

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, 25 WRZEŚNIA 1930 R.

Nr. 39

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. 38).

II. Stosunek antygenów do ciał odpornościowych humoralnych.

Do tej pory poddaliśmy analizie działanie antygenów na komórki osobnika wrażliwego. Efekt, jaki spostrzegamy w ustroju wrażliwym, zależy nie tylko od mechanizmu wspomnianego zjawiska, lecz uwarunkowany jest również zjawiskami, które zachodzą w sokach, przede wszystkim w surowicy. Czynniki te były uznawane jako ważne w stosunku do zjawisk, związanych z działaniem jądów, a nawet przeceniane pod pewnym względem; w zjawiskach alergii zaś niedoceniane. Poniżej postaramy się przedstawić obecny stan wiedzy w tej dziedzinie oraz związek jaki istnieje pod tym względem pomiędzy zjawiskami toksycznymi i allergicznymi.

A. Allergeny.

Jak wiadomo, w surowicy zwierzęcia wrażliwego, gotowego do wstrząsu, istnieją ciała odpornościowe, które przenoszą wrażliwość biernie na zwierzę niewrażliwe. To samo ma miejsce i w stosunku do idiosynkrazji. Powstaje w związku z tem pytanie, jakie znaczenie posiadają te ciała odpornościowe dla osobnika wrażliwego. Jużśmy wyżej zaznaczyli, że objawy anafilaksji zależą od zmian, zachodzących w komórkach; jeżeli zaś komórki dają odczyn z antygenem, to zależy to prawdopodobnie od związania ciał odpornościowych humoralnych przez komórkę, które to ciała przyciągają wprowadzony antygen do komórki. Tak przynajmniej przedstawia się mechanizm uczulenia biernego, gdzie wrażliwość komórek występuje dopiero wówczas, gdy komórka zwiąże wprowadzone ciała odpornościowe. Powstaje obecnie

zagadnienie, jakie działanie spowodują te same ciała odpornościowe, znajdujące się w obiegu krwi. Sama natura ich wskazuje na to, że posiadają one wybitne powinowactwo do antygeny. Stąd też byłoby logicznem, jeśliby te ciała humoralne przy pewnem określonym postawieniu doświadczenia zdolne były chronić zwierzę przed wstrząsem. Doświadczenia, wykonane przez Doerra i Moldowana wskazują na to, że zjawisko to rzeczywiście ma miejsce: wstrzykiwali oni zwierzęciu uczulonemu antygen zmieszany z surowicą bogatą w ciała odpornościowe i wówczas w wielu przypadkach nie otrzymywali wstrząsu, gdy sam antygen wstrząs ten wywoływał. Doświadczenia Weila i Manwarynga wskazują na to, że dla wywołania wstrząsu u zwierzęcia konieczne jest pewne *optimum* ilości ciał odpornościowych w surowicy. Z chwilą, gdy stężenie tych ciał we krwi będzie zbyt duże, wstrząs nie wystąpi. Ten nadmiar ciał odpornościowych we krwi osiągamy w ten sposób, iż zwierzęciu uczulonemu wstrzykujemy surowicę innego zwierzęcia bogatą w ciała odpornościowe. Badania te dowodzą, iż rzeczywiście w szeregu przypadków możemy osiągnąć większe powinowactwo antygeny do surowicy, aniżeli do komórek. Udaje się to jednak względnie rzadko, tak, że naogół należy przyjść do wniosku, iż związek pomiędzy antygenem anafilaktycznym a odpowiednimi dlań ciałami odpornościowymi jest dość luźny, nie będący w stanie przeciwstawić się powinowactwu antygeny do komórek. Podobnie ma się sprawa w stosunku do zjawisk idiosynkrazji. Coś badał w tym kierunku zdolność zubożniania antygenów, otrzymanych z pyłku roślin, przez odpowiednie dlań surowice. Stwierdził jednak, że ta mieszanina jest również czynna dla osobnika wrażliwego, jak i sam antygen bez surowicy. Doświadczenia, wykonane przez nas z Wierzbowską w stosunku do ipekakuany, dały już nieco odmienny wynik. Wyciąg z tej rośliny, zmieszany z surowicą osobnika wrażliwego na ipekakuanę, dawał u dzieci uczulonych miejscowo bierne odczyny wybitnie opóźnione w stosunku do odczynów, wywołanych u tychże dzieci przez sam antygen. Mamy więc w tym przypadku doczynienia bezwątpienia z wiązaniem antygeny przez ciała odpornościowe, jednakże jest to związek również bardzo luźny. Wreszcie Storm van Leeuwen i Kremer zna-

*) Częściowo według odczytu, wypowiedzianego na posiedzeniu Sekcji Klin. Polsk. Tow. Medycyny Społecznej (dnia 3/II. 1929 r.)

leżli, że tak zwany klima-allergen oraz antygen, otrzymany z glist, nie daje odczynu u osobników wrażliwych z chwilą, gdy zostaje zmieszany z dostateczną ilością odpowiedniej surowicy. W stosunku do antygeny, otrzymanego z glist, wyniki podobne otrzymał W. Jadassohn, a ostatnio Fülleborn i Kikuth z instytutu Nocht w Hamburgu, pracując z antygenem glisty świńskiej. Tak więc i w stosunku do atopenów stwierdzamy, iż mogą one być zobojętnione przez odpowiednie surowice. Należy więc przyjąć do wniosku, że i w zjawiskach idiosynkrazji podobnie jak i w zjawiskach anafilaksji istnieje pewne powinowactwo antygeny do ciał humoralnych, jednakże wobec znacznie większego, już poprzednio opisanego powinowactwa antygeny do komórek, w większości przypadków połączenie antygeny z ciałem odpornościowym, czy to zmieszane *in vitro*, czy też powstające *in vivo*, zostaje rozszczepione, tak, że ochronne własności ciał humoralnych w zjawiskach alergicznych rzadko kiedy się ujawniają.

B. Jady pierwotne.

Obecnie zwrócimy się do prawdziwych toksyn i tutaj określimy, jaki jest stosunek tych ostatnich do ciał odpornościowych humoralnych. Wiadomo jest powszechnie, że pod tym względem toksyny zachowują się wręcz odmiennie aniżeli alergeny, że powinowactwo ich do antytoksyn jest bardzo silne. Istnieją doświadczenia, pozwalające *in vitro* rozszczepiać połączenie antytoksyny z toksyną błoniczą. Jednakże naogół mówi się o związku nierozdzielalnym. Co prawda, uodparniając mieszaną toksyny z antytoksyną, wyobrażamy sobie, że toksyna ulega w ustroju powolnemu rozszczepieniu; w każdym razie odbywa się to bardzo powolnie, widocznie połączenie jest o tyle silne, że niema mowy o gwałtownem działaniu jadu na ustrój. Gwałtowne rozszczepienie tego związku udało się jednakże w poszczególnych doświadczeniach. Do tych ostatnich należą dawne doświadczenia Kretza, który uodparniał zwierzęta (świnki morskie) jadem tężcowym. Zwierzętom tym wstrzykiwał on po pewnym czasie mieszaninę jadu z przeciwjadem zupełnie obojętną dla zwierząt normalnych. U niektórych zwierząt z pierwszej grupy otrzymywał objawy zatrucia jadem tężcowym, co wskazywało na odszczepienie jadu od przeciwjadu i łączenie się z komórką, która widocznie w tych warunkach posiadała szczególne powinowactwo do jadu. Również pod tym samym kątem widzenia winny być rozpatrywane badania Behringa. Pokróćce wspomnę, że Behring wstrzykiwał koniom i świnkom, uodparnianym poprzednio jadem błoniczym, a posiadającym już antytoksynę w surowicy, dawki jadu błoniczego nie wywołujące zatrucia u zwierząt normalnych. Zwierzęta te niejednokrotnie padały przy typowych objawach zatrucia jadem błoniczym. Doświadczenia te są uzupełnieniem podanych już na innym miejscu (Brokman. Patogeneza płonicy. Med. Dośw. 1929) dowodów o powstawaniu szczególnego powinowactwa komórek do jadu błoniczego, dzięki czemu nawet dawki małe zdolne są wywołać w tych warunkach ciężkie objawy chorobowe. Dowodzą one również tego, że powinowactwo antytoksyny do toksyny błoniczej w pewnych warunkach może być stosunkowo małe, nie będą-

ce w stanie przeciwstawić się temu powinowactwu, jakie nabrała komórka do tegoż jadu. Tak więc rozważania, dotyczące toksyn, każą nam przyjść do wniosku, że zasadniczo ustosunkowanie się jadu błoniczego z jednej strony do ciał humoralnych, z drugiej zaś do komórek jest odmienne, aniżeli w zjawiskach alergicznych, zdarza się jednak, że spostrzegamy zupełną analogję do tych ostatnich.

C. Jad płoniczy

Pod obecnie analizowanym względem jad płonicy zajmuje znów miejsce pośrednie pomiędzy toksynami i allergenami. Jeśli zmieszamy jad płonicy z surowicą przeciwpłoniczą i wstrzykniemy tę mieszaninę do skóry osobników, dających dodatni odczyn Dicka, to przeważnie nie otrzymamy żadnego odczynu. U niektórych jednakże ludzi, i takich jest odsetek dość znaczny, spostrzegamy wystąpienie odczynu, co prawda opóźnionego. (Badania własne, Groera, Zinghera). Wskazuje to, że wiązanie jadu płonicy z odpowiednią dlań antytoksyną jest, co prawda, dość trwałe, jednakże w pewnych warunkach rozerwane. Za tem samem przemawiają inne spostrzeżenia. Tak, że dodatni odczyn Dicka może wystąpić również i u ludzi, posiadających we krwi antytoksynę przeciwpłoniczą. Widocznie więc tutaj powinowactwo jadu płonicy do antytoksyny jest mniejsze, aniżeli do komórek. Pośrodkowe położenie jadu płonicy wyraża się właśnie w tem, że rzadziej bywa on zobojętniany przez odpornościowe ciała humoralne, aniżeli jad błonicy, nierównie jednakże częściej, aniżeli alergeny.

D. Tuberkulina.

Przytrzymując się poprzednio ustalonego porządku, zwrócimy się do tuberkuliny. Już w niniejszym rozdziale, omawiając własności tej ostatniej, mówiliśmy o istnieniu ciał zobojętniających, wzgl. osłabiających działanie tuberkuliny. Zaznaczyliśmy, iż były już poprzednio czynione dążenia do wykazania ciał odpornościowych o typie antytoksyn i otrzymania surowic o takich własnościach w doświadczeniu na zwierzęciu. Doświadczenia te jednak częściowo tylko miały powodzenie. Wykrycie własności, zobojętniających tuberkulinę, jest bardzo trudne. Trudności te staną się zrozumiałe z chwilą, gdy wyobrażymy sobie, że tuberkulina i tutaj stoi na pograniczu allergenów, nie będąc pozbawiona jednak cech toksyny. Należy sądzić, że powinowactwo ciał humoralnych do tuberkuliny będzie stosunkowo mniejsze, aniżeli to ma miejsce w stosunku do jadu płonicy. Wobec stosunkowo większego powinowactwa komórek do tuberkuliny związek „antituberkuliny” z tuberkuliną przeważnie ulega rozszczepieniu, dlatego więc trudno jest ujawnić własności zobojętniające surowic. Tak więc i tutaj nie chcemy przesądzać sprawy, czy tuberkulina bliższa jest jadom — czy też allergenom, w każdym bądź razie należy stwierdzić, że powinowactwo tuberkuliny do ciał odpornościowych humoralnych jest mniejsze, aniżeli jadów, zdaje się być jednakże większe, aniżeli allergenów.

(C. d. n.)

Wykłady kliniczne

Z oddziału urologicznego Szpitala Św. Jadwigi w Berlinie

(Kierownik: Prof. Dr. A. Lichtenberg)

O nowej metodzie rentgenograficznego uwidaczniania nerek i pyelografii na drodze śródżylnnej.

Podał

Dr. A. GUREWICZ (Berlin—Truskawiec)

Wzbogacenie diagnostyki chirurgiczno-urologicznej przez pyelografię p/g Völke'a i Lichtenberga miało duże znaczenie dla urologii jako specjalności. Mimo, że ta metoda osiągnęła jaknajszersze rozpowszechnienie, zagadnienie rentgenologicznego uwidaczniania nerek i dróg moczowych na drodze fizjologicznej przez podawanie środków kontrastowych, bądź śródżylnnie bądź doustnie, zajmowało bardzo intensywnie w równej mierze urologów jak i rentgenologów. Dopiero w 1923 r., t. j. w 17 lat po wprowadzeniu pyelografii drogą cystoskopowania (którą nadal będziemy nazywali pyelografią wstępującą), amerykańskie zaczęli czynić uświadczenia w kierunku uzyskania obrazu miedniczki, moczowodu i pęcherza przez śródżylnne, względnie doustne podawanie od 5 do 20 gr. jodku sodu na drodze wydalania tego związku przez nerki. Ta metoda, która została sprawdzona przez Lichtenberga i Rosensteina, okazała się odpowiednią wyłącznie do uwidaczniania pęcherza, podczas gdy miedniczki i moczowód w wielu przypadkach zupełnie albo niedostatecznie uwypuklały się na kliszy. Nawet przy jednoczesnym użyciu pneumoradiografii udało się zaledwie parę razy otrzymać dokładny obraz. Niezadawalającymi okazały się również doświadczenia Volkmana i Hrynca.

Pierwszemu Rosenowi udało się stworzyć środek kontrastowy do zastrzyknięcia śródżylnnego, Pyelognost, przez połączenie jodu z mocznikiem. Działanie diuretyczne mocznika powoduje ciągły prąd moczu, który jest nieodzowny dla otrzymania zadawalającego obrazu. Z drugiej strony otrzymanie dobrego obrazu zależne jest od dobrej zdolności koncentracyjnej nerki w stosunku do jodu. Zła diureza w równym stopniu jak i zbyt mała koncentracja jodu wpływa ujemnie na kontrastowość obrazu rentgenowskiego. Przy normalnej czynności nerek wydalanie największej ilości pyelognostu rozpoczyna się wkrótce po zastrzyknięciu śródżylnnym, osiąga swój rentgenograficzny punkt szczytowy w dwie do 4-ch godzin po zastrzyknięciu, a po 5-ej godzinie zaczyna stopniowo opadać. Ślady jodu można jeszcze wykazać w moczu 5-6 dni po zastrzyknięciu śródżylnnym.

Chociaż Pyelognost zawiera 38 gr. jodu na 63 gr. substancji, otrzymane obrazy nie są zadawalające. Wprowadzanie nie jest pozbawione nieprzyjemnych następstw ubocznych, jak b. ciężkie zatrucia jodem, wymaga wiele czasu i nie mogło, jako ostateczny środek kontrastowy rozstrzygnąć zagadnienia pyelografii śródżylnnej.

Od dłuższego czasu w szpitalu Altońskim (Prof. Lichtwitz) czyniono doświadczenia z wynalezionym przez Prof. Binza i D-ra Rätha Selectan-Neutrale w zakażeniach ziarenkowcami. Powodzenie leczeni-

cze, osiągnięte na odprowadzających drogach moczowych, pociągnęło za sobą śledzenie wydalania. Stwierdzono przytem, że wydalanie odbywa się przeważnie na drodze nerkowej. Sądzone, że w Selectan-Neutrale znaleziono najodpowiedniejszy środek kontrastowy, ponieważ pomimo wysokiej zawartości jodu (54%) był dobrze znoszony przy podawaniu śródżylnnym i dawał wyraźne zarysy cienia nerki. Doświadczenia na zwierzętach szły w kierunku oznaczenia dobrze znoszonej dawki i otrzymania nadających się do użytku zdjęć. Dawka 0,2 na 1 kg. wagi była przez zwierzęta dobrze znoszona, przy 0,33 wystąpiły zaburzenia stanu ogólnego. Górna granica dla człowieka wynosiła przy 60 kg. wagi 18 gr. Selectanu (około 9 gr. jodu). Przy śródżylnnym zastrzyknięciu Selectan-Neutrale występowały u ludzi ból głowy, wymioty i nudności. Zdjęcia nie były wprawdzie zadawalające, ale dostateczne, aby kontynuować metodę. Sądzone, że przez modyfikację chemiczną tego preparatu dojdzie się do lepszych wyników. Gdy Swik z kliniki Altońskiej wypróbował te doświadczenia na materiale klinicznym w szpitalu Św. Jadwigi w Berlinie pod kierownictwem Prof. Lichtenberga i przy podawaniu doustnym 7,5 gr. Selectanu na 8 przypadków w 7-miu nie otrzymał żadnego obrazu, dalszy rozwój preparatu zwrócił się w kierunku modyfikacji chemicznej Selectan-Neutrale. Binzowi i Rätlowi udało się przez zmniejszenie zawartości jodu polepszyć rozpuszczalność i stworzyć wartościowy środek kontrastowy — Uroselectan.

Warunki, jakie stawia się środkowi kontrastowemu: nieszkodliwość, dobra rozpuszczalność, prędkie wydalanie przy dostatecznej koncentracji, dobre uwidacznianie nerek i dróg moczowych, wypełnił Uroselectan dostatecznie, aby zagadnienie rentgenograficznego uwidaczniania dróg moczowych rozwiązać ostatecznie na drodze fizjologicznej.

Uroselectan zawiera jod, organicznie związany z jądrem ptrydynowem, z zawartością jodu 42% przechodzi w tej postaci przez organizm i nierozłożony zostaje wydany w moczu. Dlatego też nie występują żadne objawy zatrucia. Wstrzyknięty związek daje się całkowicie wykryć w moczu. Największe wydalanie Uroselectanu przy sprawnie działających nerkach następuje po 2 do 4-ch godzinach, zaś po 8-12 godzinach wydalanie zostaje całkowicie zakończone. Po 10 godzinach w warunkach normalnych można stale wykazać w moczu 15 gr. jodu na 16,8 gr. jodu zawartych w 100 cm³ 40% roztworu (Heckenbach). Zatrzymywanie się związku we krwi, wątrobie, nerkach i innych narządach nie może mieć wobec powyższego miejsca. Początkowo Uroselectan daje się wykazać w przeważnej swojej części we krwi (Tourné, Damm). Dalszy obieg zależy od czasu, jaki upłynął od zastrzyknięcia, i przebiega równolegle z wydalaniem moczu. Po 4-ch godzinach nie można we krwi wykazać nawet śladu Uroselectanu.

Technika zabiega jest b. prosta. 40 gr. związku rozpuszcza się przy temperaturze pokojowej w sterylizowanej destylowanej wodzie w ten sposób, że ilość wstrzykiwanego roztworu wynosi 100 cm³. Roztwór filtruje się dwukrotnie, sterylizuje przez 20 minut i powoli, około 10 minut, wstrzykuje w obie żyły ra-

mieniowe. Poza uczuciem ciepła, pragnieniem, rzadziej lekkimi nudnościami, które po zastrzyknięciu znikają, na blisko 600 zabiegów, przeprowadzonych w szpitalu św. Jadwigi, nie zauważyliśmy żadnych pobocznych powikłań. Do zastrzyknięcia wystarczają zwykle 20 gramowe strzykawki Rekorda. Zdjęcia przeprowadza się w ten sposób, że pacjenta pozostawia się naczczo, napoje w ostatnich godzinach przed zastrzyknięciem ogranicza się do *minimum*, aby osiągnąć silniejszą koncentrację środka kontrastowego. Gromadzenie się gazów w jelitach usuwa się przez wysokie lewatywy na pół godziny przed zastrzyknięciem. Pierwsze zdjęcie następuje w 15 minut po skończonym zastrzyknięciu, drugie i trzecie w odstępach półgodzinnych, przyczem przed drugim i trzecim zdjęciem opróżnia się pęcherz, aby najniższe odcinki moczowodów nie zostały zasłonięte przez napełniony pęcherz. Otrzymane obrazy są zadziwiająco wyraźne. Wyjaśnienie jest w wielu przypadkach łatwe, w wielu jednak wymaga większego doświadczenia fachowego.

Ze względu na to, że metoda śródżylna opiera się na wydalaniu, zdrowa nerka uwidacznia się lepiej, niż czynnościowo upośledzona, która w słabszym stopniu albo wcale nie wydalą środka kontrastowego. Fakt ten jest podstawą podanej przez Lichtenberga rentgenograficznej próby czynnościowej nerek. Należy to rozumieć w ten sposób, że z występującego w odpowiednim czasie obrazowego uwidocznienia nerki można wyciągnąć ważne wnioski funkcjonalne. Kiedy chodzi o schorzenie jednostronne, można wyraźnie rozpoznać, że chora strona zostaje uwidoczniona z opóźnieniem albo kontrastowo mniej wyraźnie. To gorsze uwidocznienie jest zależne od stopnia zaburzenia czynnościowego i przebiega do niego równolegle. Gdy pozostało tylko mało wydalającego miąższu (guz, gruźlica), nie otrzymujemy na zdjęciu rentgenowskim żadnego obrazu. To samo zachodzi przy ostrych zaburzeniach zakaźnych (ostry pyelonefryt). Te nerki są czynnościowo tak poważnie uszkodzone, że nie są w możności wydalić Uroselectanu. Przy wodonerczu i wszelkiego rodzaju nerkach zastoinowych należy ostrożnie wyciągać wnioski z rentgenologicznego badania czynnościowego. Te nerki szczególnie dobrze nadają się do tej metody, ponieważ dzięki zastojowi moczu następuje silniejsze gromadzenie się środka kontrastowego, na co poza tym wpływa opóźnione wydalanie Uroselectanu. Przy wszystkich stanach zastoinowych otrzymujemy się najlepsze obrazy, trzeba jednak te czynniki wziąć pod uwagę przy orzekaniu o czynności. Przy jednostronnym schorzeniu występuje wyrównanie kompensacyjne, przyczem zdrowa nerka przejmuje wydalanie w silniejszym stopniu albo całkowicie. Przy obustronnych schorzeniach wydalanie jest opóźnione i nie osiąga się dostatecznej koncentracji dla otrzymania uwidocznienia nerki na zdjęciu. Także i w tych przypadkach jed pozostaje stale związanym, następuje dłuższe gromadzenie się i opóźnione wydalanie, nie dochodzi jednak do rozkładu. Wyjątek stanowią tu wszystkie nerki zastoinowe, gdzie nawet przy posuniętem schorzeniu otrzymujemy jeszcze dobre obrazy. Już z tych względów staje się zrozumiałe, że nie można zadowolnić się jednym zdjęciem dlatego, że musimy dążyć do uzyskania dokładnego pojęcia o wydalaniu i dynamice wyprowadzających dróg moczowych. Gdy natrafiamy na miedniczkę i moczowody w stanie skurczu, otrzymujemy oczywiście zdjęcie pozbawione ciągłości,

wskutek czego należy wykonywać zdjęcia kontrolne. Pożądane jest przeto dla ogólnej orientacji wykonać więcej zdjęć w określonych odstępach czasu. Na oddziale Lichtenberga wykonywa się pierwsze zdjęcie po 15 minutach, drugie i trzecie w odstępach półgodzinnych, ewentualnie ze względów oszczędnościowych można pierwsze zdjęcie pominąć. Jak zaznaczono, przy wszystkich ostrych schorzeniach infekcyjnych, ostrym pyelonefrycie, także przy ostrej niedrożności z powodu kamienia, nie otrzymujemy obrazu strony chorej, z czego należy wnioskować o ciężkim, groźnym stanie, który wymaga natychmiastowej interwencji celem odciążenia. Gdy po 1½ godz. nie otrzymujemy żadnego obrazu, próbujemy wykonywać dalsze zdjęcia w godzinnych i dłuższych odstępach (6—24 godz.) od chwili zastrzyknięcia. Przy jednostronnym schorzeniu zdrowa nerka przejmuje kompensacyjnie wyrównanie wydalania. Przy obustronnych schorzeniach z ciężkim czynnościowym uszkodzeniem nerek — bezcelowe jest oczekiwanie na obraz.

Pyelografia śródżylna daje orientację co do anatomicznych i czynnościowych stosunków górnych dróg moczowych i daje wyniki równoległe z określaniem azotu resztkowego, indykanu, ciśnieniem krwi, próbą Vollharda i próbą Indygokarminową.

Z ilości związku nanowo uzyskanego z moczu Uroselectanowego można ilościowo określić wykonaną pracę nerek.

Z badania ciężaru właściwego można zdać sobie sprawę z czynności (Leistung) nerek (Kongres w Monachjum, Prof. Lichtenberg). Ciężar właściwy podnosi się przy normalnym wydalaniu i codziennie określaniu z 1020 na 1040, osiąga po 3—4 godzinie 1050 i więcej i opada później z powrotem równomiernie do 1030, pozostaje jednak 24—36 godzin podwyższony. Ponieważ to wznoszenie się i opadanie następuje w określonej kolejności i przebiega równoległe z próbą Vollharda tylko odwrotnie, (z początku koncentracja potem rozcieńczenie) otrzymujemy dokładną próbę czynnościową. Odpowiednio do stopnia uszkodzenia nerki otrzymujemy niższe wartości (Heckenbach).

W ten sposób jesteśmy w stanie zdać sobie sprawę przez dożylną zastrzyknięcie Uroselectanu z całego szeregu ważnych momentów klinicznych, które dawniej mogły być stwierdzone tylko przez przeprowadzenie wielu badań klinicznych.

Dla dajagnostyki urologicznej metoda śródżylna jest wskazana we wszystkich przypadkach, gdzie cystoskopia z powodu marskości pęcherza, przerostu gruczołu krokowego lub stryktury jest niemożliwa do przeprowadzenia, a cewnikowanie moczowodów z powodu niemożności odnalezienia ujścia, zwężenia moczowodu lub zagięcia nie może być wykonane. Poza tym należy ją stosować w schorzeniach zapalnych, w szczególności gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych, zwłaszcza w gruźlicy, gdzie pyelografii wstępującej należy się obawiać ze względu na możliwość wprowadzenia zarazków i zakażenia ogólnego przez t. zw. przez niemieckich autorów pyelovenösen Rückfluss. Może być wykonywana przy wszystkich schorzeniach dróg moczowo-płciowych, jak np. podejrzenie na nowotwór, kamice, wodonercze, wrodzone rozszerzenie moczowodu, przy wstecznym odpływie moczu do moczowodu, wędrującej nerce z przeszkodą i bez przeszkody w odpływie.

Metoda śródżylna jest wzbogaceniem możliwości

djagnostycznych w wieku dziecięcym z powodu trudności technicznych, i u oseków ze względu na niemożność badania. Znaczny odsetek anomalij i schorzeń dróg moczowych u dorosłych, zgłaszających się do lekarza, jest pochodzenia wrodzonego, które jako takie nie zostaje najczęściej rozpoznawane. Począwszy od 16 roku wzwyż stosujemy całkowitą dawkę. W wieku od 10 do 16 lat daje się od 40 do 60 ccm³. 40% roztworu, w młodszym wieku 30 — 40 ccm³ u oseków 20 ccm³. Używając tych dawek, unika się uszkodzeń i otrzymuje dobre uwidocznienie na obrazie.

Stosowanie pyelografii śródżylną jest przeciwskazane w ciężkich zaburzeniach krwioobiegu, schorzeniach wątroby, zakażeniach dróg moczowych, stanach mocznicznych oraz tyreotoksykozach. Nie należy się jednak obawiać zatrucia jodem, gdyż cho-

dzi tu o organiczne połączenie jodu, zaś przemiana albo rozkład tego związku nie zachodzi. W chorobie Basedowa należy zająć stanowisko wyczekujące, dopóki większe doświadczenie w tej dziedzinie kwestji tej nie wyjaśni.

Niemożność wydalania Uroselectanu przez czynnościowo uszkodzoną nerkę nie pozwala na otrzymanie rentgenograficznego uwidocznienia nerek. Granice tej metody są zakreszone i dla postawienia rozpoznania miejscowego pyelografia wstępująca zachowa swoje stanowisko, jak i przedtem.

Pyelografia śródżylna za pomocą Uroselectanu daje doskonałą orientację ogólną co do anatomicznych i czynnościowych stosunków dróg moczowych. Kombinacja obu metod będzie się dopełniała i przyczyni się w znacznym stopniu do postępu djagnostyki chirurgicznych schorzeń nerek i dróg moczowych.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Fizjologii U. S. B. w Wilnie.
(Kierownik: Prof. Dr. med. M. E i g e r).

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. Djeta, jako środek społeczno—lecniczy zapobiegawczy*).

Podali
prof. M. EIGER i doc. E. CZARNECKI.
(Dokończenie p. Nr. 38).

Wpływ rodzaju pokarmu.

Doświadczenia nasze nad wpływem rodzaju pokarmu, a mianowicie, owsa przyspieszającego, w porównaniu z trawą, zjawienie się nowotworów, jest w zgodności z badaniami S t r a n s k y e g o, który przeprowadził szczegółowe określenie bilansowe soli nieorganicznych, mianowicie: potasu, sodu, wapnia, magnezu oraz chlorków i fosforanów u królików.

Badacz ten znajdował u królika, trzymanego przez 16 dni na paszy wyłącznie owsianej i wodzie, znaczną demineralizację, szczególnie utratę soli wapniowych. Znany jest fakt, że w szybko bujających nowotworach znaleziono wiele potasu, a mało wapnia. Cały szereg autorów, a m. inn. M o t h a, W o l f i W a t e r m a n, wprowadzili nawet współczynnik K:Ca, jako charakterystyczny dla stanów nowotworowych, i prawie wszyscy zgodnie twierdzą, że sole potasowe są czynnikiem przyspieszającym bujanie nowotworów, sole wapniowe zaś stanowią czynnik hamujący. Skądinąd wiadomo z fizjologii, że wzmożenie ilości soli potasowych działa podobnie, jak drażnienie nerwu błędnego, wzgl. układu obokwspółczulnego, a wzmożenie ilości wapnia, jak drażnienie n. współczulnego; karmiąc przeto króliki owsem w do-

świadczeniach naszych, dlatego otrzymaliśmy wcześniejsze zjawienie się u królików nowotworów posmołowych, że, jak to wynika z badań S t r a n s k y e g o, wywołaliśmy szczególnie utratę wapnia i wprowadziliśmy nadmiar potasu w porównaniu z trawą, co wywołuje demineralizację i zaburzenia w równowadze elektrolitów. Na wpływ wapnia, a zwłaszcza na szkodliwy wpływ braku wapnia w ustroju na tworzenie się brodawczaków i raków oraz na stosunek Ca do K oraz Ca do Mg zwracamy szczególną uwagę, bynajmniej nie dlatego, że uważamy to za czynnik główny lub jedyny, lecz dlatego, że czynnik ten jest najlepiej zbadany zarówno pod względem fizjologicznym, jak fizjologiczno-chemicznym oraz fizyczno-chemicznym. I, jeśli inne czynniki, wchodzące niezawodnie tu w grę, będą również tak dokładnie zbadane, stanowi to będzie wielki postęp.

Znany jest antagonizm pomiędzy solami wapnia oraz potasu i magnezu. Znany jest wpływ wapnia na przenikliwość (Permeabilität); znany wpływ na pobudliwość nerwów, mięśni i ośrodków oraz wpływ, przyspieszający szereg procesów fermentacyjnych; P o p o w i D. K. D e n n i s o w dowiedli, że wprowadzenie Ca do krwi zwiększa pobudliwość ośrodka ślinowego i t. d.

Jak wiadomo, zaburzenia w czynnościach gruczołów dokrewnych — tarczycy, gruczołów przytarczycznych, grasicy, przysadki — odbijają się w wybitnym stopniu na przemianie wapniowej, a przeto i na fosforowej kośćca, która doprowadza albo do przerostu (*acromegalia-gigantismus*) albo skąrowacenia przysadkowego, tarczycznego, grasicznego i t. p.

We wszystkich tych przypadkach wapń odgrywa rolę. Nic też dziwnego, że, jak to wynika z pracy W. K a r n i c k i e g o, wykonywanej w Zakładzie Fizjologii U. S. B. w Wilnie i ogłoszonej częściowo na XIII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników, wycięcie grasicy, wycięcie tarczycy a także jąder wpływa na przyspieszenie powstawania guzów posmołowych u królików, gdyż we wszystkich tych przypadkach ustroj traci m. inn. wapń, i następują zaburzenia w ilościowym układzie soli mineralnych oraz zaburzenia w równowadze normalnej, fizjologicznej jonów.

Rola elektrolitów we krwi i tkankach jest zbyt

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

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

złożona, ażeby na tem miejscu móc temat ten należycie przedstawić: zaznaczamy przeto tylko, że Rona i Petow dowiedli, że wapń istnieje we krwi również i w postaci soli-białczanów wapnia, że Rona i Takahashi przekonali się, że poziom wapnia we krwi zależny jest w dużym stopniu od stężenia jonów wapniowych, stężenie zaś to jest zależne od innych jonów krwi, zwłaszcza od jonów H i HCO_3 . Autorzy ci przedstawili stosunek ten we

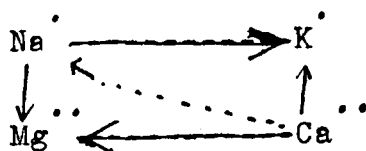
wzorze $\text{Ca} = \text{Const.} \frac{\text{H}}{\text{HCO}_3}$, z którego wynika, że wraz

ze zmianą jonów wodorowych, wzgl. dwuwęglanowych zachodzi zmiana stężenia jonów wapnia; wzór ten został jeszcze bardziej rozszerzony przez Györgyego z uwzględnieniem jonów fosforu i wyrażony

w postaci $\text{Ca} = \text{Const.} \frac{\text{H}}{\text{HCO}_3 \text{HPC}_4}$ Cały szereg analiz

składników mineralnych poszczególnych zwierząt, a zwłaszcza poszczególnych narządów u tego samego zwierzęcia i człowieka świadczy (Zondek), że istnieją tutaj wyraźne osobnicze różnice. O wzajemnych zaś stosunkach elektrolitów krwi do elektrolitów komórek świadczą prace specjalne Donnana, który wykazał określone prawa równowagi.

A. Tschermak w następujący poglądowy sposób wykazuje antagonizm jonów:



Niezwykle cenna z punktu widzenia higieny społecznej jest rzucająca pośrednio pewne światło na genezę nowotworów praca polskiego chemika W. Kraszewskiego, obecnie profesora U. S. B., wygłoszona w Warszawskim Tow. Naukowem na posiedzeniu 4.XI.1915 r. Kraszewski zbadał pokarm klas pracujących w Warszawie pod względem zawartości wapnia i magnezu. Wychodząc z założenia, że już fizjolog Bunge przed 35 laty zwrócił uwagę higienistów na wapń w pokarmach, i że spostrzeżenia Bungego zostały potwierdzone przez cały szereg badaczy (Abderhaldena, Loewa, Emmericha i t. d.), i że nie tylko zawartość wapnia odgrywa rolę, ale i stosunek jego do magnezu, zwłaszcza w pokarmach roślinnych, spożywanych przez ludzi, autor ten badał spis potraw kuchni Warszawskiego Tow. popierania higieny praktycznej im. Bolesława Prusa, z której wówczas korzystało około 100.000 ludzi. Z liczb, przytoczonych przez Kraszewskiego, wynika, że pod względem zawartości wapnia i współczynnika $\text{Ca} : \text{Mg}$ jarzyny i mleko wykazują najbardziej odpowiednie liczby, natomiast kartofle, mąka oraz produkty mączne, które stanowią główną część składową pokarmu naszej klasy robotniczej, zawierają za mało wapnia i wykazują zbyt niski współczynnik $\text{Ca} : \text{Mg}$.

Przychodzi on do wniosków następujących: ilość wapnia, wprowadzonego do ustroju w pokarmach, jest stanowczo za małą i radzi, ażeby do chleba dodawać wapń w odpowiedniej postaci, zwracając uwagę, że ten z punktu widzenia higienicznego tak ważny głód wapnia musi być wzięty pod uwagę, gdyż, jak stwierdzili Munk i Freund, wydzielanie wapnia

z organizmu przy odpowiednim odżywianiu wzrasta, skutkiem czego stosunek wapnia do magnezu w poszczególnych narządach staje się coraz bardziej niekorzystny.

Spostrzeżenia Kraszewskiego znajdują potwierdzenie w świeżo ogłoszonej pracy chemika I. Abelina (1929), dokonanej w Zakładzie fizjologii Ashera w Bernie. Autor, karmiąc szczury chlebem i wodą, przekonał się, że szczury takie, którym od czasu do czasu podawano nieco jarzyn, ulegają całemu szeregowi schorzeń. Przychodzi on do wniosku, że chleb jest pokarmem niadostatecznym z następujących powodów:

1) Ziarna zbóż zawierają białka niepełnowartościowe: białka zbożowe (gliadyna i glutenina) zawierają bardzo nieznaczne ilości aminokwasów niezbędnych do normalnego wzrostu i równowagi ustroju, który pozbawiony jest zdolności do syntetycznego ich wytwarzania (Conf. Hofmeister).

2) Chleb zawiera za mało witamin.

3) Skład mineralny chleba jest niekorzystny dla ustroju, wykazuje bowiem z jednej strony nadwyżkę dość znaczną anjonów nad kationami (kwasność), z drugiej zaś małą ilość wapnia i znaczną nadwyżkę fosforu nad wapniem (co, jak wynika z wyżej przytoczonego przez nas wzoru Györgyego, niekorzystnie się musi odbić na ustroju).

Jeżeli jednakże Abelin uważa, że sprawa uzupełnienia wartości odżywczej chleba jest bardzo złożona i stanowi zagadnienie jeszcze nierozwiązane, to zaznaczyć należy, że Kraszewski wskazuje już sposoby naprawy i radzi dodawać odpowiednie ilości chlorku wapnia lub cukru wapnia do chleba.

Widzimy więc, że chlebem powszednim muszą się poważnie zająć miarodajne czynniki, a przede wszystkim higiena społeczna i klinika.

Teoretycy chemii fizjologicznej, fizjologowie, higieniści i klinicyści muszą wspólnie opracować dietę przeciwrakową, jako jeden z najważniejszych czynników zapobiegawczych, profilaktyczno-społecznych.

Zaznaczyć tu musimy, że w nieogłoszonych jeszcze doświadczeniach naszych (Eiger), dokonywanych wspólnie z kol. J. Kołodziejским i M. Flok-sztrumpfem na małpach, przekonaliśmy się, że pomimo długotrwałego (kilkumiesięcznego) smarowania smołą nie udaje się u małp wywoływać guzów posmołowych, gdy podawać im dostateczną ilość mleka; doświadczenia z dietą bezmleczną, wzgl. sprzyjającą powstawaniu brodawczaków, są obecnie w toku.

Spostrzeżenia, dotyczące się wapnia, stanowią, rzecz oczywista, tylko część spostrzeżeń o antagonizmie jonów, izojonji, izotonji, izochemji i izotermji ustroju ludzkiego i wogóle o znaczeniu elektrolitów w biologji, patologji, a przeto i w lecznictwie. Zwrócenie uwagi na znaczenie, na antagonizm jonów, na wpływ potasu, wapnia i magnezu wyjaśnia już wiele spraw, związanych z powstawaniem nowotworów, przyczem, jak wiadomo, wapń jest antagonistą potasu. Fakt antagonizmu tego stwierdzony został szczególnie na komórkach roślinnych, w których Ca bierze udział w tworzeniu otoczki i wpływa na zmniejszenie wody w tkankach, podczas gdy potas wpływa na zatrzymanie wody w tkankach; sole potasowe w komórkach roślinnych, zwłaszcza kwaśny fosforan potasowy,

są wybitnymi buforami i hamują zakwaszenie. Wystarczy w niektórych roślinach dodać soli magnezu, ażeby rozpoczęła się wybitna hidroliza; są pewne powody do przypuszczenia, że magnez jest czynnikiem katalitycznym w wielu procesach chemicznych roślinnych, a zwłaszcza wzmacnia hidrolizujące działanie inwertazy.

Podobnie, jak się zachowuje potas w stosunku do układu mimowolnego oraz jego antagonistą wapń, tak też według Dreselera i Sternheimera oraz S. Zondeka zachowują się lecytyna i cholesteryna, które działają biologicznie również antagoniście. Nic dziwnego przeto, że badacze znajdują w surowicy rakowatych zaburzenia przemiany cholesterynowej, lecytynowej, wzgl. w przemianie lipidów.

Niektórzy autorzy wprowadzają nawet specjalny współczynnik: cholesteryna

lipoidy.

Cholesteryna działa na układ współczulny, podobnie jak wapń, lecytyna zaś oraz składnik jej cholina na układ obokwspółczulny.

Na przykładzie potasu i wapnia oraz lecytyny i cholesteryny widzimy, że układ współczulny, powodując regulację wapnia i cholesteryny w ustroju, ma hamujący wpływ na rozwój brodawczaków posmółowych, wzgl. raków, zaś usunięcie, osłabienie lub schorzenie, wzgl. wzmoczenie wpływu antagonisty, dzięki wzmoczeniu ilości potasu i lecytyny, wzmacnia wzrost nowotworów. Można przeto również przypuszczać, że procesy chorobowe i djeta nieodpowiednia, które zmniejszają ilość wapnia i cholesteryny w ustroju, mogą spowodować warunki, sprzyjające powstawaniu tych nowotworów. Oprócz tych ciał mogą ulegać wpływowi układu nerwowego i ciała białkowe i ulegać przytem zmianom, jak słusznie twierdzi S. G. Zondek.

Ponieważ z prac biochemików wynika ścisły związek rozrostu nowotworów (raka) z obecnością kwasów tłuszczowych, zwłaszcza nienasyconych, rozpoczęliśmy badania nad wpływem układu mimowolnego na przemianę tych ciał. Okazuje się, że wpływ ten istnieje, i że n. p. ilość kwasów tłuszczowych we krwi po podrażnieniu n. błędnego wzrasta kilkakrotnie.

Oprócz tego, nie znajdując w piśmiennictwie dostatecznych danych o zależnościach czynników ustrojowych (Gewebserfermente), wzgl. czynników krwi od układu nerwowego mimowolnego, wykonaliśmy serię doświadczeń wstępnych na psach, z których wynika, że siła proteolityczna krwi zależna jest od układu mimowolnego: tak np. drażnienie n. błędnego wywołuje znaczne zmniejszenie się siły trawiennej proteolitycznej krwi (*conf.* prace M o z o ł o w s k i e g o nad t. zw. antypepsyną).

W związku szczególnie z nauką o nowotworach podkreślić jeszcze należy na tem miejscu prace słynnego fizjologa Z w a r d e m a a k e r a (1917). W pracach tych autor mówi o radjoantagonizmie i balansowaniu jonów i przychodzi do ciekawych wniosków, mogących mieć wielkie znaczenie. Z prac tych wynika, że w ustroju mamy ciało promieniotwórcze K, a powiększenie ilości potasu, jak wiadomo, we współczynniku K_{Ca} jest czynnikiem przyspieszającym wzrost nowotworów.

Rozpoczęliśmy (Eiger) badania nad tym czynnikiem.

Znakomity fizyk J. Perrin przypisuje promie-

niotwórczej energii potasu znaczenie zasadnicze w powstawaniu raków; powiada on, co następuje: „Zaródź funkcjonuje źle, jeżeli nie jest pod wpływem energii promieniotwórczej o określonym natężeniu przez promienie, pochodzące z atomów radioaktywnych (potasu lub ciał równowartościowych). Powyżej lub poniżej tego natężenia otrzymuje się zaburzenia równowagi, i powstaje pytanie dla mnie, czy nie należy szukać na tej drodze genezy raka”.

Opierając się na wywodach Perrina, patolog Magrou buduje pogląd na rolę światła w powstawaniu nowotworów; De Coulon przypisuje wielką rolę światła słonecznemu w powstawaniu doświadczalnych guzów u myszy białej, przyczem okazało się, że istnieją różnice pomiędzy mięsakami i nabłoniakami (epitheliome) w ich zachowaniu się.

Wspominając o wpływie promieni, nie można na tem miejscu pominąć niezmiernie ciekawego odkrycia Aleksandra Gurwitscha, który, badając powody podziału komórek, odkrył fakt t. zw. promieniowania mitogenetycznego (1922).

Pragniemy tylko zaznaczyć, że Gurwitsch oraz jego współpracownicy ogłosili szereg prac o znaczeniu promieniowania mitogenetycznego w rakach oraz o układzie nerwowym, jako źródle promieniowania mitogenetycznego.

W przeciwieństwie do tkanek normalnych nowotwory złośliwe wytwarzają promienie mitogenetyczne. Fakt ten, podany przez A. i L. Gurwitschów, potwierdzony został przez T. Reitera i D. Gabora (1928) oraz przez Sieberta w Niemczech. Zgodnie z badaniami Warburga w rakach zachodzi beztlenowy rozpad węglowodanów (glikoliza, proces, odpowiadający fermentacji). Właśnie ten proces udało się związać z produkcją promieni mitogenetycznych.

Jak to stwierdzone zostało przez wielu badaczy, zastrzyknięcie *bact. tumefaciens* w łodygi słonecznika lub pelargonii powoduje powstawanie dość znacznych guzów. Doświadczenia nasze własne potwierdziły słuszność tego spostrzeżenia. Szkoła Gurwitscha dowiodła, że hodowle *bacterium tumefaciens* są silnym induktorem powodującym rozrost tkanki roślinnej.

Przytoczone tu przykłady świadczą, że odpowiednio zdobyte chemii fizycznej, chemii ogólnej i fizjologicznej, fizyki, cytofizjologii i fizjologii ustroju są już i muszą być jeszcze szerzej stosowane w nauce o nowotworach.

Tylko zgodnym wysiłkiem wszystkich dyscyplin doświadczalnych, teoretycznych i klinicznych, któremi rozporządza medycyna, może być z czasem rozwiązany ten prawdziwie Gordyjski węzeł skomplikowanych zjawisk, jakie zachodzą przy powstawaniu nowotworów złośliwych.

WNIOSKI:

1) Układ współczulny ma niezawodnie dodatni, hamujący wpływ na powstawanie brodawczaków posmółowych; usunięcie tego wpływu dodatniego stwarza warunki w ustroju, przyspieszające zjawienie się tych nowotworów i wzmagające ich wzrost.

2) Odżywianie odgrywa doniosłą rolę w powstawaniu nowotworów tych i raków; owies wpływa przyspieszająco, wywołując demineralizację, szczególnie zaś utratę wapnia.

3) Prace Kraszewskiego i Abelina

świadczą, że higiena i profilaktyka społeczna powinny zwrócić uwagę na niedostateczny dowód wapnia i witamin (w najszerszym tego słowa znaczeniu, zgodnie z poglądami Hofmeistera) w kartoflach, mące i jej produktach, zwłaszcza w chlebie, stanowiącym główną część składową pokarmu naszej klasy robotniczej. Zwrócić należy uwagę na nadmierny dowód K i Mg przez ten sposób odżywiania i starać się należy, aby tak zwany antagonizm jonów nie przekraczał granic fizjologicznych.

4) Nauka o witaminach i witasterynach w związku z zapobieganiem powstawaniu raków i mięsaków powinna być rozszerzona i ujęta zgodnie z zasadami F. Hofmeistera w pracy jego p. t. „Ueber qualitativ unzureichende Ernährung“ (O odżywianiu niedostatecznym pod względem jakościowym. Ergebn. d. Physiol. 1918 r. 1)

Do ciał, które muszą się znajdować w pokarmie niezbędnym dla ssaków, Hofmeister zalicza: 1) wszystkie stale znajdujące się w ustroju części nieorganiczne ciała ssaków, a więc Cl, Fl, J, Br, As, Si, Na, K, Li, Mg, Ca, Fe, Mn oraz ich związki nieorganiczne; 2) grupę cysteiny, czyli grupę białka, zawierającą siarkę nieutlenioną niezbędną dla ustroju; 3) cykliczne składniki białka jak tyrozyna fenyloalanina i tryptofan, czyli kwas amino—indolopropionowy; 4) cholesterinę; 5) karotynę i luteinę.

Na wzór przeto diety Gersona, którą chirurg takiej miary, jak Sauerbruch, zaleca w gruźlicy, należy stworzyć jako środek leczniczy zapobiegawczy dietę przeciwrakową dla najszerzych warstw ludności. W dziecie takiej pierwszorzędą rolę odgrywać musi przede wszystkim mleko, zwłaszcza niezbierane (środek odżywczy, wskazany i wytwarzany przez samą naturę), następnie masło, cytryny, pomarańcze, na które cło powinno być jaknajszybciej zniesione, gdyż nie tylko podnosi ono cenę tych owoców, ale i pośrednio cenę naszych krajowych owoców, zawierających witaminy. Ilość zaś witamin wogóle musi być w dziecie należycie uwzględniona.

Prócz tego musi być uwzględniony w dziecie dostateczny dowód tych aminokwasów, o których wspomina Hofmeister (oraz Abelin), dowód cholesteryny, karotyny i luteiny, a przede wszystkim też dowód soli mineralnych w fizjologicznym stosunku ilościowym.

5) Doświadczenia F i b i g e r a, któremu się udało wywołać u szczurów raki zapomocą karmienia karaczanami, oraz liczne już prace nad brodawczakami i rakami, wywołanymi smarowaniem smołą lub działaniem innych drażniących substancji (sadza, arsenik i t. d.), świadczą niezawodnie o słuszności teorii B. Virchow'a, stwierdzającej, że guzy złośliwe powstają dzięki procesom podrażnienia.

6) Doświadczenia nasze potwierdzają słuszność tych badaczy, którzy uznają za konieczne zwrócenie uwagi na t. zw. stan przedrakowy (precancer, phase precancereuse). Stan taki, czy to przez wywołane doświadczalnie smołą zmiany w przemianie materji całego ustroju, opisane przez Serraila, oraz zmiany w wątrobie, czy też przez zaburzenia w ogól-

nej przemianie materji, wywołane bądź to przez choroby, bądź to przez nieodpowiednie odżywianie, bądź to przez zaburzenia w układzie nerwowym mimowolnym, bądź to przez zaburzenia w układzie gruczołów dokrewnych, bądź to, co najczęściej zachodzić musi, przez kombinację tych zaburzeń, jest zdaniem naszym, koniecznym warunkiem powstawania raka, wzgl. tworów rakowatych.

Na „stan przedrakowy“ zapytrujemy się, jak na charakterystyczną skazę, (podobnie jak na dnę), skazę, której objawy coraz to dokładniej poznajemy czy to przez uwidocznienie stosunku $\frac{K}{Ca}$, czy

to przez współczynnik $\frac{\text{cholesteryna}}{\text{lipoidy}}$ lub bardziej określony współczynnik $\frac{\text{cholesteryna}}{\text{lecytyna}}$, wpływający na przenikliwość (Lewis) komórek i na przewodnictwo, zawartość wody i rozmieszczenie soli (Clowes, Waterman), czy to wreszcie przez zbadanie roli nienasyconych kwasów dwukarbonowych oraz nukleohistonu Freuda i Kaminera, czy to najwłaściwiej przez całokształt opisanych przez autorów objawów biochemicznych i fizycznych.

Dokładne poznanie tego właśnie stanu odbije się dodatnio na profilaktyce i leczeniu raków.

W tym okresie przedrakowym wystąpić mogą najwyraźniej przejawy dziedziczności oraz konstytucji gatunkowej, rodzinnej i osobniczej.

Jeżeli przeto słusznie postępuje medycyna, trzymając się zasady: *ubi neoplasma, ibi evacua* — czy to za pomocą noża chirurgicznego, czy to za pomocą radu lub promieni X, to jednakże sądzimy, że na tych sposobach nie wyczerpują się metody lecznicze raka. Świadczy o tem prócz konieczności diety zapobiegawczej chociażby chemoterapia, a zwłaszcza krytycznie zastosowana jontoforeza soli wapnia, magnezu, chininy oraz innych związków, która na królikach naszych doświadczalnych dała nam pomyślne wyniki. (Opisane one będą w pracy następnej, będącej w toku i przygotowywanej do druku.)

7) Znaczna większość badaczy, zwłaszcza klinicznych, jest zdania, że t. zw. charłactwo rakowe, stanowiące, zdaniem naszym, okres późniejszy (wzgl. trzeci) choroby, nie posiada charakteru swoistego. Prawie wszystkie objawy, spotykane w charłactwie tem znaleźć można i w innych chorobach, spowodowanych najrozmaitszymi chorobami. Mamy tu niezawodnie do czynienia z zaburzeniami przemiany materji i energii, wywołanymi zatruciem ustroju ciałami nienormalnymi chorobowej przemiany materji oraz ciałami normalnymi, które pojawiają się w nadmiernej lub niedostatecznej ilości, stwarzając warunki również szkodliwe dla ustroju; wreszcie z objawami wyczerpania ustroju, następstwa deficytu, gdyż rozrastający się guz czerpie na swą korzyść azot z białka (Rzętkowski) oraz węglowodany z powodu wzmożonej w nowotworze glikolizy. Czy w tym skomplikowanym pod względem fizjologiczno-patologicznym, a zwłaszcza biochemicznym obrazie charłactwa znajdzie się miejsce na swoiste jady rakowe lub na swoisty jad, na to dziś z pewnością odpowiedzieć jeszcze nie można.

Coraz częściej przeto rozlegają się głosy w piśmienictwie, że rak jest chorobą przemiany materji ustroju, w której podrażnienie przewlekłe odgrywa rolę bodźca decydującego.

1) Conf. M. Eiger. O odżywianiu niedostatecznym pod względem jakościowym. Lekarz wojskowy №r. 47 — 50 z dnia 20/27 listopada—4/17 grudnia 1920 r.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z zagadnień terapii w dziedzinie chorób kobiet.

Wir nehmen Hilfe,
woher sie auch kommen
mag.

Krahl.

Podał

E. BIRZOWSKI (Warszawa).

W związku z coraz częściej omawianym (przeważnie w niemieckim piśmieniu lekarskim) kryzysem w medycynie współczesnej słusznie zaznacza M. Hirsch, jeden z wybitnych przedstawicieli nowego kierunku w ginekologii, autor „nowej orientacji” w położnictwie i t. zw. Frauenkunde, iż w danym wypadku należałoby mówić raczej o *lysis*, t. j. o stopniowym przejściu jednego okresu wiedzy lekarskiej w drugi, wzbożony o ten duży zasób środków leczniczych, obecnie niesłusznie w niepamięć puszczonych, a które z takim powodzeniem stosowała medycyna jeszcze przed jakimś 100 laty i obecnie jeszcze z nie małym pożytkiem stosuje w wielu przypadkach instynktownie—mądra medycyna ludowa. Kryzys bowiem (w pojęciu lekarskim, nie zaś ekonomiczno-gospodarczym) zawiera w sobie cechy procesu chorobowego, mówi o nagłej zmianie i to o charakterze bezwzględnie przełomowym, a zajście kryzysu może być nawet niepomysłne. Dlatego właśnie, iż w obecnym okresie przemiany nie dostrzegamy cech nagłości, ani niebezpieczeństwa dla całości kształtu naszej wiedzy, niesłusznie przeto mianuje się te nowe prądy w lecznictwie i diagnostyce przesileniem, tkwią one bowiem korzeniami w zamierzchłej przeszłości — czy to będzie nauka o cieczach naszego ustroju, czy organoterapia, czy wreszcie nauka o usposobieniu chorobowym organizmu. W ten sposób nie widzimy tu wcale jaskrawej sprzeczności, załamania się całego gmachu obecnej medycyny — odwrotnie — stwierdzamy dążenie do syntezy, do przymierza z dotychczasowym nabytkiem wielu pokoleń naszych poprzedników, do odnalezienia niesłusznie zaniedbanych dróg i kierunków. W ogniowej próbie naszych współczesnych metod badawczych — twierdzi Hirsch — zdołamy odrzucić wszystko to, co jest niesłuszne, niepotrzebne, błędne, a to, co pożyteczne, sprawdzone wciągniemy z powrotem do arsenału naszych środków terapeutycznych, doskonaląc w ten sposób nasze możliwości skutecznego oddziaływania leczniczego.

Jednym z najwybitniejszych poszukiwaczy tych nowych i starych dróg w medycynie jest wybitny ginekolog wiedeński B. Aschner. W swoich pracach: „Konstitution d. Weibes”, „Krise d. Medizin.—Konstitutionsterapie als Ausweg” „Terapia konstytucyjna kobiety” daje ten wybitny

lekarz—praktyk wyraz swym poglądom i poszukiwaniom. Zasadnicze myśli Aschnera dają się ująć w sposób następujący. Pojęcie „Konstytucja”, które w krótkim względnie czasie utworowało sobie drogę do umysłów najszerzych warstw lekarzy dzięki pracom Tandlera, Bauera, Mathesa (częściowo) i Kretschmera, zawiera wszak w sobie cechy stałości, niezmienności, co napełnia lekarza pesymizmem i skłania ku nihilizmowi terapeutycznemu. Inna grupa uczonych z F. Krausem, Krehlem, Brugschem i in. na czele wręcz odmiennie traktuje „Konstytucję”, uważając ją za coś ciągle zmiennego, za próbnik zdolności reaktywnej organizmu, za miernik jego odporności na bodźce endo- i egzogenne. Z tego właśnie założenia wychodząc, Aschner znacznie rozszerza schemat konstytucyjny dimensyjny Kretschmera. Do pojęcia konstytucja należy jeszcze według niego włączyć czynniki następujące: 1) ciśnienie krwi, dzieląc ludzi na typy o nadciśnieniu, ciśnieniu normalnym i ciśnieniu zmniejszonym. 2) Zabarwienie skóry, oczu, owłosienia. Empirja świadczy (zresztą już starożytni lekarze twierdzili: *Qualis, color in cute efflorescit, talis humor sub cute delitescit*), iż blondynki o wiele czulej reagują na czynniki zewnętrzne, jak światło, podrażnienie skóry, środki czyszczące, podczas gdy brunetki ci bardziej skłonne są do „zgęszczania” krwi i soków ustroju, odkładania się złogów w postaci kamieni nerkowych, żółciowych itp. Oddawna już klinicyści francuscy (bardziej intuicyjni i do empirji skłonni) odróżniali, wychodząc z podobnego założenia t. zw. typ żółciowy (odpowiadający mniej więcej dawnemu temperamentowi cholerycznemu). Przypisywali oni nprz. bardzo duże znaczenie patogenetyczne wątrobie, nie wyłączając w wielu schorzeniach ich wątrobowo pochodności i zalecając przy tem *larga manu* takie środki „wątrobiane”, jak kalomel, aloë, rabarbar. Środki te stosowali również chętnie zapobiegawczo. Nie ulega wogóle—wg. Aschnera—żadnej wątpliwości, iż już niebawem ściśle badania nad zawartością cholesteryny, bilirubiny, gospodarką koloidalną i zaczynową, przemianą materji azotowej, solną i wodną niezbicie uzasadnią te różnice zewnętrzne (zabarwienia), empirycznie stwierdzone. Ogromne pole w tym kierunku otwiera się dla badacza. Ale już obecnie — klinicznie diagnostycznie, jak również terapeutycznie, niemało cennych wniosków z tego wysnuć się daje. Nprz. co do rudowłosych wiemy, iż stanowią—konstytucyjnie biorąc — dość ciekawą grupę, w wysokim stopniu skłonną do limfatyizmu, *diathesis exsudativa s. inflammatoria, infantilismus* — łącząc niejako w sobie cechy ujemne konstytucyjne jasno i ciemnozabarwionych. 3) Duże znaczenie diagnostyczne, terapeutyczne dla oceny konstytucji (w rozumowaniu F. Krausa, Martiusa) ma płeć i wiek. Już sama przynależność do płci kobiecej uspasabia—wg. Aschnera — do sta-

nów zwiotczenia (*asthenia*, enteroptoza, *atonía ventriculi*), *infantilismus*, do nadmiernej produkcji soków i tkanek (nowotwory), otyłości, pełnokrwistości i zaburzeń w przemianie materji czyli dyskracji — w najszerszym sensie (wszelkie zaburzenia w chemizmie krwi, wydzielin gruczołów wkrwennych, choroby krwi). Również i wiek ogromnie oddziałuje na konstytucję organizmu. Można powiedzieć, iż każdy wiek ma odpowiadający sobie *habitus*, i usposobienie do właściwych sobie zachowań. Można nprz. mówić o specyficznej konstytucji wieku dziecięcego, okres nprz. rozkwitania usposabia do zaburzeń na tle zwiotczenia i niedomogi humoralnej (*asthenia*, *tbc*, blednica, *lymphatismus*). Stary zaś wiek — stosownie do szerszych wymiarów ciała — skłania do otyłości, pletory, nadciśnienia, nowotworów i odkładania złogów. W życiu zaś kobiety okresy płciowe (rozkwitanie, miesiączkowanie, ciąża, połóg, karmienie, przekwitanie) mają wielkie znaczenie konstytucjonalne. Przekwitaniu A. przypisuje już oddawna dominującą rolę w powodowaniu wielu chorób, a jednocześnie uważa je za bardzo nadające się do skutecznego oddziaływania leczniczego. 4) W końcu — w całokształcie organizmu wyróżnić się daje skłonność konstytucyjna pewnych narządów, wzgl. układów narządowych do podlegania określonym schorzeniom. I dlatego znów mówić zaczynamy o typach: apoplektycznym, artretycznym, pletorycznym, gruczołowym, gruźliczym, żółciowym itd. Podziały te stopniowo stają się (?) dobytkiem ogółu lekarzy i znajdują pełne usprawiedliwienie w lecznictwie. Albowiem — twierdzi A s c h n e r — doświadczenie uczy, iż podczas gdy często środki o „nastawieniu” lokalizacyjno-patologicznem całkiem zawiodą — mamy właśnie do swojej dyspozycji szereg znakomitych środków, których oddziaływanie polega na zmianie chorobowo nastawionego całokształtu konstytucji ustrojowej, na zmianie jego biochemizmu. Środki te znajdujemy we wszystkich podręcznikach farmakologii z przed 40—50 lat p. n. *alterantia*, t. zn. zmieniające, przyczyniające się do zmiany konstytucji organizmu, *resolventia*, t. j. rozcieńczające krew, *antilymphatica* — przeciw skazie limfatycznej, żółtom, krzywicy, gruźlicy chirurgicznej. Do tej liczby należą również *antidyscratica*, czyli środki przeciwko skazie humoralnej (dyskracji), wpływające dodatnio na przemianę materji. Środków tych pochodzenia zwierzęcego, mineralnego i roślinnego mamy pod dostatkiem. Niesłusznie — mówi A s c h n e r — zarzucone zostały te środki, jak zresztą i duża część środków z arsenału leczniczego wszystkich ludów i czasów, z których dotychczas, wbrew medycynie uniwersyteckiej, korzysta połowa ludzkości. Zagarnęli je w swoje nieczyste ręce znachorzy i stosują je nieraz z dużym pożytkiem dla chorego (jeszcze większym dla siebie), a z krzywdą dla medycyny naukowej. Tu właśnie otwiera się nowy ogromny teren dla badań naukowych, sprawdzań i poszukiwań — przy pomocy naszych współczesnych sposobów i metod.

Przechodząc do omówienia terapii konstytucyjnej w ginekologii — podkreśla A s c h n e r różnicę nprz. między zalecaną przez siebie metodą i proteinoterapią, która — jak wiadomo — polega na wprowadzeniu parenteralnem do soków ustroju obcych substancji (czyli w pewnym zakresie —

jadów), wtedy, gdy jego metoda polega na oczyszczaniu, przeczyszczaniu, odtruwaniu — przy pomocy środków: moczopędnych i *emmenagoga*, przez upusty krwi, „odciągania” na skórę (przyszczydła, *vesicantia*, *empl. cantharid.*) i przez kiski, przywracające normalny rytm oddechania i t. d. W ten sposób A s c h n e r zadziałać chce na cieczę ustroju, a przez nie na konstytucję.

Najlepsze skutki daje ta metoda w chorobach ze złą przemianą materji, w zatruciach zwewnątrz- i zewnątrzpochodnych. Po zastosowaniu wyżej wspomnianej metody odrazu stwierdzić można zmianę ku lepszemu w procesie chorobowym, ulgę podmiotową, a nieraz nawet szybkie wyzdrowienie... Jako typowy przykład, nadający się do terapii konstytucyjnej z powodu wielopostaciowości zaburzeń — podaje A s c h n e r przekwitanie fizjologiczne i sztucznie spowodowane. Doniedawna jeszcze ten okres za „przejściowy”, cechujący się nieznacznymi dolegliwościami nerwowymi i naczynioruchowymi na tle ustania czynności jajnikowej. Gdy miewa się jednak do czynienia w praktyce lekarskiej z dużą liczbą kobiet w tym mianowicie okresie, uderza wprost wielka liczba skarg podmiotowych i przedmiotowych (objawy naczynioruchowe, zaburzenia krążeniowe, wysypki skórne, dolegliwości stawowe, zaburzenia przemiany materji, dolegliwości wątrobowe, nerkowe, zaburzenia umysłowe, nieraz do najcięższych psychoz dochodzące i t. d.). Ten — zdawałoby się — chaos objawów daje się jednak dobrze ująć w 3 zasadnicze grupy: 1) objawy na tle skłonności do przekrwień miejscowych i ogólnych — do pełnokrwistości, pletory dochodzące; 2) objawy na tle usposobienia do ostrych i przewlekłych spraw zapalnych (nieraz zakaźnych, przeważnie jednak na tle niezakaźnem) — przez podrażniające produkty złej przemiany materji spowodowane t. zw. *diathesis inflammatoria*. Tem właśnie wytłumaczyć się daje cały szereg zachorowań usznych, ocznych, chorób skóry, zapaleń dróg żółciowych, zapaleń żył, nerwów, stawów i t. d. Są one niejako przejściem do objawów trzeciej grupy, powstałych na tle złej przemiany materji czyli t. zw. „dyskracji” różnych rodzajów. Objawy te dość często, niestety, przeoczone bywają w praktyce, ponieważ nie nabrały jeszcze charakteru zaburzeń jaskrawych, jak nprz. cukrzyca, otyłość, skaza moczanowa, a wychodzą na jaw w postaci świądu, wysypek skórnych, zapaleń aseptycznych, których istotę trudno nam narazie uchwycić lub ustalić. Pomimo to udaje się nam łatwo usunąć te objawy drogą zabiegów nieswoistych, odtruwających, przeczyszczających — czyli ogólnie mówiąc — te szkodliwe substancje usuwających. W rozmowie z A s c h n e r e m Pick, farmakolog uniwersytetu wiedeńskiego, również wypowiedział się za taką terapią empiryczną, aczkolwiek chemicznie nie udało się i wątpliwe, czy w czasie najbliższym uda się ustalić chemiczną budowę produktów chorobotwórczych złej przemiany materji; błędem do prawdy byłoby — i według Picka — niestosowanie tej terapii, która skutkuje, nie mając jeszcze ku temu teoretycznej podstawy (!) Zwalczane niesłusznie — dodaje A. — pojęcie dyskracji nie jest zaniechaniem z takim mozołem zdobytego różnicowania djaognostycznego, lecz raczej pojęciem zbiorowych zaburzeń w gospodarce chemicznej

ustroju, gdyż często przecież spotykamy stany przejściowe jednego zaburzenia w drugie. Natomiast skutek terapeutyczny podobnego rodzaju traktowania choroby polega na szybkim i skutecznym ogólnoustrojowym oddziaływaniu drogą dodatniego wpływu na procesy przemiany materji, oczyszczenia krwi, soków ustroju i t. d.; słowem, często sposobem antydyskratycznym szybko dochodzimy do celu, podczas gdy miejscowo oddziałujące sposoby lecznicze zupełnie nie skutkują. Wśród metod antydyskratycznych wyróżnić można: 1) depletoryczną — w różnego rodzaju pełnokrwistości ogólnej lub miejscowej, gdzie obok skąpej diety, ćwiczeń fizycznych skutkować mogą b. dobrze upusty krwi, pijawki i bańki cięte. Upusty krwi, stosowane obecnie w nieznacznej jeszcze liczbie schorzeń, winny być stosowane najmniej w 200 cierpieniach. W ginekologii nprz. przy różnych sensacjach klimakterycznych: uderzeniach krwi do głowy, uczuciu ciężaru w głowie, ociążałości w kończynach — przy jednocześnie istniejącej skórze marmurowej i czerwonolub sinawo zabarwionych kończynach — nieraz wprost zbawczo skutkują upusty krwi w ilości 250 — 400 gr. Również migrena, zawroty głowy w okresie przekwitania nie polegają — jak wielokroć przypuszczano, na skurczach naczyń lub anemji mózgu — mamy tu raczej do czynienia z przekrwieniem mózgu (analogiczne zawroty występują często przed uda-

rem apoplektycznym) — upust krwi lub pijawki błyskawicznie nieraz usuwają tę ciężką dolegliwość. Upust krwi działa również przeciwskurczowo we wszelkiego rodzaju skurczach, t. zw. „kryzach“ naczyń krwionośnych. Starzy lekarze b. skutecznie stosowali upust krwi we wszystkich bez wyjątku drgawkach (nie tylko jak obecnie w eklampsji), konwulsjach, w dużym odsetku przypadków hysterji, padaczki, migreny, innych skurczach naczyń, przy biciu serca, w jego przeroscie, rozszerzeniu serca, w niedrożności jelit, bolesnem miesiączkowaniu i stanach ogólnego rozdrażnienia, *priapismus* i t. d. Zastrzega się przytem A. przeciwko bezkrytycznemu stosowaniu upustów krwi, dodaje jednak, iż racjonalna terapia chorób krążenia bez tych dość częstych, ale mających ściśle wskazanie upustów krwi — trudna jest wprost do pomyślenia. Przytacza przypadek, że u chorej z dusznicą bolesną upust krwi w ilości 250 gr. doprowadził w 3 dni do zejścia, podczas gdy 5—10 pijawek, umieszczonych na okolicę serca, działając rozkurczająco i kojąco na czas dłuższy uwolniłyby chorą od dolegliwości. Jest wielką zasługą Veila (Jena), iż przy pomocy ścisłych badań wykazał, że upusty nawet niedużej względnie ilości krwi ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ litra) powodują daleko sięgające zmiany w gospodarce ustroju w sensie rozcieńczenia krwi, zwiótczenia naczyń krwionośnych i odtrucia.

(dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Anatomja normalna i patologiczna.

Toschio KUROSAWA. Zachowanie się naczyń krwionośnych w dnie krwawiących wrzodów trawiennych żołądka. (Frankf. Zeits. für Pathol. 1929 T. 38 z. 1-2 s. 246-260)

25 przypadków wrzodów żołądka, usuniętych operacyjnie z powodu krwawień, było przedmiotem studiów histologicznych autora. Wszystkie przypadki dotyczyły osobników względnie młodych (23-44 l.) Preparaty, barwione zwykłym sposobem, metodą Weigerta (na włókna sprężyste) i metodą van Giesona. Praca jest ilustrowana 7 rysunkami mikroskopowymi, w tem dwa rysunki barwne. Podany jest zwięzły opis każdego przypadku. Wyniki swych badań streszcza autor w sposób następujący: W przypadku 1—5 przebiecie tętnicy, znajdującej się w dnie żołądka, zależy od bezpośredniego jej strawienia przez sok żołądkowy. Toczące się w okolicy dna owrzodzenia sprawy chemiczne (sok żołądkowy) i toksyczne (martwica) mogą wywierać pewne działanie na odległość, jak to wynika z przypad. 6-11, w których stwierdza się rozrost błony wewnętrznej głębiej leżących tętnic, jednak tylko w tej połowie ściany tętnicy, która jest zwrócona ku dnu żołądka. Dalszem następstwem tego działania jest stopniowe zamknięcie światła tętnic (przyp. 12—13). Tylko co wspomniane zmiany tętnic mają pierwszorzędne znaczenie dla przejścia wrzodu w stan przewlekły, a być może uniemożliwiają jego wygojenie się w znaczeniu samoistnego odradzania się.

Zmiany zapalne w dnie żołądka powstaną najłatwiej wówczas, gdy pokryte włóknikiem warstwy tkanki obumarłej chronią głębsze odcinki przed działaniem trawiennem soku żołądkowego. Tem należy tłumaczyć wytwarzanie się bogato unaczynionej tkanki ziarninowej (przyp. 15-21); z jej naczynek włosowatych krew przedostaje się do żołądka, i są one źródłem krwi utajonej w stolcach. W szeregu przypadków

(22-25) krwawienia zależeć mogą od zespołu wyżej wymienionych zmian.

W żadnych ze zbadanych przypadków zmiany tętnic nie były przyczyną powstania wrzodów trawiennych; należy jeszcze raz podkreślić, że zmiany tętnic powstają wkrótce po uszkodzeniu śluzówki żołądka. Zmiany te wpływają na: 1. powstawanie krwotoków i 2. przejście owrzodzeń w stan przewlekły.

W. Czarnocki

Ernst FREUND. Przypadek nabłoniaka kosmówkowego pochodzenia potworniakowego w jajniku dziecka. (Frankf. Zeits. für Pathol. R. 1929 T. 38. z. 1-2 s. 313-318)

U 7 letniej dziewczynki usunięto operacyjnie guz (5.5 × 5.4 × 4.3 cm) o przeważnie gładkiej powierzchni, pokryty cienką, przeświecającą torebką łącznotkankową, ponad którą w wielu miejscach sterczały liczne guzki krwotoczne, trzy z nich wskutek przeżarcia spowodowały znaczny krwotok do jamy otrzewnowej.

W nieznacznym odcinku guza stwierdzono mikroskopowo typową budowę potworniaka trójlistkowego; w przeważającej zaś części obok rozległych wynaczyń, ognisk zropienia było typowe utkanie nabłoniaka kosmówkowego.

Podobny i dotychczas jedyny guz został opisany w 1904 r. przez L. Picka. Bezpośrednia łączność nabłoniaka kosmówkowego z zarodkową tkanką nerwową w tym guzie skłoniła Picka do twierdzenia, że nabłoniak kosmówkowy jest pochodną zewnętrznego listka zarodkowego.

W przypadku autora bezpośredniej łączności obu części składowych guza nie stwierdzono. Słuszne jest twierdzenie Schlagenhauffera, że stosunki topograficzne nie uprawniają do wyciągania wniosków o związku genetycznym, gdyż wskutek wzrostu naciekającego nabłoniaka kosmówkowego

może on łatwo zetknąć się z częściami nerwowymi potworniaka.

W przypadku autora jest usprawiedliwiony pogląd o pochodzeniu potworniakowem nabłoniaka kosmówkowego.

W. Czarnocki

Choroby zakaźne.

E. SACQUEPÉE i L. FERRABOUX. O etiologii choroby papuszej. (Pr. Méd. № 34 1930)

U papug, dotkniętych psittakozą, istnieje zarazek przesykalny, który przenosi chorobę na zdrowe papugi. Zarazek ten daje się przeprowadzać serjowo ze zwierzęcia na zwierzę. Znajduje się on w narządach wewnętrznych i w kale. Przenoszenie choroby odbywa się zwykle przez kał i nadto, prawdopodobnie, przez zawierające zarazek kropelki, pochodzące z chorych płuc. Surowica ozdowieńców po chorobie papuszej, zdaje się, nieco osłabia działanie chorobotwórcze zarazka przesykalnego.

Henryk Landau.

K. IMHÄUSER. Przyczynek do nauki o chorobie papuszej. (Med. Kl. 20 1930)

U pacjenta stwierdzono rentgenologicznie trzykrotnie ogniska bronchopneumoniczne w płucach o charakterze wędrującym: po wygaśnięciu jednego ogniska tworzyło się nowe ognisko po kilku dniach ze znacznym wzniesieniem ciepłoty. Objawy fizyczne nieznaczne: lekkie przytłumienie, pojedyncze trzeszczenia. Natomiast przebieg całego cierpienia cechował stan ciężkiego zamroczenia, nawet w okresie rekonwalescencji.

Ten ciężki stan ogólny nie odpowiadał nieznacznym zmianom w płucach. Wszelkie badania na odczyn zlepnie i posiewy wypadły ujemnie. 13 dni przed zachorowaniem pacjent miał styczność z papugą, którą chciał kupić — jednak zrezygnował z kupna, ponieważ papuga była mało ruchliwa i robiła wrażenie chorej.

M. Segal.

HAMBURGER. O powstawaniu błonicy. (Münch. med. Woch. Nr. 25 1930).

Błonica należy do chorób zakaźnych warunkowych, t. zn. niekażda infekcja prowadzi do zachorowania. Jak każda choroba, zależy od dwóch czynników: zarazka i skłonności, które to czynniki są bardzo zmienne. Zakażenie jest bardzo częste, wielu ludzi przez czas dłuższy nosi zarazki na śluzówkach gardzieli i nosa, mimo zupełnego zdrowia. Złośliwość zarazków ulega wahaniom dość rozległym wobec dużej liczby nosicieli. Okres wylegania choroby jest nieznan. Czasami trwa jeden dzień tylko.

Określenie skłonności jest trudne. Osobnik, zawierający co najmniej 0,03 jedn. antytoksyn w surowicy krwi, nie zachorowuje mimo zakażenia. Jednakże błonica może nie wystąpić po zakażeniu osobnika, którego surowica zawiera mniej lub wcale nie zawiera antytoksyn.

O obecności większych lub mniejszych ilości, niż 0,03 jedn. antytoksyny w surowicy, świadczy odczyn Schicka. Wypada ujemnie przy ilościach większych. Odporność względem błonicy osób, nie posiadających w surowicy przeciwciał, każe domyślać się udziału jeszcze jednego czynnika, mającego znaczenie w określeniu skłonności. Mogą to być właściwości bakterjobójcze.

Z obserwacji wynika: 1) Bakterje błonicy mogą zniknąć ze śluzówek wkrótce po zakażeniu, 2) można je stwierdzać dłuższy lub krótszy czas u osób zdrowych, 3) w przypadkach nielicznych mogą wywołać dość prędko objawy chorobowe, 4) nawet to samo dzieło zachowuje się różnie w stosunku do zakażenia w różnych odstępach czasu. Różnica

w zapadalności na błonicę idzie często równolegle z odczynem Schicka. Przypadki odwrotne zależą od trzeciego niewiadomego czynnika.

Bakterje błonicy rosną w surowicy antytoksynej. Właściwości bakterjobójcze surowica nie posiada (naloży są pochodzenia toksycznego, znikają po zadziałaniu surowicy), na obecność bakterji nie wpływa wcale.

Ilość antytoksyn w surowicy tych samych osób waha się zależnie od czynników nieswoistych i od zadziałania toksynami. Wahania w przypadku ostatnim nie są jednolite, u jednych większe, u innych mniejsze, czasami żadne.

Na błonicę zachorowują osoby, nie posiadające zdolności wytwarzania antytoksyn, lub posiadające je w stopniu nieznacznym, pod warunkiem braku trzeciego jeszcze mało znanego czynnika. Ten ostatni musi odgrywać poważną rolę w tych przypadkach, w których, pomimo samoistnego wyleczenia, nie znaleziono przed, po, ani w czasie choroby antytoksyn w surowicy krwi.

F. Turyn

FRIEDBERGER. Podstawy teoretyczne i powodzenie szczepienia przeciw błonicy. (D. m. W. Nr. 9 i 10/1930)

Szeroko stosowane szczepienie przeciw błonicy i daleko idąca propaganda w tym kierunku zmusza do zastanowienia się nad skutecznością tej metody zapobiegawczej.

Ocena rezultatów idzie w trzech kierunkach: 1-o podstawy teoretyczne, 2-o występowanie przeciwciał w krwi 3-o statystyki.

Zadaniem uodpornienia czynnego jest wytworzenie przeciwciał błonicy u tych ludzi, którzy nie posiadają ich w dostatecznej ilości. (Ilość przeciwciał, jaka znajduje się w surowicy człowieka normalnego, $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{80}$ A. E. chroni przed błonicą). Kryterjum stanowi tutaj odczyn Schicka.

Jednak tak, jak ujemny odczyn Sch. nie zabezpiecza przed błonicą, tak brak przeciwciał nie stanowi jeszcze o absolutnej wrażliwości na błonicę. Po przebyciu choroby w większości przypadków nie udało się stwierdzić przeciwciał błonicy we krwi i nie wiemy na czym opiera się to wyleczenie. Obecność przeciwciał nie przemawia za bezwzględnie całkowitą odpornością organizmu na błonicę. Prawdopodobnie przebieg krzywej przeciwciał błonicy, zawartych w surowicy krwi, jest częścią zjawiska ogólnobologicznego; dowodem tego jest zachowanie się krzywej przeciw. błonicy u mieszkańców Ameryki Północnej Jawy i Eskimosów. Zjawisko to tłumaczyćby można tż: „dojrzeniem serologicznym”. Badania zachowania się odczynu Schicka i śmiertelności z powodu błonicy u dzieci w mieście i na wsi dowodzą większej wrażliwości dzieci na wsi; śmiertelność jednak nie wykazuje tej różnicy.

Autor jest zdania, iż podstawy teoretyczne uodpornienia czynnego przeciw błonicy są wątpliwe, a być może, i błędne. Statystyki niemieckie wykazują znaczny wzrost śmiertelności w latach ostatnich w porównaniu z poprzednimi, kiedy szczepienia przeciw błonicy nie były tak powszechnie stosowane. Pośród szczepionych dzieci znajdują się właśnie przypadki ciężkie i średnio-ciężkie. Badania wielu autorów nie potwierdzają wpływu szczepień na zmniejszenie się śmiertelności, ani też na przebieg kliniczny przypadków ciężkich i średnio-ciężkich.

Sprawa stosowania do szczepień toksyny — antytoksyny nie jest zupełnie pewna. Połączenie to zawiera sporą ilość jadu, który, jak wiemy, w pewnej ilości musi się w organizmie uwolnić. Nie wiadomo jednak, jaka ilość jadu uwalnia się, i jakie czynniki na to wpływają. Dokładność dawkowania, jaką się ściśle zachowuje w metodach biologicznych, nie jest tutaj przestrzegana. Również objawy po szczepieniu niezawsze są spotykane w stopniu lekkim: objawy ogólne, anginy, nie-

jednokrotnie w 14 dni po szczepieniu przychodzi do wybuchu błonicy, nieraz o ciężkim przebiegu.

Z'aniem autora, powszechne szczepienia przeciw błonicy nie powinny jeszcze należeć do obowiązkowych.

St. Luxemburg.

Gruźlica.

T. STERNBERG. Badania nad obrazem krwi obwodowym i dookołaogniskowym u gruźlików. (Beitr. z Kl. d. Tub. t. 37, Z. 3/1930).

W przypadkach gruźlicy łagodnej organizm kompensacyjnie produkuje zwiększoną liczbę limfocytów: nadmiar tych komórek, prawdopodobnie, dzięki drażnieniu chemotaktycznemu przez gruzełek, gromadzi się dookoła ogniska zapalnego, tworząc naciek, przyczem stosunek wzajemny poszczególnych białych ciałek w obrazie krwi zostaje prawie niezmienny.

O ile wskutek uszkodzenia ośrodków krwiotwórczych przez sprawę gruźliczą produkcja limfocytów jest niewystarczająca, część limfocytów znów wędruje w kierunku ogniska chorobowego, tworząc naciek, a liczba limfocytów w obrazie krwi jest mniejsza.

Jeżeli wytworzymy sztucznie ognisko miejscowe w postaci odczynu Pirqueta i po 48 godzinach zbadamy obraz krwi, wziętej tuż z obwodu grudki, z opuszki palca i porównamy z obrazem krwi przed dokonaniem odczynu — otrzymamy następujące różne wyniki:

W obrazie krwi, wziętej z opuszki palca przed odczynem i po odczynie Pirqueta — różnica w liczbie limfocytów jest nieznaczna i wynosi 2-3%; natomiast w obrazie krwi, wziętej z opuszki palca i z obwodu ogniska (pod postacią grudki po odczynie Pirqueta), różnica w liczbie limfocytów wynosi od 6 do 20%.

W przypadkach złośliwych nie znajdujemy tej limfocytozy dookołaogniskowej, gdyż wszystkie limfocyty skierowane zostają do właściwego ogniska chorobowego, a odczyn Pirqueta jest w tych warunkach zbyt słabym stosunkowo bodźcem, aby wywrzeć działanie chemotaktyczne na limfocyty. W miarę poprawy stanu chorobowego zmiany dookoła ogniska odczynowego stają się coraz wybitniejsze już wtedy, gdy w obrazie krwi obwodowej nie można ich jeszcze stwierdzić.

Metoda ta jest dość czuła i może być bardzo pożyteczna dla ustalenia rokowania i oceny wartości stosowanej terapii.

M. Segal.

E. LOEWENSTEIN i RUSSEFF. O czystej hodowli prątków gruźliczych z krwi. (Wien. kl. Woch. № 10/1930).

Rozpowszechniony dotychczas pogląd, że przeniknięcie prątków gruźliczych do krwi powoduje gruźlicę prosówkową i przypieczętowanie w ten sposób los chorego, jest niesłuszny. Krążenie prątków gruźliczych we krwi jest częstym zjawiskiem, które było rzadko stwierdzane z powodu wad dotychczasowych metod badania. Hodowla prątków gruźliczych krwi udaje się ostatnio autorom często dzięki użyciu nowej pożywki, w której pepton został zastąpiony przez asparaginę, i udoskonaleniu metodyki. Polega ona na następującem: 10 cm.³ krwi zostaje pobranych wśród zupełnie jałowych warunków do próbki, zawierającej 5 cm.³ 5% roztworu cytrynianu sodowego, i odwirowuje się; osocze usuwa się, a ciałka krwi rozpuszcza się w jałowym 3% roztworze kwasu octowego i znów odwirowuje się. Stomata przenosi się pipetą po uprzednim poddaniu ich działaniu 15% kwasu siarkowego na nowe podłoże i rozdziela uszkiem. Po 4—8 tygodniach widzi się mikroskopowo kolonie prątków gruźliczych, należy jednak badać i mikroskopowo te próbki, w których nic nie wyrosło; czasem i tutaj znajduje się wtedy prątki gruźlicze.

W gruźlicy prosówkowej i gruźliczem zapaleniu opon mózgowych znajdowali autorzy zawsze prątki, w gruźlicy płuc w co trzecim przypadku. Z ośmiu przypadków lekkiej gruźlicy chirurgicznej, przebiegającej bez gorączki i cięższych objawów podmiotowych i przedmiotowych, w sześciu wyhodowano prątki.

Kwestją przyszłości jest zbadanie, jakie ma znaczenie dla całokształtu ujmowania gruźlicy krążenie prątków gruźliczych we krwi.

Henryk Landau.

MATTHIES. Dalsze doświadczenia nad hodowlą prątków gruźliczych. (Beitr. z Kl. d. Tbrk. 73B. H.1, 1929).

Na zasadzie 600 prób hodowli prątków gruźliczych stwierdzono pomyślne wyniki w modyfikacji hodowli według Hohna.

Małe zmiany w przygotowaniu podłoża, pewne przygotowanie materiału szczepiennego i rurek z zaszczepioną pożywką dodają jeszcze większej pewności tej metodzie hodowli.

Prątek gruźliczy najlepiej rozwija się przy znacznej zawartości tlenu w powietrzu i wysokim stopniu wilgotności.

Żywotność prątków w płynach (roztwór fizjologiczny, wyśięk) jest ograniczona.

Leczenie gruźlicy auto-szczepionką nie dało wyników.

Próby wykrycia przeciwciał w surowicy gruźlików wypadły negatywnie.

M. Segal.

J. LEITNER. Badania nad odczynem tuberkulinowym. (Beitr. z Kl. d. Tbrk. B. 73 H.1 1929).

Opadanie krwinek w połączeniu z wstrzyknięciem tuberkuliny w dawce poniżej progu działania, jako metody rozpoznawcze czynnej gruźlicy posiadają wartość ograniczoną.

Miejscowy odczyn skórny nawet przy znacznie rozcieńczonej tuberkulinie ma bardzo ograniczoną wartość rozpoznawczą i prognostyczną.

Jako uzupełnienie metod rozpoznawczych służyć może obraz krwi, który w czynnej gruźlicy wykazuje znaczne zmiany po zastrzyknięciu tuberkuliny.

Zmiany te cofają się bardzo powoli.

M. Segal.

Choroby narządów trawienia.

CH. TAMIYA. O idjopatycznym rozszerzeniu przełyku i jego patogenie ze szczególnem uwzględnieniem czynnościowego stanu roślinnego układu nerwowego. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 164, z. 3 i 4).

W 9 przypadkach typowego idjopatycznego rozszerzenia przełyku przeprowadzał autor systematycznie farmakodynamiczne badanie czynnościowe roślinnego układu nerwowego i znalazł we wszystkich bez wyjątku silniej lub słabiej wyrażone zaburzenia czynnościowe tego układu, dające się ująć w trzy następujące grupy: I-szy typ, reagujący dodatnio na atropinę, pilokarpinę i adrenalinę; II typ, reagujący dodatnio na pilokarpinę i adrenalinę. III typ, reagujący dodatnio tylko na pilokarpinę. Typ I i II przedstawiają stan wzmoczonego napięcia całego roślinnego układu nerwowego, typ III — stan wzmoczonego napięcia układu przywspółczulnego, wago-tonji. Tam, gdzie występuje idjopatyczne rozszerzenie przełyku ze skurczami wpustu, stoi na pierwszym planie wzmoczone napięcie nerwu błędnego, będące główną przyczyną tego schorzenia. Spastyczny skurcz wpustu pozostaje w ścisłym związku z wago-tonją. Rozszerzenie przełyku było w przypadkach autora z pewnością pierwotne i spowodowane zaburzeniami czynnościowymi nerwu błędnego w sensie jego hipotonji,

względnie atonji, a nie pierwotnym bezwładem mięśniówki przelyku. Ta hipotonja, względnie atonja jest skutkiem osłabienia pobudliwości nerwu błędnego. Spastyczny skurcz wpustu i rozszerzenie światła przelyku mogą współistnieć. Tam, gdzie skurcz spastyczny wpustu jest bardzo silny, rozszerzenie przelyku jest bardzo nieznaczne, gdy niema skurczu wpustu, rozszerzenie przelyku występuje w bardzo silnym stopniu, podczas gdy zaburzenia pasażu przez wpust pozostają jako skutek zniesienia odruchu otwarcia.

Henryk Landau.

L. DELHERM i H. BEAU. Czego należy oczekiwać po radjoterapii guzów żołądka. (Paris Méd. № 8/1930).

Statystyka radjoterapii guzów żołądka nie daje powodów do optymizmu. Przyczyny niepomyślnych wyników tej metody leczenia są wielorakie. Pod względem anatomicznym większość guzów żołądka stanowią raki i gruczolakoraki, mało radjoczułe; mięsaki, należące do nowotworów radjoczułych, występują w żołądku stosunkowo rzadko. Rozpoznanie kliniczne guza żołądka jest we wczesnych okresach choroby trudne i rzadko bywa wtedy stawiane. Wpływ guza na ogólny stan chorego występuje wczesnie, tembardziej, że w 66% przypadków nowotwór umiejscawia się w odźwierniku. Powikłania miejscowe i odległe często występują w krótkim czasie. Głębokie położenie żołądka sprawia, że skóra bardziej radjoczuła, niż gruczolakoraki, otrzymuje i pochłania więcej promieni X, niż nowotwór. Naświetlanie wreszcie może doprowadzić do niedomogi nadnerczy, choć autorzy ostrzegają w czasie naświetlania prawe nadnercze.

W czasie naświetlania często spostrzega się poprawę aknienia, przyrosty wagi, poprawę składu krwi, ustępowanie bólów, poprawę samopoczucia chorych. Te poprawy obserwuje się najczęściej w przypadkach nowotworów, umiejscowionych poza ujściami żołądka. Bardziej uchwytne i długotrwałe poprawy osiąga się w przypadkach mięsaków. A więc w przypadku Gunsetta i Oberlinga po naświetlaniu nie pozostał nawet ślad guza, a pięcioletnia obserwacja nie wykazała recydywy; w przypadku autorów poprawa trwała z górą rok, poczem chory znikł z oczu autorom.

Ważne jest wczesne postawienie rozpoznania nowotworu żołądka, które ułatwia badanie kału na utajone krwawienie, badanie chemizmu żołądka, badanie krwi (anemja z leukocytozą), a nade wszystko badanie rentgenowskie. Wcześniej rozpoznany rak żołądka musi być niezwłocznie operowany, a następnie zapobiegawczo naświetlany. Jeśli przypadek nie nadaje się do operacji, należy go naświetlić (podana jest dokładna technika naświetlania).

Henryk Landau.

PARKES WEBER i BODE. Wyniki operacyjnego leczenia puchliny brzusznej. (D. M. W. № 29, 1929).

W przypadkach puchliny brzusznej na tle marskości wątroby preparaty rtęciowe, jak novasurol i salyrgan, wywierają działanie krótkotrwałe. Wypuszczenie płynu drogą nakłucia przynosi ulgę chorym, ale nie zapobiega dalszemu zbieraniu się płynu. Zabieg Talmy oraz jego odmiany dzięki stworzeniu nowych dróg odprowadzających mają działanie daleko trwalsze. W 6 przypadkach po zastosowaniu tego zabiegu puchlina brzuszna zmniejszała się i po następnych kilkakrotnych opróżnieniach płynu przez nakłucie jamy brzusznej puchlina ustępowała. Najlepsze wyniki otrzymywano w przypadkach marskości przerostowej, w marskości kilowej i w marskości rzekomej pochodzenia niesercowego. Ze względu na łatwość i nieszkodliwość tego zabiegu autor jest zdania, że wskazania do tego zabiegu należy stawiać znacznie częściej, niż to ma miejsce dotychczas.

Wanda Franzówna.

P. CARNOT. Wymioty kałowe. (Paris Méd. № 6/1930).

Zespół kliniczny, pozwalający na natychmiastowe postawienie rozpoznania krótkiego obiegu żołądkowo-okreśniczego, składa się z lenterji poposiłkowej (ukazywanie się prawie niezmiennych pokarmów w kale) i wymiotów kałowych. Wymioty kałowe, t. j. treścią kiszek grubych, należy odróżniać od wymiotów kałowatych, t. j. treścią jelit cienkich składającą się z częściowo przetrawionych pokarmów i nieco cuchnącą. Wymioty kałowe pochodzenia zewnętrznego są skutkiem koprofagji, z którą się spotyka u umysłowo chorych i mytomanów. Wymioty kałowe pochodzenia wewnętrznego bywają skutkiem przetoki żołądkowo-okreśniczej lub żołądkowo-jelitowo-okreśniczej (*fistula gastro-jejuno-colica*), wyjątkowo przetoki dwunastniczo-okreśniczej (przypadek Kohlmana). Przetoki żołądkowo-okreśnicze są wyjątkowo wrodzone (przypadek Tosi), rzadko jako skutek ropnia około-żołądkowego na tle wrzodu żołądka lub raka (2 przypadki Chavannaz), najczęściej jako powikłanie raka żołądka lub okreśnicy, przyczem w niektórych przypadkach trudno ustalić, który z tych narządów jest punktem wyjścia nowotworu. Przetoki żołądkowo-jelitowo-okreśnicze spostrzega się u osobników po gastrojejunostomji, jeśli wytwarza się u nich wrzód trawienny jelita czczego z komunikacją między jelitem czczem a okreśnicą. Krótki obieg między żołądkiem a okreśnicą może być stwierdzony doświadczalnie z pomocą badań pomocniczych. Mówi o nim otrzymywanie za pomocą zgłębnikowania żołądka płynów, wprowadzonych do odbytnicy, lub odwrotnie za pomocą zgłębnika odbytniczego płynów, wprowadzonych do żołądka. Jeszcze pewniejszego dowodu dostarcza badanie rentgenowskie: spożyta papka barytowa przechodzi z żołądka bezpośrednio do okreśnicy; odwrotnie, lawatywa kontrastowa z okreśnicy przechodzi wprost do żołądka. Oczywiście, obok typowych przypadków, gdzie rozpoznanie jest łatwe, istnieją przypadki utajone (wąskie przetoki) w których należy bardzo uważnie badać przejście pokarmów, by móc postawić właściwe rozpoznanie. Leczenie chirurgiczne polega na jednoczasowym lub dwuczasiem zamknięciu przetoki. Ma ono daleko lepsze widoki w przypadkach pooperacyjnych wrzodów trawiennych, aniżeli w przypadkach nowotworów.

Henryk Landau.

S. M. JORDAN i E. D. KIEFER. O wrażliwej okreśnicy. (J. Am. Med. Ass. Tom 93, N 8. 1929).

Autorzy zestawiają 200 przypadków t. zw. wrażliwej okreśnicy. Jest to zespół stosunkowo bardzo częsty u osób z dolegliwościami narządu trawiennego.

Wygląd jelita uwidacznia się najlepiej po podaniu lawatywy barytowej, która odzwierciadla też wszelkie zmiany, zachodzące w napięciu ściany podczas samego oglądania.

Niekiedy nadmierna wrażliwość okreśnicy zależna jest od cierpień narządów innych, jak np. wątroby, serca, układu nerwowego.

Obraz rentgenologiczny odzwierciadla także poprawę stanu wrażliwości jelita.

Autorzy rozróżniają 4 typy wrażliwości jelita grubego. 1) szeroka wstępnicza, atoniczna przy wąskiej, nadmiernie skurczonej zstępniczy i poprzeczniczy; 2) ogólna atonja jelita grubego; 3) postać mieszaną; 4) postać o *megasygmoideaum*.

Leczenie jest naogół jednakowe we wszystkich przypadkach. Sprowadza się ono przede wszystkim do spoczynku, w cięższych przypadkach nawet w ciągu 1–3 tygodni.

Przytem zaleca się stosowanie gorących okładów — djatermji i t. p. Z leków autorzy zalecają atropinę w dość dużych ilościach.

Jest bardzo ważną rzeczą unikanie wszelkich środków

czyszczących, które mogą podrażnić i tak już przewrażliwione jelito.

Taksamo należy unikać wszelkich pokarmów ciężkostrawnych lub obfitujących w błonnik.

B. Goldstein.

Choroby serca i naczyń.

∞ C. LIAN, A. BLONDEL et O. VIAN. Tachycardies permanentes régulières. (La pratique médicale illustrée. Zeszyt 79. Wyd. Gaston Doin et Cie. Paryż 1930. 14 franków).

Częstość skurczów komorowych wyjątkowo przewyższa 100 do 120 na minutę. Autorom chodzi w monografii o t. zw. z wykły częstoskurcz, czyli to, co bardziej precyzyjnie chrzcza mianem zatokowego, aby podkreślić fakt, że przyspieszenie tętna jest jedynym zaburzeniem i że powstaje w zwykłym miejscu fizjologicznym, w okolicy zatokowej (noeud séro-auriculaire de Keith et Flack).

Autorzy, kardiologzy szpitala Tenon, w 1-ej części analizują główne i drobne cechy (petits signes) tachikardji stałej prawidłowej, zatokowej, jej dagnostykę etjologiczną, rokowanie i leczenie, oddzielając częstoskurcz t. zw. serca nadwrażliwego od częstoskurczów objawowych. Do tych ostatnich zaliczają, omawiając bliżej nabyte i wrodzone postaci oraz mechanizm zakłócenia równowagi sympatyczno — parasympatycznej, tachikardje w: 1) niedomodze serca, 2) nadciśnieniu tętniczym, 3) podciśnieniu tętniczym, 4) zespołach Basedowa i wrzekomego Basedowa, 5) różnych zespołach dokrewnych, 6) zaburzeniach nerwowych, 7) zatruciach i 8) zaburzeniach przewlekłych.

W części 2-ej omawiają autorzy stałe i regularne częstoskurcze o typie trzepotania przedsionkowego, ich semiotykę i terapię, a zwłaszcza cechy różniczkowo-rozpoznawcze, od grupy poprzedniej tachikardji zatokowej.

Sporo miejsca poświęcono w ciekawej broszurze pograniczu interny i neuropatologii, zwłaszcza rozdziałowi o „coeur irritable” i ściśle z tem związanym „basedowisme fruste”. Liczne elektrokardjogramy ozdabiają wykwintnie wydany zeszyt.

H. Higier.

KRUMEICH. Spostrzeżenia nad powstawaniem dekompensacji serca. (Münch. med. Woch. Nr. 21 1930).

Z pośród 50 chorych z wadami zastawkowymi serca niedomoga wystąpiła u 10-ciu po pracy fizycznej, przekraczającej siły mięśniowe pacjentów. Wysiłek trwał co najmniej kilka dni. W 6-ciu przypadkach zaburzenie zjawiało się po jednorazowym wstrząsie psychicznym. 20 razy wystąpiła dekompensacja w przebiegu chorób zakaźnych, u dwóch kobiet zaburzenie zjawiało się podczas ciąży, a 1 chory pogorszył stan serca większą libacją. W 11 przypadkach dekompensacja serca występowała powoli bez uchwytnej przyczyny.

Podobnie u 50-ciu chorych z miażdżycą t. głównej i przeczawnie, z podniesionem ciśnieniem krwi zaburzenie w krążeniu wywołane zostało: u 13-tu podczas codziennej pracy fizycznej, nie wymagającej większego wysiłku, u 4-ch po napadzie duszniczym bolesnym, prawdopodobnie w związku z zatorami lub zakrzepem t. wieńcowej, u 14-tu zależnie od infekcji, 1 raz po kąpieli solankowej, a w jednym przypadku po szafce elektrycznej. W 18 przypadkach nie udało się autorowi znaleźć przyczyny wystąpienia niedomogi.

F. Turyn.

M. LABBÉ, P. L. VIOLLE i E. AZÉRAD. Gruczolak istoty rdzeniowej nadnerczy z ciśnieniem napadowym. (Pr. Méd. Nr. 33 1930).

Chory l. 29 z objawami przewlekłego zapalenia nerek

miewa napady nadciśnienia, które objawiają się osłabieniem, rozlewami potami, częstoskurczem. Przebieg tych przełomów jest nader pouczający: zaczynają się one od uczucia niepokoju, błądności, dzikiego wzroku, rozszerzenia źrenic; później występują gwałtowne palpacje ze zwiększeniem się stałe istniejącej tachikardji, podniecaniem sercem i podniesieniem ciśnienia; przeciętnie napad taki trwa godzinę, a koniec jego zapowiada wystąpienie potów.

Mocz zawiera 0,75—1,5‰ białka. We krwi 61 mgr. ‰ mocznika, 260 m.r. ‰ cholesteryny. RR = 160/110 mm. Hg. (w napadzie 250, 300, a nawet więcej). Tętno 120. Nad całym sercem słychać szmer skurczowy, najwyraźniejszy na podstawie. Prawe kończyny przykurczone, odruchy ścięgnowe wzmożone.

Po tygodniu pobytu chorego w szpitalu wystąpiło nagle osłabienie z wymiotami i stanem prekomatycznym, ciśnienie skurczowe przekraczało 350 mm. Hg., rozkurczowe dochodziło do 220 mm. Hg. Pomimo upustu 700 cm.³ krwi, wziewania azotynu amylowego i spadku ciśnienia do 170/140, stan prekomatyczny nie ustąpił, i chory po paru godzinach zmarł.

Obdukcja wykazała przerost i rozszerzenie lewej komory serca, tętnica główna pokryta niezbyt twardymi blaszkami, przewlekłe zapalenie nerek; nadnercze lewe ważyło 7 gr., prawe — 120 gr., przypominało kształtem i wielkością małą pomarańczę, trzęszczało przy przekrawaniu, na przekroju miało białe zabarwienie; badanie mikroskopowe wykazało nowotwór, wychodzący z istoty rdzeniowej nadnerczy, t. zw. gruczolak rdzeniowy (adenoma medullare, paraganglioma).

W przeciwieństwie do guzów, wychodzących z istoty korowej nadnerczy, które powodują stałe nadciśnienie, nowotwory, wychodzące z istoty rdzeniowej, wywołują nadciśnienie napadowe, które pod wpływem wysiłku, drobnego ruchu, a nawet bez uchwytnej przyczyny może się nagle podnosić do 250, 280, 300, a nawet i więcej mm. Hg., przyczem równolegle zwiększa się ciśnienie minimalne. Tym przełomom ciśnienia towarzyszy osłabienie, bicie serca, uczucie lęku, drętwienie i chłód kończyn, silne bóle w kończynach górnych i dolnych, uczucie ucisku w dołku podsercowym i klatce piersiowej, dotkliwy ból głowy, nudności, wymioty, blado — sine zabarwienie twarzy. Napad taki trwa od kilku minut do godziny najwyżej i kończy się nagle wśród objawów rozszerzenia naczyń i potów, którym towarzyszy uczucie dobrego samopoczucia i przyjemnej ulgi. W okresie pozanapadowym ciśnienie krwi jest normalne lub lekko wzmożone, serce niezmiennione lub rozszerzone, tony serca głośnie, zwłaszcza drugi ton nad tętnicę płucną, tętno miarowe, przyspieszone (90—100), odruch oczno-sercowy silnie wyrażony, w moczu może być białko w niedużej ilości, rzadziej cukier, wałeczki szkliste i ziarniste; mocznik we krwi może być zwiększony. Napady występują w nieprawidłowych odstępach czasu: czasem kilka razy dziennie, czasem co kilka tygodni, a nawet miesięcy. Powikłania występują w postaci krwotoków do siatkówki i mózgu, ostrego obrzęku płuc lub naglej niedomogi serca, będących zwykle przyczyną zejścia śmiertelnego.

Zwykłe środki obniżające ciśnienie nie wywierają w tych przypadkach żadnego działania. Pozostaje jedynie leczenie chirurgiczne (usunięcie guza), choć dotąd jest znany tylko jeden wyleczony w ten sposób przypadek Mayo.

Henryk Landau.

M. BONESPÁN. Przypadek stałej niemiarowości oddechowej. (Arch. des Mal. du coeur Nr. 4 1930).

U chorego z moczówką cukrową bez żadnych zmian w sercu po przebytej grypie wystąpiło uczucie ciężaru w okolicy serca. RR = 118/72. Odczyn B.W. ujemny. Płuca i narządy jamy brzusznej bez zmian. Serce — radjoskopowo mierne powiększenie lewej komory, akcja niemiarowa. Tętno

niemiarowe, 96 104 na minutę. Sfigmogram wykazuje niemiarowość, przypominającą niemiarowość zupełną z pojedynczymi skurczami dodatkowymi, niezależną od faz oddechowych. Próby z azotynem amylowym i uciskiem gałki ocznej nie dały żadnego wyniku. Elektrokardjogram wykazał prawidłową, choć niemiarową kolejność zespołów PRT i brak wszelkich objawów migotania przedsionków, co przemawia za niemiarowością pochodzenia zatokowego, wywołaną przez czynnik, nerwowe; możliwe, że przebyta grypa odegrała rolę czynnika wyzwalającego.

Henryk Landau

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

P. A. HEERES i H. VOS. Fruktozurja. (Arch. Int. Med. Tom 44. Nr. 1).

Autorzy przeprowadzili dokładne badania nad przypadkiem fruktozurji (prawdziwej).

Fruktozurja znika odrazu po odstawieniu pokarmów, zawierających fruktozę. Niezależnie od ilości spożytej fruktozy wydzielala się w moczu jednakowa ilość, wynosząca ok. 14% spożytej.

W przeciwieństwie do normalnych warunków spożycie fruktozy wywołuje silny wzrost ilości cukru we krwi — kosztem lewulazy.

Dożylne wprowadzenie fruktozy — wywołuje wydalenie z moczem taksamo, jak doustnie insulina pozostaje bez wpływu na fruktozurję.

Jeżeli razem z fruktozą podawać inne rodzaje cukrów, to fruktozurja staje się znacznie silniejsza. Fruktaza, podawana przez odbytnicę, także daje znacznie większą fruktozurję.

B. Goldstein.

Karl STEJSKAL. O zwiększeniu tolerancji u diabetyków. (Med. Kl. 14/1930).

Autor opiera się na pracach autorów okresu „przedinsulinowego”: że węglowodany, wprowadzane do ustroju inną drogą, niż doustnie, nprz. przez odbytnicę — nie tylko lepiej zostają przyswajane, ale ilość wydzielonego cukru jest mniejsza, aniżeli w dniach poprzednich, gdy te same ilości węglowodanów podawane były doustnie.

Wprowadzenie węglowodanów doskórnie (wcieranie) w postaci „Dinutron”, wykazało zmniejszenie się cukromoczu na 2—3 dzień po wcieraniu. Tę poprawę tolerancji mógł autor potwierdzić w 12 przypadkach przy 2 z wynikiem ujemnym.

Dodatknie wyniki dało się osiągnąć tylko wtedy, gdy ilość cukru we krwi przekraczała 200 mg. Przy liczbach większych wynik był ujemny.

Autor przypuszcza, że chodzi tu o zwiększenie się zapasu glikogenu w wątrobie która wpływa na przemianę węglowodanową ustroju.

M. Segal.

S. HIRSCHHORN, L. POLLAK i A. SELINGER. O odróżnieniu wątrobowo-komórkowej i neurohormonalnej galaktozurji zapomocą próby ergotaminowo-atropinowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 13/1930).

Po zastrzyknięciu atropiny z ergotaminą zwiększa się zdolność przyswajania galaktozy przez wątrobę. Ponieważ ciała te hamują bodźce przywspółczulne i współczulne niezależnie od tego, czy wychodzą one z ośrodkowego układu nerwowego, czy też działają obwodowo, jak się to odbywa pod wpływem pewnych hormonów, np. adrenaliny, można więc mówić o neurohormonalnej regulacji czynności wątroby. Galaktozurja

więc, występująca podczas czynnościowego badania wątroby zapomocą próby R. Bauera, może zależeć od czynnościowego upośledzenia wątroby lub też od patologicznego nastawienia układu regulacyjnego. Celem rozstrzygnięcia kwestji pochodzenia galaktozurji wykonywają autorzy dwukrotnie próbę na galaktozurję w dwóch następujących po sobie dniach, przy czym w drugim dniu 20 minut przed spożyciem galaktozy chory otrzymuje zastrzyknięcie podskórne 0,25 mg. ergotaminy (gynergeny) i 0,5 mgr. atropiny. W przypadkach zapalenia mózgu, choroby Basedowa i hipertyreozы dodatni wyniki próby R. Bauera w pierwszym dniu zamienia się w drugi, t. j. po uprzednim zastrzyknięciu ergotaminy i atropiny, na ujemny, co wskazuje na neurohormonalne pochodzenie tej galaktozurji.

W przypadkach żółtaczki nieżytowej i marskości wątroby wpływ zastrzyknięcia atropiny i ergotaminy na galaktozurję bywa przeważnie nieznaczny, co wskazuje na czysto wątrobowe pochodzenie galaktozurji tych przypadków. W niektórych jednak przypadkach pod wpływem ergotaminy i atropiny galaktozurja zmniejsza się, czasem nawet bardzo znacznie, a zatem w pochodzeniu jej obok czynnika wątrobowego (uszkodzenie miąższu wątrobowego) gra dużą rolę czynnik neurohormonalny. Pod względem klinicznym różnic między przypadkami marskości wątroby i żółtaczki nieżytowej z dodatnim i ujemnym wynikiem próby atropino-ergotaminowej nie spostrzegano. Ponieważ panuje dzisiaj pogląd, że *icterus catarrhalis* nie jest jednostką patologiczną, lecz pojęciem zbiorowym rozmaitych spraw chorobowych, nie jest wyłączone, że próba atropino-ergotaminowa przyczyni się do ułatwienia różniczkowania między różnymi postaciami żółtaczki nieżytowej. Węglowodany (glukoza, lewuloza), które zwiększają zdolności asymilowania galaktozy przez wątrobę, zapewne działają w ten sposób, że wpływają na neurohormonalny mechanizm regulacyjny.

Henryk Landau.

J. BOYD i in. O nadczynności gruczołów przytarczycznych. (J. Am. Med. Ass. tom 93, Nr. 9 1929).

Obraz kliniczny hiperparatyreoïdizmu znany jest dopiero od kilku lat. Wszystkiego opisano kilka przypadków, z których większość podczas zabiegu okazała się gruczolakiem przytarczycy, zaś po jego usunięciu wszystkie objawy zniknęły.

Punktem środkowym wszelkich skarg jest układ kostny. Zmiany w kościach z jednej strony przypominały *ostitis fibrosa*, z drugiej strony poniekąd także *osteomalacia*. Naogół przeważa obraz rozrzedzenia istoty kostnej. Ruchy chorych były utrudnione. W niektórych przypadkach stwierdzono także torbiele kostne.

Wyraźne zmiany stwierdza się w obrębie układu moczowego. *Polyuria* była wcale częsta. Zazwyczaj osad był bardzo obfity. Zauważono także objawy nieżyty pęcherza, miedniczek oraz kamicy. Po usunięciu guza przytarczycy objawy te zniknęły. Odnotowano także niezwykłą słabość układu mięśniowego oraz hipotonję.

Najtypowsze zmiany stwierdza się w surowicy krwi ilość wapnia w surowicy jest wybitnie powiększona, wynosi ona 13,1—20,75 mg %. Ilość fosforu natomiast raczej jest obniżona.

W kilku przypadkach znaleziono w gruczole zmiany, odpowiadające obrazowi *sarcoma gigantocellulare*. Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia czy zmiany nowotworowe same, przez się wystarczają do wywołania takich zmian w kościach, czy też należy je położyć na karb nadczynności przytarczycy.

B. Goldstein.

Choroby oczu.

E. VONTOBEL. Spostrzeżenia nad dziedzicznością zwyrodnienia dna oka w krótkowzroczności. (Graef. Arch. f. Ophthalm., tom 122, zeszyt 2-gi i 3-ci).

Autor przeprowadził badania w rodzinach, dotkniętych krótkowzrocznością i stwierdził, że zmiany na dnie oka związane z tą refrakcją noszą charakter rodzinny i nie odpowiadają ściśle stopniowi krótkowzroczności, czyli, że w pewnych rodzinach spotyka się wysoką krótkowzroczność przy nieznacznych zmianach na dnie oka i odwrotnie.

Badania te potwierdzają, w-g autora, słuszność przypuszczeń Vogta, który daje wyraz pogładowi, że zmiany na dnie oka, związane z krótkowzrocznością, noszą, tak samo, jak i starcze, charakter dziedziczny i występują również w postaci krwotoków, ognisk zanikowych dokoła tarczy i na płamce żółtej.

W krótkowzroczności jednak zmiany te występują już w wieku młodszym.

Znany jest cały szereg innych chorób dziedzicznych, choć nie wrodzonych, jak *retinitis pigmentosa*, *luxatio lentis* i *cataracta senilis*.

Autor odrzuca istniejącą teorię o powstawaniu krótkowzroczności, t. z. teorię o rozciąganiu, uzależniając rozwój miopii i zmian na dnie oka od pochyleń głowy przy pracy zbliżonej.

Trudno byłoby wówczas wytłomaczyć częste powstawanie ognisk w wieku dojrzałym, kiedy wymiary gałki ocznej już są ustalone i dalszym zmianom nie podlegają.

Jedynie zrozumiale stają się te zmiany w-g autora wówczas, jeżeli je razem z Vogtem będziemy rozpatrywali jako objawy zwyrodnienia, występujące rodzinnie.

I. Katz-Silbersteinowa.

R. THIEL. Keratitis traumatica, jako schorzenie zawodowe w cukrowniach. (Klin. Monatschr. f. Aug. Listopad 1928).

Autor opisuje 3 przypadki zapalenia rogówki u robotników, zatrudnionych w przemyśle cukrowym. Były to uszkodzenia powierzchowne nabłonka rogówki mniej więcej w miejscach, odpowiadających szczelinie powiekowej. Objawy we wszystkich tych przypadkach były identyczne, przebieg łagodny.

Jako przyczynę z dużym prawdopodobieństwem przypisać można działanie gazów gryzących. Przy zwiedzaniu zakładów autor przekonał się, że zapach gazu wydobywał się nad przyrządem, służącym do przepłukiwania buraków. Wskutek obszernego pomieszczenia na te podrażnienia mogli zapadać tylko ci robotnicy, którzy przy tem pracowali. Kierownictwo zakładu nie wyłącza możliwości działania siarkowodoru. W roku 1923 Rochat opisał podobny przypadek wskutek działania siarkowodoru. Wiadomo również, że produkty fermentacyjne wypluczyn buraków mogą wywołać ropne zapalenie powiek i spojówki. W raportach wielu fabryk przemysłu cukrowego wspominają o szkodliwym działaniu H₂S na oczy. Opisane przez autora i Rochat przypadki miały przebieg łagodny, gdyż dotyczyły głównie powierzchownych warstw rogówki.

Zdarzają się jednak uszkodzenia cięższe, o których należy pamiętać i w porę im zapobiedz przez odpowiednie leczenie i wprowadzenie należytych warunków higienicznych.

M. Mantinband.

Jean S. CHARAMIS. Przypadek torbieli echinokokowej w oczodole. (Archives d'ophtalmologie, czerwiec 1929).

Autor zaznacza rzadkość przypadku torbieli echinokokowej w oczodole. Najczęściej takie przypadki zdarzają się tam, gdzie ludność wiejska zajmuje się pasterstwem (barany). Chory, opisany przez autora, dłuższy czas znajdował się wśród baranów i psów. W tym przypadku międzyskórna reakcja Gasoniego i Bordet-Wassermanna była ujemna. We krwi znaleziono eozynofile (17:100). Przed operacją było zrobione próbne nakłucie zawartości torbieli. Znaleziono przezroczysty płyn, bogaty w chlorki, bez haczyków echinokokowych. Zabieg operacyjny polegał na wyluszczeniu torbieli przez otwór długości 4 cm., ponad górną powieką, równoległe do brwi. W danym przypadku zostały wyluszczone 2 torbiele, nie przyrośnięte do otaczających ich tkanek, leżące bardzo głęboko w oczodole. Jedną z tych torbieli była wielkości małego kurzego jaja, druga zaś orzecha leśnego. Chory po operacji znacznie się poprawił. Wytrzeszcz gałki ocznej znikł, pozostała tylko ptoza.

V = 0. W torbielach zostały znalezione w dość porażnej liczbie haczyki echinokokowe.

S. Hinds.

Wskazówki praktyczne.

Według Breinla *termin izolacji chorych na płonicę* powinien być uzależniony od wyniku trzykrotnego badania bakteriologicznego śluzu w gardzieli. Wartość lecznicza i zapobiegawcza surowicy ozdowieńców jest niewątpliwa, surowicy przeciwpłoniczej sztucznej — mniej pewna. Wartość praktyczna odczynu Dicków jeszcze nie ustalona. (W. m. W. 1930 Nr. 29).

—o—

Blum poleca jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu gruźlicy narządów rodnych męskich zastrzykiwanie stężonego własnego moczu chorego według Wildbolza. W razie wyniku dodatniego otrzymuje się typowy bąbel. (W. m. W. 1930 Nr. 32).

—o—

Koza uważa promienie pozaświetłowe w kombinacji z tlenem za skuteczny środek w zatruciu tlenkiem węgla. (Med. Klin. 1930 str. 422).

—o—

W zwalczaniu zapaści operacyjnej ma efedryna tę wyż-

szość nad adrenaliną, że nie ulega rozkładowi i działa łagodniej, a przytem dłużej, niż adrenalina. W ostrej zapaści pooperacyjnej należy zastrzyknąć 0,05 efedryny do żyły, a zaraz potem stosować kroplówkę dożylną z dodatkiem efedryny (1 litr płynu + 0,1 efedryny w ciągu 4 godzin). Niebezpiecznych objawów ubocznych nie spostrzegano nawet w razie kilkodniowego stosowania tego leczenia. Kumulacji (zresztą niewinnej) można uniknąć przez kontrolę ciśnienia. (M. m. W. 1929 str. 1909).

—o—

W leczeniu grzyźlicy skóry przypisuje Bommer bardzo dodatnią rolę *dziecie Gersonowskiej* obok miejscowego stosowania promieni słonecznych. Promienie Roentgena, zdatniem B., są w toczniu zupełnie nieskuteczne. (Strahlenther. 1930 Nr. 35).

—o—

Lauber poleca w wyprysku leczenie skombinowane wapniem i wigantolem. (M. m. W. 1930 str. 757).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 6 maja 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 36, wprowadzonych gości 28.
Początek o godz. 8-mej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dn. 29. IV przyjąto bez zmian.

2. Kol. Prezes powiadamia, że otrzymał od prof. Zenona Orłowskiego z Wilna wyjaśnienie, dotyczące dyskusji nad odczytem kol. N. Pryluckiego, wygłoszonym na posiedzeniu w dn. 4 marca r. b. Kol. Z. Orłowski zaznacza, że w 2 przypadkach stosowania dożylnego czerwieni kongo spostrzegł niezmiernie silne bóle głowy, które trwały parę godzin, bez innych ubocznych objawów.

3. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych:

4. Kol. Stefan Rudzki wygłosił odczyt p. t. „*Walka społeczna z gruźlicą na wsi*”. (Streszcz. wł.).

Prelegent podaje główne dane o rozpowszechnieniu gruźlicy na wsi w różnych krajach Zachodniej Europy i Ameryki oraz w Polsce. Podkreśla wielką wagę, jaką nadał zwalczaniu gruźlicy na wsi cały świat cywilizowany, czego dowodem było postawienie tego tematu na porządku dziennym ostatniego międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie w 1928 r. Streszcza referat zasadniczy na tym zjeździe, wygłoszony przez W. Branda (Wielka Brytania), oraz poglądy, wyrażone w dyskusji przez przedstawicieli 16 narodów z obu półkul. Charakteryzuje główne kierunki w walce z gruźlicą w różnych krajach, zatrzymuje się dłużej na próbach, robionych w krajach anglosaskich, skandynawskich oraz romańskich. Podaje etapy w walce z gruźlicą na wsi w Polsce (Dobrzycki, Sokołowski, Dunin, Tow. Higieniczne, Muzeum Higieny w Częstochowie, Zjazdy higieniczne, Zjazd w sprawie higieny małych miast i wsi 1919 r. z referatem autora niniejszego odczytu o walce z gruźlicą w małych miastach i wsiach, działalność Towarzystwa Przeciwigruźliczego, Ogólnopolskiego Związku Przeciwigruźliczego, akcję rządu i Samorządów, Ośrodki Zdrowia, Wystawy Przeciwigruźlicze).

Prelegent określa obraz współczesnej walki z gruźlicą na wsi, charakteryzuje rolę przychodni przeciwgruźliczych i całego systemu Edynburskiego w stosunku do wsi; rolę lekarzy i pielęgniarek społecznych; stosunek do lekarzy praktykujących, udział w walce Rządu, Samorządów, szkół i społeczeństwa. Rola wojska w zwalczaniu gruźlicy. Ubezpieczenia społeczne. Ustawodawstwo przeciwgruźlicze i znaczenie jego dla walki z gruźlicą na wsi.

5. Dyskusja.

Kol. Mańkowski. W walce z gruźlicą zarówno, jak w walce z innymi chorobami zakaźnymi, odgrywa rolę przede wszystkim zapobieganie, do którego toruje drogę propaganda. Należy podnieść poziom kultury przez podniesienie oświaty oraz zwalczanie antyhigienicznych zwyczajów ludowych.

Kol. Szokalski. Wysyłanie chorych na gruźlicę rozpadową na wieś, jest dla niej wysoce szkodliwe. W znacznej mierze ponoszą tu winę Kasy Chorych; powinny one każdorazowo zawiadamiać odpowiednie urzędy prowincjonalne o wysłaniu na ich terytorium osobnika, szerzącego zarazę. Należy stworzyć kilka klas poradni przeciwgruźliczych, któreby pozostawały we wzajemnej ze sobą zależności: ośrodki gminne, przy starostwach oraz wojewódzkie. Każdy chory na gruźlicę powinien być wciągany na listę członków Towarzystwa Przeciwigruźliczego, jako bezpośrednio zainteresowany w walce z gruźlicą.

Kol. Janiszewski. Dane statystyczne z Małopolski z pierwszego dziesiętka lat bieżącego stulecia stwierdzają, iż śmiertelność z gruźlicy była na wsi mniejsza, niż w mieście. Pomysł ośrodka zdrowia jest pomysłem polskim, zrealizowanym już w roku 1910 w postaci powiatowego urzędu zdrowia w Krakowie. Mówca wyraża zadowolenie, iż myśl budowy takich sanatoriów w Polsce, którą wypowiedział Towarzystwo Przeciwigruźlicze w r. 1910, uzyskała obecnie prawo obywatelstwa. Należy zachować pewną równowagę pomiędzy tworzeniem poradni, odgrywających rolę propagandową, a budową sanatoriów. Mówca podkreśla dalej znaczenie katedry higieny na wydziale lekarskim.

Kol. Wroczyński podkreśla znaczenie statystyki po-

borowych chorych na gruźlicę. Należy wprowadzić na miejsce pielęgniarek, wyspecjalizowanych w walce z gruźlicą, pielęgniarki o przygotowaniu ogólnym. Należy tworzyć małe ośrodki zdrowia i to nie tylko dla walki wyłącznie z gruźlicą, ale także w celach higieny ogólnej.

Kol. Cieszyński. Należy wyszkolić w zakresie higieny akuszerki tak, aby mogły one spełnić rolę zarówno położnych, jakoteż higienistek. Byłby to najtańszy sposób rozwiązania sprawy pielęgniarstwa na wsi. Gdyby akcja szczepień metodą Calmette'a okazała się skuteczną, to połączenie jej z wyżej wymienioną akcją higieny dałoby najtańszy i najlepszy sposób rozwiązania sprawy walki z gruźlicą na wsi.

Kol. Chodźko. Walka Kas Chorych z gruźlicą napotyka trudności, związane z brakiem ogólnopolskiego planu walki z tem cierpieniem. Kasy Chorych stoją na stanowisku, iż należy budować uzdrowiska podmiejskie. Wielkim jednak błędem jest budowa sanatorium w Otwocku, które może pomieścić zaledwie 250 osób, przy obecności w Warszawie 20 tysięcy chorych na gruźlicę. Należy wykorzystać tereny, sąsiadujące z tem sanatorium, dla budowy uzdrowisk, tembardziej, że o nowe tereny jest bardzo trudno, gdyż ludność wiejska nie chce sprzedawać ziem pod budowę sanatoriów. Błędem ustawowym jest rozbięcie Kas Chorych na 266 samodzielnych instytucji, co spowoduje zupełną niewydolność wielu Kas prowincjonalnych w spełnianiu obowiązków w stosunku do ubezpieczonych, ponoszących wszędzie jednakowe świadczenia.

Kol. Sawicki zapytuje, jaką odgrywa rolę w walce z gruźlicą na wsi inicjatywa prywatna zagranicą, oraz jak daleko posunięte zmiany gruźlicze zwalniają u nas poborowych z wojska. Mówca jest zwolennikiem budowy sanatoriów na 40—50 łóżek; w mniejszych uzdrowiskach koszty utrzymania chorych są większe. Mówca jest przeciwnikiem oddawania spraw higieny ogólnej w ręce akuszerki, gdyż to spowoduje utratę do nich zaufania ludności, a tem samem jest nieżyłowe.

Kol. Cieszyński wyjaśnia, iż rola akuszerki polegałaby raczej na namawianiu do zwrócenia się o poradę lekarską, nie na donoszeniu władzy o chorobach zakaźnych. Powiat Skierniewicki i Suwalski wprowadziły już ten system, który wytrzymuje próbę życiową.

Kol. Rudzki. Rząd w walce z gruźlicą odgrywa rolę ustawodawczą. Inne władze zaś mają różne znaczenie w zależności od kraju. Zarówno u nas, jak też gdzie indziej, 10/10 poborowych wykazuje czynną gruźlicę płuc. Małe szpitaliki miejskie o 10—50 łóżkach nie muszą posiadać stałego lekarza; główną rolę spełniać winna pielęgniarka; najbliższy lekarz może występować w charakterze kierownika szpitala. Szczepienia metodą Calmette'a nie powinny osłabiać akcji społecznej.

Posiedzenie zakończono o godz. 10 min. 35.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Posiedzenie z dnia 13 maja 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 67, wprowadzonych gości 36.

Część I (wspólnie z Polskim Towarzystwem Anatomiczno-Zoologicznym). Obrady w języku francuskim.

1. Prof. A. Policard wygłosił odczyt p. t. „*Kilka zagadnień aktualnych z dziedziny histofizjologii płuc*” (streszcz. własne).

Dzisiejsze dane klasyczne z dziedziny histologii tkanki płucnej są obecnie przedmiotem rewizji oraz przedmiotem badań z punktu widzenia fizjologii i patologii.

Budowę wyściółki pęcherzyków należy uznać za niejednorodną. To, co nazywamy „płytkami bezjądrowymi” nie istnieje wcale. Powietrze pęcherzyków styka się bezpośrednio z tkanką łączną podścieliska płuc. Komórki, spotykane w pęcherzykach (małe komórki jądrzaste), należy uważać raczej za łącznotkankowe, niż nabłonkowe; posiadają one bowiem zarówno charakter morfologiczny histiocytów, jak też ich własności fizjologiczne.

W podścielisku płuc jest daleko więcej tkanki mięsnej gładkiej, niż się to powszechnie mniema. Znaczenie tych włókien mięsnych powinno być podniesione w omawianiu fizjologii i patologii płuc.

2. Dyskusja.

Kol. Mańkowski (streszczenie wł.), przypomina wy-niki Reterera, który usiłował dowieść, że tkanka łączna może zamienić się w nabłonkową. Mezenchyma wytwarza się z mezodermą, a ta jednak sąsiaduje z entodermą, z której powstaje nabłonek narządów oddechowych. Płytki bezjądrowe według pojęć klasycznych są wypustkami komórek jądrazystych. Wzrost narządu powoduje powiększenie się powierzchni pęcherzyków i spłaszczenie komórek. Koncepcja prelegenta jest w niezgodzie z patologią kliniczną. W płwocinie częstokroć stwierdzamy dobrze znane komórki nabłonka pęcherzykowego, nie mające cech mezenchymalnych.

Kol. Loth E. zapytuje, czy istnieją również włókna mięsne, rozszerzające pęcherzyki płucne, i jaki jest mechanizm, powodujący rozszerzanie się płuc nawet przy otwartej klatce piersiowej.

Prelegent, odpowiadając na zapytanie, stwierdza, iż, aczkolwiek wiemy o istnieniu mięśniówki, jednak czynności jej nie znamy. Badania klasyczne o budowie pęcherzyka są przeniesione na ludzi ze spostrzeżeń u zwierząt zimnokrwistych.

Część II.

3. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 6 maja 1930 r. przyjęto bez zmian.

4. Kol. A. Krasuski wygłosił odczyt p. t. „*Poglądy Jonstona na choroby płuc i serca*” (streszcz. wł.).

Prelegent na wstępie charakteryzuje wiek XVI i XVII i mówi o główniejszych przejawach myśli naukowej w tym wieku.

Następnie podaje szkic biograficzny życia Jonstona. Jan Jonston urodził się w Szamotułach w województwie Poznańskim, w 1603 r. Zmarł w Polsce w 1675 r. Jest on autorem bardzo licznych dzieł z zakresu medycyny, historii, oraz nauk przyrodniczych.

Był wychowawcą synów Leszczyńskiego, wojewody Bełzkiego, a następnie lekarzem nadwornym Leszczyńskich.

Prelegent omawia poglądy Jonstona na choroby serca i płuc, zawarte w *Synbagma med. practicae* (1648 r.).

5. Dyskusja.

Kol. L. Zembrzuski (streszcz. wł.), podkreśla, iż dobrze się stało, że kol. prelegent poruszył przynajmniej parę fragmentów z bardzo obszernego dzieła Jana Jonstona z Szamotuł. Postać to mało znana, chociaż od paru lat interesują się nią nie tylko lekarze i przyrodnicy polscy, lecz i badacze obcy. Dzieła Jonstona trzeba rozpatrywać na tle epoki, w której żył i pisał, t. j. na tle XVII w. w Polsce, kiedy nastąpiło zahamowanie u nas rozwoju medycyny. Wszystkie wyższe uczelnie nasze chyliły się do upadku, zapad wśród Polaków do studiów na uniwersytetach zagranicznych osłabł, do medycyny zaczęły wkradać się przesady i zabobony, a wykonawstwo lekarskie spoczęło w rękach partaczy i szarlatanów. Dzieła lekarskie Jonstona w takiej epoce nie były bez znaczenia, pomimo, iż brakło im oryginalności i były właściwie kompilacjami, a zasługa cała Jonstona polegała na przeszczepianiu i popularyzowaniu w Polsce prądów i kierunków lekarskich na Zachodzie. Tak więc Jonston nowych wartości nie wniósł ani do medycyny polskiej, ani do medycyny powszechnej, i z tego punktu widzenia należy rozpatrywać i te fragmenty, które przytoczył prelegent. Wobec tego Z. proponuje zmianę tytułu odczytu na „Choroby płuc i serca w dziele lekarskim” lub co najwyżej „w oświeśleniu Jonstona”, nie wiadomo bowiem dobrze, co w „poglądach” jego było oryginalnem, a co zapożyczanem od innych autorów i badaczy.

Właściwie dla historii kultury polskiej ważniejsze są dzieła Jonstona z dziedziny nauk przyrodniczych, do których odnoszono się w XVII w. w Polsce z zupełnym indyferentyzmem wbrew temu, co miało miejsce w Europie Zachodniej.

Kol. Melanowski zaznacza, iż poglądy Jonstona na choroby oczu nie odbiegają wiele od poglądów papieża Jana XXVII. Mówca zapytuje prelegenta, czy ówczesne nowe poglądy Harveya znalazły swój wyraz w dziele Jonstona. Kol. Prelegent w odpowiedzi stwierdza, iż Jonston nigdzie Harveya nie wspomina.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10.20.

Prezes: Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Posiedzenie z dnia 20 maja 1930 r.

Początek o godz. 8-mej punktualnie. Obecnych członków Towarzystwa 31, wprowadzonych gości 25.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 maja r. b. przyjęto b. zm.

2. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Biblioteki.

3. Kol. J. Bukowska wygłosiła odczyt p. t. „*Współczynnik kwasowo-zasadowy u dzieci, leczonych w Ciechocinku*”. (Streszcz. wł.).

Dla ustalenia równowagi kwasowo-zasadowej i ustroju ważniejsze jest określenie absolutnej ilości wydalonego z moczem amoniaku, niż stosunku zasadowego. Stan przemiany materii u dzieci uwidacznia się przez określenie wydalonego z moczem amoniaku. Spółczynnik amoniakalny jest to stosunek procentowy ilości azotu amoniaku do ogólnej ilości wydalonego N z moczem.

Badania nasze przeprowadziliśmy nad moczeniem dzieci, podawanych zabiegowi kąpielowemu, ustalając ilość wydalonego amoniaku dla wykazania zakwaszenia moczu. Materiał był użyty wyłącznie dziecięcy ze schorzeniami, najczęściej spotykanymi w Ciechocinku: zolzy i krzywica. Warunki pobierania kąpeli dla wszystkich rodzajów kąpeli były te same, a mianowicie: czas trwania 10 min. ciepłota 28° R. odstęp 2 dni. Dzieci pozostawały na żywieniu mieszanem. Wszelkie zabiegi lecznicze były wyłączone. Moc otrzymywano bezpośrednio przed kąpielą i po kąpielu. Badań dokonywano na moczu świeżym w najkrótszym czasie po oddaniu. Azot — całkowity oznaczano metodą Kjeldahla za pomocą mikroaparatu Parnasa. Amonjak — metodą Folina, częściowo Schlössinga. Za podstawę badań przyjęto kąpiele źródlane w Ciechocinku ze źródła 40/0. Badania nad wpływem kąpeli sztucznych mineralnych z soli ciechocińskiej tego samego stężenia oraz z wody bez żadnych domieszek miały znaczenie porównawcze.

Wynik: Kąpiele słodko-wodne dały w wyniku u badanych 20 dzieci zmniejszenie wskaźnika zakwaszenia, a zatem przesunięcie p H w kierunku zasadowym.

Kąpiele sztuczne z soli ciechocińskiej 40/0 dały u 22 dzieci zwiększenie współczynnika zakwaszenia od 1,4:2,8 aż do 2,1:18,0.

Kąpiele sztuczne 40/0 powtórne wykazują, że przy dłuższym pobieraniu kąpeli sztucznych obraz odczynu powraca do normy oddziaływania na kąpiele słodkowodne, czyli wskaźnik zakwaszenia zmniejsza się w stosunkowo krótkim czasie.

Kąpiele 40/0 źródlane dały stały odczyn zakwaszenia bez różnicy na czas trwania zabiegu (do 12), przyczem różnica współczynnika amoniakalnego waha się od 4,3:5,5 do 3,5:20,7. A zatem odczyn uważać należy za dość silny.

Wnioski:

1) Kąpiele słone źródlane w Ciechocinku wpływają na zwiększenie kwasoty w moczu u dzieci bezpośrednio po kąpielach.

2) Odczyn ten nie jest przemijający w granicach norm, przyjętych terapeutycznie.

3) Jakkolwiek zakwaszenie moczu towarzyszy również kąpielom słonym sztucznym, to jednakże, zdolność odczynowa wyczerpuje się u dzieci wkrótce.

W dyskusji kol. Fr. Goebel podkreśla rolę kwasicy w patogenezie krzywicy. Prawdopodobnie kąpiel ciechocińska jest bodźcem, powodującym wydalanie kwasów z ustroju. Należy się spodziewać po ukończeniu leczenia kąpielami powrotu wskaźnika zakwaszenia do normy.

4. Kol. E. Apfelbaum wygłosił odczyt p. t. „*Badania doświadczalne i kliniczne nad leczeniem niedokrewności wątroby i jej wyciągami*” (streszcz. wł.).

Celem pracy niniejszej było: 1) pogłębienie nierozstrzygniętego dotąd zagadnienia, dotyczącego sprawy „swoistości” podawanej leczniczo wątroby, t. zn. odpowiedź na pytanie, czy może być ona skuteczna nie tylko w niedokrewności złośliwej, ale i w niedokrewności innych typów, 2) wnikięcie w mechanizm leczniczego działania wątroby w niedokr. Biermera na drodze stosowania specjalnie przyrządzanych wyciągów ze szczególnem uwzględnieniem roli witamin i hormonów wątrobowych w leczeniu niedokrewności.

Część pierwsza pracy wykonana była na zwierzętach (psach), część druga — na ludziach, dotkniętych chorobą Biermera.

Dla celów porównawczych wywoływałem w części doświadczalnej niedokrewność zwierzęcą 3 typów: 1) metodą skrwawiania (dwukrotny upust z żyły szyjnej po 300 cm³ krwi), 2) met. hemolityczną (dwukrotne wstrzyknięcie dożylnie po 400 cm³ przekroplonej wody), 3) met. fenylhydrazynową (dwukrotne zastrzyknięcie podskórne fenylhydrazyny w ilości 0,03 gr. na kilo wagi zwierzęcia). Każda grupa składała się: 1) ze zwierzęcia kontrolnego, 2) karmionego wątrobą 3) karmionego odpowiednimi wyciągami.

Stosowane wyciągi przyrządzane były 3-ma sposobami (Tow. „L. Spiess i Syn“): 1) przeziwysuszanie wątroby acetonem, a więc całkowite pozbawienie jej składników tłuszczowych i lipidalnych, tem samem i witamin tłuszczowych, 2) wysuszanie siarczanu sodu, 3) wysuszanie w ten sam sposób, lecz uczulanie promieniami ultrafioletowymi. Z badań tych wynika, że 1) wątroba nie miała wpływu na przebieg odnowy krwi w niedokrewności i zwykłej, 2) przyspieszyła nieco odnowę krwi w n. hemolitycznej w kierunku liczbowego wzrostu krwinek bez wpływu na hemoglobinę, stąd powstała dysproporcja pomiędzy liczbą krwinek a ilością hemoglobiny, przypuszczalnie więc wątroba działała bodźcotwórczo na szpik w kierunku wzmożonej produkcji niepełnowartościowych krwinek, 3) działanie wątroby w n. fenylhydrazynowej było najkorzystniejsze, co przemawia za przypuszczeniem, że podawana wątroba może dodatnio wpływać na leczenie niedokrewności różnych typów, i działanie jej jest, być może, zależne od stopnia i rodzaju zatrucia ustroju, 4) badania nad nieskutecznością wątroby w niedokrewności zwykłej (ze skrwawienia) są zgodne z badaniami klinicystów na materiale ludzkim, natomiast rozbieżne z wynikami badań Whippla co, sobie tłumacząc specjalną metodą skrwawiania, jaką się autor posługiwał (prywekle skrwawienia); nie wyłączam również roli zawartego w wątrobie białka i katalitycznego wpływu żelaza, gdyż autor podawał wątrobę w dużej ilości, 5) stosowane w niedokrewnościach zwierzęcych wyciągi okazały się bezskuteczne, co, być może, jest również uzależnione od małej zawartości w nich białka.

Badania kliniczne przeprowadziłem u 7 chorych, dotkniętych niedokrewnością złośliwą, stosując wyżej wymienione rodzaje wyciągów wątrobianych.

W wyniku badań uwzględniłem wiek chorych, czas trwania choroby, liczbę nawrotów, czynniki etiologiczne, ze względu na zależność przebiegu leczenia od wyżej wymienionych czynników. Z badań tych wynika:

1) Naogół wyciągi były skuteczne w 57% przypadków; sprowadzając w 4-ch przypadkach zupełne zwolnienie choroby, nieskuteczne były naogół w przypadkach ciężkich.

2) Pod względem hematologicznym skuteczność ich wynosiła około $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ wątroby, co świadczy o tem, że przez wysuszenie wątroba utraciła wiele czynnych składników.

3) Wyciągi acetonowe, pozbawione tłuszczów i witamin tłuszczowych, nie były w działaniu słabsze od wyciągów siarczanowych, co może być przyczynkiem do obszernie omówionego przeze mnie w poprzednim odczycie zagadnienia teorii awitaminowej (A) niedokr. złośliwej, stanowiąc jeszcze jedno zastrzeżenie obok wielu innych, przemawiających przeciw tej teorii.

4) Wyciągi uczulone w działaniu swem nie były skuteczniejsze od wyciągów nieuczulonych, co przemawiałoby przeciwko roli leczniczej prowitaminy D., uczynnionej promieniami ultrafioletowymi.

5) Czynniki światło — i ciepłoczułe brane były w badaniach pod uwagę, gdyż wyciągi były otrzymywane w próżni i w zwykłej temperaturze.

6) Wszystkie wyciągi wywoływały odczyn retikulocyтары słabszy i opóźniony w porównaniu do działania wątroby, co przemawia za tem, że przez wysuszenie wątroba utraciła wiele czynnych hormonów, wpływających bodźcotwórczo na szpik kostny. Retikulocyтары odczyn jest naogół najpoważniejszym poparciem teorii hormonalnej działania wątroby na szpik, występuje bowiem jeszcze przed poprawą kliniczną i hematologiczną. Słabszy odczyn retikulocyтары świadczy o zmniejszonej ilości hormonów w wyciągach.

7) Po wyciągach w kilku przypadkach wystąpił w okresie zwolnienia negatywny odczyn leukocyтары, co się naogół dość często zdarza w przebiegu leczenia n. złośliwej wątroby.

8) Erytrokonty Schillinga były obecne prawie we wszystkich przypadkach (5), potwierdzając pogląd autora o ich swoistości w niedokr. złośliwej. Sądzę, że są one patologiczną barwnością polichromatyczną zatrutych jadam krwinek, za czem szczególnie przemawia znajdująca współrzędnie z erytrokontami obfita polichromatyczna ziarnistość licznych krwinek.

Wyników badań powyższych nie ujmuję bynajmniej we wnioski, traktuję je raczej jako przyczynki do pogłębiania wyżej wymienionych zagadnień ze względu na szczupłość materiału doświadczalnego i klinicznego.

5. Dyskusja.

Kol. Goebel Fr. zwraca uwagę, iż w ostatnich czasach w celu eksperymentalnego otrzymania niedokrewności sypu złośliwej stosuje się pochodne metylowe toluylendiminy.

Kol. Galewski zapytuje Prelegenta o jego zapatry-

wania na leczenie niedokrewności złośliwej preparatami żółądka.

Kol. Mańkowski wysuwa brak w badaniach Prelegenta obrazu mikroskopowego szpiku.

Dyr. Ołowski nadmienia, iż po raz pierwszy w ciągu jego 20 to letniej pracy na polu farmacji przemysłowej zdarzyło mu się mieć możność przygotowania preparatu, służącego specjalnie do badań naukowych. Fakt ten mówca uważa za zapoczątkowanie dalszych poważnych prac, łączących medycynę i farmację krajową.

Kol. W. Orłowski wspomina o badaniach, wykonywanych w r. 1910—12 w klinice Kazańskiej nad niedokrewnością fenilhydrazynową u świnek morskich; badania szpiku stwierdzały zmiany analogiczne niedokrewności do typu Biermera. Co się tyczy leczenia wątroby, to wcale ona niedokrewności złośliwej nie wylecza, sprowadza jedynie poprawę obrazu hematologicznego i samopoczucia chorego. Dawniej chorzy ci ginęli wśród objawów niedokrewności, dziś giną z powodu zatrucia układu nerwowego ośrodkowego. Zjawisko to ma wielkie znaczenie w wyjaśnieniu patogenetyz niedokrewności złośliwej.

Kol. Apfelbaum, odpowiadając kol. Goebelowi, zaznacza, iż nie stosował toluylendiminy, opierając się na dawnych badaniach Minkowskiego i innych, którzy podkreślali niszczące działanie tego związku na tkankę wątrobową. W odpowiedzi kol. Galewskiemu podkreśla, iż według badań autorów amerykańskich zawartość żółądka chorych na niedokrewności złośliwą nie zawiera prohormonu, uczulającego hormon wątrobowy w kierunku działania na szpik.

Posiedzenie zamknięto o godz. 10 tej.

Prezes; Witold Orłowski.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

Posiedzenie kliniczne z dnia 29. IV 1930 r.

Przewodniczył J. Błay.

A. Pokaz:

H. Landau. *Przypadek niedokrewności złośliwej, leczonej preparatem z żółądka (z oddziału Dra Lewina).*

Chora zgłasza się ze skargami na osłabienie, szum w uszach, zawroty głowy, żółte zabarwienie skóry i oczu. Choroba datuje się od $1\frac{1}{2}$ roku. Przed rokiem była na kuracji w szpitalu, skąd wypisała się z poprawą. Obecnie stan się znów pogorszył.

St. ob.: żółtaczkowe zabarwienie skóry i białkówek, śluzówki blade, język blade, wyglądzony. Gardziel, tarczyca, płuca z. n. Szmer skurczowy na podstawie serca. RR—115/50. Wątroba wystaje pod łukiem żebrowym, miękka, tkliwa. Sledziona wyczuwa się pod łukiem. Ukł. nerw. bez zmian. Mocz: urobilinogen zwiększony. Kał: jaj pasorzytów nie wykryto. Treść żółądkowa: zupełny brak kwasu solnego. Odczyn Wassermanna i Kahna w surowicy ujemne. We krwi 2,75 jednostek bilirubiny (wg. Hymansa v. d. Bergha); erytrocytów 810.000, Hb 23 (Sahli), wskaźnik barwny 1,27, leukocytów 3800 (10% myelocytów, 64% obojętno-chłonnych, 4% kwasochłonnych, 29% limfocytów, 20% monocytów), poikilocytoza, anizocytoza, polichromatofilja, liczne megalocyty, normoblasty, megaloblasty, retikulocyty.

Chorą poddano leczeniu wysuszonym i odtłuszczonym żółądkiem wieprzowym, przygotowanym wg. przepisów Sturgisa, Isaacs'a i Sharpa przez firmę „L. Spiess i Synowie”. Liczba erytrocytów podniosła się do 1,710.000, Hb do 47 (Sahli), liczba reticulocytów do 82% , stan ogólny bardzo się poprawił, żółtaczka się zmniejszyła, urobilinogen w moczu — nie zwiększony; achylja pozostała bez zmian.

Kurację żółądkową zastosowano jeszcze w przypadku żółtaczki hemolitycznej (w ciągu 2 tygodni liczba erytrocytów wzrosła z 3,860.000 na 5,070.000, Hb z 62 na 75 wg. (Sahlego), oraz w przypadku niedokrewności złośliwej (po 10 dniach liczba erytrocytów z 2,200.000 wzrosła do 3,600.000, Hb z 45 na 80 wg. Sahlego). Metoda ta nie ustępuje kuracji wątrobowej, ma zaś nad nią przewagę, że żółądek choroby znoszą lepiej, podaje się mniejsze ilości preparatu, koszty produkcji są mniejsze. Wskazane są dalsze badania.

W dyskusji Fliederbaum podziela optymistyczne poglądy prelegenta na wyniki leczenia kuracji żółądkowej. W obserwowanym przez niego na oddziale p. Dra Lewina przypadku ciężkiej żółtaczki hemolitycznej miał dobre wyniki po podawaniu suszonego i odtłuszczonego żółądka. W przypadku tym, w którym Roentgen i djeta wątrobowo pozo-

stały bez efektu, żołądek usunął niedokrewność, a nawet poprawił oporność krwinek czerwonych (zjawiska tego nie obserwowano dotąd nawet po wycięciu śledziony.) Gleichgewicht zaznacza, że dotąd nie widziano poprawy oporności krwinek w przypadkach żółtaczki hemolitycznej, tem dziwniejsze więc są spostrzegane wyniki po kuracji żołądkowej. Turyn podkreśla, że obok żołądka chorym z niedokrewnością złośliwą należy podawać kwas solny w dużych ilościach. W odpowiedzi H. Landau zaznacza, że po podawaniu kwasu solnego nie uzyskujemy tej poprawy, co po spożywaniu żołądka.

B. Komunikat naukowy.

D. Thursz. *O ogólnej narkozie dootrzewnowej.*

Referentowi udało się za pomocą wlewania dootrzewnowych 33% alkoholu ctyłowego wywołać u królika ogólną narkozę, podczas której wykonał zabieg operacyjny — laparotomię. Po podaniu dootrzewnowym 30 cm³ roztworu narkoza trwała 50 minut, po podaniu 60 cm³ — do 4 godzin. Uszkodzeń otrzewny lub jelit nie stwierdził. Pomimo, że laparotomia została wykonana nieaseptycznie, rana zagoiła się *per primiam*, i królik pozostał przy życiu, co referent przypisuje bakterjodżemu działaniu alkoholu.

W dyskusji Finkelkraut zapytuje, czy dootrzewnowe podawanie alkoholu nie wywołuje powstawania zrostów otrzewnowych. Gleichgewicht przypuszcza, że już oddawna chirurgi w czasie zabiegów bezsennych wlewają dootrzewnowo eter, pochodną alkoholu. W odpowiedzi Thursz wyjaśnia, że eter jest dla ustroju szkodliwszy od alkoholu, już 5% eter wywołuje hemolizę; po waniu alkoholu dootrzewnowo zrosty się nie wytwarzają.

C. Odczyt.

H. Rasolt *O rozpoznawczem i rokowniczem znaczeniu elektrokardjografji w schorzeniach serca.*

Po omówieniu topografji układu swoistego serca, istoty elektrokardjografji i budowy aparatu, przystąpił prelegent do opisu i analizy krzywej normalnej.

Następnie przedstawił prelegent istotę niemiarowości zupełnej, jej znaczenie w rokowaniu i trudności rozpoznawcze, rozstrzygane b. łatwo w Ekg.

Następnie omówiono trzepotanie przedsionków i migotanie oraz najrozmaitsze postacie skurczów dodatkowych wraz z ich znaczeniem rozpoznawczem i rokowniczem.

Po rozbiórce zaburzeń ekstrasystolicznych omówiono rytmy obcorodne (częstoskurcz napadowy). Zaburzenia w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym, blok gałązki i arborizacji były przedmiotem dalszych rozważań prelegenta.

Ze spraw mięśniowych serca omówiono uszkodzenia m. sercowego rozlane, odczyn zwyrodnieniowy serca, krzywe przerosi. Przedstawiono statystykę Willinsa, wykazującą niebicie wielką doniosłość fali T dla rokowania.

Odczyt był ilustrowany krzywami (26 krzywych).

W dyskusji zabierali głos Kaptan, Jochweds i Szour, którzy podkreślali znaczenie kliniczne elektrokardjografji.

Sekretarz: J. Fliederbaum.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Gänsslen zalecał na lutowym posiedzeniu tow. lek. przyrodn. w Tubindze przygotowany przez siebie *wyciąg z wątroby*, z wielkim skutkiem stosowany w *postaci zastrzykiwań*. Ogółem leczył on tym wyciągiem 50 chorych, w tem 15 przypadków niedokrewności złośliwej. Preparat okazał się zupełnie nieszkodliwy. Dawka wynosi 2 cm., co odpowiada 10 gr. świeżej wątroby. Wskazany jest przedewszystkiem u chorych, którzy nie znoszą wątroby, podawanej do wewnątrz, ale i wówczas, gdy nie ma się pod ręką świeżej wątroby. (D. m. W. Nr. 29).

Metzulescu (Paryska Akad. Lek. lipiec, Pr. méd. Nr. 60) stosuje *surowicę i krew ozdrowieńca po śwince* w przypadkach zapalenia opon i jąder wklajających świnkę. Można uciekać się do tej metody leczenia również już w początku ciężkiej świnki.

Noél, Fiessinger, Decourt i Laur spostrzegali (lipc. posiedz. tow. lek. szpit. paryskich — Pr. méd. Nr. 60) przypadek *ostrej niedokrewności hemolitycznej*. Chora 44-letnia dostała ostrej niedokrewności z gorączką, lekką żółtaczką urobilinową, powiększeniem śledziony, i z wszelkimi objawami hematologicznymi hemolizy, a więc z dużą liczbą krążków ziarnistych — retikulocytów, zmniejszeniem się odporności krążków, pozbawionych osocza i t. p. Pod wpływem kuracji wątrobowej niedokrewność szybko ustąpiła, pozostało tylko pewne powiększenie śledziony.

Le Bourdelles na tem samym posiedzeniu omawiał wyniki swych prób z *odczynem śródskórnym z przesączami hodowli prątków duru i paraduru*.

Używano do prób przesączów ogrzanych hodowli buljonowej prątków duru i par A, B, C. Przesącz znacznie rozcieńczano, poczem dokonywano prób u ludzi zdrowych i szczeniach. W tych ostatnich stwierdzano wzrastającą wrażliwość na owe przesącze.

Loeper i Degos (lipc. posiedz. tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 60) badali za pomocą odczynu dośkórnego wrażliwość chorych na ostry gościec stawowy w stosunku do antygenów bakteryjnych i stwierdzali często odczyn dodatni od antygeny paciorkowcowego, rzadziej od gronkowcowego. Z tego powodu w 10 przypadkach *ostrego gościa stawowego*, nie ustępującego pod wpływem salicylanów, zastosowali *szczepionkę* i otrzymali 9 wyleczeń zapalnych. W jednym wystąpiły objawy sercowe.

Krwioplucie wywołane *obecnością* w ognisku płucnym *krętków i prątków wrzeczionowatych i wyleczone emetyną* spostrzegali Theodor i Parissidi (tow. lek. szpit. par. Pr. méd. Nr. 60). Okazuje się tedy, że nie tylko nieżyty oskrzeli cuchnące lub krwawiące mogą ulec wyleczeniu pod wpływem emetyny, ale i istotne zapalenie płuc, dające krwioplucie i spowodowane zakażeniem krętkowowrzcionowatym.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zagadnienie gruźlicy w Zakładzie Psychiatrycznym *).

Podał

Dr. med. Rafał BECKER (Otwock).

Kierownik Zakładu Psychiatrycznego „Zofjówka”.

Kwestja gruźlicy w zakładach psychiatrycznych niejednokrotnie była już przedmiotem dyskusji w prasie fachowej na Zachodzie. Niemało też prac poświęcono tam temu zagadnieniu, zwłaszcza w Niemczech. W naszym piśmiennictwie znajdujemy bardzo niewiele prób oświeślenia tego tematu.

Dzięki działalności w zakładzie psychiatrycznym, znajdującym się w miejscowości, znanej jako uzdrowisko dla piersiowo-chorych, zetknąłem

się bliżej z zagadnieniem gruźlicy, w samym bowiem zakładzie, zarówno z powodu jego położenia, jakoteż wskutek przeważania w nim chronicznych, mam stale do czynienia z względnie dużą liczbą chorych, dotkniętych gruźlicą.

Pragnę przeto skorzystać z okazji niniejszego Zjazdu, by powiedzieć słów kilka o kwestji ważnej z punktu widzenia higieny społecznej, a mianowicie, o gruźlicy i jej stosunku do chorób psychicznych oraz o jej znaczeniu w zakładzie psychiatrycznym.

Lekarze zakładów psychiatrycznych oddawna już zwrócili uwagę na znaczne rozpowszechnienie gruźlicy wśród psychicznie chorych; nie brak też danych statystycznych, ilustrujących dobitnie to zjawisko. Pozwolę sobie przytoczyć kilka danych z odnośnej literatury.

Esquiroz, na przykład, skonstatował gru-

*) Według odczytu, wygłoszonego na X Zjeździe Psychiatrów Polskich 9 czerwca 1930 r. w Warcie.

zlicę płuc u trzeciej części chorych, dotkniętych melancholią. Calmeil ustalił to samo w stosunku do dwóch piątych swych chorych, Webster—u jednej czwartej, Pineł—u jednej szóstej, Pignocco stwierdził gruźlicę w jednej czwartej części przeprowadzonych sekcji. Encyklopedia Eulenburga wykazuje w dziale statystyki obłąkanych dla 1887 roku 40% śmiertelności wskutek gruźlicy płuc, dla roku 1904—16%. Lemp podaje jako cyfrę „klasyczną” 25%. Również Griesinger oblicza śmiertelność wskutek gruźlicy w zakładach psychiatrycznych na 25%. Wreszcie Hagen w swoich znanych badaniach statystycznych, dotyczących chorób umysłowych, dochodzi do wniosku, że w zakładzie w Erlangen odsetek śmiertelności z gruźlicy dochodzi do 24,2, zaś we wszystkich zakładach bawarskich wynosi on 22,3%. Do analogicznych wniosków dochodzą Snell, Wulf i Frenkel, którzy ogłosili dane o śmiertelności w zakładach pruskich.

Co zaś do kwestji śmiertelności z gruźlicy w naszych zakładach psychiatrycznych, to, niestety, nie znajdujemy żadnych danych statystycznych dla lat poprzednich, dotyczących tego przedmiotu. Dopiero w XII zeszyte Roczника Psychiatrycznego spotykamy się poraz pierwszy z odnośniami danymi.

Dzięki uchwale, powziętej na VIII Zjeździe Psychiatryków Polskich w sprawie obowiązkowego składania jednolitych sprawozdań, udało się Dyr. Łuniewskiemu przeprowadzić pierwszą próbę zestawienia danych statystycznych ze sprawozdań zakładów psychiatrycznych za rok 1928. W zestawieniu tem znajdujemy między innymi dane, dotyczące śmiertelności z gruźlicy w 48 zakładach psychiatrycznych.

Jak z tych danych wynika, w powyższych zakładach zmarło w roku 1928—1235 osób, z tego wskutek gruźlicy 311, czyli 25,2%, t. j. tak zwany odsetek „klasyczny”.

Pozatem ułożyłem na podstawie poszczególnych sprawozdań, ogłoszonych przez nasze zakłady psychiatryczne, następującą tabelę:

Śmiertelność z gruźlicy wynosiła:

w Szpitalu Jana Bożego	za lata 1925—1926	14,4%
„ Kochanówce	„ „ 1922—1926	17,0%
„ Rybniku	„ rok 1927/28	17,0%
„ Lublińcu	„ „ 1927/28	20,0%
„ Kobierzynie	„ lata 1925—1927	28,0%
„ Tworkach	„ „ 1924—1928	29,0%
„ Świeciu	„ „ 1925—1926	31,4%
„ Dziekanówce	„ „ 1919—1928	32,1%
„ Kocborowie	„ „ 1925—1926	40,0%
„ Zofjówce	„ „ 1926—1929	47,2%
„ Drewnicy	„ „ 1925—1928	55,1%

Widzimy zatem, że najmniejszy odsetek śmiertelności z gruźlicy dają zakłady o stosunkowo małej liczbie chorych, zaś największy odsetek wykazują zakłady, które przeznaczone są głównie dla chronicznie chorych, jak np. Drewnica i Zofjówka.

Co do stosunkowo wysokiego odsetka śmiertelności z gruźlicy w zakładach Świecie, Kocborowo i Dziekanówce, to jest on prawdopodobnie uwa-

runkowany dużą liczbą chorych, kierowanych do tych zakładów z Królestwa. Odnosne dane z zakładów w Rybniku i Lublińcu nie są miarodajne, gdyż obejmują tylko jeden rok sprawozdawczy.

Dla otrzymania prawdziwego obrazu śmiertelności z gruźlicy w zakładach psychiatrycznych musimy jednak zestawić dane, otrzymane dla zakładów psychiatrycznych, z danymi o śmiertelności z gruźlicy ludności wogóle.

Podług zestawień Boguckiego i Margolisa śmiertelność z gruźlicy w Warszawie i w Łodzi, a więc w wielkich miastach przemysłowych, gdzie gruźlica jest najwięcej rozpowszechniona, przedstawia się następująco:

Na 10.000 mieszkańców zmarło na gruźlicę

w Warszawie:

w roku 1921	— 25,0
„ „ 1922	— 26,1
„ „ 1923	— 26,7
„ „ 1924	— 27,7
„ „ 1925	— 23,1;

w Łodzi:

w roku 1921	— 27,4
„ „ 1922	— 29,8
„ „ 1923	— 29,2
„ „ 1924	— 29,7
„ „ 1925	— 25,3
„ „ 1926	— 27,6
„ „ 1927	— 27,0
„ „ 1928	— 26,7
„ „ 1929	— 24,4

Według wyżej wspomnianego zestawienia Łuniewskiego, we wszystkich 48 zakładach w roku 1928 znajdowało się na kuracji 23.147 chorych, z których na gruźlicę zmarło 311, t. j. 1,3%, czyli 130 przypadków śmierci z gruźlicy na 10.000 mieszkańców zakładowych.

Inni autorzy potwierdzają fakt większej śmiertelności z gruźlicy u chorych psychicznych w zakładach w porównaniu z ludnością pozazakładową.

Tak np. Notel w odczycie, wygłoszonym na Zjeździe niemieckich psychiatrów, dowodzi, że w 34 zakładach psychiatrycznych w Niemczech i Austrii gruźlica jest znacznie więcej rozpowszechniona, aniżeli wśród ludności wogóle: gdy odsetek śmiertelności z gruźlicy wśród ludności wogóle w wieku od 15—17 lat wynosił 0,39, to w zakładach odsetek ten dochodził do 2,9.

Również w angielskich zakładach psychiatrycznych ofiarą gruźlicy padają 1,47%, gdy dla ludności wogóle w tym kraju odnośny odsetek wynosi zaledwie 0,14.

W zakładach hesskich, podług Osswalda, zmarło w latach 1877—1900 na gruźlicę od 0,7 — 2,3%, w tym samym czasie ludność wogóle wykazywała 0,3% śmiertelności z gruźlicy. W zakładach psychiatrycznych Wirtembergji na 10.000 chorych przypadało w latach 1900—1905 — 81,8 przypadków śmierci wskutek gruźlicy, w latach 1906—1912 — 97,4 przy przeciętnej śmiertelności z gruźlicy 13,8 na 10.000.

Dla Reńskiej prowincji odnośne odsetki w latach 1905—14 wynoszą przeciętnie 0,78 i 0,15. Podobne mniej więcej wyniki znajdujemy też u innych autorów.

Widzimy zatem, że niepomierne rozpowszechnienie gruźlicy w zakładach psychiatrycznych jest zjawiskiem, powszechnie stwierdzonym nie tylko u nas, lecz też i zagranicą.

Czemu należy przypisać tak znaczne rozpowszechnienie gruźlicy w zakładach psychiatrycznych?

Czy jest ono uwarunkowane życiem zakładowym, związaniem ze skupieniem wielkiej liczby chorych i t. p., czy też czynnikiem decydującym jest w tym razie zachowywanie się samych chorych? Albo może mamy tu do czynienia ze spotęgowaną skłonnością psychicznie chorych do gruźlicy?

Czyli, formułując nieco inaczej nasze pytanie: czy choroba psychiczna, jako taka, tworzy podatny grunt dla rozwoju gruźlicy, czy też odwrotnie — gruźlica ułatwia powstanie psychozy?

I wreszcie, czy psychicznie chorzy, wogóle, nawet znajdujący się poza zakładami, ujawniają również większą skłonność do zapadania na gruźlicę, niż osoby psychicznie zdrowe?

Wszyscy autorzy, którzy zajmowali się tą kwestią, przypisują pewne znaczenie tak jednemu jak i drugiemu czynnikowi.

Wychodząc z założenia, że czas trwania choroby gruźliczej z zejściem śmiertelnym wynosi przeciętnie 3 lata, i że pozatem wszyscy zmarli na gruźlicę w pierwszych trzech latach po wstąpieniu do zakładu byli już poprzednio zakażeni, Gantter i Geist przychodzą do wniosku, że w zakładach tylko połowa zmarłych na gruźlicę przyniosła chorobę ze sobą, druga zaś połowa nabyła tę chorobę już w samym zakładzie.

Zdaniem Osswalda, tylko jedna trzecia chorych przynosi ze sobą gruźlicę do zakładu. Lemp redukuje ten odsetek do 22,4%, reszta zaś, 77,6% nabywa podług niego gruźlicę już w samym zakładzie. Werner natomiast uważa, że przeważająca większość chorych zakładowych przynosi już gruźlicę ze sobą.

Trzeba jednak przyznać, że sprawa ta nie daje się tak łatwo rozstrzygnąć. Jeśli chodzi o stwier-

dzenie gruźlicy, to historie chorób najczęściej zawiodą, gdyż ustalenie czasu powstania gruźlicy u umysłowo chorych jest rzeczą nader trudną. Rozpoznanie gruźlicy u nich następuje zazwyczaj dopiero wtedy, kiedy choroba już jest znacznie posunięta.

Z drugiej strony, ciężka otwarta gruźlica, zdaniem nowoczesnych ftizjologów, niekoniecznie musi być następstwem sprawy przewlekłej; występuje ona też często odrazu w formie ostrej. Tworzą się nacieki wczesne z zapaleniami okołooogniskowymi, które zazwyczaj nie mają swego siedliska w szczycie płucnym i które odgrywają wybitną rolę w powstaniu i szybkim rozwoju gruźlicy płuc.

W każdym bądź razie nie podlega wątpliwości, że oba momenty, a mianowicie: czynności wewnętrzne, ściśle związane z predyspozycją do pewnych postaci chorób psychicznych, oraz czynności zewnętrzne, uwarunkowane życiem zakładowym — biorą wybitny udział w rozpowszechnieniu gruźlicy w zakładach psychiatrycznych.

Jest rzeczą charakterystyczną, że pośród wszystkich postaci chorób umysłowych schizofrenja jest tą, która daje najwięcej ofiar gruźlicy. Według Schrödera, u zmarłych schizofreników gruźlica bywa przyczyną śmierci w 67% przypadków, według Osswalda w 54%, Ganttera w 51,9%, Lewa — 50,6%.

Zall stwierdził we Florencji 70,3% gruźlicy u hebefrenokatatoników i 49,3% w postaciach paranooidalnych.

Co zaś do naszych zakładów psychiatrycznych, to w wyżej wymienionym zestawieniu Łuniewskiego brak odnośnych danych. Jednakowoż udało mi się znaleźć pewne dane o tym przedmiocie w niektórych sprawozdaniach zakładów.

Tak n. p. w Tworkach w roku 1925 odsetek śmiertelności z gruźlicy u schizofreników wynosił 75%. W szpitalu Jana Bożego w Warszawie w roku 1926 — 64%. W Zofjówce nie przeprowadza się sekcji, wobec czego rozpoznanie opierało się jedynie na objawach klinicznych. Jest rzeczą prawdopodobną, że, gdyby się robiło sekcje, gruźlica jako ostateczna przyczyna śmierci, ujawniałaby się znacznie częściej.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

— Redaktor „Warsz. Czasop. Lek.” wyjechał na kilkotygodniowy odpoczynek. Zastępować go będzie kol. Mieczysław Gantz — Złota 26.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Rzecypospolitej Polskiej w. m. Gdańska.

Na podstawie § 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4.VIII 1926 r. o państwowej pomocy lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 95 poz. 555) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uznaje sanatorium „Policyjnego Domu Zdrowia” w Tatarowie (Woj. Stanisławowski) za nadające się do leczenia funkcjonariuszów państwowych i członków ich rodzin.

Do uznanego wyżej sanatorium mogą być klerowani z pośród funkcjonariuszów państwowych jedynie chorzy funkcjonariusze Policji Państwowej, wyjąwszy chorych na gruźlicę płuc otwartą.

O powyższem należy powiadomić lekarzy umówionych dla państwowej pomocy lekarskiej z tem, że chory funkcjonariusz Policji Państwowej, przekazany przez lekarza umówionego do wspomnianego sanatorium, powinien przed wyjazdem porozumieć się bezpośrednio z zarządem sanatorium co do warunków przyjęcia, wolnego miejsca, ceny i t. p.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów, Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy i Pana Komisarza Generalnego Rze-

czypospolitej Polskiej w m. Gdańska w sprawie korzystania z sanatorjów „Policyjnego Domu Zdrowia”.

W uzupełnieniu pism okólnych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 8.IX 1927 r. L. Z. O. 4165/27, z dnia 24.V 1926 L. Z. O. 2422/28 i z dnia 11.VII 1929 L. Z. O. 2336/29 w objętej nagłówkiem sprawie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o powiadomienie wszystkich podległych mu lekarzy umówionych państwowej pomocy lekarskiej, iż do sanatorjów „Policyjnego Domu Zdrowia” mogą być kierowani na leczenie chorzy tylko funkcjonariusze Policji Państwowej.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

— Dyrektorem Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze został mianowany kol. Bolesław Jakimiak, ordynator oddziału chirurgicznego tegoż szpitala.

— Dotychczasowy ordynator oddziału obserwacyjnego w szpitalu Ś-go Stanisława na Woli, doc. Zdzisław Michalski, został przeniesiony do Szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze na stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego.

— W Londynie został otwarty szpital dla leczenia raka m. Marji Curie-Skłodowskiej. Otwarcia dokonał były premier Baldwin w obecności ambasadorów: Francji i Polski.

— Nr. 8 i 9 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Dr. Ludwik Wertenstein. Przerzany pierwiastków we wszechświecie. Wanda Pogonowska. — Ze sztuki jugosłowiańskiej. J. W. Kosmowska.—Pomorze. Dalej idą: Życie współczesne. Zdobywcze wiedzy. Recenzje.

— VII międzynarodowa wycieczka lekarska, organizowana przez Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie od d. 26 grudnia r. b. do 8 stycznia r. 1931. Punkt zborny w Marsylii d. 26.XII, następnego dnia zwiedzenie portu, przyjęcie przez wydział lekarski, po poł-

dniu zwiedzenie Aix. W dalszym ciągu podróż obejmuje: Toulon Hyères, Giens, San-Salvador, Fréjus, Saint-Raphaël, Valescure, Boulouris, Agay, Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, Nizzę, Monte-Carlo, Mentonę. Przewidziane są liczne wycieczki górskie ze sportami zimowymi. Władze włoskie przyjmą uczestników podróży w San-Remo i Bordigherze, gdzie podczas uroczystości urzędowej zostanie nadane jednej z ulic nazwisko Pasteura na pamiątkę jego pobytu w tamtym mieście. Następnie przez Ospedaletti, Grimaldi, Roquebrune, Cap Martin, Monako i Beaulieu powrót do Nizy, gdzie podróż będzie zakończona.

Na żądanie dostatecznej liczby uczestników zorganizowana zostanie wycieczka na Korsykę.

Przewidziane są przyjęcia na przemian z pokazami naukowymi i zwiedzaniem ciekawych miejscowości. Koleje żelazne francuskie i włoskie ofiarują 50% zniżkę na przeciąg miesiąca. Liczba miejsc jest ograniczoną. Życzący sobie wziąć udział w wycieczce lekarze i ich rodziny zechcą informować się listownie jaknajwcześniej pod adresem: Société Médicale du Littoral, 24, rue Verdi, Nice.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

24. IX Polskie Tow. Psychjatryczne (Oddział Warszawski).

1. Hruzewicz — Przypadek schizofrenji z obrazem dystrophiae adipose-genitalis. 2. Sozański — O leczeniu pyryferem chorób psychicznych.

27.IX. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

1. Wł. Sterling. Anomalje psychiczne u dzieci w związku z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznym.

2. M. Bornsztajn. O psychozach wieku dziecięcego.

TREŚĆ: H. BROKMAN. Cechy alergiczne w chorobach zakaźnych. (C. d.). — A. GUREWICZ. O nowej metodzie rentgenograficznego uwidaczniania nerek i pyelografji na drodze śródżylniej. — M. EIGER i E. CZARNECKI. Badania nad nowotworami doświadczalnymi. I. Wpływ układu nerwowego mimowolnego oraz wpływ odżywiania na powstawanie nowotworów doświadczalnych. (Dok.). — E. BIRZOWSKI. Z zagadnień terapii w dziedzinie chorób kobiet. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — R. BECKER. Zagadnienie gruźlicy w Zakładzie Psychjatrycznym. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. BROKMAN. Traits allergiques dans les maladies infectieuses. (suite). — A. GUREWICZ. Sur une nouvelle méthode rentgéno-graphique pour marquer les reins et de pyélographie par la voie intraveineuse. — 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. (fin.). — E. BIRZOWSKI. Quelques problèmes de la thérapie gynécologique. (Rev. gén.). — E. BECKER. Le problème de la tuberculose dans la maison d'aliénés.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladka 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.