

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 VIII

WARSZAWA, 8 STYCZNIA 1931 R.

Nr. 2

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddz. chorób wewn. Szpitala na Czystem.
(Ordynator: G. Lewin)

O niektórych najnowszych metodach i sposobach leczenia dychawicy oskrzelowej.

Badania, spostrzeżenia kliniczne
i uwagi.

Podał

Michał SZOUR (Warszawa).

(Dokończenie patrz—Nr. 1).

Przechodzimy do krótkiego rozbioru innych metod leczenia d.o., zaproponowanych w ostatnich czasach przez różnych autorów, którym jednak ich inicjatorzy nie nadają cech wyłączności i niezawodności działania we wszystkich przypadkach. Na pierwszy plan wysuwa się tu metoda leczenia d.o. za pomocą wyrównania funkcji odtruwającej wątroby drogą podawania do ustroju cukru gronowego i insuliny. Metodę tę wprowadził Kaufmann, a znalazł już zwolenników jej w osobach prof. Kämmerera i innych (por. „Med. Klin.“ Nr. 32, r. 1930. „Zur Klinik der allergischen Krankheiten“). Autorzy ci wychodzą z założenia, że w pochodzeniu d.o. biorą niemały udział substancje endogenne, działające podobnie do histaminy. Substancje te stają się czynne przy niedostatecznej odtruwającej czynności wątroby. Teoria ta nie jest nowa. Jak wiadomo, obecnie uznaje się napad d.o. za wstrząs anafilaktyczny; wiemy również, jak wielkie miejsce zajmuje hipoteza hemoklazyczna w tłumaczeniu zespołów, prowadzących do anafilaksji, wstrząs hemoklazyczny zaś połączył Widali i jego współpracownicy z niedomogą wątroby. Manwaringowi udało się dowieść (Manwaring. Odczyny jelitowe i wątrobowe w anafilaksji. Jl. of the american medical association. 1921 Nr. 11), że, jeżeli przepuszczać przez wątrobę normalną

rozczyzn anafilaktyzujący przez czas dłuższy, to wstrząs anafilaktyczny nie nastąpi, gdyż płyn przepuszczony, dzięki powtórnemu przesączaniu się przez wątrobowe naczynia włosowate, jakgdyby oczyszcza się i z anafilaktyzującego staje się, odwrotnie, środkiem, rozszerzającym naczynia (prócz naczyń na przestrzeni n. trzewnego, które się, według Manwaringa, Coca i innych, znacznie rozszerzają pod wpływem substancji anafilaktyzujących) i usuwającym skurcz oskrzeli. Doświadczenie to oświeśla jasno sprawę stosunku anafilaksji do niedomogi wątrobowej: wątroba odgrywa ważną rolę w zobojętnianiu rozczyznów anafilaktyzujących. Nie możemy jeszcze wskazać mechanizmu tego zobojętniania, lecz możemy uważać je zarówno za proces chemiczny jak i fizyczny; znana jest zarówno chłonność komórki wątrobowej w stosunku do kwasów, jak i znaczenie antytoksyczne glikogenu. Następnie inni autorzy wykazali możliwość wywołania objawów anafilaktycznych przez wstrzykiwanie peptonu do żył obwodowych; wstrzykiwanie peptonu do żył kręgowych wstrząsu niekiedy nie wywołuje.

Znaną nam również postać a.o., zależną od spożywania określonych pokarmów, objaśniano niekiedy już i dawniej upośledzeniem czynności odtruwającej wątroby. A więc podstawy naukowe metody Kaufmanna wydają się poważne.

Jednak nie brak i tu zastrzeżeń. Teoria hemoklazyczna Widala, jak wiadomo, wywołała wiele zarzutów. Meyer-Estorff, np., w 3-ch przypadkach ostrego i podostrego zaniku mięszu wątroby stwierdził, miast trawiennej leukopenji, hiperleukocytozę i t. d.; istnieje obszerne piśmiennictwo, które zajmuje się obalaniem teorii Widala. Dalej wydaje się nieco dziwne, że w przypadkach wyraźnych schorzeń wątroby i znacznego upośledzenia jej czynności (np. w ostrym żółtym zaniku wątroby, w jej marskości i t. p.) wcale nie spostrzegamy tak często d.o. Tem nie mniej, o ile Kaufmann poleca w każdym przyp. d.o. badać

czynność odtruwającą wątroby, można byłoby się z tem w zupełności zgodzić, gdyby nie to, że do-tychczas czynności tej dokładnie badać nie umiemy.

Sprawa badania czynności odtruwającej wątroby zajmuje nas oddawna, i poświęciliśmy jej kilka prac. I my również w jednej z nich pisaliśmy: „precyzyjne określanie odtruwającej czynności wątroby może wyjaśnić niejedną ciemną stronę patologii szczegółowej; specjalnie ważne zadania miałyby ono do wykonania w nauce o anafilaksji i zwalczaniu chorób zakaźnych“ (M. Szour. Badania doświadczalne nad czynnością odtruwającą wątroby. W.C.L. Nr. 8, r. 1930). Lecz w pracy tej doszliśmy do wniosku, że istniejące metody badania nie nadają się do rozpoznania odchyłeń w sprawności odtruwającej wątroby.

Pewne nadzieje w tym kierunku pokładamy we własnej metodzie badania po dalszem jej opracowaniu i uzupełnieniu, a która w zasadzie polega na stwierdzaniu stopnia utleniania i syntezy z kwasami etero-siarkowym i glukuronowym w wątrobie indolu i uroazeiny (M. Szour i C. Rozengartenówna. Badania nad indolem i uroazeiną. Kw. Klin. Tom VI, zes. 1, r. 1927. Ciz: Zur Prüfung der entgiftenden Leberfunktion. Klin. Woch. Nr. 42, r. 1930). Nie nadając jeszcze zbytnej wagi wynikom tej próby, zaznaczamy, że tylko w jednym ze wspomnianych 10 przypadków d.o. otrzymaliśmy tą metodą wynik dodatni (czyli upośledzenie czynności odtruwającej wątroby), gdy tymczasem w ciężkiej gruźlicy płuc z marskością, wzgl. ze zwyrodnieniem tłuszczowem wątroby metodą tą otrzymaliśmy do 60% pozytywnych wyników (M. Szour i G. Rozengartenówna. Indol im Harn als ungünstiges Merkmal bei Lungenschwindsucht. Klin. Woch. Nr. 37, r. 1930). Lecz nawet i dodatnie wyniki prób określania upośledzenia omawianej czynności mają, naszym zdaniem, znaczenie ograniczone. Już dawniej mogliśmy się przekonać, kontrolując wartość chininowej próby Händela, że na neutralizację jadów wątroba zużywa zwykle tylko część swych zdolności odtruwających, oszczędzając swą siłę rezerwową. Gdy podamy osobnikowi, badanemu metodą Händela, 0.5 gr. chininy, to wątroba neutralizuje pewien % tej substancji, dajmy na to 80%, czyli 0.3 gr. chininy, pozostała zaś część chininy wydala się niezmieniona z kałem i moczem; jeżeli zaś podamy temu osobnikowi 1.0 gr. chininy, to wątroba odtruwa wtedy znacznie więcej, niż 0.3 gr. chininy, doprowadzając % zneutralizowanej przez się substancji do nieco mniejszej cyfry, niż 80%, lecz nie pozostającej w żadnym określonym stosunku do zubożonych poprzednio 0.3 gr. chin. Gdybyśmy zaś chcieli wprowadzić do djagnostyki czynnościowej próbę, określającą i rezerwową siłę odtruwającą wątroby, to próba ta mogłaby się okazać niebezpieczna dla organizmu, gdyż, wyczerpawszy wszystkie odtruwające zdolności wątroby, zatruliaby ustrój. Rezerwową siłę wątroba puszcza w ruch wtedy, gdy ma neutralizować większe ilości trucizn, lub gdy narządy wydalnicze (nerki, jelita i t. p.) są mniej sprawne. Aby zawiodła i rezerwowa sprawność wątroby i nastąpiło wyraźne ostre endogenne zatrucie organizmu, które, według poglądu Kaufmanna i innych, może wywołać napad d.o., niezbędne są okoliczności wyjątkowe (np. w końco-

wych okresach marskości wątroby, w ostrym i po dostrym zaniku miąższu wątroby i t. d.); lecz, jak już wyżej wspomnieliśmy, dla wymienionych stanów klinicznych nie są bynajmniej znamienne napady d.o. Nie wyłączone jednak jest, że funkcja odtruwająca wątroby jest wartością złożoną i składa się z szeregu swoistych funkcji, przyczem jedna z nich, nazwijmy ją antyastmatyczną, może znacznie ucierpieć przy niezmienionych lub mało zmienionych pozostałych.

Jak widzimy, można mieć poważne zastrzeżenia co do słuszności podstaw metody leczenia Kaufmanna. Wyżej podaliśmy, na jak ważkich jednak podwalinach jest ta metoda zbudowana. Trudno jest wobec tego dojść do wniosku ostatecznego w tej sprawie. Stwierdzając, że sprawa czynności odtruwającej wątroby dotychczas nie jest dostatecznie zbadana, że istniejące metody jej określania są niedokładne, łączność zaś między napadami d.o. a upośledzeniem powyższej czynności wątroby jest niedowiedziona, można jednak w obecnym stanie naszej wiedzy, zdaje się, uznać naukowe podstawy do stosowania metody leczniczej Kaufmanna za wystarczające. Że cukier gronowy i insulina, dostarczone do ustroju, wzmagają zapasy glikogenu w wątrobie,—teza ta, zdaje się, obecnie ma już mało przeciwników; o znaczeniu antytoksycznym glikogenu pisaliśmy wyżej.

Jeszcze przed wysunięciem metody leczenia Kaufmanna na oddziale naszym (Dra Lewina) często rozpoczynano leczenie d.o. od zastrzyków dożylnych cukru gronowego ze względu na zaburzenia obiegu krwi. Z szeregu kart szpitalnych wynika wyraźnie, że w części przypadków (Np. A. K. Nr. 4973 ks. gł. chor. r. 1929, M. K. Nr. 6294 ks. gł. chor. r. 1930 i t. d.) nie stosowano później już żadnego innego leczenia, gdyż chorzy wypisywali się na własne żądanie z poprawą nie tylko obiegu krwi, lecz i ich stanu astmatycznego. Ostatnio w kilku przypadkach ambulatoryjnych zastosowaliśmy leczenie Kaufmanna i nie możemy się oprzeć wrażeniu, że stan chorych poprawił się pod wpływem tego leczenia. Czy w tych przypadkach poprawiła się również czynność odtruwająca wątroby, pozostaje kwestją sporną, gdyż nie mamy odpowiedniego sprawdzianu. Fakty te skłaniają nas do wniosku: bez względu na wątpliwości, związane z naukowym uzasadnieniem metody leczenia Kaufmanna, może ona w praktyce okazać się pożyteczną, zasługuje więc na szersze stosowanie.

Na mniejszą uwagę zasługuje metoda leczenia d.o. K. Hyneka (Čas. lek. čes. Nr. 49—1927), mianowicie, splenektomia. Zastosował on operacyjne usunięcie śledziony w dwóch przypadkach ciężkiej d.o.; w jednym z nich uzyskał kliniczne wyleczenie. Zasada metody polega na wpływie tego zabiegu na wydzielanie wewnętrzne w ustroju, które, jak to już oddawna spostrzeżono, jest upośledzone w wielu przypadkach d.o. Zasadą tą kierujemy się, poddając śledzionę naświetlaniom promieniami Roentgena, wzgl. djatermji. Wobec ciężkości zabiegu Hyneka, małej liczby przypadków, leczonych jego metodą, oraz mało zachęcających wyników leczenia rentgenizacją, wzgl. djatermją śledziony (co do rentgenizacji wielokrotnie o tem

przekonywaliśmy się), przypuszczamy, że wielu zwolenników metoda Hyneka nie zdoła będzie.

W 1929 r. ogłosił Schilcher nowy sposób leczenia d.o.: zaleca on swoim chorym w ciągu 3—6 dni kilkugodzinny lekki sport (gimnastyka, tańce i t. p.) na otwartym powietrzu w celu usilnego pocenia się („Gedanken über die Entstehung des Bronchialasthmas u. Erfahrungen in der Bekämpfung dieses Leidens“, Med. Klin. Nr. 10 r. 1929). Cel osiąga się tylko wtedy, gdy bielizna na chorym przesiąknie kilkakrotnie obfitym potem. Co 4—6 tygodni kurs leczenia (Schwitzkur) należy powtórzyć. Metodą swą, którą nazywa „transpiracyjną“, a która działać ma i zapobiegawczo, osiągnął on szybkie wyleczenie prawie we wszystkich przypadkach d.o. O ile stan serca nie pozwala na sport, można, według Schilchera, zastąpić ćwiczenia cielesne dość szybkim dłuższym chodzeniem w miejscowościach niegórzystych (3—5 godzin dziennie po 4—5 kilometrów na godzinę). By umożliwić ten sposób leczenia mieszkańcom miast, należy, według Schilchera, przeznaczyć na ten cel w miastach większe ogrodzone równe tereny, wzgl. boiska. Pocenie się chorych w innych warunkach, np. w łaźni parowej i suchej, za pomocą szafek elektrycznych i t. d., jako pocenie się bierne, nie jest zdaniem Sch., tak skuteczne, pozatem zbyt obciąża serce.

Sposób leczenia Schilchera jest oparty na dawnych spostrzeżeniach wielu lekarzy (Goldschmidt, Strümpell i t. d.), że pocenie się chorego osłabia natężenie stanu astmatycznego, wywołując zgęszczenie krwi i w ten sposób zmniejszając ilość wydzielin w drogach oddechowych, które, obok skurczów, biorą udział w zwięźnianiu oskrzeli. Już z tego wynika, że metoda lecznicza Schilchera, którą lekarz mógłby, bez większych obaw o skutki uboczne, zastosować tylko u nieznacznej części swoich pacjentów-astmatyków, gdyż wymaga ona zupełnej sprawności akcji serca i wymiany gazów w płucach, działać może tylko jednostronnie—na jeden objaw, towarzyszący i częściowo sprzyjający napadowi d.o. Wyjątkowo dobre wyniki lecznicze Schilchera są wobec tego wątpliwe, stosowanie zaś tej metody z podanych względów może być tylko b. ograniczone.

Nie ubiega się o miano nowej metody leczenia dla swego środka leczniczego J. Hirschsohn z oddziału szpit. prof. J. Sorgo w Wiedniu. Wprowadził on do lecznictwa d.o. preparat „Paspaspat“ o składzie niezupełnie ujawnionym; preparat

ten oznacza Hirschsohn, jako „polyvalente Antigenmischung mit Hypophysenhinterlappensubstanz“ („Zur Therapie der Asthma bronchiale mit Paspaspat“ J. Hirschsohn. Med. Klin. Nr. 34, r. 1930). Można byłoby nie przykładając większej wagi do tego nowego preparatu (liczba preparatów antyastmatycznych stale a szybko wzrasta), który, przypuszczalnie, głównie składa się z wielu wyciągów różnych gruczołów dokrewnych, gdyby nie wysokość liczb—500 chorych leczonych, 80% znacznej poprawy i wyleczenia,—podanych przez J. H. z bądź co bądź poważnego zakładu leczniczego, i przeważnej zawartości w nim wyciągu przysadki mózgowej o ustalonym już dobroczynnym wpływie na d.o. Poprawa, wzgl. wyleczenie następuje po 1—5 szczepieniach (wzorem Pondorffa) tym preparatem; H. stosuje to leczenie od 5-10 lat. Preparat „Paspaspat“ niedawno wypuściła na rynek firma „Luitpold-Werk, München“; wobec zainteresowania, które obudza, będzie on niewątpliwie u nas (i na naszym oddziale) wypróbowany.

Wreszcie parę słów chcemy poświęcić nowym sposobom leczenia napadu d.o. Wassermann („Klin. Woch.“ Nr. 29, r. 1930) w wielu przypadkach d.o. za pomocą uciskania na *a. carotis*, mógł przerwać, wzgl. skrócić napad, widząc w tem potwierdzenie teorii odruchowo-nerwowego pochodzenia d.o. Myślimy nieraz próbowali sposobu leczenia W. w napadzie d.o., ze względu przede wszystkim na łatwość jego zastosowania, jak dotychczas bez powodzenia.

Tiefensee, zgodnie z wyznawaną przez siebie teorią powstawania napadu d.o., zaleca dla opanowania go wdychanie przez chorych powietrza z 5% zawartością CO₂, by powiększyć zasób kwasów we krwi astmatyków, teorię T. już wyżej krytycznie oświeciliśmy.

Nie będziemy omawiali kilku jeszcze innych najnowszych metod, sposobów i środków leczenia d.o., jako nie wnoszących do lecznictwa tego schorzenia ani nowych podstaw, ani nowych elementów, albo nie zapowiadających nawet w oświeceniu ich inicjatorów wybitnych wyników leczniczych. Sądźmy i tak, że przedstawione powyżej usiłowania szeregu lekarzy są jasnym dowodem, że zainteresowanie sprawą leczenia d.o., ożywione w czasie wojny światowej przez amerykańskich badaczy, nie słabnie dotychczas, rozbiór zaś tych usiłowań świadczy, zdaje się, dostatecznie o tem, że jednak jesteśmy jeszcze dalecy od przyświecającego nam celu — zupełnego wyjaśnienia pochodzenia i całkowitego opanowania tego schorzenia.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału wewnętrznego Szpitala fund. Małż. Poznańskich w Łodzi

(Ordynator: Dr. Seweryn Sterling)

Przypadek posocznicy meningokokowej przewlekłej, wyleczony trypaflawiną.

Podali

Dr. Leon SZYFMAN i Dr. Juliusz KOKOTEK (Łódź).

Chory L. S., l. 19, robotnik fabryczny, przybył na oddział szpitalny dnia 18.VI b. r.

Wywiał: choroba rozpoczęła się przed 6 tygodniami nagle od ziębienia, dreszczy i wymiotów, po kilku dniach wystąpiła gorączka, sięgająca 40°, i jednocześnie na kończynach górnych i dolnych ukazała się obfita wysypka. Od tego czasu występują z pewnemi przerwami napady gorączki, podczas których wysypka staje się wyraźniejsza. Chory skarży się jedynie na gorączkę i obecność wysypki. W okresach bezgorączkowych samopoczucie jest b. dobre, łaknienie niezłe, stolce prawidłowe. Dotychczas był zawsze zdrow, w dzieciństwie oprócz odry żadnych chorób nie przechodził. Ojciec choruje

na przewlekłą gruźlicę płuc, matka zmarła w 53 roku życia na raka.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania miernego. Na skórze kończyn górnych i dolnych (na kończynach dolnych tylko na powierzchni wyprostnej) wysypka wielopostaciowa: miejscami grudki różowe wielkości monety jedno- do pięciogroszowej, znikające przy ucisku, miejscami jednak wykity o charakterze wybroczynowym. Wykity są oddzielone od siebie pasmami zdrowej skóry. Widoczne błony śluzowe blade. Gruczoły nigdzie niemacalne, obręzków brak. Żrenice równe, okrągłe, na światło i akomodację reagują sprawnie, sztywności karku niema. Kernig-Brudziński ujemne, odruchy brzuszne, kolanowe, Achillesa prawidłowe, Babiński ujemny. Płuca bez zmian. Granice serca normalne. Nad koniuszkiem lekki podmuch skurczowy. Tętno 104' przy $T_0 39,4^{\circ}$, miarowe, dobrze napięte i napelnione. Ciśnienie 110/80 mm. Hg. Wątroba i śledziona niemacalne, śledziona opukowo powiększona. Odczyn Biernackiego 45'; Er. (krew, pobrana w okresie bezgorączkowym) 3.260.000, Hb. 50', Ind. = 0,8, L. 15.000, obojętnochłonnych 78,5 (w tem młodych 1,5, pałeczkowatych 2 proc., segmentowanych 74,5), kwasochłonnych 2 proc., limfocytów 18,5, monocytów 1 proc., zasadochłonnych 0,5 proc. Podczas okresu gorączkowego ($T_0 39^{\circ}$) stwierdza się L. 14.200, N. 86,7 proc. (w tem młodych 0, pałeczkowatych 0,7 proc., segmentowanych 86 proc.), kwasochłonnych 0,3 proc., limfoc. 12 proc., monocytów 1 proc.

Mocz: c. wł. 1.030, odczyn kwaśny, w osadzie poj. krwinki wylugowane co kilka pól widz. Odczyn Widala na tyfus, para A, para B, Weil-Felix, Wassermann ujemne. Badania krwi na pasorzyty zimnicy i krętki Obermeyera dały wynik ujemny. Badanie bakteriologiczne wydzieliny jamy nosowo-gardłowej wykazało stafilokoki.

Rozpoznanie kliniczne w danym przypadku nie nastęczało wielkich trudności, uderzały bowiem w przebiegu choroby trzy kardynalne objawy, charakterystyczne dla postaci przewlekłej posocznicy meningokokowej, mianowicie: a) napady gorączkowe, przypominające zimnicę, b) wysypka o charakterze rumienia wielopostaciowego i c) dobre samopoczucie chorego mimo trwających od 6 tygodni stanów gorączkowych. Dokonany dwukrotnie posiew krwi dał wynik ujemny; za trzecim razem wyhodowano meningokoki typu B, co ostatecznie potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

Po ustaleniu rozpoznania posocznicy meningokokowej przystąpiliśmy do leczenia chorego trypaflawiną, która według spostrzeżeń autorów francuskich i niemieckich ma prowadzić w krótkim czasie do przerwania zakażenia. Zdecydowaliśmy się na to tem chętniej, że inne metody leczenia (surowica swoista, autoszczepionka, proteinoterapia, abcès de fixation

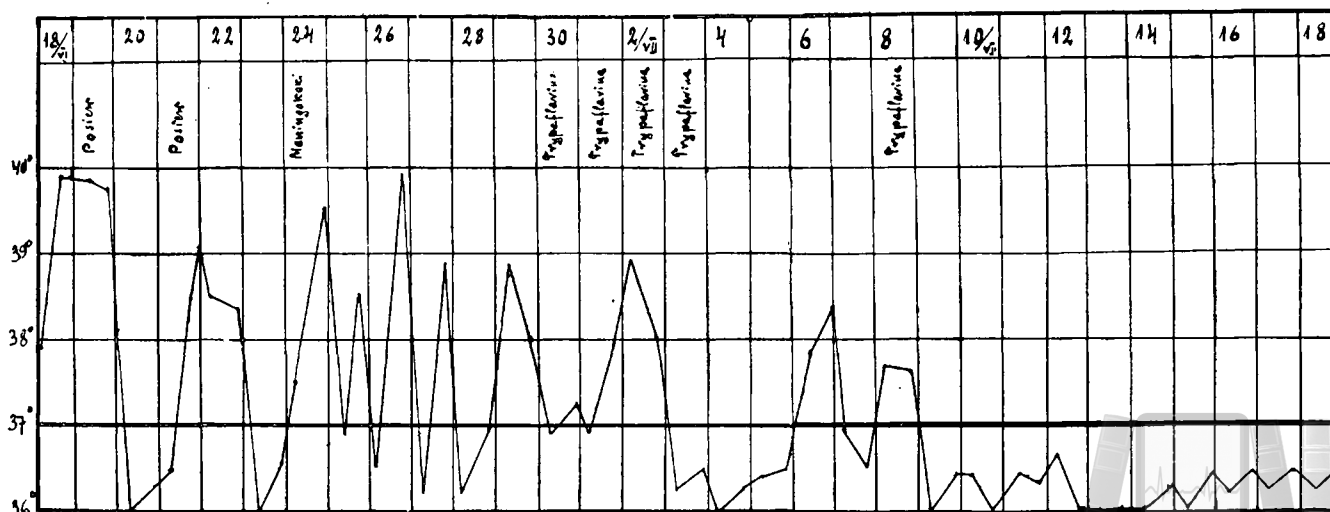
i t. d.) dają wyniki niepewne. W przypadku naszym, ogłoszonym w P. Gaz. Lek. Nr. 27, 1930, leczenie surowicą meningokokową nie dało żadnego wyniku.

Chory otrzymał dożylnie 6 zastrzyknięć trypaflawiny (p. krzywą) początkowo codziennie, ostatnie po 3-dniowej przerwie, 2 razy po 0,2 g. i 4 razy po 0,4 w 2 proc. roztworze. Po szóstym zastrzyknięciu nastąpił spadek gorączki, która więcej się już nie zjawiała. Od tego czasu stan chorego z każdym dniem się poprawiał, i po dalszym dwutygodniowym spostrzeganiu pacjent został jako zdrowy wypisany ze szpitala. Należy zaznaczyć, że chory naogół źle znosił zastrzykiwania trypaflawiny, wystąpiło bowiem w przebiegu leczenia zażółcenie powłok skórnych, uporczywe wymioty, ziębienie, utrata łaknienia i ogólne osłabienie, wskutek czego nie zdecydowaliśmy się na większe ponad 0,4 g. jednorazowe dawki trypaflawiny.

Postać przewlekła posocznicy meningokokowej w przypadkach samoistnego wyleczenia trwa zwykle kilka do kilkunastu miesięcy, dając prztem liczne powikłania w narządach wewnętrznych; w przypadku naszym choroba została przerwana w końcu drugiego miesiąca — a w tydzień po rozpoczętej kuracji trypaflawiną. Wydaje się nam przeto uzasadnione twierdzenie, że wyleczenie nastąpiło nie tylko *post hoc*, ale i *propter hoc*. Sąd nasz jest tem bardziej usprawiedliwiony, iż w ciągu lat ostatnich ukazała się w literaturze niemieckiej i francuskiej obfita kazuistyka przypadków przewlekłej postaci posocznicy meningokokowej, wyleczonych trypaflawiną.

Trypaflawina¹⁾, barwnik, wynaleziony przez B e n d e, chemicznie 3,6 dwuamin, 10 metylochlorek akrydyny, stanowi silny środek antyseptyczny, w małym stopniu uszkadzający zdrowe komórki ustroju. Stosuje się trypaflawinę zewnętrznie na rany, w niektórych cierpieniach skórnych, i dożylnie w rzeżączce, posocznicach gonokokowych, streptokokowych, gorączce Maltańskiej, zapaleniu płuc, paratyfusie B. Ujemną stroną stanowi jej uboczne działanie w postaci zażółcenia skóry, mdłości, wymiotów, bólów głowy, rumieni i podrażnienia nerek. Niektórzy autorzy w celu uniknięcia powyższych powikłań zalecają ostrożne dawkowanie w ilości 0,01 gr. na kilogram wagi. F r i e d e m a n n i D e i c h e r pierwsi zastosowali trypa-

¹⁾ Trypaflawina jest przetworem niemieckim, francuski nazywa się gonaklyna, angielski — akryflawina.



flawinę z dobrym wynikiem w przypadku przewlekłej postaci posocznicy meningokokowej, po nich Darré, Albot i Lafaille, Veillon, Martin i Roux, Botzel.

Michelsen, Merle, Vauri i Blaue stosowali ten środek w przypadkach przewlekłej postaci posocznicy meningokokowej również z wynikiem dodatnim. W pracy, jaka się ukazała w roku bieżącym z kliniki Friedemanna, zostaje potwierdzone skuteczne działanie trypaflawiny w posocznicy meningokokowej przewlekłej, przy czem autorka tej pracy (Botzel) podkreśla, że wynik w tych przypadkach jest szybszy i pewniejszy przy stosowaniu dużych dawek (0,6 — 0,75 g.), a to w celu osiągnięcia *therapiae sterilisantis magna*.

Na zakończenie kilka uwag epikrytycznych:

1. Posocznica meningokokowa jest rzadko rozpoznawana, mimo że nie jest chorobą rzadką, o czem świadczy obfita kazuistyka — w ciągu literatury polskiej i obcej i dwa spostrzeżenia własne na oddziale szpitalnym w ciągu kilku miesięcy.
2. Do klinicznego rozpoznania przewlekłej postaci posocznicy meningokokowej uprawnia stwierdzenie trzech następujących kardynalnych objawów: napady gorączki, przypominające napady zimnicze, wysypka wielopostaciowa i niewspółmierność między dobrem samopoczuciem chorego a długotrwałą chorobą gorączkową.
3. Ze wszystkich środków, stosowanych w posocz-

nicy meningokokowej przewlekłej (surowica swoista, autosczipionka, preparaty srebra, proteinoiterapia i t. d.), najskuteczniejsza okazała się trypaflawina.

PIŚMIENNICTWO:

Dopter: L'infection meningococcique Paris 1921 — Mandelsowa, P. Czas. Lek. Nr. 4, 1921; Pedjatria Polska, T. I, zesz. 3, 1921; Załęski, P. G. Lek. Nr. 14 — 21. 1922 — Poulsen, Lhrb. der Pharmakologie, 1922. — Simchowicz, Neurologja Polska, T. VI. 1922. Frenkiel, Neurologja Polska, T. VI, 1922. — Netter, Bull. Soc. Med. Hop. 1923. Clerc, Perrochaud et Boulanger — Pilet, Bull. Soc. Med. Hop. 1923. — Vaucher et Woringer, Septicémies, septicopyohémies, bactériémies, Doin. Paris — Grek, P. G. Lek. Nr. 45, 1925; P. G. Lek. Nr. 6, 1928 — Typograf, P. G. Lek. Nr. 47, 1925 — Friedemann u. Deicher, D. m. W. Nr. 18, 1926 — Lipiński, P. G. Lek. Nr. 21, 1927 — Dorre, Albot, Berdet et Lafaille, Compt. Rend. Soc. Biol. T. XCIX. 1928 — Bachem, Arzneitherapie — Wien, 1928. — Coste, Paris Medical Nr. 51, 1928 — Hermann u. Lifschitz, D. m. W., Nr. 9, 1928 — Kolle u. Hetsch, Experimentelle Bakteriologie, Wien 1929. — Liengme. Schweiz. Med. Woch. Nr. 38, 1929 pg refer. z D. m. W. — Veillon, Martin et Roux, Bull. Soc. Med. Hop. 1929 — Botzel, Med. Klin. Nr. 4, 1930 — Szyfman i Kokotek, P. G. L. Nr. 27, 1930 — Michelsen, D. m. W. Nr. 25, 1930 — Zoeller et Noyer, Soc. Med. Hop. 1930. Virnich, D. m. W. Nr. 29, 1930. — Lereboullet et Gournay, Bull. Med. Hop. 1930 — Bethoux, Med. Hop. 1930. — Merle, Vauri et Blaue, Bull. Soc. Méd. Hop. 1930, Boyrzszen. M. m. W. Nr. 32 (D. m. W. Nr. 35).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZLA

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

O zawrocie głowy.

Podał

Józef TENCER (Warszawa).

(Dokończenie patrz — Nr. 1).

Pomijając cierpienia narządu słuchowego, zawroty występują b. często w chorobach mózdku. Wykazują one charakter obrotowy, i towarzyszą im silne ruchy odczynowe. Nie jest rozstrzygnięte, czy zawroty te są objawem ogniskowym dla cierpień mózdku, czy też chodzi tu o działanie pośrednie na układ n. przedsionkowego. Uważa się, że zawrót występuje prawie zawsze, o ile zajęty jest robak, jednakże stosunek anatomiczny tej części mózdku do narządu przedsionkowego, pomijając już położenie robaka nad 4. komorą, może nasuwać wątpliwości co do punktu wyjścia zespołu zawrotu. Zresztą, związek mózdku z narządem przedsionkowym jest zbyt ścisły, by łatwo było określić, jaka jest patogeneza zawrotu w cierpieniach mózdkowych. Wiadomo bowiem, że mózdek reguluje czynności błędnika, że wywiera wpływ na napięcie mięśni ciała i że działa hamująco na narząd przedsionkowy. O ile mózdek wskutek sprawy chorobowej, rozgrywającej się w nim, źle funkcjonuje, to cierpi na tem również regulacja czynności błędnika.

W rezultacie powstają zaburzenia równowagi, noszące cechy zawrotu usznego.

Z cierpień, najczęściej powodujących zawrót mózdkowy, należy wymienić guzy mózdku i kąta mostowo-mózdkowego oraz sprawy toczące się w okolicy jądra Deitersa (krwotoki i zakrzepy tętnicy mózdkowej tylnej dolnej, *encephalitis* i inne).

W cierpieniach, ostro występujących, zawroty bywają szczególnie silne. Trwają one zwykle przez parę tygodni, powoli słabnąc, lecz znikają całkowicie dopiero po dłuższym czasie.

W razie zajęcia śródków ośrodkowych n. przedśionkowego w opuszcze (rozlane stwardnienie mózgu, jamistość opuszki) zawroty mogą być b. silne i powtarzać się w postaci napadów co pewien czas.

Wytłumaczenie zawrotów, występujących w guzach mózgu jest trudne. Zawroty te powstają przede wszystkim w razie umiejscowienia guza w zrazie czołowym i zwoju ośrodkowym, rzadziej w płacie skroniowym. (Bruns i Hitzig). Przeważnie nie cechuje ich usystematyzowanie, w tych zaś przypadkach gdzie zawrót jest obrotowy, myśleć należy o działaniu na odległość na tylną jamę czaszkową.

W cierpieniach serca i naczyń krwionośnych nierzadko występują zawroty. Chorzy, dotknięci posuniętą miażdżycą, często się uskarżają na zawroty dotykowe, znacznie rzadziej na obrotowe. Powodem ich mają być zaburzenia w ukrwieniu mózgu i błędnika

oraz zmiany w ciśnieniu wchłonki. Ze schorzeń serca zawroty spotykane są najczęściej w zwężeniu zastawki dwudzielnej i bloku sercowym. W nadciśnieniu bądź samoistnem, bądź też stojącym w związku z miażdżycą nerek, zawroty też należą do objawów, często spotykanych.

Zawroty pochodzenia żołądkowego (*vertigo e stomacho laeso*) pierwszy opisał Trousseau. Występują one w nadkwaśności żołądka, w owrzdzeniu żołądka i dwunastnicy oraz w zwiątczeniu żołądka. Często napad bólów stanowi okoliczność, wyzwalającą zawrót. Potwierdza to fakt, że środki, uspakajające ból usuwają również zawrót. Charakter zawrotów bywa zarówno obrotowy, jak i niesystematyczny. Jak w każdym zawrocie wogóle, tak i tu ułatwiają jego wystąpienie czynniki natury ogólnej. Niedokrewność, wagotonia obok chwiejności narządu przedsionkowego sprzyjają jego powstaniu.

Niewiadomo, jaką drogą powstaje zawrót żołądkowy: czy bodźce idą poprzez zakończenia n. błędnego w żołądku do jąder n. X, a stąd na jądra n. przedsionkowego (Curschmann), czy też w każdym zawrocie żołądkowym chodzi o przejściowe działania toksyczne na układ przedsionkowy (Bárány).

Potwierdzeniem ostatniego poglądu byłoby występowanie zawrotów w samozatruciach, pochodzących z jelit, kiedy czynności żołądka są prawidłowe (zaparcie nawykowe) lub nieprawidłowe (bezsoczność żołądka).

Zawrót nierzadko powstaje w zatruciach ogólnych. Z przyczyn wywołujących praktycznie najważniejsze są alkohol, nikotyna i kofeina. Dalej wymienić należy ołów i rtęć (w chorobach zawodowych) oraz środki lekarskie, używane w nadmiarze (veronal, luminal, arsen, jodek patasu, chinina, jodoform, kw. salicylowy, kokaina, chloroform, morfina i jej pochodne). Obok zawrotu może w zatruciach tego rodzaju występować oczopląs.

Dość częste są zawroty u neurasteników. Zawroty te nie mają zazwyczaj charakteru obrotowego, występują zaś przeważnie po wysiłkach fizycznych lub umysłowych. Zawrotowi neurastenicznemu towarzyszą różne sensacje, jak: ściskanie w głowie, miganie przed oczami, zapadanie się podłogi pod nogami i t. p. U osobników z chwiejnym układem nerwowym stale powstają zawroty w niektórych okolicznościach (patrzenie z wysokości, jazda tyłem w pociągu). Mechanizm tych zawrotów polega prawdopodobnie na zmianach w układzie roślinnym, co prowadzi do zaburzeń naczynioruchowych błędnika. Potwierdzają ten pogląd zawroty, spostrzegane u neurasteników wskutek zmian ciśnienia w tętnicy słuchowej wewnętrznej. Doświadczalnie można u nich niekiedy wywołać zawrót, polecając im wykonać szereg głębokich wdechów (Alexander i Braun) lub dając im do wdychania *amylum nitrosum*.

Do zawrotu neurastenicznego należy t. zw. *vertigo permanens*, opisany przez Oppenheim'a. Momentem wyzwalającym ten zawrót stały, bywa jakiś przypadkowy zawrót, który chory kiedyś przeżył. Nie rozstrzygnięto, czy chodzi tu o zjawisko natury psychicznej (Rothmann i Lewandowsky), czy też o stały stan podrażnienia kory mózgowej (Oppenheim).

Do tego rodzaju zawrotu zalicza się rzadkie przypadki zawrotu odruchowego, powstające przy podrażnieniu śluzówki nosa i krtani.

Rzadziej, niż w neurastenji, występuje zawrót w histerji. Pod zawrotem rozumieją historycy zespół różnego rodzaju uczuć ruchowych i naczynioruchowych. Są to właściwie uczucia słabości i omdlenia, którym towarzyszy miganie przed oczami, zaciemnienie pola wzrokowego i t. p. Niekiedy zaburzenia równowagi są w histerji b. silne; zawrót bywa zazwyczaj dotykowy.

W padaczkę, w okresie, poprzedzającym napad, mogą występować prawdziwe zawroty obrotowe z objawami ze strony n. ślimakowego lub bez nich. Często jednakże epileptycy rozumieją pod zawrotem napady „petit mal”.

Jako ekwiwalent padaczki bywa opisywany t. zw. *vertigo laryngea*. Nazwę tę wprowadził Charcot, jednakże dziś częściej się mówi o *ictus laryngis*. Napad charakteryzuje się wystąpieniem nagłego łechtania w krtani, któremu towarzyszy kaszel i utrata świadomości przez parę chwil. Chory w czasie napadu traci równowagę, pada, niekiedy oddaje pod siebie mocz i kał. Napad występuje bez oznak poprzedzających, przy pracy, w spokoju, rzadko w nocy. Prawie wszystkie opisane przypadki dotyczą mężczyzn w wieku lat 40—50. Jak widać, nie chodzi tu o prawdziwy zawrót, lecz przedewszystkiem o zaburzenia w poczuciu świadomości.

Wspomnieć jeszcze należy o zawrocie, występującym w migrenie.

Jako odrębny rodzaj migreny opisana jest *hemigrania vestibularis* (Escat), charakteryzująca się napadami typowej migreny, w której występują zaburzenia ze strony narządu przedsionkowego (zawrót obrotowy, oczopląs, zmiana pobudliwości błędnika). W migrenie usznej zaburzenia mają powstawać na tle kurczów t. słuchowej wewnętrznej.

Innego rodzaju, niż we wszystkich wymienionych sprawach chorobowych, jest zawrót oczny. Występuje on u osób, u których stwierdza się astygmatyzm, różnice w ostrości wzroku obydwu oczu, porażenia mięśni ocznych, dalej występuje on przy oglądaniu przedmiotów, szybko się poruszających (jazda koleją lub na karuzeli) i t. p. O mechanizmie powstawania zawrotu ocznego i o stosunku jego do zawrotu błędnikowego wspominaliśmy już poprzednio.

Mając przed sobą chorego, dotkniętego zaburzeniami równowagi, staramy się określić przyczynę ich powstania lub też rozpoznać jednostkę kliniczną, której składnikiem jest zawrót. Nie będziemy tu omawiali ogólnych metod badania podobnych chorych i tych momentów, na które należy zwrócić przedewszystkiem uwagę (narząd słuchu, dno oka, ciepłota ciała, ciśnienie krwi, mocz, odczyn Wa.), lecz zastanowimy się nad niektórymi danymi, odgrywającymi rolę w rozpoznaniu różniczkowym.

Do pewnego stopnia możemy z rodzaju zawrotu określić jego pochodzenie. Wiemy już, że zawrót obrotowy jest charakterystyczny przedewszystkiem dla cierpień błędnika, n. przedsionkowego oraz włókien jego, przebiegających w rdzeniu przedłużonym, że natomiast zawrót dotykowy występuje raczej w neurozach. Podejrzewając u chorego histerję, zwracamy uwagę na przesadę, wykazywaną w czasie zaburzeń równowagi. Niekiedy historyk trudniej utrzymuje równowagę w lżejszych warunkach, niż w cięższych. Znały jest np. przypadek linoskoczka, który nie miewał zawrotów tylko wtedy, gdy chodził po linie (Kron).

Ważne wskazówki różniczkowo rozpoznawcze

uzyskujemy, zwracając uwagę na objawy, towarzyszące zazwyczaj zawrotowi. Wiadomo, że w zawrocie usznego pochodzenia kierunek padania jest odwrotny, niż kierunek oczopląsu, natomiast w sprawach mózgowych kierunki te są zazwyczaj zgodne. Według Neumanna osobnik pada w cierpieniach mózdzku w stronę chorą, w sprawach jąder podstawnych w stronę przeciwną (kwestjonuje to Brunner). O ile obok zawrotu, występującego w ciągu dłuższego czasu, istnieje oczopląs o dużych wychyleniach, to chodzi o sprawy mózdzku, opuszki lub mostu (rozsiانة stwardnienie mózgu, jamistość opuszki, guz gruczliczy).

Doniosłe znaczenie dla ustalenia pochodzenia zawrotu ma badanie pobudliwości narządu n. przedsionkowego. Jeśli pobudliwość ta jest upośledzona lub zniesiona, to chodzi o cierpienie organiczne, a nie o neurozę. Jeśli w próbie cieplnej, obrótowej i galwanicznej występuje tylko oczopląs, lecz brak jest ruchów odczynowych kończyn i tułowia, to musimy myśleć nie o cierpieniu narządu obwodowego równowagi, lecz o połączeniu jego z mózdzkiem lub samego mózdzku (jamistość opuszki, guz gruczliczy, zakrzep t. mózdzkowej tylnej dolnej). O ile zaś przy podobnym badaniu nie występuje ani oczopląs, ani też objaw mijania i padania, to sprawa chorobowa znajduje się nie w mózdzku i nie w okolicy jąder mięśni ocznych, lecz w błędniku lub w n. przedsionkowym (cierpienie uszu, pęknięcie podstawy czaszki, guzy n. ósmego, *meningitis basilaris*). Możliwe jest, że badając w podobny sposób chorego, cierpiącego na zawroty, stwierdza się tylko skłonność do padania i ruchy odczynowe kończyn, lecz brak jest oczopląsu, wtedy należy myśleć o zmianach w jądrze Deitersa, gdyż została uszkodzona część łuku odruchowego, wstępująca do mózdzku (rozsiانة stwardnienie mózgu z ogniskiem w moście, *encephalitis*). W przypadku takim może nawet występować oczopląs samoistny, który powstaje wskutek drażnienia okolicy *fasciculus longitudinalis posterior*, jakkolwiek połączenie jego z błędnikiem zostało przerwane.

Sam objaw zaburzenia równowagi nie może mieć dużego znaczenia w umiejscowieniu cierpienia, gdyż n. przedsionkowy w swym przebiegu pozamózgowym jest b. wrażliwy na ucisk i pod tym względem można go porównać jedynie z n. wzrokowym. Stąd przy zwiększonym ciśnieniu wśrodczaszkowym mogą wcześniej występować objawy ze strony tych nerwów. Dlatego też zawrót jest niekiedy, obok uporczywych bólów głowy, wczesnym objawem różnych poważnych spraw mózgowych, których istota wyjaśnia się dopiero z biegiem czasu.

W leczeniu zawrotów należy przedewszystkiem uwzględnić podstawę cierpienia, i tam, gdzie jest możliwe, postępowanie musi być przyczynowe. Zrozumiałe jest, że w zawrotach, powstałych na tle zatrucia (alkohol, nikotyna i t. p.), najważniejszą rzeczą jest usunięcie czynnika szkodliwego. W zatruciach zawodowych właściwsze leczenie — to zmiana zawodu. Jeśli sprawa zapalna uszu powoduje zawroty, to leczenie musi być zwrócone na ten narząd, przyczem najczęściej konieczny bywa zabieg chirurgiczny (operacja doszczętna ucha środkowego). W samozatruciach z przewodu pokarmowego poza zwykłym leczeniem cierpienia (wrzód, bezsoczność żołądka, zaparcie nawykowe) należy uwzględniać napięcie nerwów współczulnych i przywspółczulnych, gdyż, jak wiadomo, najczęściej w tych razach chorzy wykazują

wagotonję. Niekiedy w przypadkach, w których niema objawów kiły, leczenie swoiste oddaje cenne usługi (Rebattu). W zawrotach, występujących w miażdżycy, należy wpływać na ciśnienie krwi i stan naczyń (upust krwi, djeta, dni głodowe i bez płynów, ciepłe kąpiele, diuretyna, nitrogliceryna, eufillina, związki choliny) i oddziaływać na stan psychiczny (spokój, środki uspakajające).

W przypadkach, gdy leczenie ogólne nie daje wyniku, lub też gdy nie znamy tła sprawy, albo wreszcie w celu uzupełnienia leczenia przyczynowego, mamy do rozporządzenia szereg środków, przy których pomocy usiłujemy wpłynąć na zmniejszenie zawrotów. Najstarszy bodaj z tych środków jest chinina, którą poraz pierwszy stosował Menière, a po nim usilnie propagował Charcot. Z pomocą chininy zamierza się wyrzucić działanie hamujące na układ przedsionkowy, podobnie jak to czyni ona na ośrodki nerwowe serca. Ostatnio chinina bywa stosowana w leczeniu zawrotów rzadziej, gdyż to działanie porażające wykazuje ona w dawkach dużych, nieobojętnych dla ustroju. Dobrze wpływają na zespół zawrotu środki uspakajające. Najlepsze z nich — to brom i luminal. Dodatkowo ma wpływać na zawrót arsen, działając na napięcie tkanek ustroju (*Natrium arsenicosum* w pigułkach po 0,005, codziennie 1 pigułkę w czasie jedzenia przez 2 miesiące). Pilokarpina, adrenalina, atropina i środki podobne, zmieniając napięcie nerwowego układu autonomicznego, działają dodatkowo na zespół zawrotu. Adrenalina i eufillina były b. pomocne w leczeniu wielu przypadków zespołu Menière'a i zawrotu kamyczkowego, przy czym tam, gdzie jeden z tych środków nie był skuteczny, drugi wykazywał dobre działanie (Vogel). Do doniosłych sposobów leczenia w zawrocie zaliczyć również należy stosowanie środków przeczyszczających i napotnych. Z ostatnich najczęściej się zaleca pilokarpinę w zastrzykiwaniach, a nie preparaty salicylowe, które nie cieszą się uznaniem otętrów ze względu na działanie salicylu na narząd słuchu. Proteino-terapia znalazła zastosowanie i w tej dziedzinie, działa jednak niepewnie.

Istnieją przypadki zawrotu, dla których wyszczególniony arsenał środków okazuje się niewystarczający. W tych razach postępowanie staje się bardziej radykalne. Do najmniejszych zabiegów, wykonywanych w zawrotach, zaliczyć należy nakłucia lędźwiowe, stosowane po raz pierwszy przez Babiniskiego. Często zmniejszenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego uspakaja zawroty, a wtedy należy nakłucia lędźwiowe kilkakrotnie powtarzać. Zawroty, występujące wskutek unieruchomienia kosteczek słuchowych, próbowano leczyć przez usunięcie ich, w innych przypadkach dokonywano labiryntotomii (Botey, Milligan, Hautant), przecięcia n. ósmego (Chavanne, Trouilleur) i otwarcia worka wchłonkowego (Portmann). Ostatni autor uważa, że otworzenie worka wchłonkowego jest postępowaniem równie słusznym, jak nakłucie rogówki w jaskrze ocznej, gdyż według niego w wielu przypadkach powoduje zawroty przewlekłe surowicze zapalenie błędnika. Z takim samym powodzeniem dokonywano trepanacji dekompresyjnej tylnej jamy czaszkowej, gdyż często zawroty są wynikiem ograniczonej sprawy zapalnej opon („meningite enkystée retro-pétreuse” — Aboulker i Suda). Według tych autorów: otwarcie worka wchłonkowego sprowadza się do

zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, należy zatem dokonywać raczej dekompresji tylnej jamy czaszkowej, co jest zabiegiem prostszym i mniej niebezpiecznym, niż operacja, zalecana przez Portmanna.

Leczenie chirurgiczne bywa jednakże stosowane niezmiernie rzadko i tylko w przypadkach uporczywych, w których zarówno leczenie przyczynowe, jak i zachowawcze objawowe nie doprowadza do celu.

PIŚMIENICTWO

Alexander — Marburg — Handbuch der Neurologie des Ohres, T. I, 1924. Kraus — Brugsch — Spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten. 1921. D. Hellin — Ucho jako narząd równowagi i orientacji. L. Baldenweck — Leçons sur l'exploration de l'appareil vestibulaire, 1928. J. Ramadier — La syphilis auriculaire, 1928. G. de Parrel — Précis de thérapeutique médicale oto — rhino — laryngologique. 1921. H. Oppenheim — Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1913. K. Sin-

ger — Leitfaden der neurologischen Diagnostik. 1926. M. Lantos — Les troubles de l'appareil vestibulaire et les travaux récents. Ann. d. mal. de l'oreille, № 20. 1927. G. Portmann — Les spasmes vasculaires en otologie. Rev. de laryngol. № 11, 12 i 13, 1928. S. Erben — Ueber Schwindel. Dodatek do Wiener klin. Woch. № 20, 1927. M. Lermoyez — Le vertige qui fait entendre. Ann. de mal. de l'oreille. № 6, 1929. F. Fremel — Wie erkennt und behandelt man den vom Ohr ausgelösten Schwindel. Die Aerztliche Praxis, № 9, 1930. M. I. Mueller — Quelques considérations sur les vertiges. Rev. d. laryng. № 22 i 23, 1929. H. Curschmann — Zur Pathogenese des Magenschwindels. Deutsches Archiv für klinische Medizin. T. 123, z. 5 — 6, 1917. H. Curschmann — Zur Therapie des otogenen Schwindels. Klin. Woch. № 20, 1928. K. Vogel — Zur Behandlung der Menièreschen Erkrankung u. des sogenannten Otolithenschwindels. Acta oto — laryngologica. T. XIII. z. 3. 1929. G. Portmann — Leczenie chirurgiczne zwrotów głowy za pomocą otwarcia worka wchłonkowego. Warsz. Czas. Lek. № 7. 1927. H. Aboulker i P. Sudaka — Pathogénie et traitement chirurgical du vertige de Menière. Ann. d. mal. de l'oreille etc. № 10, 1929.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne

∞ Mieczysława BIEGAŃSKA. Władysław Biegański. Życie i praca. Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1930.

Zmarły przed kilkunastu laty lekarz częstochowski, Wł. Biegański, należał niewątpliwie do ludzi wyjątkowych w społeczeństwie naszym. Lekarz prowincjonalny, który w trudnych warunkach materialnych, prawie samouk na polu badań lekarskich, zdobywa olbrzymią a zasłużoną praktykę i nadto ma czas na pozostawienie po sobie prawie stu prac z zakresu medycyny teoretycznej i praktycznej, już tym tylko dobrokiem naukowym staje w pierwszym szeregu lekarzy polskich. Lecz — co ważniejsze — Bieg., od najwcześniejszych lat skupiony, niemal zamknięty w sobie, poznaje zasady etyki, logiki i filozofii i na tem polu nie poprzestaje na wchłanianiu myśli obcej, ale sięga oryginalnym swym umysłem ku tajemnikom praw rozumowania naszego i pisze rozprawy i podręczniki z dziedziny filozofii, z których przebiega umysł głęboki i serce wrażliwe na wszystko, co jest „ludzkiego”.

Byli i przed B.-im lekarze polscy, którzy wybiegali poza sferę swych zajęć zawodowych i pozostawiali ślady swej pracy w literaturze, nauce i na polu społecznym. Jędrzejewicz w Płońsku własnymi siłami stworzył obserwatorium astronomiczne, w którym dokonał niejednego doniosłego w nauce spostrzeżenia. Rolle w Kamieńcu Podolskim pozostawił liczne prace dużej wartości historycznej. Chałubiński był znakomitym botanikiem. Chirurg warszawski Matlakowski zasłynął jako szekspirolog, a nadto wydał cenne dzieło o zdobnictwie i spręcie ludu podhalańskiego. Maciesza w Płocku zaszczepił prawdziwą kulturę społeczną i naukową całej ziemi płockiej. Talko-Hryniewicz po wieloletniej praktyce lekarskiej zajął się wyłącznie antropologią i doszedł do bardzo wydatnych rezultatów naukowych. Może pominąłem niejednego z ostatnich dziesiątków lat, nie starając się dać tutaj pełnego obrazu pracy naukowej lekarzy polskich w dziedzinach od medycyny dalekich. Stanowczo zaś i rozmyślnie pomijam lekarzy z początków ubiegłego stulecia. Nie dlatego też czynię tę dygresję, aby umniejszyć zasługi Biegańskiego. Przeciwnie, gotów jestem kategorycznie stwierdzić, że należy Biegańskiego w szeregu powyższym po-

bodaj nawet na pierwszym miejscu. Uwagi powyższe nasuwają mi się pod pióro tylko wobec niewątpliwego faktu, że my zbyt pośpiesznie zapominamy o zasługach nie tylko zmarłych naszych znakomitych ludzi, lecz często też o tych, którzy nieco dłużej żyją. Dodam nadto, że kilkakrotnie miałem sam sposobność podnieść zasługi Biegańskiego, ostatnio przy okazji ukazania się drugiego wydania jego „Myśli i aforizmów o etyce lekarskiej”. I za życia swego Biegański i pracy jego były przedmiotem rozpraw, referatów, krytyk mniej lub więcej pochlebnych. Gdy więc w kilkanaście lat po jego śmierci ukazuje się obszerny tom (około 300 stron), poświęcony uczonemu lekarzowi-filozofowi, mimowoli stajemy przed pytaniem: w jakim stopniu potrzeba tego wydawnictwa istotnie była odczuwana?

Autorką jest wdowa po Biegańskim. I w stronę autorki przede wszystkim należy pokłon za przysporzenie literaturze dobrej i, bądźco bądź, pożytecznej książki. Nie wiadomo mi, czy pani M. Biegańska jest lekarką, przyrodniczką, czy może filozofką. Jeśli nie, tem większa to zasługa, że potrafiła streścić i krytycznie ocenić wartość całkowitego dorobku naukowego swego przedwcześnie zgasłego męża. Kto pragnąłby poznać życie duchowe B.-go, a nie zechce przetrwać w oryginalie wszystkich jego prac, drukiem ogłoszonych, uczyni najlepiej, gdy przestudjuje jeden tom pani M. B.-skiej. Da mu tu jednocześnie możność wejścia w intymniejsze stosunki codziennej pracy B.-go i wytworzenia pełnego obrazu człowieka niepospolitego.

Prace B.-go były krytykowane zaraz po ich ukazywaniu się w druku. Autorka opanowała doskonale cały przedmiot i cytuje sumiennie wszystko, co powiedziano o tych pracach pochlebnego i nieraz także, co wypowiedziano mniej pochlebnego. Autorka, jak to łatwo zrozumieć, nie widzi w pracy B.-go żadnych usterek i w wielu miejscach odzywa się wprost w tonie panegirycznym o działalności społecznej i naukowej B.-go. Oto punkt jedyny, który referentowi sprawia pewien kłopot przy rozważaniu pracy p. B.-skiej. Bo poza tem książka o B.-im jest prawie arcydziełem biograficznym. Składa się na to zarówno treść, jak i piękna forma wykładu autorki.

Inna sprawa, czy już dziś, w perspektywie tak niedale-

kiej, jesteśmy w stanie ocenić wartość całej pracy naukowej B-go. Właściwie w B-im jako uczonym było kilku ludzi. Lekarz, bliski zmarłemu, wysoko go ceniący, jedyny bodaj prawdziwy przyjaciel pisze: „Chociaż prace B-go pchnęły medycynę bezpośrednio na nowe tory, nie otworzyły przed nią nowych widnokręgów, jednak odegrały bardzo ważną rolę i stanowią cenny wkład do skarbnicy medycyny polskiej“. Tak zwięźle nie potrafilibyśmy ocenić wartości prac B-go o treści etyczno-filozoficznej i sądzimy, że wogóle tej części dorobku naukowego B-go nie czas jeszcze w pełni ocenić. Zobaczymy, jaki z tego posiewu wszędzie plon w czasie choćby najbliższych przyszłych lat kilkunastu.

Wtajemniczenie czytelnika w intymniejsze życie B-go, w jego poglądy społeczne, oczywiście, w cenny sposób ożywia pracę pani B-skiej i daje pełniejszy obraz człowieka, który w niezwykle umiejętny sposób podniósł wartość lekarza polskiego w opinii społeczeństwa naszego. A choć niejednego interesować może np. pytanie, czy B-ski był filosemitą czy antysemitą, i wobec tego może się komuś wydać na miejscu poświęcenia tej kwestji całej stronicznej w dziele pani B-skiej, jednakże, skromnem zdaniem piszącego te słowa, jest to rzecz, właściwie nic nie obchodząca tych, którzy pragną odbicia wizerunku lekarza i filozofa.

O monografji pani B-skiej daloby się powiedzieć z pewnością więcej. Stosunek czytelnika do tej książki, która jako typ rzadki w naszym piśmiennictwie, zasługuje na mocne podkreślenie, może być dwojaki. Jedni zechcą z niej poznać postać lekarza niepospolitego, innych znów zajmie bardziej opracowanie autorki. Pod obu względami należy gorąco polecić pilne przestudjowanie książki pani B-skiej przedewszystkiem lekarzom i ucznionom medycyny, którym nie może i nie powinien być obcy portret człowieka, dobrze zasłużonego nauce polskiej i społeczeństwu.

M. F.

∞ Prof. Dr. Władysław SZENAJCH. Przysięga i przykazanie hipokratesowe. (Warszawa 1931).

Sprawy lekarskie natury społecznej coraz bardziej zaprzatają umysły współczesne. Kwestje, dotyczące etyki lekarskiej, obudziły przyciszoną nieco w latach ostatnich czujność wrażliwych umysłów. W literaturze zachodniej odzwierciedla się to w postaci nowych wydawnictw, książek, artykułów. Warunki, w jakich pracują lekarze polscy, dają wprawdzie dosyć materiału, na którym oprzeć by się można przy rozważaniu tych tematów, lecz bierność naszego życia społeczno-lekarskiego hamuje popęd w kierunku, zmierzającym ku dyskusji nad temi sprawami. Stało się przeto dobrze, że kol. Sz en a j c h niejako zadzwonił na alarm w książce pod przytoczonym wyżej tytułem.

Autor jest skromny. Powiada, że pisze o rzeczach, wprawdzie osobiście przeżytych, przeczytanych, odczutyh i przemyślanych, lecz dodaje, że czytelnik nie wiele w jego pracy znajdzie nowego. Istotnie sprawy te były wielokrotnie poruszane przez innych, a autor powołując się na swoich poprzedników w literaturze, stara się znaleźć potwierdzenie swych myśli. Uważam wszakże, że zupełnie oryginalne jest to oparcie się kol. Sz. na przykazaniach H i p o k r a t e s a. Dodaje to nietylko powagi nalezitej jego wywodom, lecz jest nadto przekonującym dowodem, jak historia medycyny niesłusznie jest lekceważona we współczesnym programie nauk lekarskich, i jak istotnie głęboko „myśl lekarska“, jako metoda w nauczaniu, sięga przy rozpatrywaniu każdej niemal sprawy, dotyczącej nauki i sztuki lekarskiej.

Autor sumiennie opanował swój przedmiot pod względem literatury, poznał i krytycznie oświecił wszystko, co w poruszanej przezeń materji ukazało się w języku polskim.

Prócz kilku wszakże źródeł z literatury niemieckiej, rozmyślnie widać pomija bogatą literaturę innych narodów. Nie wątpię, że prace L i e k a są koledze Sz. dobrze znane, i byłbym je rad widzieć cytowane tutaj, albowiem świadczą one o szerokim umyśle, szczerych intencjach i wrażliwej duszy autora. To jednak mówię w nawiasie, dając wyraz indywidualnemu życzeniu swemu.

Autorem, najczęściej cytowanym i najbardziej niejako umiłowanym przez kol. Sz., jest niezapomniany lekarz częstochowski, myśliciel i filozof, Wł. B i e g a ń s k i. Często też powołuje się autor na Z. K r a m s z ę t y k a, M a t l a k o w s k i e g o, B i e r n a c k i e g o, B r u d z i ń s k i e g o, H. N u s b a u m a, J a n i s z e w s k i e g o, że pominię tu wielu, wielu innych. Ponad wszystkiem górują u kol. Sz. rozważania nad etyką lekarską. Żadna też sprawa, mocniej lub luźniej z etyką związana, nie jest tu pominięta. Że zaś autor spraw tych nie rozpatruje w oderwaniu od twardych warunków życia współczesnego, nic przeto dziwnego, że obszernie rozważa i krytycznie spogląda na poczynania naszych Kas Chorych, rzucając w pewnych punktach bardzo interesujące myśli ku poprawie stosunków, panujących obecnie w Kasach. Sprawa bytu materialnego lekarza, sprawa niby „kryzysu“ medycyny, specjalizacji i t. d. znajdują należyte oświetlenie w wywodach autora. Tu i owdzie znajdujemy uwagi o reformie w nauczaniu medycyny, o koleżeństwie, o tajemnicy lekarskiej, o godności naszego zawodu i t. d. Rozdział krótki o miłości w medycynie zamyka pracę kolegi Sz.

Już pobieżne wskazanie tych licznych tematów, poruszonych przez autora, nasuwa przypuszczenie, że nie każda z tych spraw jest tu rozpatrzona wszechstronnie, że nie pod każdym poglądem autora można się bez zastrzeżeń podpisać. Lecz choćbyśmy nawet nie mieli w żadnym punkcie uchylić poważnego zarzutu, jednakże sądzimy, że i sam kol. Sz. uważa swoje dziełko raczej za materiał do dyskusji, niż za sprawę, ostatecznie przesądzoną. Jako taką pracę kolegi Sz. witamy z prawdziwą radością i życzymy jej najszerszego rozpowszechnienia wśród młodzieży lekarskiej i przyjaciół medycyny, którym książkę swą autor poświęca. Powinna ona być bodźcem do dalszych wydawnictw z zakresu medycyny społecznej, etyki i propedeutyki lekarskiej. Można też i należy z niej czerpać tematy do dyskusji w naszych zrzeszeniach społeczno-lekarskich.

M. F.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. HIRSCH-KAUFMANN. O szkodach, sprawianych przez insulinę. (Ther. der. Gegenw. № 6/1930).

Pomijając rozmaite szkody, spowodowane przez zanieczyszczenia insuliny, najczęstszem zaburzeniem, wywołanem przez nią, jest zespół, zwany *hyperinsulinismus*. Pierwsze jego objawy, jak: osłabienie, ziewanie, poty, drżenie, głód i t. d. zwracają na siebie uwagę dorosłych, którzy w porę stosują środki ostrożności; natomiast u dzieci objawy te uchodzą ich uwagi, wskutek czego wpadają one w silnie wyrażony stan hipoglikemiczny; występują skurcze w zakresie mięśni twerzy i kończyn, ciężkie drgawki, przypominające padaczkę, częste są stany zamroczenia, natomiast objawy śpiączki należą do rzadkich. U dzieci często występują zaburzenia psychiczne w postaci stanów podniecenia natury depresyjnej lub manjakałnej, urojeń, czynienia naprzekór; często bywa podwójne widzenie z zezem i niemożliwością patrzenia w bok i ku górze. Każda hipoglikemia kryje w sobie prócz tego groźbę zaburzeń czynności serca, ujawniającą się w bradykardji lub niemierności ekstrasystolicznej. Wszystkie te objawy są jednak przemijające i znikają bez śladu po podaniu cukru; przy słabych

objawach wystarczy doustne podanie cukru, w silnie wyrażonych należy zastrzykiwać dożylnie roztwory cukru gronowego; czasami jednak interwencja następuje zbyt późno i może nastąpić śmierć. Na czym polega wstrząs hipoglikemiczny, nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. W przypadkach śmierci obdukcja na ogół nie wykazuje żadnych zmian organicznych.

Czasem insulina pogarsza stan cukrzycy (paradoksalne działanie insuliny), co N o o r d e n tłumaczy pewnego rodzaju rozpieszczaniem i wskutek tego osłabieniem narządu wyspowego trzustki, przestrzegając przed niepotrzebnym stosowaniem insuliny w lekkiej cukrzycy.

Wielokrotnie w ciągu lat powtarzane w tem samym miejscu zastrzykiwania insuliny prowadzą u niektórych osób do zaniku tkanki tłuszczowej w tem miejscu (*lipodystrophia localis*).

Oczywiście, wieloletnie zastrzykiwanie insuliny nie pozostaje bez wpływu na psychikę pacjentów, którzy cierpią na prawdziwy lęk przed wstrząsem hipoglikemicznym.

W jednym przypadku obserwował autor u ośmioletniego chłopca wstrząs anafilaktyczny po insulinie, objawiający się wysoką gorączką i osutką pokrzywkową, wychodzącą z miejsca zastrzyknięcia.

Henryk L a n d a u.

S. FÉHÉR i E. ZAK. W sprawie krytyki „bólów naczyńowych”. (Wien. kl. Woch. № 19-1930).

Skurcz mięśni ściany naczyniowej może powodować bóle, jak tego dowodzą bóle po wśródtętniczym zastrzyknięciu soli baru, ale należy to raczej do rzadkości. Bóle naczyniowe, występujące w dusznicy bolesnej i chromaniu przestankowem, zależą nie tylko od skurczu naczyń, lecz raczej od niedostatecznego ukrwienia (*ischæmia*) pracujących mięśni. Jeśli zostanie zahamowany dopływ tętniczy do kończyny, jak to bywa w chromaniu przestankowem wskutek schorzenia ściany tętniczej lub w doświadczeniach na zdrowych wskutek uciśnięcia tętnicy, to po krótkiej pracy występuje skurcz naczyń odpowiedniego dystalnego odcinka, wywołany jako fizjologiczny odruch przez pracę mięśni przy niedostatecznym zaopatrzeniu w krew.

Jeśli osobom zdrowym przewiązać kończynę opaską, a następnie kazać im wykonywać ruchy tą kończyną, to po pewnym czasie występuje w jej dystalnym odcinku ból kurczowy, który w końcu uniemożliwia ruchy. Po zdjęciu opaski wiadać, że pewne odcinki skóry nie biorą udziału w ogólnym przekrwieniu; podmiotowo podkreślają badane osoby powolne tempo ukrwienia i uczucia ciepła. Jeśli przed doświadczeniem zastosować środki rozszerzające naczynia (azotyn sodu, strychninę, która w pewnych warunkach wywiera odwrotne działanie, niż zwykle), to ukrwienie i uczucie ciepła występuje szybko i obejmuje całą kończynę. Dowodzi to istniejącego uprzednio skurczu naczyniowego.

W innej grupie doświadczeń chorym z napadami dusznicy bolesnej i aortalgią kazano 60 razy szybko otwierać i zamykać pięść. Mimo, iż w następstwie tego ciśnienia krwi podnosiło się, czasem bardzo znacznie (ze 160 na 250 mm. Hg), bóle nie występowały, co dowodziłoby, że ból skutkiem rozciągania nie jest zależny wyłącznie od podniesienia się ciśnienia.

Henryk L a n d a u

R. SCHOEN i E. DERRA. Badania nad znaczeniem sinicy, jako objawu klinicznego. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 168, z. 1-2).

Sinica jest zasadniczo wyrazem zwiększenia się przeciętnej zawartości zredukowanej hemoglobiny we krwi naczyń wło-

sowatych ponad 6,5 obj. $\%$ (v. Slyke i L u n d s g a a r d). Dla oceny sinicy ma duże znaczenie znajomość deficytu w nasyceniu tlenem krwi tętniczej, pozwala ona odróżnić sinicę tętniczą (zaburzenia w nasyceniu O_2) od sinicy włosowatej (wzmoczone oddawanie O_2 w naczyniach włosowatych), która wynika z różnicy tętniczo-żylniej w zawartości tlenu.

W chorobach płuc powstaje sinica wskutek utrudnień w pobieraniu tlenu (powierzchnowy, częsty oddech, zwiększenie się powietrza zalegającego, zmniejszenie się napięcia O_2 w pęcherzykach płucnych, utrudnienie dyfuzji tlenu) lub wskutek przechodzenia krwi przez nieprzewietrzane, nie zawierające powietrza odcinki płuc (nacieczenie, niedodma). Utrudnienie w pobieraniu tlenu jest najważniejszą i najczęstszą przyczyną sinicy płucnej, która i w zapaleniu płuc zawsze bierze udział. Racjonalne leczenie takich zaburzeń polega na wdychaniu tlenu. Sinicę silnego stopnia znajduje się szczególnie w przypadkach szybkiego rozwoju i rozległego rozprzestrzenienia zmian chorobowych w płucach.

Sinicę bez zmniejszonego nasycenia tlenu krwi tętniczej (sinica włosowata) znajduje się w zakaźno-toksycznych zapaleniach naczyń i w niedomodze serca bez zastojów płucnych. Nie we wszystkich przypadkach tętniczo-żylna różnica w zawartości tlenu jest w żylniej krwi mieszanej odpowiednio do sinicy zwiększona, gdyż szybkość przepływu i zużytkowanie tlenu zmniejsza się w poszczególnych zakresach naczyńowych.

Sinica większości sercowo chorych powstaje wskutek zmniejszonego nasycenia tlenu krwi tętniczej i zwiększonego oddawania tlenu w naczyniach włosowatych (mieszana sinica). Pod względem skłonności do sinicy można odróżnić rozmaite typy niedomogi serca; im cięższe jednak stoją się zaburzenia w krążeniu, tem bardziej zacierają się te różnice. Po większej części czynnik płucny przeważa w patogenie sinicy sercowo chorych nad zastojem obwodowym.

We wrodzonym *morbus coaruleus* zawsze większa liczba czynników ponosi odpowiedzialność za sinicę. Analiza gazy umożliwia stwierdzenie faktu, że żylna krew, omijając płuca, miesza się z tętniczą (sinica wskutek krótkiego spięcia) ale nie pozwala określić ilościowo tej części.

Henryk L a n d a u

BORCHARDT. Podawanie szpiku kostnego i niedokrewność. (D. m. W. N. 13. 1930)

Z przeprowadzonych badań na psach, u których wywoływano sztuczną niedokrewność przez upust krwi i następnie podawano szpik kostny, (żebra), szpik kości długich, hepatopson i tłuszcz, okazało się, iż najskuteczniej poprawiały się zwierzęta, które otrzymywały szpik kostny żeber. Należałoby się przekonać, jakie formy ludzkiej niedokrewności u dzieci i dorosłych dałyby się leczyć tym sposobem.

St. L u x e n b u r g.

Choroby płuc.

H. MAYRHOFER. Wsłykowe zapalenie opłucny w łuszczycy. (Wien. klin. Wschr. Nr. 37-1930).

Autor opisuje dwa przypadki łuszczycy, w której przebiegu wystąpiło wsłykowe zapalenie opłucny, oraz trzeci, powikłany wysłykowem zapaleniem opłucny i osierdzia oraz przewlekłym gośćcem stawowym. Próba tuberkulinowa wykazała alergię silnego stopnia. Pod wpływem zastrzyknięć tuberkuliny diureza silnie się wzmogła. W jednym przypadku rozlanej włóknistej gruźlicy płuc po wysiewie łuszczycowym nastąpiło pogorszenie się stanu płuc z powstawaniem zmian rozpadowych i wytwarzaniem się jam.

Czy łuszczyca jest bezpośrednią przyczyną tych pogorszeń, czy też oznaką odczynu obronnego ustroju w zjadliwym wysiewie gruczołowym drogą krwionośną, czy też przyczyną obu schorzeń jest ta sama, t. j. czy łuszczyca jest przyczyną, objawem alergicznym lub wprost schorzeniem gruczołowym, pozostaje nierozstrzygnięte.

Henryk J. L a n d a u

V. de LAVERGUE, E. ABEL i R. WEBENEDETTI. Eozynofilia opłucnowa i amebiaza płucna. (Par. Méd. Nr. 23 1930 r.).

Eozynofilia płynu, wydobytego z opłucny, stwierdzona w przebiegu amebiazy płucnej, ma znaczenie odczynu swoistego, jaki ogólnie wywołują pasorzyty. Niestwierdzenie eozynofilii nie dowodzi jej nieistnienia, lecz jedynie jej przemijającego występowania, co nie pozwoliło jej uchwycić w trakcie badań cytologicznych, wykonanych zbyt późno lub zbyt wcześnie.

Henryk L a n d a u

SCHOLZ. Gospodarka chlorowa u chorych na zapalenie płuc i jej znaczenie dla przebiegu choroby. (D.m. W. Nr. 37-1930).

Znaczne zmniejszenie wydalania NaCl drogą moczu u chorych na zapalenie płuc oraz spadek NaCl we krwi zależy od magazynowania soli w ognisku zapalnym.

Zjawisku temu towarzyszy spadek ciśnienia krwi często poniżej 100 mm Hg przy dobrej czynności serca. Przypuszczenie, iż spadek ciśnienia krwi zależy od zmniejszenia NaCl we krwi, okazało się słuszne. Wprowadzając chorym na zapalenie płuc o niskim ciśnieniu roztwory soli kuchennej, otrzymywano podwyższenie ciśnienia krwi, oraz często w przypadkach niepowikłanych po 24 godzinach występował kryzys. Sól kuchenna w nadmiarze jest złą pożywką dla bakterij chorobotwórczych, i tem tłómaczyć należy przyspieszenie przełomu po wprowadzeniu soli do organizmu. Nie stwierdzano tej poprawy w przypadkach wędrującego zapalenia płuc. Należy przypuścić, iż dieta bezsolna, zalecana u chorych na zapalenie płuc, sprządzając obniżenie ciśnienia krwi, nie pomaga, a raczej szkodzi choremu.

Wobec tego dla poprawy krążenia i jego podtrzymania zaleca autor podawanie doustnie 10 gr. NaCl w przypadkach z ciśnieniem prawidłowym, przy obniżonym zaś ciśnieniu zaleca wprowadzanie dożylnie 100 gr. 25% roztworu NaCl. powoli przez 5-10 minut.

Nie można przeprowadzać tego leczenia u chorych z osłabionym mięśniem sercowym i przy zastoju w małym krążeniu. W tych ostatnich przypadkach — tylko po dokonanych uprzednio upuście.

Wanda F r a n z ó w n a.

A. RETHI. O zapobieganiu zachłystowemu zapaleniu płuc przez zamknięcie wejścia do krtani przy pomocy zeszywania strun głosowych. (Der Chirurg Nr. 11, 1930).

Autor zastanawia się nad sposobem usunięcia kolosalnego odsetka śmiertelności po operacjach raka języka, gardzieli lub migdałków. Po wprowadzeniu znieczulenia miejscowego pierwotna śmiertelność pooperacyjna spadła z 42,8% na 10—15%. Niebezpieczeństwo zachłystowej pneumonii grozi jednak dalej choremu z powodu b. obfitej wydzieliny z dużych ran operacyjnych po usunięciu nowotworu. Dla zapobieżenia temu powikłaniu polecano różne zabiegi przedoperacyjne, przygotowujące do właściwej operacji (L a n g e n b e c k, K o c h e r, S ö r e n s e n i t. d.). Autor proponuje przed operacją, jednorazowo z podwiązaniem tętnicy językowej lub szyjnej, lub z usuwaniem wstępnem zajętych gruczołów chłonnych, przy-

gotowawcze zeszywanie strun głosowych. Operację wykonywa się w znieczuleniu miejscowym; robi się laryngofissurę i, po delikatnem usunięciu nabłonka ze strun głosowych, zeszywa się je. Górną część rany ponad strunami głosowymi zeszywa się, a w dolny biegun skóry wszywa się błonę śluzową krtani (laryngostomia). Po ośmiu dniach struny głosowe są zrosnięte chory oddycha przez otwór laryngostomijny, a przez tak utworzoną przegrodę drogi oddechowe są absolutnie zabezpieczone. Po właściwej operacji i wygojeniu ran autor na ostro rozdziela struny głosowe, które później same pokrywają się po krótkim czasie nabłonkiem. Po kilku miesiącach chory odzyskuje mowę. Dla tak pomyślanej operacji a. widzi następujące wskazania:

1) rozległe nowotwory gardzieli, języka, migdałków;

2) schorzenia nerwowe, powodujące porażenia języczka i mięśni gardzieli, jak np. *myasthenia spinalis et bulbaris, paralysis bulbaris progr., sclerosis lateralis amyotrophica*. Zeszywanie strun głosowych jest, oczywiście, wskazane tylko w ciężkich przypadkach z silnymi zaburzeniami w polykanii, grożącymi zaduszeniem się. Zabieg jest także wskazany w schorzeniach, rokujących poprawę, a często śmiertelnie powikłanych zachłystową bronchopneumonią (*encephalitis epidemica, pseudoparalysis bulber.*, pewne przypadki porażenia pobłoniczych);

3) trzecią wreszcie grupę stanowią ciężkie urazy krtani z silnem uszkodzeniem mechanizmu polykania, prowadzącem do zachłystowego zap. płuc i śmiertelnego wyniszczenia. A. cytuje jeden taki przypadek bliski śmierci z powodu wyniszczenia, a wyleczony omawianym zabiegiem.

B. Przeworski.

Choroby serca i naczyń.

St. STERLING - OKUNIEWSKI. Kliniczne znaczenie ciśnienia rozkurczowego. (Wien. klin. Wschr. Nr. 35 1930).

Oznaczanie samego tylko ciśnienia skurczowego, jak to czynią niektórzy klinicyści, nie ma żadnego większego znaczenia klinicznego i nie daje żadnego pojęcia o rzeczywistym stanie obwodowego układu naczyniowego. Tylko oznaczanie skurczowego i rozkurczowego ciśnienia i wynikającego z nich parcia tętna (Pulsdruck) pozwala klinicyście na wyciąganie pewnych prognostycznych wniosków. W stanach nadciśnienia podnoszenie się samego tylko ciśnienia skurczowego bez zmian ciśnienia rozkurczowego nie daje powodu do obaw. Przy ustaleniu ciśnienia rozkurczowego jest to objaw poważny, ale niezawsze groźny, w razie jednoczesnego podnoszenia się ciśnienia rozkurczowego zaczyna się ono stawać groźnym objawem, przemawiającym za zwiększaniem się hipokardji. W stanach obniżonego ciśnienia tętniczego podnoszenie się ciśnienia skurczowego przy niezmienionem rozkurczowym jest pomyślnie dla chorego; natomiast podnoszenie się ciśnienia rozkurczowego bez zmiany skurczowego jest poważnym dla chorego objawem, mówiącym o rozpoczynającej się hipokardji.

Henryk J. L a n d a u.

E. ALLEN i M. HOCHREIN. O ciśnieniu żylnem i częstości skurczów serca. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 866, z. 3/4).

W większości normalnych wypadków ciśnienie żylna waha się między 4,0 a 8,0 cm. słupa wody, za górną granicę normy należy uważać 10,0 cm. H²O. Mierzenie ciśnienia żylnego ma specjalne znaczenie dla rozpoznawania różniczkowego chorób serca, dla wczesnego stwierdzania niedomogi krążenia słabego stopnia i dla kontroli wyników leczniczych w niewyrównanych przypadkach. W schorzeniach płuc i innych chorobach ciśnienie żylna bywa zwykle normalne. Gdy się

stwierdza podniesienie tego ciśnienia, należy poszukiwać innych objawów zaburzeń krążenia.

Badania na dużym materiale klinicznym i doświadczenia na zwierzętach nie przemawiają za tem, by częstość akcji serca była regulowana przez wysokość ciśnienia żylnego.

Henryk Landau.

G. ZUELZER. Znaczenie kliniczne hormonu sercowego „Eutanon“, jednocześnie analiza „siły rezerwowej serca“. (Med. Kl. 19/1930).

Hormon sercowy Eutanon, wykryty przez autora w mięśniach i wątrobie, powoduje wzmnożenie pracy mięśnia sercowego dzięki wzmoczeniu jego napięcia, i silniejsze ukrwienie przez rozszerzenie naczyń wieńcowych. Nie posiada własności kumulacji, jak naparstnica i w cięższych wypadkach może być stosowany do 6—8 razy dziennie bez objawów ubocznych.

Zastosować E. możemy w przypadkach, gdzie praca serca słabnie, i chcemy wyzyskać „siłę rezerwową“ m. sercowego, naprz. w ciężkich zapaleniach płuc, grypie, profilaktycznie przed operacją, u sportowców przed wyczynami, wymagającymi znacznego wysiłku. Bicie serca i sensacje bólowe w okolicy serca, określone przez Ortnera jako „anginoidne“, zależne są od skurczu naczyń wieńcowych. Skurcz ten znika po zastosowaniu Eutanonu.

Wpływ E. na ciśnienie krwi jest dość osobliwy, wysokie ciśnienie obniża się, niskie się podnosi.

Ponieważ E. bezpośrednio nie wpływa na ciśnienie, należy przypuścić wpływ na ośrodki.

M. Segal.

DESCLIN Leon. O przewlekłych zakrzepach pnia i głównych gałęzi tętnicy płucnej. (Frankfurter Ztschr. f. Pathol. 1930, T. 40 z. 1 s. 161—171).

Autor opisał 6 przyp. zupełnego zamknięcia głównych gałęzi tętnicy płucnej i 2 przyp. jej pnia i starał się rozstrzygnąć, czy chodzi tu o następstwo zatoru czy też miejscowej sprawy zakrzepowej. Analiza przypadków własnych i z piśmiennictwa skłania autora w kierunku prawdopodobieństwa tła zatorowego we wszystkich przypadkach własnych i w przeważającej liczbie przypadków innych autorów. Ani dane badania klinicznego ani pośmiertnego (makro i mikroskopowego) nie dostarczają najczęściej bezwzględnych danych co do rodzaju zamknięcia. Nagły początek przemawia za zatorem, inne objawy kliniczne, przytaczane przez Ljungdahl'a jako charakterystyczne dla zatoru, w postaci swoistego suchego kaszlu, duszności, sinicy, obrzęków i rozszerzenia komory prawej, są objawami wspólnymi zarówno dla zatoru, jak i dla zamknięcia zakrzepowego pnia lub głównych gałęzi tętnicy płucnej. Stwierdzenie, czy sprawa zaczęła się nagle, jest bardzo trudne, a w wielu przypadkach nawet niemożliwe.

Stwierdzenie skrzepliny lub jej następstw w jednej z żył (najczęściej udowej) przemawia za dużą, lecz nie bezwzględną pewnością, że korek w tętnicy płucnej lub jej gałęziach jest pochodzenia zatorowego. Budowa mikroskopowa korka może, zdaniem Müllera, tylko w bardzo wczesnych okresach sprawy przemawiać za jego pochodzeniem zatorowym lub zakrzepowym.

Przypadki autora wskazują, że zamknięciu ulega częściej prawa, niż lewa gałąź główna tętnicy płucnej, i że sprawa ta częściej dotyczy kobiet, niż mężczyzn. Wiek osobników z temi zmianami w tętnicy płucnej wahał się od 41 do 61 lat.

W. Czarnocki.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

FELIX. Anaemia perniciosa a istota wątrobowa. (Münch. med. Woch. Nr. 45.—1930).

Zmiany we krwi w a.p. dotyczą w pierwszym rzędzie liczby, wielkości, kształtu i barwności czerwonych krwinek.

Znaczne zmniejszenie ilości i zawartości Hb upośledza utlenienie tkanek, z czego wynika zanik glikogenu w komórkach, naciek tłuszczowy, większe ilości cukru i kwasu mlekowego we krwi, wydalanie tych ciał z moczem, większa przemiana białkowa, ujemny bilans białkowy i wzmoczenie przemiany podstawowej. Brak Hb jest do pewnego stopnia wyrównany większym wskaźnikiem barwnym krwinek. Ostatni nie zależy od większego tworzenia Hb w szpiku, lecz od zjawiania się megalocytów. Większa barwność eozyną normalnych co do wielkości krwinek może być wyrazem większej zawartości Hb. W globinie znajdują się liczne grupy zasadowe, łatwo wiążące eozynę. Możliwy jest również taki stan Hb, który wzmacnia jej powinowactwo do eozyny. Nieznaczne nawet przesunięcie dokoła punktu izoelektrycznego krwi w kierunku kwaśnym w obrębie krwinek może wywołać dysocjację nowych grup zasadowych i większą zdolność wiązania eozyny.

Spadek liczby krwinek spowodowany jest ich rozpadem, za którym nie podąża odnowa. Rozpadu dowodzi odkładanie się żelaza w narządach, hiperbilirubinemia, zwiększone wydalanie urobiliny i urobilinogenu w moczu i w kale. Rozpad krwinek może być natury mechanicznej i chemicznej. Wpływy mechaniczne, to jest zmienione ciśnienie osmotyczne, nie wchodzi tu w rachubę, gdyż organizm w każdym momencie zachowuje swoje ciśnienie osmotyczne. Oporność krwinek w a.p. jest nawet zwiększona. Hemoliza z przyczyn chemicznych może dotyczyć zmian w otoczkach krwinek lub hemoglobiny. Otoczki składają się z białka i lipidów. Najbardziej znane są jady lipidowe, pospolite w świecie zwierzęcym i roślinnym. Mogą się tworzyć w przebiegu przemian ustrojowych, np. podczas ciąży (*anaemia gravidarum*). W niektórych przypadkach dodatek cholesterolu zobojętnia działanie jadów. Ilość cholesterolu jest też zmniejszona u chorych na a.p. Znaną są również fermenty proteolityczne, jak fenylhydrazyna lub *Kalium chloratum*, zmieniające hemoglobinę w methemoglobinę. Krwinki z methemoglobiną giną, a barwnik ich nie bierze udziału w przemianie tlenowej; tylko nieznaczna część jego może być z powrotem zamieniona w szpiku na Hb. Rozpad normalnych krwinek w komórkach s—ś ślędziony może również wynikać z hemolizy lipidowej.

Polichromatofile mogą reprezentować okres przejściowy tworzenia się krwinek, mianowicie, stadjum rozpadu krwinek jądrzastych i rozpuszczania się jąder. Obecność większej liczby polichromatofilów wynika z nadczynności szpiku kostnego. W życiu płodowym powstają najpierw megaloblasty, które po utracie jądra zmieniają się w megalocyty. Tych postaci nie spotyka się w życiu pozapłodowym. Retikulocyty znajdują się we krwi płodów i ludzi. Krew osób zdrowych zawiera ich 2—3 pro mille, w razie większego nowotworzenia krwi liczba ta zwiększa się.

Szpic kostny a.p. jest szerszy i histologicznie przedstawia obraz większej regeneracji, o typie bardziej płodowym. Zawiera dużo erytroblastów, megaloblastów. Do krwi przechodzą polichromatofile, megalocyty i duże jądrzaste krwinki. Brak jednak większej liczby retikulocytów.

Leczenie wątrobą odsunęło nieco teorię jadów. Wprowadzono je na podstawie badań nad anemią doświadczalną, która niewiele ma wspólnego z a.p. Istota czynna wątroby jest związkiem azotowym, natury niebiałkowej. Rozpuszcza się łatwo w wodzie i rozwodnionym alkoholu. Po utlenieniu, gotowaniu z kwasami, traci swe własności lecznicze.

Pierwszą oznaką skutecznego leczenia wątrobowego jest wzrost liczby retikulocytów, następnie liczby krwinek i Hb. Poprawa i jej szybkość zależą od ilości podanego preparatu i stanu krwi przy rozpoczęciu leczenia. Megalocyty i megaloblasty znikają z krwi krążącej. Bilirubinemia, urobilinuria wracają do normy. Ilość cholesterolu we krwi podnosi

się. Nie stwierdza się wpływu leczenia na kwasotę żołądka i zmiany rdzeniowe. Ciało czynne znajduje się również w soku żołądkowym, śluzówce i mięśniach żołądka, w nerce.

Leczenie wątroby nie wniosło światła do teorii toksycznej. Anemię wywołać można rozmaitemi jadami, ale nie jest to postać identyczna z *a. p.* Wydaje się prawdopodobniejsze, że wątroba zawiera jakieś brakujące choremu organizmowi ciało. Szpik kostny w *a. p.* tworzy ciała krótkotrwałe; wątroba wyrównywała tę niedomogę. Również niewiadomo, jakiego rodzaju jest to brakujące ciało. Lipoidy, które są tak niezbędne dla normalnego składu krwinki, mogą mieć znaczenie w powstawaniu zmian rdzeniowych. Podobnie w blednicy, wywołanej niedomogą jajników, czynnikiem brakującym jest hormon jajnikowy, ciało natury lipoidowej. Wydzielanie kwasu solnego w żołądku jest funkcją błony komórkowej, której natura jest lipoidowa. Zmiany w strukturze błony mogą spowodować ciężkie upośledzenie sekrecji kwasu solnego. Z tego punktu widzenia istota działająca wątroby przedstawia się jako hormon, który pobudza do normalnej przemiany lipoidowej.

Powyższe ujęcie nie tłumaczy jednak braku poprawy w śluzówce żołądka, w rdzeniu i na języku. Z drugiej strony częściowa poprawa zależy może od charakteru tkanek. Szpik kostny jest tkanką zmienną, a śluzówki języka, żołądka, układ nerwowy—to tkanki stałe, w których zmiany wsteczne nie cofają się łatwo.

F. Turyn.

Norbert HENNING. Leczenie niedokrewności złośliwej wątroby. (Folia haematologica. Tom 42.—1930).

Autor podaje analizę 100 przypadków, obserwowanych przez czas dłuższy. Materiał podzielony jest na 3 grupy. Grupa pierwsza obejmuje 78 chorych, leczonych wyłącznie wątroby lub wyciągami z wątroby — wyniki zupełnie dobre. Drugą grupę stanowi sześciu chorych, którzy przybyli w bardzo ciężkim stanie:

Hb. poniżej 20%, liczba erytrocytów—mniej, niż milion. Chorzy ci nie mogli przyjmować dostatecznej dawki wątroby, toteż przed terapią wątrobową stosowano jedną lub więcej transfuzji krwi. Jeśli nawet ciężko chorym udaje się podać doustnie wątrobę, autor zaleca również transfuzję krwi w celu utrzymania chorego przy życiu w ciągu krytycznego czasu, zanim wątroba zaczyna działać.

Pierwszym zwiastunem poprawy jest zwiększenie się liczby retikulocytów we krwi: w ciągu 6 dni liczba retikulocytów z 20% dochodzi do 200—300%. Po tygodniu zwiększa się liczba erytrocytów i Hb. Na pozostałe objawy niedokrewności złośliwej, jak *glossitis*, *ochylia gastrica*, *myelitis* — wątroba nie działa.

Autor nie podziela poglądu Naegeli o wyczerpaniu się skuteczności leczenia wątroby. Przekonał się na szeregu chorych, obserwowanych w ciągu trzech lat, że pogorszenie spowodowane było zawsze niewłaściwym dawkowaniem wątroby.

Podawanie wątroby często wywołuje wymioty; pomimo to nie należy przerywać terapii, gdyż po paru dniach wymioty ustają. Autor zaleca pierwszego dnia 100 gr. wątroby, w trzecim dniu dochodzi do normalnej dawki 800—1000 gr. czynnej wątroby, z tego 300 gr. surców, reszta w wyciągach wątrobowych.

W okresie remisji dawkowanie wątroby winno być dla każdego chorego indywidualnie ustanawiane.

Niewszystkie objawy anemii złośliwej cofają się dzięki leczeniu wątroby, ale życie chorych i zdolność do pracy niewątpliwie zostają przedłużane. Im wcześniej w przebiegu anemii złośliwej zjawiają się powikłania ze strony układu nerwowego, tem gorsze jest rokowanie.

Mechanizm działania wątroby dotąd jest nieznany. Naegeli sądzi, że wątroba drażni szpik kostny. Morawitz przypisuje wątrobie inną jeszcze właściwość, mianowicie produkowanie pod jej wpływem bardziej żywotnych erytrocytów.

Terapia wątrobową etiologii anemii złośliwej nie wyjaśniła. To, że inne narządy, jak nerki, żołądek, tak samo działają, jak wątroba, jeszcze bardziej komplikuje sprawę.

Jakób Pen son.

G. SPENGLER. W sprawie usuwania śledziony w niedokrewności złośliwej. (Wien. klin. Wschr. Nr. 38.—1930).

W pewnym przypadku niedokrewności złośliwej wycięcie śledziony doprowadziło do remisji, trwającej 10 lat, przyczem badanie krwi, wykonane w 5½ roku po zabiegu, wykazało, że wskaźnik barwnikowy był mniejszy od 1, i że, poza nielicznymi ciałkami Jolly'ego, obraz czerwonych ciałek pod względem kształtu, wielkości i barwienia się był zupełnie normalny, tak, że wydawało się, iż osiągnięto zupełne wyleczenie kliniczne. Jednakże dalsze badania krwi wykazały, że powróciła ona szybko do obrazu hiperchromicznej niedokrewności ze wskaźnikiem, równym 1,9, pomimo stosowania wątroby i wstracmonu przyszło do myelozy powrózkowej i zaniku śluzówki języka.

W drugim przypadku niedokrewności złośliwej splenektomia spowodowała dziesięcioletnią remisję, choć obraz krwi zachował swój charakter hiperchromiczny i megalocytny.

Spostrzeżenia te oraz doświadczenia z dietą wątrobową dowodzą, że między śledzioną a wątrobą istnieje w ustroju antagonizm w ich czynności, regulującej zawartość czerwonych ciałek we krwi.

Henryk Landau.

STEPP i WENDT. Odczyn z tkanek limfatycznych i gorączka gruczołowa. (D. m. W. Nr. 16.—1930).

Autorzy podają charakterystyczne przypadki choroby, objawiającej się anginą, zwiększeniem liczby limfocytów we krwi, obrzękiem gruczołów chłonnych, gorączką, powiększeniem śledziony, zaburzeniami stanu ogólnego różnego stopnia, bez zmian szczególnych w narządach wewnętrznych. Najważniejszym objawem w tej postaci chorobowej jest powiększenie liczby limfocytów łącznie z różnorodnością formy, przyczem objaw ten niezawsze występuje na początku choroby (może być z początku i zmniejszenie), utrzymuje się jednak b. długo po ustąpieniu wszelkich objawów, przy zupełnie dobrym samopoczuciu chorych. Moment zjawiania się anginy jest również nieustalony, także odróżnienie od białaczki limfatycznej może sprawiać duże trudności. Choroba trwa kilka tygodni, rokowanie jest pomyślne. Przyczyną jest nieznany zarazek; zdarzają się przypadki występowania epidemicznego. Autorzy amerykańscy identyfikują gorączkę gruczołową Pfeiffera, występującą w wieku dziecięcym, z odczynem z tkanek limfatycznych, występującym u dorosłych.

St. Luxemburg.

RIDDER. Przewlekła białaczka szpikowa a ciąża. (Münch. med. Woch. Nr. 48.—1930).

Autor opisuje przypadek białaczki szpikowej, znacznie poprawionej naświetlaniami promieniami R. W okresie poprawy pacjentka zaszła w ciążę, której nie przzerwano, ze względu na posunięty okres (7 mies.). Chora do końca ciąży czuła się dobrze, obraz krwi był zadawalający, urodziła żywe, donoszone dziecko. Po porodzie wystąpiło znaczne pogorszenie i śmierć po 2 miesiącach.

R. wnioskuje z powyższego przypadku, że naświetlanie

promieniami R. jest środkiem najskuteczniejszym w leczeniu białaczki. Uważa za wskazaną jednoczesną sterylizację kobiety: ze względu na niebezpieczeństwo pogorszenia, jakie może wywołać ciąża, wzgl. poród. Przerwanie ciąży w opisywanym przypadku było przeciwwskazane wobec późnego jej okresu i życzenia chorej urodzenia dziecka. Przerwanie ciąży jest konieczne, o ile białaczka wystąpi po zająściu. W przypadkach ciąży, która zjawia się w przebiegu białaczki, należy ciążę przerwać tylko wobec wskazań *quoad vitam*.

F. Turyn.

Choroby dróg moczowych

J. CHAUMERLIAC. Nerczyca lipidowa. (Le Journal Medical Français Juin 1930).

Amerykanie i Niemcy traktują nerczycę lipidową, jako samodzielną jednostkę kliniczną. Terminu *nephrosis* użył pierwszy Miller w 1905 dla zmian wstecznych nabłonków nerkowych bez stanu zapalnego. Zmiany te mogą być tłuszczowe, amyloidowe, lipidowe i inne. Aschoff wykazał, że zapalenie i degeneracja zwykle występują obok siebie z przewagą jednej lub drugiej zmiany. Wskutek tego zakwestjonowano ściśle odgraniczenie nerczycy od zapalenia nerek. Dopiero Volhard, Fahr i Munk wyodrębnili zespół kliniczny, który ma być charakterystyczny dla nerczycy lipidowej.

Chorują przeważnie dzieci. Choroba rozpoczyna się od stopniowo wzrastających obrzęków i obfitego białkomoczu, który podlega znacznym wahanom. W osadzie moczu nieliczne leukocyty, pojedyncze wałeczki szkliste oraz w wielkiej liczbie kryształki cholesterolu Munka. Kryształki te nie są patognomiczne dla nerczycy lipidowej — Amerykanie znajdowali je w przebiegu innych schorzeń nerkowych. Prócz tego mocz zawiera tłuszcz obojętne i kryształki kwasu tłuszczowego.

Stała Acharda, wydzielanie mocznika, chlorków. ciśnienie krwi — normalne.

Bardziej charakterystyczne zmiany występują we krwi Surowica opalizuje, czasem nawet jest mleczna. Ilość kwasów tłuszczowych z $4\frac{1}{100}$ (norma) dochodzi do $30\frac{0}{100}$, ilość cholesterolu z $13\frac{0}{100}$ (norma) do 15-20 gr. na litr surowicy. Znaczne zmiany obserwuje się w ilościowym i jakościowym składzie białek surowicy: 1) znaczne obniżenie ogólnej ilości białek, niezależnie od hidremji. 2) Zaburzenia w równowadze poszczególnych białek.

Ilość albumin spada, ilość globulin wzrasta.

Spadek poziomu albumin pociąga za sobą znaczne obniżenie ciśnienia osmotycznego surowicy do 13 cm.3 (norma 40 cm.3 słupa wody). Zgadza się to z badaniami Govertsa, który wykazał, że albuminy wywołują cztery razy większe ciśnienie osmotyczne, niż globuliny.

Przebieg choroby zwykle długotrwały z remisjami i zaostrzeniami. Rokowanie dobre, często jednak dołączają się różne schorzenia dróg oddechowych.

Aby rozpoznać nerczycę lipidową, należy stwierdzić zespół opisanych objawów, głównie zmiany we krwi: hipalbuminemja z odwróceniem formuły $\frac{\text{albuminy}}{\text{globuliny}}$, hipercholesterynemja, lipemja. Poszczególne objawy mogą bowiem występować w innych chorobach.

Leczenie polega na stosowaniu bezsolnej diety, zwiększeniu ilości białka, z ograniczeniem tłuszczów. Epstein przepisuje na dobę: białka 120-270 gr., tłuszczu 20-40 gr., węglowodanów 150-300 gr. Ten sam autor otrzymuje dobre wyniki przy podawaniu przetworów tarczycy w dawce od 0,0 1 do 1 gr. dziennie; chorzy na nerczycę lipidową wykazują dużą tolerancję na preparaty tarczycy.

Jako momenty etiologiczne nerczycy lipidowej wymieniają przymiot, gruźlicę i inne infekcje. Epstein wiąże schorzenie to z zaburzeniami gruczołów dokrewnych, w pierwszym rzędzie tarczycy.

Potogeneza jest dotąd nieznaną. Istnieją dwie hipotezy: nerkowa i pozanerkowa. Govertsa np. twierdzi, że nieznaną przyczyną toksyczną wywołuje uszkodzenie nabłonków nerkowych; kanaliki nerkowe przepuszczają wtedy białka o mniejszym ciężarze cząsteczkowym, t. zn. albuminy. Ten sam czynnik toksyczny powoduje również hipercholesterynemję i nacieczenie nabłonków nerkowych cholesteroliną.

Munk uważa, że obrzęki powstają wskutek wzmożonej wodochłonności tkanek, spowodowanej zmianami fizyczno-chemicznymi koloidów krwi. Odwrócenie stosunku białek surowicy powoduje kłaczkowanie lipidów, które w stanie strąconym zostają wydalone z ustroju.

Jakób Pensón

J. CASTAIGNE. O gospodarce chlorków krwi w przebiegu chorób nerkowych. (Le Journal Méd. Français Juin 1930).

Poglądy na gospodarkę chlorków krwi w przebiegu chorób nerkowych uległy rewizji w ciągu ostatnich lat. Od czasów Widala panował niepodzielnie pogląd, że każde zatrzymanie chlorków w ustroju zawsze połączone jest z obrzękami.

Ambard wprawdzie dowodził, że niezawsze obrzęki towarzyszą hiperchloremji; nazwał to zjawisko „*rétenion chlore sèche*”, ale wobec utartych poglądów, a zwłaszcza powagi Widala, pogląd Ambarda nie znalazł posłuchu.

Dopiero w ciągu ostatnich lat prace Bluma i jego uczniów niezbitnie dowiodły, że hiperchloremja bez obrzęków jest zjawiskiem dość częstym w przebiegu chorób nerkowych. Na zasadzie licznych prac i własnych obserwacji autorzy dochodzą do wniosku, że pomiędzy zatrzymaniem w ustroju substancji azotowych a retencją chlorków istnieje wybitna różnica. Zatrzymany w ustroju mocznik jest równomiernie rozdzielony pomiędzy krew, surowicę i tkankami. Przeciwnie przy retencji chlorków, obok wzmożonej ilości chlorków w tkankach może wystąpić normalna lub nawet łobnżona chloremja. Nie należy używać terminu Widala — chloruremja; znane są bowiem przypadki kliniczne typowej chloruremji z wyraźną hipochloremją.

Doświadczenia Bluma dowiodły, że chlorki potasu i wapnia, choć zawierają dużo chloru, są środkami moczopędnymi. Stąd wynika, że istnieje ścisły związek między gospodarką wodną ustroju a jonami Na. Chlorek sodu krąży w ustroju przeważnie zdysocjowany na kation Na⁺ i anion Cl⁻. Przy retencji chlorków zwykle oba jony są zatrzymane; Blum dowodzi, że może wystąpić tylko zatrzymanie Na⁺ lub Cl⁻; przyczem jon Na⁺ jest wodochłonny i powoduje obrzęki, a jon Cl⁻ wzmacnia koncentrację krwi, nie zatrzymując wody.

W zapaleniach nerek z obrzękami występuje zatrzymanie we krwi jonu Na; przy suchej retencji, t. zn. w zapaleniu nerek bez obrzęków, występuje hiperchloremja z hiponatremją.

Jakób Pensón.

BECHER. Badania nad powstawaniem żółtawego zabarwienia skóry w niedomodze nerek. (Münch. med. Woch. Nr. 45 1930).

Jest to zabarwienie podobne, jak w *a. p.* tylko nie jest rozlane, umiejscowione na twarzy i rękach — okolicach wystawionych na działanie światła. W pozostałych częściach skóry chorých nerkowych jest bladeżółta, jak w niedokrewności wtórnej; zabarwienie to zależy od zatrucia fenolami. Surowica

chorych z nerką marską jest jasna, mocz — bładny. Autor stwierdził, że w tych przypadkach mocz, surowica i tkanki zawierają chromogeny. Organizm z nerką marską nie zatrzymuje barwników nerkowych, tylko ich chromogeny, powstające prze-
ważnie w jelicie. Stąd drogą krwi, dochodzą one do nerek, gdzie po utlenieniu zamieniają się na barwniki, ulegają znacz-
nemu stężeniu i są wydzielane do moczu. Nerka marska za-
trzymuje tylko część tych ciał, reszta nieutleniona przechodzi do moczu. Niedomoga polega m. i. na braku procesu utlenia-
nia chromogenów.

Refencję obserwuje się tylko w niedomodze kanalików nerkowych z hipo — lub izostenurją i zatrzymaniem aroma-
tycznych produktów gnicia jelitowego. Żółtawy odcień skóry można uzyskać sztucznie na innych odcinkach tułowia przez
naświetlanie lampą kwarcową. Początkowo bładny mocz tych chorych żółknie pod działaniem światła. Dowodzi to przecho-
dzenia chromogenu w barwnik uroazeine. Autorowi udało się otrzymać chromogen ze skóry i zamienić go na barwnik
moczny.

Powyższego zabarwienia ani refencji nie stwierdza się w przebiegu zapalenia nerek, kiedy niema zatrzymania chro-
mogenów a barwa moczu jest zachowana.

F. Turyn.

SEITZ. Zapalenie miedniczek w czasie ciąży. (Münch med. Woch. Nr. 27 --1930).

Częste występowanie i odmienny przebieg zapalenia miedniczek w czasie ciąży tłumaczy się: zmienionem odży-
wianiem i ukrwieniem dróg moczowych, mechaniczną przeszkodą w odpływie moczu, innem unerwieniem.

Podczas ciąży narządy dróg moczowych ulegają przekrwieniu, ich śluzówki przerastają, występuje przerost ścian. Moczowody stają się dłuższe, o przebiegu wężykowatym, światło ich jest węższe.

Pęcherz moczowy i cewka zostają w okresie ciąży przesunięte i uciśnięte. Moczowody są przyparte do *linea innominata* w miejscu ich przenikania do miednicy małej. Zmiany te są wyraźniejsze po stronie prawej, stąd częstsze zapalenie miedniczki prawej. Obrzęk śluzówki w miejscu ujścia moczowodu do pęcherza staje się również przeszkodą mechaniczną.

Zmiany w napięciu nerwów autonomicznych na terenie dróg moczowych idą w kierunku atonji tych narządów, co utrudnia miarowy odpływ moczu z moczowodów do pęcherza.

Zarazkiem, wywołującym stan zapalny podczas ciąży jest zawsze *b. coli*. Zakażenie odbywa się na drodze wstępującej z pęcherza, częściej jednak zstępuje lub wywołane zostaje drogą krwi.

Rokowanie jest dobre. Łatwo występujące nawroty leczą się szybko. Jednakże w niektórych przypadkach leczenie idzie opornie, a przebieg może dać wskazania do przerwania ciąży w następujących przypadkach:

1) zapalenie miedniczek, które wystąpiło w okresie przed ciążą, powtarza się często i przeszło w postać przewlekłą;

2) zapalenie miedniczek, wywołane florą bakteryjną mieszaną, zwłaszcza paciorkowcami. Stany te są groźne ze względu na dołączające się zapalenie otrzewny. Należy zawsze pamiętać o możliwości gruźlicy nerek;

3) ciężkie w swym przebiegu obustronne zapalenie miedniczek. Wydaje się, jakoby łatwiej występowały tu zmiany w mięszu nerek;

4) powikłanie zapalenia miedniczek objawami nerwowymi ze strony przewodu pokarmowego, np., wymioty, porażenie jelit.

F. Turyn.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

∞ **HOFFMANN Erich. Vorträge und Urkunden zur 25 jährigen Wiederkehr der Entdeckung des Syphilisregers (Spirochaeta pallida).** (Berlin — 1930, nakł. S. Karger. Cena 7 mk. niem.).

Po wstępie, omawiającym historję jednego z najdonio-
ślejszych odkryć w nauce o kile, jakiem jest odkrycie krętka bladego, przytacza autor w całości 4 pierwsze prace o krętku bladym, które sam ogłosił wspólnie z Schaudinnem (1. „Tymczasowe doniesienie o istnieniu krętków w zmianach kilowych”. 2. „O istnieniu krętków w sokach gruczołów chłon-
nych osobników kilowych”. 3. „O krętku bladym i o wyróż-
nianiu go od innych rodzajów krętków”. 4. „Dalsze doniesie-
nia o istnieniu krętka bladego w kile.”) i podaje swoje dwa odczyty, wygłoszone na VIII kongresie lekarskim w r. 1930 w Japonji (1. „Czy kila jest uleczalna?” 2. „Postępy na poiu kily wrodzonej”).

Ze względu na to, że książeczka zawiera dokładne szczegóły, dotyczące początkowych badań nad krętkiem bladym, w których autor brał wybitny i bezpośredni udział, jako-
też dlatego, że poruszone są w niej ciekawe i ważne zagadnienia z dziedziny nauki o kile, przeczyta ją z pożytkiem nie tylko specjalista syfilidolog, ale każdy lekarz, który ma do czynienia ze schorzeniami, wywołanemi przez krętka bladego

A. Straszynski.

P. WICHMANN. Ujemne działanie djety Gersona a gruźlicę skóry i błon śluzowych. (Beitr. Klin. Tbk. 1930 Z. 73).

Na dwóch przypadkach wykazuje autor, że djeta Gersona wywołała daleko idące pogorszenie tocznia. Leczenie to nie stanowi ani metody uniwersalnej przeciwko gruźlicy wogóle, ani nie prowadził we wszystkich przypadkach tocznia do zniknięcia nacieków gruźliczych.

S.

AXMANN. Przyczynki do leczenia djetytycznego gruźlicy skóry. (M. m. W. 1930 str. 708).

W najrozmaitszych postaciach gruźlicy skóry otrzymał autor zadawalające wyniki, stosując obok djety małosolnej tran z fosforem. Równolegle z djeta posługiwał się autor zwykłemi metodami leczniczymi.

S.

W. FRIEBOES. Leczenie gruźlicy skóry trypaflawiną i słońcem górskim. (Strahlenther. 1930 Nr. 35).

Autor sądzi, że djeta Gersona, jako kosztowna i długotrwała metoda lecznicza, nie nadaje się do przypadków lżejszych, poleca natomiast słońce górskie, ewentualnie po przypalaniu kwasem pirogullusowym, w kombinacji z zastrzykami trypaflawiny, obok których kuracja Sauerbrucha mogłaby być przeprowadzona ambulatoryjnie.

S.

K. HERXHEIMER, P. HAPPEL i E. UHLMANN. Nowa metoda leczenia czyrączności. (M. m. W. 1930 str. 1526).

Autorzy stosowali wody siarczane ze źródeł Weilbachu i Akwizgranu w taki sposób, że wody te były rozpylane w zamkniętej kabinie w postaci delikatnej mgły. Wyniki były zadawalające, działania ubocznego nie zauważono. Wpływ tej metody leczniczej polega na bezpośrednim działaniu na skórę i na wdychaniu.

S.

A. WITTGENSTEIN. Płyn mózgowo rdzeniowy a kiła. (D. m. W. 1930 str. 1474).

Autorka przeprowadziła na dużym materiale stałą kontrolę płynu mózgowo-rdzeniowego u nieleczonych syfilityków i doszła do następujących wniosków: Przejście płynu, który przy pierwszym badaniu okazał się normalny, w patologiczny zdarza się rzadko; również rzadko zdarza się przejście płynu patologicznego w normalny bez leczenia. Przypadki z płynem

patologicznym w przeważnej większości z czasem wykazują pewne objawy ze strony układu nerwowego. W leczeniu tych przypadków ma terapia malaryczna (ewent. pyriferym) stanowczą przewagę nad leczeniem swoistem. Płyn mózgowo-rdzeniowy, doprowadzony leczeniem do stanu prawidłowego daje, jak sądzić można, to samo dobre rokowanie, co płyn pierwotnie normalny.

S.

Wskazówki praktyczne.

W leczeniu *ostrego otrucia rtięci* poleca Steinberg kombinację *upustu krwi z zastrzykiwaniami dożylnymi hipertonicznych roztworów cukru z dodatkiem eufiliny*. Dekapsulacja nerek może się okazać konieczna dopiero w ostateczności. (Ther. Gegenw. 1930 № 11.)

—o—

Brougher leczy z powodzeniem *tężyczkę Viosterolem*, który podnosi poziom wapnia we krwi już w ciągu kilku dni. Viosterol ma silniejsze działanie D-witaminowe, niż tran. (J. amer. med. Assoc. 1930 № 71).

—o—

Jęczmień leczy W. Bab zastrzykiwaniami *Staphylo-Yatrenu*: 2—3 zastrzyknięcia wystarczają do usunięcia obrzęku powieki i bólu oraz do zapobiegania nawrotom. (D. m. W. 1930 № 20).

—o—

Luminal w 20% roztworze przeciwko stanom padnięcia u psychicznie chorych poleca Stander. Zastrzykiwania podskórne i domięśniowe działają jednakowo. Podrażnienia miejscowego, ani jakiegokolwiek działania ubocznego nawet po stosowaniu większych dawek (0,4 do 0,6 gr.) nie zauważono. (M. m. W. 1930 № 39).

—o—

H. Opitz przekonał się, że niezłaznienie laseczników Kocha zwykłymi metodami w zawartości żołądka lub w kale u dzieci z naciekami epituberkulicznymi nie dowodzi jeszcze gruźlicy zamkniętej, albowiem osad z wydobytej z żołądka zawartości, zastrzyknięty świnkom morskim, wywoływał u nich gruźlicę. Dzieci te zatem wydzielają laseczki, a więc za zamkniętą można uważać gruźlicę u dzieci tylko wtenczas, kiedy szczepienie zawartości żołądka śwince morskiej wypadła ujemnie. (D. m. W. 1930 Nr. 47).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Patologów Polskich

(Sekcj. Poznańska)

i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie z dnia 21 listopada 1930 r.

Przewodniczący: Prof. S. Borowiecki.

Obecnych 53.

W tajnem głosowaniu zostają przyjęci jednogłośnie na członków Wydz. Lek. T. P. N. koledzy Stanisław Hryniewicz i Aleksander Schreiber, obaj z Poznania.

Pozatem sekretarz Wydz. Lek. T. P. N. odczytuje nazwiska 13 kolegów, którzy zgłosili się na członków Wydz. Lek. T. P. N.

1) Dr. Bochyński przedstawia chorą, która od dłuższego czasu cierpi na *dermatitis* (obu rąk, przedramion, szyi i twarzy) z *obrzękami*. Chora nie reaguje na żadne leczenie. Obserwacja prowadzi powoli do wykrycia przyczyny. Jest nią *japońska primula* (*primula obconica*).

Dyskusja: Prof. Karwowski przypomina badania Br. Blocha nad działaniem wyciągu „*primuliny*” i podkreśla fakt ważny dla ustalenia przyczyny tych schorzeń skóry, mianowicie, że występuje ono tylko w mieszkaniu, a goi się po opuszczeniu miejsca zamieszkania.

Dr. Zeyland przypomina przypadek podobnego schorzenia, przedstawioną na posiedzeniu z dnia 8.11.29 r., gdzie czynnikiem alergizującym było pierze.

2) Dr. Zeyland przedstawia preparat anatomiczny, preparaty mikroskopowe, rentgenogram i mikrofotogramy przy-

padku *gruźliczego zapalenia obocznego w płucu*, dotyczącego dziecka 4-miesięcznego zmarłego z powodu gruźliczego zapalenia opon m.—rdz. Sekcja, wykonana 9 godzin po śmierci, wykazała gruźliczy zespół pierwotny lewostronny i w związku z nim zapalenie oboczne, obejmujące płat dolny i część dolną górnego płata, ponadto lekkie rozszanie (gruźki prosówkowe wątroby i śledziony oraz zapalenie gręzlicze opon u podstawy mózgu). Prątki Kocha stwierdza się tylko w ognisku pierwotnym. Zmiany mikroskopowe w miejscu owego zapalenia obocznego cechują: wysięk limfocyto-granulocytowy w pęcherzykach płucnych, przyczem oskrzele są przeważnie wolne, silne przekrwienia, dochodzące miejscami do nadziania pęcherzyków krwinkami czerwonymi i do krwotoków w tkance śródmiąższowej, oraz zgrubienie tkanki łącznej międzyzazikowej i nacieczenie jej limfocytami.

Dyskusja: Prof. Skubiszewski podkreśla rzadkość badań anatomicznych podobnych przypadków; rozważa, czy jest to proces zapalny swoisty, czy też wynik działania produktów przemiany materji, i zaznacza, że chodzi tutaj o zmiany w pęcherzykach płucnych i tkance śródmiąższowej.

3) Dr. Zeyland omawia wyniki badań doświadczalnych nad szczepionką przeciwgruźliczą A—O dokonanych na *świnkach morskich*.

A—O „swoisty środek ochronny i leczniczy przeciw gruźlicy”, jak głosi reklama autorów, spowodował dzięki tej reklamie pewne zainteresowanie w polskich kołach lekarskich, gdzie zjawily się głosy o niedocenianiu tego środka. Są one przyczyną, dla której referent przedstawia wyniki swoich badań, przeprowadzonych z E. Piascką-Zeylandową w r. 1930.

Po streszczeniu poglądów autorów: Arima, Aayama i Ohnawa (którzy nie podają techniki otrzymywania szczepionki!) oraz nielicznych badań kontrolujących innych autorów, referent stwierdza, że:

- 1) bezpośrednie badanie szczepionki wykazało po długim szukaniu obecność nielicznych prątków i ziarenek niekwasoodpornych;
- 2) posiewy na pożywkach z jaj zarówno zwykłej zawartości ampulek jak i odwirowanego preparatu (osad niewidoczny) dały wynik ujemny;
- 3) zastrzykiwanie preparatu (dawki 0,2 cm. sz., 0,4 cm. sz. i przeważnie 1,0 cm. sz.) A—O nr. 1, 2 i 3 nie wywołały u świnek morskich żadnych zmian gruźliczych. Jedna ze świnek padła wskutek szybko postępującego wyniszczenia, które rozpoczęło się 5 tygodnia po zastrzyknięciu dootrzewnowem 1 cm. sz. A—O nr. 3, jedna świnka padła na zapalenie płuc, 8 świnek zostało zabitych w okresie od kilkunastu dni do ½ roku. Tylko w jednym przypadku stwierdzono po zastrzyknięciu do opłucny zrosty opłucny bez cech swoistych.

Autorowie zapewniają, że ich preparat A—O zawiera „prątki z utajoną zdolnością rozmnażania” („fortpflanzungsfähige Bazillen” *sic!*). Własne badania referenta wykazują, że A—Q zawiera nieżywe prątki i ziarenka niekwasoodporne w minimalnej liczbie. (Streszczenie własne).

4) Dr. K o n o l e w s k i przedstawia przypadek guza serowatego w sercu.

Przypadek dotyczy 77-letniej kobiety, zmarłej po amputacji prawej nogi z objawami daleko posuniętej miażdżycy, będącej przyczyną zgorzeli nogi oraz wytworzenia się zakrzepu w obrębie prawej tętnicy udowej. Sekcja wykazuje po otwarciu lewego serca na granicy komory oraz przedsionka wzdłuż przyczepu zastawki dwudzielnej w jej części tylnej poduszkowatą wyniosłość, zwężającą wyraźnie otwór przeosionkowokomorowy. Cięcie, przeprowadzone poprzez poduszkowate zgrubienie, wykazuje w miejscu, które odpowiada okolicy pierścienia włóknistego, ostro odgraniczony guz, składający się z jednolitych, kruchych mas szarobiaławych. Ognisko to na rozkroju jest okrągłe, wielkości orzecha laskowego, odgraniczone od otoczenia ciemną torebką, która od wewnątrz zlewa się z wsiędziem. Mimo staranne poszukiwania nie można było w samych płucach znaleźć żadnych ognisk gruźliczych, bądź czynnych, bądź wyleczonych. Gruczoły chłonne wnęki płuc są powiększone i częściowo zwapniałe, ze strony opłucny widoczne zrosty oraz zgrubienia w postaci drobnych, płaskich ognisk, twardych, jak kość, rozrzuconych po obu stronach, przeważnie nad górnymi płatami. W obrazie mikroskopowym składa się guz mięsni sercowego głównie z mas bezpostaciowych nasiąkniętych solami wapnia; otoczony jest torebką, składającą się ze zbitych włóknistych pasm tkanki łącznej, wśród której widać rzadkie nacieki limfocytów. Gruczoł chłonny wnęki wykazuje zupełne przeobrażenie łącznotkankowe z dużymi zmianami szklistymi i z odkładaniem się soli wapnia oraz wytworzenie się ogniska kostnego. Barwiąc według Ziehl-Neelsena, ani w gruczole ani w sercu nie można wykazać łasaczników gruźliczych. Jakichkolwiek zmian kiłowych nie stwierdzono nigdzie. (Streszczenie własne, dokładny opis ukaże się w druku).

Dyskusja: Prof. L. Skubiszewski: Przypadek guza serowatego serca należy do rzadkich zmian, jakkolwiek gruczlica na stole sekcyjnym jest zjawiskiem codziennym. Maresch w swojej pracy w 1920 roku podaje, że Stephani za przeciąg 93 lat zebrał 36 przypadków guzów serowatych serca. Sam Maresch podaje, iż na 16.000 sekcji, które wykonał, guz serowaty serca spotkał 2 razy. Z zestawień Huebschmanna wynika, że w piśmiennictwie ogłoszono około 80 przypadków.

Doc. Łabendziński: Wyjątkowe okoliczności sprawiły, że nawet anatomiczne rozpoznanie opisanego guza nie było łatwe. Klinicznie guza tego na mocy podanych objawów nie można było rozpoznać. Ortner opisuje przypadek rozpoznania przez Neissera *in vivo* tuberkulomatu prawego serca.

5) Dr. Barlik przedstawia przypadek *proctitis luetica*, dotyczący kobiety lat 39. Podczas sekcji stwierdzono: odbytnica aż do początku esicy przedstawia grubą rurę, o zwiększonym świetle, której grubość ścian wynosi 1—2 cm. Błona śluzowa pokryta jest ubytkami o grubych twardych brzegach, sięgającymi swoim dnem aż do mięśniówki. Ubytki te łączą się między sobą, zastawiając kępki błony śluzowej obrzękłej i występującej w postaci grubych i niekształtnych wałów. Na przekrojach przez ścianę widać rysunek szklisty, pasmowaty oraz guzki szare, ograniczone, dosyć spójne. Całe jelito grube powyżej odbytnicy mniej więcej aż do jelita ślepego było kil-

kakrotnie rozszerzone i posiadało grube ściany, przyczem w zgięciu esicy można było zauważyć 3 ubytki w błonie śluzowej, o brzegach wałowatych, grubych o dnie błyszczącym, słoninowatym. Pozatem odbytnica jest w zrostach łącznotkankowych z narządami małej miednicy. Mikroskopowo chodzi o swoiste kilakowe rozlane zapalenie całej ściany odbytnicy, przyczem największe zmiany wykazuje błona podśluzowa. Klinicznie przypadek ten rozpoznany był na podstawie badania rektoskopowego jako *carcinoma recti* (?). Wszystkie odczyty serologiczne w kierunku kiły wypadły ujemnie. Referent, różniczkując ten przypadek, odrzuca tem samem sprawę nowotworową, przyczynę mechaniczną (*ulcus clysmaticum*) oraz rzeżączkę. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Prof. L. Skubiszewski podaje, iż przypadek owrzodzeń kiłowych i daleko posuniętego zwężenia odbytnicy przedstawił na posiedzeniu klinicznym w Szpitalu Dzieciątka Jezus 23 stycznia 1922 r. W przypadku tym doszło w następstwie do *megacolon*. Jelito grube zawierało cały kulebel masy kałowej.

Prof. Karwowski: klinicznie nieraz niemożliwe jest rozpoznanie różniczkowe między kiłą a rakiem odbytu, gdyż także kilaki wskutek twardego nacisku tkanki łącznej oraz zgrubienia błony śluzowej stwarzają stwardnienie rury odbytowej ze zwężeniem, a rektoskopowo widzi się owrzodzenia. Nie należy kierować się w wątpliwych przypadkach ujemnym wynikiem odczynów serologicznych, które w późnej kiłe często zawodzą, lecz starą metodą spróbować leczenia swoistego, które w takich przypadkach może spowodować wyleczenie.

Doc. Łabendziński podaje kilka szczegółów z przebiegu choroby opisanego przypadku.

6) Dr. Barlik przedstawia przypadek *gruczolaka—raka gruczolu krokowego* z przerzutami do główki kości ramiennej lewej, do obu obojczyków i do mostka u mężczyzny lat 72. Zmiany histologiczne w główce kości ramiennej: 1) Martwica beleczek kostnych, leżących w gęstych masach komórek nowotworowych, kostnienie przez apozycję na martwacach z wytworzeniem dużych ognisk kostnych, u których prześledzić można czasowe odkładanie kostniny oraz czasowe kostnienie. 2) Zwłóknienie szpiku kostnego z następczym kostnieniem typu łącznotkankowego. Jest to zatem t. zw. *carcinosis osteoplastica*, gdzie według A. Chansena dochodzi do „przebudowy kości”, t. zn., że na miejsce dawnych beleczek kostnych zostaje podstawiona tkanka kostna nowa o bezładnej strukturze. Przyczyn tego należy szukać w samych komórkach nowotworowych i w ich wpływie chemicznym i niszczącym (Streszczenie własne).

7) Dr. S. Winter: Dwa przypadki *oblaków okolicy przyuszniczy i jamy Highmora* (przyczynek do nauki o oblakach.)

Oblaki (*cylindromata*), nowotwory gruczolów ślinowych oraz innych części twarzy wykazują tak pod względem klinicznym, jak i mikroskopowym naogół cechy łagodne, podobnie jak nowotwory mieszanne gruczolów ślinowych. Jednak większość przypadków oblaków, ogłoszonych w piśmiennictwie, dawała w krótkim czasie po doszczętnym zabiegu operacyjnym liczne nawroty, przerzuty, zejście śmiertelne, w innych znów zbyt krótko obserwacja kliniczna operowanych przypadków nie pozwalała na wysnuwanie wniosków co do charakteru nowotworowego oblaków. Autor podaje dwa przypadki oblaków: okolicy przyuszniczy i jamy Highmora, spostrzeganych w Klinice Chirurgicznej U. P. i obserwowanych przez dłuższy czas po wykonanym zabiegu operacyjnym (przypadek oblaka okolicy przyuszniczy na krótko przed ogłoszeniem powyższych wyników 3 i 12 roku), które w swym przebiegu klinicznym wykazywały cechy nowotworów łagodnych. Patogeneza oblaków nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona, jednak na podstawie budowy mikroskopowej tych guzów można przyjąć z dużym prawdopodobieństwem pochodzenie ich z odszczepionych związków komórkowych gruczolów śluzowo-ślinowych. (Streszczenie własne, referat ukaże się w Polskim Przeglądzie Chirurg.).

Dyskusja: Prof. L. Skubiszewski podkreśla trudności rozpoznawcze dla badania mikroskopowego.

8) Prof. L. Skubiszewski. O zmianach makroskopowych *endo—peri—et myocarditis rheumaticae*. Dawid Pitcan po raz pierwszy użył miana „reumatyzm serca” i jednocześnie wypowiedział myśl, że wady serca powstają z jednej i tej samej przyczyny. Itard w r. 1824 wskazał na umiejscowienie zmian reumatycznych w mięśniu sercowym, do tego czasu bowiem sądzono, iż reumatyzm wywołuje zmiany w osierdziu i w wsiędziu. Celem wyświeślenia roli reu-

matyzmu w chorobach serca opierałem się głównie na tych wskazówkach, które mogłem zebrać z historii chorób lub niekiedy nawet bezpośrednich wywiadów rodziny zmarłych i badań sekcyjnych, które przesunęły się przez moje ręce od roku 1920 aż do obecnej chwili. Z tego materiału okazało się, iż 36,5% wszystkich schorzeń serca przypada na zmiany gośćcowe, w 8% etiologia nie jest wyjaśniona, 55,7% przypada na najróżnorodniejsze przyczyny. Jeżeli teraz chodzi o zmiany zastawkowe, to odsetek znacznie wzrasta, mianowicie, dosięga 65%. Dla rozwoju wady sercowej bardzo względne posiada znaczenie *endocarditis verrucosa*. Proces reumatyczny przede wszystkim powoduje zmiany w samej substancji zastawek, a nie na powierzchni. To samo dotyczy nitki ścięgniętych. Zwłóknienie ostateczne zastawek w jednych przypadkach delikatne, subtelne, w innych znowu grube, czyniąc zastawki skórzaste, w niepowikłanych przypadkach pozwoliło już gołym okiem określić zmiany te jako gośćcowe pod względem etiologii. Przypuszczenia te potwierdzone były przez badania mikroskopowe, które obok wysięku, ognisk martwiczych, rozpułchnienia zastawek wykazały obecność guzków Aschoffa. Obecność zgrubień skórzastych, wymaszczających cały lewy przedsionek, zgrubienie ogniskowe, niby plamy mleczne, na wśierdziu lewej komory (głównie zaatakowana jest tylna i boczna ściana komory) oraz guzeczki podprośkowej wielkości dopełniają całokształt zmian, które, razem zebrane, mogą posłużyć za podstawę do rozpoznania *endocarditis rheumatica*. Tutaj jednocześnie wywody zostały poparte licznymi preparatami makroskopowymi, w których guzki podwsięrdziowe były widoczne gołym okiem, a w jednym przypadku guzek dosięgał wielkości małego ziarnka grochu pełnego. Jeżeli chodzi o mięsień sercowy, to w nim na rozkroju spotyka się drobne podprośkowe guzki barwy szarej. Guzki reumatyczne pozwalają na rozpoznanie *myocarditis rheumatica*. Guzki te ostatecznie ulegają zwłóknieniu. Tutaj też wywody były poparte preparatami makroskopowymi. Delikatne zrosty pomiędzy osierdziem i nasierdziem, ograniczone lub rozlane, gdy one dotyczą osobników młodych, można połączyć z przebyłym reumatyzmem. Badania mikroskopowe w tej grupie zmian mają znaczenie decydujące. Wywody prelegenta były jednocześnie poparte wystawionymi preparatami mikroskopowymi. (Streszczenie własne).

(—) F Łabendziński
Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.

(—) J. Zeyland.
Sekretarz T. Pat. P.
(Sekcja Poznańska).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Zmiany w liczbie płytek we krwi pod wpływem ciąży, bólów porodowych i położu spostrzegali Benhamou i Nouchy (tow. biol. paryskie — Pr. méd. Nr. 100). Gdy normalnie u kobiet stwierdza się 330 do 380 tysięcy, podczas ciąży od 2 — 3 miesiąca liczba płytek wzrasta, przekraczając 400 tysięcy. Ku końcowi ciąży w 2/3 przypadków liczba ta sięga 500 tysięcy a nawet nierzadko dochodzi do 600 tysięcy i wyżej. Wzrost liczby płytek można uważać za jeden z momentów rozpoznawania biologicznego ciąży. W czasie bólów porodowych daje się stwierdzić nagły spadek liczby płytek, osiągając *maximum* natychmiast po rozwiązaniu. W ciągu dni następnych następuje dość szybki wzrost liczby, która wraca do normy ku końcowi wydzielin poporodowych. Na 8-9-y dzień ustalają się warunki normalne.

Podobnie z badań tych samych Benhamou i Nouchy wypływa, że pod wpływem *periodu* następuje zmniejszenie liczby płytek, co się daje zauważyć na kilka godzin przed wystąpieniem *periodu*. Wstrzyknięcie follikuliny, nawet powtarzane, w czasie między *periodami* nie powoduje zmian w liczbie płytek.

Lerousc, Huguenin, Vermès i pani Liberson omawiali na posiedz. grudniowym parysk. tow. anatom. (Pr. méd. Nr. 100) przypadek *przewlekłego zapalenia wątroby z płynem w brzoju i zmianami w płucach*, który pozostał bez właściwego rozpoznania i na stole sekcyjnym. U chorego stwierdzono obraz marskości wątroby Laenneca i jednocześnie zmiany w płucach, przyjmowane za gruźlicę pierwotną lub wtórną w związku z chorobą wątroby. Tymczasem badanie drobnowidowe nie potwierdziło rozpoznania klinicznego, gdyż zarówno zmiany w wątrobie, jak i w płucach odpowiadały temu, co uważa się za klasyczne zmiany kiłowe. Natomiast ani historia choroby, ani obserwacja kliniczna nie pozwalały wyprowadzić tego wniosku.

Picquet na posiedzeniu tow. laryngol. szpit. parysk. (Pr. méd. Nr. 100) demonstrował przypadek *guza mosto-mózdkowego, traktowanego operacyjnie*. Szło o kobietę 53-letnią, wykazującą od dwu lat zespół nadciśnienia mózgowego z zaburzeniami V, VII i VIII pary nerwów czaszkowych. W pozycji siedzącej i pod znieczuleniem miejscowym usunięto torbiel oponowa, ukrywającą zapewne głębiej leżący guz. Objawy porażeniowe uległy znacznej poprawie.

Z j a z d y

Sprawozdanie.

Delegata Departamentu Służby Zdrowie (Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) z Walnego Zebrania Delegatów Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego (Union Internationale contre le péril vénérien), odbytego w Kopenhadze w dniu 3 sierpnia 1930 roku.

Porządek dzienny.

- 1) Projekt zmiany statutu.
- 2) Uchwalenie wniosków, przedłożonych przez Komisję portową oraz Komitet wykonawczy Związku w sprawie odpowiedzi Związku Międzynarodowego na kwestjonariusz, skierowany przez Międzynarodowe Biuro Pracy do rządów państw w przedmiocie poprawy życia marynarzy w portach.
- 3) Dyskusja nad referatami profesorów Bayeta, Jadasohna i Jeanselmea.
- 4) Ustalenie miejsca Walnego Zebrania Delegatów Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego w latach 1931, 1932 i 1933.
- 5) Sprawozdanie sekretarza generalnego.
- 6) Sprawozdanie finansowe skarbnika.
- 7) Ogłoszenie konkursu na projekt międzynarodowego godła przeciwwenerycznego.

Co do wniosków, przedłożonych przez Komisję portową oraz komitet wykonawczy Związku w sprawie odpowiedzi Związku Międzynarodowego Przeciwwenerycznego na kwestjonariusz Międzynarodowego Biura Pracy do rządów państw

w przedmiocie poprawy życia marynarzy w portach uchwalono co następuje:

Memoriał.

Międzynarodowy Związek Przeciwweneryczny stwierdza, że warunki społeczne i warunki bytu w portach morskich mają potężny wpływ na szerzenie się chorób wenerycznych wśród marynarzy.

Międzynarodowy Związek Przeciwweneryczny uważa za rzecz pożądaną:

1) by Międzynarodowe Biuro Pracy rozesłało do rządów państw kwestjonariusz w sprawie poprawy bytu marynarzy w portach, ponieważ poprawa bytu marynarzy wymaga uregulowania w drodze ustawodawczej oraz wkracza w dziedzinę kompetencji samorządów miejskich względnie takich ciał, jak komisje pracy i komisje portowe;

2) powołanie do życia we wszystkich portach instytucji oficjalnej, reprezentującej władze miejskie, stowarzyszenia kobiece, misje opiekuńcze nad marynarzami, związek zawodowy marynarzy i kompanie okrętowe w celu urzeczywistnienia i koordynacji zamierzeń praktycznych, zmierzających do poprawy warunków pobytu marynarzy własnych i obcokrajowych w portach;

3) osiągnięcie współpracy międzynarodowej między rządami państw lub narodowymi związkami przeciwwenerycznymi w dążeniu do poprawy warunków pobytu marynarzy (z inicjatywy Międzynarodowego Biura Pracy);

4) ochronę marynarza przed pijaństwem dzięki: a) uregulowaniu ustawodawczemu wyszynku napojów alkoholowych,

b) zmniejszenie liczby wyszynków napojów alkoholowych w obrębie doków i okolicy, c) przestrzeganiu godzin zamykania wyszynków;

5) zakaz zatrudniania w wyszynkach w charakterze kelnerów i kelnerek osób w wieku poniżej 21 lat;

6) wprowadzenie nadzoru urzędowego nad restauracjami, barami, hotelami i pokojami umeblowanymi;

7) wprowadzenie nadzoru nad osobami, udającymi się na pokład stacjonujących w portach okrętów celem niedopuszczenia do nielegalnego handlu napojami alkoholowymi, narkotykami oraz uprawiania nierządu;

8) polepszenie oświetlenia w dokach;

9) wprowadzenie nadzoru nad łódkami przewoźniczymi, kursującymi między dokami a okrętami;

10) zakazu pobytu w obrębie doków osobom bez ustalonego zajęcia.

Dalej Międzynarodowy Związek Przeciwweneryczny wyraził życzenie, by:

1) w jak największej liczbie portów była zapewniona dla marynarzy własnych i obcokrajowych pomoc lekarska w zakresie chorób wenerycznych przychodnią i szpitalną, zorganizowana zgodnie z Porozumieniem Międzynarodowym, podpisanym w Brukseli w r. 1924;

2) by uprzystępniono w portach marynarzom własnym i obcokrajowym korzystanie z hoteli po cenach umiarkowanych; lokali rozrywkowych (kantyn i sal gier), bibliotek, boisk sportowych, wycieczek turystycznych.

W sprawie organizacji finansowej akcji, zmierzającej do polepszenia warunków pobytu marynarzy w portach, w wydatkach finansowych na tę akcję winny wziąć udział: rządy, miasta, związki zawodowe marynarzy oraz kompanie okrętowe. Poza tym Międzynarodowy Związek Przeciwweneryczny wypowiedział się za wprowadzeniem obowiązkowego ubezpieczenia marynarzy floty handlowej na wypadek choroby.

W związku z powyższym kwestjonariuszem delegacja polska, reprezentująca Departament Służby Zdrowia (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych), Polski Związek Przeciwweneryczny oraz Polskie Towarzystwo Eugeniczne, złożyła następujący memoriał (patrz załącznik).

Na specjalną uwagę zasługuje dyskusja nad referatami profesorów Bayeta, Jadassohna i Jeanselmego.

Prof. A. Bayet w referacie swym p. t. „Wartość zasad indywidualnej i zasad społecznej w zwalczaniu kili” stara się odpowiedzieć na pytanie: czy należy w walce społecznej z kilą stosować leczenie chorych kilowych aż do zupełnego wyleczenia klinicznego, czy też należy przede wszystkim stosować leczenie tylko do czasu unieszkodliwienia chorego względem otoczenia, czyli ustąpienia objawów zaraźliwych kili.

Otóż w walce społecznej z kilą prof. Bayet jest bezwzględnie zwolennikiem drugiej metody leczenia przeciwkiłowego i głosi konieczność zmobilizowania ogółu lekarzy wolnopracujących do akcji leczenia masowego i wyjąłkującego, w dążeniu do możliwie szybkiego usunięcia objawów kilowych u wszystkich chorych kilowych. Zapatrzuje się on nadzwyczaj krytycznie na tworzenie sieci przychodni przeciwwenerycznych jako na rzecz nadzwyczaj kosztowną i zbędny wydatek, natomiast proponuje bezpłatne rozdawnictwo leków przeciwkiłowych przez państwo lekarzom-praktykom celem stosowania ich chorym niezamownym w swej prywatnej praktyce.

Jego zdaniem: na rozwinięcie dostatecznej dla potrzeb wszystkich chorych kilowych sieci przychodni nie wystarczy żaden budżet państwowy i samorządowy, natomiast na pokrycie kosztów rozdawnictwa leków przeciwkiłowych wystarczy budżet nawet skromny.

Metoda prof. Bayeta jest stosowana w Belgii już od r. 1920 i po upływie lat pięciu od jej zastosowania liczba ludności, chorej na kilę, zmniejszyła się o 90%. Prof. Bayet nie zaprzecza, że poza wyjąłkaniem nosicieli zarodków do osiągnięcia tak pomyślnych wyników w walce z kilą przyczyniła się również i propaganda higieniczno-wychowawcza, nadzór nad granicami kraju morskimi i lądowymi, nad obcokrajowymi robotnikami sezonowymi, wyszkolenie lekarzy do walki społecznej z kilą itp. czynniki.

Wyniki akcji przeciwkiłowej mogą być miejscowe i ogólnoterytorjalne. Pierwsze z nich mają znaczenie iluzoryczne, natomiast drugie mają wartość bezwzględną. Wyjąłkowanie ludności częściowe, lecz równomiernie obejmujące cały ob-

szar kraju, ma większe znaczenie, niż wyjąłkowanie ludności całkowite, lecz umiejscowione, ponieważ w drugim przypadku ereny wyjąłkowane zostaną wkrótce zakażone przez ludność z okolicznych terenów zakażonych.

Do wykonania wielkiej akcji wyjąłkowania ogółu chorej ludności winni być powołani wszyscy lekarze praktykujący, nie tylko specjaliści — wenerolodzy. Państwo winnołożyć pieniądze tylko na akcję wyjąłkującą czyli leczenie kili w okresie zaraźliwym, łożyć zaś na leczenie skutków kili — państwo nie jest obowiązane.

Akcja lecznicza, prowadzona przez specjalne przychodnie przeciwkiłowe, nie opłaca się z punktu widzenia walki społecznej z kilą. Przychodnie te leczą znaczną liczbę chorych kilowych, niezaraźliwych dla otoczenia (kila trzeciorzędna, wiał rdzenia, kila utajona). Wydają one na ten cel dużo pieniędzy i tracą wiele kosztownego czasu bez wartości dla celów społecznych. Leczą one więcej skutki choroby społecznej, mniej zaś samą chorobę. Sporadyczne przypadki całkowitego wyleczenia kili w sensie klinicznym nie opłaca wysiłków społecznych, łożonych na prowadzenie przychodni.

Opieranie społecznej akcji przeciwkiłowej na systemie przychodni przeciwkiłowych jest błędem, jak jest również błędem składanie tej akcji na barki ogółu tylko specjalistów-wenerologów.

Prof. Jeanselmego w referacie p. t. „Jaka metoda jest najpewniejsza dla zwalczania społecznej kili?” występuje z opozycją przeciw wnioskowi prof. Bayeta.

Prof. Jeanselmego podkreśla niebezpieczeństwo, jakie grozi przyszłemu potomstwu chorych kilowych, leczonych niedostatecznie. Zdaniem jego, chorzy kilowi, którzy byli do kładnie leczeni, rodzą 40% dzieci, obarczonych skutkami ich choroby, natomiast chorzy, niedostatecznie leczeni, rodzą 40% dzieci z objawami kili wrodzonej. Poza tym, o ile nawroty objawów zaraźliwych (łepieże błon śluzowych itp.) u chorych, dostatecznie leczonych, występują w przypadkach wyjąłkowych, to u chorych niedostatecznie leczonych (1 kuracja), nawroty występują u 3 — 40% chorych w ciągu półrocza najczęściej w ciągu czterech pierwszych miesięcy po ukończeniu kuracji.

Prof. Jeanselmego uważa przychodnie przeciwweneryczne za najlepszy oręż w walce z kilą, jeśli przychodnie te są otwarte w godzinach, wygodnych dla ludzi pracujących, zapewniają chorym dyskrecję oraz mają zapewnioną współpracę pielęgniarstwa społecznego.

Jeśli większość chorych kilowych, leczonych w przychodni opuszcza przychodnię nie ukończywszy leczenia oraz stosunek liczby leczonych kobiet do liczby leczonych mężczyzn jest bardzo mały, wtedy świadczy to o złym funkcjonowaniu przychodni.

Prof. Jadassohn (Niemcy) w swym referacie p. t. „Wartość metody indywidualnej i społecznej w walce z kilą” wyraża zdanie, że: 1) zwalczać kilę należy w pierwszym rzędzie przez leczenie kili zaraźliwej, 2) leczenie to powinno jaknajszybciej i jaknajzupełniej usuwać niebezpieczeństwo zarażenia otoczenia przez chorego, jak również płodu chorej matki; 3) należy jaknajszybciej poddać temu leczeniu jak największą liczbę chorych przez szerzenie propagandy i wprowadzenie w życie odpowiedniego ustawodawstwa przeciwwenerycznego; 4) w miarę możliwości należy zabezpieczać chorych przed groźnymi skutkami kili; 5) należy unieszkodliwiać jaknajszybciej i jaknajenergiczniej źródła zakażenia.

W dyskusji przeważała metoda pośrednia akcji przeciwkiłowej.

Sekretarz Generalny podał do wiadomości fakt przystąpienia w charakterze członków do Związku Przeciwwenerycznego Polskiego i Szwedzkiego Związków Przeciwwenerycznych.

Uchwalono ogłosić konkurs na projekt międzynarodowego godła przeciwwenerycznego.

Załącznik.

Memoriał.

Przedewszystkiem śpieszymy zaznaczyć, że w zupełności zgadzamy się na wszystkie punkty, zawarte w kwestjonariuszu. Natychmiast po ustaleniu tych zasad postaramy się urzeczywistnić te z pośród nich, które dotychczas nie zostały jeszcze wprowadzone w polskim porcie nadbałtyckim w Gdyni.

W celu umożliwienia realizacji tych postulatów, nale-

żałoby w pierwszym rzędzie otoczyć murem cały port, gdyż wtedy tylko policja będzie mogła skutecznie czuwać nad wykonaniem przepisów. W chwili obecnej jest już budowany ten mur, który będzie ukończony w przeciągu kilku miesięcy.

Inny postulat, bardzo ważny, dotyczy otwarcie Domu Marynarza, gdzie marynarz mógłby w razie potrzeby uzyskać niezbędne informacje i pomoc tak często niezbędną. W Gdyni budowa takiego domu jest już na ukończeniu i niezadługo będzie on otwarty do użytku marynarzy. Jest pożądane, aby była otwarta przychodnia w domu tym lub w pobliżu, w każdym razie w obrębie portu. Dotychczas w Gdyni czynna jest jedna przychodnia przeciwweneryczna dla całej ludności. Jest

rzeczą pilną i konieczną otwarcie przychodni przeciwwenerycznej w samym porcie.

Co do leczenia marynarzy, proponujemy, aby marynarz, uznany jako chory przez lekarza kompani okrętowej, pozostawał w porcie przez czas swego leczenia.

Chory winien mieć w książeczce osobistej adnotację, kiedy choroba wystąpiła oraz kiedy leczenie ukończono. Kompanie okrętowe winny udzielać urlopu chorym marynarzom na czas leczenia.

Wreszcie z przyjemnością możemy zaznaczyć, że w Gdyni będzie otwarty urząd kwarantannowy. Organizująca się filja Państwowego Zakładu Higieny będzie mogła studjować różne fazy interesującego nas zagadnienia.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O pogardz'e dla pieniądza *)

podał

Prof. Dr. Władysław SZENAJCH (Warszawa)

„Lekarz - filozof jest równy bogom; niewielka jest zresztą między filozofem a lekarzem różnica, w zastosowaniu filozofji do sztuki lekarskiej zawiera się już wszystko: pogarda dla pieniądza, wstrzemięźliwość, delikatność, łagodność, uprzejmość, czystość, powaga, zafomość rzeczy pożytecznych i niezbędnych do życia, odraza do wszelkiego brudu, wolność od przesądów, wreszcie boska wzniosłość”.

Hipokrates „O przystojnem zachowaniu się lekarza”.

Wśród różnych właściwości, które powinny cechować prawdziwego lekarza, Hipokrates na pierwszym miejscu wymienia „pogardę dla pieniądza”.

W tem miejscu wielu z dzisiejszych lekarzy prawdopodobnie zawoła: Hipokrates był wprawdzie wielkim, ale i naiwnym człowiekiem; zresztą, taka rada, być może, była dobra na ówczesne sielankowe stosunki, ale nie jest odpowiednia w naszych czasach, gdy pieniądź gra w stosunkach społecznych tak potężną rolę.

Uspokójcie się. Wielki Hipokrates nie dożył uznania u swoich współczesnych i skarży się w liście do Demokryta, że więcej sztuka jego przyniosła mu zarzutów, niż uznania, a Demokryt, odpisując mu, tłumaczy, że powodem tego są zazdrość i niewdzięczność, że ogół jest umysłowo tęp

i nienawidzi jednostki wybitniejszej, a koledzy są zawistni, cnociaż Hipokrates nigdy nikogo nie oczerniał, ani z chciwości pieniądza, ani z chęci spotwarzania.

Otóż wielkość Hipokratesa leży właśnie w tem, że się przeciwstawił duchowi czasu; wszakże i wtedy pieniądź już grał rolę potężną, a Grecy byli narodem kupców. Uczynił to ze względu na wyższe cele zawodu, na dobro chorego. W swoich „Przepisach” tak mówi:

„Przy odbieraniu należności zalecam gorąco, by lekarz nie był zbyt bezwzględny, lecz brał pod uwagę stan majątkowy chorego. Niekiedy nawet niechaj leczy darmo, czy to przez wdzięczność i pamięć na dawniejsze jakieś przysługi, czy też dla zdobycia sobie dobrej sławy. Gdy zaś wypadnie pomóc cudzoziemcowi, będącemu w potrzebie, zewszecmiar winien go wesprzeć”.

„Jeśli byś zaczął od razu od targu o zapłatę, wytworzył w chorym wrażenie, że odszedł byś, opuściwszy go bez udzielenia mu pomocy, gdyby nie doszło do zgody, lub też że lekceważysz jego chorobę i nie przyłożysz wszelkich starań, by go wyleczyć. Możemy przecież zdać sobie sprawę, jak złe działają takie myśli na chorego, zwłaszcza w ostrych wypadkach. Bo szybkie postępowanie choroby nie pozwala na cofanie się, lecz każe każdemu szlachetnie myślącemu lekarzowi szukać raczej tylko sławy, niż korzyści materialnej. Lepiej jest zresztą upominać się o zapłatę u ocalonych już po skończonej chorobie, niż dokuczać tem zagrożonemu śmiercią”.

Widzimy, jak trzeźwo zapatrywał się Hipokrates na te sprawy. W społeczeństwie greckiem tak, jak, niestety, u nas, zdarzały się prawdopodobnie wypadki, że chorzy po wyzdrowieniu nie płacili lekarzom, a mimo to Hipokrates radzi, aby nie zaczynać od razu od targu, gdyż to wpływa złe na chorego.

Hipokrates dobrze rozumiał, że lekarz musi zarobić na swoje utrzymanie, ale, jeżeli mimo tej świadomości żądał, aby lekarz miał pieniądze w pogardzie, to chodziło mu o postawę lekarza w sprawach pieniężnych. Gdy szewc przystępuje do łątania butów, czyni to przedewszystkiem poto, aby zarobić, a później do-

*) Rozdział z książki Prof. D-ra Władysława [Sz enajcha]:

„Przysięga i Przykazanie Hipokratesowe” — Warszawa 1931 — str. 185 — Wydano staraniem i nakładem „Zjednoczenia lekarzy b. st. Uniw. Warsz. po r. 1915”. Skład główny w siedzibie Zjednoczenia — Warszawa — Nowy Świat № 1.

piero myśli o tem, aby swą robotę wykonać jak najlepiej. Otóż lekarz, leczący chorego, robiący go całym, — czyli po prasłowiańsku go całujący, — powinien i musi mieć inne nastawienie, niż łątecz butów. Jeżeli lekarz zbliża się do chorego jedynie z myślą o zarobku — nie jest to już lekarz. Lekarz idzie do chorego z zamiarem przyniesienia mu pomocy; musi mieć coś do dania choremu, swą myśl, serce, oko, ucho, ręce, przyczem w tak hojnej mierze, żeby mieć przeświadczenie, że jego praca nie da się ocenić całkowicie w monecie brzęczącej lub szeleszczącej. Jest to naturalny stosunek lekarza do chorego; był on, jest i będzie dotąd, dopóki będzie istniało cierpienie i ból.

Z jednej strony każdy chory chce coś od lekarza otrzymać za darmo, co jest nie do pomyślenia w stosunku do innego inteligentnego zawodowca czy rzemieślnika; i tem się tłumaczą i zbyt długie przetrzymywanie lekarza na wizycie i rozmowy telefoniczne, i zgłoszenia do gabinetu z różnemi zapytaniem, i nieliczenie się ani z czasem, ani ze zmęczeniem lekarza.

Z drugiej zaś strony większość chorych czuje, że nie jest w stanie zapłacić lekarzowi istotnej ceny, gdyż nie można ocenić w złocie uratowania od śmierci lub narażenia się lekarza na zarażenie siebie i rodziny, na ciężką chorobę lub nawet śmierć; tem się objaśnia do niedawna jeszcze praktykowany zwyczaj, że honorarjum wręczało się lekarzowi w kopercie bez pytania o wysokość: oznaczało to, że lekarz otrzymuje nie zapłatę, lecz dar wdzięczności.

Ten stosunek lekarza do pacjenta, jako dającego do biorącego, jest naturalny i powinien być zachowany; nienaturalny zaś jest — jako sprzedającego do kupującego.

„Łagodność i cierpliwość lekarza, połączona ze staranną jego troskliwością o zdrowie chorego, ma wywołać przed pacjentem estetyczny obraz człowieka idealnie dobrego. Jak arcydzieło sztuki przedstawia nam ideał, tak lekarz ma w całym swym postępowaniu być dla chorego ideałem” — pisze Święcicki. Jaką cechą ten ideał ma przede wszystkim posiadać? Tę, która w obecnym świecie materialistycznym jest bardzo rzadka, której chory najczęściej sam nie posiada i której nie widzi u swego otoczenia, którą każdy najłatwiej ocenia, gdyż brak jej odbija się na kieszeni — jest to bezinteresowność. Taką oceną lekarza jest psychologicznie uwarunkowana i zupełnie naturalna. Nienaturalną jest rzeczą z jednej strony chciwość pieniądza, z drugiej — wyzysk pracy lekarza: ten, który daje, nie powinien być chciwy, a ten, który bierze, nie powinien wyzyskiwać ani czasu, ani pracy, ani kieszeni lekarza, — i dlatego jedno i drugie — chciwość i wyzysk — powinno i musi być potępiane i zwalczane.

Taką postawę w stosunku do pieniędzy miał Hipokrates, taką postawę mieli liczni nasi naprawdę wielcy lekarze, że wymienię tylko Karola Marcinkowskiego, który mimo olbrzymich dochodów, jakie mu przynosiła praktyka, ku wielkiemu zdziwieniu nie zostawił wcale majątku po sobie, bo jak napisał w testamencie: „Mnie było miło dogodzić sobie natychmiast i patrzeć za życia na skutki mych usiłowań. I do-

brze mi z tem było”. Wspomnę też o słynnym okuliście prof. Szokańskim, który w swym pamiętniku pisze: „Przez cały ciąg życia mojego to tylko miałem, co mi samo niemal do rąk wlało, z wielkiem nawet zgorszeniem moich kolegów nieraz, którzy mnie nietylko za niedołęgę uznawali, ale co więcej za człowieka szkodliwego, psującego ceny”. A o Biegańskim czytamy w pracy M. Biegańskiej następujące słowa:

„Biegański miał w życiu również tylko to, co mu „samo do rąk wlało”. Stosuje się to do jego praktyki prywatnej, posad, do wszystkich odznaczeń i zaszczytów, jakie go spotkały. Za „niedołęgę” koledzy oczywiście poczytywać go nie mogli, albowiem szybko zdobył sławę i potrafił zapewnić rodzinie względny dobrobyt. Ale uwagi o „psuciu cen”, o „wyzyskiwaniu zastępców i pomocników”, namowy do podniesienia ceny za poradę, odbijały się nietylko o jego, ale i o moje uszy. Biegański słuchał tych uwag z niewzruszonym spokojem i odpowiadał stale, że ceny za poradę nie podniesie, gdyż biedacy, dla których zdrowie jest największym skarbem, muszą też przychodzić do wziętych lekarzy; zresztą, w praktyce lekarskiej tak się często plecie, że bogaty i za ciebie i za biednego płaci. Ja na takie uwagi byłam może czulsza i czasami, odpowiednio nastrojona, próbowałam tłumaczyć Biegańskiemu, że praca, jaką w praktykę wkłada, mogłaby mu się lepiej opłacać. Nie lubił tego i kończył szybko rozmowę pytaniem: czy mogłabyś zjeść dwa obiady? czy mogłabyś spać na dwóch łózkach? — Wogóle dyskusji w tym przedmiocie unikał”.

Opisany wyżej stosunek lekarza do pacjenta powinien być zachowany nietylko w praktyce prywatnej, lecz tembardziej w lecznictwie zbiorowym, w szpitalach, w Kasach Chorych. Wszystko to, co ten stosunek narusza, obniża jednocześnie godność stanu lekarskiego.

Szatański wprost pomysł, celowy czy bezwiedny, miały zarządy Kas, które, pragnąc wyzyskać pracę lekarzy, wywołały gorszące, głośnie zatargi z lekarzami o wynagrodzenie, strajki lekarzy czyli t. zw. „stany bezkontraktowe”, a lekarskie organizacje zawodowe ponoszą winę, że nie umiały tego uniknąć. Czyż możemy się dziwić, że takie zatargi muszą pogarszać stosunek ubezpieczonych do lekarzy? Czy robotnik, odczuwając „na własnej skórze” takie zatargi, może patrzeć na lekarza inaczej, jak na członka związku zawodowego, sprzedającego swą pracę za pieniądze, czyż możemy się potem dziwić, że ubezpieczony w stosunku do lekarza wykazuje niejednokrotnie brak wszelkiego szacunku, nie ceni jego pracy, a często nawet tą pracą poniewiera, że lekarz staje się dla ubezpieczonego obcym najmitą, przez niego opłaconym? Otóż te zatargi, jak również zła organizacja lecznictwa w Kasach, utrudniająca ciągłość leczenia, doprowadziły do „obcości”, odsunęły lekarza od chorego i pozbawiły go tak niezbędnego w leczeniu wpływu psychicznego na pacjenta.

Przystępując obecnie do reorganizacji pomocy lekarskiej w Kasach Chorych, powinniśmy mieć na względzie głównie trzy cele: 1) zbliżenie lekarza do chorego, do jego domu, rodziny, otoczenia; 2) zabezpieczenie ciągłości leczenia w gabinetach

lekarskich, w mieszkaniach chorych, w szpitalach, w sanatorjach, otoczenie opieką ozdrowieńców zwłaszcza po wyjściu ze szpitali, ochronę zdrowia ubezpieczonego i jego rodziny; 3) wzmożenie odpowiedzialności lekarza za jego czynności. Nie będę tu mówił, jaką drogą do tego dojść, zaznaczę tylko, że osiągnięcie tego celu, który jest dobrem zarówno dla chorego, jak i dla lekarza, przyczyni się wybitnie nie tylko do podniesienia godności stanu lekarskiego, ale i do poprawy bytu materialnego lekarzy. Osiągnięcie tego celu umożliwi lekarzowi nie tylko przepisywanie recept, lecz pozwoli mu otoczyć chorego swą troską (*curare*), służyć mu (*therapeuein*) swą pomocą, roztoczyć nad nim i jego domem opiekę, a ubezpieczonemu da możliwość odczuć, że od lekarza otrzymuje coś więcej, niż to, co można kupić za pieniądze.

Chciwość pieniądza uważał Hipokrates za chorobę i pragnął, „aby wszyscy lekarze tę gor-

szą od szalu chorobę gorliwie leczyć zechcieli”. A przysłowie arabskie mówi:

„Dobra ziemskie — to ścierwa,
poszukiwacze ich — to psy”.

Niestety, w obecnych warunkach nie możemy żyć bez dóbr materialnych, bez pieniędzy, a manna z nieba nam nie spada. Nie idzie o to, aby dać się wyzyskiwać, pozwolić zbyt nisko oceniać naszą pracę, lecz o to, abyśmy uważali pieniądze za środek, a nie za cel naszego życia. Przynajmniej my, lekarze, wyleczmy samych siebie z tej choroby — chciwości, abyśmy w chwilach płodnej bezczynności, gdy człowiek głośno słyszy cichy szept swego sumienia, nie usłyszeli jego wyrzutów: „tyś do ziemi brzuchem przylgnął”, tyś dla zarobku, dla pieniędzy „niżył, zdrabniał, uśmiertelniał ton” twej sztuki, twego życia lekarskiego.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	23 XI-29 XI	30 XI 6 XII	7 XII-13 XII	
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	2 (0)	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	191 (7)*	172 (19)	145 (15)	145 (13)
Dur rzekomy . . .	0	1 (0)	1 (0)	0
Dur osutkowy . . .	14 (1)	21 (3)	9 (3)	18 (3)
Dur powrotny . . .	0	0	0	0
Czerwonka	33 (7)	13 (0)	16 (6)	4 (0)
Płonica	631 (18)	590 (28)	545 (17)	598 (24)
Blonica	444 (31)	471 (37)	387 (32)	367 (35)
Zapal. op. mózg. .	5 (1)	10 (5)	2 (1)	9 (0)
Odra	1660 (12)	1642 (8)	1348 (17)	1238 (20)
Róża	99 (7)	98 (5)	93 (5)	98 (3)
Krztusiec	250 (8)	163 (6)	120 (8)	253 (16)
Malaria	3 (0)	1 (0)	1 (0)	0
Posoczn. połóg. .	26 (5)	37 (10)	30 (4)	30 (2)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	270 (0)	410 (0)	335 (0)	222 (0)
Wąglik	0 (1)	0	0	1 (0)
Nosaczna	0 (1)	0	0	0
Włośnica	0	0	0	0
Wścieklizna	0	0	0	0 (1)
Zatr. jad. kielb. .	0	0	4 (0)	1 (0)
Chor. Heine-Medina .	1 (2)	0	0	1 (0)
Twardziel	0	0	2 (0)	2 (0)
Inne choroby zakaźne	190 (3)	355 (8)	898 (10)	1660 (10)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Ruch Służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc listopad 1930 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia.

Zwolnienia:

Darmaszek Aleksander, prow. księgowy w VII st. sł. w Państwowym Zakładzie higieny w Warszawie, na zasadzie

postanowień art. 62 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dnia 30.XI.30 dekretem z dnia 15.XI.1930 r.

We Władzach II instancji.

Mianowani:

Lehrówna Helena, prac. kontr. w Urzędzie Wojewódzkim Stanisławowskim, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 4.XI.30.

Siuda Władysław, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Pomorskim w Toruniu dekretem z dn. 22.XI. 1930 r.

Zwolnienia:

Jazierski Stanisław Romuald, prow. inspektor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Lwowskim na zasadzie art. 62 ustawy o państwowej Służbie cywilnej z dn. 30.XI.1930 dekretem z dn. 25.XI. 1930.

We Władzach I instancji.

Przeniesieni:

Dr. Parymończyk Franciszek, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym Sarneńskim, na także stanowisko i w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Starostwa powiatowego Drohicznego dekretem z dn. 29.XI. 1930 r.

Przeniesieni na emeryturę:

Dr. Niemczewski Jan, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym Wadowickim, na własną prośbę. z dniem 30.XI. 1930 r.

Dr. Olszewski Józef, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowym Grybowskim, na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej dekretem z dn. 15.XI.1930.

Przeniesieni w stan nieczynny:

Dr. Twórz Edmund, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowym Kościańskim, dekretem z dnia 22.XI. 1930 r.

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

Wobec niejednokrotnie mylnego interpretowania zarządzenia w sprawie udzielania zapomóg na koszty przewozu dzieci, chorych na jaglicę wysyłanych na leczenie do centralnych zakładów leczniczych (okólnik Nr. 12 z dnia 27.I.1930 pismo L. Z. Z. 7809 29), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) wyjaśnia co następuje:

Licząc się z tem, że w związku z zarządzeniem przesyłania dzieci, chorych na jaglicę, na leczenie do zakładów centralnych (okólnik Nr 12/30), koszty przewozu chorych z tych miejsc zamieszkania, niejednokrotnie bardzo odległego od centralnego zakładu leczniczego, będą dość znaczne, co może utrudnić bardzo opiekunom względnie instytucjom opiekuńczym i związkowi komunalnym, obowiązany do pokrywania kosztów przewozu i leczenia umieszczenie chorych w zakładach centralnych, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) postanowiło udzielać zapomóg z kredytów, przeznaczonych na walkę z jaglicą, na zwiększone z tego powodu koszty przewozu chorych.

Interesowane osoby i instytucje mogą w myśl powyższego składać podania, za pośrednictwem właściwych władz administracji ogólnej I instancji, do Urzędów Wojewódzkich, o przyznanie zapomóg na pokrycie zwiększonych kosztów transportu chorych do zakładów centralnych.

Panowie Wojewodowie są upoważnieni do udzielania petentom zapomóg na ten cel w wysokości, nieprzekraczającej kosztu przewozu chorych poza obrębem Województwa, z kredytów na walkę z jaglicą (dz. 3 rozdz. 1 § 12 poz. 1).

O każdorazowym przyznaniu przez Województwo zapomogi na ten cel należy zawiadomić Ministerstwo z wnioskiem otwarcia odpowiedniego kredytu.

W razie, gdy ze względów wyjątkowych zachodzi potrzeba udzielenia zapomogi także na pokrycie kosztów przewozu w obrębie Województwa, Pan Wojewoda zechce wystąpić z odpowiednio umotywowanym wnioskiem do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia).

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński.

— Dn. 23.5, 24.5. i 25.5 1931 r. odbędzie się we Lwowie XI. Zjazd Psychiatrów Polskich. Tymczasowy program Zjazdu jest następujący:

I. dzień.

Temat główny: Kila w etjologii schorzeń psychicznych.

1. Prof. Wejgl (Lwów) — Bjologia krętka bladego. 2. Prof. Lenartowicz (Lwów) — Kila eksperymentalna. 3. Prof. Nowicki (Lwów) — Anatomja patologiczna kily. 4. Dr. Messing (Warszawa) — Histopatologia kily układu nerwowego. 5. Prof. Krzyształowicz (Warszawa) — Kila wrodzona. 6. Dr. Meissner (Kobierzyn) — Patogeneza zaburzeń psychicznych. 7. Doc Artwiński (Kraków) — Leczenie kily.

II. dzień.

Przed południem Higjena psychiczna.

Porządek dzienny nie jest dotychczas ustalony; dotychczas zgłoszono następujące odczyty.

1. Prof. Groër (Lwów) — Temat zastrzeżony. 2. Prof. Borowiecki (Poznań) — Nerwice, jako choroby społeczne. 3. Dyr. Łuniewski (Tworki) — Zagadnienie społeczne wpływają

jące z wyników spólnego leczenia paralityków. 4. Ks. Rękas (Kulparków) — Sterylizacja umysłowo chorych w świetle nauk etyki i socjologii.

Po południu. Walne zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III dzień.

Luźne odczyty.

Uwagi: 1) uprasza się o nadsyłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego (J. Handelsman. Pruszków. Tworki) możliwie wcześniej w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu.

2) W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie się z miejscowym Komitetem: Dyr. Sochacki, Kulparków pod Lwowem.

— Z okazji 10-letniego istnienia "Przeglądu Dentystycznego" redakcja tego pisma ogłasza konkurs na najlepszą pracę z zakresu dentystryki w najszerszym pojmowaniu tego słowa.

Warunki konkursu są następujące:

- 1) Praca na temat dowolny, jednak związany z dentystryką winna być napisana stylem zwięzłym, jasnym i wyraźnym. Musi ona zawierać myśl nową, oryginalną, nieogłoszoną dotychczas w druku. Rozmiar pracy nie może przekraczać trzech arkuszy druku.
- 2) Rękopis musi być pisany czytelnie, bez żadnych kreśleń z pozostawieniem marginesu, na oddzielnych kartkach po jednej tylko stronie. Pożądane (lecz nie konieczne) pismo maszynowe.
- 3) Autor podpisuje rękopis własnym nazwiskiem z podaniem dokładnego adresu oraz zaopiniuje go w dopisek że ta praca jest przeznaczona na konkurs.
- 4) Wszystkie prace, przeznaczone na konkurs, przekazane będą do oceny sądowi, specjalnie do tego utworzonemu.
- 5) Za najlepsze prace będzie przyznana nagroda Redakcji „Przeglądu Dentystycznego” w sumie zł. 1000, która jednak, według uznania sądu, może być podzielona na 2 nagrody.
- 6) Prace nadsyłać należy do Redakcji „Przeglądu Dentystycznego”, Marszałkowska 48.
- 7) Termin nadsyłania prac konkursowych upływa w dn. 1 lipca 1931 r.
- 8) Redakcja ma prawo drukować prace, przeznaczone na konkurs, w miarę ich nadsyłania.

— Dyrektorem szpitala Starozakonnych na Czystem w Warszawie, po ustąpieniu kol. Jakóba Szwajcera, został mianowany kol. Antoni Goldman, b. lekarz naczelny szpitala Ponańskich w Łodzi.

— Biuro pośrednictwa Pracy dla lekarzy.

Związek Lekarzy Kas Chorych w Krakowie otwiera z dniem 1 stycznia 1931 r. „Biuro Pośrednictwa pracy dla lekarzy”. Lekarze, poszukujący posad, mogą zgłaszać się w sekretarjacie biura przy ul. Batorego 5, parter codziennie między 7 — 8 wieczór,

— Wszyscy autorzy, którzy w ubiegłym półroczu ogłosili w języku polskim prace dotyczące nowotworów są proszeni o nadesłanie krótkiego autoreferatu możliwie w języku francuskim pod adresem Warszawa, Marszałkowska 73.

Dr. Med. Wejnert lub Warszawa Marszałkowska 41. Doc. Dr. Sterling — Okuniewski. Referaty powyższe będą umieszczone w wychodzącym w Paryżu Międzynarodowym piśmie: „Index Analyticus Cancerologiae”.

— Nr. 24-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka” przynosi następujące artykuły: M. Benisławska „Boże Narodzenie”, J. Prażmowska „Dzieci i Święta” (uwagi praktyczne), Ewy Szelburg „Jak Druś zobaczył gwiazdkę?”, „Nie straszyć”. „Loterja fantowa”, „Wyrastają i dorastają”, „Kara cielesna”, „Światło pod korcem”, — w dziale „Ważne drobiazgi”. Dr. Łuniewskiej „O wietrzeniu mieszkania”, Dr. Z. Michejdziny „Utrzymanie niemowlęcia w czystości”, M. Morzkowski „Odżywianie dziecka po wyjściu z niemowlęctwa”, Dr. M. Kłosińskiej „Grypa”. Dział mód i robót. „Rodzice między sobą” oraz porady indywidualne Redakcji uzupełniają numer.

SPROSTOWANIE

W № 1 „Warsz. Czasop. Lek.” na str. 12, zamiast **L i c k** powinno być **L i e k**.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH

7.I. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne

1) Pokazy.

2) R. Barański i T. Lewenfiszowa: O zachowaniu się ciśnienia krwi u dzieci w wieku szkolnym.

10.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Sekcja Kliniczna.

1. B. Fejgin. O zmienności prątku gruźlicy.

2. B. Fejgin i M. Płoński. Badania doświadczalne nad ziarnicą złośliwą (lympho-granulomatosis).

TREŚĆ: M. SZOUR. O niektórych najnowszych metodach i sposobach leczenia dychawicy oskrzelowej. (Dok.) — L. SZYFMAN i J. KOKOTEK. Przypadek posocznicy meningokokowej, wyleczony trypaflawiną. — I. TENCER. O zawrocie głowy. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Wł. SZENAJCH. O pogardzie dla pieniądza. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. SZOUR. Sur certaines nouvelles méthodes du traitement de l'asthme bronchial (fin). — L. SZYFMAN et J. KOKOTEK. Un cas de septicémie à méningocoques guéri par tripaflavine. — I. TENCER. Sur le vertige (Rev. gén. fin). — Wł. SZENAJCH. Sur le mépris de l'argent.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEN:

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

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

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego, mieści się w 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.

