

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 18 WRZEŚNIA 1930 R.

Nr. 38

PRACE ORYGINALNE

R o z p r a w y

Z kliniki Chor. Dziec. Uniw. Warszawskiego.

(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz)

Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych.*)

Podał

Henryk BROKMAN (Warszawa)

(Ciąg dalszy p. Nr. 37).

C. Stosunek jadu płoniczego do komórki wrażliwej.

Tak więc pomiędzy jadami i allergenami istniała do niedawna przepaść. Lecz przed kilku laty badacze zaznajomili się z nowym antygenem, którego umieszczenie na właściwym dlań miejscu napotykało dużo trudności. Tym antygenem jest jad paciorkowcowy płoniczy. Odrazu zaznaczymy, że antygen ten, jak to podkreśliliśmy w pracach naszych, ogłoszonych w r. 1927/28, posiada z jednej strony cechy, właściwe jadom, z drugiej zaś allergenom. Jad paciorkowcowy działa odmiennie na osobnika wrażliwego i niewrażliwego i to w obrębie jednego i tego samego gatunku zwierzęcia. Króliki oraz świnki morskie są normalnie niewrażliwe na doskórne wstrzyknięcie jadu płoniczego. Jednakowoż udało się uczynić te zwierzęta sztucznie wrażliwymi na jad płoniczy za pomocą uprzedniego wstrzyknięcia paciorkowców płoniczych (Dochez, Brokman i Sparrow.)

Odmienne oddziaływanie zwierząt, odpowiednio przygotowanych, polegać musi na powstawaniu specjalnego powinowactwa komórek do jadu. To powstawanie powinowactwa zauważamy i u ludzi. Przez Cookea, Paunza i Csomę oraz przez nas poczynione zostały spostrzeżenia, polegające na tem, iż niemowlęta są niewrażliwe na wstrzyknięcie określonych dawek jadu płoniczego do skóry, natomiast w późniejszym wieku daje się ujawnić powinowactwo skóry do jadu. Tak więc w późniejszym okre-

sie życia następuje wytworzenie powinowactwa. Również i nasze doświadczenia z Mayznerem, w których pod wpływem zastrzyknięcia paciorkowców u dzieci odczyn Dicka z ujemnego zmienia się na dodatni, przemawiają za powstaniem powinowactwa komórek skóry do jadu. Na pozór więc i tutaj istnieje analogja ze zjawiskami allergicznymi.

Zatrącanie powinowactwa komórek do jadu płoniczego również udało się ustalić na podstawie doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych. W doświadczeniach naszych z Mayznerem mogliśmy również sztucznie zmienić odczyn Dicka w ciągu 24 godzin z dodatniego na ujemny. Podobną nagłą zmianę odczynu Dicka spostrzegamy, jak wiadomo, w szeregu chorób zakaźnych. Również i zmiana odczynu Dicka z dodatniego na ujemny w końcu pierwszego okresu choroby została przez nas wytłumaczona, jako zatrącenie powinowactwa komórek naczyń skóry pod wpływem czynnika chorobotwórczego.

Co do kwestji, czy wygląd odczynu, wywołanego przez jad płoniczy, posiada charakter swoisty, trudno się wypowiedzieć decydująco. Wygląd wysypki, którą daje jad płoniczy, przypomina tę postać wysypki, jaką spostrzegamy w przebiegu choroby. Jednakże doświadczalnie udaje się wywołać odczyn o podobnym charakterze (w postaci działania ogólnego jakoteż miejscowego) przez zastrzyknięcie również innych jadów bakteryjnych, co słusznie podkreśla Bürgers. To podobieństwo odczynów polega na ich wspólnej własności jako jadów naczyniowych. Do jadów naczyniowych należą też wszystkie allergeny. Stąd i pod względem mechanizmu działania jad płoniczy zbliża się do allergenów.

Wszystkie te własności jadu płoniczego, które kazały nam podkreślić jego odrębny charakter w stosunku do jadu błoniczego, upoważniły Groera do wyłączenia jadu płoniczego z rzędu jadów pierwotnych i zaliczenia go do grupy allergenów. Jak to już wyżej zaznaczono, nie chcemy pójść tak daleko w swych poglądach, choćby już z tego względu, że uznajemy, wbrew Groerowi, istnienie antytoksyny przeciwploniczej. Uznaje to, jak wiemy,

*) Częściowo według odczytu, wypowiedzianego na posiedzeniu Sekcji Klin. Polsk. Tow. Medycyny Społecznej (dnia 23 II. 1929 r.)

również i Dochez, który, zbliżając się w swem ujęciu do naszych poglądów, pragnie zachować dla jadu płoniczego nazwę „toksallergenu”. Jednakże to określenie, jakkolwiek ujmuje istotę sprawy, według naszego zdania nie powinno być zachowane, a w każdym razie nie tylko dla jadu płoniczego, ponieważ cechy allergenu można znaleźć i w jadach pierwotnie toksycznych, między innymi i w jadzie błoniczym.

D. Zjawiska alergiczne w obrębie jadów pierwotnych.

W stosunku do jadu błoniczego możemy zauważyć odmienne działanie na poszczególne osobniki w obrębie jednego i tego samego gatunku. Tak, zgodnie ze spostrzeżeniami Groera i Kessowitza noworodki dają ujemny odczyn Schicka, odmienny zaś sposób oddziaływania w postaci dodatniego odczynu powstaje dopiero w pierwszych tygodniach życia. Tak więc mamy tutaj do czynienia z powstaniem powinowactwa, w którego obecności dopiero jad błoniczy może przejawiać swoje działania. To powinowactwo można sztucznym sposobem zwiększyć. W doświadczeniach z Przesmyckim mogliśmy u świnek za pomocą wstrzykiwania niewielkich dawek jadu błoniczego zwiększyć wrażliwość skóry na ten jad, tak, iż dawki, do tej pory nieczynne dla zwierzęcia, zaczynały wywoływać odczyny wyraźne. Zresztą i zatrącanie powinowactwa przez komórki możemy zauważyć w stosunku do jadu błoniczego. Wstrzykując świnkom duże dawki jadu błoniczego, otrzymaliśmy występującą po 24 godzinach niewrażliwość skóry na stosowane przedtem czynne stężenia jadu. Podobną niewrażliwość miejscową na jad błoniczy otrzymywali Szymanowski i Brill w 24 godziny po zastrzyknięciu do skóry anatoksyny błoniczej. Również w przebiegu toksycznej błonicy odczyn Schicka staje się z dodatniego ujemny. Podobne zjawiska spostrzegamy i w stosunku do drugiego jadu pierwotnego, a mianowicie, toksyny tężcowej. Gdy zwierzęciu wstrzykniemy do nerwu małą dawkę toksyny tężcowej i po pewnym okresie czasu wstrzykniemy powtórnie taką dawkę, która u zwierząt nieprzygotowanych nie daje żadnych objawów, — otrzymamy typowe objawy tężca. Spostrzegamy zatem nasilenie powinowactwa komórek do jadu tężcowego.

Ujmując raz jeszcze wszystkie omówione do tej pory antygeny, począwszy od jadu błoniczego poprzez jad płonicy aż do allergenów, z punktu widzenia stosunku ich powinowactwa do komórki wrażliwej, zauważymy pewną regularność, jak gdyby stopniowanie w mechanizmie ich działania. Notujemy tutaj, począwszy od jadu błoniczego, wciąż zwiększające się powinowactwo komórek do antygeny, jako niezbędny warunek działania tego ostatniego. W związku z tem toksyna błonnicza znajduje prawie u wszystkich zwierząt dostateczny stopień powinowactwa do przejawienia swego działania (pominąwszy najmłodsze niemowlęta, szczury). Toksyna płonnicza natrafia na dostateczne dla siebie powi-

nowactwo jedynie u człowieka starszego, zazwyczaj będącego powyżej pierwszego roku życia, poza tem u kóz, a według niektórych autorów u koni oraz młodych królików. Inne zwierzęta wymagają dopiero specjalnego przygotowania, a ludzie rozwoju fizjologicznego (tego powinowactwa), ażeby jad płonniczy mógł przejawiać swoje działanie. Wreszcie allergeny są naogół nieczynne dla zwierząt i ludzi normalnych. Powinowactwo do nich powstaje u zwierząt dopiero pod wpływem uczulenia, (zjawiska anafilaktyczne) lub też (w stosunku do atopików u ludzi) również pod wpływem swoistego uczulenia, wzgl. jako wyraz fizjologicznego rozwoju, uwarunkowanego cechami dziedzicznymi. W każdym bądź razie zaznacza się w układzie tych wszystkich antygenów pewna analogja do układu pierwiastków. Być może, analogja ta nie jest tylko pozorną, a oparta na właściwościach chemicznych antygeny. Podobnie jak to miało miejsce w historii w rozwoju nauki o pierwiastkach, zadaniem naszym jest umieszczenie wszystkich znanych nam antygenów w układzie w pewnem określonym miejscu, a to w związku z własnościami biologicznymi każdego z nich. Pod tym względem szczególnie interesuje nas tuberkulina, co do której charakteru do tej pory panowały rozmaite poglądy.

E. Biologiczne własności tuberkuliny w stosunku do komórki wrażliwej.

Tuberkulina uważana jest przez większość badaczy nie za toksynę, a zaliczana raczej do anafilaktogenów (o cechach, co prawda, nie antygeny, lecz haptenu). Ten pogląd posiada rzeczywiście swoje podstawy. Jak wiadomo, zwierzęta i ludzie normalni nie oddziałują na tuberkulinę, odmiennie zaś oddziaływanie w postaci dodatnich odczynów tuberkulinowych spostrzegamy dopiero u ludzi i zwierząt gruźliczych, wzgl. uczulonych zabitemi lasecznikami. Tak więc dopiero powstanie powinowactwa warunkuje oddziaływanie tuberkuliny na komórki ustrojowe. To powinowactwo może być również zatrącone przez komórki i to nagle pod wpływem wstrzyknięcia dużych dawek tuberkuliny, znika również, wzgl. słabnie w przebiegu szeregu chorób zakaźnych. Te zasadnicze cechy zbliżają tuberkulinę do allergenu. Jednakże w stosunku do tuberkuliny spostrzegamy i inne zjawiska, które nie należą do rzędu alergicznych. Poprzednio podkreśliliśmy, iż odczyny, otrzymywane przez zadziaływanie allergenu, są zawsze prawie identyczne, niezależnie od rodzaju użytego antygeny. Inaczej ma się sprawa z działaniem tuberkuliny. Odczyn tuberkulinowy posiada pewne sobie tylko właściwe cechy, zarówno makro, jak i mikroskopowe. Drugą cechą, odróżniającą działanie tuberkuliny od allergenu, są ujemne wyniki dotychczasowych prób przeniesienia wrażliwości na tuberkulinę biernie. Udaje się to zarówno w stosunku do anafilaksji, jak i w stosunku do idiosynkrazji, gdzie za pomocą wstrzyknięcia surowicy osobnikowi zdrowemu otrzymujemy objawy

ogólne (w anafilaksji) i miejscowe (w idiosynkrazji). Wreszcie należy już tutaj zaznaczyć, iż w stosunku do tuberkuliny opisane zostały dawniej przez Lōwensteina i Picquerta własności surowic ludzkich, zdolnych zobojętnić tuberkulinę. Te własności surowic zostały nazwane „anticutinami” i przeważnie odmawiano im własności antytoksyn. W doświadczeniach, przeprowadzanych obecnie z Celarkiem, mogliśmy otrzymać od uodparnionej lasecznikami B. C. G. krowy surowicę, zobojętniającą tuberkulinę. Krowa ta otrzymywała kilkakrotnie zastrzyknięcie tuberkuliny i w ten sposób wytworzyła przeciwciała, odpowiadające tym wymogom, jakie stawiamy prawdziwej antytoksynie.

W wyniku biologicznej analizy tuberkuliny należy ją umieścić w naszym układzie pomiędzy jadem płoniczym a allergenami. Zakres bowiem

działania tuberkuliny jest znacznie węższy, aniżeli jadu płoniczego, równy raczej allergenom. Bowiem tylko zwierzęta i ludzie, uczuleni naturalnie lub sztucznie, są wrażliwi na tuberkulinę. Pozatem, podobnie jak to ma miejsce w stosunku do allergenu, tuberkulina działa tylko w warunkach bardzo silnego powinowactwa. Jednakże, jak zaznaczyliśmy wyżej, tuberkulina dzieli z jadami pierwotnymi właściwość swoistego dla siebie sposobu działania i, jak zobaczymy dalej, łatwiej daje się zobojętnić za pomocą surowic, aniżeli allergeny. Uważamy za zagadnienie czysto akademickie rozwiązanie wątpliwości co do tego, czy tuberkulina bliższa jest jadom, czy też allergenom. W każdym bądź razie w układzie antygenów winna być ona umieszczona pomiędzy jadem płoniczym a typowymi allergenami, stanowiąc biologiczne wiązadło pomiędzy jadami i allergenami.

(c. d. n.)

Wykłady kliniczne

Z oddz. chorób nerwowych Szpitala na Czystem.

(Ordynator: Dr. E. Bregman.)

Kwasica i alkalozja w patologji układu nerwowego*).

Podał

A. KRAKOWSKI (Warszawa.)

Poprzez wszechwładnie panującą w wieku 19-tym patologję komórkową w wieku 20-tym znów wracamy do pojęć humoralizmu — na czoło bowiem współczesnych zagadnień patologji i kliniki wysunęło się zagadnienie kwasicy i alkalozji.

Każdy ustrój zwierzęcy, a szczególnie ludzki, rozporządza subtelnym i b. sprężystym aparatem, regulującym równowagę kwasowo-zasadową. Równowagę tę, jak również wszelkie odchylenia od normy, określamy drogą obliczania stężenia jonów wodorowych (Ph) oraz rezerwy alkalicznej. W stanach chorobowych Ph krwi ulega minimalnym wahaniom, dlatego w klinice bez porównania większą wartość realną posiada określanie rezerwy alkalicznej krwi metodą van Slykea.

Nieliczne, jak dotychczas, są prace, dotyczące biochemizmu w patologji układu nerwowego. Nasze badania miały na celu ustalenie rezerwy alkalicznej i Ph płynu mózgo-rdzeni. w różnych schorzeniach nerwowych, przyczem zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że zaburzenia fizyczno-chemiczne nie stanowią w klinice jakiejś odrębnej jednostki chorobowej, lecz że mogą one być objawem współtowarzyszącym różnym cierpieniom.

Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej obserwujemy już w warunkach fizjologicznych, w normalnym śnie, fizjologicznym-elementarnym procesie życiowym, zwolniony oddech przyczynia się do nagromadzenia większej ilości CO₂, co prowadzi do kwasicy kwasowęglowej, która, jak Wuth twierdzi, jest przyczyną zespołu objawów, w normalnym śnie występujących. Podobny wpływ mają środki nasenne i narkotyczne.

*) Podług odczytu, wygłoszonego na 2-iem zebraniu dorocznem Warsz. Tow. Neurol. 4. V. 1930 r.

Równowaga ta zostaje zachwiana również w stanach czynnościowych: neurastenja bowiem łączy się z hiperkalcemją, lęk z silnie alkalicznym odczynem moczu, przy którym Laignel-Lavastine stwierdzał we krwi b. wysoką rezerwę alkaliczną, w histerji Glaser znalazł duże wahania wapnia we krwi oraz zwiększoną zawartość kreatyny. I nawet w niektórych chorobach psychicznych ten czynnik równowagi kwasowo-zasadowej odgrywa doniosłą rolę. Walker w ośpieniu wczesnem stwierdzał kwasicę. Tomasson i Helgi ustalili, że w stanach podniecenia przeważają we krwi jony wapnia, w okresie depresji jony potasu. Klemperer i Edith twierdzą, że hipercholesterynemja, spotykana często w *psychosis maniaco-depressiva*, ma być cechą konstytucjonalną tych chorych. Mann i Marsh przekonali się na dużym materiale psychiatrycznym, że chorzy, dotknięci cierpieniem umysłowem (autorzy nie ujęli materiału w rubryki djaagnostyczne), w większości przypadków wykazują kwaśny odczyn aktualny moczu.

W piśmiennictwie neurologicznem zagadnienie kwasicy i alkalozji, jak dotychczas, jest mało uwzględniane, pomimo, że równowaga ta zostaje często zachwiana przez pracę utajoną, w postaci wzmoczonego napięcia mięśniowego, jak również przez ruchy mimowolne, tak często w neuropatologii spotykane.

Znanem jest, że odczyn mięśnia pracującego, czy też zmęczonego staje się kwaśny, dzięki wytwarzaniu w nim kwasu mlekowego. Równocześnie z powstawaniem kwasu mlekowego odszczepia się ze swych połączeń, podczas pracy mięśniowej, kwas fosforowy, powstają również kwasy aminowe, kreatyna, kreatynina, kwas moczowy. Waliński stwierdził, że kwasy, powstające podczas pracy fizycznej, wyraźnie zmniejszają alkalescencję krwi, i wykazał, że rezerwa alkaliczna krwi spada.

Barr i Himnich stwierdzali zmniejszenie się Ph krwi po pracy mięśniowej. Dotyczy to pracy mięśniowej człowieka zdrowego, gdzie mechanizmy regulujące działają sprawnie.

Mięśnie, najobfitsza tkanka ustroju, w schorzeniach układu nerwowego b. często udział biorą, już choćby w tak niemal codziennem obserwowanem po-

rażeniu połowiczem, w nieskończenie wielobarwnym i wślepociowym zespole prążkowym, do którego zaliczyć należy chorobę Parkinsona, Wilsona, Strümpfella, płasawicę Sydenhama i Huntingtona, atetozę, spazm torsyjny, miażdżycowe stężenie mięśni.

Badaliśmy wpływ wzmożonego napięcia mięśniowego, spowodowany przez uszkodzenie wielkich węzłów podstawowych, na zachowanie się stężenia jonów wodorowych (Ph płynu mózgowo-rdzeniowego) oraz zasobu zasad krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Stwierdziliśmy w parkinsonizmie pośpiączkowym, szczególnie w przypadkach, daleko zaawansowanych co do czasu trwania choroby, wzmożenie napięcia mięśniowego i mimowolne drżenia, dużą tolerancję względem doustnie, a nawet dożylnie podawanego dwuwęglanu sodu, co już *a priori* można było przypuszczać, jest zależne od wytwarzania się w ustroju substancji kwaśnych. Pozatem ustaliliśmy, że moczu przeważnej liczby parkinsoników ulega zalkalizowaniu po znacznie większej dawce dwuwęglanu sodu, niż u osobników z normalnym zasobem zasad (próba Bluma). A zatem i ta próba, zgruba dostosowana do potrzeb klinicznych, wskazywała na obniżenie u parkinsoników zasobu zasad, co też bliżej sprecyzowaliśmy przez bezpośrednie badanie rezerwy alkalicznej aparatem van Slykea.

Wyniki tych badań upoważniają nas do wysnucia następujących wniosków: wysokość poziomu zasobu zasad krwi u parkinsoników zależy od ciężkości cierpienia, u chorych z objawami klinicznymi, dalej posuniętymi, zasób zasad jest zmniejszony przeciętnie o 12%. Stan zaś równowagi kwasowo-zasadowej, określany drogą obliczania rezerwy alkalicznej i Ph w płynie mózgo-rdzen., nic charakterystycznego dla parkinsonizmu nie stanowi.

Z tego zachowywania się zasobu zasad krwi widać, że popołnienie bilansu tłumikowego, który w procesach neutralizacyjnych odgrywa doniosłą rolę, przez wprowadzenie do ustroju dwuwęglanu sodu powinno było wpływać dodatnio na objawy chorobowe w parkinsonizmie, co też stwierdziliśmy przy doustnym podawaniu tej zasady. Na 4—5 dzień po wprowadzeniu do ustroju 80—100 gr. dwuwęglanu sodu napięcie mięśniowe zmniejszało się, wpływ zaś na mimowolne drżenie był stosunkowo mały. Prawdopodobnie i w alkaliczującym wpływie skopolaminy należy doszukiwać się jej przejściowego znaczenia leczniczego w parkinsonizmie. Marinresco i Sager bowiem po wstrzyknięciu hioscyny stwierdzali przesunięcie aktualnego odczynu krwi w kierunku alkalicznym. Fazie zaś alkalicznej odpowiada stan najmniejszego napięcia mięśniowego i największego spokoju ruchowego, za tem też przemawiają badania Regelsa i Bergera.

Duże zmiany fizyczno-chemiczne zachodzą w płasawicy, czem też tłumaczy się dodatni wpływ dożylnie podawanej adrenaliny, którą z dobrym skutkiem terapeutycznym stosowaliśmy nawet w ciężkich przypadkach płasawicy. Zondek i Wollmer stwierdzili, że druga faza działania tonogenu alkaliczuje ustrój, a Duzar wykazał, że czas zupełnego bezruchu przypada wtedy, gdy odczyn krwi pod wpływem adrenaliny ulega przesunięciu w kierunku alkalicznym. W naszych przypadkach stwierdzaliśmy czasowy wzrost rezerwy alkalicznej krwi pod wpływem adrenaliny.*)

*) A. Krakowski: Leczenie płasawicy dożylnymi wstrzykiwaniami adrenaliny. Kwar. klin. T. VII. z. 1. 1928 r.

W przełomach żółdkowych w wiadze rdzenia w większości przypadków stwierdzaliśmy kwasicę, niektóre przypadki przebiegały z normalnym odczynem chemicznym płynu. Pozatem, w myśl naszych badań, zarówno *meningitis cerebro-spinalis epidemica*, jak i *meningitis tuberculosa* w przeważającej liczbie przypadków przebiegały z kwasicą, przyczem rezerwa alkaliczna płynu m.-rdz. była bardziej obniżona, aniżeli we krwi.

Ze zmniejszonym współczynnikiem Ph płynu m.-rdz. oraz obniżoną rezerwą alkaliczną przebiegała kiła mózgu; zapalenie rogów przednich rdzenia (*poliomyelitis ant. ac.*) tylko w 1, 2 i 3 tygodniu choroby, w okresach zaś późniejszych liczby dla Ph i rezerwy alkalicznej płynu m.-rdz. były w granicach normy, w kilku przypadkach w 4—5 miesiącu choroby stwierdziliśmy alkalozę, którą obserwowaliśmy również i po naświetlaniach kręgosłupa promien. Roentgena.

W stwardnieniu wieloogniskowym (*sclerosis multiplex*) tylko w tych przypadkach stwierdzaliśmy kwasicę w płynie mózgo-rdzen., w których choroba robiła szybkie postępy i od niespełna roku trwała. Kilka przypadków guza mózgu przebiegało z kwasicą, w 2-ch stwierdziliśmy alkalozę.

Z powyższych badań wynioskować można, że Ph płynu m.-rdz. i rezerwa alkaliczna przeważnie w ostrych sprawach zapalnych mózgowo-rdzeniowych mają wyraźną tendencję do zmniejszania się, czyli przemawiają za zakwaszeniem płynu m.-rdz., a należy zaznaczyć, że już minimalne wahania Ph. oznaczają b. duże zmiany w koncentracji jonów wodorowych.

Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej mogą rzucić zupełnie inne światło na przepuszczalność narządów ochronnych, ustawionych między krwią a płynem m.-rdz. Dla przepuszczalności bariery między krwią a płynem m.-rdz. niezbędne jest ostre schorzenie opon i naczyń, a w ostrych tych schorzeniach, jak z wyniku naszych badań wynioskować można, stwierdzaliśmy prawie stałe obniżenie we krwi zasobu zasad, a w płynie m.-rdz. obniżenie Ph i rezerwy alkalicznej, czyli wzrost kwasoty zarówno we krwi, jak i w płynie m.-rdz. Jeżeli zmiany fizyczno-chemiczne powodują wzmożoną przepuszczalność wału ochronnego, to mogłyby one odgrywać dużą rolę w powstawaniu różnych cierpień i dać ważne wskazówki co do ich zwalczania.

W stanach patologicznych najczęściej napotykamy kwasicę, rzadziej alkalozę. Badania jednak doby ostatniej wykazały, że nierzadko i alkalozą występuje i może być z łatwością wywołana drogą hiperwentylacji.

Alkalozą występuje w tężycze samoistnej, w padaczce, niektórych postaciach migreny oraz w niektórych schorzeniach, w zakres neurologii nie wchodzących. Czy alkalozą, obok licznych innych teorii, w powstawaniu tych cierpień odgrywa rolę dominującą, wydaje się trudnem do rozstrzygnięcia i wymaga jeszcze dalszych badań. Wspomnieć należy o wpływie terapeutycznym promieni Roentgena na niektóre cierpienia układu nerwowego, którym towarzyszy kwasica. Szczegółowo o tem tutaj mówić nie będę.

Dane fizyczno-chemiczne w dziedzinie patologii i terapii stanowią jeszcze pojedyncze fragmenty tej niezmiernie doniosłej, a będącej w medycynie w sta-

djum początkowem nauki, która, być może, w niedalekiej przyszłości przyniesie niejedną rewelację w dzisiejszych naszych pojęciach. Możliwe, że badania fizyczno-chemiczne wyjaśnią niektóre szczegóły w tak niezmiernie doniosłym, lecz biologicznie jeszcze zu-

pełnie ciemnym zagadnieniu nowotworów złośliwych. Cały szereg bowiem najnowszych spostrzeżeń i doświadczeń przemawia za tem, że czynnik fizyczno-chemiczny w nowotworach złośliwych odgrywa doniosłą rolę.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Fizjologii U. S. B. w Wilnie.

(Kierownik: Prof. Dr. med. M. Eiger).

Motto: Natura non facit exceptiones.

Natura non facit saltus.

Badania nad nowotworami doświadczalnymi.*

I. Wpływ układu nerwowego mimowolnego oraz wpływ odżywiania na powstawanie nowotworów doświadczalnych. Dieta, jako środek społeczno—lecniczy zapobiegawczy*).

Podali

Prof. M. EIGER i doc. E. CZARNECKI.

Nauka o nowotworach (nabłoniakach, rakach, mięsakiach) wykazuje znaczny postęp i rozwój od chwili, gdy zaczęto w dziedzinie tej stosować ściśle ilościowe badania chemiczno—fizjologiczne (O. Warburg, Watterman, Freud, Kaminer i inni) oraz metody doświadczalne (przeszczepianie, wywoływanie za pomocą smoły oraz innych środków, hodowlę tkanek.)

Eksperyment pozwala badaczowi badać wpływ świadomie wybranych lub usuwanych czynników, dzięki czemu badacz może stworzyć sobie najdogodniejsze warunki doświadczenia i obserwacji i, kierując odpowiednio doświadczeniem, staje się badacz po części stopniowo coraz bardziej panem sytuacji.

Wielka liczba prac nad powstawaniem nowotworów pod wpływem wcierań smoły, rozpoczętych przez japończyków Yamagiwa i Itchikawa, słynne doświadczenia Fibigera nad rakami szczurów, karmionych obłecami (*Spiroptera neoplastica*) pasorzytującym w karacanie (*Periplaneta americana*), oraz raki doświadczalne, otrzymywane pod wpływem działania promieni Roentgena (Clunet, B. Bloch), są doskonałym i niezbitym dowodem słuszności teorii Virchowa, który główną rolę w powstawaniu nowotworów przypisywał czynnikom drażniącym; doświadczenia te, a zwłaszcza doświadczenia z t. zw. nowotworami posmołowemi, potwierdzone przez różnych autorów, zarówno obcych, jak i polskich (Ciechanowski, Czarnecki, Paszkiewicz i inni.), stwierdzają dosadnie, że w znacznej większości przypadków można u zwierząt (królików, myszy,) wywołać powstawanie nowotworów, względnie raków. Wynika stąd wniosek, że nowotwór (nabłoniak, rak) powstaje z komórki zwykłej, początkowo normalnej ustroju

pod wpływem czynnika drażniącego. Fakt ten znamieny staje się drogowskazem oraz wytyczną badań nad nowotworami.

Czynnik drażniący w eksperymencie jest znany, znany on jest również w wielu przypadkach u ludzi (palaczy fajek, kominiarzy, „Kangri“, pracujących z naftą, aniliną, asfaltem i t. d.); znane są również klasyczne miejsca powstawania raków u ludzi, miejsca narażone najbardziej na działanie czynników drażniących zewnętrznych.

Nieznane są dokładnie zmiany w komórce, które wywołuje w niej czynnik drażniący, dzięki którym komórka normalna stopniowo przekształca się w nowotworową zarówno pod względem morfologicznym, jak i biochemicznym oraz biofizycznym. Na sprawy te stara się odpowiedzieć cytofizjologia porównawcza, w najszerszym tego słowa znaczeniu, zwłaszcza tak świetnie rozwinięta przez Carella, dzięki wprowadzeniu metody hodowli tkanek Harrisona, oraz cytopatologia.

Ustrój zwierzęcy i ludzki stanowi glebę czyli podłoże, w którym komórka nowotworowa się tworzy, powstaje, z którego czerpie materiał odżywczy i do którego oddaje swe produkty przemiany materji: stanowi też on środowisko, w którym komórki nowotworowe powstają, żyją i zamierają. Stąd wniosek oczywisty, że nauka o nowotworach zająć się musi przede wszystkim: 1) zbadać czynniki drażniące, 2) cytofizjologią i cytopatologią komórki, zwłaszcza z punktu widzenia biochemicznego i biofizycznego oraz 3) fizjologią, względnie fizjologią patologiczną ustroju, w którym nowotwór powstaje; oprócz tego musi zwrócić szczególną uwagę na wzajemne oddziaływanie czyli korelacje tych trzech, w grę wchodzących czynników, mianowicie: bodźca, tkanki nowotworowej, poczynając od faz najwcześniejszych aż do jej zaniku, oraz ustroju z punktu widzenia fizjologicznego i patologiczno—fizjologicznego. Jeśli przeto, jak to wykazały doświadczenia (O. Warburga, Wattermana, Abderhaldena, Freuda i Kaminera, Barcrofta, Bauera, Nyiri, Silbersteina, K. Gläsera, Rony i Deutscha oraz innych), badania chemiczne i fizyczno—chemiczne rzuciły już wiele światła na tę dziedzinę i rzucić muszą jeszcze znacznie więcej, siłą rzeczy, to też zrozumiałym jest fakt, że w sprawie tej zabrać głos musi nie tylko cytofizjologia, ale, skoro w grę wchodzi ustrój zwierzęcy i ludzki, jako gleba i środowisko nowotworu, również i fizjologia ustroju jako całości osobniczej. Dlatego też rozpoczęliśmy badania te z punktu widzenia fizjologicznego.

Głównym przejawem życia ustroju, zarówno jednokomórkowego, jak i wielokomórkowego, a przeto ustroju zwierzęcia wyższego i ludzkiego, jest jego przemiana i wymiana materji i energii w najszerszym tego słowa znaczeniu; nie

* Praca, wykonana dzięki zasilkowi Polskiego Komitetu do zwalczania raka. W całości ukaże się w czasopiśmie: „Nowotwory” i Biulet. P. Kom. Tamże piśmiennictwo.

*) Według odczytu wygłoszonego w sekcji fizjol. XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Wilnie w 1929 r.

dziwnego przeto, że badania chemiczno-fizjologiczne i w dziedzinie nowotworów wysunęły się na czoło i odgrywać będą stałe rolę dominującą.

W ustroju ssaków i ludzi, jak wiadomo, wybitną rolę na przemianę materji wywiera układ nerwowy, szczególnie układ mimowolny oraz narządy wewnętrznego wydzielania, tudzież ich twory, które działają na układ mimowolny przeważnie, a ponieważ najprawdopodobniej i bezpośrednio.

Do badań nad nowotworami z punktu widzenia fizjologicznego skłoniły nas poprzednie nasze (Eiger) badania nad układem mimowolnym.

Już w roku 1915 ogłosiliśmy pracę, w której obiektywnie stwierdzono wpływ nerwu błędnego na tworzenie się glikogenu w wątrobie, a tem samem fakt, że nerw błędny pod tym względem jest antagonistą nerwu współczulnego. Następnie wraz z współpracowniczką, asystentką J. Hurynowiczówną, opisaliśmy wpływ insuliny na układ nerwowy mimowolny, a wraz z asystentem M. Rubinsztajnem dowiedliśmy zależności ciał azotowych bezbiałkowych we krwi od układu nerwowego mimowolnego, przyczem okazało się, że drażnienie nerwu błędnego wywołuje wybitne wzmoczenie ilości tych ciał, natomiast drażnienie nerwu współczulnego wywołuje wyraźne zmniejszenie tych ciał we krwi, względnie w surowicy.

Fakty, znane z fizjologii, o wpływie układu mimowolnego na przemianę materji, zwłaszcza wpływ układu tego na zachowanie się elektrolitów, nasuwały same przez się pytanie, czy i jaką rolę w powstawaniu nowotworów doświadczalnych odgrywa układ ten, względnie zmiany w nim powstałe. Świadomie nie obraliśmy drogi przeszczepiań, gdyż już Ehrlich i Apolanti stwierdzili różnice pomiędzy zachowaniem się nowotworów a zachowaniem się przeszczepów; należy przeto z pewną ostrożnością i krytycyzmem wnioskować o nowotworach samoistnych, z zachowania się guzów przeszczepionych; oprócz tego dlatego, że zwolennicy hipotezy bakteryjnego powstawania nowotworów, jak wiadomo, starają się dowieść w guzach przeszczepianych obecności najrozmaitszych bakterij (*bac. tumefaciens* i t. p.). Obraliśmy przeto drogę bezpośredniego wywoływania nowotworów doświadczalnych za pomocą smoły pogazowej, dostarczonej nam uprzejmie przez Gazownię warszawską, która produkuje smołę z węgla kamiennego. Smarowano dwa lub trzy razy tygodniowo wewnętrzną stronę jednego ucha po lewej lub po prawej stronie: przed każdym smarowaniem usuwano mechanicznie starą warstwę smoły. Smoły użyto we wszystkich doświadczeniach tej samej z jednego dużego zapasu, szczelnie zamkniętego, z którego brano odpowiednie porcje w miarę potrzeby.

Ogółem zbadano 176 królików (część zwierząt pokazywaliśmy wspólnie na posiedzeniu Tow. Lek. Wil. dnia 26. 9. 1928, a serję guzów następną na posiedzeniu sekcji X-ej 13 Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie w roku 1929).

Serja I kontrolna: karmienie trawą — wykazała, że nowotwory posmołowe o charakterze brodawczaków powstają u nas pomiędzy dniem 66 a 77 zastosowania smoły.

Serja II: żywienie trawą, dwustronne przecięcie n. błędnego pod przeponą.

Zjawienie się guzków pomiędzy dniem 51—65.

Serja III: żywienie trawą, obu-

stronne przecięcie n. współczulnych na szyi.

Z 13 królików u jednego zjawił się już guzek na dzień 14, u jednego na 17, u 3 na 19, u 1 na 29; u trzech pomiędzy dn. 52—66. (U reszty nie można było określić z powodów niżej przytoczonych).

Serja IV: karmienie sianem; przecięcie dwustronne nn. współczulnych na szyi; najwcześniejsze zjawienie się guzków na 24, wzgl. na 28 dzień.

(Uwaga do serji III i IV: serje te są obecnie uzupełniane, gdyż, z powodu zmiany stajni i zwłoki w urzędzeniu ogrzewania podczas surowej zimy 1928—1929, spora część zwierząt padła na zapalenie płuc b. wcześniej.)

Serja V: Żywienie sianem; przecięcie n. trzewiowego; zjawienie się guzków pomiędzy 20 a 42 dniem (na 20 dzień 1, na 22 d. 1; na 25—1; na 26—1; na 41—1; na 42—2; jeden bez guzków padł po 1½ miesiąca.)

Jak wykazują badania różnych uczonych, głównie Abderhaldena i jego współpracowników E. Wertheimera i Gellhorna, oraz badania Fröhlicha i Pollacka, na działanie wewnętrznych wydzielin wywiera wpływ rodzaj odżywiania.

Okazało się, że przewaga katjonów (postać odżywiania zasadowa) albo przewaga anjonów (odżywianie kwaśne) stwarza warunki, w których wydzieliny dokrewne wykazują zupełnie odmienne działanie. Trawa uchodzi za pokarm zasadowy, siano zaś jako kwaśny. Jak słusznie wskazuje Gellhorn, z dawnych analiz Königa wiadomo, że popiół owsa wykazuje odczyn kwaśny; owies więc należy do potraw kwaśnych, podczas gdy popiół trawy wykazuje naodwrot reakcję zasadową. Wobec tego, że w doświadczeniach naszych otrzymaliśmy nieco odmienny wynik przy karmieniu sianem a karmieniu trawą, przeto postanowiliśmy sprawdzić, jak się zachowują króliki, smarowane smołą, karmione pokarmem wyraźnie kwaśnym, mianowicie owsem, który przytem, jak wiadomo z badań ilościowych, zawiera dużo potasu. Okazuje się, że u królików normalnych, karmionych owsem i nieoperowanych guzki powstawały (Serja V) pomiędzy 35 a 48 dniem, a przeto dwa razy przedziej, niż u karmionych trawą.

U królików, którym przecięto obustronnie nerw współczulny na szyi (Serja VI, karmienie owsem) otrzymano guzki jeszcze szybciej, mianowicie: na 5 królików u 2 na 20 dzień, u 1-go na 25-ty, u 2-ch pozostałych na 47 i 49-ty dzień. W serji tej powstawały guzy największe, do 103 gr. wagi.

Karmienie owsem zostało sprawdzone jeszcze na dwóch serjach:

Serja VII—liczba królików starszych 32. Okazało się, że u tych królików udało się wywołać guzy pomiędzy 18-ym a 39 dniem, czyli co najmniej dwa razy wcześniej, niż u królików, karmionych trawą, a nawet w czasie 3—4 razy krótszym.

Serja VIII—Doświadczenia z karmieniem królików młodych owsem wykazały nieco odmiennie wyniki, mianowicie: z 15-tu królików tylko u 2-ch udało się wywołać guz na dzień 17-ty, u 1-go na 47-my, u wszystkich innych zaś dopiero pomiędzy 50 a 78-ym, u 1-go 0; czyli naogół znacznie

później, niż królików starszych, u których przeważnie guzy powstawały pomiędzy 18-ym a 39-tym, wzgl. 48 dniem.

Serja IX: króliki karmione trawą, przecięcie nerwu usznego (*n. auricularis poster.*)

W porównaniu z odpowiednią serją kontrolną, smarowanie ucha operowanego nie wykazało godnych zaznaczenia różnic, guzki bowiem u takich królików zjawiały się dopiero pomiędzy 54 a 66 dniem.

Doświadczenia nasze wykazały że:

1) Przecięcie nerwów współczulnych na szyi przyspiesza znacznie powstawanie guzów, u sporej bowiem liczby (46%) udaje się nawet przy karmieniu trawą skrócić okres powstawania guzków nawet trzy lub czterykrotnie.

2) Sposób odżywiania odgrywa wybitną rolę w powstawaniu nowotworów posmołowych, podczas gdy bowiem u karmionych trawą powstawały guzki na dzień 77, to u karmionych owsem guzy zjawiały się znacznie wcześniej: pomiędzy 18-ym a 42-gim (39%).

3) Przecięcie nerwów współczulnych na szyi lub *n. trzewiowego* u królików karmionych owsem jeszcze bardziej wpływa na rozrost i przyspieszenie powstawania guzów.

4) U młodych królików, karmionych owsem, guzki zjawiają się znacznie później, niż u królików starszych, na 15 bowiem młodych królików zaledwie u 2 powstały na dzień 17, u reszty zaś pomiędzy dniem 50 a 70, czyli znacznie później niż u osobników starszych, karmionych tak samo.

Zaznaczyć należy, że guzki u królików nieoperowanych wykazały naogół odmienną budowę, dającą się zauważyć już gołym okiem; podczas gdy u królików nieoperowanych guzki te miały przeważnie wejście stożkowe, przyczem rozmiary ich nie przekraczały 2—4 cm., to u zwierząt z przeciętymi nerwami współczulnymi, zwłaszcza na szyi, nowotwory, jak to wykazują nasze fotografie, wyrastały do olbrzymich rozmiarów (wagi do 103 gr.); miały wygląd bardziej miękkich, o kształcie guzów kopulastych, wykazujących dążność do rozpadu ropnego i cuchnącego. Histologicznego zbadania guzów podjął się łaskawie prof. S. Ciechanowski.

Z doświadczeń naszych wynika, że układ współczulny ma niezawodnie dodatni hamujący wpływ na powstawanie brodawczaków posmołowych, i że usunięcie tego dodatniego wpływu, stwarzając warunki w ustroju, przyspieszające zjawienie się tych nowotworów i wzmagające rozrost.

Doświadczenia nasze są w zgodności z doświadczeniami Itchikawy i Kotzareffa, o których dowiedzieliśmy się już po wykonaniu pierwszej serii doświadczeń (z referatu M. Rosnowskiego). Autorzy ci wycinali królikom zwój szyjny współczulny górny po jednej stronie i smarowali obadwa uszy, otrzymali niemal jednoczesne zjawienie się brodaw-

czaków po obu stronach na dzień 15-ty, a po 23-ch znacniejszą liczbę.

Pomijając małą liczbę obserwowanych królików, uzupełnioną następnie w pracy Kotzareffa, Fischera i E. Rogera (*Les cancers et la physico-chimie* str. 96-98) liczbą 13-tu, podzieloną przytem jeszcze na 4 grupy (neurotomja, sympatykotomja, neurotomja wraz z sympatykotomją oraz grupa kontrolna), autorzy ci popełnili mimowoli błąd metodologiczny, smarując obadwa uszy, i tem się objaśnia fakt, że wprawdzie otrzymali wcześniejszy wzrost na uchu z przeciętym nerwem współczulnym, aniżeli na uchu normalnem, wzgl. na uchu po przecięciu *n. usznego*, jednakże różnice te nie były dość wybitne. Sami autorzy stwierdzają, że liczba ich doświadczeń jest niedostateczna, ażeby mogli wyciągnąć z nich wnioski decydujące. (*Le nombre de nos experiences n'est toutefois suffisant pour tirer des conclusions definitives*).

Doświadczenia nasze wykazują niewątpliwie, że przecięcie nerwów współczulnych, powoduje wcześniejsze zjawienie się i większy rozrost guzów.

Itchikawa i Kotzareff nie zwrócili należytej uwagi na fakt istnienia dośrodkowych włókien, stwierdzonych już dziś niezbicie przez fizjologję, włókien, należących czy to do układu czuciowego, sensorycznego, czy to czysto mimowolnego, bez których cały szereg odruchów już znanych byłby niemożliwy, jak np. odruch oczno-sercowy Aschnera, samoregulacja płuc, odruch przez nerw depresyjny, odruch przez nerwy trzewno-dośrodkowe (*Viscero-sensitive* niemieckich autorów), szereg objawów naczynioruchowych i t. p.

Nie uwzględnili oni również badań G. Bourguignona, który zastosował metodę chronaksyjną (Cybulskiego-Lapicque'a) do badania pobudliwości nerwów i stwierdza, że każde uszkodzenie nerwu może wywołać zmiany pobudliwości nerwu (i mięśnia) po tej samej stronie i po stronie przeciwnej przez istny odruch reperkusyjny; wprowadza on prawo reperkusji (*loi de repercussion*) i słusznie twierdzi, że układ nerwowy stanowi wielki układ „rezonansów wzajemnych”, dodając, że doświadczenia L. Lapicque'a oraz jego współpracowników (*Conf. prace J. Hurynowiczówny*), pozwalają sądzić, iż zjawisko reperkusji, znalezione przez niego w układzie nerwowym mózgowo-rdzeniowym, czyni prawdopodobnemi podobne stosunki i w układzie mimowolnym.

Usterka w metodyce rozumowania Itchikawy i Kotzareffa oraz R. Fischera polega na tem, że nie zwrócili oni dostatecznej uwagi na fakt, który sami przytaczają w dziele swem, że (str. 95 — 96) Sen'drail wraz z A. Remondem i Lassalem już w okresie przedrakowym (*La phase precancerreuse*) oraz w fazie złośliwego rozwoju nowotworów posmołowych u królików znaleźli wybitne zmiany zarówno w przemianie materji ogólnej, jak i w metabolizmie podstawowym, że autorzy ci, powołując się na zgodność wyników swoich z wynikami Martensa i Lipschütza oraz Carella, dochodzą do wniosku, że rak posmołowy wydaje się być mniej rakiem, powstałym na skutek podrażnienia, niż wyrazem tkankowym ogólnego zaburzenia środowiska wewnętrznego (*Le cancer de goudron semble moins un cancer d'irritation que l'expression tissulaire d'un trouble général du milieu interieur* Comp. Ren.

de la Soc. Biol. 1925 T. XCIII № 30 str. 982 d. S.). Naturalną jest rzeczą, że takie ogólne zaburzenie chemizmu wywołane smołą, odbić się musiało na obydwu uszach.

Prócz tego ważny jest dla nas wniosek Sendrailla i jego współpracowników, mianowicie, że wpływy neurotroficzne rządzą wzrostem nowotworów; wzmożenie napięcia układu współczulnego ma wpływ hamujący (5. Des influences neurotrophiques régissent la croissance neoplasique. L'hypertonie sympathique exerce sur elle une action d'arrêt.)

Stwierdzając wybitny wpływ układu nerwowego mimowolnego na powstawanie nowotworów doświadczalnych, nie twierdzimy bynajmniej, ażeby wpływ ten był jedyny, chcemy tylko powiedzieć, że wśród wielu powodów, które w ustroju, jako w podłożu stwarzają warunki, sprzyjające lub hamujące w powstawaniu nowotworów pod wpływem takich czy innych bodźców, układ nerwowy mimowolny stanowi jedno ze źródeł i to niepoślednie.

Słuszne bowiem jest zdanie endokrynologa A. Weilla, że należy strzec się, ażeby „consensus partium” ustroju badać tylko jednostronnie z punktu widzenia „nerwowej lub chemicznej korelacji”. Obie bowiem są możliwe; układ nerwowy panuje nad innymi narządami ustroju, a więc między innymi nad gruczołami dokrewnymi (nie wyłączając tych, które produkują ciała ochronne); odwrotnie — wytwory przemiany materii ustroju oraz wewnętrzne wydzieliny mogą działać na zakończenia lub ośrodki nerwowe (lub nawet przez bezpośrednie działanie na komórki ustroju), wpływać na zmiany czynności ich po-

dobnie, jak bodźce nerwowe. Układ współczulny np. wzmacnia produkcję adrenaliny, adrenalina zaś działa pobudzająco na układ współczulny.

Przemiana materii ustroju, chemizm poszczególnych narządów i tkanek, regulacja, dokonywana przez układ nerwowy, wpływ wewnętrznych wydzielin (w najszerszym tego słowa znaczeniu), które wydzielane są wszak przez wszystkie narządy i tkanki (a przeto i poszczególne komórki), stanowią jeden nierozdzielny łańcuch ogniw, wzajemnie się łączących i wzajemnie na siebie oddziaływających. Dlatego też często trudno jest rozstrzygnąć, co jest pierwotne, a co wtórne, albo, jak niektórzy mówią, co powodem, a co skutkiem. Tylko eksperymentator, mogący odtworzyć sprawę od samego początku doświadczalnie i prześledzić ją poprzez wszystkie możliwe fazy, jest w stanie na to pytanie odpowiedzieć, lub niejednokrotnie też i klinicysta, o ile udaje mu się obserwować sprawę od początku.

Z doświadczeń naszych przeto oraz z obliczeń i badań Sendrailla i jego współpracowników wynika, że, ażeby powstał nowotwór posmołowy potrzeba:

- 1) czynnika drażniącego miejscowego,
- 2) odpowiednich zaburzeń w ustroju, jako podłożu, i że
- 3) zaburzenia te, sprzyjające powstawaniu nowotworów, wzmagają się znacznie przez usunięcie regulującego wpływu normalnego układu współczulnego. (Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z oddziału Szp. Śgo Łazarza w Warszawie.

(Ordynator: dr. Wernic).

O trudnościach rozpoznawczych w kile pierwszorzędowej i wartości leczenia poronnego.

Podał

Stefan HIRSZBERG (Warszawa).

(Dokończenie patrz Nr. 37).

Poglądy na sprawę leczenia kily, pomimo dokładnej znajomości kliniki tego cierpienia i cennych pomocniczych metod rozpoznawczych, nie są ustalone i ulegają ustawicznej fluktuacji. Dość przypomnieć, że jeszcze doniedawna niektórzy syfilidolodzy radzili czekać z rozpoczęciem leczenia aż do okresu osutki uogólnionej. Pogląd ten ostatnio staje się znowu aktualny; w świetle teorii o ochronnej czynności skóry (ezofilaksja Hofmanna) nabiera on cech słuszności i ma swoich zwolenników w szeregach syfilidologów. Koncepcja ta oparta narazie na przesłankach czysto teoretycznych i nieoparta dotychczas odpowiednim mater-

jałem doświadczalnym i statystycznym, nie posiada siły przekonującej.

Myśl o przerywaniu kily w samym jej początku zajmowała już oddawna umysły badaczy. Próby wycinania lub wypalania podejrzanych zmian pierwotnych nie dały, niestety, spodziewanych wyników. Jad szybciej przedostawał się do organizmu, aniżeli zdążała interwencja chirurga. Równie niefortunnie kończyły się próby przerywania choroby za pomocą wcierek rtęciowych, zastosowanych w okresie przedwysypkowym.

Dopiero wprowadzenie salwarsanu pchnęło leczenie kily na nowe tory i uczyniło kwestię poronnego leczenia ponownie aktualną. Gdyby ideał Ehrlicha — *sterilisatio magna* — był urzeczywistniony, kilę opanowaliby radykalnie. Po krótkim jednak okresie entuzjazmu nadzieje, pokładane w tym leku, zawiodły. Nie zmienia to jednak faktu, że w przeważającej liczbie przypadków kily pierwotnej leczenie, podjęte niezwłocznie i w sposób energiczny, zapobiega uogólnieniu się objawów, nie dopuszcza do nawrotów i utrzymuje stale odczyn ujemny we krwi. Fakty te potwierdza długoletnia obserwacja chorych oraz stosunkowo znikomy odsetek nawrotów. Według Rosta na

3000 przypadków kiły, leczonej w fazie ujemnego odczynu serologicznego, nawrotów było zaledwie 1,12%. Inni autorzy, jak Hoffmann i Mergelsberg, podają nieco wyższy odsetek — 4,4%. Lecz nawet i w tych nieudanych przypadkach, jak twierdzą ci sami autorzy, dawkowanie specyfików było niedostateczne, lub też nieuwzględnione zostały wszystkie wskazania do leczenia poronnego.

Pomimo tak efektownych i optymistycznych danych statystycznych kwestję leczenia poronnego musimy rozpatrywać z punktu widzenia bardzo surowej oceny naukowej. Już choćby dlatego, że wiemy, jak wcześniej następuje uogólnienie się jadu kiłowego i rozsianie krętków w ustroju, błędem byłoby uważać je za bezwzględnie skuteczne i zapewniać pacjenta o jego trwałym wyniku. Musimy pogodzić się z faktem, że brak objawów klinicznych, które możnaby wiązać z kiłą, oraz zmian serologicznych we krwi, nawet przez okres bardzo długi, nie jest jeszcze sprawdzianem, ani rękojmią ostatecznego wygaśnięcia procesu chorobowego. Przypadki powtórnego zakażenia po kuracji poronnej (*reinfectio*), które miałyby świadczyć o osiągnięciu wyleczenia, dadzą się tylko teoretycznie odróżnić od ewentualnego nadkażenia (*superinfectio*). Odczyn z odchyleniem dopełniacza musimy uważać jedynie za charakterystyczny, nie zaś za specyficzny dla kiły, zwłaszcza układu nerwowego. Znane są bowiem przypadki, gdzie, pomimo przeprowadzonego w idealnych warunkach leczenia poronnego i utrzymującego się przez szereg lat odczynu ujemnego, nagle stwierdzamy odczyn dodatni w płynie mózgowo-rdzeniowym z mniej lub więcej dyskretnymi objawami kiły nerwowej (Nathan).

W ciągu ostatnich lat szereg poważnych syfilidologów, jak Finger, Kerl, Boas i inni stwierdzają fakty nieudanego leczenia poronnego. Radzą oni nie ograniczać się do jednego leczenia. Meirowski po pierwszym leczeniu stosuje drugie i trzecie, nazywając je „leczeniem zabezpieczającym”. Już sam ten termin świadczy o zachwianiu się wiary w bezwzględną skuteczność kuracji poronnej. Na ostatnim zjeździe syfilidologów i dermatologów francuskich przez usta Sabouarda zdezawuowano oficjalnie metodę leczenia poronnego kiły.

Teoretycznie zatem sprawa zdaje się być wyczerpana, z praktycznego jednak punktu widzenia kwestja pozostaje nadal otwarta, czego dowodem, że i dziś jeszcze wśród lekarzy spotykamy się z licznymi zwolennikami leczenia poronnego.

Co stanowi istotę leczenia poronnego, i jakie jest najważniejsze określenie tej metody? Jest to leczenie salwarsanowe, podjęte we wczesnym okresie kiły pierwotnej, przy którym faza ujemna we krwi utrzymuje się nie tylko na początku, lecz, co ważniejsze, w toku i po zakończeniu leczenia. Przekładając to na język praktyki codziennej, nie wolno nam zapewniać pacjenta, że po jednym leczeniu poronnym uwolnimy go definitywnie od kiły, natomiast należy powiedzieć mu, że wczesny okres zakażenia pozwala na próbę leczenia poronnego, i że, jakkolwiek szanse wyleczenia są większe, aniżeli w okresie późniejszym, to dopiero czas pokaże, czy próba się udała. I tu właśnie z całym naciskiem należy podkreślić rolę zachowania

się odczynu krwi w toku i po leczeniu poronnym; jest to kwestja najistotniejsza.

Ponieważ dodatni odczyn zjawia się zazwyczaj w 6-ym tygodniu, do leczenia poronnego nadają się tylko te przypadki, gdzie zakażenie trwa nie dłużej, aniżeli 3 — 4 tygodnie. Niejednokrotnie zdarza się, że rozpoczynawszy leczenie w ujemnym okresie serologicznym, nie tylko nie uprzedzamy dodatniego odczynu, lecz, przeciwnie, leczeniem specyficznym przyspieszamy go. Wyjaśnienie tego zjawiska, zdaniem Miliana i Gennericha polega na tem, że najwidoczniej leczenie rozpoczęte zostało w momencie bliskim do przestrojenia serologicznego. Zmiana odczynu zdarza się najczęściej po drugim lub nawet już po pierwszym wlewaniu salwarsanu. Zjawisko to zdaje się być analogiczne do objawu Herxheimera. Ponowna kontrola odczynu po drugim wlewaniu nie tylko z odchyleniem komplementu, lecz również metodami kłaczującymi (odcyny Sachs-Georgi, Kahna i Citocholowy, jako specjalnie czułe i wcześniej występujące, nadają się wyjątkowo dobrze do kontroli leczenia poronnego) jest zatem absolutnie niezbędna. Jej wynik będzie decydował o zachowaniu się lekarza na przyszłość w stosunku do danego przypadku oraz o wyborze metody leczniczej, dającej *maximum* gwarancji zapobieżenia nawrotom.

O znaczeniu wykrywania krętków w każdym przypadku wczesnego zakażenia oraz o trudnościach, jakie spotykamy pod tym względem, mówiliśmy już wyżej. Tłumaczenie, jak ważne jest wykrycie krętków dla podjęcia leczenia poronnego, wydaje się zbędne. Bez ustalonego ściśle rozpoznania leczenie wolno rozpoczynać tylko wówczas, kiedy dane wywiadu i wygląd kliniczny są wyjątkowo podejrzane. Zdaniem niektórych badaczy, w razie wątpliwego rozpoznania, należy raczej dopuścić do ujawnienia się kiły, niżli podejmować leczenie; stracony czas wynagradza się później energicznym postępowaniem.

Zachowanie się okolicznych gruczołów chłonnych jest również ważnym wskazaniem co do wyboru metody leczniczej. Dziś wiemy, że obrzęk gruczołów, jak również i stwardnienie pierwotne nie są zależne wyłącznie od miejscowego wpływu krętków, lecz prawdopodobnie od zmian alergicznych w zaatakowanej tkance. Świadczy o tem dodatni odczyn Wassermann'a w cieczy surowiczej, otrzymywanej przez drażnienie owrzodzenia pierwotnego. Jak uczy doświadczenie kliniczne w przypadkach silnego odczynu ze strony gruczołów chłonnych leczenie poronne nie zapobiega nawrotom; wiemy bowiem, że najsilniejszy obrzęk gruczołów okolicznych przypada na okres zakażenia, kiedy ujemna faza serologiczna jest na granicy przejścia w dodatnią.

Wreszcie niezbędnym warunkiem dla przeprowadzenia leczenia poronnego, które wymaga intensywnego dawkowania specyfików, jest stan ogólny chorego. Wszystkie organy, a zwłaszcza nerki, muszą być bezwzględnie zdrowe, zaś takie cierpienia, jak gruźlica lub przewlekłe zatrucie alkoholem, są przeciwwskazaniem.

Co się tyczy techniki i dawkowania leków, to wszyscy autorzy zgadzają się, że musi ono być energiczne, przyczem jedni polecają leczenie wy-

łącznie salwarsanowe, inni zaś łączą je z solami rtęci lub bizmutu. Ilość salwarsanu winna wynosić zależnie od wagi pacjenta, 5 — 7 gr. dla mężczyzny i 4—5 dla kobiety. Gougerot podaje dawkę 0,1 gr. na kg. wagi. Odstępy pomiędzy poszczególnymi wlewami nie powinny być dłuższe nad 3 dni.

Reasumując powyższe uwagi, dochodzimy do wniosku, że, nie posiadając dostatecznych sprawdzianów wyleczalności kiły, musimy traktować

leczenie poronne, jako sferę możliwości przypadkowych. Jego wartość sprowadza się raczej do korzyści, jakie daje leczenie w okresie kiły najwcześniejszym i w sposób możliwie najenergiczniejszy. I jeśli tylko w 96 proc. przypadków uda się nam uprzedzić niebezpieczny dla otoczenia okres kiły drugorzędowej, to wystarczy, aby zrozumieć, jak ważne znaczenie dla higieny społecznej może mieć uświadomienie szerokiej publiczności o korzyściach leczenia wczesnego.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fizjologia normalna i patologiczna.

D. DANIÉLOPOLU, J. MARCU i G. G. PROCA. O fizjologii zwoju gwiaździstego (część I). (Arch. des mal. du coeur № 12/1929).

Usunięcie jednostronne, a zwłaszcza obustronne pierwszego zwoju piersiowego u psa sprowadza głębokie zmiany zasadniczych własności mięśnia sercowego. Zmiany te są mało uchwytnie, jeśli serce jest normalne. Stają się one bardzo wyraźne po podwiązaniu gałązek naczyń wieńcowych lewej komory lub założeniu podwiązek wewnątrzkomorowych. Podwiązanie naczyń wieńcowych może samo już zmienić zespół komorowy, lecz następne usunięcie zwoju podkreśla wyraźnie te zmiany. Podwiązanie mięśnia sercowego nie zmienia lub tylko nieznacznie zmienia zespół komorowy; usunięcie pierwszego zwoju piersiowego zmienia nagle i gwałtownie wszystkie zasadnicze własności mięśnia sercowego. Zmiany te polegają na:

1) wyraźnym zmniejszeniu się automatyzmu: akcja serca zatrzymuje się lub silnie zwalnia; skurcze serca zaczynają się zjawiać powoli i nie osiągają częstości rytmu początkowego;

2) głębokiej zmianie przewodzenia wewnątrzkomorowego, czasem zmienia się przewodzenie przedsionkowo-komorowe;

3) zmniejszenie się kurczliwości i napięcia, wskutek czego po obustronnem usunięciu zwoju serce kurczy się powierzchownie i bezsilnie, a jego jamy rozszerzają się; czasem serce zatrzymuje się i zaczyna migotać;

4) wzmożeniu się pobudliwości, które się charakteryzuje występowaniem skurczów ektopicznych.

Zmiany te występują nagle, bezpośrednio po usunięciu zwoju; są one słabiej wyrażone, gdy usuwa się tylko jeden zwój. W sercu niezmiennem usunięcie jednostronne zwoju nie sprowadza naogół żadnych zmian.

Zmiany powyższe przypominają te zmiany, z którymi spotykamy się w klinice w rozległych uszkodzeniach mięśnia sercowego z ciężką niedomogą czynnościową serca.

Henryk Landau.

D. DANIÉLOPOLU i G. G. PROCA. O fizjologii zwoju gwiaździstego (część II). Arch. des mal. du coeur Nr. 12/1929).

W sercu niezmiennem usunięcie pierwszego zwoju piersiowego, zmieniające tylko nieznacznie elektrokardiogram, uczula serce na wpływ ucisku zatoki szyjnej (reflexe sino-carotidien), który staje się o wiele wyraźniejszy, niż przed zabiegiem. Różnica staje się jeszcze większa, jeśli uprzednio przygotować serce za pomocą podwiązania naczyń wieńcowych lub nałożenia podwiązek wewnątrzkomorowych: ucisk zatoki szyjnej po usunięciu zwoju powoduje głębokie zmiany zasadniczych własności mięśnia sercowego: automatyzm i prze-

wodzenie wewnątrzkomorowe ulegają osłabieniu, pobudliwość wzmożeniu, kurczliwość i napięcia również znacznie się zmniejszają. Nie zależy to od podwiązania naczyń wieńcowych lub mięśnia sercowego, gdyż dopiero usunięcie zwoju uczula mięsień sercowy na ucisk zatoki szyjnej.

Charakter zmian, spowodowanych uciskiem zatoki szyjnej po usunięciu zwoju przypomina charakter zmian, widywanych w klinice u osób z ciężkimi uszkodzeniem mięśnia sercowego i sercem w stanie ciężkiej niedomogi.

Henryk Landau.

D. DANIÉLOPOLU. O fizjologii zwoju gwiaździstego (część III). (Arch. des mal. du coeur Nr. 12 1929)

Zmiany, wywołane we własnościach mięśnia sercowego po usunięciu pierwszego zwoju piersiowego, są spowodowane przez to, że mięsień sercowy pozostaje prawie wyłącznie pod wpływem układu przywspółczulnego (znaczenie nielicznych włókien współczulnych, przebiegających w nerwie błędnym, jest minimalne). Wskutek tego automatyzm, kurczliwość, przewodzenie i napięcie ulegają osłabieniu, dzięki czemu bezpośrednio po usunięciu zwoju rytm serca zwalnia się, lub serce zatrzymuje się, charakter zespołu komorowego zmienia się, mięsień sercowy ulega osłabieniu, a jamy serca rozszerzają się. Wzmożenie pobudliwości jest zjawiskiem wtórnym, zależnym od niedostatecznego ukrwienia mięśnia sercowego wskutek zmniejszenia się jego kurczliwości.

Przez wycięcia zwoju gwiaździstego usuwa się nie tylko włókna, przyspieszające akcję serca, ale i włókna naczynioruchowe dla naczyń wieńcowych; wskutek tego ciśnienie w naczyniach wieńcowych nie może być regulowane ośrodkowo, a to odbija się na odżywianiu mięśnia sercowego. Jest to tem ważniejsze, że włókna, przechodzące przez zwój gwiaździsty, należą do grupy rozszerzających naczyń.

Odruch, wywołany przez ucisk zatoki szyjnej, podlega prawu amfotropizmu i prawu przewagi, panującym w czynności układu roślinnego. Działanie tego odruchu zależy od natężenia, z jakim się go wywołuje, od napięcia każdej grupy układu roślinnego i od stanu serca. Jeśli droga współczulna do serca jest zamknięta przez usunięcie pierwszego zwoju piersiowego, odruch, wywołany przez ucisk zatoki szyjnej, może iść jedynie drogą przywspółczulną. Wskutek tego zwolnienie akcji serca jest długotrwałe i nie wywołuje następczego częstoskurczu. Jeśli chodzi o inne podstawowe własności mięśnia sercowego, to, jeśli serce jest zdrowe, wpływ nerwu błędnego nie ujawnia się na nich w sposób wyraźny. Jeżeli natomiast mięsień sercowy wykazuje zmiany (np. wywołane doświadczalnie na zwierzętach przez podwiązanie naczyń wieńcowych lub mięśnia sercowego), odruch z zatoki szyjnej prowadzi do znacznego osłabienia nie tylko automatyzmu, lecz również przewodzenia i kurczliwości oraz wtórnie do wzmożenia pobudliwości mięśnia. Ujawnia się to w bardzo

znacznem zwolnieniu rytmu zatokowego, w osłabieniu przewodzenia wewnątrzkomorowego, w występowaniu licznych skurczów heterotopicznych aż do migotania komór, prowadzącego do zatrzymania się serca. Odruch z zatoki szyjnej zmienia też napięcie nerwów naczynioruchowych naczyń wieńcowych, a po usunięciu pierwszego zwoju piersiowego prowadzi do zaburzeń w ukrwieniu mięśnia sercowego i stwarza nową przyczynę do wtórnego osłabienia jego kurczliwości.

W kilku przypadkach dusznicy bolesnej, gdzie usunięto zwój gwiaździsty, nastąpiło w krótkim czasie po zabiegu zejście śmiertelne. Praca niniejsza tłumaczy mechanizm powstawania niedomogi sercowej i śmierci po usunięciu zwoju w tych razach. Jeśli mięsień sercowy uległ zwyrodnieniu, każdy odruch, wywołany przez wysilek, pracę mięśniową, trawienie i t. p., może spowodować znaczne osłabienie automatyzmu, przewodzenia i kurczliwości i wzmożenie się pobudliwości. Póki włókna pobudzające serca, stanowiące jego rezerwę, są zachowane, mogą one interwenjować, zwiększając kurczliwość serca, co wtórnie zmniejsza jego pobudliwość. Po przerwaniu drogi współczulnej przez usunięcie zwoju gwiaździstego działanie tego czynnika regulującego odpada, a mięsień sercowy może ulec niedomodze, dając objawy ostrej niedomogi lewego serca i ostry obrzęk płuc, powodując śmierć; jeśli chory nie umiera, a zjawisko to powtarza się, rozwija się stopniowo przewlekła niedomoga serca. Do tego przyłączają się zaburzenia w krążeniu wieńcowem, spowodowane przez usunięcie włókien naczynioruchowych, przebiegających przez zwój gwiaździsty; i ten czynnik może spowodować nagłą śmierć, ostrą i przewlekłą niedomogę serca u chorych z dusznicą po usunięciu zwoju gwiaździstego.

Wobec powyższego, uważa autor wycięcie zwoju gwiaździstego (operacja Th. J o n n e s c o i G o m o i n) za niebezpieczne, gdyż wraz z włóknami czuciowymi i podnoszącymi ciśnienie krwi (pressorycznymi) usuwa się bardzo ważne dla czynności serca włókna, przyspieszające akcję serca i naczynioruchowe dla naczyń wieńcowych; operacja ta jest też bezużyteczna, gdyż, aby zapobiec napadom dusznicy bolesnej, niema potrzeby przecinania wszystkich włókien czuciowych sercowoortalnych, wystarczy przeciąć dużą ich część, to jest te, które nie przebiegają w tych samych nerwach, co włókna przyspieszające dla serca.

O wiele bardziej celowa i dająca lepsze wyniki jest operacja E. H e s s e g o, polegająca na przecięciu pnia szyjnego nerwu współczulnego bez dotykania zwoju gwiaździstego, która obniża ciśnienie i usuwa napady dusznicy, oraz operacja D a n i e l o p o l u, polegająca na przecięciu części włókien podnoszących ciśnienie z pozostawieniem nietkniętymi tych, które przechodzą przez D2 — D4, która w 20 przypadkach dała wspaniałe rezultaty.

Henryk L a n d a u.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

M. DUVOIR i R. GOLDBERG. *Methemoglobina i jady, powodujące methemoglobinemję.* (Paris Méd. Nr. 52/1930).

Methemoglobina zawiera tlen, inaczej związany z hemoglobina, niż z oksyhemoglobina; jest ona związkiem trwalszym, niż oksyhemoglobina, lecz jedynie w próżni. Daje ona w spektrometrze smugę koloru sepii na linii 634, która pod wpływem fluorku sodowego ulega przesunięciu na 612. Methemoglobina nie łączy się z tlenkiem węgla. Pod wpływem ciał redukujących przechodzi w hemoglobina; jeśli działanie redukujące nie jest zbyt silne, hemoglobina łączy się z tlenem powietrza na oksyhemoglobina. Niewszystkie ciała,

powodujące przejście hemoglobiny w methemoglobina *in vitro*, działają tak samo *in vivo* (np. żelazecjanek potasu). Między związkami chemicznymi, powodującymi przejście hemoglobiny w methemoglobina, jedne są ciałami redukującymi, jak: amidofenol, nitrobenzol, anilina i t. p., inne działają utleniająco, jak: chloran potasu, nadmanganian potasu i t. p. Z czynników fizycznych ciepło i hemoliza sprzyjają przejściu hemoglobiny w methemoglobina, zimno działa przeciwnie.

Zatrucie rozmaitymi jadami, powodującymi przejście hemoglobiny w methemoglobina, daje podobne objawy. Należy odróżniać zatrucie ostre, zwykle przypadkowe, od przewlekłego, najczęściej zawodowego. Zasadniczymi objawami zatrucia jadami, powodującymi przejście hemoglobiny w methemoglobina, są: sinica o odcieniu lupkowym zwłaszcza końca nosa, uszu, policzków i paznokci oraz duszność, której towarzyszy zrazu *tachycardia* potem *bradycardia* i skurcze, bądź umiejscowione w poszczególnych mięśniach lub grupach mięśniowych, bądź ogólne. Śmierć następuje, gdy zawartość methemoglobiny we krwi przekracza 66%.

Zatrucie nitrobenzolem, używanym w cukiernictwie i fabrykach perfum, rozwija się stosunkowo powoli. — Początkowymi objawami są bóle i zawroty głowy, osłabienie; później zjawia się sinica, duszność i rozszerzenie źrenic, senność, przechodząca w śmiertelną śpiączkę.

Zatrucie aniliną następuje przede wszystkim przez skórę, rzadziej przez wdychanie pary i drogą doustną (wypadek lub samobójstwo) i spotyka się z nim najczęściej przy wyrobie i używaniu farb. Prócz zwykłych objawów zatrucia jadem, powodującym przejście hemoglobiny w methemoglobina, anilina powoduje zaburzenia nerwowe, zależne od jej własności rozpuszczania lipidów: bądź objawy podniecenia, bądź częściej depresji z sennością; bywają bóle i zawroty głowy, parestezja, szum w uszach, wchłodzenie pola widzenia. W ciężkich przypadkach senność przechodzi w śpiączkę zrazu ze zwężeniem, potem rozszerzeniem źrenic.

W zatruciu azotynami, zwłaszcza azotynem sodu, dominują objawy rozszerzenia naczyń.

W lekkich przypadkach zatrucia nitrogliceryną występują bóle i zawroty głowy, omdlenia, w ciężkich — sinica, biegunka, wymioty, — czynność serca staje się niemierną, śmierć następuje w śpiączce.

Zatrucie chloranami (sodu, potasu, amonu), używanymi w fabrykacji zapalek, następuje zwykle wskutek pomyłki i rzadko bywa ciężkie, gdyż wydzielają się one szybko przez nerki. W formie bardzo ostrej (np. po spożyciu 30 gr. lub w schorzeniu nerek mniejszej dawki) śmierć następuje w ciągu paru godzin wśród sinicy, duszności, wymiotów, biegunki i niedomogi serca. W ostrem zatruciu uderzają zmiany moczu, którego ilość zmniejsza się, barwa staje się ciemnobronzowa; mocz zawiera czarne grudki, białko, wałeczki szkliste i składające się ze zmienionych erytrocytów i barwników; czasem bywa żółtaczka, wymioty, biegunka, zawroty głowy, majaczenia, śpiączka.

Leczenie polega na usunięciu spożytego jadu za pomocą środków wymiotnych i płukania żołądka. Dąży się do zwiększenia pojemności oddechowej hemoglobiny za pomocą inhalowania i zastrzyknięć podskórnych tlenu. Należy podawać zasady (alkalia), które przeciwdziałają tworzeniu się methemoglobiny. Upust krwi jest raczej szkodliwy, niż pożyteczny, gdyż krwinki, zawierające methemoglobina, mogą odzyskać swą pojemność oddechową i naładować się tlenem.

Henryk L a n d a u.

M. NEDOK. *Przyczynę do etiologii zatrucia łożowiem.* (Wien. kl. Woch. Nr. 14/1930).

Cztery przypadki zatrucia łożowiem u rolników, zajmujących się hodowlą winorośli i nie mających zupełnie stycz-

ności z maszynami i przemysłem, wywołały pewne trudności w ustaleniu przyczyny i źródła zatrucia. Dokładne badanie wykazało, że chorzy wypijali duże ilości moszczu, otrzymywanego przez wyciskanie winogron w prasie, zaopatrzonej w rurę ołowianą. Ołów na powierzchni rury utleniał się na tlenek ołowiu, a ten przechodził do moszczu dzięki obecności w nim kwasów organicznych. Zwykła analiza chemiczna nie wykazała w moszczu obecności ołowiu, który udało się wykryć dopiero po zastosowaniu mikrometody.

Henryk Landau

SZWARZ. Przypadki zatrucia kodeiną. (D. m. W. Nr. 1. 1930)

W literaturze nie podaje się zupełnie możliwości zatrucia kodeiną przy długotrwałym jej podawaniu. W klinice chorób nerwowych w Berlinie spostrzegano takie 3 przypadki, w których zażywanie kodeiny przez czas dłuższy doprowadziło do przyzwyczajenia i do konieczności brania kodeiny w b. dużej ilości (w jednym przypadku 3 gr. dziennie). Przy próbie odstawienia tego środka występowały natychmiast bóle brzucha, znaczna biegunka, kaszel, kichanie, upadek sił, uczucie strachu oraz bezsenność mimo środków nasennych. Po 6 tygodniowym pobycie w klinice 2 z tych przypadków wyleczono. Wskazaniem jest uprzedzać pacjentów o możliwości zatrucia przy długim przyjmowaniu kodeiny. Neurastenikom wogóle kodeiny nie należy podawać. W razie wystąpienia „kodeinizmu“ należy poddać chorych odpowiedniemu leczeniu w zakładzie. Duże dawki środków nasennych oraz ciepłe kąpiele ułatwiają przeprowadzenie leczenia.

Wanda Franzówna.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

C. HIRSCH — Choroba Banga a ryno—laryngologia (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 25 z. 3)

Choroba Banga jest, jak wiadomo, cierpieniem krów, w których przejawia się pod postacią częstych poronień. Człowiek zaraża się, pijąc surowe mleko chorych krów. Możliwe jest jednakże przedostanie się lasecznika Banga poprzez uszkodzone powłoki skórne. U kilku weterynarzy rozwinęła się choroba na tej właśnie drodze.

Choroba Banga powstaje nagle wśród objawów bólu głowy, ogólnego osłabienia, dreszczów, a niekiedy i bólów szyi. Ciepłota ciała bywa znacznie podwyższona, w ciągu dnia ulega szeregowi wahań i trwa z przerwami przez czas dłuższy (miesiące i lata), nie prowadząc jednakże do wyniszczenia ustroju. W przebiegu tego cierpienia mogą występować nerwobóle, powiększenie śledziony i wątroby, rzadziej zapalenie szpiku kostnego. Ch. Banga należy różniczkować z durami, gripą, gruźlicą i posocznicą. Często w chorobie Banga stwierdza się zaczerwienienie migdałków, powiększenie gruczołów chłonnych szyi, nieżyty śluzówek gardzieli oraz bóle mięśniowe. Chorzy tacy niesłusznie bywają kierowani na operację wyluszczenia migdałków.

Rozpoznanie ch. Banga może znaleźć potwierdzenie jedynie przez badanie krwi (aglutynacja, wiązanie dopełniacza).

J. Tencer.

H. LOEBELL -- Przedziurawienia przegrody nosowej w związku z nadużywaniem kokainy. (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 25, z. 3).

Wielokrotnie spostrzegano przedziurawienia przegrody nosowej u kokainistów. Największą liczbę tego rodzaju przypadków podali Natanson i Lipskerow. Badając

74 kokainistów, autorzy ci tylko w 4 przypadkach nie stwierdzili przedziurawień.

Mechanizm powstawania tych zmian na przegrodzie nie jest ustalony. Przyjęty był pogląd, że kokaina, dostając się do nosa w postaci kryształków, działa drażniąco na błonę śluzową, i że wskutek częstego znieczulania i niedokrwienia śluzówki powstaje nieżyt zanikowy nosa, prowadzący w następstwie do owróżdzenia na przegrodzie i wreszcie do przedziurawienia.

Autor przeprowadzał badania kontrolne na zwierzętach doświadczalnych. Wprowadzał im do nosa przez dłuższy czas kokainę bądź to w roztworze za pomocą rozpylacza, bądź też w postaci proszku. W żadnym przypadku nie udało mu się otrzymać nie tylko przedziurawienia przegrody, ale nawet większego uszkodzenia chrząstki przegrody.

Na tej podstawie autor wypowiada pogląd, że kokaina nie jest bezpośrednią przyczyną powstawania przedziurawień.

Wskutek nadużywania jej wytwarzają się jedynie strupy na przegrodzie, powstają zaburzenia w obrębie nerwu trójdzielnego, wyrażające się między innymi uczuciem swędzenia, co zmusza kokainistę do częstego dłubania w nosie. Ze względu na to, że śluzówka jego jest sucha i niedokrwiona, powstaje łatwo przedziurawienie przegrody.

J. Tencer.

E. LEVY. — Ślepota przemijająca podczas znieczulania przegrody nosowej. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. t. 25, z. 3).

Chory, dotknięty silnym skrzywieniem przegrody nosowej, miał być operowany. W czasie nastrzykiwania śluzówki przegrody nowokainą chory nagle doznał gwałtownego bólu oka i zaniewidział.

Można było stwierdzić, że źrenica była silnie rozszerzona. Po upływie godziny chory odzyskał wzrok, i oko jego nie wykazywało żadnych odchyłań od normy.

Zjawisko to daje się wytłumaczyć niezwykle przebiegiem naczyń krwionośnych, dzięki czemu płyn, wprowadzony pod śluzówkę nosa, dostaje się bezpośrednio poprzez tętnicę sitową tylną do t. środkowej siatkówki.

J. Tencer.

C. FROHN. — O uszkodzeniach uszu w pęknięciach podstawy czaszki. (D. med. Woch. Nr. 18, 1930)

W każdym przypadku pęknięcia podstawy czaszki należy przeprowadzić dokładne badanie narządu słuchu. Dzięki niemu udaje się często ustalić rodzaj uszkodzenia kości skalistej, co ma doniosłe znaczenie w leczeniu i rokowaniu.

Mniej niebezpieczne są podłużne pęknięcia kości skalistej. W tych razach torebka kostna błędnika nie zostaje uszkodzona, natomiast zranione zostają narządy ucha środkowego, które przeważnie szybko powracają do normy.

W pęknięciach poprzecznych ulega uszkodzeniu błędnik, przyczem pęknięcie dotyczy zazwyczaj zarówno ślimaka, jak przedsionka i poziomego kanału półkolistego. W 50% tych przypadków n. VII ulega porażeniu. Rokowanie w tych przypadkach bywa wątpliwe, gdyż łatwo dołącza się zapalenie opon mózgowych.

Pęknięcie poprzeczne kości skalistej charakteryzuje się: silnym osłabieniem słuchu aż do głuchoty włącznie, brakiem krwawienia z przewodu słuchowego, nieuszkodzoną błoną bębenkową, poprzez którą niekiedy widoczne są wylewy krwawe, oczopląsem w stronę zdrową, zniesieniem pobudliwości cieplnej błędnika.

J. Tencer.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

A. GÖREL. Leczenie niedokrewności złośliwej ventracmonem (preparatem żołądka). (Wien. Kl. Woch. № 26/1930).

Autor podaje opis dwóch przypadków niedokrewności złośliwej, leczonych ventracmonem, wysuszonym preparatem żołądka. Jeden przypadek nie był uprzednio zupełnie leczony, drugi leczono arsenem, przetaczaniem krwi i djetą wątrobową. W obu przypadkach, analogicznie do leczenia wątrobą i wyciągami wątrobowymi, nastąpiła zupełna remisja ze zwiększeniem się ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek krwi, spadkiem wskaźnika barwnikowego, zwiększeniem się liczby białych ciałek krwi, zmniejszeniem hemolizy, odpowiednią poprawą stanu ogólnego. Bez zmiany pozostała achilja żołądkowa.

Henryk Landau.

N. JAGIĆ i R. KLIMA. W sprawie leczenia niedokrewności złośliwej ventracmonem. (Wien. kl. Woch. № 28/1930).

Na zasadzie dotychczasowej obserwacji (6 przypadków) uważają autorzy, że działanie ventracmonu w porównaniu z djetą wątrobową jest równoważnościowe, a być może, nawet ją przewyższa. Jeśli uwzględnić, że długotrwałe stosowanie diety wątrobowej nasuwa prawie zawsze trudności bądź wskutek wstrętu chorych, bądź wskutek niemożności otrzymywania codziennie potrzebnych ilości świeżej wątroby, a rozmaite wyciągi wątrobowe, znajdujące się w handlu, nie są równoważnościowe ze świeżą wątrobą pod względem skuteczności, lecz ustępują jej czasem znacznie, tak, że nie można na nich polegać, to wprowadzenie preparatów żołądka do leczenia niedokrewności złośliwej należy uważać za istotny i bardzo pożądaný postępek.

Henryk Landau.

Choroby kości i stawów.

J. POMUSS. Gościec a przetwory salicylowe. (Dtsch. Aerzte-Ztg. 1930 № 216).

Od czasu jak Luthé i Quincke wskazali na niebezpieczeństwo objawów toksycznych w związku z stosowaniem przetworów salicylowych, rozpoczęły się szczególnie usilne poszukiwania takiego połączenia salicylowego, które przy niezmnieszonej skuteczności pozbawione byłoby przykrych objawów ubocznych. Okazało się, że główną winę w wywoływaniu powyższych przykrych objawów ponosi sam kwas salicylowy, podczas gdy salicylan sodu jest mniej trujący i może być też dzięki temu podawany w znacznie większych dawkach, niż czysty kwas salicylowy.

Salicylan sodu w ustroju, stykając się z dwutlenkiem węgla, wydziela wolny kwas salicylowy. Podany doustnie salicylan sodu, nim się dostanie z przewodu pokarmowego do schorzałych stawów i mięśni, ulega tej przemianie chemicznej we krwi, w sokach tkankowych, a zwłaszcza w zapalnej maziówce stawów, gdzie napięcie dwutlenku węgla jest najwybitniej zaznaczone. Zamiast kwasu salicylowego i jego soli sodowej podano cały szereg „namiastek“, uważanych za równoważne pod względem skuteczności z czystym kwasem salicylowym, a jednak pozbawionych toksycznych właściwości. Z nich do najwięcej znanych należą aspiryna i salol.

Fenina, wytwarzana przez T. A. Motor w Warszawie jest skombinowanym połączeniem tych dwóch środków i farmakologicznie przedstawia się jako *phenylum acetylo-salicylicum*. Jest to więc ester fenyłowy podwójnego kwasu salicylooctowego. Fenina jest to proszek, prawie całkowicie pozbawiony smaku i zapachu, nierozpuszczalny w wodzie i krystalizu-

jący w białych błyszczących igłach. Nie rozpuszcza się ona w soku żołądkowym i rozpada się dopiero w jelicie cienkim, gdzie jako ester ulega zmydleniu przez zasadowy sok jelitowy, przyczem powstają octan sodu, salicylan sodu i fenol. Autor stosował od 4 do 12 tabletek po 0,5 na dobę, zależnie od przypadku. W ostrym gościecu trzymał się starej zasady: możliwie duże dawki w krótkich odstępach. I nie za wcześnie i nie nagle przerywać podawanie, lecz stopniowo i pewoli zmniejszać dawki. Stosował feninę w ostrych i przewlekłych sprawach stawowych o rozmaitej etiologii z bardzo dobrym wynikiem. Działanie feniny jest szybkie i długotrwałe. Również w przypadku sprawy wielostawowej wyraźnie dnałego pochodzenia, w którym właściwie nie można było spodziewać się otrzymania większego wyniku, skutek leczniczy był bardzo dobry. Różnorodne przypadki nerwobólów górnej i dolnej kończyny wykazały bardzo znaczną poprawę po stosowaniu feniny. W żadnym przypadku nie spostrzegł autor jakichkolwiek toksycznych objawów ubocznych, chociaż niekiedy stosował bardzo duże dawki. Podczas leczenia feniną doradza autor zawsze przyjmowanie dużych ilości płynów. Przypadek przewlekłej sprawy wielostawowej z zajęciem stawu kolanowego skokowego oraz wielu stawów palcowych zasługuje na szczególną uwagę. Jak się wydaje, chodziło tu podług wszelkiego prawdopodobieństwa o zaburzenia w zakresie czynności gruczołów dokrewnych u kobiety 48 letniej z licznymi i różnorodnymi objawami przekwitania, wśród jej skarg na pierwsze miejsce wysuwały się objawy rzekomej duszniczy bolesnej. Duszność i bóle w okolicy mostka ustępowały natychmiast po każdym podaniu feniny i powracały coraz rzadziej, aż wreszcie znikły zupełnie. Wobec tego poleca autor feninę również jako środek przeciwkurczowy (*spasmolyticum*) w podobnych przypadkach.

X.

CANON. O przyczynowym leczeniu ostrego zapalenia szpiku kostnego. (D. m. W. № 6. 1930).

Autor zwraca uwagę na możliwość zachowawczego leczenia ostrych zapaleń szpiku kostnego. Proponuje w ciężkich przypadkach stosować jaknajwcześniej surowicę ozdrowieńców po przebytem zapaleniu szpiku kostnego. W braku surowicy dobre wyniki spostrzegł przy podawaniu autoszczepionki, przyczem leczenie operacyjne ograniczyło się jedynie do otwarcia ropni. Autoszczepionka może również służyć jako wstępne leczenie przed zabiegiem operacyjnym, podnosi odporność organizmu, zapobiega powstawaniu przerzutów. Dobre wyniki dają także kąpiele słoneczne.

Wanda Franzówna.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ W. RIESE. Nerwica urazowa jako problem medycyny współczesnej. (Hippokrates Veriag. Stuttgart-Leipzig-Zürich. 1929).

Książka zbiorowa powstaje przeciwko zasadniczemu schematyzmowi, jaki wieje z uchwał ośnośnych Władz Ubezpieczeniowych r. 1926. Wraca ona do dawnych poglądów, iż nerwica urazowa stanowi chorobę swoistą, której się należy szczególna uwaga ze strony lekarza. Rzeczoznawca nie powinien się stosować do żadnych uchwał, lecz indywidualizować każdy poszczególny przypadek, nawiązując kontakt z lekarzem, który zna początek i przebieg choroby. Psychoterapia odgrywa wybitną rolę w leczeniu.

Książka o 360 stronicach składa się z monografii następujących autorów:

Friedrich Wittgenstein. Stanowisko Państwowych władz ubezpieczeniowych do problemu prawnej oceny nerwie urazowych.

Walther Riese. Uwagi do ośnośnych uchwał Sądu Najwyższego.

Georg Honigmann. Lekarz a nieszczęśliwy wypadek. Uwagi do strony historycznej i teorjopoznawczej problemu. Walther Riese. Lekarz a pacjent w orzeczeniu nerwic traumatycznych.

Fritz Fraenkel. Czy nerwica urazowa jest chorobą?

Karl Landauer. Nerwica urazowa w świetle psychoanalizy.

Otto Sperling. W sprawie psychologii nerwic lękowych i odszkodowaniowo-rentowych.

Heinrich Menge. Uwagi psychoanalitka w sprawie odmowy renty.

Max Levy-Saühl. Znaczenie zysku i renty w nerwicach urazowych. Przyczynek do charakterologii społecznie ubezpieczonych.

Herta Riese. Nerwica urazowa w zależności od przejawów społecznych i ludnościowych.

L. Rosenstein. Nerwica urazowa i traumatyzm neuropsychiczny, psychopatia urazowa, stany wstępne i końcowe.

Max Meyer. Krytyka praktyki i orzecznictwa nerwowych stanów pourazowych.

C. v. Monakow. Umotywowane orzeczenia najwyższej instancji lekarskiej.

Władimir Eliasberg. Terapia nowroz traumy.

Walther Riese. Wnioski.

Rzeczoznawca spraw urazowych z pogranicza interny, chirurgii i neurologii z korzyścią przestudjuje powyższą książkę.

H. Higier.

∞ Victor MUCHA. Die Raynaudsche Krankheit, Nekrosen, Gangraen, Geschwüre, varicöser Symptomenkomplex. (Wyd. I. Springer. Berlin. 1929).

Duża monografia o 250 stronicach, jako odbitka z Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. (Tom VI, część 2) bardzo obficie ilustrowana przez zwykłe i wielobarwne rysunki i piękne mulage. Piśmiennictwo każdego rozdziału zajmuje po kilka stron, zawierając wszystko, co za ostatnie 30 lat pisano w głównych językach europejskich.

W traktacie o chorobie Raynauda, zgorzeli i owrzodzeniu jest dużo materiału o trofoneurotyce i zaburzeniach wazomotoryjnych, w jednakowej mierze interesujących lekarzy różnych specjalności pogranicznych. Duży dział o zespołach żyłakowych, zajmujący około 150 stron, opracowany został wspólnie z dermatologiem wiedeńskim Mra sem.

Rysunki makroskopowe i histologiczne liczne i udatne, jak przystoi bogatej firmie wydawniczej Springer'a nie szczędzącej kosztów i nakładów.

H. Higier

HAGUENAU i LAVAT. Przypadek nowotworu mózgu leczony od r. 1924 promieniami X. (Rev. Neur. T. I. Nr. 4. 1930).

Na podstawie przypadku przypuszczalnego nowotworu na podstawie mózgu u młodej osoby, leczonego z doskonałym wynikiem promieniami Rtg, autorzy poddają dyskusji sprawę leczenia nowotworów mózgu wogóle. Szkoła Cushinga propaguje zabieg chirurgiczny, pozostawiając leczenie radiologiczne jedynie dla gruczolaka przysadki mózgowej. Francuska szkoła nie jest tak kategoryczna. Na poparcie tezy autorzy przytaczają inny przypadek 21-letniej panny z cierpieniem uciskowym w prawej półkuli, w zwojach środkowych. Operacja dekompresyjna z następczym naświetlaniem dała szybką i trwałą poprawę.

N. Z. Z.

KRYGERS JANZEN. Przypadek „płaskiego kręgu” (Calvégo) z objawami neurologicznymi. (Rev. Neur. T. I. Nr. 4. 1930).

7 my przypadek, ogłoszony w całym piśmiennictwie, dotyczy 17-letniego młodzieńca, który w sierpniu 1928 roku poczuł ból w plecach. Natężenie bólu zmusiło go do pozostawania w łóżku. Stwierdzono spłaszczenie X kręgu grzbietowego. Z objawów neurologicznych istniały: objaw Rossolimo obustronnie, niekiedy odruch Babińskiego. Względny kliniczny skłonił autora do odrzucenia rozpoznania gruczolaka kręgosłupa i do zatrzymania się na przypuszczeniu, iż jest to rzadka postać cierpienia Calvégo, t. j. *osteochondritis vertebralis infantilis* czyli *vertebra plana*. Prognoza cierpienia jest pomyślna.

N. Z. Z.

P. M. FELDMANN. Ostry bezład Leyden-Westphala. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. T. 87. 1930).

Opis 14 własnych klinicznie obserwowanych przypadków. Najczęściej zjawia się ta choroba po durze powrotnym, szkarlatynie i gorączce pługowej. Niestuszną jest nazwa „ataksji ostrej”, gdyż obok zaburzeń ze strony torów koordynacyjnych stwierdza się i inne. O istocie, patogeniezie i lokalizacji wiemy wobec braku materiału anatomo-patologicznego niewiele pewnego. Nie jest to cierpienie ogniskowe, lecz rozlane toksyczno-infekcyjne mózgowia i mózdzku. Postać rodzinna przemawia za konstytucjonalną niedomogą dróg mózdzkowych. Przebieg jest ciężki, wyzdrowienie powolne, pozostałości liczne. Materiał pochodzi z Odeskiej Kliniki Uniwersyteckiej.

H. Higier.

Medycyna sądowa

W. WEIMANN. Samospętanie i samokneblowanie. (Archiv. f. Kriminologie. 85 1929).

W razie znalezienia zwłok spętanych lub z kneblem w ustach zawsze budzi się podejrzenie, że została popełniona zbrodnia, jednak czasami dochodzenie, skrupulatnie przeprowadzone, wykaże, że przed śmiercią denat sam siebie związał lub zakneblował. Najczęściej tego rodzaju przypadki spotykamy przy samobójstwie: denat w celu albo tem pewniejszego zadania sobie śmierci i uniemożliwienia ratunku wiąże swe ręce i nogi przed skokiem do wody, lub nawet obciąża swe ciało, uwiązując do szyi ciężkie kamienie, wżg. wypełniając kieszenie ubrania kamieniami i t. p. Przy samobójstwach podwójnych wspólnych (kochanków) również czasami się zdarza, iż przed rzuceniem się do wody przywiązują się oni jedno do drugiego, aby i po śmierci nie być rozdzielonymi.

Pod względem kryminologicznym ważne są szczeg. te przypadki, gdy ciężar, uwiązany przez samobójcę przed rzuconiem się do wody, odpadnie po pewnym czasie, i przy zwłokach będzie znaleziona pętla na szyi; myśli się wtedy o zbrodni przez zadzierżgnięcie, wżg. powieszenie z następczem wrzuceniem ciała do wody. Rzadkie są przypadki, lecz były opisywane, gdy denat w celu przyspieszenia zgonu przed skokiem do wody wpakował sobie do ust knebel w postaci zwinętej chustki i t. p.

W przypadkach samobójstw przez powieszenie również, lecz rzadziej, niż przy utopieniu się, spotykano związanie rąk lub nóg, prawdopodob. w celu przeszkodzenia odruchowego ratunku; czasami widywano również i zakneblowanie ust.

W niektórych przypadkach spotyka się spętanie, dokonane przez denatę z pobudek erotycznych, za czem przemawia swoisty układ pęt, owinięcie niemi narządów płciowych, obnażenie ciała i t. p. W takich razach przy powie-

szeniu się w celu otrzymania zadowolenia seksualnego czasami ma miejsce przypadkowe powieszenie się.

Czasami samospętanie i nawet zadanie sobie samemu rozmaitych uszkodzeń widywano w przypadkach, gdy sprawca symulował wobec władz napad na siebie, w celu skierowania przez zemstę podejrzenia na kogoś, komu chciał zrobić przykrość, nieraz, gdy chodzi o kobiety, były to osoby o wybitnie histerycznym usposobieniu.

W artykule swym autor podaje opis swoich własnych i obcych przypadków dla zilustrowania poruszonego zagadnienia.

W. Grzywo-Dąbrowski.

SUDOMIR i ZARANSKA. Psychologiczne podstawy tatuowania u przestępców. (Archiv. f. Kriminologie Bd. 85).

Autorzy zbadali 1000 tatuowanych więźniów w Kijowie (893 mężcz. i 107 kob.). Treść tatuaży autorowie dzielą na następujące grupy: erotyczno-sentymentalne i pornograficzne, odzwierciadlające walkę i zemstę, uwieczniające rozmaite daty z życia posiadacza tatuaży, rysunki o treści obojętnej, zwierzęta, ptaki i t. p. Najczęściej spotykano rysunki z pierwszej grupy. Porównując tatuaże u ludów pierwotnych ze spotykanymi u przestępców, autorowie przychodzą do wniosku, że istnieje duże psychologiczne podobieństwo pomiędzy nimi, zarówno u jednych jak i u drugich odgrywa rolę przedewszystkiem autoerotyzm i narcyzm.

W. Grzywo-Dąbrowski

HABERDA. Precz z próbą płucną wodną. (D. Zsch. f. ger. Med. 14/1.).

Autor na podstawie swego wieloletniego doświadczenia przychodzi do wniosku, że wodna próba płucna jest całkowicie zbędna, a przy małym doświadczeniu lekarze—obducenta nawet może być szkodliwa, gdyż taki lekarz na podstawie, na przykład, stwierdzenia, że płuca pływają wskutek gnicia będzie twierdził, że dziecko po urodzeniu oddychało. Sam autor, jak również pracujący pod jego kierownictwem lekarze już zarzucili w praktyce tę próbę. Haberdą uważa, że dokładne badanie powierzchni płuc zupełnie wystarczy, aby odpowiedzieć na pytanie, czy dziecko po urodzeniu oddychało, wszak przy obecności oddechowego powietrza w płucach na ich powierzchni wyraźnie występują drobne i jednakie co do wielkości pęcherzyki powietrza, łatwo dające się odróżnić od pęcherzy gazów gnilnych. Poza to wskutek wypełnienia naczyń włosowatych płuc krwią wytwarza się bardzo charakterystyczna marmurkowatość ich powierzchni, dla doświadczonego oka wyraźny dowód, że te płuca oddychały.

(Uwaga referenta: zasadniczo można się zgodzić z autorem, że próba płucna dodatnia nie dowodzi wcale, że dziecko oddychało, lecz nie staniemy na tak krańcowym punkcie widzenia, że próba ta jest całkowicie niepotrzebna; dokładnie wykonana próba płucna wodna, wraz z zestawieniem jej wyników z wynikiem próby żołądkowo—jelitowej i ogólnym wy-

nikiem oględzin zwłok noworodka, szczeg. z uwzględnieniem zmian gnilnych w bardzo wielu przypadkach pozwoli ustalić czy dziecko po urodzeniu oddychało. Badanie powierzchni płuc w zwykłych przypadkach, oczywiście, w zupełności wystarczy do ustalenia, czy powietrze było do płuc wciągnięte przy oddychaniu, lecz w przypadkach, gdy ma miejsce rozkład zwłok, gdy obraz marmurkowaty jest niewyraźny, niezawsze można polegać na subiektywnym wrażeniu obducenta, czy na powierzchni płuc są te małe pęcherzyki oddechowe, czy też nie, i czy istnieje marmurkowatość płuc. Wobec tego uważam, że próby płucnej nie należy usuwać z naszego arsenału badań sądowo—lekarskich, lecz stosować ją rozważnie uzupełniając dokładnem badaniem powierzchni płuc i t. p.)

W. Grzywo-Dąbrowski.

P. W. USTINOW. Odczyn Strzyżowskiego na krew. (Annales de Medecine Legale Nr. 7, 1929).

Odczyn Strzyżowskiego na krew jest modyfikacją próby Teichmanna; był on podany w r. 1902. Odczynnik składa się z 1 cm³ kwasu octowego lodowatego, 1 cm³ alkoholu absolutnego, 1 cm³ wody destylowanej, kilku kropli jodku wodoru. Bierze się odrobinę badanego materiału na szkło przedmiotowe, pokrywa się szkłem pokrywkowym i wpuszcza się pod nie wspomniany odczynnik kroplami; po zagotowaniu tworzą się kryształki jodowodorowej hematyny pod postacią pryzmatów lub rombów, widocznych przy badaniu mikroskopowem.

W tej postaci odczyn ten nie jest praktyczny, wobec czego autor proponuje następującą modyfikację: 1) 1 cm³ kwasu octowego lodowatego, 1 cm³ gumy arabskiej 25 proc., 3 — 5 kropli 1 proc. kwasu jodowego; 2) 1 cm³ kwasu octowego lodowatego, 1 cm³ 25 proc. gumy arabskiej, 1 cm³ alkoholu, 3 — 5 kropli 1 proc. kwasu jodowego. Modyfikacja ta ma być praktyczniejsza, a to dlatego, że 1) kwas octowy jest bardziej zwarty, niż U, J., 2) obecność gumy arabskiej sprzyja tworzeniu się kryształów i je konserwuje, 3) kiedy niema kryształów, a jest t. zw. proszek, można za pomocą polaryzatora stwierdzić obecność krwi na podstawie właściwości anizotropnych.

A. Piotrowski

A. REMOND i FAVRE. Przypadek zatrucia pyłem kobaltu. (Annales de Medecine Legale Nr. 7 1929).

Pewien zdrowy, 20-letni robotnik przez 8 dni był zajęty mieszaniami proszku kobaltowego, używanego przy wyrobie naczyń fajansowych. Po 8 dniach pracy, t. j. 5. I dostał nudności i kurczów żołądka. 20. I wystąpiły częste wymioty z krwią, następnie krwimocz i obfite wydzielanie się moczu. We krwi było azotu 0,68, z czego 0,90 mocznika i 0,26 resztek azotowych. Współczynnik czynności wątroby 5 (zamiast 9), co ustalono badaniem czynności na cholesterynę. 29. III tegoż roku pacjent opuścił szpital jeszcze z krwimoczem i 0,5 g. białka *pro mille*.

A. Piotrowski

Wskazówki praktyczne.

Leczenie robaków u dzieci według Brünninga:

Toenia: Extr. fil. mar. w dawce, równej dawce dla dorosłych, mianowicie 6—10 gr. w 2-ach porcjach w ciągu ½ godziny — potem środek przeczyszczający. W razie skłonności do wymiotów stosowanie przez zgłębnik dwunastniczy równocześnie obu środków.

Ascaris: Ol. chenopodii 2 razy w odstępie godzinny po

tylko kropli, ile dziecko lat liczy. Po 2 godzinach środek przeczyszczający; jeżeli w 2 godziny potem niema wypróżnienia—dawać dalej na przeczyszczenie aż do skutku.

Oxyuris: Dłuższe leczenie przeczyszczające środkiem *oxylax* obok czystego utrzymywania odbytu i odpowiednich maści. U dzieci słabowitych — 2 dni leczyć naprzemian z 2 dniami odpoczynkowemi.

Trichocephalus: Spirocid (doustnie) lub *salwarsan* (dożylnie). Środki, skierowane wprost na błonę śluzową jelit, jak: tymol, benzyna, gliceryna, są bezskuteczne.

(Fortschr. d. Ther. 1930 Nr. 12).

—o—

Według Degkwitza stosować należy *ergosterynę naświetlaną* w celach zapobiegawczych i leczniczych tylko u *osesków i małych dzieci* i to w ściśle określonych dawkach. Dawka lecznicza wynosi najwyżej 5 jednostek klinicznych dziennie i nie dłużej, niż w ciągu 6—8 tygodni. Dawka zapobiegawcza wynosi 1 jednostkę kliniczną. U dzieci w wieku szkolnym i u dorosłych stosowanie naświetlanej ergosteryny tymczasem nie jest wskazane.

(Fortschr. d. Ther. 1930 Nr. 14).

—o—

W celu *ukojenia bólów porodowych* poleca Sellheim przetwór *Scopan*, zawierający połowę dawki maksymalnej

pantoponu i skopolaminy (wyrób Hirsch-Apotheke w Lipsku). W okresie otwarcia daje się pół dozy, a przed oczekiwaniem przernięciem się główki całą dozę skopanu.

(Ztbl. f. Gyn. 1930 Nr. 33).

—o—

Anton i Jakobi polecają leczenie *morfizmu insulina i cukram gronowym*. 2—3 razy dziennie daje się 5—15 jednostek insuliny i jednocześnie 50 gr. cukru gronowego. Przy leczeniu tem daje się zauważyć osłabienie, wzgl. brak objawów abstynencji, a zarazem szybki powrót dobrego samopoczucia i równowagi psychicznej.

(Kl. Woch. 1930 Nr. 33).

—o—

W przypadkach niedających się niczem opanować *krwotoków porodowych* radzi Heim, jako *ultimum refugium, przetoczenie krwi z jednoczesnem wyluszczeniem macicy przez pochwę*.

(D. m. W. 1930 Nr. 32).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 29 kwietnia 1930 r.

Początek o godz. 8-mej w. punktualnie.

Odczyt członków Towarzystwa 37, wprowadzonych gości 58.
1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 8. IV. r. b. przyjęto bez zmian.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne o s. p. Antonim Anteckim (Streszczenie własne).

Stanisław Anteck, syn lekarza Antoniego Anteckiego, urodził się w r. 1873 w Warszawie, gdzie ukończył gimnazjum w r. 1892 i Wydział Lekarski w r. 1897. W czasie studiów uniwersyteckich w r. 1894 należał do Komitetu, urządzającego obchód ku pamięci Kilińskiego i z tego powodu był aresztowany. Bezpośrednio po ukończeniu Uniwersytetu A. pracował na oddziale wewnętrznym Dra Sadowskiego, a następnie w Domu Wychowawczym i na oddziale ginekologicznym Dra Grzankowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Wyjechałszy na studia zagranicę, czas jakiś bawił w Pradze, Berlinie i Dreźnie. Po powrocie pracował w roli asystenta na oddziale chirurgicznym Dra Raumera w szpitalu Praskim. Jednocześnie od r. 1898 pracował przy Drze Gromadzkim w Przytułku Położniczym na Pradze, gdzie w r. 1899 został mianowany oficjalnym zastępcą zarządzającego tymże Przytułkiem, a od r. 1906 prowadził wykłady dla uczennic Szkoły Położniczej Miejskiej. Przytułek na własne żądanie opuścił w r. 1922. W czasie ostatniej wojny A., jako lekarz wojskowy, znalazł się w Wiaźmie. Tu zorganizował Komitet polski i znacznie się przyczynił do skupienia i ożywienia polskim duchem znajdujących się tam polaków. Po powrocie z wojny czas jakiś pracował poza swymi zajęciami akuszerko-położniczymi na oddziale chirurgicznym Dra Sławińskiego w szpitalu Św. Rocha. Od roku 1913 był członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Drukiem ogłosił w czasopiśmie lekarskich 6 prac z dziedziny ginekologii i położnictwa. Zmarł z powodu choroby serca w dn. 10 kwietnia r. b. Cześć jego pamięci!

Anteck i St. Owrzodzenie słuźówki pochwy. Ginek. 1905.

" " Przypadek ciąży w komorze szczątkowej macicy dwukomorowej. Przegl. Chir. i Ginek. 1912.

" " i Zakrzewski Z. O wpływie pituitryny na przebieg rzućawki porodowej. Med. i Kron. Lek. 1912.

" " " " Pituitryna i jej zastosowanie w położnictwie. Przegl. Chir. i Ginek. 1912.

" " Niepęknięta ciąża jajowodowa. Gaz. Lek. 1913.

" " i Zwoński T. W sprawie poronień narkotycznych. Pol. Gaz. Lek. 1928.

3. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych, oraz komunikaty. Na delegata Tow. Lek. Warsz. do Rady Nadzorczej Towarzystwa Instytutu Radowego im. Skłodowskiej-Curie postanowiono uprosić prof. Ant. Leśniowskiego.

4. Kol. Wiceprezes ogłosił wynik konkursu Dobrzyckiego. Nagrodę przyznano doc. Sabatowskiemu.

5. Kol. S. Gurb ski złożył sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.

6. Kol. E. Reicher wygłosił odczyt pod tytułem „*Serce a praca fizyczna*” (Streszczenie własne).

Po wstępie, w którym zostają omówione pokrótce dotychczasowe badania nad działaniem pracy fizycznej na wielkość serca u zwierząt i u ludzi, referentka omawia własne swe badania, wykonane w II-iej Klin. Chor. Wewn. U. W. W badaniach tych, które obejmują około 900 osób, mężczyzn i kobiet, oprócz ogólnego badania klinicznego, badania czynnościowego narządu krążenia, określano i wielkość serca za pomocą ortodiagramu (ortodiagramy wykonane były przez docenta Elektrowicza i Dra Gubrynowicza). Wszystkich badanych, tak mężczyzn, jak i kobiety, podzielono na 3 następujące grupy: 1. osób, które nigdy żadnych ćwiczeń cielesnych nie uprawiały, 2. osób, które przynajmniej 2 lata stale i dość intensywnie ćwiczyły, 3. rekordzistów, mających poważne wyniki w uprawianej przez się dziedzinie sportu. Pierwsza grupa miała wykazać, jaka jest prawidłowa wielkość serca u młodzieży polskiej, druga — jak działają na rozmiary serca intensywnie uprawiane ćwiczenia cielesne, trzecia — za pomocą ortodiagramów serc wybitnych sportowców miała wykazać działanie poszczególnych sportów na wielkość serca.

We wszystkich grupach określano wielkość serca w stosunku do wagi, wzrostu, obwodu klatki piersiowej i wieku badanych. Wyniki, otrzymane z tych badań, są następujące: 1. rozmiary serca młodzieży polskiej są nieco większe od cyfr, przytaczanych przez autorów niemieckich, 2. na wielkość serca wywiera głównie wpływ waga ciała i obwód klatki piersiowej, wpływ wieku i wzrostu zaznacza się mniej wyraźnie, 3. serca osób, uprawiających stale ćwiczenia cielesne, są większe od serc osób niećwiczących, a serca osobników, posiadających wybitne wyniki sportowe, są jeszcze większe od serc osób uprawiających ćwiczenia w sposób mniej intensywny. Spostrzeżenie to wykazuje, iż w miarę uprawiania ćwiczeń cielesnych i zależnie od stopnia wysiłku zmieniać się mogą i rozmiary serca. W dalszym ciągu referatu zostaje omówiona patogeneza i znaczenie przerostu i rozszerzenia serca pod wpływem wysiłków fizycznych ze szczególnem uwzględnieniem działania zmęczenia. Przedstawiając ortodiagramy serca wybitnych jednostek sportowych, omawia referentka działanie poszczególnych sportów na wielkość serca, ze szczególnem uwzględnieniem działania warunków doświadczenia Valsavy.

7. Dyskusja:

Kol. L. Kryński zapytuje, czy w przedstawionych badaniach istniała pewna ciągłość; czy badania wykonywano u tych samych osobników zarówno przed ćwiczeniami, jak też po ćwiczeniach. Czy udało się pochwycić ewolucję powiększenia serca.

Kol. L. Paszkiewicz przypomina pominiętą przez

prelegentkę pracę polskiego autora, Skubiszewskiego, o przeroście serca.

Kol. E. Reicher (streszczenie własne).

W odpowiedzi prof. Kryńskiego u zaznacza prelegentka, iż badanie poszczególnych sportowców wykonywane jest niejednokrotnie i że właśnie zachowanie się serca po wysiłku, ew. jego zmniejszanie się lub zwiększanie warunkuje dalsze postępowanie.

8. Kol. Wł. Mikulowski wygłosił odczyt p. t. „Zagadnienie budzenia chorób utajonej w świetle kliniki i biologii” (Streszcz. wł.).

Obok zakażeń pojedynczych, spowodowanych przez jeden rodzaj bakterij, istnieją zakażenia mieszane, których działanie chorobotwórcze ulega przez to zmianie. Cierpienia takie, jak róża i wilk, róża i mięsak, schorzenia paciorkowcowe i węglik, zimnica i porażenie postępujące, częstokroć kiła i gruźlica, czasem dur brzuszny i gruźlica — mają uznaną w nauce opinię korzystnego współdziałania w ustroju; inne choroby przebiegają wspólnie bez dającego się uchwycić ustosunkowania wzajemnego, rozwijając się każda, jakby dla siebie samej. Przeciwnie, wpływ wzajemny niektórych zakażeń jest na skutek wzajemnego spotkania się katastrofalnie niekorzystny dla ustroju. W pedjatrii klasycznym przykładem niekorzystnego ustosunkowania się dwu infekcyj jest olbrzymia śmiertelność dzieci małych (do 3-go roku życia) z powodu zapalenia płuc, które w olbrzymim procencie jest epilogiem i ostatecznym skutkiem groźnego dla wczesnego dzieciństwa współistnienia koklusu i odrzy. Śmiertelność osesków z powodu zakażeń kiszkowych i zaburzeń pokarmowych jest w wielkim procencie przypadków zależna od uczulenia tkanek przewodu pokarmowego przez krętka bladego u dzieci kilowych, tak samo, jak śmiertelność i zapadalność na gruźlicze zapalenie opon mózgowych lub prosówkę jest bardzo często zachodzącym lecz niedostatecznie uznanym wynikiem uczulenia ustroju przez jad kilowy. Dzieci bardzo często zapadają na gruźlicze zapalenie opon dlatego, że są uczulone kiłą wrodzoną.

Miedzy mechanizmem infekcyj mieszanych wtórnych i wychodźczych, zwanych „de sortie” (Nicolle), i między mechanizmem budzenia się pod wpływem urazu zewnętrznego lub wewnętrznego zakażeń t. zw. utajonych i przez całe lata uśpionych istnieje bliska analogia, utrudniająca w poszczególnych przypadkach przeprowadzenie wyraźnych linii granicznych. Jak faktem realnym jest możliwość budzenia się zakażenia w postaci anginy lub zapalenia mózgu na skutek uprzedniego szczepienia ospy, jak faktem stwierdzonym jest t. zw. samorodne budzenie się duru brzuszego, tak faktem najbardziej klasycznym, demonstracyjnym i dydaktycznym w pedjatrii ważnym jest budzenie się kiły utajonej u dzieci pod wpływem zakażeń nieraz banalnych, jak ospa wietrzna, żółtaczka zakaźna, lub też poważniejszych, jak dur brzuszny, płonka i t. p. W ten sposób rozwija się albo ogólne zakażenie, albo miejscowe schorzenie, łatwo dające się wziąć na rachunek nowej choroby, podczas gdy chodzi o powikłanie, spowodowane przez dawno istniejące cierpienie.

Odkrycie Miliana z r. 1910 o reaktywującym odczyn Wassermanna działaniu salwarsanu i innych środków przeciwikiłowych jest do dziś niewyczerpanym źródłem coraz obfitszych obserwacji; prowadzą one do wniosków na temat racjonalnego leczenia kiły dostatecznie wielkimi dawkami środków przeciwikiłowych. Odkrycie to również skłania świat lekarski do zapoznania się z szeregiem niepozabawionych analogii licznych innych faktów działania biotropowego substancji chemicznych, czynników fizycznych, czy biologicznych. Opisane przez Miliana stany „gorączek wysypkowych 9 dnia” w związku z uprzednimi dawkami prowokacyjnymi środków przeciwikiłowych znajdują w klinice potwierdzenie; zmuszają do zajęcia krytycznego stanowiska do wielu zjawisk pozornie wywołanych przez zatrucie lub anafilaksję, albo oporność na działanie nowarsenobenzolu, zjawiska te często znajdują lepsze wytłumaczenie w teorii biotropizmu infekcyjnego, t. j. w teorii, przyjmującej mobilizację mikrobów dotąd nieczynnych, pasorzytujących w ustroju, wywołaną przez czynniki chemiczne, fizyczne lub biologiczne. Zadaniem przyszłości jest rozwiązanie zagadnienia patogenetycznego zjawisk biotropowych i rozstrzygnięcie, w jakim stopniu ma miejsce w procesach tych osłabienie odporności ustroju, a w jakim wzmożenie zjadliwości mikrobów obudzonych.

9. W dyskusji kol. B. Sawicki podkreśla znaczenie mikrobizmu utajonego w wyjaśnieniu patogenetycznego zapalenia wyrostka robaczkowego, które może trwać skrycie kilka lat, aby pod wpływem anginy powstał zespół charakterystyczny dla ostrego zapalenia wyrostka. Mówca nie żąda się z prelegentem, aby wymieniany przez niego przypadek zapalenia

miedniczek nerkowych i duru można było zaliczyć do charakterystycznych dla mikrobizmu utajonego. Zamiast bakterij „wychodźczych” mówca proponuje termin „bakterie wypadowe”.

Kol. Mikulowski nadmienia, że poddawany w wątpliwość przypadek mógł przedstawiać zażalenie durowe, wywołane leczeniem, które podzielało jako pewnego rodzaju uraz.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 min. 20.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Zrzeszenie Lekarzy Rzecypospolitej.

Posiedzenie kliniczne z dnia 8.IV 1930 r.

Przewodniczył A. Fryszman.

A) Pokazy.

1) F. Turyn i A. Fryszman. *Niezwykłe ślady kostne po przebytej krzywicy.* (Z oddziału D-ra Lewina).

Chory l. 40, robotnik, od 2 lat cierpi na bóle głowy „en casque”. bezsensowność, brak łaknienia, bóle w okolicy serca. Z 13 rodzeństwa 10-cioro zmarło w dzieciństwie, wszyscy zaznali chodząc po 2 roku życia, pacjent w 6-ym, mówić — w 4-tym roku. Chory ożenił się z kuzynką, która przechodziła krzywicę; rodziła 7 razy, w tem troje dzieci nieżywych, dwoje wcześniej zmarło, najmłodsze żyją, są chorowite.

St. o b. Wzrost niski, budowa wątła; blady. Na dużej czaszce — guzy skroniowe, na granicy między kośćmi ciemieniowymi i potyliczną wzdłuż szwu węzłowego wgłębienie kostne. Podniebienie wysokie; zęby rozstawione. Płuca — z. n. Serce: podmuch rozkurczowy nad koniuszkiem, wzmożony 2-gi ton nad pniami tętniczymi. Jama brzuszna — z. n. Ustawienie dolnych kończyn w kształcie litery „X”. Roentgen czaszki: powiększenie wymiaru poprzecznego, zmniejszenie strzałkowego; kości pokrywy czaszki cienkie; szew węzłowy utworzony między blaszkami zewnętrznymi kości ciemieniowych a blaszką wewnętrzną potyliczną. Zmiany powyższe są charakterystyczne dla krzywicy wczesnej. Skłonność rodzinna do krzywicy, spotęgowana małżeństwem z kuzynką, noszącą ślady krzywicy, — jest przyczyną niezdolności do życia dzieci pacjenta. Ref. różniczkując przyp. z achondroplazją, *osteogen. imperfecta*, *lues congenita* i t. d.

W dyskusji przewodniczący zapytuje, jaki jest związek między skargami chorego a znalezionym stanem przedmiotowym. Adelfang uważa wgłębienie kostne za skutek urazu w dzieciństwie, przemieszczenia kości czaszki i wadliwego zróżniczenia się kości u osobnika z krzywicą. W odpowiedzi Turyn zaznacza, że skargi podmiotowe mogą być wytłumaczone ogólną hipoplazją, mniejszą wartościowością narządów, zwykle towarzyszącą krzywicy; uraz czaszki nie musiał być konieczny — wadliwe zróżniczenie się kości czaszkowych mogło być skutkiem trwałego fizjologicznego przemieszczenia kości — np. w czasie leżenia.

2) J. Fliederbaum i M. Spiro. *Przypadek puchliny brzusznej olbrzymich rozmiarów.* (Z oddziału D-ra Lewina).

Ref. przedstawia chorego l. 29, któremu brzuch zaczął powiększać się już 17 lat temu — po urazie okolicy prawego podbrzusza. Pacjent rósł i rozwijał się prawidłowo. Od 7 lat nie może chodzić — wobec ciężaru własnego brzucha, od kilku lat nie może siedzieć, leży jedynie w łóżku na boku, raz dziennie przy pomocy rodziny całej przewraca się na drugi bok. Dziedzicznie nie obciążony. Pozatem zawsze był zdrow.

St. obecny: bud., odżyw. prawidłowe. Stan bezgorączkowy. Przepony uniesione ku kórze. Akcja serca przyspieszona, tony głuche. Płyn prześlikowy w prawej opłucnie. Obwód brzucha 160 cm. (wzrost 170 cm.), odległość wyrostka miedzykostowego od spojenia 100 cm. Brzuch w kształcie kopuły, zawiera płyn wolny. Na powłokach brzusznych zarosowane rozszerzone żyły, wytwarzające oboczne krążenie. Mimo wypuszczenia 30 litrów płynu, narządów brzusznych nie wyczuwa się. Kończyny dolne i moszna nie obrzękłe. Mocz, krew bez zmian. Płyn z jamy brzusznej o cechach płynów, stojących na pograniczu — między przesiękiem a wysiękiem, pod mikroskopem — limfocyty; został zastrzyknięty swinie. Po przeprowadzeniu rozpoznania różniczkowego, ref. uważają, że rozpoznanie winno wahać się między przewlekłą sprawą zapalną ategwną (gnilną?) a sprawą uciskającą na żyłę bramną (guz łagodny?).

W dyskusji Fejgin zapytuje, czy wykonana została tuberkulinowa diagnostyczna próba podskórna, czy są obrzęki

k. k. dolnych, oraz, jak się zachowywała bilirubina we krwi; z rozpoznaniem referentów zgadza się. Galewski proponuje wykonać próby czynnościowe wątroby z galaktozą i lewulozą. Turyn zwraca uwagę, że mimo tak wielkiej puchliny brzusznej nie wytworzyły się obrzęki. Kahan zapytuje, czy nie było zaburzeń w ciśnieniu krwi, w zawartości mocznika we krwi, oraz czy nie było objawów schodzenia ukrytego nerek. W odpowiedzi Fliederbaum zaznacza, że obrzęków k. k. dolnych chory nie miał, mocznik i bilirubina we krwi, ciśnienie krwi, moczu zmian nie wykazywały; tuberkuliny podskórnie wobec ciężkiego stanu chorego nie zastrzyknięto; z tego też powodu nie udało się przeprowadzić prób z galaktozą i lewulozą i szeregu innych badań.

3) Sz. Lewinson. *Przypadek wodonercza u jedenastoletniej dziewczynki.*

Dziewczynka 11-letnia—chorą od 4 lat. Mocne napady bólów w lewym podżebrzu, połączone z wymiotami, dreszczami i gorączką, dochodzącą do 39° C. Od 8 miesięcy napady powtarzają się co kilkanaście dni.

St. o. b. Dziecko szczupłe, mizerne; stan bezgorączkowy; tętno 100. Płuca, serce bez zmian. Nerki niemacalne. Okolica lewej nerki bolesna przy silnym opukiwaniu. Rentgenogram okolicy lewej nerki i lewego moczowodu złożeń nie wykazuje. Mocz: ślad białka. 150–200 leukocytów w polu widzenia, chromocystodijagnostyka: nerka prawa funkcjonuje prawidłowo, lewa barwnika nie wydzielą. Pyelografia lewostronna: duże zmiany w miedniczkach i kielichach. Wobec powyższego rozpoznano wodonercze przestankowe (*intermittens*), zakażone wtórnie.

16 lutego — operacja, cięciem skośnem doszedłem do nerki; na przedniej powierzchni nerki stwierdziłem powrózek, krzyżujący moczowód przy przejściu do miedniczki; przecięcie i podwiązanie powrózka; oddzielenie nerki z licznych zrostów i usunięcie nerki. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wypisana z raną zagojoną po 10 dniach. Usunięta nerka — mała, z grubymi wciągnięciami, szaro-różowa; miedniczka znacznie rozszerzona, wnęka przerosnięta tłuszczem; naczyńia główne o przebiegu prawidłowym; na przedniej powierzchni dość gruby powrózek, krzyżujący moczowód i wnikaający do wnęki; kadanie drobnowidzowe wykazuje, że powrózek składa się z tętnicy i żyły. Wodonercze więc w demonstrowanym przypadku jest wywołane przez ucisk na moczowód krzyżujących się z nim naczyń dodatkowych.

Naczyńia dodatkowe nerki w-g Corninga spotykają się w 25% przypadków. Bary i inni uważają, że naczynie dodatkowe nie jest przyczyną wodonercza — uciska ono dopiero wtedy na moczowód, kiedy miedniczka już jest rozszerzona. Natomiast Korbut, Hartmann Mayo i inni widzieli ustępowanie wodonercza po usunięciu dodatkowego naczynia. Również i w demonstrowanym przypadku oprócz anomalji naczyniowej niema innej przyczyny wodonercza. W przypadku tym należało wykonać wycięcie nerki wobec wtórnego zakażenia i dużych zmian anatomicznych.

W dyskusji zabierał głos Frydman, który zgadza się z postępowaniem prelegenta.

B) Odczyt. E. Birzowski. *Uwagi ogólne o diagnostyce i terapii.*

Prelegent omawia: rolę w powstawaniu dolegliwości semiatycznych konstytucyjnego czynnika dynamicznego i nerwo-psychicznego, znaczenie nerwicz narządowych w genezie zaburzeń funkcjonalnych i organicznych, moment czynnościowy i jego wpływ na przebieg chorób, rozdroża i drogi diagnostyki i terapii oraz rolę lekarza w czasach nadchodzących (autoreferat).

W dyskusji nad odczytem Justman zarzuca prelegentowi kraciwość poglądów; nie należy, nie stworzywszy nic nowego i lepszego, odrzucać zdobyczy morfologiczno-anatomicznych; każde zjawisko chorobowe winno się oglądać z dwóch punktów widzenia—anatomicznego i czynnościowego (chemicznego, koloidalnego). Kahan przypomina, że na rolę czynnika funkcjonalnego w chorobach zwracali uwagę i lekarze dawniejsi; dla dobra chorego lepiej jednakże nie zadawać się rozpoznawaniem sprawy czynnościowej, „nerwowej”, „nerwo-vegetatywnej”, a szukać przyczyny anatomicznej, bakteryjnej lub toksycznej tych zmian funkcjonalnych. Landau podkreśla, że zmiany nerwovegetatywne mogą niejednokrotnie wyprzedzać objawy schorzenia organicznego, o którym zawsze należy pamiętać. W odpowiedzi Birzowski zaznacza, że przez podkreślenie znaczenia pierwiastków dynamicznych i nerwo-psychicznych bynajmniej nie odrzuca roli czynników innych, jak anatomiczne, bakteryjne i t. d.

Sekretarz J. Fliederbaum.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie

Posiedzenie z dn. 9. IV. 1930 r.

Przewodniczący prof. J. Szmurło, obecnych członków 14, gości 4.

1. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu poprzedniego posiedzenia prof. Szmurło odczytuje zawiadomienie o mającym się odbyć w Krakowie Zjeździe T-wa Balneologicznego w dniach 12 — 13. IV. r. b.

2. Przyjęto Dr. Żukowską W., Noniewiczą Józefą, Natalię Pietrzkową do sekcji Wojewódzkiej T-wa przez aklamację; wybrano na członków f-wa: Dr. Rozwadowskiego Piotra, Dr. Dylewskiego Benedykta, Dr. Bonasewicza Adama — jednogłośnie.

3. Dr. Dylewski demonstruje przypadek *podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego*. Chora, u której dokonano wycięcia wyrosła adenoidalnych, cierpi na mowę nosową.

Prof. Szmurło dodaje, że zabieg był przeciwwskazany, gdyż przez to przestrzeń nosowo-gardłowa stała się szerszą i warunki wymowy gorsze.

Dr. Świeżyński zapytuje, jaki jest plan leczenia. Prof. Szmurło zaznacza, że narazie chora pozostaje bez leczenia. Rokowanie co do głosu jest naogół złe.

4. Dr. Żukowski przedstawia preparat *szparkosza okężnicy (balantidium coli)* otrzymany z kału 14 letniego chłopca. Chory od 3 m. uczuwał bóle brzucha, wymiotów ani biegunki nie było. Dziecko jest chude, blade. Brzuch napięty, stwierdzono w okolicy kątnicy bolesność, i dało się wyczuć wyraźny guz. T-o 37, 6°, leukocytoza 10.000. Stolec początkowo normalne. Po kilku tygodniach leczenia zachowawczego wystąpił stolec krwawy, rzadki, cuchnący. Nacieczenie w okolicy kątnicy zmniejszyło się. Badanie kału wykryło znaczną liczbę *balantidium coli*. Sprawa ta powoduje nieżyt jelita grubego. Według wywiadu była przed laty czerwotka. Obecnie objawy przypominają zapalenie otrzewnej, co zapewne jest w związku z obecnością w jelitach wymoczków. Leczenie będzie polegało na stosowaniu stovarsolu i wlewań z tymolu.

5. Dr. Wąsowski okazuje *ciała obce, wydobyte z przeliku zapomocą haczyka tępego*.

6. Dr. Gelman wygłosił odczyt p. t. *Odczyn Kahna w kile* (do druku).

W dyskusji Doc. Safarewicz pyta, z jakim antygenem robił prelegent swe badania. Sprawa antygeny jest najważniejsza, gdyż im czulszy jest antygen, tem lepsze wyniki. Czy są ustalone standartowe antygeny do odczynu Kahna? Prof. Szmurło zapytuje, czy odczyn Kahna wykonywany jest w pracowni u o'reślone dni tygodnia.

Dr. Gelman w odpowiedzi zaznacza, że antygen wypisuje z Niemiec, miareczkowany w Berlinie przez Dr. Blumenthala. Odczyn Kahna można wykonywać każdego dnia, co praktycznie upraszcza sprawę. Narazie w celu kontroli lepiej go jednak wykonywać razem z odczynem Wassermana i Meinicke. Każdy lekarz, obeznany z badaniami serologicznymi, może go wykonywać. Najtrudniejszą sprawą jest odczytanie wyników.

(—) Dr. Wąsowski.

Posiedzenie z dn. 30. IV. 1930 r.

Przewodniczący prof. J. Szmurło, obecnych 12 członków T-wa oraz 8 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Przyjęto jednogłośnie do Sekcji Wojewódzkiej T-wa Dr. M. Papużńskiego.

3. Dr. T. Wąsowski (Klinika Oto-Laryngologiczna U. S. B.) przedstawił *chorego po wycięciu krtani z powodu raka* z zagojeniem po 4 tygodniach.

Dyskusja: prof. J. Szmurło — jakkolwiek chorzy z rakiem krtani zgłaszają się zazwyczaj do kliniki ze sprawą, już daleko posuniętą, jednak odsetek śmiertelności po zabiegu operacyjnym jest stosunkowo nieznaczny. Rak krtani, o ile proces chorobowy nie jest zbyt rozpowszechniony, a stan ogólny chorego jest dobry, nadaje się najzupełniej do operacji z wynikiem bardzo dobrym, jak to wykazuje statystyka kliniki.

4. Doc. Dr. St. Bagiński wygłosił odczyt: *O biologicznym wykryciu niektórych kationów* (p. Pam. Wil. Tow. Lek. T. VI z. 3).

Dyskusja: prof. K. Opoczyński — metoda histochemicznego wykrywania kationów posiada wielkie znaczenie dla patologji, kiedy chodzi o stwierdzenie obecności tych, czy innych substancji w różnych chorobach, np. w niedokrew-

ności złośliwej ma się do czynienia z dużą ilością soli żelazowych w tkankach.

Prof. J. Szmurło zapytuje, czy nie czyniono prób wykrywania fosforu na drodze badań histochemicznych?

Doc. St. Bągiński opowiada, że sposobów wykrywania fosforu nie zna.

5. Dr. A. Kapłan wygłosił — kilka uwag co do zapobieganiu przedziurawieniu wrzodu peptycznego.

Dyskusja: Dr. Wł. Jabłoński — samo badanie rentgenowskie w drodze mechanicznego ucisku kaszki barytowej na ściankę żołądka nie może odgrywać poważnej roli w kierunku przedziurawienia żołądka; należy raczej unikać zbyt gwałtownego badania fizykalnego, co może mieć nieraz niepożądane dla chorego następstwa. Dość często występuje przedziurawienie żołądka niezależnie od wpływu zewnętrznych czynników mechanicznych. Dalej mówca wspomina o przypadku wrzodu żołądka, który trwał 12 lat z wielokrotnymi krwotokami wskutek lekceważenia przez chorego diety — przedziurawienie zaś nastąpiło w okresie względnego spokoju i przestrzegania ścisłej diety.

Prof. J. Szmurło — odnośnie do przypadku, cytowanego przez prelegenta, gdzie narówni z wrzodem żołądka istniał proces gruźliczy w płucach, jak to wykazała sekcja, pyta, czy nie należałoby myśleć w takich razach raczej o ropowatych ogniskach gruźliczych w żołądku, które mogą wywoływać zaburzenia o charakterze wrzodów peptycznych żołądka.

Prof. K. Opoczyński — wrzody żołądka pochodzenia gruźliczego stwierdza się bardzo rzadko.

Dr. A. Kapłan zgadza się, że sama kaszka barytowa nie może być przyczyną przedziurawienia żołądka, jednak cały zespół zabiegów, towarzyszących rentgenoskopji, jak głodzenie, palpacja i t. p. mogą przyczynić się do łatwiejszego występowania przedziurawienia. W odniesieniu do pytania, postawionego przez prof. Szmurłę, skłonny byłby uważać iż w ustroju, wyniszczonym przez gruźlicę, snadniej może powstać guz peptyczny, który ulega przedziurawieniu.

(—) E. Czarnecki.

(wedł. Pamiętn. Wileńsk. Tow. Lek.).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Do umier spostrzegł przypadek *ostrego obrzęku płuc pochodzenia neurotonicznego* (posiedz. lipc. tow. lek. szpit.

paryskich. — Pr. méd. Nr. 60). Chora lat 58-iu co noc, prócz obfitego pocenia się, dostawała objawów obrzęku płuc. W dzień żadnych objawów sercowo-naczyniowych nigdy nie było, jak nie było i skarg na duszność skutkiem wysiłku. Badanie kliniczne i radioskopowe nie stwierdziło żadnych zmian ze strony serca czy aorty. Pod wpływem małych dawek nalewki belladonny ustąpiły zupełnie i poty i obrzęk nocny płuc. Dowodzi to nerwowego pochodzenia obrzęku w danym przypadku. Fakt ten należy uwzględnić, zdaniem autora, i w przypadkach obrzęku płuc pochodzenia sercowo-naczyniowego, w których czynnik neurotoniczny też może odgrywać pewną rolę i w których, wobec tego, podawanie belladonny może być korzystne.

Esbach na tem samem posiedzeniu zwał sprawę z 2 przypadków *zgorzeł płuc, wyleczonych wstrzykiwaniami do tchawicy lipjodolu*.

Przypadek *przewlekłego zapalenia trzustki*, opisany przez Alglave na posiedz. lipc. parysk. tow. chirurg. (Pr. méd. Nr. 71), dotyczył 39-letniej pacjentki, która chorowała od 2 lat, zaś od 3 miesięcy miewała bóle głównie w lewym podżebrzu. Przy badaniu stwierdzono w tej okolicy spory guz nieruchomy. Chora nie miała apetytu i schudła. Rozpoznanie było trudne ze względu na współistniejący krwiomocz. Mimo to przystąpiono do otwarcia brzucha i znaleziono zapalenie przewlekłe ogona trzustki. Brzuch zaszyto. W ciągu dni następnych lekki przemijający cukromocz, poczem nastąpiła poprawa, trwająca 18 miesięcy. Z powodu pogorszenia powtórny zabieg, wykrywający te same zmiany i sporo zrostów. Po zabiegu poprawa. Odczyn Wassermann'a był ujemny.

Zdaniem Rista (Seksja studjów nad gruźlicą. — Pr. méd. Nr. 61) *odmę sztuczną należv przerywać* dopiero po upływie pięciu lat. Dane statystyczne, w tym kierunku zabrane przez Ristę i Hirschberga na 189 przypadkach, wykazały, że na 73 przypadki śmierci 33 nastąpiły w ciągu 1-go roku, 27 w ciągu 2-go, 8 w ciągu 3-go, 3 w 4-tym roku, 2 w 5-tym, żaden zaś później. Jeśli idzie o małżeństwo młodej panny, leczonej odmą, R. pozwala na wyjście zamaż, jeśli powrót do zdrowia jest wyraźny, płwociny nie oddaje chora od 2 lat i odmą jest utrzymywana aż poza pierwszy poród. Wogóle zaś najbardziej miarodajny w kierunku poprawy pod wpływem odmę jest dwukrotny ujemny wynik szczepienia płwociny śwince, dokonanego w odstępie sześciu miesięcy.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień sanitarnych Francji.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa)

(Dokończenie — p. № 37).

Obejmując jednym rzutem oka całą działalność w dziedzinie zdrowia publicznego we Francji, chciałem podkreślić w kilku zdaniach jej najważniejsze cechy charakterystyczne.

Obecnie Francja posiada z jednej strony administrację sanitarną urzędową o charakterze policji sanitarnej z dodatkiem walki z chorobami zakaźnymi, z drugiej — rozwija się tam praca na polu higieny społecznej, prowadzona przez instytucje, przez państwo uznane, popierane i kontrolowane, posiadające duży rozmach, inicjatywę i inne dodatnie strony organizacji prywatnych. Wytworzyła się pewna dwutorowość w służbie zdrowia na podobieństwo tego, co widzimy np. na większą skalę w Jugosławji. Obok służby dawnej urzędniczo-policyjnej (we Francji zresztą bardzo słabej), której znieść nie można, a którą zmodyfikować trudno, powstają organizacje nowe, bardziej giętkie, czynne, ruchliwe, z techniki pracy więcej podobne do współczesnego przedsiębiorstwa przemysłowego, niż do dawnego typu urzęd-

dów, broniących raczej litery przepisów, niż prowadzących i popierających rzeczywistą pracę. Jest duża skłonność do pozostawienia tego stanu rzeczy i dalszego rozwoju dwutorowości w pracy nad ochroną i rozwojem zdrowia społeczeństwa. Są jednak i inne dążenia, zgodne z którymi wytwarza się łączność między jednym i drugim rodzajem pracy albo nawet zlanie obu w jedną całość. To zjawisko uważam za bardzo pożądane, gdyż jestem wielkim przeciwnikiem dwutorowości i ze względów ekonomicznych i ze względów na wydajność pracy, wreszcie dlatego, że na daleką metę taki podział może być hamulcem dla rozwoju sprawy.

Wytwarzająca się łączność bywa różnych stopni. Najpierw więc inspektor lekarski departamentu coraz częściej jest członkiem czynnym instytucji społecznej, a często nawet bierze udział w zarządzie. W innych departamentach utworzono coś w rodzaju lokalnych urzędów higieny społecznej. Zwykle te urzędy znajdują się pod protektorem prefekta, faktycznie zaś administrowane są przez lekarza higienistę, niekiedy przez inspektora opieki społecznej nielekarza. W niektórych departamentach współpraca jest jeszcze dalej posunięta, i, choć istnieją dwie odrębne organizacje — społeczna i państwowa, obie są kierowane przez tegoż inspektora lekarskiego. Wreszcie spotyka

się, że całość pracy na terenie danego departamentu jest połączona w tejże instytucji — urzędzie higieny społecznej. Wówczas w kierownictwie urzędu biorą udział tak samo przedstawiciele władz miejscowych, jak i organizacji społecznych, w pracy zainteresowanych, a kierownikiem, naturalnie, jest inspektor lekarski departamentu.

Obecnie istnieje dążenie, aby każdy departament podzielony był na okręgi, i żeby w każdym okręgu był lekarz higienista, działający pod kierunkiem inspektora departamentu, ale w swoim okręgu samodzielny, i aby ten lekarz okręgowy w swoim ręku ześrodkowywał całą pracę na polu higieny i medycyny zapobiegawczej na powierzonym mu terenie. Do pewnego stopnia lekarz ten ma być podobny do lekarza powiatowego u nas, z tą różnicą, że my, poza przytłaczającą wszystko kancelarią, kładziemy główny nacisk na higienę otoczenia, we Francji zaś mówi się znacznie więcej o walce z klęskami społecznymi i związaną z nimi medycyną zapobiegawczą. Lekarz okręgowy według koncepcji francuskiej ma być inspektorem higieny w swoim okręgu, lekarzem szkolnym, a jednocześnie lekarzem ośrodka zdrowia. To ostatnie określenie wymaga pewnego wyjaśnienia.

We Francji praca na polu higieny społecznej, w szerokim pojęciu tego wyrazu, rozpoczęła się od walki z gruźlicą, do której przyłączyła się walka ze śmiertelnością niemowląt, a następnie dopiero inne działy. W tym celu zaczęto tworzyć po wojnie liczne poradnie, każda do walki z jedną klęską społeczną. Kiedy, zgodnie ze współczesnymi poglądami, walkę w poradniach uzupełniono akcją społeczno-zapobiegawczą w domu i propagandą, zaczęto każdą poradnię nazywać ośrodkiem zdrowia (centre de santé). W miarę wzrostu liczby poradni musiało nastąpić, choć nie wszędzie, łączenie ich niekiedy tylko w tym samym gmachu, innym razem tylko administracyjnie, albo też i administracyjnie i co do lokalu. W ten sposób niektóre poradnie pozostały pojedyncze, i te nazwano ośrodkami zdrowia jednowartościowymi (monowalentnymi), pozostałe zaś, obejmujące najczęściej gruźlicę, opiekę nad matką i dzieckiem, choroby weneryczne, raka, w wyjątkowych wypadkach kąpieliska prysznice — ośrodkami zdrowia wielowartościowymi (poliwalentnymi).

Otóż lekarz okręgowy ma prowadzić ten ośrodek zdrowia i ma być tak samo poliwalentny, jak i ośrodek. W zasadzie jednak ośrodki zdrowia, wyjąwszy choroby weneryczne, nie leczą, gdyż ze strony lekarzy leczących jest duża opozycja, a kierownictwo służby zdrowia stara się wszędzie i zawsze nie tylko nie przeciwdziałać, lecz dąży do zyskania poparcia ze strony syndykatu lekarskiego. Naturalnie, ośrodki zdrowia są dopiero w stadium organizacji i z rozwojem pracy społecznej, a nadewszystko ubezpieczeń społecznych przyjmą one nieco inny charakter, i stosunek świata lekarskiego do nich także ulegnie zmianie.

Ostateczne wywody w sprawie stanu sanitarnego Francji nie są zbyt pesymistyczne, pomimo wielu braków, szczególnie natury organizacyjnej, pomimo, że to, co dotąd na tem polu zrobiono, wymaga pogłębienia, rozszerzenia, ugruntowania. Jako całość, Francja nie może być brana za wzór, a w poszczególnych dziedzinach wiele jest jeszcze rzeczy do zrobienia, niemal poczynając od podstaw. Higiena szkolna, hig-

jena pracy i inne działy higieny muszą organizować się niemal od fundamentów. Braki wyraźne są widoczne niemal wszędzie, ale jest i sporo dobrego. Są dziedziny pracy, w których jest co naśladować, a różne dotychczasowe poczynania francuskie, niejednokrotnie w następstwie gdzieindziej opracowane i ujęte w system, rozeszły się już po całym świecie. I to, co dziś we Francji dzieje się, pod wielu względami zasługuje na baczność uwagi, szczególnie w dziedzinie zwalczania klęsk społecznych.

Poza stroną organizacyjną, tonącą jeszcze w mgławicy, za największy grzech francuskiej służby zdrowia uważam brak fachowców i słabe zainteresowanie się zagadnieniami higienicznymi ogółu lekarskiego. Te dwie rzeczy, zresztą, zawsze idą w parze. Dopóki świat lekarski będzie dla tych spraw obojętny, dopóki karjera higienisty nie będzie pociągała sił najlepszych czy przeciętnie dobrych, nie będzie dobrych fachowców, przynajmniej w takiej liczbie, żeby to mogło pokryć zapotrzebowanie kraju. Pod tym względem korzystna zmiana we Francji dopiero zarysowuje się, ale o jej rozwoju dziś jeszcze trudno mówić.

Wszystkie te zarzuty jednak, jak powiedziałem, nie powinny prowadzić do pesymizmu i lekceważenia poczyniń. Patrząc na rozwój działalności higienicznej całej Francji za ostatnie lat 10, można z całą śmiałością powiedzieć, że największe klęski społeczne, w których wiedza nasza coś może, jeżeli jeszcze nie są — będą opanowane wkrótce nie gorzej, niż gdzieindziej, choć niezawsze może drogą najprostszą i najtańszą. Pod tym względem pomimo wielu obecnych braków można spokojnie patrzeć w przyszłość.

Niezależnie jednak od stanu sanitarnego kraju i poziomu służby zdrowia, francuscy higieniści społeczni mają przed sobą groźne widmo, niepokojące cały naród francuski, a jest nim widmo wyludnienia. Od roku 1881 do 1926 ludność Francji prawie nie uległa zmianie, stojąc na martwym punkcie 40 milionów, jak wskazują załączone niżej dane. — (Tablica III).

Obecnie też wobec wielkich zapotrzebowań przemysłu musiano się uciec do importowania obcokrajowców, jako siły roboczej. Według ostatniego spisu było we Francji 2,5 miliona imigrantów, składających się głównie z niższych warstw społecznych włochów i polaków, a więc elementu bardzo płodnego. Trudno jednak rozwój i potęgę państwa opierać na takim przyroście. Liczba departamentów „deficytowych” wzrasta prawie od 100 lat z niewielkimi wahaniami wstecznymi i pomimo pewnego polepszenia

T A B L I C A III.

Ludność Francji

Rok	Liczba mieszkańców
1801	28.250.000
1821	31.161.000
1841	34.911.000
1861	37.386.000
1881	39.239.000
1901	40.681.000
1911	41.479.000
1921	39.210.000
1926	40.744.000

się sytuacji w latach 1921—1926 wynosiła jeszcze 50. Przyrost wykazują prawie wyłącznie departamenty, które mają duże miasta, wielkie ośrodki przemysłowe, i okolice bretońskie. Wieś francuska wyludnia się coraz więcej, i to może nasuwa działaczom społecznym najwięcej refleksyj. W roku 1846 ludność wiejska wynosiła 71,6% ogółu ludności, w roku 1926 — 50,9%. Naturalnie, to wielkie zagadnienie dotyczy przede wszystkim mężów stanu, ekonomistów i polityków, ale i higieniści mają tu wiele do powiedzenia. Ja poruszam tę sprawę o tyle tylko, o ile ona dotyczy higieny.

Otóż Francja, mając rozrodność dość niską, ale nie najniższą, należy do krajów o umieralności wysokiej (patrz wykres: urodzenia i zgony we Francji), bo prawie dwukrotnie wyższej, niż narody, stojące pod tym względem najpomyślniej, jak Danja lub Holandia. Tłumaczy się to zwykle albo wysoką umieralnością niemowląt, albo niepomyślnym układem według grup wieku, w danym razie wielką liczbą starców. Jednak i jedno i drugie jest niesłuszne, a przynajmniej nie objaśnia w całości sprawy. Umieralność niemowląt jest duża (patrz wykres: umieralność niemowląt we Francji), ale nie o tyle przewyższa inne kraje, żeby to mogło tłumaczyć tak wysoką umieralność ogólną. Zresztą, umieralność niemowląt stale spada, i można oczekiwać, że wkrótce nie o wiele będzie przewyższała kraje anglosaskie lub skandynawskie. Rozkład ludności według grup wieku rzeczywiście nie jest najpomyślniejszy, i porównanie Francji z innymi krajami według standardowych grup wieku wypada dla Francji korzystnie, bo poniżej jej umieralność ogólną, a mianowicie przenosi ją z grupy krajów, najgorzej stojących pod tym względem, do grupy krajów środkowych. Porównanie jednak umieralności według grup wieku we Francji, w Niemczech i Anglii dobitnie wykazuje, że umieralność specyficzna we Francji, przewyższająca oba wspomniane kraje przez cały okres wieku ludzkiego, jest najwyż-

szą w latach średnich, gdzie występują różnice najjaskrawsze, dla Francji bardzo niekorzystne (patrz tabl. IV). W sile wieku, okresie największego rozkwitu, Francja wygląda najmniej pomyślnie, bo traci stosunkowo najwięcej obywateli, co się podobno tłumaczy głównie gruźlicą. Tu właśnie higiena ma wiele do zrobienia i bezpośrednio, i pośrednio, i na polu medycyny zapobiegawczej i w dziedzinie pokrewnej opieki społecznej.

Powstaje przytem pytanie, czy i w jakiej mierze obniżenie umieralności ogólnej polepszy sytuację ogólną pod względem przyrostu naturalnego. Z całą pewnością tak i to znacznie. To jest najpilniejsze zadanie higienistów francuskich, bo doprowadzenie umieralności do 10—12 *pro mille* może przenieść Francję w szeregu narodów zachodnio—europejskich pod względem przyrostu z ostatniego miejsca gdzieś bliżej środka. Na najbliższe lata to jest zagadnienie czołowe, a pomyślnie jego rozwiązanie może uspokoić lęk o przyszłość Francji. Głębsza i szczegółowa analiza wskazuje jednak, że to też może być traktowane tylko, jako polepszenie sytuacji przejściowe, choćby nawet na długie lata. Tak niski bowiem współczynnik rozrodności, jaki ma Francja, nie świadczy o wielkiej żywotności narodu i, trwając przez dłuższy okres czasu, nie obiecuje wielkiego wzrostu. Wątpliwą też jest rzeczą, aby wszystkie środki, zmierzające pośrednio do zwiększenia rozrodności, obiecywały upragnione skutki. Ani opodatkowanie tych, którzy nie mają dzieci, ani wynagradzanie tych, którzy mają ich dużo, nie wydaje się ratować sytuacji ani we Francji, ani gdziekolwiek i kiedykolwiek było próbowane. Jedyna pociecha dla Francji może polegać na tem, że wszystkie niemal narody kulturalne pod tym względem zbliżają się do niej szybkim bardzo krokiem. Czy to jednak jest pociecha?

Ale sprawa trudna jest do rozwiązania. Potęgą wielkich umysłów ogranicza się tutaj głównie do

T A B L I C A IV

Porównawcza umieralność we Francji (1920—23), w Niemczech (1924—1926), w Anglii (1920—22) według grup wieku.

W I E K	P ł e ć m ę s k a			P ł e ć ż e n s k a		
	Francja 1920—1923	Niemcy 1924—1926	Anglja 1920—1922	Francja 1920—1923	Niemcy 1924—1926	Anglja 1920—1922
0	108,23	115,38	89,96	88,21	93,92	69,42
5	3,48	2,42	4,17	3,78	2,19	4,24
10	1,91	1,42	1,81	2,14	1,20	1,80
15	2,72	1,94	2,18	3,55	1,81	2,27
20	6,39	4,27	3,49	5,19	3,32	3,06
25	6,50	4,39	3,98	5,93	3,94	3,50
30	6,60	4,05	4,34	5,90	4,14	3,92
35	7,54	4,25	5,53	6,16	4,52	4,51
40	9,30	5,35	7,88	6,89	5,31	5,32
45	10,79	7,23	8,81	8,11	6,44	6,68
50	14,30	10,30	11,79	10,37	8,86	9,15
55	20,05	15,48	17,55	13,89	12,73	13,19
60	28,31	23,62	25,61	19,89	19,47	18,97
65	40,48	39,62	39,75	30,05	31,55	29,92
70	65,12	58,08	59,97	50,94	51,98	46,46
75	91,99	93,91	93,79	79,47	85,29	75,94
80	169,07	141,96	140,02	134,24	133,71	117,66

objaśnienia zjawiska, czy jednak może mu pomóc, jest dla mnie więcej, niż wątpliwe.

Literatura, z której korzystałem.

Landry A. — L'hygiène publique en France. L'hygiène Publique en France. Ouvrage publié à l'occasion du Voyage

collectif d'études organisé par l'organisation d'hygiène de la Société des Nations (1930). Annuaire Sanitaire International Lata 1925, 1926, 1927. 1928. Statistiques démographiques officielles de la République Française. (Société des Nations 1927). Szereg artykułów w pismach lekarskich i broszur, wydanych przez Office National d'Hygiène Sociale.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie wymagań sanitarno-technicznych przy projektowaniu ludowych zakładów kąpielowych

W przysyłanych do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych planach ludowych zakładów kąpielowych w celu uzyskania aprobaty i subwencji na budowę tychże zachodzą bardzo częste przypadki niesposobienia się do podstawowych wymagań sanitarno-technicznych, którym winny odpowiadać wzorowe ludowe zakłady kąpielowe.

Wobec powyższego Ministerstwo prosi Pana Wojewodę o zarządzenie, aby projekty powyższe, przesyłane Ministerstwu za pośrednictwem podległych Panu władz, odpowiadały w związku z wykonaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego o urządzeniu i utrzymaniu zakładów kąpielowych publicznych (Dz. U. Nr. 77 poz. 698, 1922) następującym punktom:

1) Położenie budynku.

Położenie budynku w osiedlu powinno być takie, aby umożliwiał ze wszystkich punktów osiedla łatwy dostęp.

2) Pomieszczenia zakładu kąpielowego.

Wielkość kąpieliska zależy od liczby osób, które z zakładu kąpielowego będą korzystać. Liczbę natrysków, wanień i wielkość parni należy liczyć w stosunku do godzinowej wydajności urządzeń.

Poczekalnia. Powierzchnia winna wynosić tyle metrów kwadratowych, ile osób przeciętnie jednocześnie korzysta z zakładu.

Rozbieralnia. Powierzchnia jej winna być obliczona na liczbę osób mających jednocześnie korzystać z urządzeń kąpielowych, licząc co najmniej po 1,5 m.² na osobę. Jeżeli w zakładzie kąpielowym są zastosowane natryski w kabinach, w których jednocześnie można rozbierać się, wówczas należałoby liczyć rozbieralnię tylko dla osób, korzystających z parni. W małych zakładach kąpielowych rozbieralnia może służyć także za ubieralnię; wówczas należy koniecznie zastosować szafki, umożliwiające zamknięcie ubrania. Powierzchnia ubieralni powinna równać się powierzchni rozbieralni.

Parnia. § W praktyce stosowano najczęściej w zakładach kąpielowych parnię o powierzchni podłogi 8 — 25 m. kw. wysokość zaś pomieszczenia, jak wymagają przepisy, nie może być mniejsza, niż 2,50. Ławki o szerokości 35 — 50 cm. w kilku kondygnacjach ustawia się na nóżkach żelaznych, wpuszczonych w betonową podłogę naprzeciwko pieca. Piec, tak zwana „parnica”, powinien mieć wmontowane sitka natryskowe do polewania rozpalonych kamieni, przyczem opalanie odbywać się musi z innej ubikacji (kotłownia). Wskazane jest stosować w parni dodatkowe natryski. Zużycie wody w parni wynosi około 100 ltr. na osobę i godzinę.

Natryski winny zawsze być stosowane w ludowym zakładzie kąpielowym. Oś natrysku jest nachylona do pionu od 20° — 30°, lub też założona jest pionowo. Wysokość natrysku nad podłogą wynosi od 2,00 — 2,40 metrów. Natrysk winien dawać zimną i gorącą wodę przy zastosowaniu miesza-

czy. Najczęściej natryski stosowane są w oddzielnych kabinach, które w planie stanowią prostokąt o stosunku boków 1:2. Kabina taka jest podzielona płótnem nieprzemakalnym na dwie części, z których jedna służy za przedział do mycia druga — do rozbierania, a wymiary jej wynosiłyby przeciętnie od (2 — 2,20) x (1,00 — 1,10) mtr. W przedziale do mycia stosuje się często nożną wannę o wymiarach 0,8 x 0,8 x 0,15 mtr. Odpływ wody w nożnej winien być tak urządzony, aby można było utrzymać wodę na głębokości 10 cm. Jeżeli kabinę się nie stosuje, wówczas natryski odgradza się ściankami działowymi w odstępach 1 mtr. jedna od drugiej. Ścianki kabin o grubości 2 — 5 cm. i wysokości 2,20 — 2,50 mtr. wykonane są z drewna, betonu, żelbetonu, łupku i t. p. i ustawione na nóżkach wysokości 10 cm., wpuszczonych w podłogę. Zużycie wody w natryskach wynosi około 50 ltr., na osobę. Wydajność natrysku na ogólnej sali — 6-ciu ludzi na godzinę, w kabinie — 3 ludzi, na godzinę.

Wanny. W ludowych zakładach kąpielowych najlepiej stosować wanny żelazne emaljowane, inne, jak cynkowe lub miedziane, mniej są używane. Kabinki z wanną winny zasadniczo mieć wymiary 2,25 x 1,80 metrów, przyczem ścianki działowe urządza się podobnie, jak w kabinach natryskowych. Ściany około wanny powinny być zasadniczo wyłożone płytkami, mogą być także malowane olejno. Zużycie wody w wannie wynosi 500 ltr./godz., przyczem z wanny mogą korzystać dwie osoby w ciągu godziny.

Kotłownia z oddzielnym wejściem z zewnątrz powinna być zasadniczo stosowana w każdym zakładzie kąpielowym i tak usytuowana, aby z niej można było opalać jak najwięcej pomieszczeń, mianowicie parnię, natryski, rozbieralnię i t. p. Przy ustalaniu wielkości kotłowni należy kierować się następującymi zasadami: odstęp między kotłem a ścianami po 0,5 mtr., tył kotła odsunięty od ściany na 1 m. — 1,6 m., przed kotłem winno być pozostawione miejsce na długość kotła plus (0,30 — 0,50) mtr. Wymiary kotła wynoszą przeciętnie około 1 mtr. szerokości, od 0,5 — 1,80 mtr. długości. Materiał opały winien być przechowywany w pobliżu, najlepiej w piwnicy, skąd zapomocą wyciągu wydostaje się go do kotłowni.

Dezynfekcja powinna być w zasadzie przewidziana w każdym budynku zakładu kąpielowego, przyczem komora dezynfekcyjna winna być ustawiona obok kotłowni, skąd dostaje się para do aparatu, najlepiej łączyć rozbieralnię z ubieralnią zapomocą komory dezynfekcyjnej z okienkami do składowania i oddawania ubrania. W praktyce stosowane są wymiary komory dezynfekcyjnej (1,25 — 2,00) x (3 — 4) metrów.

Ustępy winny być urządzone w każdym zakładzie kąpielowym w miejscu łatwo dostępnym ze wszystkich pomieszczeń. W małych kąpieliskach wiejskich ustępy mogą być na podwórzu zamiast w budynku. Minimalne wymiary ustępu 0,85 x 1,15 mtr., najlepiej stosować ustępy splókiwane do kucania.

Budynki murowane z cegły lub materiału zastępczego, o grubości dostatecznej ze względu na utrzymanie

ciepła. Grubość muru ceglanego winna wynosić conajmniej 2 cegły.

Podłoga w częściach „mokrych” powinna być szczelna i niewsiąkliwa, najlepiej betonowa o grubości 10 — 12 cm., pokryta wyprawą cementową o stosunku 1:1 — 1:2 i grubości 2 cm. Na niej położona jest dająca się łatwo zdejmować krata drewniana.

Stropy. Celem uniemożliwienia zawilgocenia budynku powinny być murowane lub żelbetowe, a więc konstrukcji „Kleina”, „Monier’a” i t. p.

Okna powinny mieć odpowiednie rozmiary; parapety okienne w pomieszczeniach „mokrych” należałoby zakładać na wysokości 1,60 — 1,80 mtr. od podłogi.

3) Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości.

Naogół woda w kąpielisku powinna odpowiadać tym samym warunkom, co i woda do picia (patrz art. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zaopatrywaniu ludności w wodę z dnia 16 marca 1928 r. Dz. U. Nr. 32 poz. 310). O ile niema wodociągu ogólnego, studnia, zaopatrująca w wodę zakład kąpielowy, powinna odpowiadać ogólnym warunkom higienicznym. Zasadniczo budynek zakładu kąpielowego powinien być przyłączony do kanalizacji gminnej, a jeżeli jej niema, wówczas zastosować należy system kanalizacji miejscowej.

(—) Sławoj Składkowski
Minister.

— Okólnik Minist. Spr. Wewnętrznych do P. P. Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie biblioteczek podręcznych przy przychodniach przeciwjagliczych i innych instytucjach jagliczych.

Lekarze i personel sanitarny przychodni przeciwjagliczych i innych instytucyj dla zwalczania jaglicy, aby mogli należycie wypełniać swoje obowiązki, powinni być zapoznani ze współczesnem piśmiennictwem, dotyczącem jaglicy i jej zwalczania.

W tym celu Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) uważa za konieczne utworzenie przy przychodniach przeciwjagliczych i innych instytucjach jagliczych podręcznych biblioteczek, które, zależnie od rozmiarów potrzeb danej instytucyj, byłyby wyposażone w niezbędne publikacje i podręczniki.

PP. Wojewodowie (P. Komisarz Rządu) zechcą zalecić analogicznie jak w sprawie bibliotek podręcznych szpitalnych (Nr. Z. U. 4052) (29 z 23 października 1929 r.—okólnik Nr. 229) związkom komunalnym i stowarzyszeniom społecznym, utrzymującym przychodnie przeciwjaglicze i inne instytucje jaglicze, tworzenie tego rodzaju biblioteczek, przeznaczając w budżetach tych instytucyj odpowiedni kredyt na ten cel.

Pragnąc dopomóc do zrealizowania tego zamiaru, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) zdecydowane jest zasilac tego rodzaju biblioteczki darmo własnymi wydawnictwami z tego zakresu i w celu zapoczątkowania takich bibliotek przesyła odpowiednią ilość egzemplarzy broszurki opracowanej przez D-ra M. Zacherta, kierownika akcji zwalczania jaglicy, p. t. „Jaglica i jej zwalczanie — sprawozdanie za 1927 rok” z prośbą o rozdzielenie ich pomiędzy instytucje przeciwjaglicze.

Jednocześnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) prosi Pana Wojewodę (P. Komisarza Rządu), by wszelkie wydawnictwa, dotyczące jaglicy, które zostały Panu Wojewodzie (P. Komisarzowi Rządu) wcześniej przekazane (Nr. Z. Z. 4487/27 z dn. 12.VIII.29, Nr. Z. S. 7106/28 z dn. 20.XI.28) poza egzemplarzami, zachowanymi dla bibliotek urzędów administracyjnych, zostały rów-

nież przydzielone biblioteczkom przychodni przeciwjagliczych i innych instytucyj tego rodzaju.

Pan Wojewoda (P. Komisarz Rządu) zechce polecić sporządzić wykaz instytucyj, przy których zostały utworzone biblioteczki jaglicze, podając tytuły i liczby znajdujących się wydawnictw, oraz zestawień zapotrzebowanie na wydawnictwa brakujące, któremi należałoby uzupełnić te biblioteczki. Zestawienia te należy zgłosić Ministerstwu w terminie do dnia 1 września b. r.

Nadmienia się przytem, że staraniem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu V Służby Zdrowia) dotychczas zostały wydane następujące publikacje z tego zakresu:

1. Prof. K. Majewski — Jaglica — wykład kliniczny, Kraków, 1926 r.
2. Prof. K. Noiszewski — Etiologia jaglicy — Warszawa, 1927 r.
3. Doc. W. Melanowski — Patologia i anatomja patologiczna jaglicy — Warszawa 1927 r.
4. Dr. M. Zachert — Leczenie jaglicy prostej — Warszawa 1927 r.
5. Doc. W. H. Melanowski — Leczenie powikłań jaglicy — Warszawa 1927 r.
6. Dr. M. Zachert — Państwowa akcja zwalczania jaglicy — Warszawa 1928 r.
7. Prof. K. Majewski, Dr. Cz. Wroczyński i Dr. M. Zachert — Jaglica i jej zwalczanie — Warszawa 1928 r.
8. Dr. M. Zachert — Statystyka i rozsiedlenie jaglicy w Polsce — Warszawa 1928 r.
9. Dr. M. Zachert — Zwalczanie jaglicy — Warszawa 1929 r.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) w miarę możliwości będzie się starało brakujące wydawnictwa dostarczyć instytucjom, wskazanym przez Pana Wojewodę (P. Komisarza Rządu).

(—) Dr. Piestrzyński
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Eksportacja zwłok nieodżałowanego członka naszej redakcji, ś. p. Kazimierza Dłuskiego, z kościoła Ś-go Aleksandra na dworzec główny odbyła się d. 10-go b. m. o godzinie 11½ rano przy bardzo liczny udział publiczności. Przed kościołem, przy katafalku i przez całą drogę do dworca Straż pełniła kompanja honorowa Związku Strzeleckiego i spieszony szwadron 1 pułku szwoleżerów z orkiestrą. Śród powodzi wieńców powszechną uwagę zwracały wieńiec z napisem: Wielce zasłużonemu obywatelowi — Prezydent Rzeczypospolitej. Przed karawanem szły liczne delegacje, oficer Strzelca niósł na poduszce insygnja orderu Polonia Restituta. Po przybyciu na dworzec oficerowie Strzelca wnieśli trumnę przez pięknie udekorowany kwiatami główny westibul, na peron do wagonu, przybranego kirem. Tutaj w przemówieniach swoich oddali hołd ceniom Zmarłego między innymi: Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Piestrzyński w imieniu Rządu; pułkownik Dr. Stefan Rudzki od Związku i Towarzystwa Przeciugruźliczego; generał dr. Kollataj-Szrednicki od Klubu Lekarzy Polskich i byłych asystentów; Naczelnik Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej Dr. Bujalski, od teje oraz Naczelnaj Izby Lekarskiej, inżynier lwano wski od Związku Strzeleckiego. W imieniu redakcji „Warsz. Czasop. Lek.” i Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej wygłosił kol. prof. Szymanowski piękne przemówienie, zakończone odczytaniem tekstu dyplomu na członka honorowego, ofiarowanego przez Tow. Lek. Łódzkie ś. p. Dłuskiemu z okazji 75-lecia Jego urodzin.

Tegoż dnia wieczorem specjalny wagon ze zwłokami ś. p. Dłuskiego wyruszył do Zakopanego. Po drodze na

większych stacjach oddziały Strzelca oddawały Zmarlemu honory.

W Zakopanem, jak donosi PAT, „złożenie do grobu rodzinnego na starym cmentarzu zwłok ś. p. D-ra Kazimierza Dłuskiego było wielką manifestacją uczuć i czci dla Jego zasług obywatelskich ze strony całego społeczeństwa Zakopanego. Z budynków władz samorządowych, Banku Podhalańskiego, Muzeum Tatrzańskiego i dworca Polskiego Towarzystwa Tatrzańskiego powiewały żałobne flagi. Na ulicach, któremi przeciągał kondukt pogrzebowy, płonęły pokryte krepą lampy. I tu nad grobem wygłoszone były liczne mowy. W obrzędzie żałobnym wzięło udział całe Zakopane.

— Na stanowisko dyrektora Państwowego Zakładu Higieny, opuszczone przez D-ra Ludwika Reichmana, mianowany został Docent Dr. Gustaw Szulc.

— Pod nagłówkiem „Uzdrowienie szpitalnictwa miejskiego” czytamy w „Gazecie Polskiej”, co następuje:

Wnioski rzeczoznawców, którzy dokonali z ramienia rady miejskiej lustracji szpitalnictwa, domagają się między in. przystąpienia do opracowania przepisów dla ordynatorów w ten sposób, aby byli oni angażowani na określony czas, ścisłego oznaczenia zakresu ich działania i odpowiedzialności, opracowania przepisów i składu komisji konkursowej, dających gwarancję bezstronnego wyboru odpowiednich specjalistów.

Omawiane wnioski domagają się nadto opracowania przepisów dla lekarzy asystentów i wolontariuszy, uwzględniając potrzeby kształcenia się młodych pokoleń lekarskich, wreszcie zorganizowania kursów dla przeszkolenia pielęgni-

rek i pielęgniarzy w szerszym, niż dotychczas zakresie oraz zajęcia się przeszkoleniem służby szpitalnej, odpowiednio do zakresu jej pracy.

W ważnych tych sprawach wkrótce głos zabierzemy.

— Towarzystwa wycieczkę morską dla lekarzy i aptekarzy po Włoszech organizuje redakcja czasopisma „Medizinische und Pharmazeutische Rundschau” w Wiedniu dnia 15 października r. b. Dnia 16.X odjazd okrętem z Fiume, stąd przez Ankone, Bari, Katanję, Maltę, Mesynę, Palermo, Neapol, Livorno do Genui. Tutaj każdy z uczestników może podróż zakończyć, inni mogą ją przedłużyć do Wenecji, skąd z powrotem do Wiednia. Na każdym postoju odbywać się będą zwiedzania godnych widzenia obiektów, wycieczki samochodowe i t. d. Uczestnicy mają zapewnione doskonale utrzymanie i całkowity komfort. Na okręcie są do dyspozycji kabiny jedno- i dwuosobowe. Informację udziela biuro Towarzystwa Okrętowego Cosulich Line, Wiedeń I. Kärntnerring 6.

— Nr. 17-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujący materiał: Z. Reutt-Witkowskiej „Domy na piasku” (wiersz), M. Benisławska „Autorytet wobec małego dziecka”, J. Prażmowska „Nie skracajmy dzieciom wakacji”, F. Krużewska „Elka, która przeszkadza” (nowela), J. Hükiertowa „Matka a wychowawczyni”, Dr. K. Pożaryska „Owoce”, Dr. H. Nowicka-Kopaczowa „Pierwsze próby siadania i chodzenia”, Dr. F. Łuniewska „Poród”.

Numer uzupełniają „Ważne drobiazgi”, „Rodzice między sobą”, „Mody dziecięce”, odpowiedzi Redakcji oraz liczne ilustracje.

TREŚĆ: H. BROKMAN. Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych. (C. d.) — A. KRAKOWSKI. Kwasica i alkaloza w patologii układu nerwowego. — M. EIGER i E. CZARNECKI. Badania nad nowotworami doświadczalnymi. I. Wpływ układu nerwowego mimowolnego oraz wpływ odżywiania na powstawanie nowotworów doświadczalnych. Dieta jako środek społeczno-leczniczy zapobiegawczy. — St. HIRSZBERG. O trudnościach rozpoznawczych w kile pierwszorzędowej i wartości leczenia poronnego. (Str. pogl. dokończ.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — A. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Francji. (Dok.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. BROKMAN. Traits allergiques dans les maladies infectieuses. (suite). — A. KRAKOWSKI. L'acidose et l'alcalose dans la pathologie du système nerveux. — M. EIGER et E. CZARNECKI. Recherches sur les néoplasmes expérimentaux. I. L'influence du système nerveux autonome et de l'alimentation sur la formation des néoplasmes expérimentaux. La diète comme moyen de la thérapie prophylactique. — St. HIRSZBERG. Sur les difficultés diagnostiques dans la syphilis primaire et la valeur du traitement abortif. (Rev. gén. fin.). — M. KACPRZAK. A propos des problèmes sanitaires en France (fin.).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300.—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200.— do 400.—

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.