcowem“ (również i cierpień alergicznych) niejednokrotnie podkreśla, iż własna krew danego człowieka, wydobyta strzykawką, ulega zmianom wewnątrz-strukturalnym i staje się w pewnym stopniu „obcą“ dla ustroju (Kopaczewski) — pod wpływem zetknięcia się ze ścianą strzykawki lub powietrzem albo lekiem w stężonym roztworze i wprowadzona po krótkim czasie z powrotem do żyły lub domięśniowo. Dlatego szeroko stosowana autohemoterapia jest łagodnym leczeniem bodźcowem. Z powyższego wynika, iż łatwo jest uczynić obcem dla ustroju jego własne rodzime białko, czyniąc zeń ciało wstrząsodrodne, odczulające.

Tillman w artyk. p. t. „10 lat autohemoterapii“ twierdzi, iż każdy lekarz, który chociażby kilka razy miał sposobność naocznego przekonania się o tej niezwyklej zmianie, zachodzącej pod wpływem właśnie autohemoterapii w typowym, nieraz bardzo ciężkim przebiegu pneumonji — nie będzie już wątpli, iż autohemoterapia jest terapią przyczynową. Wstrzyknięta krew powoduje — wg. Tillmana — przestrojenie organizmu. T. podkreśla ten wyraz, gdyż istotnie po zastrzyknięciu krwi własnej zachodzą zadziwiające wprost zmiany ku lepszemu zarówno w stanie ogólnym jak i w samopoczuciu chorego... Ostatnio autorzy włoscy Busciano, Longo i wspomniany wyżej Pizzilo podają o niezwykle skutecznym działaniu autohemoterapii w nadciśnieniu tętniczym. Na 60 przypadków Pizzilo jedynie 3 okazały się odporne (1 luetyk, 2 djabetyków). W 57-iu natomiast przypadkach zastrzyknięta krew własna spowodowała natychmiastowy i d. trwały spadek ciśnienia. Jako jeden z wielu Pizzilo przytacza przypadek, gdzie już po pierwszym zastrzyknięciu krwi własnej ciśnienie z 230 spadło do 180, a po następnych zastrzyknięciach po 30,0 (pierwsze 4 — co 2-gi dzień,

ostatnie 4 — po 2 razy w tygodniu) — ustaliło się na 160. Po pierwszej też iniekcji — znikły wszystkie objawy podmiotowe. Jeszcze bardziej zadziwiające okazały się wyniki autohemoterapii u 9 chorych z t. zw. „czerwonem“ nadciśnieniem i z współistniejącą hemiplegją. Chorzy o „bladym“ nadciśnieniu natomiast reagują powolniej na terapię zapomocą krwi własnej.

Reasumuję. Jakkolwiek ujmujemy eklampsję, czy to jako cierpienie alergiczne w myśl ciekawych a głębokich rozumowań Jegorowa, czy też jako toksykozę ciążową, faktem jest, iż najgroźniejsze objawy „rozgrywają się“ przeważnie na terenie mózgu (a nie przeważnie wątroby, jak dotychczas mylnie przypuszczano — zaznacza Nürnbergger). Autohemoterapia zatem zarówno w myśl postępowania Colleli i Pizzila, jak też jako środek odczulający — zasługuje na jaknajlepsze wypróbowanie. Cechują ją pozatem — przystępność, taniść, a przede wszystkim nieszkodliwość, jak również działanie zapobiegawcze.

Dotychczasowe leczenie rzucawki — eklampsji ciążarnych oraz połogowej budzi niemało, jak zaznaczyłem, zastrzeżeń. Powinno się uczynić próbę szukania nowych dróg. Tembardziej, iż mnożą się ostatnio w piśmiennictwie dane, stwierdzające, iż te kobiety, które w swoim czasie przechodziły rzucawkę podczas ciąży (połogu) w nieomal 50% przypadków po dłuższym jeszcze czasie (szereg lat) nie uwalniały się od różnych dolegliwości. Chodzi o silne bóle głowy oraz osłabienie pamięci (Nevermann, Nürnbergger). Seitz również stwierdził w niemałym odsetku przypadków zawroty głowy, bóle, migotanie przed oczami, nawet napady epileptyczne czasami, jako następce objawy po rzucawce. Pod tym względem autohemoterapia, którą proponuję (mam 2 własne przypadki z dobrym wynikiem), może się okazać b. skuteczną, jako środek hamujący niejako cierpienie i zapobiegający, jako metoda oddająca „niezwykle cenne usługi w leczeniu zarówno krwotoków mózgowych, jak i ich następstw“ — wg. Colleli. Domeną zaś postępowania zapobiegawczego — wg. swojej metody — uważają Collela i Pizzilo przypadki nadciśnienia o objawach, mających charakter zwiastunów grożącego udaru mózgowego (zawroty głowy, upośledzenie siły mięśniowej) lub jak w naszym wypadku — napadu eklampcyjnego.

P. S. Przeglądając piśmiennictwo o rzucawce natknąłem się na jedyne go autora, który poczynił próbę zastosowania autohemoterapii w eklampsji. Jest nim znany ginekolog węgierski Stehlo. Zachęcony — jak podaje — świetnymi wynikami stosowanej przez siebie od szeregu lat autohemoterapii w niepowściągliwych wymiotach ciążarnych — Stehlo od kilku lat stosuje tę samą terapię i w napadach rzucawki. Krew własna bywa przez niego zastrzykiwana w ilości 10,0 już po pierwszym napadzie. Przy powtórnych napadach powtarza wstrzykiwanie kilkakrotnie. Metodę tę wypróbował Stehlo na 7 eklampcyjczkach — okazała się, jak twierdzi, nader skuteczna, gdyż wszystkie chore zostały wyleczone mimo to, iż w tej liczbie był jeden b. ciężki przypadek z 10 napadami drgawek, jeden wślad za drugim.

Praktyczne doświadczenia te Stehla jeszcze bardziej utwierdzają mnie w mniemaniu o pożyteczności autohemoterapii w eklampsji.

## Oceny książek

FIRSTENBERG Juljan. **Walka z narkomanją i handlem narkotykami na terenie sądowym.** Str. 59. Warszawa 1936. Nakład F. Hoesicka.

Autor omawia po kolei: 1) znaczenie społeczne i kryminologiczne narkomanji; 2) przestępstwa, związane z narkotykami i ich zwalczanie wśród narkomanów, handlarzy, detalistów i hurtowników, aptekarzy, składników aptekarskich i lekarzy na terenie sądowym.

Wnioski autora brzmią dosłownie.

1) Narkomanja w Polsce jest bardzo rozpowszechniona; liczba narkomanów w ścisłym tego znaczeniu (morfiniistów, kokainistów i t. p.) wynosi przypuszczalnie kilka tysięcy osób i wykazuje przytem stałą tendencję wyżkową; niezależnie od tego w niektórych częściach kraju szerzy się eteromanja, której oddają się niekiedy całe gminy, nie wyłączając dzieci, uczęszczających do szkół powszechnych; liczba eteromanów wynosi dziesiątki tysięcy.

2) Narkomanja jest nałogiem niezmiernie szkodliwym, z punktu widzenia zarówno lekarskiego, jak i kryminologicznego, społecznego oraz ogólnopublicznego.

3) Narkomanja *sensu strictiori* szerzy się przedewszystkiem wśród jednostek o usposobieniu psychopatycznym; wyleczenie z nałogu nastąpić może wyłącznie wskutek długotrwałej kuracji odwykowej w zamkniętym zakładzie w warunkach ścisłej izolacji.

4) W sprawach o przestępstwa, dokonane przez narkomanów pod wpływem głodu narkotykowego i zmierzające bezpośrednio do zaspokojenia tego głodu, postępowanie karne bywa w większości wypadków umarzane w myśl art. 17 k. k. „wobec niemożności kierowania swoim postępowaniem“; jednocześnie należy stosować środki zabezpieczające w myśl art. 79 lub 82 k. k. w postaci osadzenia w zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych, celem przymusowego przeprowadzenia kuracji odwykowej.

5) Najczęstszym przestępstwem, dokonywanym przez narkomanów, jest fałsz recept na narkotyki; recepty te wypisywane są na blankietach bądź podrobionych bądź też autentycznych, kradzionych z gabinetów lekarskich

6) W celu utrudnienia fałszu recept konieczne jest wprowadzenie przepisu, któryby uzależniał druk blankietów receptowych z nazwiskiem lekarza oraz wyrób lekarskich pieczęci firmowych od przedstawienia przez osobę zamawiającą dowodu osobistego.

7) Lekarze mają prawo wystawiać recepty na narkotyki jedynie w razie istnienia „wskazań lekarskich“, zgodnych z zasadami nauki; nie wolno im zatem zapisywać większych dawek, niż to wynika z istotnej potrzeby; nie wolno również zapisywać w jednej recepcie więcej narkotyku, niż wynosi 10-krotna maksymalna dawka jednorazowa, przewidziana w farmakopei; ogólnie biorąc — lekarzom wolno zapisywać narkotyki jedynie dla celów leczniczych, nigdy zaś dla zaspokojenia głodu narkotykowego, chyba że zachodzi wypadek „zapaści“.

8) Lekarzom nie wolno zapisywać recept na heroinę ani na narkotyki w stanie czystym (*in substantia*).

9) Lekarze nie powinni wydawać narkotyku do rąk chorego; zastrzyk narkotyku powinien w zasadzie robić lekarz, wyjątkowo zaś — pielęgniarka lub inna osoba, fachowo wyszkolona.

10) Recepty na narkotyki winny odpowiadać ściśle określonym warunkom formalnym.

11) Apteki mają prawo sprzedawać narkotyki jedynie na podstawie prawidłowo wystawionych recept lekarskich;

wyjątki od tej zasady wymienione są ograniczająco (taksatywnie) w obowiązującym prawie.

12) Aptekom nie wolno honorować recept na narkotyki, zapisane w dawkach nieleczniczych lub w formie nieleczniczej.

13) Apteki obowiązane są prowadzić dokładną kontrolę całego obrotu narkotykami.

14) Przy lustracji aptek inspektorzy farmaceutyczni powinni zwracać uwagę nie tylko na formalną stronę ksiąg kontroli narkotyków, ale i na *meritum* recept, zrealizowanych w danej aptece.

15) Nielegalny handel narkotykami stanowi przestępstwo „*iuris gentium*“, ściągane w Polsce, bez względu na miejsce jego popełnienia.

16) Większość narkotyków, znajdujących się w nielegalnym obrocie wewnątrz kraju, pochodzi z przemytu.

17) Produkcja eteru etylowego oraz handel nim (hurtowy i detaliczny) podlegają ścisłej kontroli oraz odbywają się na podstawie specjalnych koncesyj.

18) Nielegalny handel eterem jest pod względem odpowiedzialności karnej zrównany z handlem narkotykami; karalne jest również samo przechowywanie eteru, w celu jego nieprawnej sprzedaży.

19) Pomiędzy poszczególnymi odcinkami walki z narkomanją istnieje ścisły związek i wzajemna zależność; walka ta musi być prowadzona na wszystkich odcinkach jednocześnie.

Broszura prokuratora J. Firstenberga w drugim swym wydaniu informuje czytelnika w głównych zarysach o stanie obecnym tej sprawy u nas. Zdaniem mojem, wypadła nieco chaotycznie i nieprzekonywająco przytoczona kazuistyka sądowa, dotycząca miejscowych lekarzy przestępców (str. 37), gdzie obok lekarzy szalbierzy i handlarzy narkotykami *in substantia*, obok lekarzy narkomanów, obok lekarzy chorych, nierównoważonych, fantastów, psychopatów, przepisujących na prawo i lewo morfinę i kokainę, wyróżniona została grupa kilkunastu lekarzy, którzy dali się złapać na wędkę i przepisałi *gratis* o i j e d n o r a z o w o trochę morfiny — nb. nie w stanie czystym — osobnikowi, po mistrzowsku symulującemu chroniczne ciężkie napady kolki wątrobowej i zaopatrzonemu w liczne stare recepty przeciwbólowe gwiazd profesorskich. Dali się raz wprowadzić w błąd, przepisując z litości cierpiącemu roztwór morfiny *pro paupere* na całe 8—10 dni, by się odczepić od powtórnej natrętnej wizyty nieznośnego pacjenta. Wśród tych „niewinnych“ są lekarze: a) do sprawy kryminalnej zakwalifikowani za przekroczenie daty dekretu o narkomanji z 1 lipca 1934, b) są dyscyplinarnie ukarani c) są do posad usuwani, d) są po pismach brukowych honorowo dyskwalifikowani i zniesławiani i t. d. A wszak każdy lekarz, nawet najsubtelniejszy djagnosta, ma na sumieniu narkomana, który go raz w życiu okpił, ma na sumieniu raz źle lub omyłkowo postawione rozpoznanie; wszak każdy lekarz wśród licznych dekretów zapomina czasem ścisłą datę wyjścia dekretu o narkomanji, choć pamięta datę i godzinę odczytów o narkomanji w Towarzystwach Naukowych. Ale skąd w tem dobranem towarzystwie notorycznych przestępców znajduje się pod § 66 broszury drobna sprawa drobnej grupki „wpadunkowców“, sprawa, którą autor, doświadczony pono specjalista-narkomanolog, podkreśla i nazywa „najbardziej charakterystyczną sprawą dla panujących w tej dziedzinie stosunków“.

Czy rzeczywiście garstka lekarzy-praktyków propaguje tajny handel narkotykami, handel międzynarodowy, po całym kontynencie rozgaleziony, multimiljonowy w obrotach tygodniowych, zajmujący poważnie wszystkie ministerja wielkomo-

carstwowe handlu i przemysłu i Ligę Narodów, dotyczący Anglii i Albanii, Chin i Tunisu, Australji i Wschodniej Syberji? Czyżby istotnie sprawa na wielką skalę prowadzonego przemytu i cla, dyplomatycznych fałszów i krociowych łapówek, tajnych klubów i detektywów, czyżby to wszystko leżało w rękach mizernych praktyków-lekarzy, którzyby mogli ścisłem centygramowem dawkowaniem morfiny lub kodeiny ten wielce dochodowy i lukratywny przemysł *a limine* wytepić? Dlaczego — pytam — na jednej i tejże stronie broszury, jak za dawnych dobrych czasów, w tejże izbie śledczej, w tejże celi więziennej w dobranej kompanji znajduje się osiwiwały w swym zawodzie złodziejskim niepoprawny recydywista, przedwojenna prostytutka, młoda, niedoświadczona, zbytnio liberalizująca studentka, walcząca o wolność przekonań stary bojowicek polityk, przypadkowy przechodzień, widz napadu bandyckiego?

Czyżby istotnie stara rzymska maksyma: *lex dura sed lex* nie znała wyjątków nawet w monografji społeczno-naukowej?

H. H i g i e r.

Dr. Med. Habil. CURT CARRIÉ. *Die Porphyrine, ihr Nachweis, ihre Physiologie und Klinik.* (Nakład Georg Thieme. Lipsk. Cena M. 9.)

Porfirja jest chorobą rzadką i mało kto z lekarzy praktyków jest z nią dokładnie obeznany, z wyjątkiem dermatologów, którzy spostrzegają pewne zmiany skórne nawet zgorzelinowe, dość przykre i trudne do leczenia, związane z tą jednostką chorobową. Porfirja nie jest chorobą skórnią w ścisłym znaczeniu tego słowa, ale przede wszystkim jest ona chorobą ogólną ustroju. Cierpienie to powstaje na tle nadmiernego powstawania porfiryń, które są pochodnymi hemoglobiny. Porfiryń, w przeciwieństwie do hemoglobiny, nie zawierają żelaza, są światłoczułe i w warunkach fizjologicznych znajdują się w bardzo małych ilościach w tkankach, sokach ustrojowych i wydalinach. Cechą charakterystyczną tego schorzenia, związanego z nadmiernem wydzielaniem porfiryń, jest to, że człowiek, dotknięty tą chorobą, uczulony jest na światło, co pociąga za sobą zmiany skórne. Nietylko jednak występują zmiany skórne. W niektórych stanach widzimy zaburzenia ze strony układu nerwowego oraz przewodu pokarmowego z dolegliwościami podobnymi do zapalenia trzustki, pęcherzyka żółciowego, wzrostka robaczkowego, a nawet kamicy nerkowej, i często niesłusznie bywają takie przypadki poddawane zabiegom chirurgicznym. Książka dr. Curt Carrié jest monografją, omawiającą zagadnienie porfiryń, ich biologję i klinię. Treść książki jest następująca: 1) Przegląd właściwości porfiryń i ich wykazanie. 2) Działanie biologiczne porfiryń. 3) Porfiryń a) w roślinach, b) u zwierząt, c) u człowieka, 4) Porfiryńopatje. 5) Znaczenie porfiryń w objawach porfiryńopatji. 6) Stosunek porfiryń do przebiegu przemiany materji. 7) Przemiany i tworzenie porfiryń. 8) Teorje przyczyny porfiryj. 9) Podział porfiryj. 10) Leczenie porfiryj. 11) Piśmiennictwo. Autor omówił w książce bardzo krótko całość zagadnienia porfiryń, wyczerpał jednak wszystkie dane, dotyczące tej sprawy. Może zbyt krótkie ujęcie chemji porfiryń nie jest dostatecznie jasne, a samo wylczenie nazw rozmaitych porfiryń nie tłumaczy ich związku między sobą. W części biologicznej autor omawia przede wszystkim światłoczułość porfiryń, pod wpływem rozmaitych promieni, w dość ogólnych zarysach, chociaż omawia powtórnie to zagadnienie w części klinicznej, co, zresztą, z tych, czy innych powodów czyni świadomie, zaznaczając o tem w dopisku. W tym dziale wspomina autor również o działaniu porfiryń na bakterje, na jelita i o powinowactwie ich do rozmaitych narządów. Omawiając istnienie porfiryń w świecie roślinnym i zwierzęcym, autor może zbyt krótko omawia istnienie porfiryń w roślinach, co jednak, ze względu na ich rozpowszechnienie, należałoby ująć szerzej, ponieważ powstają one z chlorofilu w kilku odmia-

nach, i to tembardziej, że istnieją poglądy powstawania w ustroju porfiryń z roślin. Omawiając porfiryń u człowieka, autor podaje fizjologiczne zawartości porfiryń w moczu i kale, prócz tego podaje krótko z dobrze przedstawionymi wykresami rozmaite stany patologiczne, w których zmniejsza lub zwiększa się ilość wydzielanych porfiryń. Omawiając klinię porfiryńopatji, autor cytuje odpowiednie przypadki chorobowe z krótkimi historjami chorób i podaje dużo bardzo ciekawych faktów. Dział 7 traktuje zagadnienie chemiczne i powstawanie porfiryń pod wpływem bakteryj, przy czem autor omawia związek barwnika krwi i bilirubiny, co może byłoby lepiej połączyć z działem pierwszym celem ujęcia tych zagadnień fizycznych i chemicznych w jedną całość. W dziale 8, autor omawia w krótkości istniejące teorje przyczyn powstawania porfiryj, bardzo zresztą ciekawe, jednak słusznie zaznacza, że dużo jeszcze jest w nich niejasności, ponieważ najrozmaitsze czynniki mogą wywołać to schorzenie. W następnym dziale autor, podając podział porfiryj M i c h e l i, G ü n t h e r s a i S c h r e u s a, stwierdza, że najbardziej odpowiednia jest teorja S c h r e u s a, gdyż uwzględnia potogenezę tych schorzeń. Autor miał bezwzględnie trudne zadanie przedstawienia całokształtu omawianego tematu w małej monografji. Dzieło jednak przedstawia bezsporną wartość, szczególnie jako krótkie *compendium*, tembardziej, że podane są źródła piśmiennictwa. Stwierdza się jednak pewne braki w piśmiennictwie: autor cytuje autorów polskich N e n c k i e g o i Z a l e s k i e g o, nie przytacza natomiast nazwiska M a r c h l e w s k i e g o, który stwierdził związek między chlorofilem a porfiryńami. W każdym razie zaznaczyć należy, że książka jest bardzo pożyteczna. Z obowiązku muszę zaznaczyć, że korekta zrobiona jest dość niedbale, są błędy i usterki drukarskie, np. na str. 3-iej „Lölichkeit“ zamiast „Löslichkeit“, dalej „Porphrine“ zamiast „Porphyrine“ na str. 13 „Extraktionsmittel“ zamiast „Extraktionsmittel“, opuszczenie numeracji działu na str. 23, 74. Do zalet książki należy to, że na niespełna stu stronicach jest 34 dobrych, przejrzystych i ładnie wykonanych rycin oraz 9 dobrze skonstruowanych tabel.

Juljan Waławs ki.

MONIZ EGAS. *L'angiographie cérébrale. Ses applications et résultats en anatomie, physiologie et clinique.* (VII. 524. Éditeurs Masson et Cie 1934. 90 francs.)

Głośny od kilku lat autor portugalski zebrał w dużej monografji cały własny ogromny materiał kliniczny, fizjologiczny i patologiczny, drogą rentgenografji naczyń mózgowo-rdzeniowych zdobyty. Dla uwydatnienia naczyń mózgowych używa on jako środka kontrastowego thorotrastu, który wprowadza obecnie nie, jak dawniej, do *art. carot. int.*, lecz do *art. carotis communis* obustronnie na jednym posiedzeniu. Zamiast arteriografji dokonywa obecnie angiografji, obejmującej również żyły (*phlebographia*). Krew thorotrastowa o wiele szybciej przebiega naczynia w mózgu, niż w oponach i częściach miękkich czaszki. Środek lekarski przebiega kilkakrotnie mózgiem, nim przebiega cały obwód. Po arteriografji tętnic dyskutowana jest flebografja żył i omawiana „capacité“ włośniczek mózgu i barjery kapilarnej układu ośrodkowego. Za pomocą specjalnego aparatu (radjokaruzela C a l d a s a) udaje się 6 seryjnych zdjęć dokonać w odstępach sekundowych, które pouczają o sposobie rozprzestrzenienia się masy kontrastowej seryjnie w tętnicach, żyłach i włośnicach. Do flebografji wymagane jest 17 ccm. thorotrastu. Udało mu się ostatnio bezpiecznie wprowadzić masę kontrastową do tętnicy obojczykowej jednej strony i odfotografować obustronne unaczynienie tylnej jamy czaszkowej, co umożliwiłone zostaje przez to, że obie *art. vertebrales* zlewają się w *art. basilaris*. Ta ostatnia wbrew opisowi anatomów przebiega na zdjęciach prostopadle do linii poziomej. Uwydatniają się też jej gałązki oraz uchylenia od normy w *art. cerebri post., cerebelli sup. et med.* — Radjo-



grafja nerwów zajmuje cały rozdział, thorotrast nadaje się bowiem również do zastrzykiwań wewnątrzmięśniowych, pod- i wewnątrzskórnych. Głównie demonstracyjnie wypadają wstrzykiwania do n. łokciowego, kulszowego, *plexus lumbosacralis*. — Ostatnie 7 rozdziałów książki zajmują się angiografją djagnostyczną guzów mózgu, głównie astrocytomatów, perlaków, oponiaków i torbieli, mniej naczynek, tętniaków, ropni i wędzłowia wrodzonego. Swoiste obrazy dają angiogramy poszczególnych okolic mózgu (okolica czołowa, skroniowa, ciemieniowa, skrzyżowania nn. wzrokowych, ciał czworaczych, mostu, kąta mózdzkowego i tylnej jamy czaszkowej). Jednocześnie encefalo- i arterjografję *Moniz* uważa za zbędną, jedno obok drugiego można dokonać angio-, encefalo- i wentrykulografji. — Kto śledzi w ostatniem pięcioleciu postęp, osiągnięty przez autora, podziwiać musi jednocześnie energję i pracowitość, odwagę i pomysłowość lizbońskiego profesora i jego kliniki, który od pierwszego komunikatu, wygłoszonego w czerwcu 1927 r. do ostatniego dużego podręcznika wszystko sam w angiografji mózgu stworzył i korygował, ulepszał i propagował, ramy rozszerzał, metodykę i aparaturę wykombinował, dane z anatomji i fizjologii wzbogacił, drogi djagnostyce i wskazaniom wskazywał, sympatyków i adoratorów tworzył, acz wśród nich naśladowców jeszcze nie znalazł. A zapowiada się angiografja bardzo poważnie, sądząc nie tylko z tej monografji, blisko 200-tu rycinami ozdobionej, ale i z dawniejszej (1931), nie mniej obszernej „Djagnostyki nowotworów mózgowych w oparciu na encefalografji tętnic”. (Referenta intryguje oddawna nazwisko głośnego profesora, nie portugalskie, ale u nas w Warszawie i w Łodzi dość rozpowszechnione).

H. Higier.

Hilding BERGSTRAND, Herbert OLIVECRONA, Wilhelm TOENNIS. *Gefäßmissbildungen und Gefäßgeschwülste des Gehirns*. VI, 1—181. 1936. Verlag G. Thieme. Leipzig. RM. 24.

Symbioza trzech świetnych znawców kliniki, chirurgji i anatomji patologicznej mózgu jedynie na dobre wyjść może gruntownemu opracowaniu w wielkim stylu zakrojonej monografji, tembardziej, że, jak wiemy, jestto zgrana poniekąd od kilku lat trójca, przy wspólnym warsztacie neurochirurgicznym *Olivecrony* z Sztokholmu pracująca i pod jego auspicjami będąca. *Olivecrona* jest zbyt dobrze ogółowi neurologów znany, jeden ze starszych i pojętniejszych uczniów *Cushinga*, który przeszczepił przed laty blisko dziesięciu na grunt europejski neurochirurgję transoceaniczną. *Bergstranda* z Instytutu Karola w Sztokholmie odznaczał się oddawna miernymi pracami z histologii patologicznej mózgu i jego nowotworów, a *Toennis* z Würzburga, uczeń *Olive-*

*crony*, od 2—3-ch lat formalnie zasypuje wszystkie Zjazdy i wszystkie pisma artykułami z neurochirurgji nowoczesnej, o której może śmiało powiedzieć: *quorum pars magna fui*. — *Olivecrona* w ostatnich latach dał nam kilka klasycznych monografij o guzach mózgu, zwłaszcza o licznych odmianach glejaków i o ciężko rozpoznawanych i bez mistrzowskiej techniki prawie nieusuwalnych oponiakach mózgu. Temat obecny dotyczy guzów, w dawnych pracach 3-ch współpracowników prawie nie wspomnianych, pozornie bardzo rzadkich. Omawiane są potworności i nowotwory naczyniowe mózgu i mózdzku. — Pisząc przed 2 laty obszerniejszy odczyt przeglądowo-krytyczny pod tytułem: Neurologja i neurochirurgja wczoraj a dzisiaj (Warsz. Czas. Lek. Nr. 3—5), tu i owdzie wzmiankowałem o tych białych krukach neurochirurgji, nie przypuszczając, że w tak szybkim tempie zreferuję piękną monografję, wyłącznie temu mało znanemu tematowi poświęconą, blisko 140-ma rysunkami ozdobioną, 376 numerów z bibliografji wszechświatowej cytującą, monografję, której materiał przyżyciowo opracowany został według najnowszych metod, nie wyłączając *Moniza* a portugalskiej thorotratowej metody arterjo- i flebograficznej mózgu. — Anatomopatolog na pierwszych 70-ciu stronicach ściśle definiuje i charakteryzuje naczyniaki mózgu, wśród których rozróżnia: 1) *angioma cavernosum*, 2) *angioglioma* (*Roussy-Oberling*), 3) *angioblastoma* (*Cushing-Bailey*), 4) *angioreticuloma* (choroba *Lindaua* z torbielą i przyściennymi naczyniakami jej), 5) *angioma racemosum arteriale, venosum, arteriovenosum, teleangiectaticum cerebri et faciei* (choroba *Sturger-Webera*). — Kliniczno-chirurgiczny materiał podzielili między sobą *Olivecrona* (chorobę *Lindaua* i chorobę *Sturger-Webera*) i *Toennis* (*aneurisma arterioso-venosum, angioma racemoso-venosum*). Słusznie wyrażają w przedmowie autorzy przypuszczenie, że „dział potworności i nowotworów charakteru naczyniowego winien budzić poważne zainteresowanie w gronie neurochirurgów mózgu”. Mam wrażenie, że każdy neurolog, gdy po zapoznaniu się z tą książką sięgnie pamięcią daleko wstecz, to się przekona, że nie jeden przypadek choroby *Lindaua* i choroby *Sturger-Webera*, o których dotąd mało albo nie słyszał, osobiście spotykał i jako angiomatozę rozlaną przy oglądaniu twarzy i wzniernikowaniu oka rozpoznał, acz bliżej segregować nie umiał, a już operować napewno nie potrafił. Częstość tych naczyniowych guzów i wad rozwojowych mózgu wynosi 37 przypadków na całym materiale *Olivecrony*, sięgającym 941 przypadków, czyli każdy 40-ty pacjent z guzem mózgu ma naczyniak. — Wydanie książki jest wzorowe, papier, druk, korekta, ilustracje bez zarzutu.

H. Higier.

## Wskazówki praktyczne

W *dławicy piersiowej*, według *Kischa*, 3 krople *nitrogliceryny*, zażyte doustnie, skracają napady i mogą im zapobiegać. Stosuje się 5—8 razy dziennie dawkę optymalną (3 krople), najlepiej po jedzeniu, przed rozpoczęciem ruchu i przed udawaniem się na spoczynek nocny. Można też obok *nitrogliceryny* stosować *Euphyllin*, co sprwadza wyraźną poprawę cierpienia. (Med. Klin. 1935. N. 35).

—o—

*K. Erber* poleca *Hydro-Milkuderm*, krem mleczny heksametylentetraminy, w nadmiernem poceniu się; wciera się niewielkie ilości kilka razy dziennie. Nie należy ani przed, ani po wcieraniu zmywać skóry. Profilaktycznie 1—2 razy tygodniowo. (Med. Welt. 1935. N. 43).

—o—

*K. Kofler* uważa *Calcihyd* za środek swoisty w *schorzeniach dróg oddechowych na tle grypy*. *Calcihyd* jest kombinacją urotropiny z wapniem i przepisuje się w sposób następujący: *Rp. Calcihyd. crystall. 20,0; Aq. font. 500,0. M. D. S. 4—6—8 łyżek stołowych* dziennie w wodzie mineralnej. (Mitt. Volks. gesund. Amtes. 1936. N. 2).

—o—

*Prokliman* „Ciba“ w dawce po 2 tabletki 2 razy dziennie w ciągu 3 tygodni okazał się, według spostrzeżeń *K. Petersa*, środkiem skutecznym w zaburzeniach okresu przekwitania. Już po upływie 10 dni spostrzegal P. dodatni wpływ proklimanu zwłaszcza na objawy naczynioruchowe. (D. m. W. 1935 Nr. 42).

—o—

Riecke poleca *Protosil* doleżdziwo w leczeniu zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Po wypuszczeniu 20 ctm.<sup>3</sup> płynu mózgowo-rdzeniowego wstrzykuje się 8—10 ctm.<sup>3</sup> protosilu. Hünemann zastrzykuje dożylnie 20 ctm. i daje 2—3 pastylek po 0,3 dziennie per os. (Med. Klin. 1936 Nr. 17. Ges. Deutsch. Hals. Nas. Ohr. Aerzte).

—o—

W nadczynności tarczycy B. Furtess stosuje z powodzeniem sole złota domięśniowo w małych od czasu do czasu powtarzanych dawkach. (Endokrinol. 1935. T. 16. Z. 4).

—o—

Według Hassego należy zaniechać płukania w anginach i zapaleniach gardzieli. Rentgenologicznie udowodnić

można, że migdałki, łuki podniebienne i tylna ściana gardzieli nie zostają wcale opłukane. Poza to płukanie jest sprzeczne z ogólną zasadą pozostawiania w spokoju narządu, dotkniętego zapaleniem. (Kl. W. 1935. Str. 1244).

—o—

Jako maść chłodzącą w zapaleniach skóry z przekrwieniem polecają Lutzi i Haenel przepis następujący: Rp. Aetylalcohol. 0,5; Acid. boric. 3,0; Ol. Archid. 10,0; Aq. dest. 25,0; Ol. Rosze gt. 1; Arachid. hydrogenet. ad 100,0. Maść tę należy zmieszać z równą częścią pasty cynkowej. Maść ta daje się rozprowadzić i szybko usuwa swędzenie. (Schw. m. Woch. 1935 Nr. 51).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Polska Akademia Umiejętności.

#### IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie z dnia 23 marca 1936 r.

Przewodniczący: dyrektor H. Hoyer.

Czł. J. Modrakowski przedstawia swoją pracę p. t. *Działanie alkaloidów z grzybienia białego i żółtego (Nymphaea alba i Nuphar luteum) na układ nerwowy ośrodkowy.*  
Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę pp. H. Sikorskiego i Wł. Rusieckiego p. t. *Działanie uspakajające ciał wyodrębnionych z chmielu.*

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę pp. J. Supniewskiego, J. Hano i E. Taschnera p. t. *Badania nad działaniem farmakologicznym amidu kwasu nikotynowego składnika kofermentu dehydracyjnego.*

Czł. J. Modrakowski przedstawia pracę pp. J. W. Supniewskiego i J. Hano p. t. *Analiza farmakologiczna własności chlorowodoru p-sulfamidobenzolu.*

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie).

Czł. A. Becki K. Zakrzewski przedstawia pracę p. J. Miodońskiego p. t. *Przyczynki do badań audiometrycznych.*

Czł. A. Becki L. Wachholz, przedstawia pracę p. J. Miodońskiego p. t. *Przyczynki do wykrywania symulacji jednostronnego upośledzenia słuchu przy pomocy audjometru.*

Czł. St. Ciechanowski i W. Nowicki przedstawiają pracę p. J. Kowalczykowej p. t. *Zmiany miejscowe a usposobienie ogólne w nowotworach sztucznie wywołanych. Badania morfologiczne i doświadczalne.*

(Z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. Dyrektor: prof. dr. St. Ciechanowski, iz Zakładu Farmakologii U. J. Dyrektor: prof. dr. J. W. Supniewski. Praca wykonana z zasiłku funduszu P. Tyszkowskiego).

Czł. St. Ciechanowski przedstawia pracę p. J. Kowalczykowej p. t. *Promienie pozafolkowe jako czynnik rakotwórczy.* Doniesienie I.

Czł. E. Loth przedstawia pracę p. Z. S. Sztajnfelda p. t. *Anatomia porównawcza przyczepów mięśnia skośnego brzucha wewnętrznego u naczelnych i u ludzi.*

Czł. E. Loth przedstawia pracę p. H. Zielińskiej p. t. *Antropomorfologia mięśnia pośladkowego największego.*

Czł. S. Dąbrowski przedstawia pracę p. A. Sławińskiego p. t. *O budowie roztworów koloidalnych.*

Czł. S. Dąbrowski przedstawia pracę p. A. Sławińskiego p. t. *Wewnętrzna budowa erytrocytów.*

### Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dn. 16.I 1936 r.

Przewodniczący Dr. K. Mitkiewicz zawiadamia obecnych o tem, że od dn. 15.I. 1936 r. czynna jest Poradnia Wychowania Fizycznego przy II klin. Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego. W związku z tem Dr. Wyrzykowski prosi o rozesłanie do szkół adresów wszelkich poradni, do których skierowywać można młodzież szkolną.

Następnie Doc. Dr. E. Reichert wygłasza referat p. t., *Zmiany wegetatywno-dokrewne w okresie dojrzewania*.

Prelegentka omawia wpływ poszczególnych gruczołów dokrewnych na ustrój. Na pierwszym miejscu stawia przysadkę mózgową, jako gruczoł, wydzielający około 20 hormonów; z tych płat tylny wydziela: wazopressynę, podwyższającą ciśnienie, hormony, działające na mięśnie gładkie macicy i pęcherza, hormon, regulujący przemianę węglowodanów; płat przedni zaś: hormon wzrostu, wytwarzany przez komórki kwasochłonne, hormon, pobudzający czynność tarczycy, hormony, regulujące czynności gruczołów płciowych (prolany: A i B), hormony, wpływające na przemianę materji, zwłaszcza ciał białkowych i tłuszczowych, oraz soli bromu. Tarczyca wydziela tyroksynę o dużej zawartości jodu. W okresie dojrzewania tarczyca często się powiększa zależnie od zapotrzebowania przez ustrój większych ilości tyroksyny. Nadnercza, prócz adrenaliny, produkują hormony: 1) mające wpływ na regulację ciepła, 2) regulujące podstawową przemianę materji, 3) zmniejszające zasób zasad ustroju. Z hormonów, wydzielanych przez gruczoły płciowe prelegentka mówi o follikulinie, wydzielonej przez pęcherzyk Graafa, oraz o luteinie — przez ciało żółte. Wydzielanie follikuliny odbywa się pod wpływem prolanu A, — zaś luteiny — pod wpływem prolanu B. Follikulina i luteina z kolei wpływają hamująco na wydzielanie prolanów. Cykl miesięczkowy znajduje się pod wpływem tych czterech hormonów.

W okresie dojrzewania obserwujemy chwiejność w działaniu gruczołów dokrewnych, powodującą często zaburzenia, częstsze u dziewcząt, niż u chłopców. Zjawiają się więc: objawy akromegaliczne, nadmierna wybujałość wzrostu, otyłość w której rentgenologicznie nie znajdujemy zmian w przysadce mózgowej, powiększenie tarczycy z objawami nadmiernego wydzielania hormonu tyreotropowego, podciśnienie lub nadciśnienie krwi z objawami szybkiego męczenia się.

Prelegentka wspomina o własnych badaniach nad poziomem cukru we krwi w zależności od okresu miesięczkowania; stwierdziła, że ani miesięczka, ani okres przedmiesięczkowy nie wpływają na poziom cukru, o ile badany ustrój jest w spokoju. Po wysiłku natomiast w okresie międzymiesięczkowym krzywa poziomu cukru podnosi się (tak, zresztą, jak i u mężczyzn), w okresie miesięczkowym nie podnosi się, a nawet spada. Ponieważ w ciągu dnia wykonywa się wiele drobnych wysiłków, prelegentka wyciąga wniosek, że powstaje niedociśnienie krwi, które zwalczać trzeba doprowadzeniem większej ilości węglowodanów.

W dyskusji zabiera głos Dr. Leśkiewicz, pytając, jak się ma ustosunkować lekarz szkolny do zwolnień z gimnastyki przez lekarzy prywatnych, zaleconych z powodu powiększenia tarczycy w okresie dojrzewania; podnosi ponadto sprawę przeciążenia pracą szkolną w okresie dojrzewania.

Dr. Bogdanowicz sądzi, że przejściowy zespół akromegaliczny należy uważać za pewien proces patologiczny, za okres załamania równowagi. Te dzieci — według niego — należałoby może traktować odrębnie. Zaobserwował, że u dziewcząt okres otyłości poprzedza objawy dojrzewania. Przytacza przypadek z własnej praktyki, dotyczący znacznego wzrastania w okresie dojrzewania przy ubytku wagi. Przypadek ten skończył się źle.

Dr. Rosenblumówna pyta, czy nie zauważono, przejściowej niedomogi tarczycy w okresie dojrzewania. Miała

trzy takie przypadki, gdzie leczenie bardzo małymi dawkami tyreoidyny dało doskonałe wyniki.

W odpowiedzi Doc. Dr. Reichera mówi o swoich badaniach, podczas których stwierdziła, że znaczna większość dziewczynek z powiększoną tarczycą miała prawidłową podstawową przemianę materji. W stanach sympatykotonicznych należy tylko zwrócić uwagę na ustalenie prawidłowego trybu życia, podając jednocześnie środki uspakajające; dzieci z przejęciowym okresem akromegalicznym nie należy uważać za chore, ale trzeba z nimi postępować ostrożnie.

Na zakończenie prelegentka prosi o przysyłanie młodzieży z zaburzeniami wegetatywno - dokrewnymi do Poradni Wych. Fiz.

#### Posiedzenie z dnia 20 lutego r. b.

Na wstępie przewodniczący Dr. K. Mitkiewicz, zakomunikował, że wkrótce mają się odbyć kursy: z zakresu pedjatrii dla lekarzy, z higieny psychicznej dla nauczycieli, lekarzy, rodziców a także kurs metodyczno-dydaktyczny dla przyrodników, którzy będą prowadzili w kl. IV gimnazjum naukę o człowieku. Zalecał uczęszczanie na pierwsze dwa kursy, a przynajmniej na niektóre wykłady, bardziej interesujące lekarzy szkolnych.

Następnie docent dr. J. Mydlarski wygłosił referat p. t. „Zagadnienia badań antropometrycznych w szkole“.

Bezpośrednim celem badań antropometrycznych w szkole jest cel djagnostyczny, i to tak indywidualny, jak i grupowy. Do wydawania orzeczeń o budowie i o rozwoju dziecka konieczne jest opracowanie norm, których poza tablicami wzrostu i ciężaru ciała dla Polski nie mamy. Prelegent demonstrował i omówił tablice, sporządzone przez Hutha. Inną korzyścią badań antropometrycznych jest możliwość orjentowania się w bardziej ogólnych zagadnieniach. Jako przykład tego rodzaju zagadnień prelegent omówił stwierdzone podnoszenie się ciężaru ciała i wzrostu dzieci szkolnych w Niemczech i związane z tem zagadnienie przyspieszenia rozwojowego młodzieży powojennej oraz zachęcał bądź do skorzystania w tym kierunku z materiałów, znajdujących się u nas, bądź do przeprowadzenia badań antropometrycznych.

W dyskusji Dr. Bogdanowicz podkreśla znaczenie materiałów badań szkolnych. Twierdzi, że wzrosły normy wzrostu nie tylko dzieci ale i dorosłych. Mózg ma wpływ na wzrost. A ponieważ rozwój umysłowy jest obecnie większy, to i normy wzrostu wzrosły.

Dr. Sokal twierdzi, że dzieci na wsi są słabo rozwinięte pomimo przebywania na słońcu i powietrzu; brak im wszystkich tych czynników, które w atmosferze życia miej-

skiego przyspieszają dojrzewanie płciowe młodzieży i wpływają dodatnio na jej rozwój fizyczny.

Dr. Ligęza zapytuje, czy niema specjalnych badań pod kątem dziedziczności. Czy my możemy kierować rozwojem fizycznym dziecka i uzupełniać braki w normie radami udzielanymi rodzicom?

Dr. Cieszyński proponuje stworzenie norm polskich, wyzyskując w tym celu karty zdrowia z ostatnich dwudziestu lat. Twierdzi, że na rozwój dziecka wpływa nie tylko pożywienie, ale i atmosfera, w jakiej dziecko jest wychowywane. Przypomina o fizjologu Majerze, który przed stu laty stosował pomiary dzieci w Krakowie. Dr. Mitkiewicz prosi prelegenta o opracowanie uproszczonej metody badań antropometrycznych, którą możnaby było wprowadzić do szkół i potem z tych pomiarów wysnuć odpowiednie wnioski.

#### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 17 marca 1936 r. (Presse méd. Nr. 9/1936) Jacques Decourt, Lévy-Bruhl i Franchel pokazywali przypadek *czystej posocznicy, wywołanej przez prątek odmienia*, a mającej swe źródło w zakażeniu zębem Zarazek wyodrębniono w czystej hodowli podczas kilkakrotnych badań ze krwi i z moczu. Pod względem bakteriologicznym wykazywał on cechy odmienia, lecz pewne cechy biochemiczne zbliżyły go znacznie bardziej do szczepów *Proteus X 19*, aniżeli do szczepów *Proteus vulgaris*. Choroba cechowała się w większej części swego przebiegu wielkimi atakami gorączki przepuszczającej, przypominającymi napady zimnicy. Po dwumiesięcznym przebiegu choroba skończyła się wyleczeniem, przyczem nie można twierdzić, by przyczyniło się do tego w sposób stanowczy leczenie szczepionkowe.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 17 marca 1936 r. (Presse méd. Nr. 9/1936) Desbours pokazywał *dwa nowe przypadki zwapnienia osierdzia*, które wykrył z okazji przeprowadzania systematycznych badań rentgenowskich. W przypadkach tych nie było żadnych objawów klinicznych, któreby pozwoliły na postawienie rozpoznania. Zdjęcia rentgenowskie, wykonane w rozmaitych ustawieniach, pozwalają dokładnie umiejscowić złogi wapniowe. W wywiadach obu chorych nie udało się stwierdzić ani choroby Bouillauda (ostrego gośca stawowego), ani gruźlicy tak, że etiologia zespołu pozostała w obu przypadkach zagadkową.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Problemy ludnościowe Italji i Wielkiej Brytanji.

Podala  
St. ADAMOWICZOWA (Warszawa).

(Dokończenie).

Nie ulega wątpliwości, że ze swej strony Wielka Brytanja posiada doskonale prosperujące grupy przemysłu, będące wyrazem dodatnich cech jej charakteru. Tu przemysł brytyjski może zawsze liczyć na szeroką ekspansję. Dotyczy to przede wszystkim wyrobów wełnianych i lepszych gatunków wyrobów bawełnianych.

Obecnie w związku z wielkim programem zbrojeniowym nastąpi niewątpliwie modernizacja wytwórczości brytyjskiej na pewnych odcinkach życia gospodarczego.

Wspomnieć jeszcze należy, że przemysł brytyjski, pomimo swych możliwości imperjalnych, natrafia na znaczne trudności w zaopatrywaniu się w surowce. Węgiel staje się coraz droższy w Wielkiej Brytanji. Wzrosły bowiem nie tylko płace górnicze i inne koszty produkcji, co ma miejsce na całym świecie, ale spadła — i to znacznie — wydajność górn-

ka. Wynosi ona obecnie zaledwie  $\frac{2}{3}$  tego, co było w 1880 r., i zaledwie  $\frac{1}{3}$  wydajności w Stanach Zjednoczonych. Wynika to z tego, że lepsze pokłady węgla zostały już zużyte. Obecnie wydobywane pokłady są cieńsze i głębiej położone. Niepomyślnym zjawiskiem jest również spadek wartości rudy żelaznej. Połowa rudy przerabiana obecnie w W. Brytanji, jest przywożona. Przestrzeń pomiędzy węglem a rudą wzrasta i sprawia, że o obniżenie ceny wyrobów żelaznych jest trudno.

Przemysł Wielkiej Brytanji posiada silnych konkurentów w państwach, rozporządzających tańszą robocizną. Wystarczy parę przykładów. Na wschodzie Japonja współzawodniczy z powodzeniem z Wielką Brytanją w zakresie tańszych wyrobów bawełnianych. Produkcja Stanów Zjednoczonych w tej dziedzinie również wzrasta, a Niemcy sprowadzają obecnie tyleż surowej bawełny, co W. Brytanja. Szereg państw europejskich, posiadających tańsze drzewo i tańszą robocizną, produkuje taniej sztuczny jedwab, niż W. Brytanja. W przemyśle żelaznym i stalowym Niemcy przścignęły W. Brytanję jeszcze przed Wielką Wojną,



a Stany Zjednoczone posiadają 2 lub 3 razy większe rezerwy żelaza i węgla niż cała Europa.

Jest jeszcze inny czynnik, zasługujący na uwagę przy badaniu możliwości zarobkowych ludności W. Brytanji. Jest nim wciąż wzrastająca samowystarczalność dominjów, które były w przeszłości najlepszymi odbiorcami wyrobów przemysłowych macierzy. Istnieją wprawdzie taryfy preferencyjne w obrębie imperjum brytyjskiego, ułatwiające sprzedaż wyrobów brytyjskich w dominjach i kolonjach, niewiele to jednak pomaga w wypadku, jeśli miejscowe wyroby przemysłowe są tańsze. Ponadto niektóre dominja nie poczuwają się do obowiązku udzielania W. Brytanji większych przywilejów przy zawieraniu traktatów handlowych, czego wyraźnym dowodem jest zawarty przed kilku laty traktat pomiędzy Południową Afryką a Rzeszą.

Nieuniknioną konsekwencją dzisiejszego stanu rzeczy wydaje się być sprowadzenie handlu zagranicznego wszystkich państw w najbliższej przyszłości do wymiany surowców lub wytwarzania produktów przemysłowych, których z tych, czy innych względów dane państwa nie produkują u siebie.

Spotkać się jeszcze można ze zdaniem, że istnieją niewyzyskane dotąd możliwości rozwoju handlu zagranicznego pomiędzy strefą umiarkowaną, a podzwrotnikową. Zgodnie z tą koncepcją, kraje podzwrotnikowe mogłyby dostarczać wzmoczonych ilości produktów spożywczych i niektórych surowców (gumy, bawełny, tłuszczów, nafty, drzewa i t. p.) wzamian za wyroby przemysłowe krajów, położonych w strefie umiarkowanej. Przyjrzyjmy się jednak tej koncepcji bliżej. Wiemy, że np. Jawa w ciągu ostatniego stulecia stała się jednym z najgęściej zaludnionych terenów świata. Eksport jej jest jednak minimalny, co jest, oczywiście równoznaczne z minimalnym importem. Przytem jawajczycy wolą swobodę i nieruchomości, niż wyroby przemysłowe, jakimi Europejczycy chcieliby ich obdarzyć wzamian za wyprodukowanie żądanych ilości cukru, chininy lub kakao.

Nie ulega wątpliwości, że murzyni w Afryce podzwrotnikowej i ludy w tropikalnej Ameryce mają podobne skłonności. Żyją prymitywnie i mają małe wymagania. Trudno w nich wzbudzić pożądanie rzeczy nowych, i dlatego trudne jest wynalezienie motywów, któreby mogły ich zmusić do wykonywania ciężkiej pracy i rozwinięcia produkcji, przekraczającej własne potrzeby.

Jedynym krajem, posiadającym znaczny odsetek ludności, żyjącej w warunkach podzwrotnikowych i nie całkowicie zdecydowanym na życie w prymitywnych warunkach — są Indje. Widzimy tu próby nasadzenia zachodniego systemu ekonomicznego na pierwocinach starego systemu ekonomiczno-lokalnego. Powstaje tu przemysł tekstylny oraz zaczątki przemysłu żelaznego i stalowego. Jednakże już dziś młodzi Hindusi, wychowani na Zachodzie, wypowiadają się za wprowadzeniem taryf ochronnych dla własnego przemysłu, znajdującego się jeszcze w powijakach. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że o ile mieszkańcy stref podzwrotnikowych zbudzą się z tradycyjnego letargu, to potrafią zorientować się w korzyściach posiadania własnych wyrobów przemysłowych oraz taryf protekcyjnych tak samo, jak to czynią państwa, położone w strefie umiarkowanej.

A emigracja? A wielkie możliwości w dominjach? W ciągu ostatnich 3 wieków emigracja w W. Brytanji odbywała się na szeroką skalę i obecnie Brytyjczyków jest dwukrotnie więcej poza W. Brytanją, niż w kraju. Wydawałoby się, że emigracja do dominjów nie powinna napotykać żadnych trudności. Dziś tak już jednak nie jest. W okresie lat 1923—27 emigracja z W. Brytanji wyrażała się liczbą zaledwie 160.000 rocznie, z czego 20—25% kierowało się do Stanów Zjednoczonych. Co więcej, ruch emigracyjny niewiele się zwiększył od czasu wprowadzenia w życie „Imperialnego Planu Osiedleńczego”.

Rząd Jego Królewskiej Mości nie posiada większego wpływu na politykę imigracyjną dominjów, niż Stanów Zjednoczonych, i jego poddani nie posiadają wcale swobody ruchu wewnątrz całego imperjum. Dominja przeżywają również kryzys, ciąży im własne zagadnienie bezrobocia, przytem ich robotnicy przemysłowi (w odróżnieniu od robotników rolnych) żyją na znacznie wyższym stopniu, niż w W. Brytanji. Bronią też zazdrośnie swych przywilejów i robią wszystko, aby zabezpieczyć się od konkurencji. Robotnicy wykwalifikowani nie są pożądanymi w większej liczbie w żadnej z odległych części imperjum brytyjskiego.

Dominja twierdzą jednogłośnie, że mogą zatrudnić tylko robotników rolnych (pewien wyjątek stanowi Poł. Afryka) lub farmerów. Takich robotników W. Brytanja ma najmniej na eksport, ponieważ zaledwie około 9% jej ludności, zawodowo czynnej, pracuje na roli. Przytem rolnictwo nie jest zajęciem, któreby można uprawiać bez przygotowania lub doświadczenia; tembardziej w warunkach tak odmiennych, jakie spotykamy w W. Brytanji z jednej strony, w Australji i Kanadzie z drugiej. Na emigrację mogą więc iść wyłącznie jednostki młode i zawodowo przygotowane do pracy w nowych warunkach. Przygotowanie odpowiednich kadr jest długim i kosztownym procesem.

Zresztą, emigracja nie może rozwiązać całkowicie problemu bezrobocia w W. Brytanji. Jasnym jest, że ludność państwa, tak wysoce uprzemysłowionego, posiada minimalne zadatki pionierskie. Przystosowanie się do odmiennego sposobu bytowania, do wszechstronnej działalności w nowych osiedlach, samowystarczalności, — obce jest jej psychice.

Dodać przytem należy, że i inne państwa europejskie, posiadające kolonie, dzielają pod tym względem los Anglii. Holandia dąży do rozwiązania swych problemów ludnościowych nie przez wysyłanie jej nadmiaru do kolonij, ale drogą osuszania Zuider Zee. Belgja wie, że posiadanie Konga nie pozbawia jej troski o przeludnienie. Francja zbudowała swą potęgę kolonialną przy pomocy swych kapitałów i urzędników, nie zaś przez pracowników fizycznych. W całej Afryce z powierzchnią 11.500.000 mil. kw. jest około 3.800.000 Europejczyków, z czego 1.200.000 — zamieszkuje Tunis, Algier i Marokko, obszary o klimacie, bardzo przypominającym klimat Europy południowej, oraz 2.000.000 Południową Afrykę, położoną również w strefie umiarkowanej. Pozostałe 300.000 Europejczyków są rozrzucone po obszarach, przypominających te, o opanowaniu których marzy Italja: 104.000 zamieszkuje kolonie angielskie, 40.000 fran-

cuskie, 65.000 portugalskie i 60.000 włoskie. Jeśli od liczb tych odjąć wojsko, urzędników cywilnych, co pozostaje? Niemcy, pomimo wysokiej rozrodzności przedwojennej, wysyłały do swych kolonij afrykańskich, obejmujących 1.030.150 mil. kw., przeciętnie około 1.500 osób rocznie, i w 1911 r. ich imperjum kolonialne liczyło ludności niemieckiej 15.891.

Ze wszystkich wyżej wymienionych względów W. Brytanię uważać należy, pomimo wyjątkowo niskiej stopy urodzeń, za kraj przeludniony. Stopa życiowa jej mieszkańców znacznie prawdopodobnie spadać, i proces ten będzie trwał, aż liczba ludności skurczy się do rozmiarów, odpowiadających jej możliwościom. Przy 44 milj. mieszkańców i gęstości zaludnienia 190 na 1 km. kw. ciężkie warunki bytowania będą stałym udziałem paru milionów jej mieszkańców.

Stosunek do spraw rozrodzności w Anglii jest inny, niż w Italji.

Kierownicy nawy państwowej W. Brytanji przyjmują stały spadek urodzeń bardzo spokojnie. Badacze zagadnień ludnościowych twierdzą, że celem polityki ludnościowej angielskiej nie jest produkcja masowa, ale posiadanie ludności mniej licznej, zdrowej, pochodzącej od dobrych przodków, pracującej mniejszą liczbę godzin i żyjącej dłużej. Nawet kościół państwowy angielski toleruje regulację urodzeń.

Utworzony w 1930 r. „Birth Control Investigation Committee” (Komitet badań regulacji urodzeń) rozwija intensywną działalność. W okresie jego powstania istniało na terenie Anglii 16 poradni społecznych, zajmujących się tem zagadnieniem, nie było jednak żadnej utrzymywanej przez władze urzędowe.

Obecnie Komitet Narodowy posiada 28 oddziałów prowincjonalnych. Poradni społecznych jest 47. Samorządy (Local Authorities) utrzymują

66 poradni, w szeregu okręgów lekarze urzędowi skierowują swe pacjentki po porady do lekarzy prywatnych.

Pomimo tego wyraźnego postępu nadmienić należy, że droga jest jeszcze daleka do tego, aby władze samorządowe, jako całość, zaczęły prowadzić czynną politykę w dziedzinie regulacji urodzeń. W przeciwieństwie do 112 okręgów administracyjnych, w których toczy się mniej lub więcej rozbudowana akcja, w 250, jak dotąd, nic się jeszcze nie dzieje.

Zabrało głos w tej sprawie i Ministerstwo zdrowia, wyjaśniając w cyrkularzu, wydanym w 1934 r., iż czynniki urzędowe (authorities) sprawujące opiekę nad matką i dzieckiem, są upoważnione do udzielania w poradniach ginekologicznych porad w sprawie regulacji urodzeń wszystkim kobietom, potrzebującym pomocy.

Stan rzeczy w Anglii i jej polityka ludnościowa doprowadzi prawdopodobnie w niedalekiej przyszłości do tego, że nie będzie już mowy o przyroście naturalnym, tylko o zachowaniu *status quo* wreszcie o naturalnym spadku ludności. Statystycy angielscy obliczają, iż ludność W. Brytanji wzrośnie w ciągu dziesięciolecia 1931 — 41 o jeden milion (44,790,485 zgodnie ze spisem z 1931 r.), osiągając w latach czterdziestych bieżącego stulecia swą najwyższą liczebność, poczem nastąpi nieunikniona regresja.

Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że w tak krótkim okresie czasu nie nastąpią wielkie przemiany dziejowe, które pozwolą na klasyfikację potęg świata według wartości jakościowej ludności. W obecnych zaś warunkach, przy zbliżającej się rozgrywce ogólnej o podział surowców i spadku ludności coraz większe trudności napotykać będzie W. Brytanja, dążąc do zachowania swego stanowiska pierwszej potęgi politycznej świata.

## Wiadomości bieżące

— XII Zjazd Oto-laryngologiczny odbędzie się w Ciechocinku w dn. 28 i 29 czerwca 1936 r. Temat programowy Zjazdu jest następujący: Leczenie schorzeń górnego odcinka dróg oddechowych w Ciechocinku. Pokazy i referaty należy zgłaszać do dn. 31 maja r. b. na ręce Prez. T-wa Oto-laryngologicznego D-ra Czarnieckiego, Warszawa, Zgoda 8.

— Dekretem Pana Prezydenta R-ptej Polskiej docenci Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie doc. dr. Leon Karwacki i doc. dr. Ludwik Zembrzuski zaszczytzeni zostali tytułem profesora na Wydziale Lekarskim.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu następujących nagród i zapomóg konkursowych: a) Z funduszu stypendjalnego im. Prof. Bronisława Sawickiego D-rowsi E. Michałowskiemu. b) Z funduszu im. małż. Sieragowskich następującym osobom: 1. D-rowsi W. Tomaszewskiemu, 2. D-rowsi Wł. Ostrowskiemu. 3. D-rowsi Wł.

Jaroszewiczowi. c) Z funduszu im. Dra Feliksa Sommera D-rowsi Hermanowi Scheuringowi i D-rowsi Zdzisławowi Galinowskiemu.

Sekretarz Stały: Prof. Dr. Med. A. Leśniowski.

### ZMARLI:

Prof. Ludomil Korczyński, wybitny balneolog i klimatolog, założyciel i prezes Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, redaktor Pamiętnika Balneologicznego, autor znakomitych prac z dziedziny zdrojownictwa i klimatologii. W ostatnim numerze naszego pisma daliśmy ocenę części II Jego „Zarysu Klimatologii” — zmarł w Krakowie.

Henri Vaquez, prof. honorowy paryskiego wydziału lekarskiego, słynny kardjolog, znany z prac elektrokardiograficznych, odkrywca choroby, nazwanej jego imieniem (*polyglobulia*) — zmarł w Paryżu.

Anton Ghon, prof. niemieckiego Uniwersytetu w Pradze, znakomity anatomopatolog, znany z prac nad gruczną — zmarł w Pradze.

Robert Bárány, profesor chorób gardła, nosa i uszów Uniwersytetu w Upsali, twórca nowoczesnej fizjologii błędnika, laureat nagrody Nobla — zmarł w Upsali.

## NADESLANE DO REDAKCJI.

Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski. Polska Bibliografia Kryminologiczna, Sądowo-Lekarska i działów pokrewnych za r. 1935. Odb. z „Czasopisma Sądowo-Lekarskiego“ 1936 Nr. 1.

Tenże. Sterylizacja i kastracja z punktu widzenia lekarskiego, eugenicznego i prawnego. Warszawa 1936.

Prof. Dr. T. Janiszewski. Drugie obowiązkowe badanie lekarskie studentów przyjętych na 1-szy rok studjów w 5-ciu wyższych uczelniach akademickich warszawskich w r. 1934/35. Zestawienie liczbowe. Odb. z „Lekarza Polskiego“ 1936 Nr. 4.

Tenże. O potrzebie reaktywowania Ministerstwa Zdrowia Publicznego ze względu na konieczną oszczędność i na obronę Państwa. Odb. z „Lekarza Polskiego“ 1936 Nr. 4.

## SPROSTOWANIE.

W Nr. 18 „Warsz. Czas. Lek.“ w artykule D-ra Karbo-wskieg-o: „Stosowanie lipjodolu w celach leczniczych w ropniach mózgu i mózdzku“ na str. 323 w miejscu, gdzie umieszczone zostało zdjęcie 4, powinno być umieszczone zdjęcie 6.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

## 19.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. T. Butkiewicz, członek T-wa. Obecny stan leczenia kamicy żółciowej oraz schorzeń pęcherzyka żółciowego.

2. F. Goebel, członek T-wa, i J. M. Miller. O pobudzeniu układu siateczkowo-śródbłonkowego.

## 19.V. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) B. Karbo-wsk-i; a) Przypadek raka narządu słuchowego u 5-cio letniego dziecka. 2) M. Płoński-e-r, Ch. Sz-t-ü-c-k-g-o-l-d: Przypadek szpiczaka mnogiego. 3) B. Joch-wed-s, M. G-o-l-d-s-t-e-i-n: Przypadek „polyarthriti (periarthriti) exsudativa chronica primaria“, leczony skutecznie rtęciowymi środkami moczopędnymi. 4) Odczyt. D. K-en-i-g-s-b-e-r-g: Promienie graniczne Bucky'ego i ich zastosowanie.

## 20.V. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Pokazy. P. G-o-l-d-s-t-e-i-n: Przypadek ostrego wypadnięcia odbytnicy i esicy. N. M-e-s-z: Przetoka dwunastniczo-pęcherzykowa (pokaz rentgenogramów). M. F-e-j-g-i-n: 2 przypadki nawrotu dolegliwości po zabiegu na drogach żółciowych. M. F-e-j-g-i-n i M. P-l-o-ń-s-k-i-e-r: Przypadek rzadkiego schorzenia wątroby. Odczyt: M. N-u-b-e-r-g: Badania nad ruchomością własną wyrostka robaczkowego. Stare i nowe poglądy na patogenezę jego schorzeń.

## 25.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej, Sekcja kliniczna.

1. J. M-u-s-z-k-a-t-e-n-b-l-i-t: Schorzenia tarczycy i ich leczenie. 2. W. M-a-t-e-c-k-i: Zygmunt Freud w 80 rocznicę urodzin.

## Résumé des articles originaux.

## W. STERLING. Le problème de climaterium virile.

Analyse des troubles nerveux ainsi que psychiques chez l'homme, évoluant entre la 47-ième et 57-ième année de la vie et décrits par plusieurs auteurs sous le nom de climacterium virile (K. Mendel, Marcuse, Hollander, J. u. a. r. r. e. z). Données de la biologie sexuelle expérimentale, sur lesquels se basé la conception des troubles climactériques chez l'homme. Erotisation du cerveau. Différences entre les troubles climactériques chez l'homme et chez la femme. Théories: endocrine, physiologique et privative.

## J. FLAKS et B. GRYNKRAUT. Est-ce que l'inoculation intracutanée immunise contre les néoplasmes?

Les auteurs arrivent à la conclusion, que la tumeur néoplasique de Bro-w-n-P-e-a-r-c-e chez le lapin inoculée dans la peau ne se resorbe pas toujours et qu'elle peut donner des métastases dans d'autres organes.

## D. THURSZ. L'action analgésique d'alcool éthylique dans les cas des néoplasmes malins.

Dans les cas des néoplasmes malins accompagnés de douleurs graves on peut obtenir un effet analgésique prolongé au moyen d'instillations intraveineuses d'alcool éthylique à 33:100 (1 ctm<sup>3</sup> d'alcool à 1 kg de poids), même quand les opiacés restent sans effet. Cette méthode, introduite par l'auteur en 1927, est tout à fait inoffensive, comme c'était constaté plusieurs fois par différents auteurs.

## St. ADAMOWICZ. Problèmes démographiques de l'Italie et de la Grande Bretagne.

La natalité en Italie avoisinait en 1872—1875 le taux de

36,8 p. 1000 elle n'est plus que de 23,4 en 1934. La descente a été assez régulière sauf quelques paliers dont le plus long correspond à la grande guerre. La mortalité a subi une décroissance continue. Si elle était en 1872—75 à un taux de l'ordre de 30,5 p. 1000 on la retrouve à 13,3 dans l'année 1934. Comme résultat l'excédent de naissances sur les décès n'a pas beaucoup changé au cours d'une vingtaine de dernières années. Il était de 12,5 p. 1000 en 1913 et de 10,1 en 1934. Les mesures prises par l'Etat ont probablement contribué à ralentissement de la baisse des naissances, mais ne l'on pas supprimé. La natalité en Italie est en voie de lente diminution. Telles qu'elles se présentent les statistiques relatives au mouvement de la population en Italie nous donnent des vues intéressantes. L'Italie un pays à forte densité a de maigres ressources agricoles et industrielles, le problème de la population y est grave; cependant le rythme de son accroissement ne semble pas menaçant, comme on le représente souvent. En Grande Bretagne, au cours du XX siècle, la natalité a marqué une forte baisse. Après avoir été de 24, i p. 1000 en 1913 il est seulement de 14,8 en 1934 (Angleterre et pays de Galles). L'excédent de naissances sur les décès a été en 1934 de 3,0 p. 1000. Il y aurait lieu de penser que la Gr. Bretagne, avec sa faible natalité et ses grandes ressources coloniales est un pays où le problème de surpopulation n'existe pas. Pas autant qu'on est tenté de la croire. Il faut tenir compte du fait que le chômage sévit en Grande Bretagne depuis la grande guerre et que l'émigration est de plus en plus difficile. Avec son niveau de vie trèsélevé la Gr. Bretagne doit être considérée comme un pays surpeuplé.

TREŚĆ: Wł. STERLING. Zagadnienia t. zw. Climacterium virile. — J. FLAKS i B. GRYNKRAUT. Czy szczepienie doskórne uodparnia przeciwko nowotworom? — D. THURSZ. Doświadczenia z dożylnym stosowaniem alkoholu etylowego w celach przeciwbólowych u chorych na nowotwory złośliwe. — E. BIRZOWSKI. Uwagi o istocie rzucawki oraz nowa próba jej leczenia (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. ADAMOWICZOWA. Problemy ludnościowe Italji i Wielkiej Brytanji (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. STERLING. Le problème de climacterium virile. — J. FLAKS et B. GRYNKRAUT. Est-ce que l'inoculation intracutanée immunise contre les néoplasmes? — D. THURSZ. L'action analgésique d'alcool éthylique dans les cas des néoplasmes malins. — E. BIRZOWSKI. Remarques sur le fond d'éclampsie et nouvelle méthode de son traitement (Rev. gén.). — St. ADAMOWICZ. Problèmes démographiques de l'Italie et de la Grande Bretagne. (fin).