



Nº 39.

Warszawa, d. 27 Września 1919.

# WIZYBVS LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.  
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2807.

SANTALOL  
SALOL  
UROtropINA

## EUMICTINE

KAPSUŁKI  
GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY  
KOJĄCY

MOCZOPĘDNY

PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

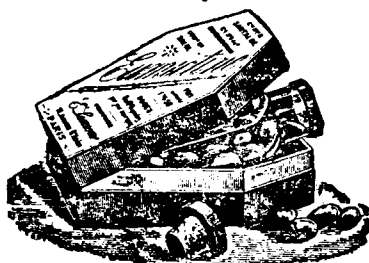
ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE PĘCHERZA  
MOCZOWEGO

ZAPALENIE  
MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK

ROPOMOCZ



LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.  
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

„Zadanie racjonalnego leczenia fos-  
forem rozstrzygnięte zostało dopie-  
ro z wykryciem phytiny“

Prof. Gilbert.

## PHYTINA

wydzielony z nasion pierwiastek fosforowy, za-  
wierający w przybliżeniu 22% zupełnie przyswa-  
jalnego, nieszkodliwego fosforu w związku or-  
ganicznym. Główny materiał rezerwowy roślin.  
Pobudza łaknienie, polepsza stan krwioobiegu,  
zwiększa wagę ciała.

W wysokim stopniu pobudza wymianę materji.



Znak ochronny.

### WSKAZANIA:

Upośledzone odżywianie, zółty, krzy-  
wica, gruźlica, blednica, niedokrw-  
istość. Choroby nerwów. Bezsenność  
nerwowa neurastenja (m. i. neura-  
stenja płciowa). Rekonwalescencja,  
karmienie piersią. Upośledzony lub  
nadmierny rozwój dzieci.  
Rp. Phytini scat. orig. unam. (Pud.  
org. zawiera 40 kaps.).



Dla chorych niezamożnych, szpitali etc. poleca się

PHYTINUM LIQUIDUM Rp. Phytini liquidi lag. orig.

Zawartość flakonu wystarcza w przybliżeniu na 6-dniowe leczenie dorosłego.

Pabianickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego  
w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franko.

Najmniej trujący ze wszystkich równej skuteczności środków miejscowo  
znieczulających

## STOWAINA

NIE POWODUJE BÓLÓW GŁOWY, MDŁOŚCI, ZAWROTÓW GŁOWY CZY OMDLEŃ

Sposób użycia taki sam jak kokainy

UŻYWANIE JEJ NIE ZAGRAŻA PRZEJŚCIEM W NAŁÓG

KILKA PRZEPISÓW UŻYWANIA STOWAINY

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Proszki przeciw<br/>gastralgi:</b></p> <p>Rp. Stovaini..... 0,02<br/> Magnes. ustae..... 0,60<br/> Cretae praep..... 0,40<br/> Natrii bicarb..... 0,40<br/> M. f. p. d. t. d. n° 12<br/> S. — 3 razy dziennie po jednym<br/> proszku po każdym posiłku.<br/> (Huchard)</p> | <p><b>Balsam przeciw nadżarciu<br/>brodawek:</b></p> <p>Rp. Stovaini..... 0,40<br/> Acidi borici..... 0,20<br/> Bism. subgall..... 3,00<br/> Bals. peruv. 11 kropli<br/> Lanolini.....<br/> Vaselini aa..... 10,0</p> | <p><b>Maść przeciwko<br/>hemoroidom i fissurze ani<br/>(pęknięciu kieszki):</b></p> <p>Rp Stovaini..... 0,25<br/> Adrenalini 1/1000<br/> 3 kropli<br/> Lanolini.....<br/> Vaselini aa 5 gr<br/> (Huchard)</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Les Établissements POULENC Frères, PARIS  
Główny skład: WARSZAWA, Foksal, 13

## SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku  
do przygotowania kąpeli balsamicznych  
poleca własnego wyrobu

**Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“**  
Marszałkowska 23.

## SALMET „MOTOR“

(Balsam Methyl Salicylici comp.).  
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie  
i nerwobólach  
poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne  
„MOTOR“.

## HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost  
bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23

poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły  
do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reparacya i odnawianie tychże.

Reprezentacya na Król. Polskie fabryki artyku-  
łów dla celów med. R. Graf & Co. Norymberga.

Katgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek, w mo-  
tkach i kłębках.

**Dr med. Dunin-Karwicka**  
Wspólna 35  
powróciła.

**Laboratorium analityczno-lekarskie**  
wykonywa analizy moczu, badanie płwociny etc.  
Badania anatomo - patologiczne.

## URETOSKOP TYLNY WOSSIDŁO

nowy do sprzedania.

**Cena 350 marek.**

Wiadomość w Administracyi Gazety  
Lekarskiej.

## MEBLE LEKARSKIE

stoły, umywalnie, krzesła ginekologiczne, szafki na instrumenta, stoliki i t. p.  
w wielkim wyborze  
po cenach konkurencyjnych polecają

**STANISŁAW BARAN i S-ka**  
Kraków. Sławkowska 6. Kraków.



# WZGLĘD LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC ·  
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

*Warszawa, d. 27 września 1919 r.*

Ogólnego zbioru № 2807.

Z KRAJOWEGO ZAKŁADU DLA OBLAKANYCH W KULPARKOWIE ORAZ PRACOWNI INSTYTUTU ANTROPOLOGICZNEGO  
WSZECHNICY KAZIMIERZOWSKIEJ WE LWOWIE.

## O konstytucyi cielesnej porażenćów.

Podał

Hadryan Demianowski.

Istnieje w medycynie szereg kwestyi, dla których niema dotąd naukowego ujęcia. Do tej kategorii problemów zaliczyć możemy sprawę typów usposobionych do pewnych schorzeń, np. typ gruźliczy, apoplektyczny, limfatyczny, asteniczny, mięśniowy i t. d. W typach tych chodzi o pewną podstawową budowę anatomiczną, która stanowi podatne podłoże do rozwinięcia się specjalnego cierpienia przy równoczesnym sprzyjającym zespole innych jeszcze współdziałających czynników przyczynowych. Schorzenia gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem dają nam także pewne zaburzenia w harmonii kształtów. Jako przykład niech posłuży kretynizm i akromegalia.

Są wreszcie cierpienia, mające swój wyraz w niezwykle uformowaniu się kształtów fizycznych, dla których obce nam jest tło etiologiczne, jak np. zboczenia wzroku, chrząstek (*chondro-dystrophia*) lub mongolizm.

Znajomość tych typów zostaje nam przekazana drogą opisu, a w określaniu ich pierwiastek zabarwienia błędem indywidualnym niepoślednią odgrywa rolę. Jedynie Francuzi uciekli się do analizy antropologicznej cech poszczególnych, by z tych elementów później drogą syntezy utworzyć typ zwarty o konturach wyraźnych.

Antropologia przez metodykę swoją pozwala wiele niejasnych, niewyraźnych i chwiejnych, indywidualnie bardzo zabarwionych spo-

strzeń skryształizować w pojęcia jasne i ścisłe, ująć niejako w liczbę. Twarz szeroka lub długa, wzrost wysoki lub średni nie są określeniem naukowym ścisłym i bezwzględnie. W pracach tego rodzaju, pisanych przez lekarzy, zazwyczaj nie uwzględnia się także cech rasowych; gdy mowa o osobniku wysokim, musimy równocześnie uwzględnić i przynależność rasową lub społeczną, by nie dojść do wniosku fałszywego.

W zasadzie chodzi mi o wprowadzenie do medycyny antropologii, jako nauki pomocniczej i o zastosowanie metod antropometrycznych do tych zagadnień lekarskich, których niejasne stanowisko wymaga przede wszystkim naukowego stwierdzenia ich realnego bytu. Drugiem równie ważnym zadaniem antropologii będzie naukowe wyróżnienie ewentualnie istniejących typów i wykreślenie wyrazistych konturów w kierunku innych typów patologicznych oraz w kierunku typu fizjologicznego.

Wypada mi jeszcze wspomnieć i o tem, że antropologia w zastosowaniu lekarskiem musi się sprzeniewierzyć nieco swym zasadom macierzystym. Antropologia właściwa ceni przede wszystkim te cechy, które podlegają jak najmniejszym wahaniom osobniczym, jak np. wskaźnik głowy, podczas gdy dla nas lekarzy właśnie te cechy będą miały wartość drugorzędą.

Ze względu na to, że cała metodyka antropologiczna jest to *terra ignota* dla lekarza, pozwolę sobie w pracy niniejszej, otwierającej cykl prac antropologiczno-lekarskich, podjętych przeze mnie, zatrzymać się nieco dłużej na omówieniu przyrządów i zasadniczych metod antropologicznych.

### I.

Zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, że stanowisko syfilisu w etiologii porażenia postępującego, jakkolwiek dominujące, nie odgrywa roli czynnika jedyne go i wyłącznego sprawcy cierpienia. Już sam fakt, że tylko mały odsetek zarażonych syfilisem zapada później na porażenie postępujące, świadczy wymownie, że poza syfilisem muszą istnieć inne jeszcze czynniki przyczynowe, warunkujące występowanie porażenia postępującego.

Miedzy czynnikami współdziałającymi z syfilisem w wywoływaniu obrazu porażenia na pierwszym miejscu stawiano alkohol. Kraepelin pojmuję nieco odmiennie działanie alkoholu w tym razie niż inni: za moment etiologiczny nie uważa działania toksycznego alkoholu na jednostkę zarażoną syfilisem, ale przypisuje mu działanie ogólne na społeczeństwo, obniżające u potomnych odporność na jad syfilisu.

Zatrucie ołowiem, uszkodzenia głowy, przejścia psychiczne, praca umysłowa, opisywane w wywiadach, mają bez kwestyi swoje znaczenie i wpływ na przebieg cierpienia, rola ich jednak jest drugorzędna i w każdym razie nie może być uważana, choćby ze względu na różnorodność, za moment równowartościowy pod względem przyczynowym z syfilisem.

Zacieśniającym nieco pole poszukiwań był pogląd Kraepelina, że paraliż zaliczyć należy do chorób przemiany materii.

W kierunku poznania na czem polega *dispositio paraliticans* ważne znaczenie posiadają badania Kraepelina nad częstością przypadków porażenia postępującego u rozmaitych ludzi. Najczęściej zapadają na paraliż ludy słowiańskie, romańskie i germańskie, wielką natomiast okazują odporność Turcy, Indowie, Malajczycy. Ciekawym jest dalej fakt, że np. na Jawie, gdzie paraliż zdarza się bardzo rzadko u ludności tubylczej, u Europejczyków tam zamieszkałych jest równie częsty jak w ojczyźnie. Wyniki badań Kraepelina stara się osłabić Hache argumentacją, że Kraepelin rozporządzał tylko materiałem zakładowym, który w ogólności nie daje ja-

snego obrazu częstości schorzenia, zwłaszcza że możliwy jest fakt, że u obcych nam ludów paraliż przebiegać może pod formą spokojnego otępienia i jako taki nie dostaje się do zakładów.

Już w r. 1899 zapatrywania swe na patogenezę porażenia postępującego sformułował Nücke w sposób następujący: „pewna, przeważnie wrodzona, konstytucja anatomiczno-czynnościowa mózgu, bliżej nam jeszcze nieznana, dalej obciążanie dziedziczne w bliższym i dalszym stopniu przygotowują podłoże, które w końcu zostaje jeszcze osłabione przez syfilis; na tem podłożu rozwija się paraliż postępujący wskutek jednego lub kilku przyczyn wywołujących, najczęściej wskutek wzruszeń psychicznych.

Znaczenie podłoża anatomicznego jako *dispositio paralyticans*, współdziałającego z syfilisem w występowaniu paraliżu bardzo trafnie określa Obersteiner w słowach: „*Paralyticus nascitur atque fit.*“.

Nie wszyscy jednak pojmują jednakowo to podłoże anatomiczne. Rondoni i Vogt uważają za to podłoże niedorozwój kory mózgowej, z embryonalnem uwarstwowieniem komórek u młodocianych porażenców, a Bittorf i Nücke — zmiany degeneracyjne ogólne. Stern w swej pracy „*Ueber körperliche Kennzeichen der Disposition zur Tabes*“, zebrawszy bogate dane z piśmiennictwa, poparte dużą własną obserwacją, stara się etiologię porażenia postępującego sprowadzić do trzech, względnie dwóch czynników: usposobienia układu nerwowego, patofunkcji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym i syfilisu. Przypuszczając jednak już w rozwoju osobnika wpływ usposobienia anatomicznego na system gruczołowy, utożsamia za sobą do pewnego stopnia dwa pierwsze czynniki. Znając fakt, że zaburzenie harmonii kształtów fizycznych osobnika jest wyrazem patofunkcji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, stara się autor z konstytucyi cielesnej chorego odcyfrować stan jego systemu gruczołowego a zarazem poznać to, co nazwano *dispositio paralyticans*. Już przed Sternem, Illberg, Chaillon, Piler mierzyli wzrost paralytyków, a Mignot wspomina, że paralytycy są to ludzie dobrze zbudowani i odżywieni. Badania Sterna dotyczą głównie jednak tabetyków. Paraliż badał on w tym kierunku stosunkowo mało (35), a wyników osiągniętych sam nie uważa za zadowalające. Najbardziej usposobionymi do paraliżu mają być osobnicy barczyści, nie bardzo wysocy, silnie umięśnieni lub otyli.

„O mięśniowym rozroście wszcz nieda

się wiele powiedzieć. Młodzieńcy, obdarzeni tą budową ciała, zwracają uwagę barczystością i silnym rozrostem mięśni. Twarzą okrągłą, krótką szyją, nieco za wysoko podciągniętymi łopatkami, dobrze zaokrąglonymi plecami, mostkiem, który wydaje się bardziej płaskim i szerszym i żebrami, przebiegającymi poziomiej, przypominają do pewnego stopnia ludzi dotkniętych rozedną płuc. Często wpadają w oczy silnie rozwinięte mięśnie piersiowe bez śladu jednak gynekomastyi. Kąt nadpępkowy jest przeważnie tępszy. Łędźwie są wyraźnie szersze, bez żadnej linii podziału, miednica zato wydaje się małą, nogi raczej krótkimi. Owłosienie jest średniej gęstości, linia biała jest prawie zawsze pokryta włosiem, tak samo nogi. Kobięcy typ owłosienia zdarza się tu nadzwyczaj rzadko i przechodzi chętnie w inne postaci.

Wcale nie rzadko barczystość mięśniowa zdaje się przybierać pewne cechy, podobne do akromegalii. Rzucają się tu w oczy cechy właściwe formie mieszanej wyglądu astenicznego (*habitus*) ze zmianami charakterystycznymi dla akromegalii, a przede wszystkim z szerokim, rozdzielonym podbródkiem, z kątowatym wysunięciem się owłosienia głowy na czoło, szerokimi obojczykami, wzmocnionem łukowatym skrzywieniem ku tyłowi części piersiowej kręgosłupa, budową łydek kobiecą, wrzekomo przerostową.

Mniej wyraźny jest opis typu otyłszego: „Tłuszczowy wzrost wszczepić łatwo przeoczyć. W moich przypadkach cecha otyłości polegała głównie na niestosunku do długości ciała. Te przypadki, które widziałem, dotyczyły przeważnie wieku powyżej lat 40-u.

Cechę ich stanowiła pełna twarz okrągła, miejscowe nagromadzenia tłuszczu w okolicy sutek, wzgórka łonowego i dołów nadobojczykowych; tłuszcz brzuszny odcinał się brózdą poprzeczną od okolicy spojenia łonowego. Owłosienie ciała było niedostateczne, owłosienie wzgórka łonowego miało kształt trójkątny. Skóra ciała bardzo biała, łydki kobiece“.

Jak widać z powyższych określeń, autor w określeniach swych typów posługuje się przeważnie metodą opisową i prawdopodobnie tą samą metodą doszedł do ich stworzenia.

## II.

Usiłowania moje dążą w kierunku stwierdzenia naukowego wyników Sterna oraz w razie ewentualnego wyniku dodatniego, w kierunku sprecyzowania pojęcia typu paralityka.

W pracy swej, chcąc się ustrzedz błę-

dów wyliczonych na wstępie, postanowiłem operować niejako czystą hodowlą (*sit venia verbo!*). W tym to celu z rozporządzalnego materiału paralityków wyłączyłem ludność żydowską, kobiety oraz paraliż dziecięcy i młodociane. Przedmiot moich pomiarów stanowiło 68 osobników męskich z objawami klinicznymi paraliżu postępującego, którzy przekroczyli 25-y rok życia, i należeli do ludności tubylczej katolickiej. W ten sposób usunąłem błąd, jaki powstaje z dołączenia ludności żydowskiej, która może posiadać inne cechy rasowe, a więc i inne pomiary, dalej błąd, wynikający z mniejszych wymiarów u osobników żeńskich, wreszcie błąd z powodu zaliczenia tu paraliżów dziecięcych i młodocianych. Syfilis bądź dziedziczny, bądź też w dzieciństwie nabyty, to jest nim organizm osiągnął pełnię swego rozwoju, wpływa bez kwestyi na harmonię form, co ma jednak zupełnie inne znaczenie niż usposobienie pewnych form do pewnego schorzenia. Co w wypadku pierwszym jest przyczyną, w drugim jest następstwem.

Wyłączyłem również kombinację schorzenia metaluetycznego pod formą tzw. tabo-paraliżu w myśl wywodów Sterna, że inny typ odpowiada wiądowi a inny porażeniu i że dopiero wypadkowa obu daje typ tabo-paralityczny.

Aby także o ile możności określić wzajemną zależność otrzymanego ewentualnie typu od funkcji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, brałem pod uwagę niektóre ich wykładniki fizyczne, jak oto: rodzaj owłosienia na częściach płciowych, wielkość gruczołu tarczowego, obecność objawu Chrosteka, tętno. Z cech antropologicznych uwzględniłem: stan odżywienia, kształt twarzy, (twarz górna, szczęka górna, żuchwa, zęby), kształt głowy (guz międzybrwiowy, czoło, ciemie, potylicy) wargi, ucho (uszy odstające, brzeg ucha, płatki uszne, wzgórek Darwina), paznokcie. Z cech antropometrycznych, do których największą przywiązywałem wagę, uwzględniłem wzrost, wysokość wyrostka barkowego, wysokość końca palca środkowego, wysokość kolca podłędźwiowego przedniego górnego, długość największą głowy, szerokość największą głowy, szerokość największą twarzy, szerokość nosa, wysokość głowy, wysokość twarzy bez czoła, wysokość górno-twarzową, wysokość nosa, wysokość czoła, wymiar kąto-żuchwowy; nadto wskaźniki: wskaźnik szerokościowo-długościowy, wskaźnik wysokościowo-długościowy, wskaźnik twarzowy anatomiczny, wskaźnik górno-twarzowy, wskaźnik nosowy.

Ponieważ szereg wymiarów wyżej wymienionych stanowi specjalność autropologa, obcą dla ogółu lekarzy, pozwolę sobie ważniejsze z nich bliżej opisać, a zarazem omówić i instrumentarium. Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że wszelkich pomiarów dokonywałem na osobnikach bez obuwia, odzianych tylko w koszulę zakładową. Wzrost, wysokość wyrostka barkowego, wysokość końca palca środkowego i wysokość kolca podłędziowego przedniego górnego mierzyłem antropomotrem, wszystkie inne wymiary na twarzy, z wyjątkiem największej długości i największej szerokości głowy, największej szerokości twarzy, oraz wymiaru kątożuchowego mierzyłem cyrklem gładkim (Stangen-zirkel), którym jest antropometr skombinowany. Wymienione cztery pomiary zdejmowałem cyrklem kulkowym. (Tasterzirkel).

Kolor skóry określałem według tablicy F. Luschana (sporządzanej z 36 kamyczków z masy szklanej, barwionych na kolor cielisty, brunatny i czarny, które odpowiadają rozmaitym odcieniom barwy skóry; każdy kamyczek oznaczony jest numerem porządkowym). Barwę oczu określić najłatwiej według ogólnie prawie przez antropologów przyjętej tablicy Martina. Składa się ona z 16 oczu szklanych wielkości naturalnej, których tęczówki barwione są na kolor najczęściej spotykany. Barwa tęczówki ocz, oznaczonych numerem 1 odpowiada tonowi najciemniejszemu, a 16 — najjaśniejszemu.

Stosunkowo może jeszcze najdokładniej określa kolor włosów tablica porównawcza Fischera, na której kosmyki włosów, sporządzone z celulozy, ułożone są w pewien system i zaopatrzone numerami od 1 — 30. Tyle co do instrumentarium.

Z kolei wypada określić bliżej niektóre mniej znane wymiary.

**Długość największa głowy** (*maximum glabellæ occipital length; diamètre antéropostérieur—maximum ou glabellaire*) = oddalenie w linii prostej gładziny od tyłogłowia (gładzina — *glabella* — wzniesienie w dolnej części czoła nad nasadą nosa między brwiami; tyłogłowie — *opisthocranium* = najbardziej ku tyłowi wystający punkt potylicy w płaszczyźnie pośrodkowo-strzałkowej).

**Szerokość największa głowy** (*diamètre transversal—maximum*) = odległość w linii prostej pomiędzy obu euryonami (εὐρύς — szeroki = punkt ściany bocznej głowy, sterzący najbardziej na zewnątrz, t. j. największa szerokość prostopadła do płaszczyzny pośrodkowo-strzałkowej).

**Szerokość największa twarzy** (*maximum interzygomatic breadth; largeur totale de la face ou distance bi-zygomatique; Gesichtsbreite „a“ nach Virchow*) = odległość w linii prostej pomiędzy obydwoma Zygion (najbardziej na zewnątrz wysunięty punkt kości jarzmowej).

**Szerokość nosa** = oddalenie w linii prostej obu najbardziej na zewnątrz wysuniętych punktów skrzydeł nosowych (*alaria*).

**Wysokość uszna głowy** (*auricular height; vertex to tragus of ear; diamètre vertical*) = oddalenie w projekcji *tragion* od wierzchu głowy (*bregma*). (*tragion* = punkt na skrawku usznym, leżący na przecięciu stycznej do brzegu przedniego ze styczną do krawędzi górnej tej chrząstki; *bregma* = punkt, w którym szew strzałkowy czaszki spotyka się ze szwem wieńcowym).

**Wysokość twarzy bez czoła** (inaczej wysokość twarzy morfologiczna) (*total face length; hauteur naso-mentonnière*) = odległość w linii prostej pomiędzy *gnathion* i *nasion* (*gnathion* od greckiego γνάθος = szczęka, oznacza punkt na dolnym brzegu szczęki dolnej, który w płaszczyźnie pośrodkowo-strzałkowej wystaje najbardziej na dół; *nasion* oznacza ten punkt nasady nosa, który przecina płaszczyzna pośr. strzałkowa).

**Wysokość górno-twarzowa** (inaczej morfologiczna wysokość górno-twarzowa) (*upper face length; diamètre nasio-alveolaire*) = odległość w linii prostej pomiędzy *nasion* i *prosthion* (od greckiego προσθιος = przedni — oznacza punkt na dolnym brzegu dziąsła szczęki górnej, który w płaszczyźnie pośrodkowo strzałkowej wystaje najbardziej ku dołowi między średnimi siekaczami).

**Wysokość nosa** (*hauteur au longueur du nez*): prostolinijna odległość pomiędzy *nasion* i *subnasale* (*subnasale* = punkt leżący na granicy między przegrodą nosową a wargą górną).

**Wysokość czoła** (*hauteur du front ou longueur frontale*) = odległość (w projekcji pomiędzy *trichion* i *nasion* (*trichion* z greckiego τριχίς, τριχίς = włosy — oznacza punkt, w którym przednią granicę włosów na czole przecina płaszczyzna pośrodkowo strzałkowa).

**Wymiar kątożuchowy** (*bigonial breadth; largeur mandibulaire, bigoniaque ou bigonial*) = prostolinijna odległość pomiędzy obu *gonion* (*gonion* od greckiego γωνία — kąt oznacza ten punkt kąta zewnętrznego szczęki górnej, który leży najbardziej wysunięty, na dół, na zewnątrz i ku tyłowi).

Wszystkie powyższe pomiary mają tylko ograniczone znaczenie i nie dają nam pojęcia o ogólnym kształcie jakiegś powierzchni lub bryły. Kształt określają nam dopiero przynajmniej dwa wymiary związane ze sobą w pewnym stosunku, które noszą wtedy nazwę wskaźnika (*index*). Przyjęło się jako zwyczaj, że wymiar mniejszy wyrażony jest jako odsetek wymiaru większego, co ujęte we wzór przedstawia się:

$$\text{Wskaźnik} = \frac{100 \times W_m}{W_w}$$

Poszczególne wskaźniki, uwzględnione w naszej pracy, przedstawiają się jak poniżej:

|                                                                      |   |                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wskaźnik szerokościowo-długościowy<br>(Indice céphalique)            | = | $\frac{\text{największa szerokość głowy} \times 100}{\text{największa długość głowy}}$   |
| Wskaźnik wysokościowo-długościowy<br>(Indice vertical ou de hauteur) | = | $\frac{\text{wysokość uszna głowy} \times 100}{\text{największa długość głowy}}$         |
| Wskaźnik twarzowy anatomiczny<br>(Indice facial według Garsona)      | = | $\frac{\text{wysokość twarzy bez czoła} \times 100}{\text{szerokość największa twarzy}}$ |
| Wskaźnik górno-twarzowy<br>(Indice faciał według Broca)              | = | $\frac{\text{wysokość górno-twarzowa} \times 100}{\text{szerokość największa twarzy}}$   |
| Wskaźnik nosowy<br>(Indice nasal)                                    | = | $\frac{\text{szerokość nosa} \times 100}{\text{wysokość nosa}}$                          |

### III.

Chorzy moi pochodzili z 38 powiatów galicyjskich <sup>1)</sup>; narodowości polskiej było 42 (61,8%), narodowości ruskiej 26 (38,2%). Wiek przeciętny wynosił lat 45, wahał się między minimum 28 a maximum 65 lat. Odżywienie bardzo dobre było u 3 osobników (4,4%), dobre u 35 (51,4%), mierne u 24 (35,3%) li che u 6 (8,9%). Kości policzkowe wystające miało 13 (19,41%), nieco wystające 20 (29,85%), niewystające 34 (50,74%). Twarz górna wy-

stawała mocno u 1 (1,5%), średnio u 14 (20,5%), mało u 52 (76,5%), niewystawała u 1 (1,5%). Szczeka górna, wystająca mocno u 1 (1,6%), średnio wystająca u 14 (20,5%), mało wystająca u 53 (77,9%). Żuchwa mocno wystająca u 1 (1,5%), średnio wystająca u 18 (26,5%), mało wystająca u 46 (67,6%), cofnięta u 3 (4,4%). Zęby średnio wystające u 3 (4,4%), mało wystające u 6 (8,8%), proste u 41 (60,3%), cofnięte u 2 (2,9%), brak zupełny zębów u 15 osobników (22,1%), u 1 chorego prognatyzm (1,5%). Guz międzybrwiowy bardzo znacznie rozwinięty u 1 (1,5%), znacznie rozwinięty u 2 (3%), średnio rozwinięty u 18 (27,3%), słabo rozwinięty u 45 (68,2%). Czoło wypukłe było u 1 (1,5%), słabo wypukłe u 1 (1,5%), proste nieco wypukłe u 5 (7,4%), proste u 11 (16,1%), u 50 odchylone (73,5). Potylicę mocno wypukłą znalazłem u 55 (80,9%), płaską u 10 (14,7%), prostą u 1 (1,5%), mało wypukłą u 2 (2,9%). Wargi cienkie miało 10 chorych (14,7%), średnie 48 (70,6%), grube 10 (14,7%). Brzeg ucha był mocno zagięty u 18 osobników (26,4%), średnio zagięty u 49 (72,1%), mało zagięty u 1 (1,5%). Mocno odstawały uszy u 6 (8,8%), częściowo odstawały u 62 (91,2%). Płatki uszne miało wolne 8 chorych (11,7%), przyrośnięte 57 (83,8%), nieprzyrośnięte 2 (3%), brak zupełny u 1 (1,5%).

Wzgórek Darwina

|                                     |                    |
|-------------------------------------|--------------------|
| 1) obustronnie jednakowo rozwinięty |                    |
| brak                                | u 22 czyli w 32,4% |
| śląd                                | " 4 " " 5,8%       |
| mało rozwinięty                     | " 17 " " 25,0%     |
| średnio                             | " 10 " " 14,7%     |

2) nierównomiernie rozwinięty po obu stronach

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| brak — śląd          | u 1 czyli w 1,5% |
| brak — mało r.       | " 9 " " 13,2%    |
| brak — średnio r.    | " 1 " " 1,5%     |
| mało r. — średnio r. | " 2 " " 2,9%     |
| mało r. — mocno r.   | " 2 " " 2,9%     |

Owłosienie części płciowych o typie męskim u 49 badanych stanowi 72,1%, o typie kobiecym u 19 badanych 27,9%. Gruczoł tarczowy był niemacalny u 21 chorych (30,9%) bardzo słabo macalny u 3 (4,4%), śląd u 3 (4,4%), słabo macalny u 15 (22,1%), macalny u 12 (17,6%), średnio macalny u 1 (1,5%), wyraźnie macalny u 12 (17,6%), bardzo wyraźnie macalny u 1 (1,5%). Objaw Graefego dodatni w 2 przypadkach (3%); objaw Chwostka obecny w 6 przypadkach (8,8%). Kształt nosa mocno-wklęsły u 1 (1,5%), wklęsły u 5 (7,4%), słabo wklęsły u 10 (14,7%), prosty u 29 (42,5%), słabo wypukły u 9 (13,2%),

<sup>1)</sup> Badając w tym czasie co do cech antropologicznych także i innych chorych, przebywających w zakładzie, odsetek paraliżów w różnych powiatach otrzymałem następujący: Bohorodczany 14,3%, Borszczów 16,7%, Brody 8,33%, Buczacze 25%, Cieszanów 7,7%, Dobromil 25%, Dolina 14,3%, Drohobycz 6,2%, Gorlice 9,0%, Grybów 25%, Jarosław 20%, Kamionka strum. 8,33%, Kraków 16,6%, Lwów 20,4%, Mościska 12,5%, Nadwórna 14,3%, Nowy-Sącz 14,3%, Peczyński 16,6%, Przemyśl 5,9%, Przeworsk 20,0%, Ropczyce 8,33%, Rudki 25%, Rzeszów 8,33%, Sambor 33,3%, Skala 16,6%, Śniatyn 16,6%, Sokal 25%, Stanisławów 26,3%, Strzyż 28,6%, Tarnobrzeg 12,5%, Tarnopol 13,3%, Tarnów 12,5%, Turka 40%, Zborów 14%, Złoczów 10%, Żółkiew 40%, Żydaczów 28,5%, Żywiec 11%.

wypukły u 7 (10.3<sup>0</sup>/o), mocno wypukły u 2 (3<sup>0</sup>/o), falisty u 5 (7.4<sup>0</sup>/o). Kolor włosów oznaczany według wzorów tablicy Fischera przedstawia się w ten sposób, że barwę odpowiadającą numerowi 4 znalazłem u 25 chorych (37.3<sup>0</sup>/o)

|   |    |   |   |    |   |                        |
|---|----|---|---|----|---|------------------------|
| " | 5  | " | " | 30 | " | (44.7 <sup>0</sup> /o) |
| " | 6  | " | " | 1  | " | (1.49 <sup>0</sup> /o) |
| " | 7  | " | " | 1  | " | (1.49 <sup>0</sup> /o) |
| " | 8  | " | " | 1  | " | (1.49 <sup>0</sup> /o) |
| " | 9  | " | " | 1  | " | (1.49 <sup>0</sup> /o) |
| " | 25 | " | " | 1  | " | (1.49 <sup>0</sup> /o) |
| " | 26 | " | " | 3  | " | (4.47 <sup>0</sup> /o) |
| " | 27 | " | " | 4  | " | (5.96 <sup>0</sup> /o) |

Dzieląc ogólnie włosy na jasne i ciemne, otrzymano brunetów 59 czyli 88<sup>0</sup>/o  
szatynów 3 " 4.47<sup>0</sup>/o  
ciemnych blondynów 5 " 7.53<sup>0</sup>/o

Oczy według tablicy Martna przedstawiały się jak następuje: odpowiadające numerowi 3 znalazłem u 2 czyli w 2.9<sup>0</sup>/o

|   |    |   |   |    |   |   |                      |
|---|----|---|---|----|---|---|----------------------|
| " | 4  | " | " | 4  | " | " | 5.8 <sup>0</sup> /o  |
| " | 5  | " | " | 4  | " | " | 5.8 <sup>0</sup> /o  |
| " | 6  | " | " | 4  | " | " | 5.8 <sup>0</sup> /o  |
| " | 7  | " | " | 7  | " | " | 10.3 <sup>0</sup> /o |
| " | 8  | " | " | 4  | " | " | 5.8 <sup>0</sup> /o  |
| " | 9  | " | " | 2  | " | " | 2.9 <sup>0</sup> /o  |
| " | 10 | " | " | 2  | " | " | 2.9 <sup>0</sup> /o  |
| " | 11 | " | " | 1  | " | " | 1.5 <sup>0</sup> /o  |
| " | 13 | " | " | 3  | " | " | 4.4 <sup>0</sup> /o  |
| " | 14 | " | " | 10 | " | " | 14.7 <sup>0</sup> /o |
| " | 15 | " | " | 13 | " | " | 19.1 <sup>0</sup> /o |
| " | 16 | " | " | 12 | " | " | 17.6 <sup>0</sup> /o |

Uwzględniając jednak tylko podział na jasne i ciemne otrzymamy  
oczy jasne u 45 osobników czyli w 66.1<sup>0</sup>/o  
" ciemne " 23 " " 33.9<sup>0</sup>/o

Tablica Luschana nie daje nam jasnego obrazu koloru skóry (obmyślane dla ras ciemnoskórych).

Barwa skóry według tej tablicy przedstawia się jak poniżej: odpowiadających numerowi 3 było 27 osobników (39.7<sup>0</sup>/o)

|   |    |   |   |    |   |   |                        |
|---|----|---|---|----|---|---|------------------------|
| " | 7  | " | " | 24 | " | " | (35.2 <sup>0</sup> /o) |
| " | 8  | " | " | 3  | " | " | (4.4 <sup>0</sup> /o)  |
| " | 9  | " | " | 3  | " | " | (4.4 <sup>0</sup> /o)  |
| " | 10 | " | " | 3  | " | " | (4.4 <sup>0</sup> /o)  |
| " | 11 | " | " | 1  | " | " | (1.5 <sup>0</sup> /o)  |
| " | 12 | " | " | 1  | " | " | (1.5 <sup>0</sup> /o)  |
| " | 13 | " | " | 4  | " | " | (5.8 <sup>0</sup> /o)  |

Jasnoskórych było 33 osobników (48.6<sup>0</sup>/o)

Ciemnoskórych było 35 osobników (51.4<sup>0</sup>/o)

Przeciętna miara wzrostu wynosiła 164.74 cm. (wahając się między maximum 177 cm. a minimum 149 cm.).

Inne przeciętne przedstawiały się jak poniżej:

|                                                                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Przeciętna dla wysokości wyrostka barkowego wynosi                                 | 134.88 cm. |
| Przeciętna dla wysokości końca palca środkowego                                    | 62.02 "    |
| Przeciętna dla wysokości kolca podłędźwiowego przedniego górnego                   | 92.02 "    |
| Przeciętna dla długości kończyny górnej                                            | 75.11 "    |
| Przeciętna dla długości największej głowy                                          | 18.51 "    |
| Przeciętna dla szerokości największej głowy                                        | 15.49 "    |
| Przeciętna dla szerokości największej twarzy                                       | 14.03 "    |
| Przeciętna dla szerokości największej nosa                                         | 3.62 "     |
| Przeciętna dla wysokości największej głowy                                         | 12.58 "    |
| Przeciętna dla wysokości twarzy bez czoła                                          | 11.83 "    |
| Przeciętna dla wysokości górnotwarzowej                                            | 6.67 "     |
| Przeciętna dla wysokości nosa                                                      | 5.32 "     |
| Przeciętna dla wysokości czoła                                                     | 6.39 "     |
| Przeciętna dla wymiaru kąto-żuchwowego                                             | 10.57 "    |
| Najbardziej nas interesujące wskaźniki głowy, twarzy i nosa wypadły jak następuje: |            |
| Przeciętna dla wskaźnika szerokościowodługościowego wynosi                         | 83.77      |
| przeciętna dla wskaźnika wysokościowodługościowego                                 | 68.09      |
| przeciętna dla wskaźnika twarzowego anatomicznego                                  | 84.46      |
| przeciętna dla wskaźnika górnotwarzowego                                           | 47.56      |
| przeciętna dla wskaźnika nosowego                                                  | 68.39      |

Gdybyśmy, zużytkowując otrzymane przeciętne, chcieli sobie stworzyć typ antropologiczny paralityka, co, zastrzegam się z góry, byłoby błędem przeciw statystyce ściśle naukowej, to typ ten przedstawiałby się nam jako mężczyzna lat 45, wzrostu i t. d. gdzie każdy wymiar określilibyśmy odpowiednią przeciętną.

Typ otrzymany tą drogą nie byłby jednak typem realnym, typem żyjącym, nie przedstawiałby prawdopodobnie żadnego z mierzonych przeze mnie chorych; byłby to tylko sztuczny twór konstrukcyi statystycznej. Typ taki może co najwyżej mieć wartość porównawczą w zestawieniu z innym typem przeciętnym, otrzymanym z pomiarów na innym materiale; bytu realnego on nie posiada. Przeciętna jednak każdego poszczególnego



CASCARA  
MIDYCASCARA  
MIDY

*Najtańgodniejszy  
najpewniejszy  
przeczyszczający*

srodek

**PIGUŁKI****CASCARA MIDY***1-2 pigułek przy kolacji**Pudełko z 50 pigułkami i 20 pigułkami***OBSTRUKCJA**CASCARA  
MIDYCASCARA  
MIDY*Próbki: Laboratoire Midy**FOKSAL 13 WARSZAWA*

LEK SWOISTY ORYGINALNY

**Piperazine**

**MIDY**

ZIARNISTA MUSUJĄCA

NAJBARDZIEJ OBFITUJĄCA W PIPERAZINĘ

NAJPOTĘŻNIEJSZY ŚRODEK,  
ROZPUSZCZAJĄCY KWAS MOCZOWY

WYWIERA DZIAŁANIE PRZECIWNILNE NA MOCZ      POBUDZA CZYNNOŚĆ WĄTROBY

Proby wysyła skład główny Laboratorium Midy, Warszawa, Foksal, 13

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Administracja Gazety Lekarskiej posiada jeszcze na składzie niewielką liczbę egzemplarzy dzieł, wydanych dawniej, i ostepować je będzie wyłącznie tylko swym prenumeratom. Są to:

NOTHNAGELA i ROSENBACHA.

**FARMAKOLOGIA**

(przekład z niemieckiego). Cena m. 15.

GILLES DE LA TOURETTE.

**HISTERIA**

w opracowaniu A. PUŁAWSKIEGO. Cena m. 8.

Do nabycia wyłącznie w Administracji Gazety Lekarskiej — Marszałkowska 73.



# HEMATOGEN

**organiczny związek żelaza, łatwo asymilujący się**

poleca **Apteka Mag. Farm. J. GESSNERA** Jerozolimska 25  
wyróbu własnego w Warszawie.

## ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

**Fabryka narzędzi chirurgicznych**  
**Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).**

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. PP. Doktorów, iż

## „MOTO FER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

**Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.**

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

D-r Med. Bolesław Dębiński

### Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

### Metody kliniezno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2.50.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

## Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

### T A D E U S Z K O R Z O N.

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKOW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

pomiaru posiada sama przez się wartość antropologiczną.

Przez uzyskanie wartości średnich czy procentowych nie zbliżyliśmy się jednak wcale do celu swego, którym jest określenie typu chorych na paraliż postępujący. Jedyną metodą, która nas na pewno doprowadzi do tego celu jest metoda korelatywna, polegająca na zestawieniu szeregu cech z jedną, którą przyjmujemy dla poszczególnego przypadku za główną. W ten sposób uzyskamy jeden lub kilka typów realnych. Do łatwiejszego zrozumienia niech posłuży przykład. Gdyby między 10 badanymi osobnikami 5 było krótkogłowych brunetów niskich a 5 długogłowych blondynów wysokich, to typ przeciętny byłby średniego wzrostu o czaszce odpowiadającej

średniogłowiu (*microcephalia*), raz blondyn raz brunet, co zupełnie nie zgadzałoby się ze stanem faktycznym. Dopiero analiza tablic korelacji dałaby nam obraz rzeczywisty.

W pracy swej za cechę główną przyjąłem wzrost jako cechę osobniczą, podlegającą największym wahaniom. Określiłem na tablicy głównej wzajemną zależność pomiędzy nim i wskaźnikiem szerokości-długościowym, wskaźnikiem wysokości-wzdłużnościowym, wskaźnikiem twarzowym anatomicznym, wskaźnikiem górnottwarzowym i wskaźnikiem nosowym; na tablicach oddzielnych przedstawiłem barwę skóry, włosów, oczu, płatki uszne, odstawianie uszu, zagięcie brzegu ucha, kształt owłosienia części rodnych, wielkość gruczołu tarczowego.

D. n.

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

### Lipowakcyna przeciwdurowa T. A. B.

Podał

Stan. Serkowski.

Poczynając od r. 1913, wzrasta stale liczba metod przygotowania szczepionek przeciwdurowych, ale ta mnogość dowodzi, że wszystkie te metody są jeszcze dalekie od doskonałości. Dążenie bakteriologii polega na tem, aby szczepionka zabezpieczała bezwzględnie na dłuższy przeciąg czasu po jednorazowej iniekcji i sama przez się nie powodowała żadnych zaburzeń ubocznych. Warunkom tym odpowiada, według Moignica i Sezary'ego (1), przygotowana przez nich lipowakcyna przeciwdurowa T. A. B., wypróbowana w armii francuskiej. Jest to zawiesina laseczników tyfusowych i paratyfusowych (A i B) w „mieszaniu oleistej”, której składu autorowie nie podają.

1 cm. sz. szczepionki zawiera 2 mgr. laseczników Ebertha (= 2 miliardy 600 milionów) i po 1,75 mgr. bakt. paratyfusowych A i B: ogółem 1 cm. sz. zawiera więcej niż 7-miliardów komórek bakteryjnych: jednorazowe wstrzyknięcie 1 cm. sz. tej wakcyny wystarcza do uodpornienia człowieka przeciw durowi i paratyfusom.

Wraz z J. Gautreletem Moignic stwierdził na zwierzętach mniejszą jadowitość lipowakcyny w porównaniu do zwykłej szczepionki na fizyologicznym roztworze. Na ludziach również stwierdzono hypotoksyczność lipowakcyny pomimo wprowadzania do ustroju w 1 cm. sz. przeszło 7 miliardów bakterii; wpra-

wadzenie takiej ilości laseczników w zawiesinie wodnej mogłoby spowodować niebezpieczne objawy toksyczne. Idea teoretyczna, której wynikiem było przygotowanie szczepionki tłuszczowej, tkwi w przypuszczeniu, że zawiesina laseczników w podłożu tłuszczowym ulega nader powolnemu wysysaniu, wskutek czego i odczyn szczepienny jest znacznie słabszy i stan uodpornienia znacznie przedłuża się w porównaniu ze zwykłymi szczepionkami T. A. B. na płynie fizyologicznym. Dodam tu od siebie, że idea utrudnienia wsysania Moignic-Sezary zasadniczo różni się od przewodniej myśli w technice przygotowania większości szczepionek, w których starano się uzyskać „właściwie uodporniającą substancję” w łatwo wchłanialnej postaci, rozdrabniano ciała bakteryjne w celu uwolnienia z nich endotoksyn, lub też komórki bakteryjne podlegały autolizie, rozpuszczeniu, ekstrakcyi i t. p. (w tym celu masy bakteryjne traktowano kwasami, ługiem, sodą, antyforminą, oleinianem sodu, chloroformem, pepsyną, lecytyną, neuryną i t. d.).

Autorzy przekonali się o trudniejszej wchłanialności substancyi z mieszaniny olejowej, aniżeli z wodnej, zapomocą zastrzyków podskórnych siarczanu strychniny świnkom morskim, które znoszą dobrze  $\frac{1}{2}$  — 1 mgr. w 1 cm. sz. pierwszej, lecz giną od 6-krotnie mniejszej dawki w roztworze wodnym (po

0,35 mg. mors). Podzjadliwość lipowakeyny polega na złagodzeniu działania toksycznego przez utrudnione wchłanianie mieszaniny olejstej, czemu sprzyja fakt, że w cieczy olejstej bakterie sklejają się w postaci grudek i spoistego ciasta, choć przezto nie ulega osłabieniu zdolność antygenowa szczepionki.

Badacze starali się rozstrzygnąć dwa pytania wstępne: 1) czy odporność uzyskana przez jednorazowe wstrzyknięcie antygeny, jest również pewna, jak występująca wskutek szczepień kilkakrotnych? i 2) czy właściwość oleista zaróbki nie zmniejsza zdolności uodporniania? Zarówno w doświadczeniach porównawczych na zwierzętach (szczepiono zawiesiny erytrocytów baranich jednorazowo lub wielokrotnie w fizyologicznym roztworze soli lub w mieszaninie olejstej i porównywano miano), jak i w danych epidemiologicznych Moignic i Sézary stwierdzają skuteczność nowej metody szczepiennej. Tak np. batalion żołnierzy indochińskich szczepiony był ochronnie lipowakcyką T. A. B.: w ciągu roku nie stwierdzono ani jednego przypadku duru lub paratyfusu. Taki sam pomyślny wynik otrzymano w IV pułku strzelców w Algierze i innych jednostkach wojskowych, gdzie epidemię natychmiast przerwano po dokonaniu szczepień. Nawet u osób, szczepionych dawką niedostateczną lipowakcyny (4 zam, 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> mg. drobno-ustrojów) stwierdzono znaczną, choć nie bezwzględną odporność: 1 przypadek duru na 1172 osób przy ogólnej liczbie 5861 szczepionych i 1 przypadek duru na 287 osób przy ogólnej liczbie 3166 nieszczepionych w tejże formacji wojskowej.

Jako dalszy dowód skuteczności lipowakcyny autorzy przytaczają pomyślne wyniki uodporniania zwierząt zapomocą jednokrotnego wstrzyknięcia podskórnego, poczem zwierzęta znosiły bez szkody 3—6 cm. kultury *b. paratyphi* B do otrzewnej, podczas gdy kontrolowe nieuodpornione ginęły od dawek znacznie mniejszych. Podzielając pogląd Vincenta i Widala, że miano aglutynacyjne może być sprawą zakażenia lub liczby wprowadzonych bakterii, lecz nie miarą odporności, Moignic i Sézary otrzymywali wysokie miano aglutynacyjne po wprowadzeniu 5,5 mg. bakterii w 1 cm. sz. lipowakcyny. Aglutyniny zjawiają się u osób uodpornionych w 6 dni po iniekcji—jednocześnie dla wszystkich 3 rodzajów laseczników (T. A i B): dodatnia w rozcieńczeniu 1:500—1000. W 15 dni po szczepieniu surowice nabierają własności odchyłania dopełniacza według metody Bordet-Gengou. Wnioski te potwierdzili inni badacze: Louste i Tribondeau na ludziach, Lemaire—na zwierzętach.

Odczyn szczepienny po wprowadzeniu lipowakcyny jest słabszy, niż po zwykłych wawkach przeciwdurkowych, pomimo wielokrotnie większej ilości bakterii w pierwszej. Co do lipowakcyny, jak i do zwykłych wawk autorzy potwierdzają pogląd Wrighta, że świeżo przygotowana szczepionka powoduje silniejszy wzrost ciepłoty, aniżeli 3—4-tygodniowa. Bez wątpienia, natężenie objawów toksycznych zależy z jednej strony od wła-

sności bakterii i rozpuszczalnika; ale też i od stanu fizycznego osób, podlegających szczepieniu: należy pamiętać o przemęczeniu, któremu często podlegają żołnierze. Tak np. szczepienia lipowakcyny wykonano równocześnie w warunkach najzupełniej jednakowych, przez tych samych lekarzy, w 2 oddziałach wojskowych (ogółem 500 żołnierzy): oddział przemęczonych marynarzy, podlegających ćwiczeniom, reagował podniesieniem ciepłoty silniej, aniżeli drugi oddział kadetów w stanie spoczynku, u których ciepłota rzadko dochodziła do 38,3°C. To samo stwierdzono i w 2 innych oddziałach. Lipowakcyna powoduje i miejscowy odczyn, słabiej wyrażony, niż szczepionki o rozpuszczalniku wodnym, zwłaszcza lipowakcyna 1—2 miesięczna. Autorzy zebrali dane o 50000 osobach, szczepionych jednego dnia lipowakcyką: zaburzeń toksycznych ciężkich, opisywanych, jako skutek szczepienia wawką w fizyologicznym roztworze, nie zauważono ani razu. Po iniekcji lipowakcyny stwierdzono:

| pierwszego dnia<br>wieczorem  | drugiego dnia<br>zrana              |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 66% — t <sup>o</sup> normalna | 73% — t <sup>o</sup> normalna       |
| 27% — do 38,5°                | 23% — poniżej 38,5°                 |
| 4% — 38,6 — 39°               | 1% — 38,6 — 39°                     |
| 1% — powyżej 39°              | 2% — 39 — 39,5°                     |
| drugiego dnia                 | trzeciego dnia                      |
| 48% — t <sup>o</sup> normalna | 97% — t <sup>o</sup> normalna       |
| 35% — poniżej 38,5°           | 2—3% — t <sup>o</sup> powyżej 38,5° |
| 7% — 38,6 — 39°               |                                     |
| 8% — powyżej 39°              |                                     |

W tem zestawieniu rzuca się w oczy znaczna odsetka opóźnionych odczynów.

Lipowakcyna może być przechowywana rok i dłużej dzięki olejstej substancji<sup>1)</sup>, która pierwotnie składała się z mieszaniny lano-liny z olejkim wazelinowym<sup>2)</sup>, a później została zmieniona w sposób przez autorów nie podany: „*les circonstances actuelles nous interdisent, suivant l'exemple donné par nos ennemis, d'indiquer ici certains détails de la technique*” Co do tej techniki jeden z autorów (Sézary) podaje nast. szczegóły. Szczepy bakteryjne, zwłaszcza *b. paratyphi* B, sprawdzane są na zwierzętach pod względem zjadliwości<sup>3)</sup> wyszczepiane w kolbach Roux (modyf. Jouan), po 19 godz. w 37° kultury są zmywane małą ilością fizyol. roztworu do oddzielnych zbiorników, skąd przenoszone do

<sup>1)</sup> Przypominam tu, że Warden przechowywał gonokoki, odznaczające się wielką nietrwałością, w stanie żywotnym w oliwie, a niedawno Ungermann (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte, t. 51, 1918, październik, str. 189) podał sposób przechowywania w płynnej surowicy króliczej pod warstwą jałowego olejku parafinowego trudno rosnących bakterii w stanie żywotnym i zjadliwym, jak oto meningokoków, gonokoków i t. d. do 16 miesięcy! (Przyp. spraw.).

<sup>2)</sup> Oleinian sodu i kwas oleinowy stosowano dawniej do wyrobu szczepionek przez Noguchi i Sciallero (Przyp. spraw.).

<sup>3)</sup> O porównaniu własności toksycznych *b. paratyphi* B z *bac. parat. A* i *bac. typhi abd.* vide: pracę Nicolle, Raphaël i Debains. Bull. de l'Inst. Pasteur 1919, № 1, str. 30 (Przyp. spraw.).

próbówek wirówkowych. Po 2-krotnym centrifugowaniu w celu oddzielenia masy bakteryjnej od płynu fizyologicznego (masa ta zawiera w 1 mgr. 1.300.000.000 bakterii, jeżeli wirowanie przy 5000 obrotów na minutę trwa 20 i 10 m.) i ponownym zważeniu próbek, wprowadza się niewielką ilość „preparatu oleistego” i „przy pomocy specjalnego urządzenia bakterie są starannie ugniatane z dodatkiem określonej ilości tego preparatu, bez dostępu powietrza”. Po upływie 24 godzin las. tyfusowe wyjąławiają się przez 1 godzinne ogrzewanie do 57°, a laseczki paratyfusowe — jako bardziej odporne — podlegają zabiciu przez 1/2 godzinne ogrzewanie do 60° i dodatek eugenolu<sup>1)</sup>. Mieszana lipowakcyna na 5 1/2 mg. bakterii zawiera 2 mg. tyfusowych i po 1 3/4 mgr. paratyfusowych A i B. Tę zawiesinę po należytem skłóceniu rozlewa się do ampulek, sprawdza na jałowość i po upływie miesiąca szczepi się ludziom z zachowaniem wszelkich warunków aseptycznych. Dawki: dla dzieci do 3 lat — 0,2 ctm. sz., do 6 lat — 0,3, od 10 — 13 l. — 0,5, 14—16 lat — 0,8 ctm.<sup>2)</sup>, powyżej 16 l. — 1 ctm. sz. Ponadto autorzy zalecają dobrze wstrząsać (w zimie podgrzewać ampulki), wstrzykiwać powoli bez następnego mięsienia ludziom nie przemęczonym fizycznie.

**Przeciwwskazania i środki ostrożności.** Według Moignica i Sézary'ego unikać należy szczepienia lipowakcyny osobnikom z zaburzeniami czynnościowymi lub wadami organicznymi serca, nerek, płuc i wątroby. Niektóre przeciwwskazania są tylko czasowe: odnosi się to do objawów zakażenia ostrego lub zatrucia ostrego, oraz do przemęczenia. Fakt to zresztą znany od czasu Louisa i Combe'a (1912), że osobniki przemęczone bardzo źle znoszą szczepienia ochronne. Dlatego też odpoczynek względny zaleca się w przeddzień, w dzień szczepienia i nazajutrz. Co się tyczy przeciwwskazań stałych, to najważniejszym z nich jest niedomoga narządu krążenia, a przede wszystkim niewyrównane wady ustrojowe serca ze stałą tachykardią oraz niedomoga czynnościowa mięśnia sercowego zarówno wskutek zmian w samym mięśniu jak i od przewlekłych chorób płuc (rozedma płucna, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, miażdżyca i t. p.). Dalej, przeciwwskazaniem do szczepień lipowakcyny są: niedomoga wątrobowa, nerkowa, gruźlica płuc w okresie postępowym. U osób z przebytą dawniej sprawą płucną, w obawie nawrotu bacillozy, autorzy zalecają szczepienia dwu-

krotne 1/2 i 3/8 ctm. sz. w odstępie 7-dniowym. Osobnikom z zimnicą zaleca się uprzednio krótkie leczenie chininowe, ponieważ lipowakcyna może spowodować nawroty w skrytym okresie choroby.

Wobec stosowania w praktyce i innych szczepionek przeciwdrobnoustrojowych, przytoczę tu przeciwwskazania w związku z rodzajem wakuiny, według André Tournade'a (2) i przepisów obowiązujących w armii francuskiej. Prócz lipowakcyny, w wojsku franc. — zgodnie z zaleceniem Akad. Lek. — stosowano 2 rodzaje wakuin mieszanych potrójnych (T. A. B. № 2) przeciw drobnoustrojowi brzuszemu i paratyfusom do iniekcji 2-krotnych: wakuina na eterze i wakuina ogrzewana. Poza ogólnymi przepisami (jak oto: szczepienia obowiązkowe rozpoczynają się w koszarach natychmiast po przyjęciu każdego nowego oddziału poborowego, wykonywują się tylko przez lekarzy; unikać zaziębnienia żołnierzy rozebranych w korytarzach; odpoczynek przed i po zabiegu; szczepić w pozycji siedzącej i t. p.), Tournade zaleca, aby przed każdym seansem szczepień lekarze badali żołnierzy, ich mocz i poszukiwali oznak ostrej choroby.

Wakuina T. A. B. na eterze szczepi się w odstępach 7-10 dniowych: 1-a dawka 1 1/2, 2-ga — 2 ctm. sz.; po roku jednorazowa reiniekcja 1 ctm. sz. Należy odłożyć szczepienie w razie przemęczenia żołnierzy. Nie należy szczepić w razie cukromoczu; co do białkomoczu, to przeciwwskazaniem do szczepień jest ilość białka powyżej 0,5‰, przebyty lub obecny krwiomocz, oraz przewlekłe cierpienie nerek połączone z obrzmieniem, objawami wzrokowymi i t. p. Po wakuinacji zaleca się 1 albo 2 dawki aspiryny po 0,5. Wogóle, tylko ci żołnierze kwalifikują się do szczepień ochronnych, którzy są zdolni do marszu i pochodu.

Wakuina mieszana T. A. B. № 2 ogrzewana. Dawki 1-2 ctm. sz. w odstępie 7—10 dni. Jeżeli drugie szczepienie ma się odbyć później — po upływie 2 miesięcy to powtórna dawka wynosi tylko 1 ctm. sz. Co do przeciwwskazań, to jak i w lipowakcynie unika się szczepienia w czynnej gruźlicy, rozedmie płuc, astmie, przewl. nieżytach oskrzeli i organicznych niekompensowanych wadach serca. W razie białkomoczu, zaleca się ostrożności, jak wymienione w wakuinie eterowej.

Nową metodę lipowakcyn zastosował Lewaditi (7) do przyg. szczepionek paciorkowcowych, zapomocą których w 92 — 93% przypadków leczonych uzyskał trwałe wyleczenie chorych na wojnie z ranami, zakażeniami przez paciorkowce.

<sup>1)</sup> W pierwotnej metodzie Chantemesse i nowej amerykańskiej ogrzewa się laseczki tyfusowe do 56° (przyt. spraw.).

## PIŚMIENNICTWO.

1. E. le Moignic et A. Sézary. Nouvelle méthode de vaccination antityphoidique le lipo-vaccin T. A. B. Paris 1918, str. 1 — 78.
5. Ungermann, 6. Nicolle, Rappel et Debains. 7. C., Lewaditi. Vaccination antistreptococcique des plaies guerre par le lipo-vaccin
2. André Tournade. Maladies des armées. Paris 1918 str. 194 i nast. Cytow. w tekście:
3. Louste et Tribondeau, 4. Lemaire, et le vaccin sensibilisé. C. R. Soc. Biol. t. 81, 9 list. 1918, str. 965 i Presse Médic. marzec 1919

## Dział sprawozdawczy.

## 32. I. Danysz. Zasady rozwoju chorób zakaźnych.

Książka Danysza zawiera obok licznych, bardzo pouczających i zachęcających do badań szczegółów, co do których odsyłamy czytelnika do oryginału — zasady nowe pojmowania chorób zakaźnych. Wychodząc z doświadczeń czynionych z arsenobenzolem na królikach i zaznaczywszy, że związek arsenowy, posiadający grupy aminowe i wodanowe, odpowiada niejako cząsteczce białka, że, jak białko, jest ciałem koloidalnym w przeciwieństwie do istot krystalizujących — zaznaczywszy tedy analogię z białkiem, autor badał zachowanie arsenobenzolowych związków w ustroju i przekonał się, że mogą wywoływać wstrząs, że mogą ulegać fagocytozie, wsiąkać w tkanki i potrochu, przerobione niejako przez tkanki i ciała białe, opuszczać ustrój. Te doświadczenia dały D. możność porównania niezmienne trafne do działań toksyn na ustrój i podziału chorób zakaźnych na dwie grupy. Pierwsza zawiera zakażenia bez okresu wylęgania, przebiegające bez objawu wstrząsu toksyny są związane przez naturalne ciała odporne ustroju, działające bezpośrednio na te ciała. Połączenie jest jadowite o tyle, o ile antytoksyny nie wystarczą do związania całej trucizny. Stan choroby jest okresem, w którym nadmierna ilość trucizny wiąże się z niedostateczną ilością antytoksyny. Do tej grupy należy błonica, tężec i zatrucie jadem mięsnym. Druga grupa zawiera gruźlicę, tyfus etc. Znamieniem jest dla tych zakażeń, że jady działają po pewnym okresie przygotowania, wylęgania. To przygotowanie wyobraża sobie Danysz jako przeładowanie przeciwartkami, wywołane przesączaniem jadów gruźliczych do tkanek. Brak odczynu na tuberkulinę u ustroju zdrowego, a przeczulenie ustroju chorego świadczy, że prątki, przedostawszy się do ustroju, wydzielają jad, który wywołuje przeładowanie organizmu przeciwjadem (*anticorps en surcharge*), i to przeładowanie dopiero charakteryzuje i zaczyna chorobę. Strawione prątki tworzą antybacylinę, która daje krótkotrwałą odporność, istniejącą tylko tak długo, jak

długo prątki podlegają przetrwaniu, tuberkulina zaś przenikając przez tkanki wywołuje przyrost antytuberkuliny nadmiernej, i to przeładowanie antytuberkuliną jest szkodliwe dla ustroju.

Zupełnie analogicznie zachowuje się zarazek tyfusowy, który, według autora, dopiero po niezupełnym strawieniu prątków — jako obca albumoza wywołuje nadmierną produkcję przeciwciał i objawy chronicznej anafilaksji — szeregu wstrząsów, mówiąc innemi słowy. Autor uważa podawanie małych dawek prątków przez przewód pokarmowy jako zabieg uodporniający. Uczulenie względem prątków durowych, spostrzegane u ludzi, którzy przechodzili tyfus, jest potwierdzeniem teorii autora — jak istnienie okresu wylęgania i przebieg choroby. I tu więc nie sama trucizna, tylko skutki przeładowania przeciwartkami są powodem choroby, jak w gruźlicy.

W dalszych rozdziałach omawia autor wpływ, jaki wywiera hodowanie bakterii w bulionie z mięsa danego zwierzęcia na jadowitość dla tego samego zwierzęcia. (Tyfus myszy nieszkodliwy dla szczura staje się trucizną dla szczura po hodowaniu w bulionie z mięsa szczurzego nadtrawionego). Wpływ przyzwyczajania się prątków do surowic bakterijobójczych (waglik a surowica szczura) prowadzi ostatecznie do uczulenia bakterii — zamiast oczekiwanej odporności. Wszelkie wywołujące dzieli autor na dwie wielkie grupy — pierwsza zawiera jady, które tworzą antytoksyny w ustroju, połączenie z toksynami jest płynne i nieszkodliwe przy nadmiarze antytoksyny — druga, która zawiera jady wywołujące przeciwartki w nadmiarze i powodujące wstrząs, który, zdaniem autora, jest tylko objawem fizycznym, zależnym od strącania się ciał białkowych w czasie działania jadu na przeciwciało. Scharakteryzowawszy wywołujące antygeny jako koloidy i rozpatrując ich własności fizyczne, dochodzi autor do wniosku, że wszelkie zakażenia są skutkami „niestrawienia“ antygeny, wywołujące nadmierne wytwarzanie się przeciwartków (*anti-corps en surcharge*). Procesy te, wytwarzające przeciwartki w nadmiarze, porównać

by się dało do procesów, któreby we krwi wytwarzały nadmiar trombiny lub innego ciała, pobudzającego do krzepnięcia. Nowe wstrzyknięcie, napotykając nadmiar przeciwciał, wywołuje wstrząs raptowny (anafilaktyczny), lub chorobę. Połączenie pewnych przeciwciał z jadamami pozostaje pływne (antytoksyna błonicy + toksyna), z innych znowu—daje osad i prowadzi do tworzenia się odczynu zakrzepowego. Wtedy ustrój zmuszony jest owe skrzepy przeprowadzać znowu w stan płynny, aby je eliminować.

Wskazawszy na znaczenie układu nerwowego na przebieg wstrząsu anafilaktycznego (Besredka osłabił wstrząs anafilaktyczny przez narkozę), przechodzi autor do leczenia, zaznaczając raz jeszcze różnicę w leczeniu przeciwdaniem (błonica) i w leczeniu wywołującymi (antigen) a wreszcie do racjonalnego podziału chorób.

Uwagami ogólnymi kończy autor to niezmierznie interesujące dzieło.

(*Principes de l'evolution des maladies infectieuses. Paris 1918 str. 171*).

Wacław Moraczewski.

### 33. A. Cramer, I. Brossard i I. Heitz. Przypadek niedostateczności zastawek tętnicy głównej, powstałej wskutek wybuchu.

W piśmiennictwie znane są przypadki nagłego powstania niedostateczności zastawek tętnicy głównej wskutek warunków, wywołujących niezmiernie szybkie i znaczne podniesienie ciśnienia krwi. Zazwyczaj spostrzegano podobnie nagłe powstanie tego cierpienia po nadmiernym wysiłku fizycznym, upadku ze schodów i t. p. Osobiście spostrzegłem parę razy urazowe powstawanie tego rodzaju wady u cyrkowców (*przyp. spraw.*). Autorowie podają trzy przypadki tego cierpienia, powstałe u młodych żołnierzy, dotąd zupełnie zdrowych po wstrząśnięciu wskutek pocisku (2 razy) lub granatu (przypadek 3-ci). Wszyscy ci chorzy zostali wyrzuceni w powietrze przez wybuch i następnie upadli na ziemię z wysokości kilku metrów, przyczem o dwóch wiadomo napewno, że upadli na plecy. Wszyscy oni zaczęli mieć dopiero po kilku dniach przykre dolegliwości ze strony serca i nie mogli chodzić wskutek duszności. Przytoczone przez autorów opisy tych przypadków wyłączaają wątpliwość co do istoty stwierdzanej wady. Autorowie sądzą, że gwałtowny wstrząs powietrza, wywołany przez wybuch, powoduje w podobnych przypadkach niezmiernie gwałtowne przemijające podniesienie ciśnienia krwi, prowadzące do rozerwania zastawek tętnicy głównej. Jest rzeczą ustaloną doświadczalnie, że ze wszystkich zastawek serca, zastawki półksiężycowe tętnicy głównej są najstabsze i najłatwiej ulegać mogą rozdarciu. Nic więc dziwnego, że to ostatnie nastąpiło u opisanych tu chorych po gwałtownym wstrząsie, połączonym z upadkiem.

(*Arch. des mal. du coeur 1918, p. 66*).

Wł. Janowski.

### 34. L. Bard. O znikaniu szmerów sercowych w napadach częstoskurczu serca.

Zdarza się często, że w czasie wielkich i nawet długotrwałych napadów częstoskurczu serca (*tachycardia paroxysmalis*) wysłuchiwanie jego nie wykrywa żadnych szmerów. Nie wolno na zasadzie wyników badania takich ataków twierdzić, że chory nie jest wogóle dotknięty żadną wadą organiczną. W czasie tego ataku zniknąć mogą szmery, które przed nim i po nim słyhać bardzo wyraźnie. Za główną przyczynę znikania szmerów w napadzie częstoskurczu serca autor uważa występujący w przebiegu tego ostatniego rytm węzłowy, t. j. jednoczesne kurczenie się przedsionków i komór sercowych. Szmery rozkurczowoprzedskurczowe zniknąć przytem muszą dlatego, że przy jednoczesnem kurczeniu się przedsionka z komorą znikają warunki ich powstawania. Szmer charakterystyczny dla niedostateczności zastawki dwudzielnej znika z powodu, iż skurcz przedsionka, występujący jednocześnie ze skurczem komory w czasie podobnego napadu zmniejsza znacznie falę zwrotną krwi do przedsionka. Szmer rozkurczowy w przebiegu niedostateczności tętnicy głównej zniknąć musi w przebiegu podobnego napadu z powodu zmniejszenia się wahań między ciśnieniem skurczowem a rozkurczowem w sercu, zależnego od tak częstej pracy serca. W przebiegu podobnego napadu znika też szmer charakterystyczny dla otworu w przegrodzie międzykomorowej. Stan ten chorobny, zwany chorobą Rogera, cechuje się, jak wiadomo, szmerem skurczowym, zależnym od przepychania krwi przez nienormalny otwór z komory lewej, jako silniejszej, do prawej podczas skurczu komór. W położeniu leżącym chorego podobny szmer słyhać najlepiej w trzeciem międzyżebżu u lewego brzegu mostka. Przy ułożeniu chorego na prawy bok szmer ten słyhać u prawego brzegu mostka; po ułożeniu chorego na bok lewy słyhać go dobrze w trzeciem międzyżebżu na linii sutkowej. Pozatem słyhać go dobrze na plecach. W napadzie częstoskurczu znika przewaga lewej komory nad prawą, wskutek czego omawianego szmeru nie słyhać. Może nawet zdarzyć się przewaga pracy prawej komory nad lewą, wskutek czego wystąpić może w czasie całego napadu, jak to miało miejsce w przypadku autora, wielka sinica i wybitna (o 50%) hyperglobulia, zależna od przepychania krwi przez nienormalny otwór z komory prawej do lewej. Po ustąpieniu napadu częstoskurczu lewa komora odzyskuje swoją siłę, wskutek czego znika sinica i występuje ponownie pierwszy szmer w wyżej przytoczonych miejscach. (*Arch. des mal. d. coeur. 1918. str. 97*).

Władysław Janowski.

### 35. L. Bard. Pomruk rozkurczowy u podstawy tętnicy głównej.

Wiadomo, że pomruk koci zdarza się najczęściej w zwężeniu ujścia żylnego, w którym jest rozkurczowoprzedskurczowym, że jest rzadszym w zwężeniu ujścia aorty, w którym ma charakter skurczowego, (a właściwie

telesystolicznego — *przyp. spr.*), i że jeszcze rzadziej zdarza się w niedostateczności zastawek żylnych. W przebiegu niedostateczności tętnicy głównej objaw ten należy do największych rzadkości. Niektórzy autorowie twierdzili, że pomruk koci rozkurczowy zdarzać się może w przebiegu wady zastawek tętnicy głównej tylko przy szczególnej sile cechującego tę wadę drugiego szmeru i przy szerzeniu się jego na szczególnie wielkiej przestrzeni. Autor spostrzegał przypadek 70-letniej staruszki, dotkniętej niedostatecznością zastawki tętnicy głównej, u której podstawy wysłuchiwał szmer drugi, o którym wyraża się, że był tylko dość wyraźny. Obmacywanie wykazywało w tym przypadku pomruk koci bardzo wyraźny i bardzo silny, ale ściśle ograniczony do prawego drugiego międzyżebra. Badanie pośmiertne wykazało w jednej z zastawek otwór mający około 2 mm. średnicy. Autor skłonny jest więc sądzić, że w jego przypadku ów ściśle ograniczony, ale tak silny, pomruk koci rozkurczowy zależał od przedostawania się krwi do komory przez ów otwór dodatkowy przez co zastawka była wprowadzona w silne drganie. Autor przychyliła się bowiem wogóle do zdania, że nie normalny prąd krwi wywołuje szmery, a drgania tkanek *resp.* zastawek powodują pomruk. Stąd taka częstość pomruku w zwężeniach i rzadkość — w przypadkach niedostateczności. Wielka rzadkość tego objawu klinicznego za-

leży od tego właśnie, że podobne do przytoczonych uszkodzenia zastawek półksiężycowych należą do wyjątkowych. Nasilenie szmeru rozkurczowego nie może mieć wpływu na powstawanie omawianego tu pomruku, gdyż w przypadku autora szmer rozkurczowy miał siłę zwyczajną, pomruk zaś rozkurczowy był wyjątkowo wyraźny.

(*Arch. des mal. du coeur. 1918 str. 272.*  
Wł. Janowski.

### 36. B. Kisch. Objaw podmiotowy po urazach czaszki.

Przy wpuszczaniu do uda  $\frac{1}{2}$  cm. wody o ciepłocie 16 — 17° występuje u zdrowych stale, jak autor na 200 osobnikach stwierdził, odruch usznopowiekowy, polegający na kilkusekundowym skurczu powieki. Brak tego odruchu znalazł się w ogniskach mózgowych i po zachorzeniu n. trójdzielnego. U hemiplegików brak go po stronie porażonej. Wśród 42 z urazem czaszki był on nieprawidłowy 32 razy, a mianowicie nieobecny 17, a przedłużony 15 razy. Tych uchyleń od normy można było dowieść jeszcze lata całe po urazie czaszki, bez lub ze złamaniem kości przebiegającym. Gdzie jest podejrzenie symulowania urazu głowy, objaw Kisch'a może rozstrzygać łatwo zagadkę.

(*Wiener klin. Woch. 1919. I.*)

Henryk Higier.

## Wiadomości drobne.

(*Presse Méd. №№ 30—40.*)

1. Dr Mercadé, operując chorą z powodu przedziurawienia kiszek, znalazł w kieszce cienkiej szczypczyki hemostatyczne. Chora ta podlegała w swoim życiu 4 razy laparotomii, ostatni raz przed 12 laty z powodu zamknięcia światła kiszek. Prawdopodobnie podczas tej operacji wykonano rezekcję kiszek i pozostawiono szczypczyki w świetle kiszek. Zasługuje na uwagę tolerancja kiszek i energiczne działanie soku kiszkowego, gdyż szczypczyki były znacznie zmniejszone a jedno oczko (rączka) nie istniało wcale.

2. Częstość stałej hipersekrecji w żołądku zauważył K. Pron. Poddawał badaniu przypadki, w których znalazł pluskanie (*clapotage*) w 12—24 godzin po przyjęciu pokarmu. Na 457 badań w 294 przypadkach znajdował w żołądku płyn kwaśny dający odczyn na HCl przy zupełnym braku resztek pokarmowych.

3. G. Monoisin zaleca stosowanie dożylnie surowicy o zdrowieńców w ty-

fusie wysypkowym. 1 — 2 cm. tej surowicy obniża ciepłotę, zmniejsza częstość tętna, poprawia stan ogólny i przyspiesza wyzdrowienie. Na 29 przypadków autor miał tylko 3 zgony (10,3%), podczas gdy procent śmiertelności wynosił podczas tej epidemii 30%. Autor robił swe spostrzeżenia na więźniach w Wirtembergu podczas epidemii (3000 przypadków, w tem 400 zgonów).

4. A. B. Marcan spostrzegał wrodzone zwężenie odźwiernika, cierpienie bardzo rzadkie we Francji, zależne od przerostu błony mięsnej odźwiernika, zwłaszcza włókien obrączkowych. W pewnych przypadkach może ta sprawa zależeć od syfilisu. Objawem stałym są wymioty, w których niema nigdy żółci. Najlepiej rozpoznać można to cierpienie zapomocą promieni Roentgena. Leczenie — chirurgiczne. Objawy występują zwykle w kilka dni po urodzeniu, najpóźniej w 4 tygodnie. Przy rozpoznaniu różniczkowym należy brać pod uwagę — zwracanie polkowe



(*regurgitatio oesophogea*), przesuwanie (*ruminatio*) i *vomitus habitualis*.

5. Gordon Thomson i C. Mills na 130 przypadków malarii tylko w 8 znaleźli odczyn Wassermanna we krwi, przy czym we wszystkich tych przypadkach udało się wykryć istnienie syfilisu. Przeczy to zdaniu wielu autorów, którzy zaznaczali częstość odczynu Wassermanna w malarii.

6. Przewlekłe zatrucie strychniną J. Lhermitte spostrzegał u 4 żołnierzy. Początkowe objawy polegały na skurczu mięśni (*contracture généralisée*), szczególnie niepokoju (*anxiété*). W kilka godzin objawy te przeszły, pozostało tylko wzmoczenie odruchów ścięgniastych, *clonus* i objaw Babińskiego oraz wzmoczenie pobudliwości nerwów i mięśni na prąd przerywany i stały, co trwało 2 tygodnie. Te same objawy spostrzegano w ciężcu przewlekłym i ciężycze. Są to objawy zatrucia pęczków tylnych rdzenia.

7. Porażenie postępujące typu Landry'ego. Guillain i J. Barré spostrzegli po zastrzyknięciu 1 ctm. szczepionki przeciwtyfusowej. Wkrótce po zastrzyknięciu wystąpiło porażenie kończyn dolnych, tułowia, kończyn górnych, twarzy, zaburzenia opuszkowe i śmierć. Posiew krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego dał wypik ujemny. W tym ostatnim płynie znaleziono tylko lekką limfocytozę. Są to przypadki bardzo rzadkie, nie mogące dyskredytować metody, która oddała bardzo wielkie usługi podczas wojny.

8. Objawy wstrząsu rdzeniowego, stwierdzone przez badanie pośmierne, spostrzegał J. Lhermitte u mężczyzny 23-letniego, który spadł z wysokości 5 metrów. Natychmiast wystąpił zespół kliniczny objawów całkowitego przerwania mleczka pancerzowego (*interruption totale de la moelle*

*deorsale*), co trwało 4 dni, potem zjawilo się wzmoczenie odruchów (*reflexes de défense*) i objaw Babińskiego. Chory zmarł wskutek zapalenia płuc w 15 dni po upadku. Na sekcji żadnych zmian makroskopowych nie znaleziono. Pod mikroskopem stwierdzono zwyrodnienie pierwotne ostre w grzbietowej części rdzenia, opisane przez Claude'a i Lhermitte'a. Nie było żadnego ogniska rozmiękczenia ani wylewów krwi, naczynia krwionośne nie były rozszerzone. Wstrząs rdzenia posiada więc pewne cechy swoiste.

9. Na posiedzeniu towarzystwa chirurgicznego w Paryżu 11. VII omawiano szeroko wartość znieczulenia ogólnego z pomocą lałaty eterowych. Wiart na podstawie własnych spostrzeżeń (67 przypadków i danych z literatury (około 2500 przyp.) dochodzi do wniosku, że metoda ta w niczem nie jest lepszą od innych, owszem wydaje mu się niebezpieczniejszą. W 8 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, w 8 ciężkie powikłania (krwotoki, zapaść, zatrucie). W jego własnych przypadkach uspienie było dostateczne w  $\frac{4}{10}$  przyp., w  $\frac{1}{10}$  zupełnie niedostateczne w  $\frac{5}{10}$ —trzeba było chorych usypiać dodatkowo. Savariand zaleca jako najwyższą dawkę 120 do 130 ctm. Przy takiej dawce nie widział żadnego działania ubocznego. Heitz-Boyer nie uważa tej metody za prostą, gdyż trzeba chorego do niej dobrze przygotować ((przeczyszczenie, jednodzienny post, obfita lałatywa w przededniu operacji bezpośrednio przed nią), ale dla chorych ten rodzaj uspiania jest przyjemny—powolne usypianie i budzenie się. Ombredonne stosował uspianie eterem u dzieci ale zmuszony był tę metodę zarzucić, gdyż uspianie było niedostateczne, a w jednym przypadku, zakończonym śmiercią, znaleziono na dużej przestrzeni кишки prostej i esicy podbiegnięcia krwawe (*ecchymoses*).

## Wiadomości bieżące.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od dn. 14. IX. do 20. IX. 1919 r. było zachorowań: na ospę 2 (w IV okręgu wyłącznie żydzi), na odrę 18 (w tem 15 chrz. i 3 żydów), szkarlatynę 29 (w tem chrześcian i 4 żydów), dur plamisty 39 (w tem 21 mężczyzn i 18 kobiet, 29 chrześcian i 10 żydów), dur brzuszny 50 (w tem 12 mężczyzn i 8 kobiet, 14 chrześcian i 6 żydów), dur

powrotny 2 (1 chrześcianin i 1 żyd), dyzenterję 31 (w tem 15 mężczyzn i 16 kobiet, 29 chrześcian i 2 żydów), dyfteryt 6 (5 chrześcian i 1 żyd), dżumę 3 (2 chrześcian i 1 żyd), gorączkę połogową 1. Najwięcej przypadków duru plamistego było: w XI okręgu — 7, w V — 6, w VIII — 4, w I i III było po 3, w innych cyfry mniejsze.

## NEKROLOGIA.

**Dr Zygmunt Wiśniewski.**

Dnia 13 września r. b. zmarł na obecnych naszych kresach wschodnich ś. p. Zygmunt Wiśniewski, kapitan Wojsk Polskich, ranny pod Mołodecznem. Śmierć ta wywołała szczery i głęboki żal u tych kolegów i osób, które zmarłego tak nagle, w pełni sił bliżej znaly. Ten cichy i skromny pracownik, nie udzielający się szerszemu życiu społecznemu, pozostawia w gronie tem niezatartą pamięć o sobie dla swych wielkich zalet, jako człowiek o wysokim podkładzie etycznym, prawym i łagodnym charakterze i głębokiem przywiązaniu do kraju.

Ś. p. Wiśniewski pracował przez szereg lat jako lekarz miejscowy w prywatnych sanatoriach, zyskując uznanie i wdzięczność u chorych za swoje miłe i serdeczne obejście, troskliwą opiekę i umiejętną pomoc w cierpieniach. Z wielkiem zamilowaniem traktował również swą pracę w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, w którym przez czas pewien przed wstąpieniem do wojska zajmował stanowisko w wydziale zdrojowisk i uzdrowisk. Zbierał skrzętnie materiały do bliższego poznania obecnego stanu zdrojownictwa na ziemiach polskich i badał liczne i wielkie jeszcze braki w tej dziedzinie u nas.

Porzucił pracę tę z chwilą, gdy walka w obrobie chwały i potęgi Polski rozgorzała, gdy uznał, iż pierwszym jego obowiązkiem było stanąć w szeregach armii polskiej. Wstąpił jako ochotnik do wojska i poszedł w dalekie kresy z tymi, którzy życie swoje w obronie Ojczyźnie oddali.

Cześć Jego pamięci!

*Ludwik Dydyński.*

\* \* \*

Ś. p. Zygmunt Wiśniewski urodził się w r. 1884 w Piotrkowie, gdzie również ukończył gimnazjum. W naukach lekarskich kształcił się na uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, dyplom zaś lekarski uzyskał w Moskwie. Czas pewien pracował w szpitalu Św. Ducha, a w r. 1910 jako lekarz miejscowy najpierw w sanatorium w Grodzisku (do chwili wybuchu wojny), a później w sanatorium dra L. Dydyńskiego w Warszawie. W r. 1918 wstąpił na służbę państwową do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, w r. b. przeszedł jako ochotnik do wojsk, pracując przez czas krótki w szpitalach Czerwonego Krzyża na ul. Smolnej, a następnie aż do śmierci jako czynny lekarz wojskowy na froncie wschodnim.

## TREŚĆ NUMERU.

|                                                                                                                        | Str. |                                                                          | Str. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------|------|
| Dr Hadryan Demianowski. O konstytucji cielesnej porażeniów                                                             | 459  | 34. L. Bard. O znikaniu szmerów sercowych w napadach częstoskurczu serca | 469  |
| <i>Streszczenie zbiorowe.</i> Stan. Serkowski. Lipowakcyna przeciwdrurowa T. A. B.                                     | 465  | 35. L. Bard. Pomruk rozkurczowy u podstawy tętnicy głównej               | 469  |
| <i>Dział sprawozdawczy.</i> 32. Danysz. Zasady rozwoju chorób zakaźnych                                                | 468  | 36. B. Kisch. Objaw podmiotowy po urazach czaszki                        | 470  |
| 33. A. Cramer, I. Brossard i I. Heitz. Przypadek niedostateczności zastawek tętnicy głównej, powstałej wskutek wybuchu | 469  | <i>Wiadomości drobne</i>                                                 | 470  |
|                                                                                                                        |      | <i>Wiadomości bieżące</i>                                                | 471  |
|                                                                                                                        |      | <i>Nekrologia</i>                                                        | 472  |

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5<sup>1/2</sup> do 7-ej.

Artyści i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

## WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 54, półrocznie Mk. 27; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60 (kor. 120), półrocznie M. 30 (kor. 60). Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej m. 2.25, na ostatniej M. 2, na stronach wewnętrznych okładki M. 1.75.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Falck — Bonerowska 11. Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89. Tel. 188-70.

**Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.**

# **W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych**

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

**TOM PIERWSZY:**

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

**TOM DRUGI.**

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąlikowe. Nosaczka. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

**Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.**

# **Odczyty Kliniczne**

**Serya XXII.**

- № 1, 2, 3. Seweryn Sterling. Zapalenie nerek w świetle poglądów tegocześnie.
- № 4, 5, 6. J. Szmurło. Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spostrzeżeń.
- № 7, 8, 9, 10. Władysław Janowski. Prawidłowa nazwa tonów serca oraz jego szmerów organicznych i czynnościowych w cierpieniach tego narządu i w kilku innych stanach chorobnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

## Choroby wewnętrzne.

### Podstawowe sposoby badania klinicznego.

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI

starszy ordynator Szpitala Wojskowego w Warszawie.

### Część I. Oglądanie i opukiwanie

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

**Cena mk. 16.**

### Część II. Obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie

(z 75 rysunkami i dodatkiem, zawierającym „Plan badania klinicznego“).

**Cena mk. 40.**

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Polska Krajowa

LOTERYA

= Klasyczna =



Warszawa

**R.G.O.**

Kredytowa 4.

**! Największa Polska Loteria !**

70,000 losów, 35,000 wygranych i 17 premii.

**Wielka wygrana: 500000 mk.**

SUMA  
WYGRANYCH  
W JEDNEM PÓLROCZU

**11 milionów 592,000 mk.**

Ciągnięcie klasy III dn. 7 i 8 października.

**Co drugi los wygrywa!**