

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok VIII

WARSZAWA, 13 SIERPNIA 1931 R.

Nr. 33

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Ze Szp. Anny Marji dla dzieci w Łodzi
(Dyrektor: Dr. T. Mogilnicki)

Przebieg i wyniki leczenia ropniaków płucny u dzieci na podstawie przypadków spostrzeczanych w szpitalu Anny Marji w Łodzi od r. 1911—1931.

Podały

H. FRÉNKŁOWA i A. MARGOLISOWA (Łódź),

Zestawienie statystyczne, dotyczące pewnej postaci chorobowej, oparte na dużej liczbie przypadków z jednego źródła, jest bezwzględnie bardziej miarodajne, niż zbiorowe statystyki, pochodzące z różnych źródeł. Z tego względu materiał szpitala Anny Marji z ostatnich lat dwudziestu, obejmujący 634 przypadki ropniaków płucny, jako pod każdym względem jednolity, doskonale nadawał się do opracowania niektórych zagadnień, dotyczących przebiegu i leczenia ropniaków płucny u dzieci.

Ropne wysięki płucny należą do najczęstszych postaci chorobowych wieku dziecięcego. W materiale szpitala Anny Marji stanowią one około 4% wszystkich naszych przypadków, przyczem odsetka ta u niemowląt do 2-ich lat jest znacznie wyższa. Pośród 634 przypadków ropniaków płucny w naszym materiale 275, t. j. 43% dotyczyło dzieci do 2-ich lat.

Przewaga chłopców (364 chłopców, 270 dziewczynek) w naszych spostrzeżeniach jest podług nas tylko wynikiem większej zachorowalności chłopców wogóle i większej odsetki chłopców wśród chorych szpitala.

Zależność od pory roku była bardzo wyraźna *maximum* zimą i wiosną, najmniejsza liczba przypadków latem.

W większości naszych przypadków ropniak płucny był sprawą wtórną w przebiegu zapalenia płuc, przyczem u dzieci młodszych przeważały wysięki synpneumoniczne, u starszych—metapneumoniczne. Ropniaki metastatyczne w przebiegu posocznicy stwierdzaliśmy przeważnie u dzieci poniżej 2-ich lat, co wyni-

ka z większej skłonności ustroju niemowlęcego do zakażeń ogólnych.

Przebieg: R. opl. u dzieci jest postacią chorobową ciężką o długotrwałym przebiegu i dużej śmiertelności. Odsetka śmiertelności w naszym materiale, szczególnie dla wieku niemowlęcego, jest bardzo wysoka, jak to widzimy z poniższego zestawienia:

Wiek	% śmiert.
0—1	73 %
1—2	69,6 %
2—4	39,4 %
4—8	27,4 %
od 8	12,5 %

Przeciętna odsetka śmiertelności wynosiła u nas 45,7%.

Oprócz wieku na zejście w przebiegu ropniaka płucny wpływa cały szereg czynników:

Drobnoustroj. Drobnoustrojem chorobotwórczym były w naszych przypadkach najczęściej pneumokoki, które stwierdzono w 63,7%. W pozostałych przypadkach wykryto inne zarazki (paciorkowce, gronkowce, *bac. influenzae Pfeiffra*, *pneumobacillus Friedländera* i florę mieszaną). W piśmiennictwie przeważa pogląd, że wysięki płucny pneumokokowe mają przebieg najbardziej łagodny w przeciwieństwie do ropniaków streptokokowych o przebiegu złośliwym. W naszych spostrzeżeniach odsetka śmiertelności w zależności od drobnoustrojów wynosiła w ropniakach, wywołanych przez

<i>Streptoc. pyog.</i>	37%
<i>Pneumococcus</i>	49%
Zakażenia mieszane	49%
<i>Streptoc. mucosus</i>	54%
<i>Staphylococ. pyog.</i>	61%

Sprawy paciorkowcowe miały więc u nas lepsze zejście, niż wysięki, wywołane przez pneumokoki. Wysoką odsetkę dla spraw gronkowcowych przypisujemy temu, iż gronkowiec jest zarazkiem, napotykanym w ciężkich metastatycznych ropniakach płucny (w przebiegu posocznicy).

Strona. Wysięki lewostronne uchodzą za bardziej złośliwe od prawostronnych. W naszym materiale—przy nieznacznej przewadze liczebnej ropniaków

prawostronnych — odsetka śmiertelności była trochę wyższa w wysiękach prawostronnych (41,5% dla lewostronnych, 47,7% dla prawostronnych). Największą odsetkę śmiertelności stwierdziliśmy w wysiękach obustronnych, mianowicie 80%.

Choroba podstawowa. W r. opł., stanowiących powikłanie zapalenia płuc, rokowanie było zależne od tego, czy wysięk opłuczny był sprawą syn—czy metapneumoniczną. Odsetka śmiertelności wynosiła u nas w r. opł. synpneumonicznych 50,5%, w metapneumonicznych—26%.

Najczęściej przebiegały u dzieci naszych r. opł. w przebiegu ropiejącego zapalenia płuc (*pneumonia abscedens*) z najczęstszym ich powikłaniem: ropniakiem odmowym (*pyopneumothorax*).

W przebiegu chorób zakaźnych r. opł. dały nam następującą odsetkę śmiertelności:

Płonica	14,3%
Dur brzuszny	25,0%
Odra	46,5%
Krztusiec	80,0%

W przebiegu posocznicy wszystkie nasze przypadki metastatycznego r. opł. miały zejście śmiertelne.

W przebiegu gruźlicy spostrzegaliśmy r. opł. 2-ch typów: 1) r. opł. gruźlicze, jako powikłanie sprawy płucnej, w przebiegu swym i zejściu zależne od podstawowej sprawy płucnej, i 2) r. opł. u dzieci gruźliczych, występujące, jako nieswoiste powikłanie w przebiegu zapalenia płuc. Rokowanie i ostateczne zejście w tej drugiej kategorii naogół nie było gorsze, niż u dzieci niegruźliczych.

Postaci kliniczne.

W materiale naszym spostrzegaliśmy ropniaki nieotorbione i otorbione: ościenne, międzypłatowe i śródpiersiowe. Ropniaki otorbione ościenne miały naogół zejście pomyślniejsze, niż ropniaki nieotorbione, i dość często udawało nam się wyleczyć je za pomocą jednego nakłucia, wzgl. kilku nakłuć bez zabiegu operacyjnego.

Ropniaki międzypłatowe spostrzegaliśmy przeważnie po tej samej stronie, co i wysięki ościenne, przyczem przeważały wysięki międzypłatowe prawostronne (w 11 przypadkach na 12 wysięk międzypłatowy umiejscowiony był po stronie prawej). Co do wieku, przeważały dzieci starsze: tylko 3 przypadki spostrzegaliśmy u dzieci poniżej 2-ch lat. Przebieg i zejście nie było gorsze, niż w wysiękach ościennych: na 12 przypadków mieliśmy 5 zgonów i 7 wyleczeń, t. j. 41,6% śmiertelności.

Ropniaki śródpiersiowe: Oba spostrzegane przez nas przypadki dotyczyły dzieci małych, poniżej 3-ch lat. Leczony był tylko wysięk ościenny za pomocą nakłucia, wysięk śródpiersiowy zaś uległ sam wessaniu. Wezwane do kontroli dzieci te okazały się po 1, wzgl. 2-ch latach klinicznie zupełnie zdrowe, a przy prześwietleniu nie stwierdzono żadnych zmian w śródpiersiu.

Jako odrębne postaci r. opł. spostrzegaliśmy ropniaki gnilne oraz ropniaki, powikłane odma—*pyopneumothorax*.

Ropniaków gnilnych o wysięku cuchnącym, wywołanym przez florę mieszaną, spostrzegaliśmy 19 z wysoką odsetką śmiertelności: 75%. Wysięki gnilne towarzyszą przeważnie najcięższym sprawom: ropiejącym zapaleniom, ropniom oraz gangrenie płuc i prze-

biegają często wskutek tego w postaci ropniaków odmowych. Rokowanie jest trochę lepsze w wysiękach gnilnych międzypłatowych: z naszych 4-ch wyleczonych przypadków 1 raz mieliśmy sprawę otorbioną i 1 raz ropniak gnilny międzypłatowy.

Ropniaki odmowe. Pośród spostrzeganych przez nas od r. 1911 naszych 634 r. opł. mieliśmy 98 t. j. 15% ropniaków odmowych. Mechanizm powikłania odmy był w naszych przypadkach dwojaki: 1) sztuczny 2) samoistny.

Ad 1). Odma wytwarzała się sztucznie podczas nakłuwania opłuczny bez zachowywania środków ostrożności, szczególnie zaś łatwo podczas płukań. W niektórych przypadkach powietrze dostawało się do opłuczny podczas nakłucia nie zzewnątrz lecz zewnątrz, skutkiem uszkodzenia samego płuca. Spostrzegaliśmy również w tej grupie przypadki ropniaków odmowych powstałe w następstwie przebiccia oskrzela i tkanki płucnej przez ciało obce.

Ad 2). Odma samoistna w przebiegu r. opł. może wystąpić naskutek schorzeń ostrych i przewlekłych (ropień płuca, ropiejące zapalenie, gruźlica) lub też wskutek przebiccia wysięku ropnego z opłuczny do oskrzeli.

Dla odróżnienia odmy samoistnej od sztucznej konieczne jest prześwietlenie promieniami Roentgena przed wykonaniem nakłucia próbnego. W jednym z naszych przypadków mieliśmy możność stwierdzenia w ten sposób samoistnej odmy obustronnej:

Dziecko I. K. 1½ roku, przyjęte do szp. Anny Marji w ciężkim stanie po przebyciu odry. Badanie kliniczne i prześwietlenie przed nakłuciem próbnym wykazało, obustronny *pyopneumothorax*. Po 10 dniach nastąpiło zejście śmiertelne, a na autopsji stwierdzono drobne ogniska ropiejącego zapalenia w obu płucach oraz wysięk ropny w obu opłucznych.

W jednym przypadku u niemowlęcia 9-miesięcznego przyczyną powstania odmy w przebiegu r. opł. było zapalenie płuc z wytworzeniem martwaka płucnego (*sequester*). Na autopsji stwierdzono w płucu 2 jamy połączone ze sobą i szeroko otwarte do jamy opłucznowej, wypełnione brudno-szarym strzępem zmartwiałej tkanki płucnej. Mieliśmy tu do czynienia z rzadko spotykaną postacią zapalenia płuc, *pneumonia dissecans*, opisywaną przez autorów francuskich jako powikłanie grypy.

Przyczyną odmy u dzieci może być również pękanie pęcherzyków płucnych (rozedmowych) podczas napadu kaszlu. Przypadek taki spostrzegaliśmy u niemowlęcia 7-miesięcznego w przebiegu odoskrzelowego zapalenia płuc,

Przeciętna odsetka śmiertelności w naszych przypadkach r. opł. z odma, wywołaną sztucznie, wynosiła 41%, z czego wnioskujemy, iż ten rodzaj odmy nie wywiera ujemnego wpływu na przebieg r. opł. u dzieci. Dowodzą tego również spostrzeżenia kliniczne w poszczególnych przypadkach, w których widzieliśmy przy prześwietleniu promieniami Roentgena, iż powietrze, wprowadzone przy nakłuciu, szybko się wysysało.

Natomiast w przypadkach samoistnego ropniaka odmowego u dzieci rokowanie jest bardzo złe. Według niektórych autorów postać ta daje 100% śmiertelności, a w naszym materiale na 21 przypadków samoistnego *pyopneumothorax* u dzieci do 3-ch lat mieliśmy 19 zgonów i 2 wyleczenia t. j. 90,5% śmiertelności.

Leczenie.

Z ogólnej liczby 498 naszych przypadków o wiadomym wyniku*) przypadków leczonych było 396.

W 11 przypadkach nastąpiło samowyrzuszenie ropy (francuskie „vomique”), 9 razy z zejściem pomyślnym. U dwójga dzieci, u których pomimo wyrzucenia ropy nastąpiło zejście śmiertelne, mieliśmy do czynienia z ropiejącym zapaleniem płuc i odmą samoistną. W żadnej innej serii naszych przypadków nie spostrzegaliśmy tak wysokiej odsetki wyleczeń jak w ropniakach opłucny, powikłanych samowyrzuceniem ropy (82%).

W przeciwieństwie do przebiecia się ropy do oskrzela, które przyspiesza wyleczenie, przebiecie się wysięku na zewnątrz w postaci *empyema necessitatis* było w naszych przypadkach zejściem niepomyślnym i niepożądanym ze względu na przewlekłe gojenie się przetoki zewnętrznej.

Metody lecznicze, stosowane w naszym szpitalu musimy podzielić na zachowawcze t. j. nakłucia i płukania oraz operacyjne (otwarte i zamknięte).

Metody operacyjne otwarte pierwotne, bez uprzedniego leczenia nakłuciami, były jedynym naszym sposobem leczenia aż do roku 1924. Odsetka śmiertelności w tym okresie była bardzo wysoka:

Wiek	Wyleczeń	Zgonów	% śmiert.
0—2	13	25	65,8
2—4	25	14	36,0
4—8	32	12	27,2
od 8	82	2	5,9

Jak widzimy z powyższego zestawienia najwyższą odsetkę śmiertelności dały dzieci do 2-ich lat. Przyczyną złego wyniku operacji otwartych w tym wieku jest nie ciężkość samego zabiegu lecz współistniejące sprawy zapalne w płucach oraz nagła zmiana ciśnienia w opłucnie, która przy wiotkości śródpiersia u niemowląt wywołuje gróźne dla życia objawy t. zw. trzepotania śródpiersia (*Mediastinalflattern*),

Z tego względu zabiegi operacyjne wtórne, t. j. dokonane po przygotowawczym leczeniu nakłuciami, mogą dać lepsze wyniki dzięki temu, że w opłucnie zdążyły wytworzyć się zrosty, a w płucach ustąpił proces zapalny. W naszej statystyce i te wtórne operacje otwarte dały bardzo dużą odsetkę śmiertelności: 62% zgonów u dzieci od 2-ich lat, 31% od 2-ich do 4-ich lat.

Uważamy więc, że zastąpienie metody otwartej pierwotnej metodą otwartą wtórną nierozwiązuje jeszcze problemu leczenia r. opł. u dzieci. Rozwiązania tego musimy szukać w dziedzinie metod zachowawczych, wzgl. operacyjnych — zamkniętych.

Leczenie zachowawcze. Przypadków leczonych zachowawczo, mieliśmy 231, z których 142 skierowano do operacji wtórnej. Pozostałych 89 leczono do końca zachowawczo z następującym wynikiem:

Wiek	Wyleczeń	Zgonów	Do wtórnej oper.	% wylecz.	% zgonów
0—2	25	20	50 (52,7%)	26,3	21,0
2—4	18	5	38 (62,4%)	29,4	8,2
4—8	14	3	37 (68,5%)	26,0	5,5
od 8	4	0	17 (81%)	19,0	0

Z liczby 634 zebranych przez nas przypadków tylko w 498 wiadome było ostateczne zejście. Duża część dzieci wyleczonych zgłosiła się na nasze wezwanie do kontroli rentgenologicznej.

Przeciętna odsetka wyleczeń w przypadkach, leczonych wyłącznie zachowawczo, wynosiła 26,3%, i, jak widzimy z powyższego zestawienia, udało nam się w każdej grupie wieku wyleczyć tą metodą 1/4 do 1/5 przypadków.

Pośród naszych przypadków, leczonych zachowawczo, musimy wyodrębnić 42 pneumokokowe r. opł., leczone optochiną. Przeciętna odsetka wyleczeń w tej serii była lepsza (40,5 proc.) niż w przypadkach bez optochiny (23,3 proc.), nie przypisujemy jednak tej różnicy decydującego znaczenia, gdyż spostrzeżenia nasze nad działaniem optochiny w poszczególnych przypadkach nie przekonały nas o bardziej pomyślnym przebiegu r. opł. leczonych optochiną, w porównaniu z ropniakami, leczonymi samymi nakłuciami. Pneumokoki przeważnie utrzymywały się bardzo długo; nawet w przypadkach o zejściu pomyślnym stwierdzaliśmy je jeszcze po kilkunastu wlewaniach optochiny. Ujemną stroną optochiny jest jej właściwość zagęszczania wysięku, co utrudnia dalsze leczenie nakłuciami.

Poza optochiną stosowano w niektórych przypadkach rivanol w rozc. 1 pro mille, naogół jednak unikamy płukań, wlewań i wszelkich manipulacji, przedłużających nakłucia, jako zabiegów, nieobojętnych dla dzieci, szczególnie dzieci małych. Zapaści, odma piersiowa, odma podskórna i nacieki klatki piersiowej zdarzają się wprawdzie i przy samych nakłuciach, częściej jednakże spostrzegamy te powikłania przy nakłuciach, połączonych z płukaniami.

Odma piersiowa daje się uniknąć przez wykonywanie nakłuć ściśle zamkniętych za pomocą igły z kranikiem, natomiast odma podskórna wytwarza się niezależnie od techniki zabiegu, gdyż powietrze dostaje się pod skórę od wewnątrz. W jednym przypadku spostrzegaliśmy u dziecka 13-miesięcznego odmę podskórną ogólną, która stała się przyczyną zejścia śmiertelnego.

Nacieki w miejscu nakłucia powstawały przeważnie u dzieci w ciężkim stanie i w młodym wieku po jednym lub kilku nakłuciach. Przy dłuższym stosowaniu nakłuć wytwarzania się nacieków już nie spostrzegaliśmy.

Metody operacyjne zamknięte. W przypadkach, leczonych zachowawczo, powtarzaliśmy nakłucia w miarę potrzeby zależnie od krzywej temperatury, samopoczucia dziecka, wyniku prześwietlenia i t. d.

Naogół należy unikać zbyt częstych nakłuć i nie wypuszczać zbyt dużo ropy jednorazowo.

W razie braku poprawy po nakłuciach i bezwzględnego wskazania do zabiegu operacyjnego (niemożność wydobywania ropy strzykawką, objawy toksyczne i t. p.) stosowaliśmy ostatnio na oddziale niemowlęcym sączkowanie zamknięte metodą Draehtera.

Wyniki: z naszych 9 niemowląt, które były leczone podług tych zasad, w ciągu ostatnich 4 miesięcy zmarło 3-je, wyleczyło się 6, t. j. odsetka śmiertelności wynosiła 33,3% — połowę naszej dawnej odsetki śmiertelności dla tego wieku.

Z trojga dzieci zmarłych w dwóch przypadkach mieliśmy do czynienia z samoistnymi ropniakami odmowemi, które, jak poprzednio widzieliśmy, dają około 100% śmiertelności, wobec czego obecne nasze wyniki są bezwzględnie lepsze od dawniejszych.

W grupie dzieci wyleczonych mieliśmy wyłącznie dzieci, przyjęte w bardzo ciężkim stanie, a jedno z nich—16-miesięczne niemowlę z samoistnym ropniakiem odmowym wydawało się bezwzględnie stracone. Z tych 6 przypadków wyleczonych w 3 stosowaliśmy same nakłucia, w 3-ch — początkowo nakłucia, następnie sączkowanie zamknięte metodą *Drachtera*. Czas leczenia wynosił przy samych nakłuciach około 6 tygodni, przy sączkowaniu trochę więcej.

Metoda *Drachtera*, którą się obecnie posługujemy ze względu na łatwość techniki, ma podług nas dużo ujemnych stron (możność skałeczenia płuca i przepony przy skąym wysięku, łatwość wytwarzania się odleżyn przez metalową rurkę i t. d.), których można uniknąć, posługując się zamiast trójkątka *Drachtera* — drenem gumowym, połączonym z syfonem i odpowiednio szczelnie umocowanym w otworze klatki piersiowej.

Z poszczególnych spostrzeganych przez nas postaci r. opl. u dzieci w wysiękach gnilnych leczenie zachowawcze jest przeciwwskazane. Stwierdzenie wysięku gnilnego jest bezwzględnie wskazaniem do najszybszego opróżnienia opłucny za pomocą operacji.

Ropniaki gruźlicze, wzgl. ropne wysięki u dzieci gruźliczych nadają się, przeciwnie, do leczenia jaknajbardziej zachowawczego za pomocą nakłuć; przy

braku wyniku należy stosować drenowanie, ściśle zamknięte.

Ropniaki otorbione ościenne leczą się doskonale nakłuciami; w tych otorbionych sprawach metody operacyjne otwarte również nie są groźne.

Ropniaki międzypłatowe i śródpiersiowe: w naszych przypadkach stosowaliśmy postępowanie oczekujące. Samowyleczenie może nastąpić przez wykrztuszenie ropy lub przez wessanie się wysięku bez przebicia oskrzela.

W materiale naszym rozporządzamy jednym przypadkiem r. opl. międzypłatowego z r. 1918, pomyslnie operowanym (rezekcja); na podstawie pozostałych, nieoperowanych uważamy, iż postaci te nie wymagają stosowania żadnych zabiegów: należy leczyć wysięk ościenny, wysięk śródpiersiowy zaś, wzgl. międzypłatowy zostanie wykrztuszony lub wessany.

* * *

Leczenia ogólnego nie omawiamy, gdyż nie różniło się od stosowanego przez nas w zapaleniu płuc u dzieci: powietrze, wstrzykiwania krwi i cukru gronowego domięśniowo i t. d. U niemowląt szczególnie uwagę zwracamy na odżywianie. W spostrzeżeniach naszych mamy przypadki, długo i wysoko gorączkujące, w których tylko dobra krzywa wagi pozwalała nam nie przerywać leczenia zachowawczego i osiągnąć wyleczenie bez zabiegu operacyjnego.

Z klinik, szpitali i pracowni

Zagadnienie niedokrewności w świetle nowych badań.

Podał

Artur LEJWA (Warszawa).

Doniosłe spostrzeżenia Whipple'a nad działaniem wątroby skłoniły Minota i Murphy'ego do podjęcia szeregu systematycznych badań nad własnościami wątroby i jej znaczeniem dla terapii niedokrewności złośliwej.

Uważają oni, że przyczyną niedokrewności złośliwej jest brak w ustroju substancji antyanemicznej, zawartej w wątrobie, i że przez wprowadzenie do organizmu dostatecznej ilości tejże substancji, niezbędnej do wytwarzania hemoglobiny, można chorobę usunąć.

Wpływ wątroby na niedokrewność złośliwą był początkowo przeceniany. Albowiem nie we wszystkich formach niedokrewności złośliwej daje wątroba wyniki dodatnie. Jej działanie ogranicza się tylko do regeneracji czerwonych ciałek krwi, natomiast objawy wtórne niedokrewności złośliwej, jak zaburzenia układu nerwowego i *achylia gastrica*, nie zostają usunięte. Stosowanie jednak wątroby w innych postaciach niedokrewności nie dało żadnych wyników.

Już sama wlepopostaciowość niedokrewności pozwala nam przypuszczać, że nie tylko jeden czynnik w rodzaju substancji antyanemicznej, zawartej w wątrobie, jest przyczyną choroby, lecz że każda forma niedokrewności wywołana zostaje przez odmienne czynniki.

Niedokrewność zatem można podzielić na następujące grupy:

- 1) niedokrewność jako choroba wtórna, wywołana przez toksyny pierwotniaków i pasorzytów, jak w kile i *botriocephalus latus*,
- 2) jako wynik pewnych zmian fizjologicznych, kiedy ustrój wytwarza duże ilości nowych komórek. Tego rodzaju niedokrewności spotykamy u szybko rosnących dzieci, ciężarnych kobiet i rakowatych,
- 3) z powodu utraty dużych ilości krwi
- i 4) hemolizy, do której zaliczamy i niedokrewność złośliwą.

Badania kliniczne wykazały, że działanie wątroby ogranicza się do regeneracji hemoglobiny i krwinek w niedokrewności złośliwej, i że w myśl prac Cohna, Mc Meekina i Minota dzieje się to dzięki pewnej, bliżej nie określonej substancji organicznej obecnej w tym organie.

Natomiast Wadel, Steenbock, Elvehjem i Hart nie wierzą w istnienie jakiejś swoistej substancji antyanemicznej. Starając się wykazać w całym szeregu prac, które zostały wykonane na bardzo dużym materiale zwierzęcym, że działanie wątroby polega na obecności dużych ilości miedzi, która bierze udział w tworzeniu się hemoglobiny.

Badania swoje przeprowadzali początkowo na królikach, a następnie na młodych szczurach. Szczury były karmione wyłącznie płynnym mlekiem. Po pewnym czasie zawartość hemoglobiny we krwi się zmniejszyła, zwierzęta stały się blade, leniwe i apatyczne, a nieleczone-padały.

Zwierzęta pozostawały przy życiu, jeśli im dawano do mleka pewną ilość wątroby lub jej popiołu. Popiół z wątroby został poddany frakcjonowaniu chemicznemu, przyczem okazało się, że czynna była frakcja zawierająca miedź. Dodatek 0,25 mg. miedzi i 0,5 mg. tlenku żelaza dziennie do podstawowej diety mlecznej dał wynik podobny do działania popiołu z wątroby — doprowadził niedokrewne zwierzęta do stanu normalnego.

Na podstawie tych wyników Wadell, Steenbock, Elvehjem i Hart doszli do wniosku, że tylko metal, a nie związek organiczny jest czynnikiem antyanemicznym.

Jeśli przyjmujemy teorię Harta i jego współpracowników, to należałoby niedokrewność uważać za chorobę, wywołaną dietą, gdyby się natomiast okazało słuszną teorią Whipplea — za chorobę endokrynologiczną.

Natomiast badania Funka i Lejwy*) pozwalają nam przypuszczać, że etiologia i patogeniza niedokrewności, mimo pięknych wyników klinicznych przy stosowaniu wątroby lub jej ekstraktów oraz bardzo efektownych doświadczeń Harta, nie zostały jeszcze wyjaśnione.

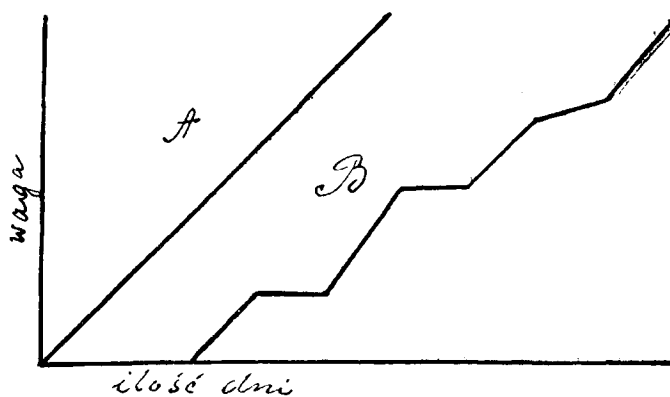
W doświadczeniach naszych dążyliśmy do wywołania niedokrewności u szczurów za pomocą takiej diety, która dała nam możliwość skontrolowania warunków, w których niedokrewność powstaje lub znika. Dotychczasowych metod, stosowanych przez różnych badaczy, jak upust krwi, hemoliza za pomocą zastrzykiwania wody lub karmienie zwierząt płynnym mlekiem nie chcieliśmy stosować, wychodząc z założenia, że w ten sposób wywołana niedokrewność nie odpowiada faktycznemu stanowi rzeczy, bo niedokrewność u ludzi powstaje w innych warunkach i przy współdziałaniu czynników odmiennych od tych, które były stosowane w laboratorium.

W pierwszej serii naszych badań staraliśmy się wywołać niedokrewność u młodych 50-60 gr. szczurów. Do wszystkich doświadczeń używaliśmy zawsze samców, ażeby uniknąć wahania czerwonych ciałek krwi, które mogłyby zostać spowodowane ciężą samiczek. Dieta składała się z kazeiny lub z białka z kurzych jaj, krochmalu, smalcu i mieszaniny soli Mc Columa, bez żelaza i miedzi. Oprócz tego szczury dostawały tran i małe ilości drożdży. Zwierzęta ginęły niezależnie od dodatku lub braku miedzi i żelaza, bez śladu niedokrewności, której nie mogły dostać, o czym przekonały nas późniejsze doświadczenia.

Zauważyliśmy bowiem, że wszystkie młode szczury mają niedokrewność fizjologiczną, która się sama leczy w miarę, jak zwierzę rośnie. To nam daje do myślenia, że niedokrewność zwierząt, karmionych mlekiem płynnym, opisana przez Harta i Steenbocka, nie jest przyczyną śmierci zwierząt, lecz umierają one wskutek jakiejś innej choroby, wywołanej brakiem miedzi.

Udało się nam stwierdzić rzecz bardzo ciekawą, że, jeżeli waga zwierząt wzrasta, to zjawia się tendencja do zmniejszania się czerwonych ciałek, przy spadku zaś wagi następuje wzrost erytrocytów. Zjawisko to można dobrze obserwować przy codziennym

dokładnym ważeniu zwierząt. Takie dokładne codzienne ważenie przekona nas, że wzrost nie idzie po prostej krzywej, jakby się mogło zdawać (Rys. 1 krzywa A), lecz tworzy linję łamaną (Rys. 1 krzywa B).



Rys. 1.

Przy jednoczesnym codziennym badaniu liczby czerwonych ciałek, zauważymy, że liczba ta jest odwrotnie proporcjonalna do wzrostu wagi: gdy krzywa wzrostu idzie do góry, liczba czerwonych ciałek krwi się zmniejsza, gdy krzywa wzrostu przyjmuje pozycję poziomą — wzrasta.

Nie jest wyłączone, że istnieje ścisły związek między tworzeniem się nowych tkanek a czerwonymi ciałkami krwi, które mogą się tworzyć w dostatecznej liczbie tylko wówczas, kiedy ustrój, proporcjonalnie do swej ogólnej wagi, obciążony jest kształtowaniem małych ilości nowych tkanek. Tak widzimy, że młode zwierzę, które waży 40 gr., zyskuje w ciągu 5—6 dni około 25% swej pierwotnej wagi, innymi słowy, ustrój musiał w ciągu tego krótkiego czasu uzyskać 25% nowych komórek, natomiast szczur o wadze 200 gr. zyska w tym samym czasie przeciętnie około 2 gr. wzrostu dziennie i w tych samych warunkach tylko 5% swej pierwotnej wagi, czyli nowej tkanki. Młode zwierzęta mają przez cały czas wzrostu około 2 milionów czerwonych ciałek w mm³, a starsze — mimo przyrostu — od 9 do 12 milionów cz. c. w mm³.

Zjawisko to pozwala nam objaśnić niedokrewność u ciężarnych kobiet, szybko rosnących dzieci i u rakowatych szybkim formowaniem się dużych ilości nowych tkanek. Sądzimy, że przez stosowanie odpowiedniej diety, przy której wzrost dziecka byłby hamowany, uda się zatrzymać niedokrewność i nie dopuścić, by przybrała ona groźne rozmiary.

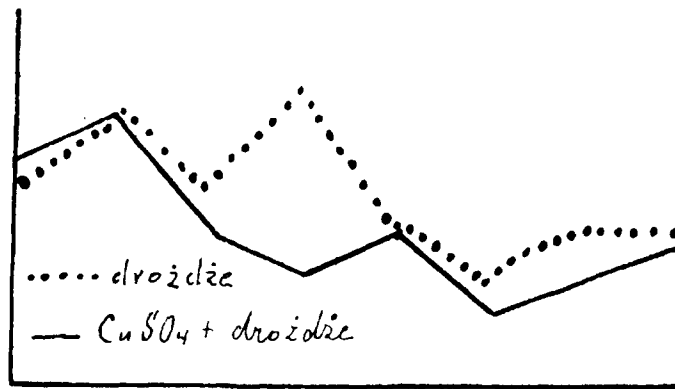
Następna seria badań była przeprowadzona wyłącznie na dorosłych szczurach, które nie mają niedokrewności wzrostu. Celem wywołania niedokrewności karmiono zwierzęta różnymi dietami, przyczem badano wpływ poszczególnych składników, jak wpływ różnych tłuszczów, węglowodanów, białek i soli. W tym celu karmiono je masłem, smalcem, masłem roślinnym, krochmalem, mąką, kazeiną zwykłą i oczyszczoną i t. p.; przy wszystkich tych dietach i przy różnym stosunku różnych składników zwierzęta nie zapadały na anemię. Tak samo okazało się, że dodatek 0,5 mgr. Cu codziennie do podstawowej diety pozostał bez wpływu, i przyrostu czerwonych ciałek nie zauważono, czego należałoby się spodziewać, gdyby Cu odgrywała tę rolę w ustroju, jaką mu przypisuje szkoła bostońska. (Rys. 2 i 3).

Oprócz wpływu diety zasadniczej na czerwone ciałka krwi badaliśmy też i wpływ witaminy B przez

*) Funk i Lejwa. Une nouvelle conception de l'anémie, Bruxelles Medical Nr. 12, 1931.

Odczyt wygłoszony na Zjeździe lekarskim w Brukseli w roku 1930.

Wpływ drożdży i miedzi na czerwone ciała krwi (per os)



Rys. 2.

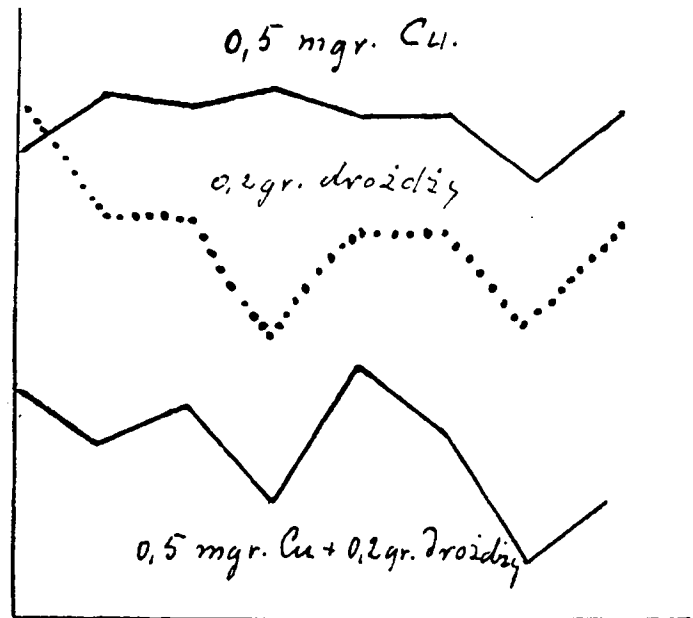
dotychczas codziennie do pokarmu 0,2 gr. suszonych drożdży albo takiej samej ilości wątroby w proszku. W toku tych doświadczeń zauważyliśmy wielokrotnie, że drożdże a także wątroba, podawana *per os* lub podskórnie, obniżają bardzo znacznie liczbę czerwonych ciałek krwi, przy czym spadek dochodzi często do 40% (Rys. 2, 3, 4 i 5).

Wyniki te skłoniły nas do przypuszczenia, że w wątrobie zawarte są dwie substancje: jedna, zwiększająca liczbę czerwonych ciałek, a druga — zmniejszająca. Od koncentracji tych dwóch substancji i ich wzajemnego stosunku zależy, czy czerwone ciała się tworzą lub też znikają z ustroju.

Niezależnie od naszych badań otrzymał Sebrell podobne wyniki do naszych przez podawanie psom dużych ilości cebuli. Największy spadek liczby czerwonych ciałek krwi nastąpił po 7-12 dniach, ale później, mimo dalszego podawania cebuli, krew wracała do normy.

Reasumując powyższe, możemy powiedzieć, że bywa u szczurów niedokrewność, która jest wynikiem szybkiego wzrostu zwierzęcia i zależnie od przyrostu wagi liczba czerwonych ciałek w mm^3 wzrasta lub maleje.

Wątroba i drożdże zawierają, obok substancji, opisanej przez Minota i jego współpracowników,



Rys. 3.

Jeszcze jedną substancję, która ma własności zniżające. Frakcjonowania chemiczne wskazują na to, że te dwie antagonistyczne substancje znajdują się w wątrobie i drożdżach w różnych ilościach, i od tego zależy, czy wątroba działa w niedokrewności złośliwej lepiej lub gorzej, bo do ustroju wprowadza się pewną ilość substancji o własnościach zniżających liczbę czerwonych ciałek krwi.

PIŚMIENNICTWO.

- Whipple G. W. i Robscheit - Robbins F. S. Amer. J. Physiol., 72, 395, 1925.
 Minot i Murphy W. P. J. Amer. Med. Assoc. 87, 470, 1926 i 89, 759, 1927.
 Cohn, Mc Meekin i Minot, Proc. Soc. Biol. Chem.; J. Biol. Chem., 87, XLIX, 1930.
 Funk C. i Lejwa A., Brux. Med., XII, 1931.
 Sebrell, U. S. Publ. Health Rep. 45, 1175, 1930.

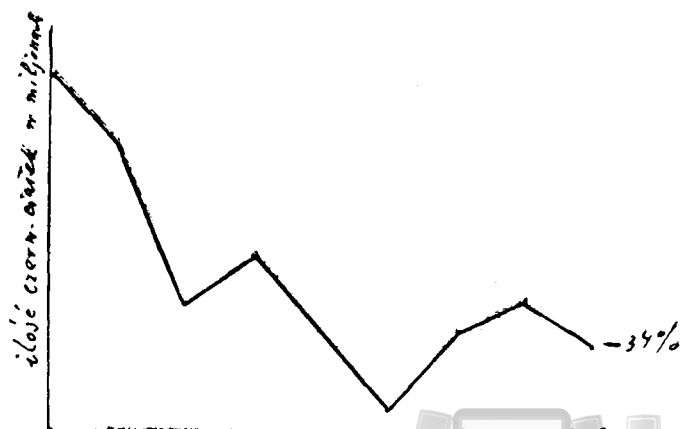
Wpływ wyciągów wątroby cielejcej i drożdży zastrzykniętych podskórnie:

Drożdże



Rys. 4.

Wątroba



Rys. 5.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Stwardnienie rozsiane w świetle nowszych badań.

Podała

S. BAU-PRUSAKOWA (Warszawa).

Do najciekawszych i najbardziej aktualnych zagadnień neuropatologii okresu powojennego należy niewątpliwie sprawa stwardnienia wieloogniskowego, cierpienia, szerzącego się od kilku lat w sposób wprost zaskakujący. Cierpieniem tem dotknięte są głównie kraje środkowej, zachodniej i północnej Europy. W Szwajcarii jest S. M.*) najczęstszym schorzeniem układu nerwowego; (według Veragutha na 3—4 tysięcy mieszkańców przypada 1 chory na S. M., zaś w północno-zachodniej części Szwajcarii stwierdzono w latach 1918—1922 $\pm$ 950 przypadków, co stanowi 7,4 na 10000 mieszkańców), we Francji zajmuje pod względem częstości drugie miejsce po cierpieniach natury kiłowej układu nerwowego (Guillain), nie mniej częste jest w Niemczech, w Austrii, na Półwyspie Skandynawskim, w Polsce oraz w Wielkiej Brytanii, i to zarówno w Szkocji (Adams), jak w Irlandji (Foster Coates), jak i w Anglii (Allison). Allison, chcąc określić stosunek chorych na S. M. do ogółu ludności, przeprowadzał badanie wśród mieszkańców północnej Walji. Na 489,270 mieszkańców (42% mieszczan, 58% ludności wiejskiej) znalazł autor 126 przypadków cierpień organicznych układu nerwowego, wśród nich zaś 65 przypadków S. M. pewnych oraz 9 wątpliwych.

Polska zdaje się być dotknięta S. M. w stopniu niemniejszym od krajów wyżej wymienionych. (Najczęstsza z chorób organicznych układu nerwowego S. Goldflam). Jak tam, tak i tu odsetka przypadków S. M. wzrasta z każdym niemal rokiem. Tak, n. p. według zestawienia E. Flatau'a przebywało na jego oddziale od 1918 — 1926 r. 46 chorych, dotkniętych S. M., co stanowi 8% wszystkich chorych oddziałowych z tego okresu. O ile jednak w 1918 r. S. M. stanowiło 1,5% wszystkich chorych oddziałowych, to już w 1926 odsetka ta wzrosła do 8%. Materiał S. Goldflama obejmował do maja 1927—108 przypadków S. M., a w ciągu roku następnego powiększył się o 180 przypadków.

Taki sam przyrost wykazują autorzy zagraniczni. Na oddziale Redlicha w Wiedniu n. p. przypadki S. M. stanowiły w 1919 r. — 6,7% ogólnej liczby chorych, zaś w 1925 r. — 10% (Obständer). Z wielu krajów Europejskich brak danych statystycznych. Co do Estonji n. p. wiadomo, iż S. M. występuje tam rzadziej, niż nowotwory mózgu (Puusepp); również i we Włoszech nie jest cierpieniem częstym. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Półn. S. M. jest mniej rozpowszechniona, niż w krajach Europejskich; (nie wszystkie stany dotknięte są w równym stopniu Harbor), jakkolwiek, według nowszych zestawień

statystycznych, liczba przypadków wzrosła w ostatnich latach trzykrotnie (Wechsler). Tak, n. p. w klinice braci Mayo w Rochester przebywało od 1915 r. — 1928 r. — około 1000 chorych na S. M. Autorzy amerykańscy zauważyli, iż większa odsetka przypadków przypada na osobniki pochodzenia europejskiego. Według statystyki Pearcea Bayleya wśród 6916 chorych było 511 przypadków S. M.; odsetka Europejczyków w ogólnej liczbie chorych wynosiła 9,2%, zaś w przypadkach S. M. 12,7%. Wśród chorych Jellifea przeważali również Europejczycy.

W Ameryce Połud., w Japonji, w Indjach S. M. należy do rzadkości (Sprawson stwierdził w Indjach w ciągu 27 lat 2 przypadki S. M. u osobników pochodzenia europejskiego, natomiast ani jednego u ludności tubylczej).

Zrozumiałą jest rzeczą, iż statystyki dają tylko w przybliżeniu pogląd na szerzenie się S. M. Wiele przypadków poronnych tegoż cierpienia, szczególnie tak częstych właśnie w latach ostatnich, nie dostaje się częstokroć wcale w ręce specjalistów, pozatem po wsiach i miastach prowincjonalnych, gdzie specjalistów wykwalifikowanych przeważnie brak, — wielka liczba przypadków pozostaje nierozpoznanych.

Czemu należy przypisać częstsze występowanie S. M. w latach ostatnich, niż dawniejszych? Niejednokrotnie słyszy się zdanie, iż S. M. stało się cierpieniem częstszym, gdyż obecnie częściej się je rozpoznaje, niż dawniej. Tak jest istotnie, dziś nie ograniczamy się do rozpoznawania S. M. tylko w tych przypadkach, które wykazują obecność „tryady” Charcota (Oczopląs, drżenie zamiarowe, mowa skandowana), czy innych objawów, które, jak to wykazało doświadczenie wieloletnie klinicystów, częściej od innych w S. M. występują (brak odruchów brzusznych [Strümpell i Müller], odbarwienie tarcz n. II. szczególnie w części skroniowej — Uthoff) i t. p.

Zdajemy sobie sprawę, iż cierpienie wieloogniskowe par excellence może dawać obrazu klinicznego o zarysach ostrych, o stale powtarzających się objawach, czy zespołach objawów, lecz przeciwnie z natury rzeczy musi się odznaczać wielkim bogactwem postaci klinicznych.

Ta większa swoboda w rozpoznawaniu S. M. nie jest jednak przyczyną wyłączną wzrostu liczby przypadków S. M., istnieje niewątpliwie inna jeszcze przyczyna, bliżej nam nieznana, pozostająca, być może, w związku z przebyta wielką epidemią zapalenia mózgu (*Encephalitis lethargica*), jak przypuszcza Flatau (zmniejszona odporność organizmu?).

Przemawiałaby zatem ta okoliczność, iż właśnie w ostatnich latach zaczęły występować z nieznaną dotąd częstością różne powikłania nerwowe po szczepieniu ospy, przeciw wściekliznie, w przebiegu ospy wietrznej oraz prawdziwej, odry i t. p. Pozatem od 1924 r. szerzy się w różnych krajach Europy ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia (*Encephalomyelitis disseminata*) o obrazie klinicznym, przypominającym

*) Sclerosis multiplex

byłoby nietypowe postacie *Encephphl. letharg.*, bądźto S. M. Stosunek cierpienia tego do S. M. nie został dotąd ustalony. Niektórzy autorzy, jak Pette, Brainerd i inni, uważają je za postać ostrą S. M., inni zaś (Redlich, Wohlwill, E. Flatau, Spielmeier, Konos, Mac Alpine i inni), za odrębną jednostkę chorobową.

Jak wykazują przypadki sekcyjne, nawet na podstawie zmian anatomo-patologicznych nie udaje się odróżnić *Encephalomyelitis dissamin.* od S. M. *acuta*. (Pette, Jakob, Spiller, Gerstmann i Sträussler).

Co się tyczy symptomatologii S. M., to ogólnie można powiedzieć, iż niema prawie takiego objawu, w semiologii neurologicznej, któregooby nie spostrzegano w przebiegu tegoż cierpienia. Poza wspomnianą powyżej „tryadą” Charcota, spostrzeganą obecnie tylko 10-15% przypadków S. M. (Veraguth, Stern), istnieją objawy, wprawdzie niepatognomoniczne, lecz (ze względu na częstą ich obecność) wielce dla S. M. charakterystyczne. Do tych należą: brak odruchów brzusznych (Strümpell, Müller), zmiany w nerwach wzrokowych (Uthoff) jakoto: odbarwienie skroniowe, rzadziej odbarwienie całej tarczy, zapalenie pozagalkowe n. II. (*neuritis retrobulbaris*), ograniczenie pola widzenia, zwłaszcza na barwy, mroczki centralne i paracentralne.

Brak odruchów brzusznych stwierdzony został przez niektórych autorów prawie w 100% przypadków (Marburg, Souques), przez innych w 65-67% (Müller, Guillain i in.). Odbarwienie skroniowe występuje według Uthoffa w 50% przyp., według innych autorów waha się w granicach od 33-58% (Müller, Bruns, Hoffmann, Oloff, Sachs i Friedmann, Stern i in.).

Do tej kategorii objawów należy niewątpliwie zaliczyć objaw Rossolimo, którym S. Goldflam wzbogacił symptomatologię stwardnienia rozsianego. Jest to nie tylko najczęstszy (Goldflam stwierdził go w 81% przypadków), lecz również najwcześniejszy objaw przedmiotowy i jako taki niezmiernie cenny, gdyż umożliwia rozpoznanie cierpienia w pierwszym okresie, w którym je najłatwiej można przeoczyć. Niemniejsze jest jego znaczenie w przypadkach poronnych, trudnych do rozpoznania, w których jest jedynym lub jednym z niewielu objawów organicznych.

Objaw Rossolimo nie jest (jak to sam autor podkreśla) dla S. M. patognomoniczny, zdarza się i w innych cierpieniach, lecz znacznie rzadziej. (W *Encephalomyelitis disseminata* zdaje się być równie częsty, jak w S. M.; Flatau stwierdził go w 13 na 17 przypadków).

Zdaniem Goldflama, objaw Rossolimo występuje w S. M. częściej, niż objaw Babinskigo (stwierdzony przez autora tylko w 54% przyp.). W przypadkach, w których obydwa objawy występują równocześnie Rossolimo bywa na ogół wyraźniejszy od objawu Babinskigo ($R > B$).

To rozszczenie $R+B$ — lub $R > B$ uważa Goldflam za charakterystyczne dla S. M. (typ polisklerotyczny), podczas gdy w sprawach uciskowych, w zapaleniach rdzenia i t. p. przeważa rozszczenie odwrotne: $B+R$ —, lub $B > R$ (typ uciskowy).

Do objawów, częściej spostrzeganych, należą objawy następujące: 1) piramidowe (zmiana w sile

mięśniowej od lekkiego, przemijającego osłabienia do zupełnego porażenia, wzmożenie napięcia mięśniowego o różnym nasileniu, wzmożenie odr. ścięgowych, objawu Babinskigo); 2) objawy ze strony mózdzku i dróg mózdkowych (oprócz wyżej wymienionego drżenia zamiarowego i, być może, także mowy skandowanej — asynergja); 3) objawy błędnikowe (ze strony n. przedstonkowego oraz jego ośrodków) są zdaniem Barré, częstsze od mózdkowych (w 96%). Zalicza on do nich zawroty głowy, chwieianie się (Titubation) oraz oczopląs (z wyjątkiem *Ny ondulatorius*, który nie jest pochodzenia błędnikowego. Niektórzy autorzy (Barany, Rosanfeld, Barré, B. Fischer i in.) stwierdzili wzmożoną pobudliwość kaloryczną błędników. Charakterystyczne dla S. M. są, zdaniem autorów (Beck, Urbantschitsch, B. Fischer, Marburg, Stern) wahania w pobudliwości; zniesienie i wzmożenie pobudliwości mogą występować naprzemiennie; 4) zaburzenia ze strony pęcherza (częściej zatrzymanie, niż nietrzymanie E. Müller). Ciężkie porażenie pęcherza zdarza się w t. zw. postaci krzyżowej, względnie lędźwiowo-krzyżowej Oppenheim i 5) czucie rzadko kiedy bywa nietknięte w ciągu całego czasu trwania cierpienia. Zaburzenia czucia podmiotowe, zwłaszcza parestezje (uczucie drętwienia, mrowienia, szczególnie jednak parestezje ciepłokowoczuć ziębienia i gorąca) są objawem bardzo częstym i wczesnym (nierazko jednym z pierwszych). Nieco rzadziej występują bóle (opasujące, strzelające w kończ. doln., bolesne opasowanie łydki lub uda, bóle kaulgłgiczne). Na szczególną uwagę zasługują te przypadki S. M., które się zaczynają od rwy nerwu trójdzielnego (Oppenheim, Müller, Bergier, Marburg, Guillain, S. Goldflam, Parker, E. Herman) lub też od rwy kulszowej (Longue, Goldflam G. Bychowski i in.).

Jasne jest, iż rozpoznanie S. M. w tym okresie cierpienia możliwe jest tylko wówczas, kiedy istnieją jakieś objawy przedmiotowe. — Lhermitte, Levy i Nicolas opisali jako wczesny objaw S. M. pewne zaburzenia czucia pod nazwą „Décharges électriques” (opisane w 1918 r. przez Babińskiego i Dubois w sprawach urazowych kręgosłupa). Objaw ten — uczucie, jakgdyby prąd elektryczny przechodził przez kręgosłup i kończyny — zjawia się przy nachylaniu głowy lub tułowia, rzadko w zupełnym spokoju i to w słabszym stopniu (i w sposób rytmiczny). Objaw „Décharges électriques” spostrzegali i inni autorzy (Triumphhof, Roger, Reboul-Lachaux, Koelichen, Goldflam, Beriel, Dewic i in.).

Daleko rzadziej występują przedmiotowe zaburzenia czucia, dotyczące wszystkich rodzajów, szczególnie jednak czucia głębokiego. (Według Birleya i Dudgeona to ostatnie zmienione bywa w 65 proc. przypadków). Na ogół przedmiotowe zaburzenia czucia nie są głębokie i przeważnie nietrwałe.

Częstszym objawem jest bezład. — Oprócz objawów dotąd wymienionych istnieje jeszcze cały szereg objawów, występujących rzadko w S. M., których znajomość ma jednak znaczenie pierwszorzędne ze względu na trudności różniczkowo-rozpoznawcze. Na pierwszym miejscu należy tu umieścić tarczę zastoinową, spostrzeganą w niewielkiej liczbie przypadków

(Bruns-Stölting, Rosenfeld, E. Müller, Sän-ger, Wilbrandt, Uhthof, Fleischer, Langenbeck, Oloff, Oppenheim, Marburg, Nicolato, Angello, Nonne, Gussenbauer, Tschirkowski). Jest ona następstwem wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego (Bruns-Stölting) lub umiejscowienia się „plaques” w tarczy nerwu wzrokowego (Marburg) lub też tuż poza *lamina cribrosa* (Rosenfeld).

Zachowanie się źrenic w S. M. bywa naogół normalne, pewna ich nierówność lub też opieszałość w oddziaływaniu na światło nie są zbyt rzadkie. Wyjątkowym objawem natomiast jest *Argyll-Robertson*. Stern zebrał z piśmiennictwa 12 przypadków; do tych doliczyć należy przypadek *Guillaina* i jego współpracowników oraz przypadek *Krakovskiego* (Postać rzekomo władowa S. M.). Niedowład mięśni zewn. gałek ocznych zdarza się, według *Levy'ego*, w 20 proc. przypadków.

Najczęściej zajęty bywa *rectus externus* (*Velter*, *Oloff*).

Porażenie wejzeniowe typu *Parinauda*, (*Oppenheim*, *Guillain*) należy do objawów wyjątkowych, nieco częściej zdarza się porażenie wejzeniowe boczne, jakkolwiek i codo tego zdania autorów są podzielone (według *Veltera* n. p. w 20 proc. przypadków, podczas gdy *Langrange* i *Marquezy* negują obecność tego objawu w S. M.).

Do bardzo rzadkich objawów należą zaburzenia ze strony nerwów czaszkowych: trójdzielnego (o czym poprzednio była mowa), twarzowego, ślimakowego, błędnego oraz podjęzykowego.

Paresis n. facialis może niekiedy stanowić jeden z pierwszych objawów S. M. (*Oppenheim*). Szczególnie przy powtarzającym się niedowładzie tegoż nerwu należy myśleć o S. M. (*Cassirer*, *Nonne*).

Zajęcie nerwu ślimakowego jest w S. M. bez porównania radsze od zachorzenia nerwu przedsionkowego. Szum w uchu zdarza się w 10 proc. przypadków (*Berger*), jeszcze rzadziej głuchota. Charakterystyczną jej cechą (podobnie jak zaburzeń błędnikowych) jest występowanie okresowe (*Transitorische Octavusauschaltung Becka*), stwierdzone również i przez innych autorów (*Oppenheim*, *Hess*, *Marburg*, *B. Fischer*).

Zajęcie nerwu błędnego może się objawiać zaburzeniami ze strony fonacji (*paresis n. laryngei inf.*). Przypisują mu również wymioty, niekiedy bardzo uporczywe (*Lewy*) oraz tak częste w S. M. zaparcie stolca, jako następstwo *atoniae coli ascendantis* (*Homenn*).

Porażenie nerwu podjęzykowego, czy też jego jądra w opuszcze powoduje w bardzo rzadkich przypadkach S. M. porażenie połowicze języka z zanikami mięśni (*Schnitzler*, *Jellinek*, *Fürstner*, *Curschmann*, *Ebstein*). Te ostatnie przypadki należą do t. zw. postaci amyotroficznej z (*sclerosis multiplex amyotrophica*), wyodrębnionej jeszcze przez *Charcota* pod nazwą „*variété laterale amyotrophique*”, ponieważ przypadki cięższe symulują stwardnienie zanikowe boczne (*sclerosis lateralis amyotrophica*). Postać ta jest stosunkowo rzadka, jeżeli się nawet zaliczy do niej te przypadki, w których zaniki mięśni są mniej rozległe i nie wykazują cech zwyrodnienia, t. j. drgań włókienkowych i pęczkowych oraz odczynu

zwyrodnienia. (*Charcot*, *Pitres*, *Curschmann*, *Dejerine*, *Raymond*, *Brauer*, *Strümpell*, *Guillain*, *Hauck*, *Lejonne*, *Lewy*, *Oppenheim*, *Probst*, *Schnitzler*, *Bau-Prussakowa*, *S. Goldflam*, *Z. Bychowski*, *Hassin*, *Minea*).

Do objawów niezwykłych należą jeszcze objawy ze strony układu pozapiramidowego, napady padaczkowe, wybitniejsze zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia sympatyczne.

Pierwsze z nich przedstawiają się jako: ruchy płasawicze i atetotyczne (*Oppenheim*, *Förster*, *A. Westphal*, *E. Herman*), zespół *Parkinsona* (*Jolly*, *Berger*, *Krause*, *Bau-Prussakowa*, *Guillain* i *Mollaret*), zeszywnienie połowicze (*Stern*), myoklonja (*Piciorot*, *A. Westphal*).

Napady padaczkowe (ogólne, o typie *Jacksona*, *petit mal*, pozapiramidowe, stany zamroczenia) mogą występować zarówno w okresach początkowych (niekiedy jako objaw pierwszy lub jeden z pierwszych), jak i w przebiegu cierpienia (*Bruns* i *Stölting*, *Gussenbauer*, *Curschmann*, *Chartier*, *Berger*, *Marburg*, *Jolly*, *Förster*, *Müller*, *Natras*, *Wilson*, i *MacBride*, *Siebert*, *Strümpell*, *Raecke*, *Bau-Prussakowa* i *L. Prussak*, *J. Mackiewicz*, *E. Herman*).

Zaburzenia psychiczne w S. M. dotyczą głównie sfery uczuciowej (drażliwość, zmienność nastroju, nieumotywowany optymizm, pesymizm) oraz inteligencji (szybkie męczenie się umysłowe, zwolnienie procesu myślenia, ograniczenie zakresu myśli, trudność kombinowania, brak krytycyzmu, zaburzenia pamięci i t. p.).

Rzadziej występują omamy, urojenia, splątanie i in. W większości przypadków objawy te nie są wybitne i stoją na dalszym planie w obrazie klinicznym. W pewnym odsetku przypadków nasilają się do tego stopnia, iż cierpienie przebiega pod obrazem choroby psychicznej. (*P. p.*, *Schizophrenia*, *Psych. maniac. depr.*, zespół *Korsakowa*, stany majaczeniowe). Są to jednak przypadki rzadkie. Tak np. na 29,700 psychicznie chorych, przebywających w zakładzie państwowym w stanie Massachusetts, — stwierdzono 20 przypadków, — w zakładzie *Manhattan* na 6700 chorych — 3 przypadki (*Hoves* *Seth*), na 7500 chorych, internowanych w szpitalu psychiatrycznym w *Tworach*, — 2 przypadki S. M. (*Handelmana*).

Z prac, poświęconych zaburzeniom psychicznym w S. M., wyróżniają się prace *Cottrella* i *Wilsona*, *Ombredanea* oraz najnowsza — *J. Handelmana*, obejmująca nie tylko badania kliniczne, lecz i anatomo-patologiczne.

Z zaburzeń sympatycznych wymienić należy zespół *Hornera* (*Oppenheim*, *Tibor*), zaburzenia odżywcze, naczynio-ruchowe wydzielnicze (*Killian*, *Dejerine*, *Oppenheim*, *E. Flatau*, *Müller*, *Lejonne*, *Schnitzler*, *F. H. Lewy*, *Brauer*, *Bau-Prussakowa*, *Sterling*).

Widzimy zatem, iż skala objawów w S. M. jest tak rozległa, jak w żadnym innym cierpieniu.

W niektórych przypadkach pewien odcinek os-

rodkowego układu nerwowego może być dotknięty sprawą chorobową wyłącznie lub w stopniu silniejszym od innych, i wówczas pewna grupa objawów dominuje w obrazie klinicznym.

Z tego to względu S. M. może (w pewnych okresach choroby przynajmniej) symulować różne inne jednostki chorobowe, jak: wiał rdzenia, porażenie postępujące, kiłę mózgowo-rdzeniową, sprawy uciskowe, jamistość rdzenia, stwardnienie zanikowe boczne i t. p.

Ze względu na przebieg cierpienia rozróżnia się postacie przewlekłe, ostre i podostre. Najbardziej charakterystyczny dla S. M. jest przebieg ze zwolnieniami i obostrzeniami. Zwolnienia mogą trwać bardzo długo, nawet powyżej lat 20.

Przypadki ostre, przebiegające pod postacią ostrego zapalenia rdzenia czy mózgu (symulując *Myelitis acuta*, *Encephalitis bulbi, pontis* i t. p.), nastrożają szczególnie duże trudności różniczkoworozpoznawcze. (c. d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologia kliniczna i doświadczalna

B. FISCHER-WASELS. Ogólna skłonność nowotworowa i przemiana materji nowotworowej (Wien. kl. Woch. Nr. 21/1931).

Istota każdego nowotworu polega na życiowych właściwościach samej komórki nowotworowej. Przedstawia ona nową rasę komórkową o pasorzytniczych własnościach, wywodzi się jednakże z komórek ustrojowych. Takie powstawanie komórek nowego rodzaju posiada dwie analogie: rozwój płodowy rozmaitych komórek z jednej jedynej i procesy regeneracyjne w życiu pozapłodowym. W obydwóch można rozpoznać dwa skuteczne czynniki. W regeneracji wymagana jest ogólna skłonność i stan podrażnienia. Tak więc powstaje u myszy, które smarowano smołą, rak w miejscu niesmarowanym, gdy się w niem wywołuje oparzenie (Fischer-Wasels). Ale zazwyczaj trwa miesiące, zanim się osiągnie tę skłonność nowotworową. Dla większości nowotworów ludzkich należy przyjąć, że powstają one ze źle zróżniczkowanych komórek rodkowych (Cohnheim). Doświadczenia z transplantowanymi komórkami zarodkowymi wykazują, że także ich przekształcenie się w komórki rakowe musi być wywołane przez stosowanie u zwierzęcia smoly, arsenu, indolu lub przesączu mięsaków kur. To stosowanie powoduje ogólną skłonność. Bliska więc była myśl, aby także zarodkowe zniekształcenia tkankowe pobudzić za pomocą stosowania tych jądów do przemiany rakowatej: rzeczywiście, udało się to w doświadczeniu. Podobnie jak w doświadczeniu, zdaje się, że i w naturalnym rozwoju raka ogólne odchylenie od normalnego zachowania się działają jako skłonność. W ten sposób zostało dowiedzione, że nie tylko w samej komórce nowotworowej (Warburg) przemiana materji ulega zmianom patologicznym, lecz że w całym ustroju istnieje skłonność nowotworowa w sensie zmniejszonego oddychania i wzmózonej fermentacji, a prócz tego wyraża się ona jako alkaloza całej krwi. Te wiadomości prowadzą do tego, że postępy w dziedzinie zwalczania nowotworów musimy dzisiaj głównie upatrywać we wpływanie na ogólną dyspozycję. Za pomocą zleconego przez autora oddychania mieszaniną tlenu, kwasu węglowego przy jednoczesnym obfitym dowozie kwasów można rzeczywiście zmusić ustrój do silniejszego oddychania i osiągnąć kwasowe działanie. Te doświadczenia są jednak dopiero w zaczątkach.

A. Neumann (Voslau)

W. BERGER i K. HAUSEN. Badania kliniczne nad chorobami allergicznymi (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170 z. 4).

Odczułające leczenie gorączki siennej dało autorom w roku 1930 wynik 72 proc. całkowitego wyleczenia, względnie bardzo dużej poprawy w przypadkach całkowicie przeprowa-

dzanego leczenia, 67 proc. zaś w przypadkach niezupełnie przeprowadzonej kuracji.

Autorzy podają metody ilościowo dawkowanego badania swoistej wrażliwości na alergeny roślinne. Brak wyników tej metody leczenia tłómaczą niedostatecznie dokładnie przeprowadzonym rozpoznaniem swoistem. Podają oni wreszcie swoistość allergiczną w zakresie rodzin, rodzajów i odmian roślin.

Henryk J. Landau

F. LIPPAY. Występowanie przykurczy mięśni prądkowanych niezależnie od obecności kw. mlekowego (kl. Woch. 1931 Nr. 19).

Fakt, że kw. mlekowy wprowadzony do ustroju, powodował przykurcz mięśni, nasunął licznej rzeszy badaczy przypuszczenie, że przykurcz mięśniowy stoi w związku przyczynowym z wytwarzaniem się w mięśniach kw. mlekowego,

Enuncjacje Lundsgaarda i innych, stwierdzających, że zatrucie mięśni kw. jednodoocowym znosi wytwarzanie się kw. mlekowego, pobudziły autora do zastanowienia się, jaką rolę odgrywa kwas mlekowy w przykurczach mięśniowych.

W tym celu mięsień, zatruty kw. jednodoocowym, poddano działaniu chloroformu, kofeiny i wpływów termicznych.

Jak z doświadczeń wynika, pod wpływem powyższych czynników nie wytwarza się kw. mlekowy. Przykurcz mięśni występuje, lecz w formie nieco osłabionej.

R. Lewówna

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

E. BÜRGI. O kombinacjach leków (Wien. kl. Woch. Nr. 24, 1931).

Lekarstwa o jednakowym efekcie końcowym dają w kombinacjach sumujące się wyniki, jeśli mają one niejednakowe farmakologiczne punkty uchwytu. Różnorodność chemiczna nie wystarcza więc, aby osiągnąć spotęgowane działanie. O spotęgowaniu się działania można przytem tylko wtedy mówić, gdy wynik przewyższa o 50--100% wartości, powstała z sumowania działań, albowiem w trudnych warunkach doświadczalnych granice błędów są bardzo znaczne. Spotęgowane działanie znamy na przykład z kombinacji korowych środków nasennych z podwzgórkowymi (Pick), przeciwgorączkowych z narkotycznymi, w somnacetynie (v. Noorden), chininy z innymi środkami przeciwgorączkowymi (Bürgi). Potęgowanie się działania dotyczy prawdopodobnie, aczkolwiek nie z całą pewnością, hormonów. Tak więc działanie preparatów gruczołu tarczowego zostaje wzmocnione przez przysadkę mózgową i gruczoły płcio-

we. Jako potęgowanie się dawek częściowych określa autor fakt, że ten sam środek, podany w dwóch dawkach częściowych w krótkim odstępie czasu jedna po drugiej, działa silniej, niż jeśli podać całą dawkę naraz.

Dla praktyki mają duże znaczenie specyfiki, przedstawiające kombinacje lekarstw, gdyż zawierają one najlepiej działające i najmniej trujące dawki, których lekarz-praktyk nie może pamiętać dla wszystkich kombinacji.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn)

HERHOLZ. Wstrząs anafilaktyczny po dożylnym wstrzyknięciu Yatren-Kazeiny. (Münch. med. Woch. Nr. 23—1931).

W przytoczonym przez autora przypadku *polyarthritus chronica* wstrzykiwano co tydzień 1 ccm. 5% roztworu Y.-Kazeiny dożylnie. Po każdej iniekcji występowały nieznaczne odczyny w stawach i przemijające bicie serca. W chwili wykonywania 8-mej iniekcji chora dostała zapaści, skóra z błyskawiczną szybkością pokryła się szkarłatynową wysypką, twarz obrzękła, tętno było przyspieszone znacznie, chwilami niewyczuwalne, odruchy b. żywe. Chora skarżyła się na brak tchu, ucisk w okolicy serca, osłabienie i ociężałość w kończynach. W moczu ślad acetonu. Stan ten trwał 45 min. i ustąpił po adrenalinie, heksetonie, kardiazolu.

Wstrząs anafilaktyczny podczas 8-mej z rzędu iniekcji Y.-kazeiny dowodzi, że wstrzykiwania poprzednie uwrażliwiły organizm i przyczyniły się do powstania anafilaksji, przyczem antygenem była kazeina, a jodowi przypisana jest rola aktywatora. Anafilaksja w przypadku opisywanym powstała na tle konstytucji alergicznej, gdyż, jak wykazały wywiady późniejsze, chora cierpiała na skazę artretyczną. Autor odradza przeprowadzanie proteinoterapii dożylnej u osób alergicznych.

F. Turyn.

L. KOFLER. O działaniu saponin w szpinaku (Wien. kl. Woch. Nr. 26—1931).

Obok związków, które się zwykle uwzględnia przy ocenie szpinaku z punktu widzenia fizjologii odżywiania (chlorofil, ciała mineralne, żelazo, sekretyna i witaminy), zasługują również saponiny na uwagę.

Saponiny wywierają działanie hemolityczne i przyspieszające resorpcję, a mianowicie: hemolityczne działanie, wywierane przez 150 gr. świeżych liści szpinaku, odpowiada działaniu 0,1 *saponinum pur. albiss.* „Merck”, pobudzające resorpcję — 0,12 gr. tej substancji. Saponiny, zawarte w szpinaku, działają pobudzająco na czynność gruczołów trawiennych i ruchy jelitowe.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn.) (H. L.)

Lecznictwo.

■ Skorowidz lecnictwa pod redakcją prof. D-ra L. KORCZYŃSKIEGO. Wydanie 2. Kraków 1931.

Rzadko które wydawnictwo lekarskie o celach czysto praktycznych szczycić się może takim doбором doskonałych pomysłów, jak ukazujący się już w drugim wydaniu Skorowidz lecnictwa.

Ułożony w postaci kartoteki, obejmującej w porządku alfabetycznym choroby z zakresu wszystkich specjalności lekarskich oraz spis środków lekarskich, również w porządku alfabetycznym ułożony, daje prócz tego Skorowidz wskazówki ogólne, dotyczące lecnictwa, dietetyki, pielęgniarstwa i t. d. Do zasłużonego uznania, jakie wyraziliśmy dla pierwszego wydania Skorowidza lecnictwa, dodać możemy dziś, że elegancka forma zewnętrzna (piękna kaseta, w której mieszczą się różnobarwne kartony) czyni zeń poza wielkim pożytkiem praktycznym miły dla oka nabytek. Jako doradca lekarza

praktyka Skorowidz spełnia swoje zadanie w sposób wymierzony. O wartości jego świadczy, zresztą, fakt, że już po 2-ach latach ukazuje się drugie jego wydanie. A że przytem redakcja dba o uzupełnianie Skorowidza wszelkimi zjawiającymi się nowościami terapeutycznymi, informuje go więc szybko o wszystkim, co w lecnictwie zasługuje na uwagę. W ten sposób Skorowidz nie traci nigdy na aktualności i zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie.

Z. Srebrny

A. DECASTELLO. Zasady przetaczania krwi. (Wien. kl. Woch. Nr. 21.—1931.)

Nieszczęśliwe wypadki, które przedtem wydarzyły się przy przetaczaniu krwi, zostały wyjaśnione w Wiedniu przez Landsteina w 1901 r. Wiemy obecnie, że krew rozmaitych ludzi może reagować jedna na drugą przez aglutynację czerwonych ciałek krwi. Obecnie przyjmuje się istnienie w czerwonych ciałkach krwi dwojakiego rodzaju aglutynogenu A i B, w surowicach zaś dwojakiego rodzaju aglutynin. Dla podziału 4 grup krwi używa się zawartych w nich aglutynogenu: grupa A jest aglutynowana przez aglutynę B, grupa B przez aglutynę A, grupa AB przez obie, grupa O przez żadną z obu. Stwierdzenie przynależności do tej czy innej grupy krwi odbywa się za pomocą kupnych surowic kontrolnych (haemo test). Przy wyborze krwiodawcy należy unikać identyczności grup. Do przetaczania najlepiej używać metody bezpośredniej albo też dającej się łatwo wykonać metody cytrynianowej za pomocą dodania 0,3% *Natr. citrici*.

A. Neumann (Vöslau).

S. DONATH. O proteinoterapii. (Wien. kl. Woch. Nr. 19.—1931).

Jeśli chodzi o proteinoterapię, stosuje się mleko i jego preparaty oraz inne ciała białkowe (nowoprotina, phlogetan i t. p.), dalej szczepionki. Leczenie zimnicy i dorem powrotnym też należy do tej kategorii lecnictwa, a pośrednio leczenie siarką, terpichiną, yatrenem i mirjonem. Stosowanie odbywa się wśródzylne, wśródmiesniowo, podskórnie i doskórnie; pierwsze sposoby dają silniejsze, ostatnie — słabsze odczyny. Odróżnia się przytem odczyn ogólny (przedewszystkiem gorączkę) od odczynu miejscowego (wzmoczenia się objawów zapalnych i bólów). Naogół między obu odczynami istnieje paralelizm. W ostrych procesach zapalnych naogół nie należy się obawiać silnych odczynów ogniskowych, w przewlekłych — należy ich unikać. Wskazane jest leczenie bodźcowe w durze i paradurach, róży, śwince i grypie, w ostrych i przewlekłych schorzeniach stawowych, rwie kulszowej. Obok leczenia swoistego stosuje się proteinoterapię także w gruźlicy, zapaleniu opłucny, dychawicy oskrzelowej.

A. Neumann (Vöslau).

K. FLECKSEDER. O moczo-pędnym działaniu salirganu z przewodu pokarmowego. (Wien. kl. Woch. Nr. 21.—1931).

W razie złych żył lub sprzeciwu na zastrzykiwanie wśródzylne ze strony chorego można podawać z dobrym skutkiem salirgan lub mieszanki salirganowe w kombinacji z chlorkiem amonowym doustnie, względnie doodbytniczo. Ostatni sposób podawania salirganu wywołuje uderzenia diurezy, kończące się następnego dnia, codzienne stosowanie mikstury salirganowo salmiakowej miejszą, ale utrzymującą się diurezę. Wykonywa się tę kurację w następujący sposób: przez 2 dni podaje się *Ammonii chlorati* 5,0, *Ag. dest.* 120,0, *Syr. Aurant.* 25,0; następnie przez 2 — 3 tygodnie do tego 1 cm³, 2 cm³, stopniowo do 5 cm³ 10% roztworu salirganu. W doodbytnicznej metodzie podaje się 6 cm³ roztworu salirganu w 20

cm³ 5% roztworu cukru gronowego + 20 kropeł *Tet. opii* i uprzednie przygotowanie salsmiakiem jak wyżej.

A. Neumann (Vöslau).

W. FALTA. Kuracje tuczące i otluszczające. (Wien kl. Woch. Nr. 20.—1931).

Należy przeprowadzać etjologiczne różniczkowanie i w zależności od jego wyników prowadzić leczenie przyczynowe. W astenicznej postaci szczupłości najlepsze wyniki osiąga się za pomocą metody insulinowej i śniadań cukrowych (8—10 kawałków cukru $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny przed śniadaniem).

A. Neumann (Vöslau).

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

M. ENVER. Przyczynek do badania nad gruczołem tarczowym. (Strasbourg Méd. N. 15:1931).

Jeśli chodzi o składniki mineralne, autor określał przede wszystkim zawartość w gruczole tarczowym metali, na których obecność już przedtem zwracano uwagę, a więc tytanu i cynku, do których przywiązują wagę G. Bertrand i jego współpracownicy, którzy wykazali ich duże znaczenie fizjologiczne.

Poszukiwania autora, mające na celu wykrycie kobaltu i niklu w gruczole tarczowym, pozostały bez wyniku.

Ze wszystkich składników mineralnych najbardziej przeważa w gruczole tarczowym magnez (145 mgr. magnezu 43 mgr. wapnia, 73 mgr. żelaza, 16 mgr. cynku, 1 mgr. tytanu, 0,25 mgr. arseniku w 100 gr. substancji).

Ph sproszkowanego gruczolu tarczowego, badanego przez autora, wynosiło 6,1.

Co do ciał tłuszczowych, zawartych w gruczole tarczowym, dochodzi autor do następujących wniosków:

1) całkowita ilość niezmydlających się ciał tłuszczowych wynosi 14% z czego 0,4862% przypada na cholesterynę;

2) kwasy tłuszczowe, których ilość stanowi 4,66%, mają następujące cechy: punkt topienia — 36,7°, wskaźnik kwasoty, — 25,4, wskaźnik jodowy 70,5, wskaźnik zmydiania się 202,16.

Ciała białkowe znajdują się w ilości 80,50 — 76,25% zgodnie z używaną przez autora metodą oznaczania azotu całkowitego.

Badania autora nie wykryły obecności w gruczole tarczowym glucydów, t. j. grupy ciał, obejmującej cukry redukujące nie podlegające hydrolizie, i związki dające przy hydrolizie jeden lub kilka cukrów redukujących.

W poszukiwaniu rozpuszczalnych zaczynów hydrolizujących stwierdził autor obecność amylazy, lipazy i lecytazy w gruczole tarczowym, nie znalazł natomiast inwertazy, pepsyny, ani trypsyny.

Henryk J. Landau.

O. HIRSH. O zależności między jajnikiem a tarczycą w chorobie Basedowa. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 171, r.1).

Zmiany fizjologiczne w gruczole tarczowym podczas miesiączkowania, ciąży i w okresie przekwitania wskazują na ścisły związek między jajnikiem a gruczołem tarczowym. W tem samym znaczeniu przemawia o wiele silniejszy udział kobiet w statystyce zachorowań na chorobę Basedowa i wole endemiczne. Również procentowy udział rozmaitych okresów życia w statystyce zachorowań na chorobę Basedowa pozwala rozpoznać wpływy jajnikowe. Wpływ na miesiączkowanie w nadczynności tarczycy również wskazuje na wzajemne oddziaływanie obu narządów wydzielniczych.

W chorobie Basedowa krzywa tętna wykazuje syn-

chronicznie z cyklem miesięczkowym wzniesienia przed i często w czasie miesiączkowania, po którym następuje spadek liczby tętna, który znów przechodzi we wzniesienia krzywej w okresie jajeczkowania. Ten sam przebieg falisty, wykazuje wysokość wzmoczenia przemiany podstawowej, w chorobie Basedowa, po pomiesiączkowym obniżeniu się aż do przedmiesiączkowego maksimum.

Zjawiska te przebiegają równolegle do znanych wahań zawartości jodu we krwi podczas miesiączkowania, przytem jest możliwem, że cykl wydzielania jajnikowego idzie w parze z przyrostem lub ubytkiem zawartości jodu w jajniku. Pomiesiączkowy spadek częstości tętna i wysokości przemiany podstawowej w chorobie Basedowa, być może, należy wiązać z wydzielaniem jodu z krwią miesiączkową.

Henryk J. Landau.

A. SCHÜTTENHELM i B. EISLER. O leczeniu otyłości tyroksyną. (kl. Woch. N. 15—1931).

Autorzy uważają, że przejadanie się stanowi drugorzędny czynnik w powstawaniu otyłości; główny moment patogenetyczny stanowi czynnik endogeny, konstytucjonalny. Ograniczanie dowozu pokarmu powoduje zużywanie własnej tkanki tłuszczowej i nadmiaru płynów, nie stanowi jednak leczenia przyczynowego. Zaburzenie równowagi między układem nerwowym roślinnym, gruczołami dokrewnymi a tkanką łączną prowadzi do powstawania otyłości.

Autorzy badali wpływ tarczycy na otyłość. Tarczycza związana jest z zużyciem energetycznym pokarmu, z bilansem ciepłym, równowagą jonów i wody.

Autorzy posługiwali się tyroksyną Scheringa, jako preparatem skutecznym i mało toksycznym.

Tyroksyna ma działać skutecznie na zaburzenie przemiany materji drogą hormonalno-nerwową oraz przez wpływ na gospodarkę węglowodanów, tłuszczów, przemianę wodną i jonową.

Autorzy uważają, że wyleczyć skłonności do tycia nie jesteśmy w stanie. W wielu jednak przypadkach otrzymali dużą poprawę.

Chcąc zwalczać nadmiar tkanki tłuszczowej, należy stosować duże dawki tyroksyny; dla przywrócenia równowagi hormonalno-nerwowej małe dawki przez dłuższy okres czasu.

Obok tyroksyny autorzy zalecają stosowanie diety mleczno-roślinnej, gdyż dieta mięsna wprowadza kwaśne produkty przemiany materji, przy których toksyczność tyroksyny wzmacnia się. Dieta mleczno-roślinna jest alkaliczna, łatwo dostępna i zawiera wszystkie niezbędne składniki pokarmowe. Prócz tego co 3—4 dni stosować należy dni owocowe.

Autorzy uważają, że prócz tarczycy w powstawaniu otyłości biorą udział zaburzenia innych gruczołów dokrewnych, w pierwszym rzędzie gruczoły płciowe i przysadka; leczenie otyłości postępować będzie wraz z dokładniejszym poznaniem synergizmu wspomnianych gruczołów i właściwościami ich produktów.

Jakób Penso.

Choroby narządów trawienia.

E. CHABROL. Policholje. (Paris Méd. Nr. 20.—1931).

Autor odróżnia policholje całkowite, w których wszystkie składniki żółci (woda, barwniki, sole i cholesteryna) są wytwarzane w nadmiarze, oraz policholje częściowe, rozszczepione, w których przeważa jeden z elementów żółci. Wśród tych ostatnich odróżnia autor dwie odmiany; policholje wodne i solne oraz policholje barwnikowe.

Teoretycznie nic się nie sprzeciwia założeniu policholji całkowitych; jednak w praktyce należy przyznać, że zgłębnikowanie dwunastnicy metodą Einhorn'a nie dostarcza pewnych dowodów ich istnienia. Pamiętać przytem należy, że w badaniach nad policholją należy stosować nie t. zw. *cholagoga*, t. j. środki pobudzające i przyspieszające wydalanie żółci z dróg żółciowych, lecz t. zw. *choleretica*, t. j. środki pobudzające wydzielanie wątroby. W doświadczeniach na psach z przetoką żółciową przy stosowaniu rozmaitych środków leczniczych i trujących nie udało się autorowi wywołać hipersekrecji żółci, obejmującej równoległe zwiększenie się ilości wody, barwników, soli i cholesteryny w określonym przeciągu czasu.

Policholje wodne i solne występują pod wpływem pochodnych naftolu (przedewszystkiem atofanu, naftolanu i oksynaftolanu sodowego), dalej kwasów cynchoninowego, protokatechowego, wanilinowego, bromowych, jodowych i rtęciowych, pochodnych kwasu salicylowego, heleniny i jednooctanu sodowego. Pod wpływem tych wszystkich środków zwiększa się ilość żółci i soli kwasów żółciowych, natomiast ilość barwników żółciowych pozostaje bez zmiany. Realizując całkowicie drenaż śródmięśniowy, środki choleretyczne ułatwiają drenaż i przemywanie dróg żółciowych i dlatego są wskazane w leczeniu zapaleń dróg żółciowych na tle kamicy i w łagodnych postaciach żółtaczki nieżytowej; w żółtaczkach pochodzenia toksyczno-zakaźnego atofan jest przeciwwskazany.

Policholje barwnikowe można wywołać, zastrzykując dożylnie izotoniczny 20% roztwór hemoglobiny, pochodzącej od zwierzęcia badanego: bezpośrednio po zastrzyknięciu żółci staje się ciemniejsza, a zawartość barwników w niej dochodzi do najwyższego punktu po 3—4 godzinach; ilość żółci wydzielanej przez zwierzę pozostaje natomiast bez zmiany. Policholje bezwarunkowo mogą przebiegać z żółtaczką lub bez niej. Policholje barwnikowe bez żółtaczki widuje się w doświadczeniach na zwierzętach, którym zastrzykuje się hemoglobinę, oraz w klinice u chorych z żółcią, u niektórych chorych z niedokrewnością typu złośliwego, w niedokrewnościach śledzionowych pochodzenia hemolitycznego, w ostrych niedokrewnościach hemolitycznych. Policholje barwnikowe z żółtaczką występują u zwierząt, zatrutych tolnileno-dwuaminą: żółtaczka powstaje wskutek zakrzepów żółciowych z powodu plejochromji, wywołanej przez nadmiar hemoglobiny, i wskutek zmian w miąższu wątrobowym, sprzyjających resorbcji barwników. W klinice z policholją barwnikową z żółtaczką spotykamy się w żółtaczce noworodków, w cholemmi rodzinnej, w stanach cholemicznych, towarzyszących przewlekłemu zastojowi jelitowemu i przewlekłemu nieżytowi jelit, w żółtaczkowych niedokrewnościach złośliwych, w marskości wątroby. W policholjach na tle przewlekłych żółtaczek splenomegalicznych wskazane jest usunięcie śledziony, na tle kiły i żółtaczki — leczenie swoiste, w innych postaciach — stosowanie surowicy z glukozą.

Henryk J. Landau.

E. KOLL. Przewlekłe zaburzenia jelitowe a schorzenia kości. (Dtsch. Arch. Klin. Med., t. 170, z. 5—6).

W dalszym ciągu poprzedniej kazuistyki autor opisuje 4 nowe przypadki przewlekłej *steatorrhoë* jelitowej, która pociągnęła za sobą ciężkie postępujące achalikotycznie-malacyjne schorzenia kości, opanowujące poczęści cały obraz chorobowy. Stoją one w tym stosunku do samoistnej krzywicy, względnie rozmiękczenia kości, jak sztucznie wywołane przez dietę, powodującą krzywicę, dyświadczałne krzywicze, względnie osteomalacyjne zmiany kostne. Należy je określić jako wtórną lub objawową krzywicę, względnie rozmiękczenie kości. Leżące w podłożu tego obrazu chorobowego zaburzenia jelit cienkich polegają przypuszczalnie poczęści na wrodzonej lub nabytej konstytucyjnej mniejszej wartościowości odpo-

wiednich czynności narządowych. Przypadki chorych autora stanowią wraz z coeliakią wieku dziecięcego i podzwrotnikową i krajową spruce jedną grupą kliniczną.

Henryk J. Landau.

Choroby nerwowe i psychiczne.

P. MALLARET i P. LÉPINE. Bakterjologia stwardnienia rozsianego. (Rev. Neur. T. 1 № 4. 1931).

Autorzy postanowili skontrolować prace p. Cheras-sut, która wykryła zarazek w płynie mózgowordzeniowym chorych ze stwardnieniem rozsianem. Badania swe przeprowadzili na 18 chorych: 12 miało stwardnienie rozsiane, 3 — porażenie postępujące, 3 — inne cierpienia nerwowe. Poza-tem brali dla kontroli płyny sztuczne (roztwór fizjologiczny, surowicę wyjałowioną i t. p.). Wszystkie płyny, badane metodą p. Cheras-sut, wykazały obecność kulek, uważanych za zarazki.

Autorzy sądzą, że kwasy te zjawiają się wskutek obecności surowicy krwi w pożywce; ma to być poprostu kłacz-kowanie surowicy krwi ludzkiej. Tworów swych autorzy nie znajdowali nigdy.

(N. Z. Z.).

E. LÖWENSTEIN. O obecności prątków Kocha we krwi w przebiegu chorób układu nerwowego. (Münch. Med. Wochenschr. 26.6.31. Nr. 26. p. 1080).

Gdy ze krwi chorego uda nam się wyhodować bakterje, jesteśmy skłonni wierzyć, iż są one przyczyną choroby, tem-bardziej, jeśli wyhodowanymi bakterjami są prątki Kocha. Autor zbadał krew w przeszło 4000 przypadków i udało mu się stwierdzić, co następuje:

- 1) Nie udało mu się wyhodować prątków Kocha ze krwi ludzi zdrowych, ani z przypadków rzeżączki, ki-ły, raka, łuszczycy, procesów septycznych, zapalenia płuc, tyfusu.
- 2) Prątki Kocha są znajdowane we krwi przedewszyst-kiem w postępujących postaciach gruźlicy.
- 3) Prątki Kocha mogą być znajdowane w chorobach, których łączność z prątkiem Kocha nie jest do-tychczas wykazane; w schorzeniach tych najłatwiej jest wyhodować prątki w zaostrzeniach choroby. Przy systematycznych badaniach krwi udało się stwierdzić, że najwięcej dodatnich posiewów otrzy-muje się w miesiącach wiosennych: marzec—maj.

W 4-ch przypadkach płasawicy udało się autorowi wy-hodować prątki Kocha ze krwi. O związku płasawicy z reu-matyzmem wiadomo oddawna.

Autor wysiewał również krew w przypadkach stwardnie-nia rozsianego. W 17 przypadkach z 40-u wyhodował prątki Kocha (40%), przyczem w 7 przypadkach chorzy mieli zmia-ny gruźlicze w płucach. Autor przypuszcza, że % wyniku do-datniego byłby większy, gdyby nie to, że stwardnienie roz-siane jest chorobą o okresowych zaostrzeniach i remisjach i, że najłatwiej jest wyhodować prątki właśnie podczas zao-strzeń choroby. Na 6 przypadków zapal. nerwu wzrokowego udało się autorowi w 4 przyp. wykryć prątki Kocha. Na 24 przypadki schizofrenji udało się autorowi w 9 przypadkach wykryć prątki Kocha.

Z prac swoich autor wyciąga następujące wnioski:

- 1) Prątek wywołuje nie tylko gruźlicę; gruźlica może występować bez gruźledek.
- 2) Na 3000 zdrowych przypadków kontrolnych nie wy-nodowano ani razu prątków Kocha ze krwi.
- 3) Nie udało się również wyhodować prątków Kocha w przypadkach gorączki pochodzenia niegruźliczego.

- 4) Prątki Kocha występują we krwi przedewszystkiem w gruźlicy postępującej.
- 5) W *Chorea*, *Neuritis retrobulbaris*, *Sclerosis multiplex*, *Schizophrænia* wykrywano prątki Kocha we krwi, przyczem nie stwierdzano gruźlicy w narządach.

J. Melzak.

Alfred ARNSTEIN. O patogenezie i znaczeniu klinicznym porażenia nerwu wstecznego (Wiener Archiv für innere Medizin—Bd XXI H. 1. 1931).

Z 51 przypadków porażenia nerwu wstecznego autor stwierdził w 49 — porażenie lewostronne, w 2 prawostronne. W 37 przypadkach — porażenie spowodowane było przez obrzmienie gruczołów chłonnych, w 9-ciu — przez naciek rakowaty, w jednym — przez zrosty opłucny i tętniak aorty. W jednym przypadku można było przyjąć toksyczne uszkodzenie nerwy, w innym — wole, w innym znów — zmiany syringomyeliczne.

Należy pamiętać, iż mogą być uszkodzone również inne nerwy, czem tłumaczymy sobie powstające w przebiegu gruźlicy zaburzenia w obrębie nerwu błędnego (serce, przelyk, żołądek).

A. Neuman (Vöslau) [J. N.]

Choroby oczu.

LIEBERMAN. O wskazaniach do oczodołowego znieczulenia i uwagach o nowym środku znieczulającym. (Klinisch. Monatsb. f. Augenh. T. 84. 1930).

Jeszcze do niedawna w okulistyce panował zakaz stosowania iniekcji do oczodołu widzącego oka ze względu na obawę infekcji i krwaków.

Zakaz ten stopniowo ustępował. Znieczulenie oczodołowe zaczęto stosować w operacjach na drogach łzowych, w operacjach jaskry i zaćmy.

Znieczulenie powyższe obniża ciśnienie gałki i znosi ruchy gałki zależne i niezależne od woli.

Jako wskazanie do oczodołowego znieczulenia autor uważa przypadki, gdzie samo wkraplanie kokainy lub podspojówkowe zastrzyknięcie jest niewystarczające.

Stosuje to znieczulenie prócz tego w operacjach zezu i w usuwaniu obcych ciał magnesem. Niebezpieczeństwo infekcji łatwo usunąć dokładnem jodnowaniem skóry, poprzez którą wkłuwamy igłę. Krwiaki nie występują, o ile igła nie jest za gruba i podczas wkłuwania stopniowo wstrzykuje się nowokainę, która tem samem odsuwa naczynie.

Autor stosuje prócz tego nowy środek znieczulający, mianowicie Perkainę (Ciba), który jest, co prawda, absolutnie bardziej jadowity od nowokainy, ale daje to samo znieczulenie w bardzo silnych rozcieńczeniach ($\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{100}$).

Arkin. (z)

Rudolf GYGER. Stosunek rdzeniowych włókien siatkówki do choroby Recklinghausena. (Kl. Monatsbl. f. Augenheilk. 84 T. Kwiecień).

Fischer stwierdzał w 4-ch przypadkach na 12 choroby Recklinghausena włókna rdzeniowe siatkówki. Uważa on przeto, że włókna te są również objawem tego schorzenia. G., opierając się na tych spostrzeżeniach, dokładnie zbadał 20 chorych z włóknami rdzeniowymi siatkówki, starając się wykryć u nich chociażby nieznaczne objawy szczytkowej choroby Recklinghausena, jak na przykład,

plamy kawowe skóry (Café au lait). W żadnym z tych przypadków G. nie wykrył objawów, świadczących o chorobie R. Natomiast G. uważa, że włókna rdzeniowe występują częściej w oku krótkowzrocznym, gdyż w 6-ciu przypadkach z rozległymi włóknami rdzeniowymi spostrzegł 5 razy wysoką krótkowzroczność.

Arkin. (z)

Alfred KESTENBAUM. O rozwoju ruchów ocznych i oczopłasu wzrokoworuchowego. (Graef. Arch. T. 124. 1930).

Autor zajmuje się sprawą zjawiania się ruchów ocznych u noworodków, którzy na początku nie posiadają zdolności fiksacyjnej i których gałki wykonywują jedynie bezładne ruchy:

K. rozróżnia u dorosłych 6 rodzajów ruchów gałek. 1) ruchy, nastawiające gałkę na określony przedmiot dzięki podnietom optycznym i, 2) dzięki innemu zmysłom, naprz. wskutek podniet akustycznych, 3) następnie ruchy gałek na zew. Te 3 ruchy odbywają się szybko.

Do następnych należą ruchy prowadzące kompensacyjne wzrokowe, i ruchy błędnikowe. Te 3 ostatnie ruchy są wolne, ślizgające i mają na celu utrzymanie osi wzrokowej na danym przedmiocie. Autor zbadał ruchy gałek u 70 dzieci w wieku od 10 dni do 13 miesięcy i zwrócił uwagę przedewszystkiem na zwiększoną u dzieci uwagę w stosunku do twarzy ludzkiej, około 2-iego—3-iego tygodnia zjawia się u dzieci zdolność nastawiania osi wzrokowej, a nieco później i zdolność śledzenia przedmiotu.

Ten ostatni ruch nie odbywa się normalnie, a składa się z szeregu oddzielnych przerywanych ruchów, które stają się normalne dopiero w 3-im miesiącu.

Ruchy gałek na zew, zjawiają się znacznie później, bo dopiero w 5-ym miesiącu.

Przy pasywnych ruchach głowy gałki oczne poruszają się w zależności od tego, czy oko wpatruje się w jakiś przedmiot. Oczopłaz wzrokoworuchowy zjawia się dopiero w 4-ym miesiącu.

Arkin. (z)

S. W. KRAWKOW. O zmianie ostrości wzroku za pośrednictwem ośrodków. (v. Graef. Arch. 1930. Zesz. 1).

K. badał zmianę ostrości wzroku jednego oka pod wpływem naświetlania drugiego oka. Zmiana ta musiała oczywiście, następować wskutek zadziałania podniety na ośrodki. Metodyka jest następująca: jedno oko (u K. lewe) zostaje oświetlone lampką, a drugie prawe patrzy na dwa kwadraty, znajdujące się na słabo oświetlonej płycie. Kwadraty te są bądź białe na ciemnym tle, bądź też ciemne na jasnym tle. Ostrość wzroku jest mierzona odległością (kątem) między kwadratami, w chwili gdy oko widzi je rozdzielnie. Aby wyłączyć czynniki poboczne, oko badane jest hemotropinizowane i patrzy zawsze poprzez okrągłą przesłonę wielkości 1,5 mm.

Badania wykazały, że w przypadku czarnych kwadratów na jasnym tle ostrość wzroku zostaje zwiększona poboczną podnietą drugiego oka, dla kwadratów białych na ciemnym tle następuje zmniejszenie ostrości wzroku.

To działanie ośrodków na ostrość wzroku trwa jeszcze pewien czas po ustaniu tej podniety pobocznej.

Jeżeli podnieta jednego oka dotyczy nie odpowiadających sobie części siatkówki, ostrość wzroku drugiego oka pozostaje bez zmiany.

Wreszcie widzenie lub podnieta barwna nie usuwa opisanego tu wpływu podniety pobocznej na ostrość wzroku.

Arkin. (z)

Wskazówki praktyczne

Fahrenkamp upomina, aby w leczeniu chorych z nadciśnieniem uwzględniać dwa czynniki: *psychikę pacjenta i wydolność krążenia*. U nerwowych, bojaźliwych chorych lepiej jest zrazu zrezygnować ze stosowania jakichkolwiek leków. W razie dekompensacji — naparstnica. Porównanie krzywej wagi i ciśnienia krwi daje tu pewną wskazówkę prognostyczną: jeżeli pomimo odwodnienia krzywa ciśnienia pozostaje bez zmiany, to rokowanie jest niepomyślne. (Ther. d. Gegenw. 1931. N. 6).

—o—

Przeciwno *przewlekłej bezsenności* poleca Michels *Lubrokal*, kombinację bromu z kwasem barbiturowym. Pomysłne wyniki, otrzymane przez autora, pozwalają przypuszczać, że nie tylko sen, ale i przyczyna bezsenności — pobudli-

wość nerwowa — ulega poprawie (Ther. d. Gegenw. 1931 N. 6).

—o—

Prusik i Volicer otrzymali znakomitą poprawę podmiotową w *wolu pozamostkowym od naświetlań promieniami Roentgena*. Poprawa trwa od 1½ do kilku lat pomimo to, że przedmiotowo sprawa chorobowa nie uległa wybitnej zmianie (Czasop. lek. cesk. 1931 N. 13).

—o—

Według Starka lek pod nazwą *Eupaverin* (fabr. Merck) pokrewny papawerinie, oddaje doskonałe usługi w zwalczaniu *kolki wątrobowej*. Nad papaweriną ma tę wyższość, że działa spazmolitycznie bez dodatku atropiny, że jest mniej trujący i szybciej usuwa ból. (Med. Klin. 1931 N. 24).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dnia 12 maja 1931 r.

Obecnych członków Towarzystwa 38.

Wprowadzonych gości 39.

Początek o godzinie 8-jej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 5 maja r. b. przyjęto.

2. Prezes odczytuje tytuły prac, nadesłanych do Towarzystwa.

3 Kol. Alfred Galewski wygłasza odczyt p. t. „Badania nad zawartością kwasu moczowego w soku żołądkowym” (streszczenie własne).

Autor w 25 przypadkach stwierdził obecność kwasu moczowego w soku żołądkowym.

W warunkach prawidłowych ilość jego wynosi około 1 mg proc. W tych przypadkach, gdy zwiększa się poziom kwasu moczowego we krwi (*arthritis urica, uraemia*), zwiększa się również poziom kwasu moczowego w soku żołądkowym. W nadkwaśności i w niedokwaśności soku żołądkowego ilość kwasu moczowego w soku żołądkowym ulega zmniejszeniu.

Dyskusja.

Kol. Goebel uważa badania prelegenta za bardzo ciekawe i radzi połączyć je z badaniami nad wydzielaniem kwasu moczowego w dolnych odcinkach przewodu pokarmowego zwłaszcza w przypadkach mocznicy.

Kol. W. Orłowski zwraca uwagę, iż 2 przypadki, w których ogólna kwaśność sięgała 46 i 55, należy usunąć z tablicy, mieszczącej przypadki z nadkwaśnością.

4. Kol. Stanisław Lustman wygłasza odczyt „O postaciach klinicznych alkoholizmu dziecięcego” (streszczenie własne).

1. Cztery są postacie kliniczne alkoholizmu dziecięcego: a) postać naurasteniczna, b) postać histeryczna, c) postać padaczkowa, d) postać otępieniowa.

2. Pierwsze dwie postacie mogą być wyleczone z całkowitym powrotem do zdrowia, postać trzecia może niekiedy być wyleczona, często jednak przechodzi w typową padaczkę.

3. Postać czwarta nie może być wyleczona bez defektu i kończy się oligofrenją, więcej lub mniej posuniętą, względnie idiotyzmem.

4. Pierwsze trzy postacie mogą pozostać w swym środowisku rodzinnym, postać czwarta musi być przedewszystkiem usunięta ze swego otoczenia i leczona w zakładach specjalnych. W tym celu rodzice, nałogowi alkoholicy, muszą być mocą ustawy sejmowej pozbawieni prawa wychowywania swych dzieci.

5. U dzieci stosowanie wysokoku w jakiegokolwiek postaci jest tak samoniedopuszczalne, jak stosowanie morfiny. Obie te substancje są truciznami mózgowymi, działającymi na najsłabszą, stanowiącą o naszym człowieczeństwie część mózgu — na korę mózgową.

Dyskusja

Kol. Filiński zwraca uwagę na upodobanie do alkoholu różne u różnych osobników zarówno wśród dorosłych,

jak też u dzieci, a także na odporność gatunkową, spotykaną u zwierząt.

Kol. Justman podkreśla że lekarze sami niekiedy przyzwyczajają dzieci do alkoholu, przepisując wyciągi alkoholowe. „Motoier” np. zawiera 10 proc. alkoholu.

5. Kol. Wl. Filiński wygłasza „Sprawozdanie z podróży do uzdrowisk i zdrojowisk zagranicznych. Część I: Czechy, Niemcy i Francja. (streszczenie własne).

Prelegent zdaje sprawę z podróży do uzdrowisk zagranicznych. Omawia urzędzenia i wskazania lecznicze Teplic, Karlsbadu, Jachimowa, Marienbadu, Franzensbadu, Kissingenu, Neuheimu, Homburga, Wiesbadenu, Baden-Badenu, Plombières, Vittel, Contrexeville, Vichy, Royat.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 10 min. 5.

Sekretarz Doroczny Jan Roguski.

Prezes: Witold Orłowski.

Posiedzenie z dnia 19 maja 1931 roku.

Obecnych Członków Towarzystwa 38, wprowadzonych gości 21.

Początek o godzinie 8-mej punktualnie.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 12 maja 1931 roku przyjęto.

2. Kol. Jan Mossakowski i A. Jokiel wygłosili odczyt p. t. „O zachowaniu się cukru we krwi w zależności od zabiegu operacyjnego” (streszczenie własne).

W celu przekonania się, jak zachowuje się poziom cukru we krwi u chorych, poddanych operacji, zbadano krew w 35 przypadkach, operowanych z rozmaitych powodów. A mianowicie: w 10 przypadkach dokonano usunięcia wyrostka robaczkowego po bardzo dawno przebytem zapaleniu, 11-u operacji doszczętniej przepukliny, w 2-ch wycięcia wola, bez objawów choroby Basedowa, w 5-ciu przypadkach — doszczętnego zabiegu z powodu wodniaka jądra, w 2-ch — zeszcicia kości w 2-ch nadpochwowego wycięcia macicy z powodu włókniaków, w 1-ym przypadku ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, w 1-ym wycięcia doszczętnego pęcherza żółciowego i w 1-ym przypadku — trepanacji czaszki z powodu pourazowego wgłębienia kości. W każdym przypadku najpierw badano krew naczno, ściśle przestrzegając, aby w okresie przedoperacyjnym chory nie był głodzony, poddawany czyszczeniu lewatywami lub środkami czyszczącymi, aby przestrzegał zwykłego sposobu odżywiania się, niezbyt obfitego w węglowodany. Następnę badania wykonano zaraz po operacji, w 6 godz., w 24 i 48; w przypadkach zaś, w których poziom cukru był większy od prawidłowego, dokonywano badań aż do obniżenia się jego do poziomu prawidłowego.

Operowano przeważnie w znieczuleniu ogólnem eterowem, w kilku przypadkach w znieczuleniu chloroformowem, lub chloroformowo-eterowem, a w kilku — w znieczuleniu miejscowem z dodatkiem lub bez adrenaliny. Badania przeprowadzono mikro-metodą MacLeana. We wszystkich przy-

padkach znieczulenia ogólnego, bez względu na to, czy przedtem była wstrzykiwana morfina, czy nie była, stwierdzono niewątpliwą hiperglikemję. Najniższa zawartość cukru we krwi w tych przypadkach zaraz po operacji wynosiła 0.136% — najwyższa 0.256%. Cyfry niskie odpowiadały zabiegom krótkotrwałym, z małą ilością użytego środka znieczulającego, cyfry wysokie operacjom długo trwającym (do 2 godz.) z dużą ilością środka znieczulającego.

W przypadkach ze znieczuleniem miejscowym otrzymano również hiperglikemję, jakkolwiek mniejszą w porównaniu z odpowiedniami, co do długości zabiegu, przypadkami operowanymi w znieczuleniu ogólnym. Hiperglikemja ta trwa w ciągu kilku lub nawet kilkunastu godzin po operacji, przytem w pierwszych godzinach po operacji często utrzymuje się na tym samym lub nieco niższym poziomie, niż zaraz po zabiegu. W przypadkach niepowikłanych (równy sen, brak sinicy i zapaści), spostrzegano cyfry prawidłowe już po upływie 36—48 godzin. W przypadkach powikłanych, zwłaszcza zaś z klinicznymi objawami zakwaszenia, hiperglikemja trwa tak długo, jak długo trwają wspomniane powikłania.

W przeważającej liczbie przypadków nie stwierdzono cukromoczu, a nawet wtedy, gdy poziom cukru osiągał znaczne wartości np. 0.205%. Tylko w 2-ach przypadkach ciężkich i długotrwałych zabiegów, w których zawartość cukru we krwi wynosiła 0.256%, powikłanych sinicą i zapaścią, stwierdzono zaraz po zabiegu cukromocz, trwający kilkanaście godzin.

Wspomniane zmiany krwi po operacjach najprawdopodobniej stoją w związku z zakwaszeniem pooperacyjnym, występującem, jak to już dawno stwierdzono, prawie po każdym zabiegu. Chodzi tu prawdopodobnie o wzmocnienie glikogenolitycznej czynności wątroby pod wpływem kwaśnych produktów przemiany materji, wskutek czego następuje większy, niż w warunkach prawidłowych, odpływ cukru z wątroby do krwiobiegu.

3. Dyskusja.

Kol. Goebel uważa, iż przypuszczenia Prelegentów są słuszne. Jeszcze nieogłoszone badania kol. G. stwierdzają również równoległość wahań zasobu zasad i poziomu cukru we krwi. Hiperglikemji towarzyszy obniżenie zasobu zasad, hipoglikemji zaś alkaloz. Mówca zapytuje, czy w przypadkach, w których stosowano morfina, był poziom cukru we krwi większy, niż w innych.

Kol. Groff uważa, iż wpływ na poziom cukru we krwi, po zabiegu operacyjnym, ma przede wszystkim narkoza; zabieg w pobliżu trzustki, wywołując jej przekrwienie, powoduje zwiększenie ilości cukru we krwi. Ogromną rolę odgrywa stan ogólny chorego oraz stan wątroby. Nie bez wpływu są również stany gorączkowe. Już w 1903 roku wykazano zwiększenie się poziomu cukru we krwi po podaniu kwasów zwierzęcych.

Kol. W. Orłowski. Jest wielką zasługą prof. Leśniewskiego, że w jego klinice są od szeregu lat wykonywane badania nad wpływem zabiegów operacyjnych na ustrój. W badaniach nad przemianą węglowodanową należy uwzględnić stan wątroby; nie można się w tych przypadkach zadowolić badaniem poziomu cukru we krwi na czczo, ale należy badać krzywą glikemiczną po zadaniu 50 gramów glukozy. Badania, wykonywane obecnie w II Klinice Chorób Wewn. U. W., zdają się wskazywać raczej na obniżenie się krzywej glikemicznej w kwasicy sztucznej u osób zdrowych. Spostrzeżenia te wymagają jeszcze potwierdzenia na większym materiale.

Kol. Mossakowski, odpowiadając, stwierdza, iż nie było różnic w poziomie cukru po podaniu morfiny i bez morfiny, co tłumaczyć należy tem, że u ludzi stosuje się znacznie mniejsze dawki, niż u zwierząt, u których stwierdzono hiperglikemję pomorfinową. Zresztą, taka hiperglikemja może być tylko krótkotrwała, gdy pooperacyjna trwa dłużej. Prelegenci badali poziom cukru we krwi naczczo kilkakrotnie, a nawet kilkunastokrotnie.

4. Kol. Wl. Filiński wygłosił dalszy ciąg „Sprawozdania z podróży do zdrojowisk i uzdrowisk zagranicznych. Część II: Francja, Szwajcaria i Włochy” (streszczenie własne).

Prelegent omawia warunki klimatyczne i urządzenia lecznicze Genewy, Evian, Montreux, Leysin, wybrzeży Lago Maggiore, Lago di Como, Lago Ingano, St. Moritz, Schuls-Tarasy-Vulpera, Davos, Ragaz, Interlaken, Aixles-Bains, Riviera di Ponente, Riviera di Levante, Montecatini, Lago di Garda, Arco, Merano i Gasteinu.

Posiedzenie zamknięto o godzinie 10 min. 15.

Sekretarz doroczny:

Jan Roguski.

Prezes:

Witold Orłowski

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Hitzenberger otrzymał bardzo dobry wynik w przypadku *niedokrewności złośliwej* podając choremu wysuszone płuco świni (Degewop) trzy razy dziennie (wiedeńskie tow. lek. — W. m. W. Nr. 19). Preparat ten ma mieć to samo działanie, co i żółdek lub wątroba.

Ramon, Debre i Mozer dając do wzmocnienia *odporności przeciwbłoniczej* wywoływanej wprowadzaniem anatoksyny, zwiększyli stężenie jej w sensie zawartości jednostek (paryskie tow. biolog. — Pr. med. Nr. 45). Zaczęli więc stosować anatoksynę, zawierającą 16 jednostek w 1 cm. sz., zastrzykując trzy razy (1 cm., 1 cm. i 2 cm.) co 3 tygodnie. W ten sposób w każdym przypadku wprowadzono 64 jednostki zamiast dotychczas wprowadzanych 20-tu. Dzięki temu we wszystkich 265 przypadkach otrzymano ujemny odczyn Schicka i dość wysoki poziom odpornościowy. Nowa ta metoda nie wywołuje częstszych, ani silniejszych odczynów niż dotąd stosowana.

W tej samej sprawie na tem samem posiedzeniu zabierali głos Ramon i Nelis podając, że z 295 dzieci w wieku lat 5 do 12 po dwóch zastrzyknięciach wysokowartościowej anatoksyny po upływie 5 tygodni od pierwszego zastrzyknięcia odczyn Schicka był ujemny u 291, t. j. w 98,6%. Trzy tygodnie później u trojga dzieci pozostałych odczyn Schicka, uprzednio jeszcze dodatni stał się również ujemny, pozostając słabo dodatnim tylko u jednego. Wstrzykiwania za pierwszym razem 1 cm. sz., za drugim 1 ½ cm.

Na posiedzeniu tow. lek. Szpitali Lugduńskich (Pr. med. Nr. 45) Tourna de zdawał sprawę z swych doświadczeń nad *wplywem wdychania dymu tytoniowego*. Doświadczenia były robione na psach i wypadły zupełnie analogicznie do prób wprowadzania dożylnego nikotyny. Wszelkie skutki szkodliwe w rozmaitych częściach ustroju dały się stwierdzić jednakowo tu i tam. Referent nie wątpi, że wdychanie dymu tytoniowego jest szkodliwe, zwłaszcza dla osób z nadciśnieniem, z dusznicą bolesną, dla chorych na cukromocz i wogóle w przypadkach zaburzeń vegetacyjnych.

Z j a z d y

II Międzynarodowy Zjazd Techniki Sanitarnej i Higieny Miast w Medjolanie*).

W kwietniu r. b. odbył się w Medjolanie II Międzynarodowy Zjazd Techniki Sanitarnej i Higieny Miast.

Zjazd ten został uroczystie otwarty na Zamku w Medjolanie w dniu 20 kwietnia r. b. przy udziale władz, miejscowego komitetu organizacyjnego, Stałej Międzynarodowej Delegacji do spraw techniki sanitarnej i higieny miast, Komitetu wykonawczego Zjazdu, przedstawicieli Rządów oraz miast i instytucji poszczególnych zaproszonych państw.

Do prezydium zaproszono także szefów delegacji po-

*) Uwagi delegata Rządu Polskiego.

szczególnych państw; z ramienia Polski zaproszono inż. Z Rudolfa, podobnie jak to miało miejsce na I-ym Międzynarodowym Zjeździe w marcu r. ub. w Pradze Czeskiej.

Delegacja Polska składała się z trzech osób: oprócz inż. Rudolfa z przedstawicieli Ministerstwa Robót Publicznych inż. Łapińskiego i Dr. Dolińskiego, Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Lwowa.

Na otwarciu zjazdu był obecny także p. Generalny Konsul Rzeczypospolitej Polskiej p. Dr. Gorzechowski.

Witając Zjazd w imieniu Rządu Polskiego i Polskiej Delegacji, wskazałem na ogólną rolę zjazdów międzynarodowych dla cywilizacyjnego współdziałania poszczególnych narodów oraz na stałe dążenie Rządu Polskiego do utrzymania w swej prawdziwie pokojowej pracy możliwie jak najbliższej współpracy intelektualnej Polski z innymi państwami we wszystkich

działach, a więc niewątpliwie w dziale techniki sanitarnej i higieny miast.

Najliczniejsza była delegacja niemiecka, która dała czołowych ludzi do wygłoszenia referatów w poszczególnych sekcjach. Również liczna była delegacja czeska. Na zjeździe brakło oficjalnych przedstawicieli Stanów Zjednoczonych Ameryki Anglii, co się tłumaczy prawdopodobnie zbyt pośpiesznym przygotowaniem zjazdu. W przyszłości na te kraje ma być zwrócona większa uwaga.

Zjazd pracował w sześciu sekcjach, w których można było zaopatrzyć się tylko w streszczenia referatów, bowiem same referaty mają być wydrukowane później. Po otrzymaniu referatów napiszę szczegółową pracę o charakterze merytorycznym.

Ogółem wygłoszono przeszło 100 referatów i komunikatów. Poszczególne sekcje zajmowały się następującymi sprawami: pierwsza sekcja — sprawami ogólnymi, druga — techniką sanitarną w miastach, trzecia — techniką sanitarną budowlą, mieszkań i zakładów użyteczności publicznej, czwarta — techniką sanitarną na wsi i w kolonjach, piąta — techniką sanitarną w warsztatach pracy i w laboratoriach, szósta — prawodawstwem sanitarnym oraz opieką społeczną.

W dniu 23 kwietnia wygłosiłem w czwartej sekcji referat o zagadnieniu ochrony rzek przed zanieczyszczeniem (w języku angielskim). W dyskusji przemawiali przedstawiciele niemieckiej delegacji w sposób przychylny, a zarazem interesujący. Po referacie Prof. E h l g ö t z a (Politechnika w Berlinie) o miejscowych urządzeniach do usuwania ścieków przemawiałem kilkakrotnie w dyskusji, wskazując na różne prace, wykonywane w Polsce w dziale techniki sanitarnej i podkreślając pewne ostatnie nowe posunięcia. W wyniku tej dyskusji i Prof. E h l g ö t z a prosił mnie o komunikowanie się z nim w sprawach techniki sanitarnej. To samo uczynił Prof. O. O p p o l i t o (Politechnika w Neapolu), obiecując zarazem przysłać mi pewne materiały, które nas zainteresować mogą. Przedstawiciel Rumunii Inż. T h e o d o r u zwrócił się do mnie, bym podpisał jego wniosek w sprawie kontroli wody do picia we wszystkich państwach, co też uczyniłem. Wniosek ten był już podpisany przez delegację niemiecką oraz niektóre inne delegacje. Wszystkie punkty tego wniosku miały znaczenie dla wielu państw. Polska jednak dawno już je uwzględniła, bowiem w obowiązującym u nas rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z roku 1928 o zaopatrywaniu ludności w wodę, które w swoim czasie miałem zaszczyt opracować w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, te wymagania już są zawarte.

W dniu 24 kwietnia wziąłem udział w obradach czwartej sekcji i przemawiałem w dyskusji po referacie Prof. B r i x a (Politechnika Berlińska). Referent wskazał na zależność pomiędzy inwestycjami sanitarnymi a planowaniem osiedli. W dyskusji wskazałem na doniosłość poruszonego tematu, na to, że w Polsce od kilku lat zajmujemy się tą sprawą, i że ostatnio Ministerstwo Robót Publicznych wydało racjonalne rozporządzenie o sporządzaniu planów zabudowania, co zupełnie idzie po linii wniosków referenta. Wreszcie, nawiązując do mego poprzedniego przemówienia o kształceniu urbanistów, wygłoszonego w r. 1929 na Międzynarodowym Zjeździe plano-

wania miast w Rzymie, Również w obecności Prof. B r i x a, podkreśliłem rolę inżynierji sanitarnej w planowaniu osiedli oraz konieczność ścisłego współdziałania architektów-urbanistów z higienistami, w szczególności z inżynierami sanitarnymi. Na prośbę Prezydium złożyłem wniosek odpowiedni na piśmie Prof. B r i x a podziękował za uznanie myśli przewodnich jego referatu.

Tego samego dnia wieczorem odbyło się posiedzenie Stałej Międzynarodowej Delegacji do spraw techniki sanitarnej i higieny miast przy udziale zaproszonych delegatów rządów miast i instytucyj poszczególnych państw. W posiedzeniu tem wziąłem udział zarówno jako delegat Rządu Polskiego, jak i członek wymienionej Stałej Międzynarodowej Delegacji.

Dyskutowano głównie nad sprawą powołania we wszystkich krajach Komitetów Narodowych do spraw techniki sanitarnej i higieny miast, któreby pracowały, jako ciała przygotowawcze do przyszłych zjazdów.

Na posiedzeniu tem podchwycyłem moją opinię co do potrzeby zbliżenia się do Ligi Narodów w celu ścisłej współpracy także w sprawach techniki sanitarnej i higieny miast. Postanowiono zwrócić się do wszystkich państw z prośbą o utworzeniu wymienionych Komitetów Narodowych, zastanowić się głębiej nad sposobem organizacji przyszłych zjazdów oraz nad bliższą współpracą z Ligą Narodów, w której należałoby może stworzyć w biurze zdrowia sekcję techniki sanitarnej.

Następny zjazd Międzynarodowy techniki sanitarnej i higieny miast odbędzie się w roku przyszłym na zaproszenie Francji w Lyonie. Niewątpliwie jaknajszerszy udział Polski w tym Zjeździe będzie bardzo wskazany.

Zjazd w Medjolanie miał duże znaczenie, uwypuklił on szeroko ogrom zadań, jaki stoi w Polsce do spełnienia przed działem techniki sanitarnej i higieny miast. Szereg interesujących wycieczek po mieście, gdzie zwiedzano nowe inwestycje użyteczności publicznej, pogłębiło znaczenie zjazdu.

Wszędzie zauważyłem wielki rozmach w pracy, naprzykład w Medjolanie wykańcza się olbrzymi dworzec o wartości jednego miljaru lirów, który można porównać tylko z największymi dworcami w Ameryce, jak Pennsylvania Station w Nowym Yorku, która to stacja wydawała mi się nawet mniejszą. Zwiedzaliśmy także domy, budowane przez instytut „le case popolari”, co dało nam wiele ciekawych spostrzeżeń co do kierunku rozwiązania sprawy mieszkaniowej w Polsce. Podczas Zjazdu zwiedziliśmy Targi Medjolańskie oraz wystawę techniki sanitarnej i higieny miast w oddzielnym dużym pawilonie. Wystawa higieniczna niczem się specjalnie nie wyróżniała, z obcych państw wystąpiły tylko Francja i Czechosłowacja. Natomiast na targach wystąpiło wiele obcych państw. Wyróżniały się pawilony Jugosławji i Węgier, zresztą, szereg pawilonów państw obcych miało charakter oryginalny, głównie propagandowy w kierunku zawarcia bliższych stosunków handlowych z Italją. Pawilon polski był zaopatrzony przeważnie w kilimy i fotografie, ilustrujące widoki różnych części kraju, robił ogół dobre wrażenie, choć dość skromne w porównaniu z pawilonami innych państw. Zwiedzałem ten pawilon kilka razy i stwierdziłem, że zawsze był licznie odwiedzany.

Inż. Z. R u d o l f (Warszawa).

Sprawy zawodowe

Sprawozdanie

Związku Lekarzy Kas Chorych „Koło Kraków”
za rok 1930/31.

(Dokończenie — patrz № 32).

Sprawozdanie

z poradni prowadzonych przez Związek Lekarzy Kas Chorych „Koło Kraków” za czas od 1-go kwietnia 1930 r. do 31-go marca 1931 r.

Poradnie założone w listopadzie w r. 1929 prowadzono w dalszym ciągu. Z początkiem roku sprawozdawczego wydzielono z poradni dla dzieci „Poradnie dla dzieci w wieku przedszkolnym”.

W styczniu r. 1931 okazała się potrzeba założenia dalszych poradni dla niemowląt, frekwencja była bowiem tak

znaczna, że istniejące już nie wystarczały; otworzyć więc drugą poradnię w Centrali (Dr. Kościuszkowa) i poradnię przy ul. Grzegórzeckiej (Dr. Spoczyńska).

Lekarze pracę swoją, jak w roku poprzednim tak i w tym oddawali bezinteresownie. Z dniem 1 marca 1931 r. Kasa Chorych przejęła wszystkie poradnie dla niemowląt i prowadzi je odtąd we własnym zarządzie. Dlatego też sprawozdanie z poradni dla niemowląt odnosi się tylko do okresu od 1.IV.1930 r. do 28 lutego 1931 r. z poradni dla niemowląt Nr. II w Centrali od 12.I do 28.II.1931 r.

W ciągu roku sprawozdawczego wyłoniła się z poradni nowa instytucja, okazała się bowiem potrzeba zbliżenia do ubezpieczonych nie tylko w poradniach, ale i w pogadankach, wykładach i praktycznych ćwiczeniach, w pierwszym rzędzie z zakresu higieny niemowląt. Powstała tedy „Szkoła Zdrowia”, z której sprawozdanie podajemy osobno. Sprawozdanie finansowe z „Poradni” i „Szkoły Zdrowia” podamy wspólne, wydat-

- 6) Dr. Leuchter: „O rzeżące przerzutowej”
- 7) Dr. Blasberg: „O drobnych objawach dokrewnogruchołowych w codziennej praktyce lekarskiej”
- 8) Dr. Czapnicki: „O leczeniu swoistem i objawem zapalenia płuc”
- 9) Dr. Szancenbach: „O zachowaniu się ciśnienia krwi w czasie ciąży — porodu i położu”
- 10) Dr. Stan. Kunicki: „Gruźlica a nadciężność”.
Dr. Henryk Czapnicki mp.

Sprawozdanie „Szkoły Zdrowia” za rok szkolny 1930-31.

„Szkoła Zdrowia” urządziła w ubiegłym roku:

- I. Cykl wykładów popularnych z dziedziny higieny i medycyny popularnej.
 - a) „O gruźlicy” ref. Dr. Zylber.
 - b) „O chorobach wenerycznych” ref. Dr. Horowitzówna.
 - c) „O chorobach wenerycznych” Dr. Leuchter.
 - d) „O wpływie alkoholu na organizm człowieka” ref. Dr. Kunicki.
 - e) „O chorobach zawodowych” ref. Dr. Kunicki.
 - f) „O dziecku szkolnym” ref. Dr. Merz.
 - g) „Higiena życia codziennego” ref. Dr. Englowa.
 - h) „Pielęgnowanie skóry” ref. Dr. Ameisówna;
 - i) „Przyczyny chorób nerwowych i ich zapobieganie” ref. Dr. Rost.

Liczba uczestników 17 — 60.

- II. Sześć (6) Kursów dla matek (Szkoła Matek) z których 2 odbyły się w Krakowie w Muzeum Przemysłowym a 4 na przedmieściach (Podgórze, Płaszów, Dąbie, Prądnik Czerw.).

- 1) Na Kursa w Krakowie złożyły się następujące tematy:
 - a) „Zachowanie się podczas ciąży, porodu i położu” ref. Dr. Fischówna.

- b) „Fizjologia i higiena niemowlęcia” ref. Dr. Foerster
- c) „Odżywianie oseska” ref. Dr. Joffowa
- d) „O objawach chorobowych u dzieci” ref. Dr. Gołąb
- e) „Choroby oseska wynikające z wadliwego odżywiania” ref. Dr. Blanksteinówna
- f) „O gruźlicy” ref. Dr. Biernacki
- g) „O chorobach zakaźnych” ref. Dr. Englowa
- h) „Higiena dziecka w wieku przedszkolnym” ref. Spoczyńska
- i) „O przesądach ludowych w medycynie” ref. Dr. Merz
- j) „Choroby nerwowe wieku dziecięcego” ref. Dr. Medyński
- k) „Radość w życiu dziecka” ref. p. Bobrowska
- l) „Kolonje wakacyjne” ref. p. Bobrowska
- m) „Szkoła współczesna” ref. Dr. Bergrünówna
- n) Pokazy praktyczne — ref. p. Wyrobiszówna.

Wykładów było 20. — Ilość słuchaczek ograniczono do 30 osób.

- 2). Na przedmieściach składał się każdy Kurs z 5 wykładów a dotyczył higieny pierwszego roku życia.
ref.: Dr. Englowa; Dr. Fischówna, Dr. Foerster, Dr. Gołąb, Dr. Joffowa, Dr. Merz, Dr. Statler, p. Wyrobiszówna.

III. 1. Tydzień filmowy. Wyświetlano 3 filmy:

- 1) „Niebezpieczny pocałunek” (film przeciugruźliczy)
- 2) „Higiena niemowlęcia”.
- 3) „Ku słońcu”.

Każdorazowe przedstawienie poprzedzała krótka pogadanka lekarska. Film oglądało 1.400 osób.

2. Tydzień filmowy urządzony był w I. tygodniu miesiąca propagandy przeciugruźliczej. Wyświetlano film p. t. „W objęciach niewidzialnego wroga”. Film oglądało 1.480 osób.

Pozatem wypożyczono kilkakrotnie przezrocza i broszury dla prowincji.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Choroby psychiczne wśród Żydów w Polsce*).

Podał

Dr. med. Rafał BECKER (Otwock).

Kierownik Zakładu Psychjatrycznego „Zofjówka” w Otwocku.

W roku 1928 dla wszystkich instytucji psychjatrycznych w Polsce (kliniki psychjatryczne, zakłady psychjatryczne, oddziały psychjatryczne różnych szpitali ogólnych i wojskowych, prywatne lecznice dla psychicznie chorych oraz przytułki dla psychicznie chorych chłoniów, i t. p.) został wprowadzony obowiązujący wzór sprawozdań, zawierający między innymi dane o wszystkich nowoprzybyłych psychicznie chorych podług grup chorobowych i wyznania.

Wszystkie odnośne sprawozdania naszych instytucji psychjatrycznych za lata 1928 i 1929 zostały zebrane przez Departament Służby Zdrowia i opracowane wszechstronnie przez Dyrektora Łuniewskiego, który ogłosił uzyskane wyniki w dwóch większych pracach¹⁾.

*) Według odczytu, wygłoszonego w Zrzesz. Lekarzy Rzeczypospolitej w Warszawie 9 czerwca 1931 r.

1a) W. Bernasiewicz i W. Łuniewski. Próba zestawienia danych statystycznych ze sprawozdań zakładów psychjatrycznych za rok 1928. „Rocznik Psychjatryczny”, 1930. Zeszyt 12.

1b) W. Łuniewski. Drugie sprawozdanie z czynności zakładów psychjatrycznych w Polsce za rok 1929. „Rocznik Psychjatryczny”, 1931. Zeszyt 14—15.

W tych pracach znajdujemy podział nie tylko ogólnej liczby lecz i poszczególnych grup chorobowych nowoprzyjętych psychicznie chorych podług wyznania.

Powyższe dane statystyczne wraz z moimi własnymi badaniami nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych wśród żydów w Polsce, oparte na materiałach z 7 zakładów psychjatrycznych, dotyczących okresu 1921—1927 (zanim została wprowadzona jednolita forma sprawozdań), dostarczają nam dosyć danych; umożliwiają one w każdym razie dość dokładną odpowiedź na pytanie, co do rodzaju chorób psychicznych i ich rozpowszechnienia wśród żydów w Polsce.

Zacniemy od pierwszego pytania, dotyczącego chorób psychicznych, najczęściej spotykanych wśród żydów.

Pierwsze z wymienionych tu zestawień, opracowane przez Łuniewskiego i Bernasiewicza, dotyczy roku 1928 i obejmuje 18 większych zakładów psychjatrycznych z liczbą 6164 nowoprzyjętych chorych, podzielonych podług rodzaju choroby i wyznania.

Następne zestawienie Łuniewskiego za rok 1929, które podaje już odnośne dane dla wszystkich instytucji psychjatrycznych w kraju, wykazuje ogólną liczbę nowoprzybyłych chorych 11.359. Moje własne

badania dotyczą 13.580 psychicznie chorych, którzy się znajdowali w 7 zakładach w latach 1921—1927²⁾.

Ostateczne wyniki powyższych trzech badań statystycznych, dotyczących chorób psychicznych wśród żydów i nieżydów w Polsce są prawie jednakowe, jakkolwiek obejmują niejednakową liczbę zakładów. Wszędzie występuje jedno i to samo zjawisko: żydzi najwięcej reprezentowani są tylko w dwóch grupach psychoz, a mianowicie, w schizofrenji i w psychozie manjako-depresyjnej. Natomiast spotykamy ich, jak dalej przekonamy się, znacznie rzadziej w innych grupach zachorzeń psychicznych.

Według zestawienia, obejmującego lata 1921—1927 w 7 zakładach psychiatrycznych, pośród wszystkich znajdujących się w tym okresie chorych żydów było 64,7 proc. schizofreników i 8,7 proc. dotkniętych psychozą manjako-depresyjną, gdy dla nieżydów odnośne odsetki wynosiły 40,0 i 7,7.

Podług zestawienia z roku 1928, które obejmuje dane tylko co do nowo-przybyłych z 18 zakładów, u żydów przypada na grupę schizofrenji 55,8 proc.—u nieżydów 34,4 proc. Dla psychozy manjako-depresyjnej odnośne odsetki wyrażają się liczbami 11,1 i 5,5.

Wreszcie podług zestawienia z roku 1929, które obejmuje już wszystkie 47 instytucji psychiatrycznych w kraju, u żydów przypada na grupę schizofrenji 61,2 proc., gdy u nieżydów odsetek ten wynosi zaledwie 31,4 proc. Na psychozę manjako-depresyjną przypada: żydów 8,4 proc.—nieżydów 4,9 proc.

Rzeczą charakterystyczną jest, że żydzi w Polsce różnią się pod względem rozpowszechnienia pewnych form zaburzeń psychicznych nie tylko od otaczającej ich ludności nieżydowskiej, lecz również i od swoich współwyznawców w Europie zachodniej.

Podczas gdy w Europie zachodniej żydzi wykazują w porównaniu z nieżydami stosunkowo większy odsetek chorych na schizofrenję, psychozę manjako-depresyjną, porażenie postępujące, oligofrenję i otępienie starcze wraz z otępieniem pochodzenia miażdżycowego (Pilcz, Sichel, Gutmann, Neustadt) — to żydzi polscy wykazują przewagę, i to wyjątkowo dużą tylko w psychozach schizofrenicznej i manjako-depresyjnej, w pozostałych grupach są względnie słabiej reprezentowani.

Tak n. p. na grupę niedorozwoju umysłowego (oligofrenja) we wszystkich tych trzech okresach u żydów przypada 6,5 proc.—5,2 proc. i 4,7 proc., u nieżydów przypada 10,8 proc.—5,5 proc. i 6,8 proc. W grupie otępienia starczego i miażdżycowego odnośne odsetki wyrażają się dla żydów liczbami: 2,1—3,3—3,4, dla nieżydów 5,5—4,8 i 3,9.

Psychozy pochodzenia kiłowego reprezentowane są u żydów odsetkiem 4,7—4,2 i 5,0 u nieżydów — 9,5—10,3 i 12,8. Padaczka i psychozy alkoholowe u żydów polskich w porównaniu z żydami Europy zachodniej również rzadziej są spotykane. Padaczkę znajdujemy u żydów polskich 3,6%—1,6% i 2,4%, natomiast u nieżydów 7,2%—4,8% i 5,6%. Psychoz alkoholowych prawie że nie spotykamy zupełnie u żydów polskich; odnośne odsetki wynoszą tu bowiem zaledwie 0,1—0,2 i 0,2 gdy u nieżydów 4,2—2,8—5,5.

Mniejsze rozpowszechnienie epilepsji, psychoz pochodzenia kiłowego, jakoteż rzadkie występowanie

psychoz alkoholowych u żydów polskich staje się zrozumiałe, jeśli weźmiemy pod uwagę okoliczność, że żydzi w Polsce żyją w zwartych masach, zgodnie z odwiecznymi tradycjami, wskutek czego w znacznie mniejszym stopniu podlegają nadużyciom pod względem konsumpcji alkoholu oraz możliwości zakażenia się chorobami wenerycznymi.

Tem się też tłumaczy, dlaczego wśród tutejszych żydów tak rzadko stwierdza się inne rodzaje psychoz intoksykacyjnych z zewnątrz-pochodnych, jak n. p. kokainizm, morfinizm i inne podobne. Znajduje to swój wyraz statystyczny w bardzo niskich odsetkach, które wynoszą dla żydów zaledwie 0,3—0,2 i 0,3, dla nieżydów natomiast 0,7—0,8 i 1,2.

Znacznie trudniej jest znaleźć wytłumaczenie mniejszego odsetka w grupach niedorozwoju umysłowego i otępienia starczego u żydów polskich. Nie jest wyłączone, że odnośne wyniki przedstawiałyby się nieco inaczej, gdyby się udało ująć statystycznie również przebywających poza zakładami chorych powyższych kategorii.

Dalej zasługuje na uwagę fakt, że również zaburzenia psychiczne o charakterze funkcjonalnym, jak n. p. psychopatję ustrojową i psychozą reaktywną wśród żydów u nas znacznie rzadziej spotkać można, niż wśród psychicznie chorych nieżydów. Oba te rodzaje zachorowań tworzą u żydów 4,8%—4,3% i 5,9%, u nieżydów natomiast 7,0%—7,8% i 10,3%.

Sądząc z analogii odnośnych stosunków u żydów zachodnio-europejskich należałoby oczekiwać zupełnie przeciwnych wyników. Z jednej strony jednak rozpoznawanie psychozy reaktywnej bardzo często zależne jest od nastawienia subiektywnego danego psychiatry w stosunku do zagadnienia schizofrenji, które niekoniecznie musi odpowiadać rzeczywistemu stanowi rzeczy: zdarzają się bowiem przypadki, kiedy rzekomo rozpoznana psychoza reaktywna przechodzi w schizofrenję chroniczną, jakoteż odwrotnie, zaburzenie psychiczne, rozpoznane jako ostra schizofrenja szybko mija na wzór psychozy reaktywnej. Z drugiej strony musimy przyznać, że statystycznie udział omówionych zaburzeń psychicznych u żydów wskutek olbrzymiej przewagi schizofrenji u nich wprost ztraca się i maleje.

Co do paranoi i parafrenji, to również wśród żydów zachodnio-europejskich te choroby rzadziej spotykają się niż u nieżydów. Tak n. p. według zestawienia Neustadta, dotyczącego materiału kliniki Lipskiej, odsetek schizofreników dochodzi u żydów do 22,9 u nieżydów do 18; psychoza manjako-depresyjna—u żydów 19,9%, u nieżydów 5,7%, natomiast przypadki czystej paranoi dają u żydów 2,9%, u nieżydów 4,3%. Na podstawie naszych zestawień paranoja łącznie z parafrenją spotyka się u żydów w 1,1% do 1,2% u nieżydów od 2,0% do 2,1%.

Co zaś do psychoz pochodzenia zakaźnego lub mających za tło zatrucia zwewnątrz—pochodne, jakoteż zaburzenia psychiczne w cierpieniach mózgu ogniskowych, to liczba odnośnych przypadków jest zbyt mała, by na ich podstawie można było dojść do jakichkolwiek wniosków. O ile można sądzić na podstawie naszych danych, zachorzenia tej kategorii w każdym razie wśród żydów rzadziej są spotykane, niż wśród nieżydów.

²⁾ R. Becker. Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób umysłowych wśród żydów w Polsce. „Warszawskie Czasop. Lekarskie“, 1929. Nr. 33.

³⁾ R. Neustadt. Die Geistesstörungen der Juden. I.—Dissertation. Leipzig, 1923.

Pozostaje jeszcze ustalić istotne przyczyny ogromnego rozpowszechnienia wśród żydów polskich schizofrenji — choroby, którą dotknięci są ponad 60% wszystkich umysłowo-chorych żydów, znajdujących się w zakładach, i która, podobnie jak i psychoza manjakałno-depresyjna, u żydów spotyka się 2 razy częściej niż u nieżydów.

— — —

Kwestja ta, niestety, dotychczas jeszcze nie została w sposób zadawalający wyświetlona, zwłaszcza, że co do czynników etiologicznych schizofrenji i psychozy manjakałno-depresyjnej dotychczas prawie nic konkretnego nie wiemy. Jedni autorzy dopatrują się przyczyny tych chorób w zmianach organicznych mózgu, drudzy w dysfunkcji gruczołów wewnątrzwydzielniczych, inni — w wzewnątrz pochodnych wpływach toksycznych, wreszcie są i tacy, którzy uzależniają powstanie tych chorób od konfliktów psychicznych.

Również większe rozpowszechnienie tych chorób wśród żydów próbowano wytłumaczyć za pomocą różnych hipotez, poczynając od przypuszczenia degeneracji rasy żydowskiej, a kończąc na wpływach swobodnych konfliktów spotykanych u żydów.

Obecnie jestem zbyt głęboko przekonany o organicznym podłożu tych chorób, bym mógł nadal podtrzymywać swój dawny pogląd co do psychicznego pochodzenia zarówno schizofrenji, jak i psychozy manjakałno-depresyjnej u Żydów⁴⁾.

Poczucie upośledzenia (*Minderwertigkeitsgefühl* — Adler), jako objaw pewnej psychicznej determinacji albo t. zw. „Kompleksy żydowskie” wywołują, mojem zdaniem, bardzo często u żydów np. psychonerwicę albo histerję, natomiast nie mogą powodować takich psychoz, jak schizofrenja i psychoza manjakałno-depresyjna. Możliwe, że badania w klinice w kierunku, zakreślonym przez Kretschmera, rzucą więcej światła na tę ciemną dziedzinę, ustalając wzajemną zależność między asteniczną budową ciała a typem schizoidalnym z punktu widzenia psychiatrycznego.

Jest rzeczą znaną, że żydzi polscy wykazują bardzo znaczny procent asteników, co do pewnego stopnia może usprawiedliwić obserwowany wśród nich tak wysoki odsetek schizofreników.

Matecki i Szpidbaum przeprowadzili badania nad budową ciała 100 schizofreników żydów i ustalili u nich następującą częstość typów konstytucyjnych:⁵⁾

Typ Leptosomiczny (asetniczny) w 56 wypadkach	
„ Atletyczny	9
„ Leptosom—atletyczny	1
„ Dysplastyczny	11
„ Pikniczny	13
„ Mieszano-pikniczny	7
„ Niedający się określić	3

4) a) R. Becker. Die jüdische Nervosität, ihre Art, Entstehung und Bekämpfung. Vortrag. Zurich 1918 wydawnictwo: Speidel et Wurzel.

b) R. Becker. Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie. Wydawnictwo: Orell — Füssli, Zurich 1918.

5) Matecki W. i Szpidbaum H. Typy psychofizyczne w świetle własnych badań. (Badanie przeprowadzone na 100 schizofrenikach żydach). „Rocznik Psychiatryczny” 1927. Zeszyt 5.

Powyżsi autorowie na podstawie swych badań doszli do następujących wniosków:

1. Typy Kretschmerskie występują nie tylko wśród ludności rdzennie europejskiej, ale i wśród żydowskiej. Tem samem mogą być uważane za właściwe wszystkim rasom leukodermicznym.

2. Głębokie biologiczne powinowactwo między psyche a odpowiednią konstytucją fizyczną zdaje się nie ulegać wątpliwości.

3. Charakterystyka morfologiczna typów leptosomicznego i piknicznego wykazała, iż typ leptosomiczny w ogólności cechuje dolichomorfizm, typ zaś pikniczny — brachymorfizm.

W powyższem, czysto opisowo przeprowadzonym badaniu, autorowie potwierdzają teorię Kretschmera o pewnych momentach korelacyjnych, istniejących między psyche a konstytucją fizyczną. Przeczyli jednak, mojem zdaniem, wysoce charakterystyczny moment o wielkiem znaczeniu biologicznem.

Poza zestawieniem tabelarycznem, dotyczącem typów konstytucyjnych, zbadanych przez nich schizofreników żydów, autorowie podają równocześnie inną tablicę, ilustrującą budowę schizofreników, badanych przez innych autorów w różnych krajach. Porównując wyniki tych dwóch tablic, stwierdzamy, że w żadnej grupie etnicznej odsetek asteników pośród schizofreników nie jest tak wysoki, jak u żydów.

Między nieżydami największy odsetek leptosomów znajdujemy wśród zbadanych przez Kretschmera schizofreników w Tubindze, a mianowicie, w 46 3%, gdy wśród żydów schizofreników w Polsce astenicy stanowią 56%. Ta właśnie okoliczność zupełnie nie została uwzględniona w rozważaniach przytoczonych tu autorów. A wszak ten fakt sam przez się mógłby poniekąd wystarczyć do wytłumaczenia większego rozpowszechnienia schizofreników wśród żydów polskich.

Z drugiej strony nie możemy jednak zapominać o tem, że psychoza manjakałno-depresyjna, której według Kretschmera odpowiada typ zupełnie odmienny, a mianowicie budowa pikniczna, również jest procentowo bardzo licznie reprezentowana u żydów (dwa razy więcej niż u nieżydów) — fakt, który znajduje się w sprzeczności z często obserwowaną u żydów budową asteniczną, co poniekąd podważa powyższą hipotezę.

Jesteśmy zatem jeszcze dość dalecy od ostatecznego rozwiązania tego zagadnienia. Fakt tak wielkiego rozpowszechnienia schizofrenji wśród żydów polskich bezsprzecznie godny jest szczególnej uwagi i zasługuje na to, by poświęcić mu bardziej wyczerpujące i gruntowne badania. Należałoby zwłaszcza przeprowadzić dalsze badania nad konstytucją żydowskich schizofreników i manjakałno-depresyjnych. Poza tem wartoby byłoby przeprowadzić również na większą skalę studia genealogiczne, połączone z dokładnem badaniem stosunków zawodowych, gospodarczych i innych panujących w otoczeniu tych chorych.

Zapomocą takich wszechstronnych badań uda się nam może wreszcie otrzymać odpowiedź na pytanie, dlaczego u żydów schizofrenja i psychoza manjakałno-depresyjna jest tak dominującym zjawiskiem. Jednocześnie posunęlibyśmy się ewentualnie o krok naprzód w rozwiązaniu zagadnienia etiologii tych chorób.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	28/VI-4 VII	5/VII-11/VII	12/VII-18/VII	19/VII-25/VII
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	1 (0)	0	1 (0)
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	216 (19*)	253 (13)	258 (14)	259 (13)
Dur rzekomy . . .	0	2 (0)	0	4 (0)
Dur osutkowy . . .	9 (2)	17 (1)	13 (1)	14 (1)
Dur powrotny . . .	0	0	0	0
Czerwonka	12 (0)	17 (0)	27 (6)	51 (7)
Płonica	240 (17)	257 (5)	275 (15)	303 (16)
Błonica	142 (8)	194 (4)	161 (12)	163 (11)
Zapal. op. mózg. .	5 (3)	10 (3)	9 (2)	5 (0)
Odra	153 (1)	139 (0)	162 (3)	95 (4)
Róża	61 (4)	57 (0)	60 (4)	66 (4)
Krztuściec	131 (4)	88 (9)	125 (3)	119 (2)
Malaria	8 (0)	7 (0)	4 (0)	7 (0)
Posoczn. połóg. .	26 (8)	25 (5)	18 (5)	39 (10)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	676 (0)	653 (0)	516 (0)	563 (0)
Wąglik	3 (0)	3 (0)	4 (0)	10 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	0	0	0
Wścieklizna . . .	0 (1)	0	0	0
Zatr. jad. kielb. .	0	8 (0)	0	13 (0)
Chor. Heine-Medina	0	4 (1)	2 (0)	1 (0)
Twardziel	3 (0)	0	(0)	1 (0)
Inne choroby zakaźne	64 (3)	57 (4)	53 (4)	56 (1)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— D. 12.VI r. b. odbyło się w Departamencie Służby Zdrowia posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, na którym omawiane były sposoby kontroli w przypadkach transfuzji krwi i uregulowanie prawne tej sprawy. Prof. Wirnfeld przedstawił następujący projekt regulaminu w sprawie transfuzji krwi

§ 1. Wszystkie instytucje, mające na celu dostarczanie stałych krwiodawców (szpitale, biura specjalne i t. p.), winny zgłosić się o odpowiednie zezwolenie do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

§ 2. Osoby, pragnące być użyte, jako krwiodawcy, winny:

a) złożyć zeznanie, że nie jest im wiadome, by chorowały na kiłę lub gruźlicę,

b) winny się poddać odpowiedniemu badaniu komisijnemu w myśl § 3.

§ 3. Komisje, orzekające, czy dany osobnik nadaje się na krwiodawcę, składają się z internisty, wenerologa i serologa. Komisyjne badanie krwiodawców winno się odbywać co pół roku, zwykle badanie przez lekarza odpowiedzialnego nie mniej niż co 4 tygodnie. Odczyny serologiczne na kiłę winny być wykonywane u krwiodawcy nie rzadziej, niż co 4 tygodnie. Nie należy używać, jako dawców, osób cierpiących na kiłę, gruźlicę, zimnicę, choroby serca lub krwi i alkoholików. Dążyć należy, ażeby do przetaczania krwi byli używani dawcy tej samej krwi, co i chorzy.

Instytucje, które wnoszą o koncesję dla dostarczania krwiodawców, winne są zawiadomić Departament Służby Zdrowia o składzie komisji lekarskiej, jak również o wyborze pracowni, gdzie mają być wykonywane odczyny serologiczne na kiłę i badania na grupę krwi. Departament Służby Zdrowia rezerwuje sobie prawo zatwierdzenia względnie niezatwierdzenia danej komisji lub pracowni.

§ 4. Instytucje, które dostarczają krwiodawców, winny

zaprowadzić u siebie dokładną księgowość, w której notowałyby stan zdrowia krwiodawcy, ilość przetoczonej krwi i inne szczegóły kliniczne. Krwiodawca obowiązany jest posiadać książeczkę według załączonego wzoru, gdzie wyznaczony przez daną instytucję lekarz winien wpisywać wyżej wymienione dane. Posyłanie krwi do analizy winno podlegać rygorom, jak posyłanie analiz sądowych, to znaczy krew powinna być zabezpieczona przed możliwością zamiany, wzgl. krew powinna być pobrana za okazaniem odpowiednim legitymacji lub opieczętowana i t. p.

Księgi, przewidziane w § 4, podlegają kontroli ze strony wojewódzkich władz sanitarnych.

§ 5. Krwiodawca winien mieć nie mniej niż 20 i nie więcej niż 40 lat. Sposób życia krwiodawcy powinien dawać gwarancję, że zakażenie chorobą weneryczną jest nieprawdopodobne. Krew od krwiodawcy może być pobierana nie częściej, niż co 2 miesiące, i lekarz przewidziany w § 3, winien jest baczyć, aby pobieranie krwi nie miało ujemnego wpływu zdrowotnego na krwiodawcę.

Nad projektem tym wywiązała się dyskusja, w której wyniku uchwalono powołać specjalną komisję i poruczyć jej opracowanie w formie okólnika poruszonego zagadnienia.

— Dnia 25 lipca r. b. zakończony został w Państwowej Szkole Higieny 3-ty tydzień wy kurs przeszkolenia higienicznego dla nauczycielstwa szkół powszechnych, organizowany przy współudziale i poparciu Ministerstwa Wyzn. Rel. i Oświec. Publicznego.

W kursie uczestniczyło nauczycielstwo ze wszystkich województw Polski.

Po sprawozdaniu z przebiegu kursu kierownika D-ra M. Kacprzaka, przemawiali: Dr. Hryszkiewicz, w imieniu Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. oraz Dr. W. Chodźko, Dyrektor Państwowej Szkoły Higieny. W imieniu wszystkich słuchaczy jeden z uczestników wyraził podziękowanie prelegentom i organizatorom kursu, poczem rozdane zostały uczestnikom świadectwa.

— W tych dniach zakończony został w Państwowej Szkole Higieny 3-miesięczny kurs Higieny i Medycyny Tropikalnej, organizowany przy współudziale Instytutu Emigracyjnego i Kolonialnego. W kursie uczestniczyło 20 słuchaczy, przeważnie lekarzy.

Na zakończenie kursu uczestnicy odbyli wycieczkę do Wejherowa do obozu emigracyjnego i Gdyni, gdzie wzięli udział w Zjeździe Higienistów i zapoznali się z sanitarnymi urządzeniami portu.

— XI Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie na Walnem Zgromadzeniu dn. 24 maja 1931 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski:

I. Stwierdzając, że rozwój opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi może częściowo złagodzić ujemne skutki niedostatecznej liczby miejsc w zakładach psychiatrycznych, oraz, że rozwój tej opieki jest zgodny z nowoczesnymi tendencjami leczenia psychiatrycznego — XI Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do władz państwowych, samorządowych oraz do społeczeństwa z prośbą o wydatne poparcie rozwoju opieki pozazakładowej, jako ważnego działu opieki społecznej, i do władz państwowych o nadanie tej postaci opieki podstaw prawnych.

II. Uważając sprawę zapobiegania nerwicom i ich leczenie za jeden z bardzo ważnych punktów programu higieny psychicznej i wobec niemożności sanatoryjnego leczenia nerwic u osób niezamożnych, Zjazd uchwala zwrócić się do odpowiednich czynników o zwrot sanatorium dla nerwowo cho-

rych w Karolinie stosownie do jego pierwotnego przeznaczenia.

III. Katastrofalnemu brakowi łóżek psychiatrycznych w Polsce miały do pewnego stopnia zapobiec trzy wojewódzkie szpitale psychiatryczne: w Chełmie, Choroszczy i Gostyninie. Dotąd udało się tylko częściowo uruchomić szpital w Choroszczy. Z powodu braku funduszy grozi nie tylko wstrzymanie, wzgl. opóźnienie realizacji dwóch pozostałych zakładów, lecz i zmarnowanie wielkich sum, inwestowanych dotąd w obie budowy. Wobec tego stanu rzeczy XI Zjazd Psychiatrów Polskich we Lwowie zwraca się do władz państwowych z prośbą o umożliwienie jaknajszybszego ukończenia budujących się szpitali psychiatrycznych przez wyjednanie niezbędnych środków finansowych.

— IV Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy mający się odbyć w Zakopanem w dniach 20, 21 i 22 września 1931 r. pod przewodnictwem Dr. Seweryna Sterlinga.

Program Zjazdu:

Dnia 19 września — sobota

Godz. 18. Posiedzenie Komitetu Wykonawczego w Sanat. Czerw. Krzyża.

21. Zapoznanie się uczestników na tarasie hotelu „Morskie Oko”.

Dnia 20 września — niedziela

Godz. 9:30-13. Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Dr. J. Żychonia.

I. temat — biologiczny: „Związek pomiędzy alergią a odpornością na gruźlicę”.

Referent: Prof. Dr. Michałowicz,

Koreferenci: Dr. J. Zeyland — Poznań.

Dr. Z. Skibiński — Zakopane.

Dyskusja.

Godz. 14.30. Wycieczka autobusami do Morskiego Oka w Tatrach.

Dnia 21 września — poniedziałek

Godz. 9-14. II. temat — kliniczny: „Kwalifikacja chorych na gruźlicę do zakładów leczniczych ze stanowiska klinicznego w związku z nowoczesnymi metodami badania i leczenia gruźlicy płuc”.

Referent: Płk. Dr. Stefan Rudzki.

Koreferenci: Dr. K. Dąbrowski — Warszawa

Dr. L. Węgrzynowski — Lwów

Dr. L. Fischer — Zakopane.

Dyskusja.

Godz. 21.30. Raut w salach hotelu „Morskie Oko”, wydany przez Zarząd Uzdrowiska, Gminę Zakopane i Towarzystwo Lekarskie w Zakopanem.

Dnia 22 września — wtorek

Godz. 9-14. III. temat — ogólny: „O Zakopanem, jako miejscowości klimatyczno-leczniczej”.

Dr. J. Żychoń — Zakopane.

IV. temat — społeczny: „Ubezpieczenia społeczne a gruźlica”.

Referent: Dr. W. Chodźko.

Koreferenci: Dr. Cz. Wroczyński — Warszawa

P. Br. Krakowski — Warszawa.

Dyskusja.

Zamknięcie Zjazdu.

Posiedzenie Zjazdu odbywać się będą w Sanatorium Pol. Czerwonego Krzyża.

Przewidziane jest dla uczestników zwiedzanie sanatorjów: Polskiego Czerwonego Krzyża, Związku Nauczycielstwa Szkół Powszechnych, Bratniej Pomocy, Uniwersytetu Jagiellońskiego, „Odrodzenia”, im. Marszałka J. Piłsudskiego w Kościeliskach, Szpitala Klimatycznego, Poradni Przeciwgruźliczej i Kasy Chorych.

Dnia 23 września — środa

Godz. 7. Wyjazd autobusami do Czorsztyna. Zwiedzanie nadzorca, Śniadanie u Hr. Drohojowskiego.

Gdz. 11.30. Przejazd łodziami Dunajcem przez Pieniny do Szczawnicy. Zwiedzanie zdrojowiska. Obiad w Szczawnicy, wydany przez Zarząd Zdrojowiska i Hr. Stadnickiego. Powrót autobusami na dworzec w Nowym Targu lub do Zakopanego.

Zgłoszenia przyjmuje Sekretariat IV. Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, Zakopane, ul. Sienkiewicza 5.

Karta uczestnictwa dla członków Zjazdu 15 zł., dla członków ich rodzin 10 zł. Rodziny korzystają ze wszystkich praw członków, lecz nie mają prawa udziału w dyskusji i nie otrzymują druków i pamiątnika Zjazdu.

Członkowie Zjazdu i ich rodziny korzystają ze zniżki kolei.

Kwaterny:

Komitet rezerwuje pokoje dla uczestników na żądanie otrzymane do dnia 1 września. Cena pensjonatu z utrzymaniem od osoby I. kateg. 15 zł., II. kateg. 12 zł. Cena hotelu (bez utrzymania) 5 zł. — 7 zł. Uczestnikom Zjazdu, którzy zgłoszą zamiar korzystania z pokoiów rezerwowanych, zostaną wysłane karty kwaterunkowe.

Biuro kwaterunkowo-meldunkowe będzie czynne na dworcu od dnia 19 września w czasie przyjazdu pociągów.

Wycieczki:

1) Dnia 20 września do Morskiego Oka autobusami z podwieczorkiem w restauracji w Morskim Oku. cena 15 zł. od osoby.

2) Dnia 23 września do Czorsztyna i Szczawnicy, cena 20 zł. od osoby.

Zgłoszenia na wycieczki podczas Zjazdu będą przyjmowane w biurze kwaterunkowo-meldunkowej na dworcu, w sekretarjacie Zjazdu, Sienkiewicza 5 i przy wejściu na salę obrad.

W skład Komitetu Wykonawczego Zjazdu wchodzi: Przewodniczący Zjazdu, Komitet stały Zjazdów, Prezydium Miejsowego Komitetu Organizacyjnego i członkowie Komisji Naukowej Polskiego Związku Przeciwgruźliczego.

Polski Związek Przeciwgruźliczy

Komitet Organizacyjny Zjazdu

— The Denver Chemical Mfg. Co. nadesłał nam egzemplarz swego znanego wydawnictwa p. t. *Phlebotomist*. Wydanie tegoroczne, jak i dawniejsze, ukazało się w językach: niemieckim, angielskim, hiszpańskim, włoskim, francuskim, portugalskim, węgierskim, japońskim i chińskim.

— IV Lekarski Kurs Wakacyjny w Ciechocinku w dn. 30.VIII — 1.IX 1931 r.

Program Kursu

Sobota, dnia 29.VIII godz. 21 m. 30.

Zebrań towarzyskie zapoznawcze w hotelu Milera.

Niedziela, dnia 30.VIII.31 r.

Godz. 9 — 13.45 wykłady:

1. Godz. 9 — 9.45, Dr. med. Minister W. Chodźko (W-wa). O gruźlicy na wsi w porównaniu z gruźlicą w mieście.

2. Godz. 10 — 10.45. Prof. Dr. med. E. Loth (W-wa). Naukowe podstawy dziedziczności u człowieka.

3. Godz. 11 — 11.45. Dr. med. St. Rudzki (W-wa). Zdrojowiskowe i uzdrowiskowe leczenie gruźlicy.

4. Godz. 12 — 12.42. Prof. Dr. med. K. Pelczar (Wil-no), Angina pectoris w świetle badań nad przemianą materji.

5. Godz. 1 — 1.45. Dr. med. H. Higier (Warszawa). Z semiotyki zaburzeń naczyń obwodowych wieku młodzieńczego i męskiego.

6. Godz. 15.30 — 16. Zwiedzanie urządzeń zdrojowiskowych (źródła i łazienki), poprzedzone wykładem orjentacyjnym lekarza zakładowego, D-ra med. I. Dembickiego (w sali wykładowej godz. 15.30 punktualnie). Objaśnień na miejscu udzielać będą oprócz D-ra med. I. Dembickiego kierownicy oddziałów: elektrolecnicznego Dr. med. K. Ciągłiński, wodolecnicznego — Dr. med. P. Rudzki i wzięwalniowego — prof. Dr. med. J. Szmurło.

Zwiedzanie Ośrodka Zdrowia. Wyjaśnień udzieli Dr. med. W. Iwanowski.

Godz. 20 teatr.

Poniedziałek, dnia 31.VIII-31 r.

Godz. 9 — 13 wykłady:

1. Godz. 9 — 9.45. Prof. Dr. med. A. Czyżewicz (W-wa). Lekarz praktyk wobec nowych kierunków postępowania w położnictwie.

2. Godz. 10 — 10.45. Doc. Dr. med. A. Sabatowski (Lwów). Leczenie wodami radjoczynnymi ze szczególnym uwzględnieniem ciepłoty Ciechocińskiej.

3. Godz. 11 — 11.45. Dr. med. Wł. Sterling (W-wa). Współczesny stan nauki o zapaleniach ośrodkowego układu nerwowego.

4. Godz. 12 — 12.45. Dr. med. J. Grott (Warszawa). Rozpoznawanie cukrzycy w praktyce.

5. Godz. 13. Wyświetlanie filmu naukowego p. t. Rośliny i zwierzęta na usługach człowieka chorego.

Godz. 16. Zwiedzanie Tężni, Parku Zdrowia oraz basenu z termalną solanką bieżącą. Wykład orjentacyjny w Parku Zdrowia wygłosi kierownik działu techniki sanitarnej Państw. Zakładu Higieny, inż. A. Szniolis.

Godz. 21. Zebranie koleżeńskie w sali Malinowej hotelu Milera.

Wtorek, dnia 1.IX.31 r.

od godz. 9 do 13 wykłady:

1. Godz. 9 — 9.45. Prof. Dr. med. Wł. Szenajch (W-wa). Odżywianie dzieci starszych.

2. Godz. 10 — 10.45. Prof. Dr. med. K. Michejda (Wilno). Powikłania zapalenia wyrostka robaczkowego i ich leczenie.

3. Godz. 11 — 11.45. Dr. med. H. Kłuszyński (W-wa). Znaczenie przyrodolecnictwa w chorobach gośćcowych ze stanowiska medycznego i medycyny społecznej.

4. Godz. 12 — 12.45. Prof. Dr. med. E. Piasecki (Poznań). Granice wysiłków sportowych.

Zamknięcie Kursu.

Wycieczka autobusem do Torunia i Gołębia (Golubia).

Oplata od uczestników Kursu zł. 30, od osoby towarzyszącej — zł. 20.

Uczestnicy mają zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku oraz 50% ulgi kolejowej w drodze powrotnej.

Komitet IV Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku.

Stanisław Wiśniewski, Komisarz Rządowy Komisji Zdrojowej.

Inż. Stanisław Kozłowski, Dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego.

Cezary Cichowicz, Burmistrz m. Ciechocinka.

Doc. Dr. med. Leonard Lorentowicz, Przewodniczący Komitetu.

Dr. med. Przemysław Rudzki, Zastępca Przewodniczącego.

Dr. med. Joachim Hurwicz, Skarbnik.

Dr. med. Tadeusz Chrapowicki, Sekretarz.

Dr. med. Antoni Zalewski, Zastępca Sekretarza.

Członkowie Komitetu

Dr. med. Kazimierz Ciągłiński,

Dr. med. Julian Drac,

Dr. med. Tadeusz Fafjus,

Dr. med. Markus Kraushar.

Prof. Dr. med. Edward Loth.

TREŚĆ: H. FRENKLOWA i A. MARGOLISOWA. Przebieg i wyniki leczenia ropniaków opłucny u dzieci na podstawie przypadków spostrzeganych w szpitalu Anny Marii w Łodzi od r. 1911—1931. — A. LEJWA. Zagadnienie niedokrewności w świetle nowych badań. — S. BAU-PRUSAKOWA. Stwardnienie rozsiane w świetle nowszych badań. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy — Sprawozdanie Związku Lekarzy Kas Chorych „Koło Kraków” za rok 1930—1931. (Dok.). — R. BECKER. Choroby psychiczne wśród Żydów w Polsce. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. FRENKEL et A. MARGOLIS. La marche et les résultats du traitement de la pleurésie purulente chez les enfants basés sur les observations faites à l'hôpital Anne-Marie en Lodz depuis 1911 jusqu'à 1931. — A. LEJWA. Les problèmes de l'anémie d'après les recherches nouvelles. — S. BAU-PRUSAK. La sclérose disséminée d'après les recherches nouvelles. (Rev. gén.). — R. BECKER. Les maladies mentales parmi les Juifs en Pologne.

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.—

Drukarnia „SIŁA”; Warszawa; Marszałkowska 71. 'tel. 8 34-48.

NASTĘPNY NUMER PODWÓJNY WYJDZIE DNIA 27 SIERPNIA R. B.