

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, 12 LISTOPADA 1931 R.

Nr. 46

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

W sprawie pozajelitowego stosowania białka w lecznictwie ocznym*)

Podał

Leon ENDELMAN (Warszawa).

Wprowadzenie do leczenia ocznego pozajelitowego stosowania mleka przez Müllera i Thannera w r. 1916 stanowi niezaprzeczenie olbrzymi krok naprzód w zwalczaniu całego szeregu chorób oka. Każdy z nas, lekarzy starszych, pamięta doskonale, jak często stawaliśmy prawie bezradni wobec nieco cięższego przebiegu zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego i nie mogliśmy zapobiec całkowitemu zarośnięciu żrenicy, podczas gdy obecnie, najczęściej już po jednorazowym zastrzyknięciu domięśniowym mleka możemy się przekonać, jak szybko wchłania się wysięk włóknikowy z komory przedniej, jak łatwo puszczają zrosty tylne i atropina rozwija swe działanie w całej pełni.

Weźmy drugi przykład: many chorego dorosłego z śluzoropotkiem rzeźączkowym spojówki. Przed laty rokowanie u takiego chorego, zwłaszcza przy najłżejszym powikłaniu ze strony rogówki, było bardzo niepomyślne, nawet, gdyśmy go otrzymali drugiego lub trzeciego dnia choroby. Teraz jesteśmy w znacznie lepszym położeniu, gdyż, o ile tylko chory zgłosi się do nas dość wcześnie, zastrzyknięcia mleka z wielkiem prawdopodobieństwem mogą mu nie tylko wzrok zachować, lecz jeszcze znacznie skrócić czas choroby. To też nie leży w moich zamiarach przemawiać tu za uznaną już powszechnie skutecznością tego sposobu leczenia, chciałbym jedynie podzielić się z kolegami moimi doświadczeniami w leczeniu proteinoterapią tylko odnośnie do dwóch punktów: od jakich preparatów możemy się spodziewać jaknajlepszich wyników, a następnie, zwrócić uwagę na możliwość stosowania tej metody leczniczej i w przy-

padkach, w których dotąd, o ile mi wiadomo, nie jest ona w użyciu.

Jestem zmuszony poprzedzić to doniesienie choćby najtreściwszym zdaniem sprawy z tego, jakie stanowisko zajmuje piśmiennictwo współczesne co do teoretycznego uzasadnienia stosowania terapii parenteralnej w chorobach ocznych; bo, jak nam wiadomo, wprowadzono ją do leczenia ogólnego początkowo na podstawie czystej empirji. Będzie mi to, zresztą, potrzebne, albowiem dla moich wskazań, również opartych na spostrzeganiu w praktyce codziennej wydaje mi się, znajdę wtedy i oparcie naukowe.

W swoim odczycie na 56-ym zjeździe Towarzystwa Okulistów Nadrenji i Westfalji w grudniu r. 1929 p. t. „Badania doświadczalne nad działaniem leczenia bodźcowego na oko” v. Szily mówi: „co do mechanizmu działania tej metody leczniczej panuje jeszcze wielka niejasność, na co wskazuje choćby mnogość nazw: gorączka lecznicza, gorączkowy stan zapalny, wzmożenie odporności, uczynnienie zarodki i t.d. O działaniu farmakologicznem, o odczynie gorączkowym w rozmaitych warunkach doświadczalnych, o działaniu na układ naczyniowy, na parcie krwi, na jej obraz drobnowodowy, na powiększenie zawartości przeciwciał i t. p. istnieje wiele prac wartościowych; lecz jak te środki miejscowo działają na oko, o tem dotąd można zaledwie wypowiadać domniemania”.

Celem wypełnienia tej luki v. Szily poczynił doświadczenia na królikach, wprowadzając im w rozmaity sposób tak, jak to stosujemy u ludzi, więc pod skórę, domięśniowo i dożylnie, cały szereg środków: mleko, caseosan, aolan i t. p. Okazało się, że wszystkie one już w niewielkich dawkach wywoływały, prócz ogólnych, i miejscowe zmiany w oczach. Zasadniczo zmiany te polegały na obrzęku, przekrwieniu, nagromadzeniu się limfocytów pojedynczo i w postaci ognisk, głównie w jągodówce.

Zdaniem v. Szily, doświadczenia na zwierzętach ujawniają fakt pierwszorzędnej wagi, że nie mamy tu do czynienia z bezpośrednim działa-

*) Odczyt wygłoszony na IV Zjeździe Okulistów w Krakowie w październiku r. 1931.

niem jądów, lecz działają tu ciała, które powstają w ustroju samym, jako odczyn na zastrzyknięte środki.

Pierwszy zwrócił na te warunki uwagę Weichardt, lecz ugruntował ten pogląd w nauce dopiero Hermann Freund. Przedewszystkiem dowiódł on, że przy rozpadzie komórek krwi, w pierwszym rzędzie płytek zjawiają się we krwi substancje trujące, które zależnie od okresu rozpadu komórek mogą to w tym, to w owym narządzie powodować obraz zatrucia. F. mówi nawet o jadach wczesnych i późnych, które mogą wywoływać biegunowo różne odczyny.

Pillat, omawiając wyniki lecznicze śluzoprotoku rzeźączkowego przy stosowaniu zastrzykiwań domięśniowych mleka, twierdzi, że mleko rozwija obok działania ogólnego i odczyn ogniskowy w samem oku i wywiera wpływ na drobnoustroje. Działanie kliniczne, zarówno jak bakteriologiczne przebiega dwufazowo: za okresem wznoszenia się idzie okres opadania. W pierwszym okresie wszystkie zmiany idą w kierunku nasilenia objawów zapalnych i potęgowania się czynności biologicznych tkanek i drobnoustrojów. Naczynia rozszerzają się, obrzęk zwiększa się, dwoinki rozmnażają się.

Po tym okresie dodatnim następuje ujemny, w którym naskutek trwania bodźca wywołanego zastrzyknięciem mleka, dwoinki giną, wydzielina z worka spojówkowego zanika jakby za jednym uderzeniem, co klinicznie nazwiemy cofnięciem się lub nawet wyleczeniem sprawy zapalnej. Z biologicznego stanowiska będzie to nic innego, jak dalsze działanie tego samego bodźca, który pierwotnie wywołał pobudzenie, a następnie przez nadmiar tego pobudzenia — porażenie.

Jak widzimy, wprowadzając pozajelitowo białko, możemy w całym ustroju, włączając i gałkę oczną, zmieniać całokształt czynności fizjopatologicznych, co obecnie nazywamy jego „przestrojeniem”. Pierwszy na to zjawisko zwrócił uwagę Gröer i nazwał je „ergotropją” t. z. zmianą wydolności komórki.

Już z tego krótkiego rzutu oka widzimy, jak niesłychanie skomplikowane i wielorakie są sprawy, zachodzące w ustroju pod wpływem wprowadzanych pozajelitowo nieswoistych związków białka. Aczkolwiek cały mechanizm działania środków bodźcowych lub pobudzających (niem. „Reizkoerper”) jest dotąd wciąż niewyjaśniony i nie możemy określić, jaki udział w tem biorą twory rozszczepienia białka własnego i obcego, a co przypisać należy zmianom w równowadze kolloidów krwi i tkanek, w ładunku elektrycznym i t. p., tem nie mniej dla celów leczenia już obecnie możemy, zdaniem mojem, wykorzystać te dwa okresy w działaniu białka, wprowadzonego pozajelitowo: pierwszy, który pobudza same tkanki i soki w nich krążące, że użyję tego wyrażenia, do żywszej przemiany materji, i drugi, działający ujemnie na sprawy biologiczne, w tem i na drobnoustroje lub jady, przez nie wytwarzane.

Da się to skutecznie, tak przypuszczam, przedewszystkiem przez odpowiednie dawkowanie środków, wprowadzanych pozajelitowo, następnie przez sam wybór tego lub innego środka. Najbardziej uchwytym, a jednocześnie najznamienniej-

szym odczynem ustroju na wprowadzenie białka pozajelitowe jest niewątpliwie zachowanie się ciepłoty ciała: im ciepłota jest wyższa i trzyma się dłużej, tem działanie środka jest silniejsze i bardziej trwałe, więc należy stąd wyprowadzić wniosek, że jako wynik leczniczy wystąpi w rezultacie drugi okres działania bodźca, a więc jego ujemne działanie na tkanki, z którem do pewnego stopnia musimy się pogodzić, lecz za to w całej pełni wpłynie on zabójczo na drobnoustroje i ich jady, które spowodowały schorzenie ustroju lub poszczególnego narządu, i odwrotnie — jeśli białko da nam odczyn gorączkowy nieznaczny lub też nawet nie będzie żadnego, możemy się spodziewać działania pierwszego okresu — pobudzenia żywotności tkanek.

Opierając się na tych przesłankach, będziemy już nieco bardziej rozumowo w lecnictwie stosowali białko pozajelitowe, aniżeli przeważnie dziś się to dzieje, kiedy je zalecamy bezmała we wszystkich chorobach oczu, choć już z góry wyłączyć należy z tej terapii np. przypadki zastarzałych zmian tkankowych, w których powstały tak daleko idące odchylenia od stanu normalnego, że żadne bodźce ich nie zmieniają.

Natomiast wskazana jest ta metoda lecznicza we wszystkich tych cierpieniach, gdzie sprawa anatomiczna lub zaburzenie czynności biologicznych trwa jeszcze. Być może, że nie należy się po niej spodziewać widocznych wyników w sprawach *par excellence* zwyrodnieniowych, jakimi zdają się być, biorąc dla przykładu, mięszone zapalenie rogówki kiłowego pochodzenia lub t. z. wieńcowate zapalenie siatkówki (*retinitis circinata*) osób w wieku podeszłym, lecz nie będzie zdaniem mojem, błędem, jeśli ją w postaci łagodnej o jakiej będzie niżej mowa, u tych chorych wypróbujemy.

Naogół biorąc, wszystkie choroby oczu jak i innych narządów, dają się podzielić na dwie wielkie grupy: chorób o przebiegu ostrym i przewlekłym. W sprawach ostrych, bez różnicy, czy to dotyczyć się będzie narządów ochronnych oka (powieki, spojówka) czy to przedniego lub tylnego odcinka gałki, prawie zawsze czynnikiem przyczynowym są albo nam już znane lub też dotąd jeszcze niewykryte drobnoustroje, względnie wytwarzane przez nie jady. Nawet takie cierpienie, jak ostre pozagalkowe zapalenie nerwu wzrokowego, zdaje się być pochodzenia bakteryjnego. Otóż, jeśli obraz kliniczny takiego ostrego schorzenia, w początku lub jego dalszym przebiegu, budzi w nas wątpliwość, czy sam ustrój z jego urządzeniami obronnymi podoła zadaniu walki z niszczycielskimi skutkami drobnoustrojów przy stosowaniu tylko leczenia miejscowego, które z natury rzeczy jest ograniczone, mamy prawo zwrócić się do leczenia bodźcowego, które wzmoże, zmobilizuje te siły obronne, z drugiej zaś strony może szybko wytepić drobnoustroje. W tych przypadkach uciec się musimy do preparatów, dających silny odczyn gorączkowy, bo tu nam chodzi o szybkie, poronne działanie środka.

Preparatem takim jest, zdaniem mojem, tylko mleko gotowane w ciągu kilku minut (pozwalam mleku zakiepieć dwa razy), stosowane w odpowiednich dawkach. Otóż najtrudniejszą jest rzeczą

określenie pierwszej dawki, bo tu wszystko zależy od wrażliwości osobniczej. Sam mam chorego 40 o paroletniego, który już parę razy na 1 cent. sześciennym mleka reagował ciepłotą 40 stopni. Naogół jednak biorąc, dajemy choremu dorosłemu po raz pierwszy 5 ccm. Zastrzykiwania domięśniowe powtarzamy najczęściej co drugi dzień, do trzech, starając się za każdym razem otrzymać odczyn gorączkowy nie niżej 39 stopni; w tym celu należy dawki powiększać zależnie od pierwszej reakcji. Więc, jeśli po pierwszych 5-iu cent. sześciennych gorączka nie doszła do 38 stopni, zastrzykujemy po raz drugi już całe 10 cctm., o ile zaś przekroczyła 38 stopni, jako drugą dawkę dajemy 8 ccm, a dopiero trzecią 10 cctm. Dawki pojedynczej 10 cctm. nie przekroczyliśmy nigdy, zarówno jak, z bardzo małymi wyjątkami, nie stosowaliśmy u jednego chorego więcej, niż trzy zastrzyknięcia, gdyż przekonaliśmy się, że, o ile trzy nie dadzą wyniku nie pomogą i następne (tu jest mowa tylko o zastrzykiwaniach, wywołujących silne odczyny gorączkowe). Natomiast niejednokrotnie miałem możność przekonania się, że już pierwsze zastrzyknięcie miało tak decydujący wpływ na przebieg choroby, że następne były zupełnie zbędne*).

Takich odczynów gorączkowych, jak po mleku, nie otrzymywałem po innych środkach, przemnie wypróbowanych. Rzecz jasna, że stosowałem tylko niektóre, bo przy tem ich mnóstwie, jakie niemal codziennie zostaje wypuszczane na rynek, byłoby niepodobniństwem wypróbować je wszystkie. Zresztą, mleko jest środkiem tak dogodnym, który zawsze mamy pod ręką, daje tak pewne odczyny gorączkowe, a o nie tylko w tych przypadkach chodzi, że przyznaję, iż już od dłuższego czasu nie daję się skusić na inne, nawet jak najszumniej reklamowane. Nie biorę nawet mleka sterylizowanego, znajdującego się w sprzedaży a ufam tylko świeżo własnoręcznie wyjałowionemu.

Przy takim postępowaniu nigdy dotąd nie miałem żadnych powikłań, ani ogólnych, ani miejscowych. Zastrzegam się, że wszyscy moi chorzy byli w wieku młodym lub dojrzałym, nieobarczeni jakąś cięższą niemocą lub poważnem cierpieniem narządów wewnętrznych.

Prócz ostrych chorób jagodówki, które stanowią najbardziej wdzięczne pole do stosowania zastrzykiwań domięśniowych mleka, miałem możność zastosowania ich w paru przypadkach ropotoku noworodków i w jednym u dorosłego, zawsze z dobrym wynikiem.

To mnie zachęciło do wypróbowania zastrzykiwań mleka w niektórych, należy to przyznać, rzadko zdarzających się przypadkach ostrego zapalenia spojówki, o bardzo burzliwych objawach przedmiotowych i podmiotowych. Są to przypadki niewątpliwie natury zakaźnej, o dużej jadowitości drobnoustrojów, bliżej nie dających się określić, gdyż badanie bakteriologiczne, przedsięwzięte w jednym takim przypadku, wykazało tylko zwykłą florę bakteryjną worka spojówkowego. Być może, są to przypadki o mieszanej infekcji. Znamionuje je częsta jednostronność sprawy, powiększenie bolesne gruczołów przedusznych, znaczne przekrwienie i obrzęk spojówek tarczowych i załamek górny i dolny do tego stopnia, że już w początkowych okresach daje się zauważyć wyraźne opadnięcie górnej powieki, dość obfite i wczesne jagły na załamekach i fałdach półksiężycowych, wydzielina zaś jest względnie skąpa, ławo-śluzowo-ropna. Powikłań ze strony rogówki z wyjątkiem przekrwienia dookołarogówkowego i nieznacznych nadżerek na rąbku, nie spotkałem w żadnym przypadku. Chorzy tacy dotkliwie cierpią skutkiem obrzęku spojówek, światłowstrętu i ciągłego ławienia. Rzeczą godną uwagi jest, że na niewielką liczbę takich przemnie spostrzeganych chorych przypadło na lekarzy trzy, w tem dwu okulistów. Początkowo przypuszczałem, że są to przypadki t. z. ostrej jaglicy, lecz dalszy przebieg tego schorzenia pokazał, że nie mogła to być jaglica, skoro w wyniku w żadnym z tych przypadków nie wystąpiły blizny w spojówce, ani łuszczyka, pomimo, że większość przypadków, leczona zwykłymi środkami, miała przebieg nader przewlekły.

Nauczony doświadczeniem, że leczenie miejscowe daje niewielką poprawę i mało ulgi przynosi takim chorym, a nadewszystko, jak to zaznaczyłem, ciągnąć się może całymi miesiącami, zaproponowałem przed dwoma laty koleżance, która zjawiła się do mnie z powyższym obrazem klinicznym, zastrzyknięcie domięśniowe mleka. Wynik tego zabiegu był znakomity: choroba, która była w pełnym rozwoju i trwała już od tygodnia, pomimo trzykrotnego przyżegania azotanem srebra, uległa nagłemu załamaniu się już po pierwszym zastrzyknięciu, a dwa następne przy stosowaniu jedynie łagodnych środków odkażających doprowadziły do zupełnego wyleczenia się chorej.

Wypróbowywałem mleko jeszcze w jednym podobnym przypadku, również z dobrym wynikiem, wobec czego mogę polecić korzystanie z tego środka u takich chorych.

Jeśli mowa o chorobach spojówki, to chciałbym nadmienić, że w 2—3-ch przypadkach jaglicy, gdzie leczenie miejscowe szło opornie, zastrzyknąłem raz jeden mleko, po czem miałem wrażenie, że dalsze leczenie zwykłymi środkami poszło już znacznie szybciej, tak, jakby rzeczywiście nastąpiło jakieś „przestrojenie” ustroju. Mam tak nieliczny materiał chorych jagliczych, że nie mam możności wypróbowania tego środka na wielkiej liczbie przypadków.

Wspomnieć jeszcze muszę o jednym przypadku ostrego zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego niewiadomego pochodzenia, w którym trzy zastrzyknięcia mleka z każdorazowym wznie-

*) Świeżo obserwowany przemnie przypadek świadczy dobitnie, jak ważne jest osiągnięcie dla dobrego wyniku wysokiej ciepłoty, i jak nie należy się zniechęcać przy pierwszych nieudanych próbach. Szło o chorego lat 34, z ostrem zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego pochodzenia gośćcowego. Zaleciłem zastrzykiwanie mleka i jako pierwszą dawkę podałem 5 ctm. sześć., uprzedziwszy młodego kolegę, który miał zabieg dokonać, że, o ile ciepłota nie wznie się powyżej 38 stopni, następną dawką będzie całe 10 cctm. Mimo m-o upomnienia, kolega zastrzyknął po raz drugi również tylko 5 cctm., choć po pierwszym zastrzyknięciu ciepłota najwyższa wynosiła tylko 37,8 stopni. Stan oka chorego uległ zaledwie nieznacznej poprawie, i dopiero po trzecim zastrzyknięciu 10 cctm., po którym ciepłota doszła do 39,6 stopni, nastąpiło wybitne polepszenie.

niem się ciepłoty do przeszło 39 stopni, dało szybką poprawę wzroku. Zdają sobie sprawę, że poprawy takie następują samoistnie lub przy leczeniu salicylatami, lecz w tym przypadku miałem wrażenie, że mleko przyczyniło się do szybkiego zlikwidowania sprawy chorobowej.

A teraz już niewiele o innych możliwościach zastosowania leczenia bodźcowego w chorobach oczu. Mam tu teraz na myśli stosowanie preparatów białkowych w roli czynnika pobudzającego w sprawach chorobowych o przebiegu przewlekłym, kiedy obraz kliniczny zdaje się przemawiać za tem, że odporność tkanek względem czynników chorobotwórczych jest zmniejszona, i że ustrój o własnej sile nie może im się przeciwstawić. Wtedy, zwłaszcza, gdy inne sposoby leczenia nic lub mało pomagają, powinniśmy uciec się do ciał proteinowych. Wobec tego, że w tych przypadkach mamy na celu podniesienie odporności tkanek, która idzie w parze ze wzmożeniem ich czynności fizjologicznych, będziemy, w myśl założeń teoretycznych, o których była mowa wyżej, starali się otrzymać po zastosowaniu proteinoterapii jedynie pierwszy okres ich działania. Sprawdzianem może tu być brak zupełny lub tylko nieznaczne wznie-

sienie ciepłoty ciała po ich zastrzyknięciu. Środkiem takim nie może już być mleko, które zwykle daje wysokie odczyny gorączkowe i jest trudne w dawkowaniu, musimy więc zwrócić się do innych preparatów białkowych, znajdujących się w takiej obfitości w sprzedaży. Trudno jest zalecić jakikolwiek z nich, i wybór należy pozostawić każdemu z nas. Ja osobiście stosuję najchętniej Yatren Caseinę dla zawartości w niej prócz kazeiny, więc ciała białkowego, jeszcze związku organicznego jodu (28 proc. czystego jodu), pozatem jeszcze Omnadinę, wreszcie Vaccineurinę w chorobach ocznych, którym towarzyszą bóle.

Na zakończenie dodać jeszcze muszę, że we wszelkich schorzeniach oka, w których podejrzamy gruźlicę, należy proteinoterapię stosować nader ogólnie, a najlepiej zupełnie jej nie próbować, choćby już ze względu na możliwość uczynienia przygasłych dotąd ognisk gruźliczych w innych narządach. W tych przypadkach należy korzystać z leczenia swoistego (tuberkulinoterapii) czy to w postaci zastrzykiwań podskórnych starej tuberkuliny Kocha, czy szczepień Ponnorfa, lub wreszcie preparatu, który sami chorzy przez czas dłuższy stosować mogą — maści z Ektebiny Moro.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału wewnętrznego Szpitala fund. małż.
Poznańskich w Łodzi.

(Ordynator: S. Sterling).

Przypadek żółtaczki Weila.

Podał

Dr. L. SZYFMAN (Łódź).

Opisana po raz pierwszy w 1886 r. przez Weila żółtaczka zakaźna dopiero podczas wojny europejskiej bliżej zbadana została. W 1915 r. amerykańscy badacze Inada i Ido, a jednocześnie i niezależnie od nich Hübner i Reiter, Uhlenhuth i Fromme wykryli swoisty zarazek tej choroby w postaci specjalnego krętka *spirochaete nodosa*. Choroba ta występuje albo w postaci sporadycznych przypadków, albo w postaci małych epidemii, nie przekraczających kilkudziesięciu przypadków. W polsce dotychczas spostrzegano zaledwie kilka przypadków (Dunin, Gieszczykiewicz, Kostrzewski, Karwacki). Z tego względu uważamy za godny szczegółowego omówienia przypadek tej rzadkiej choroby, dotąd w Łodzi nienotowanej, spostrzegany na naszym oddziale szpitalnym.

Dnia 18 lutego b. r. zostałem wezwany do chorego A. B., lat 47, z powodu wysokiej gorączki ponad 39°, utrzymującej się drugi dzień, ogólnego niedomagania, silnych bólów głowy i w łydach; choroba rozpoczęła się dreszczami, ścisaniem w dołku i wymiotami. Obiektywnie tego dnia stwierdziłem tylko głuche tony serca, wybitne przyspieszenie tętna, wątroba ledwie wyczuwalna, śledziona niemacalna. Dokonane następnego dnia badanie moczu wykazało zmiany w nerkach, ujawniające się w postaci białka i licznych wałeczków ziarnistych i szklistych. Po trzech dniach, a więc piątego dnia choroby gorączka opadła do normy, ogólny stan chorego jednak

nie uległ poprawie; wystąpiła lekka żółtaczka. Pacjent wybitnie osłabiony, bardzo niespokojny, sprawiał wrażenie ciężko chorego. Powtórne badanie moczu wykazało prócz zmian w nerkach barwniki żółci i urobilinę. Celem dalszej obserwacji chory został skierowany do szpitala z rozpoznaniem *hepatonephritis*.

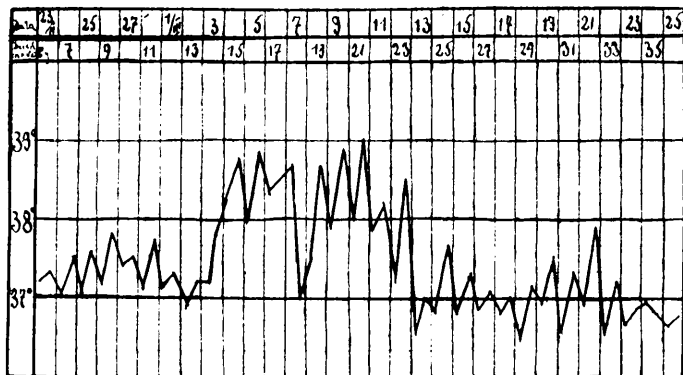
W szpitalu w dniu 23. lutego stwierdzono, co następuje: Chory lekko zamroczony, stan ogólny ciężki przy temperaturze 37,1°. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia podupadłego. Skóra o zabarwieniu brudno-żółtem, białówki oczu żółto zabarwione. Język obłożony, suchy, w jamie ustnej pleśniawki. W płucach nic osobliwego; serce opukowo małe, tony głuche, tętno niemiarowe, słabo napełnione i słabo napięte, 120 uderzeń na minutę, ciśnienie 120/80 Hg. Dodatni objaw opaskowy (Rumpel — Leede), wątroba ledwie wyczuwalna, śledziona niemacalna, opukowo powiększona. Odruchy kolanowe wzmożone, źrenice reagują na światło i przystosowanie normalnie. Mocz o oddziaływaniu kwaśnem, c. wł. 1024. Białka 0,16%, urobilina znacznie zwiększona, barwniki żółci obecne. W osadzie pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste, pojedyncze krwinki niewylugowane. Dobowa ilość moczu sięga 2 litrów. Opadanie krwinek — 25 minut. Wassermann — ujemny. Odczyn Van den Bergha bezpośredni wybitnie dodatni, liczba jednostek bilirubiny 99 (Menlengracht).

Ilość mocznika we krwi 154 mgr. ‰, kwasu moczowego 8,4 mgr. w 100 cm. krwi. Cukru we krwi naczcho stwierdzono 122 mgr., a po obciążeniu 25 gr. glukozy poziom cukru we krwi przedstawiał się następująco: po 30 min. 1,95, po 60 min. — 1,58, po 90 — 1,50. Diastaza w moczu — w granicach normy (32 jednostki). Odczyn Wassermann a ujemny; Weil — Felix, Bang, Widal — ujemny. Stolec zabarwiony normalnie.

Przebieg choroby. W ciągu pierwszych 9 dni pobytu w szpitalu chory miał lekki stan podgorączkowy, żółtaczka stale się wzmacniała, na kończynach i tułowiu wystąpiły wybroczyny,

ogólne samopoczucie złe, wybitne osłabienie, apatia. Dnia 4. marca, t. j. w 10-y m dniu pobytu w szpitalu, ciepłota podniosła się nagle do 38,9 i utrzymywała się na takim poziomie z nieznacznymi zmianami w ciągu 9 dni (patrz załączoną krzywą). Badanie krwi na krętki *Obermeiera* dało wynik ujemny. Ze względu na przebieg gorączki, zmiany w nerkach, wybitną azotemię przy jednoczesnej żółtaczce, powstało podejrzenie co do choroby *Weila*. Jałowo pobrany mocz został skierowany do Państw. Zakładu Higjeny (Kierownik Dr. Załęski) celem zbadania na obecność *spirochaete nodosa*. Badanie dało wynik dodatni, a zastrzyknięcie osadu morskim świnkom ostatecznie potwierdziło rozpoznanie.

Krzywa ciepłoty.



Dnia 6.III. na skrzydłach nosa ukazała się opryszczka, a na twarzy chorego rumień, rozpoczynający się na nosie i rozszerzający się w postaci motyla. Już na wysokości gorączki od dnia 10 marca samopoczucie chorego zaczęło się poprawiać. Dnia 13 marca temperatura nagle z 38,5 obniżyła się do 36,5, i od tego czasu aż do końca choroby utrzymywał się lekki stan podgorączkowy. Dnia 13 marca na twarzy, zwłaszcza na uszach i owłosionej części głowy, wystąpiło otrębiaste łuszczenie. Nasilenie żółtaczki z każdym dniem się zmniejszało. Łaknienie się poprawiło, stan ogólny chorego stopniowo ulegał poprawie. Dnia 30 marca chory, jako ozdrowieniec, został wypisany ze szpitala; w domu utrzymywały się jeszcze minimalne zmiany w nerkach, które po upływie kilku tygodni również znikły bez śladu. Przeprowadzone w przebiegu choroby badania laboratoryjne (kol. Kocen) uwidocznione są na trzech załączonych tablicach.

Epikrytycznie przypadek powyższy przedstawia się, jak następuje:

U chorego l. 47 nagle wystąpiła gorączka, wymioty, dreszcze, silne bóle głowy i w łydkach. Po kilku dniach gorączki (4 — 5 dni) temperatura opadła do 37°, samopoczucie chorego jednak uległo pogorszeniu, wystąpiła żółtaczka oraz objawy zapalenia nerek i skazy krwotocznej w postaci wybroczyn na skórze. Po jedenastu dniach — nowy skok gorączki, która tym razem utrzymywała się w ciągu 9 dni. Wybitne bóle w łydkach na początku choroby, przebieg ciepłoty (2 okresy gorączkowe z przerwą 9-dniową), żółtaczka przy jednoczesnym zaatakowaniu nerek i znacznej azotemii — wszystko

TABLICA I.

	23/II	6/III	16/III	27/III
Hb.	114 ^{0/0}	—	80 ^{0/0}	78 ^{0/0}
Czerwone ciała	5.740.000	—	4.240.000	3.930.000
Białe ciała	10.500	18.800	10.300	7.350
Młode	3,75 ^{0/0}	—	1,5 ^{0/0}	—
Pałeczkowate	1,75 ^{0/0}	1 ^{0/0}	7 ^{0/0}	1,5 ^{0/0}
Segmentowane	80,25 ^{0/0}	82 ^{0/0}	65,5 ^{0/0}	59,5 ^{0/0}
Kwasochłonne	—	—	3 ^{0/0}	2 ^{0/0}
Zasadochłonne	—	—	0,5 ^{0/0}	—
Limfocyty	4,25 ^{0/0}	9 ^{0/0}	17,5 ^{0/0}	33 ^{0/0}
Monocyty	10 ^{0/0}	8 ^{0/0}	5 ^{0/0}	4 ^{0/0}
UWAGI:	1 komórka Turka na 100 b. c.	1 retikulocyty na 1000 cz. ciałek	13 retikulocyty na 1000 cz. ciałek	

TABLICA II.

Data.	Mocznik we krwi	Kw. moczowy we krwi
23/II	154 mlgr. ^{0/0}	8,4 mlgr. ^{0/0}
6/III	42 mlgr. ^{0/0}	2,8 mlgr. ^{0/0}
28/III	28 mlgr. ^{0/0}	

TABLICA III.

Barw. żółci we krwi (Mentengracht)	Odczyn Van den Bergha
23/II 99 jedn.	Bezpośredni dodatni
17/III 21 "	) bezpośredni — ujemny pośredni — dodatni
28/III 15 "	

to razem stanowi klasyczny obraz choroby *Weila*. Badanie bakterjoskopowe moczu i szczepienie morskim świnkom potwierdziły rozpoznanie kliniczne. (Ciekawe szczegóły badań bakterjologicznych tego przypadku zostaną opisane przez D-ra T. Załęskiego na innym miejscu).

Co się tyczy leczenia, to prócz środków nasercowych i odpowiedniej diety stosowaliśmy małe dawki insuliny w połączeniu z glukozą. Leczenia swoistego w postaci surowicy ozdrowieńców po chorobie *Weila*, czy też surowicy zwierząt uodpornionych ze względu na brak tych surowic stosować nie mogliśmy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Allergja i choroby alergiczne.

Podał

A. DAWIDSON (Warszawa).

Dział chorób t. zw. alergicznych zakresła coraz szersze kręgi, obejmując coraz to inne jednostki chorobowe o etiologii dotychczas wiadomej lub niewiadomej, dzięki temu, że liczne nici częściowo wiadomego, częściowo jeszcze niewiadomego rodzaju łączą naukę o allergji z najrozmaitszemi schorzeniami, z zagadnieniami przemiany materji i wewnętrznej sekrecji, z problematami dziedziczności i nabytych właściwości, z wielkimi zagadnieniami infekcji i odporności, z nauką o chorobach zawodowych i t. d. Aby odpowiedzieć na pytanie, jakie cechy charakterystyczne winna mieć jednostka chorobowa, aby mogła być zaliczona do chorób alergicznych, względnie, jaki objaw chorobowy może być uważany za alergiczny, należy się zapoznać z istotą allergji.

Pojęcia „allergja, allergeny” wprowadzone zostały do nomenklatury medycznej w 1906 r. przez Pirquet'a, potem jak Karol Richet w 1902 r. wprowadził pojęcie anafilaksji. Pojęcia: anafilaksja, allergja i idiosynkrazja mają dużo wspólnych i pokrewnych cech, dlatego też trudno podać dla tych pojęć definicję dostatecznie dokładną, aby ich nie mieszać. Najdokładniej zbadana jest anafilaksja. Klasyczny eksperyment, ilustrujący anafilaksję, jest wszystkim znany: zdrowej śwince morskiej zastrzykuje się podskórnie obcogatunkową surowicę, świnka zostaje zdrowa; powtórna iniekcja tej samej surowicy po 14—21 dniach wywołuje wśród ciężkich objawów wstrząsu śmierć. Jest to t. zw. wstrząs anafilaktyczny. Niekiedy zwierzęta pozostają przy życiu po takim wstrząsie i wówczas noszą już następne iniekcje tej surowicy przez pewien okres czasu bez szkody dla siebie, są bowiem w stanie antyanafilaksji. Jeśli powtórna iniekcja będzie miała miejsce w 3—5 dniu po pierwszej, nie będziemy mieli żadnych objawów chorobowych; wniosek stąd prosty — potrzebny jest pewien okres inkubacyjny, aby mogły wystąpić objawy anafilaksji. Pierwsze wstrzyknięcie nazwał Richet uczulającym, drugie — (po okresie inkubacji) wywołującym anafilaksję. Już Richet stwierdził, że przez zastrzyknięcie krwi zwierzęcia uczulonego zwierzęciu zdrowemu to ostatnie zostaje również uczulone i przez reiniekcję substancji, względem której zostało uczulone, można u niego wywołać wstrząs anafilaktyczny. Anafilaksja zatem może być czynna i bierna. Arthus wykazał, że obok ogólnej anafilaksji, jeśli powtórna iniekcja jest dożylna, bywa nieraz tylko lokalna (powstaje naciek, obrzęk i martwica aseptyczna), jeśli powtórna iniekcja jest podskórna. To samo zjawisko, oczywiście, obserwować możemy u człowieka. Jeśli wprowadzimy do organizmu ludzkiego drogą pozaustną ciała krystaliczne, to zostaną one przyswojone lub wydalone, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów w organizmie pod względem serologicznym. Po wprowadzeniu zaś drogą pozaustną ciał koloidal-

nych — białkowych, które, jako nie przechodzące przez błony komórkowe, nie mogą być przez organizm przyswojone, ani też wydalone, dopóki same nie ulegną zmianom, pozostają po nich ślady w postaci uczulenia organizmu na to ciało białkowe. Organizm jest wówczas w stanie anafilaksji. Ten stan anafilaktyczny daje się przenieść na człowieka zdrowego przez zastrzyknięcie surowicy człowieka uczulonego.

Substancje zdolne uczulić organizm nazwano wywołaczami — antygenami, gdyż powodują powstanie przeciwciał. Po powtórnej wprowadzeniu tego samego antygeny powstaje reakcja anafilaktyczna, będąca skutkiem reakcji antygeny i przeciwciała. Słowem, anafilaksja jest to przeczulica organizmu wskutek uczulenia poprzedniego obcogatunkowym ciałem białkowym. Po powtórnej podaniu tego antygeny po określonym okresie inkubacji powstaje wstrząs anafilaktyczny lub niespecyficzne zapalenie lokalne. Stan anafilaksji daje się biernie przenieść. Przez wprowadzenie antygeny do uczulonego ustroju i po przebyciu reakcji anafilaktycznej następuje stan antyanafilaksji.

Dzięki dalszym badaniom Pirquet'a i całego szeregu badaczy to pojęcie o anafilaksji zostało znacznie rozszerzone w stosunku do czynnika wywołującego, wrót zadziałania tego czynnika oraz skutków życiowych tego całego procesu. Pirquet podczas swych badań klinicznych nad przebiegiem wakcynacji i choroby posurowiczej spostrzegł, że przebieg tych dwu spraw przy rewakcynacji i reiniekcji surowicy u jednego i tego samego osobnika jest różny pod względem czasu, rodzaju i intensywności reakcji.

Przy szczepieniu ospy za pierwszym razem rozwija się między 9—12 dniem przy bolesności i gorączce w miejscu szczepienia ograniczone zaczerwienienie i obrzęk z ogniskiem rozpadowem w środku, tworzy się krosta. Przy rewakcynacji reakcja występuje wcześniej, jest słabsza i prędzej ustępuje; zamiast krosty mamy tylko grudkę. Przy reiniekcji surowicy jest odwrotnie: reakcja jest natychmiastowa lub przyspieszona, objawy cięższe, nieraz groźne. I dlatego Pirquet wprowadził pojęcie „allergja”, po polsku „inno czynność”, która oznacza zmienioną formę reakcji organizmu pod względem czasu i jakości i która występuje po przebytej chorobie lub po zetknięciu się z jakimś ciałem obcym. Stan alergiczny ustroju oznacza tylko tyle, że już wprowadzono do ustroju obcogatunkowe ciało — antygen — allergen, ale czy ustrój jest uodporniony na ten antygen, czy przewrażliwiony, nic nie mówi, mówi tylko tyle, że ustrój będzie reagował inaczej na powtórne wprowadzenie allergenu, niż ustrój, któremu ten allergen wprowadza się po raz pierwszy. Do allergji należy zatem zarówno nadwrażliwość jak i niewrażliwość — odporność w stosunku do allergenów, mających zdolność do rozmnażania się, jak i do allergenów, tej zdolności nieposiadających. Przyczyną stanu alergicznego sądzi Pirquet, jest powstanie przeciwciał. Formułuje on swą teorię w sposób następujący. Czynnikiem chorobotwórczym — antygen — allergen — dopiero wówczas wywołuje przestrojenie organizmu, jeśli został zmieniony przez przeciwciała;

okres inkubacyjny dla tego przekształcenia jest terminem końcowym dla wytworzenia się przeciwciał. Z punktu widzenia skutków życiowych reakcje antygenów i przeciwciał podzielić można na dwie grupy:

1) Antygeny, wywołujące tylko uodpornienie — jad błoniczy, tężcowy — tworzą z przeciwciałami związki rozpuszczalne; przeciwciała zobojętniają antygen bez wywołania zaburzeń widocznych

i 2) antygeny, wywołujące odporność i anafilaksję, albo tylko anafilaksję — drobnoustroje, obcogatkowe białka — tworzą z przeciwciałami związki nierozpuszczalne, strąty; przeciwciała, choć zobojętniają antygen, powodują w połączeniu z nim odczyn chorobowy.

Zaznaczę jednak już teraz, że jeśli istotnym warunkiem dla anafilaksji jest reakcja między antygenem i antyciałem, to dla alergii to nie jest *conditio sine qua non*; alergiczna reakcja i tam może powstać, gdzie nieantygeny, jako alergeny wchodzi w grę. Allergenem jest każda substancja, wywołująca reakcję alergiczną w sensie odmiennej reakcji co do czasu, rodzaju i intensywności, wszystko jedno, czy ta reakcja polega na działaniu antygeny na antyciało, czy też w jakiś inny sposób przychodzi do skutku. Tylko wtedy alergeny mogą być nazwane antygenami, jeśli powodują w organizmie powstanie przeciwciał; ich działanie patologiczne polega na reakcji antygeny z antyciałem.

Co się tyczy czynnika, wywołującego odczyn anafilaktyczny, względnie alergiczny, to przez dłuższy czas uważano za dogmat, że tylko proteiny mogą mieć własności antygeny; cząsteczka zaś białkowa rozłożona, aminokwasy, już tej własności nie posiadają. Dziś już jest dowiedzione, że niebiałka również mogą mieć własności antygeny. Prace rozpoczęte przez O b e r m e y e r a i P i c k a i kontynuowane przez L a n d s t e i n e r a wykazały, że za pomocą niektórych reakcyj chemicznych charakter antygeny białek może być zmieniony w tym sensie, że tracą swą swoistość gatunkową np. za pomocą jodowania, diazowania, nitrowania itd., t. j. wprowadzenia do drobiny białkowej grupy J, NO₂, N₂ otrzymuje się specyficzne proteiny, których swoistość zależna jest nie od gatunkowego pochodzenia białka, lecz od grupy chemicznej, którą wprowadzano; np. królik, uczulony surowicą jodowaną końską, reaguje (daje odczyn anafilaktyczny) także na jodowane białko kurze, nie daje zaś odczynu anafilaktycznego na surowicę końską niejodowaną. W tych doświadczeniach chemospecyficzność była wiązana z ciałem białkowym i stała się niezależna od jego gatunkowości. Takie chemoproteiny są w podwójnym znaczeniu antygenami: tworzą i wiążą antyciała. Jeśli natomiast związać taką swoistą grupę atomową z białkami niższymi, z peptonami, aminokwasami, to one już nie mają zdolności tworzenia przeciwciał, a tylko wiązania. W ten sposób dowiedziono, że krystaloid również może być antygenem. Możemy zatem dla antygeny odróżnić 2 stopnie 1) pełne antygeny mają zdolność wytwarzania i wiązania przeciwciał, i 2) półantygeny albo hapteny L a n d s t e i n e r a — specyficzne antyciała wiążą, ale same ich wytworzyć nie mogą czyli wywołują odczyny anafilaktyczne, same zaś uczulić nie są zdolne.

Dalej idą prace H e i d e l b e r g e r a, A v e r y, że t. zw. nieantygeny (lipoidy, polisacharydy, niektóre leki) mogą zostać zaktywowane przez pewne przygotowawcze zabiegi chemiczne w czynne antygeny. Te wszystkie prace obaliły pierwotne pojęcie o an-

tygenie, i obecnie należy uznać, że liczne t. zw. nieantygeny, alergeny pod wpływem zmian, jakim w organizmie ludzkim podlegają, *in vivo*, mogą się stać prawdziwymi antygenami, aczkolwiek w eksperymencie, *in vitro*, muszą być zakwalifikowane jako nieantygeny, a co najmniej tyle, że cecha charakterystyczna antygeny nie może być wiązana z jego naturą białkową.

Ale jeszcze nie jesteśmy u końca. F o r s m a n n w 1911 r. spostrzegł, że iniekcja wyciągów z organów niektórych zwierząt (świnki morskiej, konia i innych) u królika tak działa, jakgdyby zastrzyknięto mu krwinki baranie, t. j. powstają przeciwko tym krwinkom hemolizyny. I odwrotnie, królik, uczulony krwinkami barana, daje surowicę, która: 1) hemolizuje, oczywiście, krwinki baranie, a zastrzyknięta baranowi dożylnie, daje wstrząs anafilaktyczny i 2) zastrzyknięta śwince morskiej, daje objawy wstrząsu anafilaktycznego. Mamy zatem jeszcze jeden dowód załamania się swoistości gatunkowej. Antygen barani musi, jeśli syndrom anafilaktyczny ma polegać na reakcji antygeny z antyciałami, znajdować się także u świnki morskiej, aczkolwiek nigdy nie była nim uczulona. Mamy wobec tego do czynienia z wrodzonym antygenem. S c h i f f i A d e l s b e r g e r znaleźli, że ten t. zw. antygen F o r s m a n n a „F. A.” znajdować się może w ciałkach krwi ludzi z grupą I i IV. I nie należy się dziwić, że ludzie z takim wrodzonym antygenem, bez uprzedniego uczulenia, będą reagować idiosynkratycznie na ciała dla większości nieszkodliwe.

Allergenami mogą być: substancje zwierzęce i roślinne, produkty bakteryjne i spożywcze, leki i substancje o nieznanym składzie, znajdujące się przeważnie w powietrzu, alergeny klimatyczne, t. zw. aeroplankton. Właściwie każde ciało świata zewnętrznego, każdy nieallergen może się stać pod wpływem zmian wewnątrz organizmu ludzkiego, pod wpływem przemiany materji—allergenem. Co wpływa na to, niewiadomo. Wszystkie te alergeny możemy podzielić na:

I antygeny zdolne do rozmnażania się (odporność infekcyjna),

II antygeny niezdolne do rozmnażania się.

1) nieantygeny — niektóre leki, organiczne i nieorganiczne subst. chemiczne,

2) półantygeny = hapteny L a n d s t e i n e r a: proteidy, lipoidy, polisacharydy, niektóre leki,

3) pełne antygeny a) proteiny (prawdziwa anafilaksja), b) toksyny.

W każdym przypadku może przyjść do nadwrażliwości lub niewrażliwości. Ale zazwyczaj nadwrażliwość jest charakterystyczna dla II 1), 2) i 3-a), niewrażliwość dla II 3-b).

Co się tyczy wrót zadziałania allergenu, to nie musi niemi koniecznie być, jak to początkowo przypuszczano, droga podskórna, może być również droga naskórna, doustna, spojówkowa, rektalna, waginalna, placentarna, pokarm matki, wreszcie odziedziczona.

Allergja jest zatem rozszerzonym pojęciem anafilaksji, obejmuje bowiem zjawiska anafilaksji i idiosynkrazji. Anafilaksja w ogólności jest to alergja w stosunku do białek. Idiosynkrazja w ogólności obejmuje kliniczne zjawiska alergiczne, podane pod II 1), 2), 3-a) i stany pierwotnej, wrodzonej czy odziedziczonej nadwrażliwości.

W literaturze dużo się dyskutuje nad tem, czy należy oba te pojęcia — anafilaksja idiosynkrazja — oddzielić od siebie, czy nie. C o c a przeprowadza

ostrą granicę między anafilaksją i idiosynkrazją, powołując się na różnorodność symptomatologii, na dziedziczność idiosynkrazji, na możliwość wystąpienia idiosynkrazji przy pierwszym kontakcie z alergenem, czyli bez uprzedniej sensybilizacji i wprowadza dla niej nazwę „atopia”. Jeśli u człowieka po reiniekcji surowicy wystąpią objawy reakcji, będzie to objaw anafilaksji. Jeśli natomiast wystąpią takie objawy po pierwszej iniekcji, będzie to „atopia”, taki człowiek od urodzenia, konstytucjonalnie jest przewrażliwiony, jest atopiczny; odczuleniu u atopicznego nie uda się. Między antyciałem anafilaktycznym a atopycznym jest różnica praktyczna: pierwszym można uczulić świnkę morską, ale nie skórę ludzką, drugim zaś odwrotnie — tylko lokalnie skórę ludzką, a nie zwierzę, jak to wykazali P r a u s n i t z i K ü s t n e r. Tak samo przez przeniesienie surowicy zwierzęcia o odporności wrodzonej, sztucznie nie wzmożonej, nie osiągnie się odporności biernej.

D o e r r natomiast jest zwolennikiem identyfikowania obu tych pojęć, gdyż mechanizm tych procesów uważa za identyczny. Tu i tam reakcja powstaje po kontakcie z określoną substancją, objawy reakcji niezależne są od chemicznej budowy tej substancji, mechanizm reakcji w obu sprawach polega na działaniu antyciał na antygeny. Przy idiosynkrazji musi tak

samo najpierw nastąpić uczulenie, jak przy anafilaksji. Trzeba pamiętać, że prócz idiosynkrazji monowalentnych bywają i poliwalentne: uczuleniu np. jednym lekiem tworzy przewrażliwienie nieraz i na inne. Prócz nabytych idiosynkrazji bywają i wrodzone (odkrycie F o r s m a n n a). Zresztą, niezawsze udaje się dociec, czy miało miejsce uczulenie, czy nie, tembardziej, że może być uczulenie niespecyficzne, uczulenie przez matkę drogą placentarną lub przez pokarm matki, wreszcie odziedziczone. Stan idiosynkrazji daje się również biernie przenieść przez surowicę. Podług P r a u s n i t z a i K ü s t n e r a można przez doskórą iniekcję 0,1 cm³ surowicy człowieka z idiosynkrazją wytworzyć u zdrowego lokalną nadwrażliwość: zastrzyknięcie w to samo miejsce małej ilości odpowiedniego alergenu po 2 godzinach wywołuje bąbel zapalny. Odczulenie specyficzne jest możliwe. Po napadzie idiosynkrazji, podobnie jak po napadzie anafilaktycznym, następuje na dłuższy lub krótszy czas niezdolność do reakcji, czyli stan anty-idiosynkratyczny. Widzimy zatem, że wszystkie te pojęcia mają dużo wspólnego, ale bezsprzecznie i subtelne różnice. Ścisła przeto definicja dla tych pojęć jest trudna, gdyż trudno jest wejrzeć w istotę procesów biologicznych, zachodzących w tych sprawach.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

G. LANDES. Dalsze badania nad przenoszeniem dźwięków przez stetoskop. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 171 z. 6.).

Za pomocą elektroakustycznej metody pomiarowej poddano po raz pierwszy używane stetoskopy dokładnej kontroli. Badano przede wszystkim, o ile są spełniane 2 najważniejsze wymagania, które należy postawić stetoskopowi: 1) równomierne przenoszenie wszystkich tonów, wchodzących w rachubę przy auskultacji i 2) możliwie nieznaczne osłabienie bardzo cichych zjawisk wysłuchowych. Pierwsze wymaganie bywa tylko wtedy spełnione, gdy liczba własnych drgań stetoskopu leży wyżej, aniżeli najwyższe tony, które ma on przenosić. Spełnienie drugiego wymagania jest o tyle ważne, że przy nadzbyt silnem osłabieniu siły dźwięku poszczególne składowe dźwięki szmerów oddechowych padają poniżej progu pobudliwości ucha ludzkiego, i w ten sposób następuje znaczne sfalszowanie szmerów. Otrzymane krzywe wykazują, że w używanych zwykle twardych stetoskopach liczba własnych drgań wynosi 100—800 H, wskutek czego przez zastosowanie ich pewne zakresy dźwiękowe zjawisk wysłuchowych zostają poczęści znacznie wzmacnione, inne — osłabione. Wskutek tego następuje zafalszowanie charakteru szmeru. Można wykazać, że w tego rodzaju stetoskopach rezonans własny zależy głównie od długości i średnicy kanału stetoskopu. Im dłuższy jest stetoskop i im węższy kanał, tem niżej leży jego liczba własnych drgań. Materiał i grubość ścian kanału w twardych stetoskopach ma mniejsze znaczenie. Ponieważ stetoskop niemoże być krótszy, niż 10 cm., i przytem wskutek zwykle używanych wąskich kanałów punkt rezonansu leży zawsze jeszcze o wiele za nisko, autor próbował rozszerzyć kanał. Wynikło przytem zbyt wielkie osłabienie siły dźwięku. Przez dalsze pomiary stwierdzono, że siła dźwięku zależy od objętości znajdującego się w kanale stetoskopu powietrza. Ponieważ więc w zakresie dźwiękowym, który podlega przenoszeniu, nie można uniknąć rezonansu, autor próbował stwierdzić, w jakim zakresie dźwięków rezonans

ten najmniej przeszkadza. Doświadczenia wykazały, że liczba własnych drgań o około 200 — 400 H spowoduje najmniej istotne zmiany tonów serca i szmerów oddechowych. Stetoskopy, zaproponowane przez M a r t i n i e g o, najbardziej odpowiadają tym wymaganiom. Rurowym stetoskopom nie odpowiadają te proste stosunki, które wyprowadzono dla twardych stetoskopów. Wykazują one nie jedną istotną liczbę własnych drgań, lecz wiele równoznacznych. Działanie ich można wyprzewodzić tylko na zasadzie praw drgań sprzężonych. Decydujące znaczenia dla równomiernego przenoszenia dźwięków ma tutaj materiał, z którego zrobiona jest rura. Guma okazała się niewłaściwym materiałem, gdyż osłabia ona bardzo silnie wyższe ważne dla rozpoznania dźwięki. Rury metalowe o niezbyt małej średnicy i nie nadzbyt długie okazały się najodpowiedniejszymi. Siła dźwięku rurowych stetoskopów zależy, jak wykazały doświadczenia, głównie od objętości powietrza w lejku przyjmującym. Błony sprawiają tylko pogorszenie pod każdym względem. W obu rodzajach stetoskopu, twardym i rurowym, przewodnictwo powietrzne okazało się przeważające. Przewodnictwo stałych części stanowi nieznaczny ułamek, nie bierze jednak udziału w zafalszowaniu szmerów, gdyż ich liczba własnych drgań leży bardzo wysoko. Znaczenie części stałych polega na tem, że przez swój kształt i elastyczność wpływają one na drgania przestrzeni wyrażonej.

Henryk J. L a n d a u.

Anatomia normalna i patologiczna.

■ Zbiór prac z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (pod kierunkiem Prof. Dr. Stanisława Ciechanowskiego). (Tom II. Zeszyt 3 i 4).

W gruntownej i obszernej pracy omawia C i e c h a n o w s k i sprawę k l a s y f i k a c j i n o w o t w o r ó w. Podstawą wszelkich prób klasyfikacyjnych i ich sprawdzaniem powinny być elementarne prawidła klasyfikacyjne, ustalone i przyjęte w ogólnej metodologii nauk. Opierając się na tych ogólnych prawidłach, autor omawia trudności i możliwości

idealnej klasyfikacji nowotworów. Podstawą takiej klasyfikacji mogłyby być następujące grupy cech nowotworów: 1) morfologia, 2) zjawiska czynności, właściwych danemu gatunkowi nowotworów, 3) pochodzenie nowotworów. Możliwości określania poszczególnych gatunków nowotworów na zasadzie ich cech morfologicznych stale się rozszerzają w miarę rozwoju i postępów metod histopatologicznych; jedną z ważniejszych przeszkód na tej drodze jest niski stopień wyróżnicowania wielu nowotworów, które mogą być morfologicznie podobne do siebie, pomimo iż ich tkanki macierzyste są różne. Posługiwanie się cechami funkcjonalnymi przy rozróżnianiu nowotworów jest właściwie dopełnieniem metody morfologicznej, gdyż, jak to dotychczas było, nasze wnioski o czynności komórek opierają się również na obrazach morfologicznych. Ostatnia z wymienionych grup, a mianowicie pochodzenie nowotworów, może być podstawą dla klasyfikacji genetycznej nowotworów. Stosowanie zasady genetycznej przy rozróżnianiu nowotworów staje się bardzo ważne, jeżeli się ma na celu praktyczną przydatność klasyfikacji, i jeżeli się usunie pewne trudności, wynikające z przyjętej nomenklatury. W rzeczywistości też dotychczasowe próby klasyfikacji nowotworów opierały się i opierają na morfologii i histogenezie; we wszystkich prawie nie udało się uniknąć błędów, wynikających z pomieszania pojęć morfologicznych i histogenetycznych lub też z nieślusznego używania obok dwóch powyższych zasad podziału — niewspółmiernej z nimi zasady biologicznej; pozbawione jest przestrogą dostatecznie zasad ogólnometodologicznych klasyfikacyjnych. Przytoczone niedokładności autor znajduje w klasyfikacjach B o r s t a, H o r n o w s k i e g o, R o u s s y i L e r o u x, F i s c h e r - W a s e l s a. Autor przedstawia próbę nowej klasyfikacji nowotworów; zdaje sobie jednakże sprawę, że jest „nieprawdopodobnem, aby mogła w przyszłości powstać klasyfikacja nowotworów zupełnie nowa, na zasadach klasyfikacyjnych, dotychczas nie użytych”, — i że „może się powieść klasyfikacja poprawniejsza od dotychczasowych prób klasyfikacyjnych, a to przez wyzyskanie zebranego przy nich doświadczenia i przez przestrzeganie ogólnych prawideł metodologicznych”. Klasyfikacja C i e c h a n o w s k i e g o jest pod względem metodologicznym zbudowana bez zarzutu. Jakie będzie jej znaczenie praktyczne, i czy ułatwi ona zrozumienie znaczenia i charakteru poszczególnych nowotworów, — pokaże życie. Badania histologiczne stosunku spraw chorobowych nerek i miedniczek nerkowej K. S c i e s i ń s k i e g o są opracowane sumiennie i bardzo rzeczowo. Celem autora było w pierwszym rzędzie wyjaśnienie zagadnienia, czy istnieje odosobnione zapalenie miedniczek, niezależnie od sprawy chorobowej nerek lub też od zmian niższych dróg moczowych. Materiał obserwacyjny składał się ze 106 przypadków sekcyjnych; w kilku przypadkach nerki były prawidłowe; reszta składała się z najróżniejszych postaci zmian chorobowych w nerkach lub też w całym układzie moczowym. W materiale S c i e s i ń s k i e g o zapalenie miedniczek nerkowych było przeważnie (w 74% przyp.) zależne od zapalenia nerek; w sprawach wstępujących zmiany miedniczek były bardzo wybitne; w pojedynczych przypadkach stwierdzono odosobnione zapalenie miedniczek nerkowych. Praca S c i e s i ń s k i e g o jest ciekawa i ważna; dotychczas bowiem niewiele było prac czysto histologicznych, mających na celu wyjaśnienie powyższego zagadnienia. O p i e r w o t n y m i ę s a k u ś l ę d z i o n y p i s z e K. S c i e s i ń s k i. Autor omawia szczegółowo własny przypadek i zestawia go z przypadkami opisanymi; wśród tych ostatnich podkreśla grupę przypadków ze zmianami, świadczącymi o związku komórek nowotworowych z siateczką śledzionową. Podobne zmiany spostrzegał S c i e s i ń s k i w własnym przypadku i sądzi, że można wyodrębnić mięsaka śledziony, wychodzącego z komórek siateczkowych. W s p r a w i e k r ę t k o w e j ż ó ł t a c z k i z a k a ż n e j. C i e c h a -

n o w s k i i K o ś t r z e w s k i opisują 4 przypadki stwierdzonej choroby W e i l a i 1 przypadek, który nasuwał wątpliwości rozpoznawcze. Przez wzgląd na rzadkość występowania choroby W e i l a w Europie, a szczególnie w Polsce, praca powyższa zasługuje na uwagę, tembardziej, że zawiera cały szereg ciekawych spostrzeżeń i refleksyj klinicznych i anatomopatologicznych. P o w ą z k a i M a ń k o w s k a omawiają sprawę z i a r n i c y z ł o ś l i w e j i s k r o b i a w i c y. W spostrzeganym przypadku ziarnicy złośliwej stwierdzono skrobiawicę w wątrobie, nerkach, jelitach, a szczególnie w śledzionie i nadnerczach. Skrobiawicę nerek rozpoznano przyżyciowo. Naogół biorąc, występowanie skrobiawicy w ziarnicy złośliwej jest zjawiskiem dość rzadkiem. Ś l a c z k a opisuje przypadek g r u ź l i c z e g o z a p a l e n i a o p o n o o b r a z i e k l i n i c z n y m w i o t k i e g o p o r a ż e n i a k o ń c z y n d o l n y c h. Badanie histologiczne rdzenia wykazało rozległe zmiany w korzonkach przednich i tylnych odcinka lędźwiowo-krzyżowego i ogona końskiego. B i a ł e k opisuje j a m y g r u ź l i c z e w ą t r o b y, spostrzegane w dwóch przypadkach sekcyjnych. Są to zmiany, nader rzadko spostrzegane. Niektórzy autorowie próbują tłómaczyć rzadkość występowania rozległych zmian gruczniczych w wątrobie tem, że żółć j e s t z ł ą p o ż y w k ą d l a p r ą t k o w K o c h a. Wobec zupełnego braku wydawnictw anatomopatologicznych w Polsce, „Zbiór prac z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego” jest zjawiskiem nader wartościowym. Szkoda tylko, że ukazuje się tak rzadko. I czy nie możnaby rozszerzyć nieco ram wydawnictwa, tak, ażeby i inni, stojący poza uniwersytetami, a pracujący w dziedzinie anatomji patologicznej, mogli w niem umieszczać swe prace? M. P ł o ń s k i e r.

Djagnostyka

SEIDE i ZINK. W sprawie zastosowania próby z błękitem metylenowym dla wykrywania bilirubiny. (D. m. W. Nr. 41, 1931 r.).

Według F r a n k a, błękit metylenowy jest b. czułym i prostym odczynnikiem na bilirubinę. Stosuje się go, dodając 20/00 wodny roztwór kroplami do 5 cm³ moczu, podejrzanego o zawartość bilirubiny, aż do przejścia zabarwienia zielonego w ciemno-niebieskie, właściwe samemu błękitowi. 2 krople tego roztworu błękitu odpowiadać mają 0.1 mgr. bilirubiny. Autorowie wykonali 100 badań moczu, stosując, jako kontrolę, próbę z nalewką jodową. Odczyn dodatni silny, więcej niż 10 kropeł roztworu błękitu, wypadł we wszystkich przypadkach cierpienia wątroby z żółtaczką oraz b. dużych zastojach wątroby, na tle upośledzonego krążenia krwi. Od 2 do 10 kropeł, odczyn słabo dodatni wypadł w niedokrewności złośliwej, zatruciu łożem, zimnicy, kamicy nerkowej i żółciowej, grypie, zastojach wątroby słabszego stopnia. Ogółem w 45% przypadków otrzymano wynik dodatni, przyczem próba z jodyną wypadła dodatnio tylko w 5%. Nie spostrzegano także ani razu dodatniego wyniku próby z jodyną, a ujemnego z błękitem metylenowym. Drugim plusem tej próby jest możność ilościowego obliczenia bilirubiny, które w zupełności wystarcza do celów praktycznych, dając przez to lepszą ocenę postępowania sprawy chorobowej, a zwłaszcza jej rokowania.

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

WINTERNITZ. W sprawie olejów jodowych i ich zachowania się wobec tkanek ciała. (D. m. W. N. 40. 1931).

Stosując oleje jodowe celem ułatwienia zdjęć rentgenowskich, należy liczyć się z ich dłuższem przebywaniem w organizmie. Wiadomo już oddawna, że jodipina nie wywołuje po-

drażnień zapalnych. Przy myelografji występują, zarówno po jodipinie, jak i lipjodolu, objawy pobudzenia, które określano jako objawy korzonkowe. Spostrzegano bowiem *in vitro* występowanie znieczulenia przy zetknięciu się zarówno jodipiny, jak i lipjodolu z płynem mózgowo-rdzeniowym królików. Objaw ten należy objaśnić kwaśnem oddziaływaniem olejów jodowych, nie spotyka się go bowiem więcej od chwili zmniejszenia ich kwasoty. Bardzo czułym wskaźnikiem co do wartości środków kontrastowych jest otrzewna. W przypadkach salpingografji lepsze usługi oddał lipjodol, niż jodipina. Nie było to jednak sprawdzone doświadczalnie. Autor przeprowadził wobec tego szereg badań na zwierzętach i stwierdził, że jodipina tak samo jak i lipjodol nadaje się zupełnie dobrze do badań kontrastowych w tych samych dawkach. St. L u x e n b u r g.

SCINDLER. Wyniki 76 fotografij śluzówki żołądka. (Münch. med. Woch. Nr. 42. 1931.).

Na 46 seryjnych zdjęć śluzówki żołądka u osób zdrowych wyniki gastrofotografji były b. niestałe. Nawet zdjęcia u tych samych osób, w tych samych warunkach dokonane, dały odmienne obrazy. Filmy albo nie eksponowały, albo wypadły szaro z pewnemi nieprawidłowemi dodatkami, wreszcie na szarem tle występowały białe plamy, lub na tem tle uzyskiwano ładny rysunek fałdowy, odpowiadający obrazowi wzornikowemu, czasem wzniesienia przypominające korę mózgu, najczęściej na zdjęciu uwidaczniały się pojedyncze lub liczne rowki z nadżerkami. Ostatnie obrazy odpowiadają zdjęciom innych autorów, opisywanym jako patologiczne. Wobec tego autor nie jest zdziwiony, że w pozostałych 30-tu przypadkach z pewnemi zmianami chorobowemi na śluzówce żołądka wyniki fotografji były niewystarczające. Z 16 obrazów raka żołądka tylko w jednym wskazywało na guz pewne wzniesienie śluzówki. W innym znowu przypadku otwór po gastroenterostomji wypadł na 2-ch z 16 obrazów fotograficznych. Odźwiernik jest b. trudny do uchwycenia przy gastroskopji; fotografia tej części przy pewnej fantazji ze strony odczytującego udała się w 76 przypadkach tylko 1—2 razy, tak że zdjęcia podawane przez innych autorów, jako odźwiernikowe, są, zdaniem autora, błędnie interpretowane. W wyniku tych prób autor uważa, że przy obecnej technice fotografia żołądka nie może jeszcze być traktowana jako metoda dajagnotyczna. F. T u r y n.

Znieczulanie

E. DOMANIK. Zastosowanie awertyny i zwalczanie jej niebezpieczeństw. (Wien. kl. Woch. N. 36. 1931.).

Klinika D e n k a stosuje 0,06—0,1 awertyny dla osiągnięcia podstawowego uspienia, pełne uspienie osiąga się przez dodanie gazu rozweselającego. Dla zwalczania niebezpieczeństw i grózb awertyny dla uspiętego ważnem jest odróżnianie wczesnych i późnych uszkodzeń. Pierwsze wymagają gruntownego usunięcia resztek lawatywy narkotycznej zapomocą przepłukiwań jelit. Dla pobudzenia oddychania stosuje się wziewanie CO₂, wśródzylne zastrzyknięcia dużych dawek koraminy (6 — 8 cm.³ 25% roztworu wśródzylnie), lobelinę (1—2 cm.³ wśródzylnie), sztuczne oddychanie i tlen. Celem poprawienia krążenia stosuje się wśródzylne infuzje oraz adrenalinę, którą należy również podawać wśródzylnie, lub preparaty efedryny, ewentualnie upust krwi. Ważną jest nieustająca troska i ewentualnie zmiana środków. A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

O. BOLCH i A. HAUER. Wymioty ponarkotyczne i zapobiegania im. (Wien. kl. Woch. N. 25. 1931.).

Jeśli podać pół godziny przed rozpoczęciem narkozy 0,25 kofeiny ze zwykłym zastrzyknięciem przygotowawczem (morfina + atropina), udaje się w 85,5% przypadków uniknąć wymiotów ponarkotycznych.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

■ Prof. Dr. Karl AMERSBACH. Aertzliche Sachverständigen - Tätigkeit auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń. 1931.

Mała ta broszurka na 89 stronicach zawiera opis schorzeń urazowych wszystkich trzech części narządu słuchowego: ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego. Z każdego niemal zdania przebija tu doskonała znajomość przedmiotu i wielkie doświadczenie. Tylko bardzo doświadczony rzeczoznawca może tak ostrożnie oceniać wyniki badania poszkodowanego i tak ostrzegać badającego przed zbyt kategorycznymi wnioskami, jak to czyni autor. W wielu miejscach autor poprzedza swoje wywody rzeczoznawcze zwięzłemi wiadomościami z dziedziny anatomji, fizjologii i metod badania ucha, niezbędnymi dla lekarza praktyka, ale i specjalista znajdzie w tej książeczce uwagi, za które wdzięczny będzie autorowi. Niezupełnie słusznie twierdzi autor, że zwięzienie przewodu słuchowego zewnętrznego, nieprzewodzące do całkowitego zamknięcia jego światła, pozostaje bez następstw dla słuchu: codzienne doświadczenie uczy nas, że nawet drobny czyrak przewodu, wywołujący obrzmienie jego ścian, nie przechodzące na błonę bębenkową, daje powód do przytępienia słuchu. Bardzo dobrze i z uwzględnieniem wszelkich okoliczności łagodzących dla lekarza opracowany jest rozdział p. t. Nieszczęśliwe wypadki przy postępowaniu lekarskiem — błędy w wykonawstwie lekarskiem (Kunstfehler). W głównych zarysach i szczegółach praca A m e r s b a c h a doskonale spełnia swoje zadanie i stanowi pożądany nabytek w dziedzinie rzeczoznawstwa otolaryngicznego.

Z. S r e b r n y.

K. MATHE. W sprawie wyluszczenia migdałków w ostrym okresie zapalenia. (Arch. f. Ohr.-Hlk. 1931., str. 235).

W schorzeniach wewnętrznych pochodzenia migdałkowego zaleca autor całkowite wyluszczenie, najlepiej w znieczuleniu miejscowem. W przypadkach ropnia okołomigdałkowego po uwolnieniu górnego bieguna można bez żadnych skrupułów dokonać wyluszczenia migdałka. Żadnych powikłań po takim rękoczynie autor nie widział. Z. S.

J. KUBO. Krwawienia następce po adenotomji. (Arch. f. Ohr.-Hlk. 1931. Str. 201).

Najczęstszą przyczyną takich krwotoków są nieodcięte kawałki tkanki adenoidalnej. Przed operacją należy uwzględnić podniesienie ciepłoty ciała i skazę krwotoczną. Dzieci niżej 5—6 lat nie należy operować. Autor przytacza przykłady krwawień następczych i powikłań po adenotomji. Z. S.

G. OSTERWALD. Przyczynek do zagadnienia: Kojenie bólu w praktyce gardłano-nosowo-usznej. (Ther. d. Gegenw. 1931. Str. 143).

W gruźlicy górnych dróg oddechowych bóle uspokajały się znakomicie pod wpływem naświetlań całego ciała światłem łukowem. W zapaleniach gardzieli, ropniach, anginach, zapaleniach śluzówki jamy ustnej i po wyluszczeniu migdałków poleca autor między innemi płukania z 2% subkutiny. Z. S.

Choroby narządów trawienia.

■ Dr. Br. HANDELSMAN. Wskazówki dla chorych na żołądek. (Łódź. Nakładem księgarni K. Neumüllera. 1931. Str. 80).

Popularna książeczka, dająca czytelnikowi sporo wiadomości z dziedziny anatomji, fizjologii, patologji i djetetyki w zakresie wyłącznie żołądka. Autor, świetny stylista i doskonały popularyzator, postarał się jaknajzwięźlej wyłożyć wszystko, co pod względem sprawności żołądka i jej zakłóceń może być zrozumiałe dla laika. Mamy więc dwie i pół stroniczki, traktujące o przyczynach chorób żołądkowych, dwie strony

o ich rozpoznawaniu, cztery strony o zasadach żywienia chorych na żołądek, a następnie już znacznie obszerniejszy dział o samych pokarmach i o sposobie przyrządzania mniej znanych u nas potraw, jak galaretki mięsne, wszelakie sztuczne zupy: Liebiga, Uffelmana, Cibila, beef-tea Liebiga, roztwory mięsne Rosenthala i Leubego, peptony, lawatywy odżywcze i t. d. Cały rozdział poświęcony jest zasadom leczenia chorych na żołądek; tu autor miał sposobność wykazać swoje wieloletnie doświadczenie lekarskie: występuje przeciwko okarmianiu się lekarstwami, natomiast zwraca główną uwagę na metody leczenia fizykalnego, a mianowicie: oszczędzanie chorego narządu, odpowiednia dieta, przepłukiwanie żołądka, mięsienie i elektryzacja oraz kurację zdrową. W drugiej części książeczki autor podaje djetę w sprawach chorobowych żołądka, jak ostry nieżyt, niestrawność kwaśna, zwiótczenie, wrzód, nieżyt przewlekły, rozszerzenie, rak, niestrawność nerwowa. Książeczka nie zastąpi choremu lekarza; na podstawie wiadomości, zaczerpniętych z niej, chory nie postawi sobie rozpoznania, nawet nie wybierze djetę; jeżeli zaś chory jest pod opieką lekarza, to wiadomości z tej książeczki będą dla chorego cennym uzupełnieniem przepisów i pozwolą mu należycie je zrozumieć. Czyta się broszurkę z zainteresowaniem i łatwo, jak wszystkie prace cenione przez nas autora, władającego doskonałą polszczyzną. Książka wydrukowana jest starannie, na dobrym papierze i niema w niej błędów drukarskich, co u nas należy do rzadkości. W. K n a p p e.

G. FAROY, R. DERON. Wpływ acetylcholinoj na sekrecję żołądka. (Archives de Mal. de l'App. Digestif. T. XXI. 1931.).

Autorzy badali wpływ acetylcholinoj na krzywą sekrecji żołądka; treść żołądkową wydobywali za pomocą zgłębnika Einhorna, który pozostawał w żołądku 2 do 3 godzin. Jednorazowe zastrzyknięcie acetylcholinoj (0,3 — 0,4 gr.) nieznacznie wzmacnia wydzielanie soku żołądkowego; sama sonda, pozostająca przez dłuższy czas w żołądku, drażniąc śluzówkę mechanicznie, daje podobny wzrost sekrecji. Natomiast serja zastrzyknięć acetylcholinoj (12 do 15) wywołuje u zdrowych oraz u chorych z nadmierną kwasotą znaczny wzrost sekrecji żołądka. Niektórzy autorzy zalecają stosowanie zastrzykiwań acetylcholinoj w leczeniu owrzodzeń żołądka i sądzą, że środek ten działa kojąco jak insulina i angioxyl, t. zn. łagodzi objawy bólowe pomimo wzrostu sekrecji. Autorzy obserwowali przypadki, gdzie leczenie acetylcholinoj, stosowane przy porażeniu połowiczem, powodowało nawrót zagojonego owrzodzenia żołądka, przeto nie polecają tej metody leczenia wrzodu żołądka. *Hypochlorhydria* natomiast stanowi wyraźne wskazanie do leczenia acetylcholinoj. We wszystkich bez wyjątku przypadkach po seryjnych zastrzyknięciach acetylcholinoj otrzymano bardzo dobre wyniki. Przy bardzo niskiej kwasocie i długo trwającej sprawie chorobowej stosowano 3 lub 4 serje zastrzyknięć. Autorzy obserwowali dwa typy reakcji po leczeniu; w jednych, częstszych przypadkach, obok wzrostu kwasoty, obserwowano znaczny wzrost trwania sekrecji; w innych głównie wzrastał szczyt krzywej kwasoty. Działanie acetylcholinoj różni się od histaminy. Histamina wywołuje odrzutu *maximum* sekrecji, do której w danej chwili zdolna jest śluzówka żołądka; acetylcholina wywołuje stopniową, ale zato trwalszą poprawę sekrecji żołądka.

Jakób P e n s o n.

G. SINGER. Rekto-romanoskopja w służbie djagnostyki guzów. (Wien. kl. Woch. N. 39. 1931.).

Stare badanie palcem musi być bezwzględnie pierwszym aktem każdego badania jelit. Najwłaściwszem ułożeniem pacjenta przy rektoromanoskopji jest położenie kolankowo-łokciowe lub kolankowo-piersiowe. Wdmuchiwanie należy stosować nie zawsze, lecz od przypadku do przypadku. Badania wzornikowe należy przeprowadzać we wszystkich schorzeniach jamy brzusz-

nej jako obowiązkową metodę. Wykonanie jego jest pilnie wskazane przy objawach, wskazujących na podbrzusze, jako na siedzibę schorzenia. *Tenesmus*, bolesne skurcze odbytu, uporczywe zaparcie stolca (szczególnie u ludzi ze zdrowiem przedtem jeli-tami), bóle krzyża, wydalenie śluzu i krwi.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

MORAWITZ. Leczenie przewlekłych biegunk. (Münch. med. Woch. Nr. 41. 1931.).

Biegunki te powstają na tle przewlekłych zmian w od-cinkach końcowych jelita grubego, charakteryzują się dęciem, częstymi wypróżnieniami ropnośluzowymi, zmieszanymi ze świeżą krwią. Rokowanie w przewlekłym nieżycie z rozlaniami zmianami jest poważne. Owrzodzenia posuwać się mogą coraz dalej, błona śluzowa ulega zanikowi, tworzą się polipy. Przewlekły nieżyt spowodzić może charłactwo. Leczenie djetetyczne jest podstawą postępowania. Djetę dobiera się taką, której składniki rozkładają się i wsysają już w cienkich jelitach. Cechy te posiadają węglowodany: mączki, ryż, makaron, suchary, cukier. W przypadkach lżejszych podawać można szpinak. W małych dawkach dobrze znoszone jest masło, mleko, śmietana, żółtko jaja, gotowane mięso. Można próbować roztartych jabłek, soku pomarańczowego, poziomek, bananów, jagód. Djetę należy możliwie zmieniać, co wpływa subiektywnie i daje poprawę obiektywną. Ważnym czynnikiem leczniczym obok djetę są przepłukiwania jelita grubego słabymi roztworami *arg. nitr.*, tanniny. Przy ostatniej porcji wprowadzonego do kiszek płynu chory kładzie się na prawym boku dla dłuższego przetrzymania tej lawatywy. M. ogranicza jaknajbardziej podawanie lekarstw. Czasami jednak nie można obejść się bez opium. Ze środków powszechnie stosowanych (węgiel, dermatol, wapń, yatren) nie obserwował żadnego pożytku. Leczenie swoiste przeciwbakteryjne znajduje się jeszcze w powijkach. Autor przestrzega przed wypijaniem większych ilości wód mineralnych. Przetaczanie krwi opiera się na zbyt małej statystyce, wobec czego sądy o tej metodzie są jeszcze przedwczesne. W przypadkach cięższych z dużymi i głębokimi owrzodzeniami nie należy zwlekać z leczeniem chirurgicznym. Złożenie *anus praeternaturalis* lub przetoki kątnej ratuje czasami chorego przed śmiercią. Autor opiera się na przykładach, z których wynika, że *anus praeternaturalis* wcale nie żenuje chorego w jego życiu codziennem. W przypadkach, powikłanych nieżytem jelit cienkich, leczenie djetetyczne jest jeszcze ważniejsze. Przedewszystkiem należy przekonać się o zdolności trawiennej jelit (próba S c h m i d t a). Przy dyspepsji gnilnej podaje się djetę węglowodanowo-tłuszczową. Najlepszą postacią tłuszczu jest masło lub oliwa; węglowodany tylko łatwo wysysalne, bezbłonnikowe. Szkodliwe są napoje zimne, słone potrawy i ostre przyprawy. Z płynów wskazane są herbata, czerwone wino. O ile mleko jest źle znoszone, dodaje się nieco wody wapiennej. Dalszym etapem w djetę są soki owocowe, potrawy mączne, gelée, jaja na miękko, gotowane mięso. Przejście do djetę pełnej jest stopniowe, poprzez purée z jarzyn i odbywa się poomacku. Osiągnięcie djetę bez ograniczeń jest naogół trudne i rzadkie. Dyspepsja gnilna wymaga troskliwej opieki. Często konieczne jest podawanie kw. solnego, którego brak może być przyczyną dyspepsji. Za N o o r d e n e m, B e r g m a n n e m, podaje autor duże dawki *ac. muriat. dilut.* (80 kropel na 200 wody). Obok kw. solnego wskazane są preparaty trzustki. Trudniejsze w leczeniu są dyspepsje fermentacyjne. Początkowo stosuje djetę podobną do przeciwcukrzycowej, ale bez jarzyn. Po 8-miu najwyżej dniach dodaje się cukru, mączki w zupach. Kartofle, szpinak i t. p. można pozwolić najmniej po 2 tyg. Surowe owoce, grubsze jarzyny, razowiec zakazane są na czas dłuższy. Najgorsze rokowanie dają przypadki przechodzenia jednego rodzaju nieżyty w drugi. Leczenie polega wtedy na lawirowaniu pomiędzy obydwoma djetami, pozostaje jednak niestety, bezskuteczne. W przypadkach uporczywych biegunk konieczne

jest podawanie opium, dla umożliwienia choremu snu podczas nocy. Z innych mniej skutecznych środków wymienione są preparaty bismutowe, tannina, węgiel, wapń, atropina. Po ustąpieniu biegunek zaleca się wody mineralne: Karlsbad, Kissingen, Homburg, Mergentheim, naturalnie z zachowaniem ostrożności dietetycznych.

F. T u r y n.

Choroby serca i naczyń.

H. KUTSCHERA. Czy niedomoga krążenia może być uwarunkowana przez osłabienie mięśnia sercowego. (Wien. kl. Woch. N. 33. 1931.).

Ostateczna odmowa posłuszeństwa przez cały układ krążenia bywa często uwarunkowana przez osłabienie mięśnia sercowego. Osłabienie mięśnia sercowego powstaje zasadniczo nie wskutek jego stanu zapalnego (*myocarditis*), jak dawniej powszechnie przypuszczano, lecz w wielu przypadkach, zwłaszcza w przewlekłym niewyrównaniu sercowym, wskutek postępującego przebiegającego procesu zmęczenia, który przy długim czasie trwania pociąga za sobą ciężkie, dające się chemicznie wykazać zmiany w mięśniu sercowym, a wreszcie całkowite porażenie serca.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

K. FAHRENKAMP. Możliwości powstania niemiowości zupełnej. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 170, str. 1—2).

W grupie 80 chorych ze zwężeniem ujścia żylnego lewego bez zaburzeń rytmu seryjne badania elektrokardiograficzne wykazały: 1) pod wpływem naparstnicy zamiast wysokich wychyleń P może powstać porażenie przedsionków. Od czasu do czasu wysokie wychylenie P może przejść w ruchy migoczące, przy czym jednak następstwo skurczów komorowych może pozostać prawidłowe. 2) Pod wpływem naparstnicy występuje czasami u tych chorych obraz przemijającej niemiowości zupełnej z typową tachysystolią przedsionkową i migotaniem. 3) Tę przemijającą postać niemiowości zupełnej spostrzegano wraz z niemiowością komorową lub bez niej. 4) Kliniczne odgraniczenie u człowieka zwężenia ujścia żylnego lewego (+ niedomykalność zastawki dwudzielnej w jej późniejszych okresach) bez zaburzeń rytmu od niedomykalności zastawki dwudzielnej + zwężenie + niemiowość zupełna ma ważne znaczenie teoretyczne, a przede wszystkim praktyczne. 5) Częstość tego obrazu chorobowego jest większa, niż się ogólnie przyjmuje, a okres początkowy tego obrazu chorobowego prowadzi często do mylnych rozpoznań. 6) Obserwacja kliniczna dalszego losu tych chorych umożliwia wnikięcie w warunki powstawania u człowieka tachysystolii komorowej i tem samem niemiowości zupełnej. 7) Chorzy z tym klinicznym obrazem chorobowym wykazują charakterystyczne stosunki cielesno-duchowe (nerwowość, ukrywanie objawów chorobowych itd.). Ich zachowanie psychiczne jest tak charakterystyczne, że już starannie zebrane wywiady wykrywają często uprzednie mylne rozpoznania i wskazują na rodzaj istniejącej wady serca. Twierdzenie W e n c k e b a c h a o rzadkości spotykania takich chorych z normalnym rytmem nie daje się utrzymać.

Henryk J. L a n d a u.

KISTHINIOS i GOMEZ. O leczeniu niedomogi serca u osobników z tętnem naprzemiennem. (Presse med. N. 54. 8. II. 1931.).

Jest rzeczą znaną, że niedomoga mięśnia sercowego u osobników z tętnem naprzemiennem źle się poddaje wpływowi środków nasercowych. Ponadto w przebiegu kuracji naparstnicowej występuje często *pulsus alternans*. Opierając się na danych doświadczalnych, wykazujących tonizujący wpływ glukozy na mięsień sercowy (P i c k) z jednej, a występowanie tętna naprzemiennego w stanach hipoglikemicznych z drugiej strony, (S c h a e f f e r i współpracownicy), autorzy zastosowali leczenie glukozą i małymi dawkami insuliny stanów niedomogi sercowej, przebiegającej z tętnem naprzemiennem.

W trzech przypadkach ciężkiej niedomogi serca z tętnem naprzemiennem, w których naparstnica i ouabaina okazały się nieskutecznymi, autorzy otrzymali całkowite ustąpienie objawów, stwierdzone klinicznie i elektrokardiograficznie pod wpływem terapii glukozy-insulinowej.

H. S z p i d b a u m.

HESS. O obrzęku płuc w zwężeniu zastawki dwudzielnej. (Wiener klinische Wochenschrift. N. 16. 1931.).

H e s s występuje przeciwko dotychczasowemu ujmowaniu obrzęku płuc jako wyrazu pierwotnej niedomogi serca, wskazując, iż na plan I-szy występują zmiany naczyńioruchowe i skurcz oskrzeli. Obrzęk płuc występuje niezawsze w ciężkich i niewyrównanych przypadkach zwężenia zastawki dwudzielnej, lecz również w przypadkach lekkich bez niemiowości i bez znacznego rozszerzenia lewej komory, niekiedy nawet jako pierwszy jego zwiastun. Powyższe obserwacje nasuwają przypuszczenie, iż również w obrzękach płuc chodzi o zmiany naczyniowe w układzie roślinnym.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby dzieci.

HERRMANN M. Spostrzeżenia nad wpływem ciepłoty pożywienia na zachowanie się niemowlęcia. (Monatschr. f. Kinderheil. 51 Tom I zesz. 1931 r.).

W podręcznikach opieki nad niemowlęciem podkreśla się zwykle wartość pokarmu kobiecego dla oseska, wymieniając wśród jego zalet również i stałą temperaturę równą ciepłocie ciała, jednak nie wspomina się o dokładnych metodach regulowania ciepłoty mieszanek sztucznych. Wpływ ciepłoty pożywienia na trawienie żołądkowe został zbadany u dorosłych, przyczem wyniki przeważnie przemawiały za tem, że pokarmy zimniejsze pozostawały znacznie dłużej w żołądku i hamowały czynność wydzielniczą gruczołów trawiennych. Badania te przeprowadzano u dzieci starszych z podobnym rezultatem. U niemowląt, cierpiących na wymioty przewlekłe, podawanie ochłodzonego pożywienia należy do metod leczniczych. Nie przeprowadzono jednak dotychczas badań dokładnych nad wpływem ciepłoty pożywienia na trawienie, rozwój i stan ogólny niemowlęcia. Do rozstrzygnięcia zatem pozostaje kwestja, czy wystarczają obecnie stosowane metody niedokładnego określania ciepłoty mieszanek sztucznych za pomocą przyłożenia butelki do skóry policzka osoby karmiącej, bez uwzględnienia różnic subiektywnego wycucia ciepła, różnic temperatury przy ścianach flaszki i wewnątrz, różnic zależnych od konsystencji mieszanki, wpływu ochłodzenia przy długotrwałem karmieniu opieszalszych niemowląt na świeżem powietrzu i t. p. Odpowiedź na to pytanie miały dać badania autorki przeprowadzone nad 51 niemowlętami. Materiał dobierano, w miarę możliwości, zdrowy, pozostający na stałe, nie zmienianej diecie; badań nie przeprowadzano w gorące dni letnie. Ciepłota podawanych mieszanek wynosiła w IV grupach od 28° do 42° czyli w granicach normalnie używanych, zaś w V grupie od 22° do 28° czyli poniżej normy. Wyniki doświadczeń były następujące: 23 dzieci, stanowiące I grupę, piło dobrze niezależnie od zmian ciepłoty (od 28 — 42°), II grupa z 15 dzieci wykazywała wyraźną predylekcję do cieplejszej stawy (powyżej 37°), w tej grupie znajdowały się głównie wcześniaki, niemowlęta neuropatyczne i bardzo młode. W III grupie zebrano 3 niemowlęta, które najchętniej piły mieszanki o ciepłocie poniżej 33° i powyżej 39°, nie chciały natomiast pić mieszanek, ogrzanych do wartości średniej — 33 — 38°. Jest to właściwość częsta u dzieci starszych i u dorosłych — wstręt do letniej stawy. Jedno dziecko wykazywało wyraźną predylekcję do stawy chłodniejszej — poniżej 37°. Stolec, przyrost wagi i stan ogólny we wszystkich III grupach, karmionych mieszankami o ciepłocie od 28° do 42°, były zadawalające. W grupie II i III nadmierną wrażliwość na różnice ciepłoty można

było odnieść do podłoża neuropatycznego. IV grupa składała się z dzieci o upośledzonym łaknieniu i niekiedy ze złemi stolcami i chwiejnym przyrostem wagi. Ciężkość mieszanek nie miała na nie żadnego wpływu — jadły raz lepiej, raz gorzej, niezależnie od temperatury. V grupa, miała odpowiedzieć na pytanie, jak zachowują się niemowlęta wobec strawy o ciepłocie niezwykłej ($22-28^{\circ}$), podawanej przez czas dłuższy. Wszystkie dzieci piły niechętnie, ponadto niemal w połowie zjawiały się różne postacie niestrawności od lekkiej do ciężkiej. Wreszcie, wobec zanotowania indywidualnych predylekcyj do pewnej ciepłoty u niemowląt, autorka zamierzała sprawdzić, czy uwzględnianie podobnych predylekcyj w ostrych zaburzeniach trawienia może być podporą w leczeniu djetetycznym tych stanów. Te badania zebrano w grupie VI — odpowiedź wypadła ujemnie. A więc na zasadzie wszystkich badań należy wnioskować, iż ciepłota w granicach $28^{\circ} - 42^{\circ}$, zatem dość szerokich i dających się uchwycić za pomocą czucia skórniego, nie przynosi szkody niemowlęciu. Dokładniejsze metody mierzenia ciepłoty mieszanek nie są tedy potrzebne. Uwzględnianie osobistych predylekcyj niemowlęcia, ze względu na jego stan ogólny, nie jest konieczne w granicach ciepłot normalnych. Natomiast przy braku dostatecznej opieki możliwy jest współudział czynnika termicznego (przewlekłe nadmierne ochłodzenie zwłaszcza) w powstawaniu ciężkich zaburzeń w trawieniu.

W. G r u n d g a n d.

CHAIT B. Opóźnienie wyleczenia krzywicy, pomimo stosowania swoistej terapii przeciwkrzywicznej, naskutek powikłań zakażeniem przewlekłym. (Monats. f. Kinderheil. Tom 51 zes. I. — 1931 r.).

Czas potrzebny do wyleczenia krzywicy zapomocą t. zw. „światłoleczenia pośredniego” (podawanie produktów spożywczych lub preparatów, naświetlanych promieniami pozafiołkowymi) wynosi 4 do 6 tygodni, a zatem tyle tygodni, ile miesięcy potrzeba było przy starym leczeniu tranem. W ciężkiej krzywicy po 3 dniach występuje zwiększona wrażliwość uciskowa kości. W II — III tygodniu zjawia się normalna zawartość wapnia i fosforu we krwi; ustąpienie pocenia się; wzmożenie konsystencji kości i utąpienie bolesności; zależnie od wieku zjawia się unoszenie samodzielne główki, samoistne siadanie i większa żywotność dziecka; odkładanie się soli wapnia w kościach, widoczne na prześwietleniu rentgenowskim, poprawa istniejącej kwasicy. Natomiast nie poddaje się światłoleczeniu towarzysząca krzywicy anemja, która wymaga leczenia djetetycznego. Zatem światłoleczenie pośrednie daje naogół takie same wyniki, jak naświetlanie bezpośrednie ciała dziecka lampą kwarcową. Mechanizm działania w obu metodach jest prawdopodobnie ten sam: jak wiadomo, zdolności aktywacji przeciwkrzywicznej pod wpływem promieni posiada ciało, towarzyszące cholesterynie, identyczne z ergosteryną; naświetlanie bezpośrednie przypuszczalnie wpływa na aktywizację cholesteryny zawartej we krwi, a zwłaszcza w skórze wystawionej na działanie promieni pozafiołkowych podczas naświetlania lampą kwarcową. Przytem nie należy zupełnie lekceważyć pewnej ujemnej strony „światłoleczenia bezpośredniego” — wątle, mało odporne dzieci krzywice łatwo ulegają złemu wpływowi ochłodzenia podczas naświetlań. Metoda pośrednia jest zatem, według zdania autorki, wygodniejsza w użyciu i pewniejsza. Kwestję ewentualnej toksyczności naświetlanej ergosteryny rozstrzygają doświadczenia na zwierzętach. Witaminy, jak wykazały doświadczenia, istotnie są pod względem toksycznym niezupełnie obojętne. Działanie ich podobne jest do hormonów i ujawnia się już w małych dawkach. Duże dawki mogą doprowadzić do śmierci naskutek hiperwitaminozy; tem niemniej dawka śmiertelna dla świnki morskiej wynosi 100 mg. naświetlanej ergosteryny. U człowieka zatem niema niebezpieczeństwa przedawkowania. Ponadto dzieci krzywice, wobec hipowitaminozy, lepiej znoszą ergosterynę naświetlaną, niż ludzie zdrowi lub cierpiący na inne schorzenia. W za-

pobieganiu krzywicy natomiast, ergosteryna naświetlana nie odgrywa żadnej roli. Istnieją wszakże dzieci, u których pomimo światłoleczenia ani kliniczne, ani roentgenologiczne objawy krzywicy nie ustępują. Stwierdzono jednak, iż wszystkie te przypadki odporne, dotyczą dzieci, cierpiących na lekką lub ciężką infekcję gorączkową (często powtarzającą się niezłyty nosa i gardzieli, grypa, czyracznosc, powracające okolicznościowe biegunki), przytem zawsze istnieje zakażenie przewlekłe z wielokrotnymi nawrotami gorączkowymi. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń autorka wypowiada przypuszczenie, że stany te są przyczyną braku oddziaływania na leczenie przeciwkrzywiczne. Już najlżejsze zakażenie grypowe, byleby z powtarzającymi wzniesieniami ciepłoty wystarcza do zahamowania wpływu leczniczego czynników przeciwkrzywicznych. Dopiero po wygaśnięciu infekcji leczenie krzywicy odnosi skutek. W przeciwstawieniu do zakażeń przewlekłych z nawrotami ostre sprawy gorączkowe nie przedłużają czasu trwania terapii swoistej przeciwkrzywicznej. Spostrzeżenia autorki nie potwierdzają mniemania B e c k a, S c h a f f a s t e i n a i G e h r d t a, jakoby światłoleczenie pośrednie miało wzmacniać odporność ustroju.

Wanda G r u n d g a n d.

M. TRUSEN i E. WALENTA. Los dzieci chorych na cukrzycę od czasu wprowadzenia do lecznictwa insuliny. (Monatschr. f. Kinderheil. 51 tom, 1 zes. 1931).

Prawidłowa ocena wyników leczenia insuliny cukrzycy dziecięcej nie może być jeszcze podana z całą pewnością, albowiem zbyt krótki czas upłynął od daty wprowadzenia insuliny do lecznictwa, oraz zbyt trudno o zebranie dużego materiału w wieku dziecięcym. Tem niemniej na zasadzie obserwacji dotychczasowych można już wysnuć pewne wnioski o znaczeniu praktycznym na przyszłość. Narazie można stwierdzić, iż nikomu jak dotąd, nie udało się wyleczyć cukrzycy dziecięcej. Leczenie ogranicza się do utrzymania dziecka przy życiu, zapewnienia mu prawidłowego rozwoju i powstrzymania postępu sprawy chorobowej. Statystyka berlińskiej kliniki uniwersyteckiej obejmuje 45 przypadków cukrzycy dziecięcej, leczonych insuliny, obserwowanych od 1923 r. Ważniejsze dane liczbowe, dotyczące powyższych obserwacji, wykazują, że: liczba przypadków, zgłaszanych w ciągu roku do kliniki, zwiększa się tak, iż połowa łącznej liczby dzieci, przyjętych z powodu cukrzycy, przypada na ostatnie 3 lata. Najczęstsze zachorowania przypadają na 6 rok życia. Stosunkowo największa śmiertelność przypada na 6 i 12—13 rok życia. Pewnych wniosków o śmiertelności dla danego wieku, ustalić nie można z powodu zbyt skąpej liczby obserwacji, jednakże, zdaje się, iż śmiertelność małych dzieci nie jest większa od śmiertelności dzieci starszych; spośród 10 dzieci, które zachorowały między 2—5 rokiem życia, zmarło dotychczas tylko 2. Większość dzieci zmarła w 1—2 roku po zachorowaniu. Śmiertelność dzieci ze wsi i małych miasteczek jest daleko większa, niż z większych miast. Zwykle w zakończonych ostatecznie śmiercią przypadkach, które udało się przesledzić po wypisaniu z kliniki, powodem zejścia niepomysłnego było niestosowanie się w otoczeniu domowym do przepisów, zaleconych przez klinikę. Przyczyną śmierci była prawie zawsze śpiączka cukrzycza; zwykle notowano przy tem lżejsze lub cięższe przemijające zakażenia. Śmiertelność około 50% w berlińskiej klinice, od czasu wprowadzenia insuliny stoi w sprzeczności z danymi liczbowymi innych klinik. Według P r i e s l a i W a g n e r a, z dzieci, leczonych insuliny od 1922 do 1929 roku, zmarło tylko 1 na 94 przypadki cukrzycy dziecięcej. Największym materiałem rozporządzał J o s l i n i W h i t e z Bostonu: z pośród 423 dzieci, leczonych insuliny od 1922 do 1930 roku, zmarło 51 dzieci, podczas gdy w latach od 1914 do 1920 (okres A l l e n a) na 162 zmarło 110, a w latach 1898 — 1914 (okres N a u n y n a) na 52 zmarło 51. Autor na zasadzie doświadczeń berlińskiej kliniki stwierdza, iż dzieci, leczone stale i prawidłowo

insuliną i djetą, nie różnią się niczem od dzieci zdrowych, a los ich zależy od zrozumienia ważności zaleceń lekarskich przez rodziców i od karności dziecka. Dobrze wyniki udawało się osiągnąć zarówno w prostych, jak i w inteligentnych sferach. Najtrudniej było przeprowadzić leczenie w zamożnych domach, gdzie rozpieszczane dziecko tyranizowało otoczenie. Prowadzenie dzieci wiejskich również natrafia na przeszkody, naskutek utrudnionego kontaktu z lekarzem, wymagań diety i kosztowności insuliny; ważnym czynnikiem dla rokowania jest zwalczanie przypadkowych zakażeń. Przy wczesnem odpowiednim leczeniu śmiertelność z zakażeń u dzieci cukrzyczych nie przewyższa śmiertelności dzieci zdrowych. Zatem można wnioskować, iż żadne dziecko stale i prawidłowo leczone, nie umiera, odpowiedzialność zaś za wysoki procent śmiertelności spada na otoczenie i brak odpowiednio zorganizowanej opieki pozaszpitalnej, jaka istnieje np. dla dzieci gruźliczych, kalek, niedorozwiniętych i t. p.

Wanda Grundgand.

SCHMITZ. Przyczynek do leczenia koklusu szczepionką. (D. m. W. N. 42, 1931).

Krytyczne zapatrywanie się na wielką liczbę zupełnie pewnie jakoby działających środków w koklusu, jest bezwzględnie uzasadnione. Sprawdzenia wymaga również skuteczność działania szczepionki I. G. Farbenindustrie. Najodpowiedniejszy wiek dla przeprowadzenia doświadczenia to okres osesków. Szczepionka była stosowana u 38 osesków i 5 małych dzieci leczniczo i zapobiegawczo. W 5 przypadkach nie otrzymano wyniku pozytywnego, w 2 — wątpliwy, w pozostałych zaś rezultaty osiągnięte były zadawalające. W celach profilaktycznych szczepionka winna być bezwzględnie stosowana, zaś w koklusu z tem ograniczeniem, że może być jeszcze użyta w stadium drgawkowem. Nie spostrzegano objawów ubocznych, podniesienia temperatury; lekki naciek w miejscu zabiegu znika po upływie 3 dni. Najlepsze wyniki otrzymano stosując pełne dawki 400, 600, 800 mil. i w przeciągu krótkiego czasu dochodząc do wysokiej dawki końcowej 10,000 mil.

St. Luxenburg.

Choroby nerwowe i psychiczne.

MOSER. Znaczenie rozpoznawcze myelografji. (D. m. W. N. 39, 1931).

Myelografja, t. j. rentgenologiczne przedstawienie kanału kręgowego z pomocą roztworu jodu, od początku swego 10-cio letniego istnienia dawała b. dobre wyniki, jako pomocniczy środek, doprowadzający do ustalenia właściwego rozpoznania. W ostatnich jednak latach, zwłaszcza amerykańskie, zwracają uwagę na objawy podrażnienia, jakie spostrzegali po zastosowaniu jodu, i starają się ustalić zupełnie ściśle wskazania do stosowania myelografji. Autor przytacza historję choroby 4 przypadków, gdzie rozpoznanie wahało się pomiędzy: *sclerosis multiplex*, *spondylitis t.b.c.*, *myelitis*, porażeniem Landerz z jednej strony, a guzem rdzeniowym z drugiej strony i dopiero przeprowadzona myelografja pozwoliła ustalić rozpoznanie właściwe. Badania przeprowadzano według Peiper'a i nie spostrzegano żadnych niebezpiecznych następstw. Myelografja winna być przeprowadzana w przypadkach nietypowych, z niejednołitym obrazem neurologicznym i wtedy jest b. cennym środkiem do ustalenia wczesnego rozpoznania, wysokości i rodzaju uszkodzenia rdzenia kręgowego.

St. Luxenburg.

WAGNER — JAUREGG. O swoistem i nieswoistem leczeniu chorób psychicznych (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Z. 117, 1931).

Leczenie porażenia postępującego żimnicą i szczepionką durową uważa Wagner za niespecyficzne, wprowadzie o wiele pewniejsze i stalsze od leczenia pyriferym i sulfaryną, natomiast

niektóre poprawy u schizofreników i innych psychików po tuberkulinie i szczepionkach ropnych jako specyficzne, zwalczające utajone zakażenie gruźlicą lub oral sepsis. Porównawcze badanie na dużych oddziałach psychiatrycznych z przytępnym materiału ostrych przypadków są w tym kierunku niezbędne. Godna podkreślenia jest uwaga Wagner'a, na którą się zgodzi każdy doświadczony lekarz, że nie do jednego kosza rzucać można schizofrenję ostrą, świeżą i przewlekłą, przestarzałą, schizofrenję o typie hebefrenicznym i o typie katatonicznym (co już podkreślał Griesinger. Ref.).

H. Higier.

O. KAUDERS. O postępowaniu następczem po leczeniu porażenia postępującego żimnicą. (Wien. kl. Woch. N. 38, 1931).

Leczenie następcze 5 gr. neosalwarsanu daje 50% wyleczeń klinicznych, tylko 3 gr. — jedynie 34%. Wyniki badania płynu mózgowordzeniowego przebiegają równolegle do zmian klinicznych. Zaraz po przerwaniu gorączki należy zrobić pierwsze zastrzyknięcie (0,3), a potem co trzeci dzień należy zwiększać dawkę do 0,45 i wreszcie do 0,6 neosalwarsanu, aż w 10 zastrzyknięciach zużyje się 5,55 gr. neosalwarsanu. Celem zapobieżenia nawrotowi konieczna jest trzymiesięczna obserwacja kliniczna, połączona z badaniem płynu mózgowordzeniowego. W razie najdrobniejszych objawów (spadek wagi, zmniejszenie się zdolności do pracy, wzmożenie się objawów nerwowych), o ile niemożliwe jest ponowne zastosowanie żimnicy, wtedy należy robić szczepionki durowe (8 podniesień ciepłoty do 38°) z następczą kuracją salwarsanową, ewentualnie leczeniem durem powrotnym lub zarazą szczurzą. Ostatnia metoda daje wysokie podniesienia ciepłoty ze słabo zaznaczonymi objawami ogólnymi.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

J. WILDER. Terapia stwardnienia wieloogniskowego szczepionką angielską (Purves-Stewart). (Wien. klin. Wochenschr. 1931. 30).

W wiedeńskiej klinice neurologicznej Wilder stosował zalecaną przed rokiem (Lancet 51, P.) przez Chevassut i Purves-Stewart'a szczepionkę polisklerotyczną. U 3 chorych stosowano buljon Hartley'a (strawiona przez sok trzustki muskulatura serca), u 5 zaś oryginalną mieszkankę Purves-Stewart'a (mieszanka tegoż buljonu, obcej surowicy ludzkiej i płynu mózgowordzeniowego pacjenta). Poprawy — sądząc z historji chorób — nieznaczne i mało przekonujące, zwłaszcza, gdy brać pod uwagę z jednej strony, że remisje i bez leczenia są w *sclerosis multiplex* częste, z drugiej zaś strony, że terapię szczepionkową poprzedza nakłucie lędźwiowe z obfitym upustem płynu, co wywołuje zazwyczaj u polisklerotyków pogorszenie stanu, a poprawę tego stanu kładzie się chętnie na karb stosowanej surowicy. Autor w tem doniesieniu tymczasowo zapowiada obszerniejszy artykuł, obejmujący tenże materiał.

H. Higier.

O. KAUDERS. Psychiatryczne i neurologiczne następstwa tegorocznej epidemii grypy. (Wien. kl. Woch. N. 36. 1931).

W związku z epidemią grypy roku 1930—1931 przychodziło szczególnie w tak zwanej zaniedbanej lub nawrotowej grypie również i tym razem do częstego występowania psychicznych obrazów chorobowych wszelkiego rodzaju, np. postaci zbliżonych do *delirium tremens*, śpiączkowego zamroczenia z majaczeniami, stanów lękowych o zabarwieniu depresyjnym i całkowicie rozwiniętej amencji. Większość tych schorzeń była przemijająca, często związana z bolesnymi zapaleniami nerwów. Dalej w związku z gripą wystąpiły w 5 przypadkach schorzenia encefalityczne.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn).

FÖRSTER. Wartość metod badania bioptycznych. (Rev. Neur. 1931. T. I. N. 1).

Na podstawie długoletniego doświadczenia autor poleca metodę Neissera-Pollacka (nakłuć mózgu) dla celów rozpoznawczych. Jako jedyne niebezpieczeństwo wchodzić

tu może w grę krwawienie z nakłutego naczynia. Korzyści jednak, zdaniem autora, przewyższają doskonale możliwą szkodę, i dlatego zaleca on stosowanie zabiegu w każdym przypadku nie tylko nowotworu mózgu, ale i innego cierpienia organicznego mózgu. N. Z. Z.

Wskazówki praktyczne.

W leczeniu *zeżączki małych dziewczynek* doskonale usługi oddawały O. Salomono *w pałeczki Partogonu*, zawierające 1,5% azotanu srebra. Stosownie do wieku wprowadza się $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ pałeczki zrana i wieczorem do pochwy, a w razie potrzeby i do odbytnicy (większość autorów stwierdzała w 50% *zeżączki* dziecięcej zakażenie gonokokowe odbytnicy). Przed wprowadzeniem pałeczki zanurza się ją do wody, aby uczynić jej powierzchnię śliską, co ułatwia włożenie pałeczki do pochwy, względnie do odbytnicy. (Med. Welt. 1931, Nr. 30).

P. J. Buchmann zwraca uwagę na mało znany objaw w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego: *rozszerzenia prawej żrenicy*. Objaw ten stwierdził B. w 3500 przypadkach i objaśnia jego powstawanie na drodze układu nerwowego współczulnego. W większości operowanych przez B. przypadków przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego rozszerzenie żrenicy znikało w ciągu pierwszego roku po operacji. (Presse med. 1930 N. 65).

Chinovagin — pastylki chinozolowe — w praktyce gine-

kologicznej, zdaniem K. Welscha, nadają się bardzo dobrze do stosowania przed zamierzonym zabiegiem operacyjnym, jako środek, zapobiegający zakażeniu. Również i w leczeniu upławów pochwowych rozmaitego pochodzenia oddaje dobre usługi. (M. m. W. 1931 N. 23).

F. Ronnefeldt stosował z powodzeniem *w czerwonce amebowej Rivanol* w postaci ławatyw 1 : 2000 do 4000 w celu uspokojenia bólów i parcia na stolec. Po osiągnięciu tego dawał R. dorosłym 4 — 6 pastylek rivanolowych (po 0,025). (Arch. f. Schiffs — u. Tropen — Hygiene 1930 N. 3).

W *owrzodzeniach skóry, oparzeniach, pęknięciach, po wycięciu karbunkułu, w uległych zapaleniu guzów krwawniczych* stosował H. Bruchholz *maść perkainową* następującego składu: *Percain* 1,0; *Liq. Al. formic.* 10,0; *Aq. Hamamelid*, 6,0; *Adip. Lanae anhydr. Paraffin. liquid.* ad 100,0. Przeciwno *swędzeniu (prurit. ani et. vulvae)* dodaje się do powyższej maści mentolu. (M. m. W. 1931, N. 22).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Posiedzenie plenarne z dnia 15 października 1931 roku.

Obecnych osób 31.

1. Komunikaty Zarządu.
2. Budzińska-Tylicka. Odczyt. *Projekt prawa małżeńskiego Komisji Kodyfikacyjnej*.

J. Budzińska-Tylicka referowała projekt prawa małżeńskiego, który Komisja Kodyfikacyjna złożyła w trzecim czytaniu do Min. Sprawiedliwości jeszcze 28.V.1929 r. A więc już prawie $2\frac{1}{2}$ roku leży projekt tego ważnego zagadnienia społecznego, które tak bezpośrednio jest związane z rodziną, z tą podstawą życia zbiorowego, życia społecznego. Do dziś obowiązują bowiem w Polsce trzy prawa małżeńskie, jako zabytki trzech byłych zaborów, co wywołuje chaos i jest przestarzałe pod wielu względami.

Chociaż nas lekarzy interesują w pierwszym rzędzie eugeniczne podstawy prawa małżeńskiego, lecz i zagadnienia, zabezpieczające moralne i społeczne konflikty małżeństwa i rodziny — nie mogą nas nie interesować, co podkreśliwszy, referentka zanalizowała kolejno ważniejsze artykuły projektu prawa małżeńskiego, wysuwając na plan pierwszy zdrowotne żądania przy zawieraniu małżeństw, a więc:

Art. 10 mówi, kiedy nie wolno zawierać małżeństwa:

- a) między dzieckiem a bratem lub siostrą jego rodziców, a także między dziećmi rodzeństwa, jeżeli który z narzeczonych, albo który z rodziców narzeczonego przed jego urodzeniem się przechodził chorobę umysłową;
- b) między osobami, z których przynajmniej jedna jest dotknięta gruźlicą otwartą, chorobą weneryczną w stanie zaraźliwym albo narkomanją;
- c) z małoletnimi, nie mającymi zezwolenia na małżeństwo, prawem przepisanego.

Jeżeli punkt a) jest słuszny z powodu bliskiego pokrewieństwa, a w drugiej części dotyczącej chorób umysłowych jest zbyt może ostry, — to zupełnie niewspółmiernie słabe są żądania i zbyt ogólnikowe, dotyczące gruźlicy, która aż musi być

otwarta, i choroby weneryczne tylko w stanie zaraźliwym, przeto nie powiedziano wyraźnie o alkoholizmie nałogowym, chociaż w innym miejscu (Art. 77), gdy mowa o przyczynach, nadających się do rozważania małżeństwa, t. j. rozvodu — jest tam jasno powiedziane, wśród 14-tu innych przyczyn — pijaństwo oddzielnie, a narkomanja oddzielnie.

Poza zakazem wstępowania w związku małżeński jest osobny art., dotyczący przeszkód do zawierania małżeństw:

- 1) Osoby, pozostające w związku małżeńskim.
- 2) Osoby, pozostające krewnymi w pierwszej linii, — rodzeni i przyrodni ze związków ślubnych, jak i nieslubnych, powinowaci w pierwszej linii.
- 3) Osoby, które nastawały na życie dla wymuszenia małżeństwa lub na życie małżonka drugiej strony.
- 4) Osoby, dotknięte chorobą umysłową nawet w okresie przytomności umysłu. Jednak projekt nie przewiduje świadectw zdrowia, a tylko moralne oświadczenie małżonków.

Ważny jest art. 6, który zapoczątkowuje prawodawstwo dzieci nieslubnych, tych nieszczęśliwych istot, tak do dziś nieuzasadnienie przesładowanych, a mianowicie, art. 6 brzmi: „Jeżeli kobieta jest w ciąży z narzeczonym, który umarł lub zerwał ze słusznych powodów, lub dał słuszne powody, — narzeczona ma prawo do narzeczonego lub jego spadkobierców i do praw majątkowych na równi z żoną, rozłączoną z winy męża.

Dalej mówi dr. Budzińska-Tylicka, że wiek prawny przy zawieraniu małżeństw również nas lekarzy interesuje; projekt Kom. Kodyfikacyjnej żąda dla mężczyzny 20 lat — dla kobiety 17. Uważam, że wiek kobiety, o ile nie jest równy mężczyźnie, to powinien być minimum 18 lat, co odpowiada prawodawstwu o ochronie pracy i w innym zakresie, gdzie do 18 lat nazywa się młodzieżą obojga płci „młodociani”.

Doniosłą reformę wprowadza ten projekt w zakresie zawierania i rozwiązywania małżeństwa. Oto na wzór całego świata cywilizowanego żąda ślubów i rozwodów cywilnych, pozostawiając dowolność zawierania ślubów wyznaniowych, z tem jednak zastrzeżeniem, że ksiądz, dający ślub religijny wyznania, uznanego przez państwo, musi oficjalnie papiery przesłać do odpowiedniego urzędu cywilnego. Zaś separacja, unieważnienie

i rozwód wyłącznie podlegają procedurze świeckiej i są przez sądy przeprowadzane. Rozwód poprzedzać ma 3-letnia separacja małżonków i przewidzianych jest aż 14 punktów, kwalifikujących przyczyny rozwodu.

Ciekawy jest artykuł, który mówi: „Małżonkowie w wieku powyżej 25 lat, którzy nie mają potomstwa, po 3-letnim trwaniu związku mogą bez podawania powodów wystąpić o separację za obopólną zgodą. (Po 3-letniej separacji mogą otrzymać rozwód).

Na zasadzie tego krótkiego przeglądu projektu prawa małżeńskiego referentka stwierdza, że projekt ten ma wiele cech zgodnych z współczesnymi poglądami na potrzeby rodziny, dziecka i kobiety, jako żony i matki; wszędzie widać troskę o dobro dziecka i rodziny, zaś zrównanie w prawach matki z ojcem i zupełne zniesienie jego dotychczasowej supremacji nadaje rodzinie i kobiecie słuszne podstawy sprawiedliwości.

Wprowadzenie nareszcie ślubów i rozwodów cywilnych ma doniosłe znaczenie społeczne, moralne i zdrowotne i wydzwignie Polskę, a w rzeczywistości — była kongresówkę — z zastój obskurantyzmu i tak wielkiej i szkodliwej supremacji kleru wszystkich wyznań. Projekt prawa małżeńskiego trzeba powitać z uznaniem, żądając jednak jaśniejszego ustalenia warunków zdrowotnych przy zawiązywaniu małżeństwa i w tym celu *B u d z i ń s k a - T y l i c k a* zgłosiła wniosek, by zarząd Tow. Med. Społecznej opracował odpowiedni memoriał i przesłał Komisji Kodyfikacyjnej. (Autoreferat).

Rozprawa.

K n a p p e. Powstaje pytanie, kto będzie decydował, czy strony, zawierające małżeństwo, odpowiadają warunkom ustawy. Niema w projekcie mowy o badaniach lekarskich, zresztą, jednorazowe badanie nie jest wystarczające.

Z y l b e r l a s t - Z a n d o w a. Ujęcie gruźlicy musi być ściśle, gdyż gruźlicy stanowią większość ludności. Trudność ustalenia, w jakich warunkach gruźlica stanowi przeszkodę do zawarcia małżeństwa, jest medyczna, prawo ogranicza się do uznania gruźlicy, jako przeszkody, pozostawiając lekarzom dokładne sprecyzowanie postaci i stopnia gruźlicy, która tą przeszkodę stanowi. Następnie *Z. Z.* zapytuje, czy chory umysłowo, który w okresie pozornego zdrowia zawarł małżeństwo, może być za to karany.

O s t r o m ę c k i wypowiada się przeciw przymusowym świadectwom lekarskim. Należy się ograniczyć jedynie do przymusu moralnego: Małżonkowie winni zeznać, że nie wiedzą o istnieniu przyczyn, przeszkadzających do zawarcia małżeństwa, a za niesłuszne zeznania mogą być karani. Świadectwa lekarskie niezawsze bywają dokładne i słuszne, stanowiłyby tylko jeszcze jedną formalność. Ewentualnie byłoby niezbędne stworzenie specjalnego lekarskiego ciała orzekającego.

J u s t m a n. Wymagań eugenicznych nie możemy posuwać zbyt daleko, gdyż to doprowadziłoby do niewykonalności ustawy. W naszych warunkach ekonomicznych i społecznych, wobec nędzy mieszkaniowej, bezrobocia, brudu i głodu zbyt daleko posunięte wymagania co do zdrowia kandydatów do stanu małżeńskiego są w jawnej sprzeczności z warunkami życia. Usunąć otwartą gruźlicę z izb, gdzie niekiedy gnieździ się kilka rodzin, odżywiający i ubierający dzieci nędzy, to wtedy będziemy mieli prawo stawiać wysokie wymagania w sensie zdrowia przyszłych ojców i matek. Natomiast należy utrzymać przymus świadectw lekarskich przedślubnych, bo bez względu na ich wartość wpajają one w społeczeństwo przeświadczenie o znaczeniu stanu zdrowotnego rodziców i wpływie ich na potomstwo. Bez tego przymusu nikt prawie o te świadectwa troszczyć się nie będzie.

S r e b r n y. Proponuję zastąpienie pojęcia gruźlicy otwartej przez gruźlicę czynną. Prosi prelegentkę o opracowanie dla Zarządu P. Tow. Med. Społ. odpowiednich wniosków celem opracowania memoriału.

Sekretarz: *J u s t m a n*.

Zrzeszenie Lekarzy Rz. Polskiej.

137 Posiedzenie kliniczne

z dnia 26 maja 1931 r. pod przewodnictwem D-ra *B l a y a*.

A) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

B) *P o k a z y*:

1) *J. L u x e n b u r g i J. P e n s o n*. *Przyp dek cierpienia wielostawowego*.

Chory lat 24, z zawodu elektrotechnik, zgłosił się 29. IV. 1931. na oddział d-ra *J. L u x e n b u r g a*. Choruje od roku.

W ciągu 6 miesięcy odczuwał nieznaczne bóle prawej pięty, rąk i nóg. Stopniowo bóle nasilały się, zlokalizowały się w okolicy kostek obu nóg, dołączyły się bóle obu dłoni, które obrzękły na powierzchwni grzbietowej. Zachorował na grypę, przez parę dni gorączkował do 41°. Po grypie sprawa stawowa pogorszyła się, chory czuł, że obie ręce i nogi słabną, tak, że musiał przerwać pracę. Następnie dołączyła się bolesność w obu stawach śródreżca i obu kolanach. W ciągu choroby schudł. Przed rokiem służył w wojsku.

Chory bladej, wychudzony. Obie ręce osłabione, chory nie może ucisnąć podanej dłoni. Stawy obu nadgarstków obrzmiały, przy dotyku, ruchach czynnych i biernych bolesne. Dłonie ustawione szponowato, palce nieco zgięte. Stawy kolanowe obrzmiały, głównie prawy. Skóra nad stawami niezaczerwieniona, chębotania nie stwierdza się. Chód utrudniony, bolesny. Skąpe uwłosienie twarzy — zarost tylko na podbródku, uwłosienie sromu typu kobiecego. Powiększenie gruczołów szyjnych, pachowych, łokciowych (wielkości dużej fasoli) oraz pachwinowych (wielkości orzecha włoskiego). Śledziona macalna na 1 palec z pod łuku żebrowego. Odruchy ścięgnowe wzmożone. Czucie dotyku, bólu i temperatury zachowane. W czasie pobytu w szpitalu tmp. wieczorna 37.2—37.3°, ranna — poniżej 37°. Mocz bez zmian. We krwi leukocytoza 8.000—12.000, wzór bez zmian. Odczyn *W a s s e r m a n n a* we krwi — ujemny. Badanie rentgenowskie: zwężenie szpar wszystkich stawów dłoni z nieznacznym odwarpnieniem kości dłoni i nieznacznie wyrosłami kostnymi na kościach garstkowych; takie same zmiany w stanie kolanowym; staw barkowy bez zmian; przyściśnięcie szczytów obu płuc, rysunek węzkowy wzmożony: *spina bifida occulta* L₅ i S₁. Badanie krwi na zawartość kwasu moczowego po 4 dniach diety bezpurynowej wykazało 88 mgr. %/00, czyli dwa razy więcej, niż normalnie; badanie to powtórzone trzykrotnie; natomiast z moczem wydzielal chory 0,5 gr. na dobę (nieco mniej od normy). Chorego leczono preparatami salicylowymi, wlewami dożylnymi atophanylu bez wyraźnej poprawy; obecnie leczony jest metodami fizykalnymi.

L u x e n b u r g uważa przypadek za ciekawy ze względu na tak młody wiek chorego oraz ze względu na hiperurikemję. Zmiany stawowe, wykazane za pomocą promieni *R o e n t g e n a*, należą w dniu do rzadkości, częste są natomiast w sprawach stawowych zapalnych: *arthritis tuberculosa*, *arthritis deformans*. W daleko posuniętych sprawach obraz rentgenowski nie może służyć do rozpoznania różniczkowego. Za dną przemawia łagodny przebieg, początkowa tarsalgia oraz bóle kręgosłupa. Jednak wobec młodego wieku, stałych wahań ciepłoty, wychudzenia, powiększenia gruczołów, braku artretyków w rodzinie, należy rozpoznać jedną z zapalnych postaci typu *P o n c e t a*, a mianowicie: postać reumatyczną u osobnika gruźliczego o przebiegu podostym bez zmian w sercu, ze skłonnością do zeszytwnień, gdzie salicyl zostaje bez wpływu. Poza tym prawie nic nie przemawia za zmianami w układzie dokrewnym, jakoteż za pochodzeniem kiłowym (autoreferat).

H. J. L a n d a u zwraca uwagę, że sprawę mogłoby wyjaśnić badanie krwi na prątki gruźlicze metodą *L ö w e n s t e i n a*, którymś udaje się b. często w tych przypadkach wyhodować prątki. Metoda ta, ostatnio wprowadzona, oddaje nader cenne usługi.

K a h a n nie myśli o dniu, która jest sprawą rodzinną. Zapytuje o odczyn *B i e r n a c k i e g o*, wzór krwi, zachowanie się serca, stan jamy ustnej. Możliwe, że chodzi tutaj o mieszaninę sprawy gruźliczej z septyczną (oral sepsis).

R a j m a n zapytuje, czy chory był leczony salicylem i jak nań reagował.

H i g i e r ma wrażenie, że jest to łagodna *polyarthritis rheum. subac.* lub też postać *P o n c e t a*. *Arthritis urica* bywa rzadko w tym wieku, rzadko powoduje tak szybko tak rozległe zmiany, rzadko przebiega z gorączką; zajęte są przy niej duże stawy.

W odpowiedzi *J. L u x e n b u r g* podkreśla, że nie mówił o narządach, których stan był normalny, a więc: migdałki były bez zmian, jeden ząb był zepsuty, ale trudno było wiązać ten fakt ze sprawą stawową. Oczywiście, niezbędna jest dłuższa obserwacja i badanie w kierunku zarówno gruźlicy (metodą *L ö w e n s t e i n a*), jak i dny (zastrzykiwania kwasu moczowego).

2) *J. L u x e n b u r g i J. M i r o n*. *Przypadek zapalenia żyły wrotnej*.

Chora l. 24 w miesiąc po kleszczowym porodzie zaczęła gorączkować, miała dreszcze i poty; po 10 dniach dostała ściskania w dolku podsercowym, mdłości, krwawych wymiotów i czarnych stolców. Jako podejrzaną o wrzód żołądka, umieszczono chorą na oddziale chirurgicznym, gdzie stwierdzono bladłość, obecność niedużej ilości płynu w jamie brzusznej, powięk-

szenie śledziony, wobec czego przeniesiono ją na oddział L u x e n b u r g a. Tutaj przez 3 dni brzuch się bardzo szybko powiększał, temperatura stale wynosiła 37°. Przed 5 laty dolegliwości żołądkowe z czarnymi stolcami, przed 8 laty, rzekomo, zimnica; przed 3 laty po usunięciu zęba uporczywe krwawienie; po skaleczeniu się trudno było zatamować krwawienie. W rodzinie nikt nie krwawi.

Chora bardzo blada, na powłokach kilka wynaczynień. Serce — granice powiększone, szmer skurczowy na koniuszku, zaakcentowanie II tonu nad tętnicą płucną. Brzuch wysklepiony, wolny płyn w jamie brzusznej, śledziona dochodzi do linii pępkowej, twarda; wątroba niemacalna. Kończyny dolne nieobrzękle. Stan podgorączkowy. Moc bez zmian. Krew: czerwonych ciałek — 1.610.000, hb — 21%, szkażnik — 0,65, białych ciałek 1.700, w tem obojętnochłonnych 68%, kwasochłonnych 1%, limfocytów 29%, monocytów 2%, w rozmazie: pojedyncze normoblasty, mierna anizocytoza, poikilocytoza, brak trombocytów; czas krwawienia normalny, krzepnięcia 15 min. Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi ujemny; posiew ze krwi wypadł ujemnie.

Na oddziale brzuch w ciągu 5 dni powiększał się, dochodząc do 103 cm. obwodu, potem zaczął się zmniejszać, co może zależeć od zastrzyknięcia adrenaliny, wykonanego dla celów dowodzących; obecnie obwód brzucha wynosi 89 cm. Rozpoznano zakrzep żyły wrotnej i prawdopodobnie śledzionowej na podstawie ostrego początku, bólów i ściskania w dołku, wymiotów krwawych i biegunki, ostrej puchliny brzusznej przy braku obrzęków kończyn i braku objawów nerkowych. Pozatem chora przedstawia zespół małopłytkowości. Przebieg jest naogół pomyślny; trudno orzec, czy poprawa jest samoistna, czy też uwarunkowana leczeniem. Chora dostaje kofeinę, dietę wątrobową, raz miała zrobione zastrzyknięcie adrenaliny, po którym obwód brzucha zmniejszył się, a diureza wzrosła do 2.500 cm³ na dobę (autoreferat).

J. L u x e n b u r g zaznacza rzadki zespół zakrzepu u osoby, która oddawna ma w wywiadach objawy niedokrwistości aplastycznej, najwidoczniej typu nawrotowego: obfite krwawienia po skaleczeniu, usunięciu zęba, krwotoki żołądkowe i kiszki, uważane za objawy wrzodu żołądka. Ostra puchlina brzuszna bez objawów zapalnych otrzewny u chorej wskazuje na zakrzep żyły wrotnej; niewylączone jest zajęcie żyły śledzionowej, oddawna istniejące (duża śledziona, małopłytkowość) z nawrotami jej drożności. Zastrzyknięcie adrenaliny u chorej wywołuje po 15 min. powiększenie liczby białych ciałek z 1.300 na 5.000, tylko na kilkanaście minut, co można tłumaczyć podrażnieniem całego układu chłonnego. Momentem przyczynowym dla zakrzepu był połów ze zmianami krwi i odżywiania ścian naczyń.

W dyskusji S z o u r przypuszcza, że zakrzep nie dałby tak szybko wodobrzucha; ustąpienie jego tłomaczyłby nie kanalizacją, lecz przepchnięciem zakrzepu. W niedokrwistości aplastycznej muszą być zmiany w ścianie naczyń.

U z d a ń s k i zna chorą, u której przed 8 laty stwierdził dużą śledzionę; zmian we krwi wtedy nie było.

L u x e n b u r g w odpowiedzi podziela pogląd S z o u r a: zimnica nie tłomaczy dużej śledziony, gdy niema monocytów i nie znaleziono pierwotniaków nawet po zastrzyknięciu adrenaliny.

3) B. K a r b o w s k i i S a l a m o n (Ottock). *Przypadek krwotoków płucnych niegruźliczego pochodzenia.*

Chora lat 12 została skierowana do sanatorium „Brijus” z powodu krwotoków płucnych celem nałożenia odmy. Badanie fizykalne i rentgenowskie przemawiało za obecnością jamy w dolnym płacie, jednakże kilkakrotne badanie płwociny nie wykazało obecności prątków. Mimo to nałożono odmě, po której krwawienie się jeszcze wzmoгло. Ponieważ dodatkowe wywiady wykazały, że dziewczynka kiedyś połknęła guzik, postanowiono wykonać badania celem stwierdzenia, czy w oskrzelach znajduje się obce ciało. Wychodząc z założenia, że bronchografia jest przeważnie u dzieci zabiegiem mniej przykrym, niż bronchoskopia, wprowadzono 15 cm³ 20% jodipiny do prawostronnych oskrzeli. Analizując rentgenogramy, można było z dostateczną pewnością wykluczyć obecność ciała obcego w oskrzeli. Stwierdzono natomiast jamę wielkości orzecha włoskiego o prawidłowych zarysach. Po 2 dniach stwierdzono u chorej znaczną poprawę: odpluwanie znacznie się zmniejszyło i przykry, mocno cuchnący zapach płwociny prawie że zniknął. Chora poczuła tak znaczną poprawę, że domagała się powtórnego wprowadzenia jodipiny. Przedtem została dokonana bronchoskopia, która nie wykazała obecności ciała obcego w oskrzeli, stwierdzono natomiast w ujściu oskrzela śródkowego ziarninę,

która przy dotknięciu wacikiem krwawiła. Obecności ziarniny w oskrzeli przypisać należy częstą domieszkę krwi w płwocinie; obfite krwotoki, spostrzegane u chorej, były prawdopodobnie wywołane przez nadżarcie naczyń w jamie ropnia. Wobec niewątpliwie leczniczego wpływu jodipiny na sprawę płucną u chorej, wprowadzono trzykrotnie w odstępach dwutygodniowych po 10 cm³ jodipiny. Odpluwanie zupełnie ustało, kaszel bywa tylko zrana, mało dokuczliwy, ogólny stan wykazuje znaczną poprawę. Badanie fizykalne wykazuje obecnie stłumienie i oddech oskrzelowy tuż pod kątem prawej łopatki (autoreferat).

W dyskusji G l e i c h g e w i c h t stwierdza, że przypadek jest niejasny: S a l a m o n mówił o ciele obcym (guzik), K a r b o w s k i — o ropniu płuc. Pierwsze zdjęcie rentgenowskie nie wykazuje zmian gruźliczych poza rozszerzeniem wnęki; dlaczego więc zakładano odmě?

K a h a n stwierdza, że S a l a m o n nie wyjaśnił, czy chora guzik połknęła czy też się nim zachłysnęła. Pochodzenie ziarniny i wogóle cały przypadek są niejasne.

T u r y n pyta o ostatnie zdjęcie i o rokowanie w tym przypadku.

S z o u r stwierdza, że metoda dipjodolowa nabiera praw obywatelstwa leczniczego; chodzi w niej o działanie jodu.

G r y n k r a u t uważa, że i w l, i w ostatnim zdjęciu stwierdza się obecność ciała obcego.

R o z e n g a r t e n ó w n a zapytuje o objawy fizykalne; u dzieci rozszerzenia oskrzeli dają często krwotoki.

W odpowiedzi S a l a m o n stwierdza, że odmě założył naskutek rozpoznania, postawionego w Warszawie przez klinicystę i rentgenologa. Przerwał odmě, gdy mu przedstawiono stare zdjęcia, na których stwierdził ciało obce.

K a r b o w s k i uważa, że stwierdzenie ciała obcego w obrazie rentgenowskim jest trudne; należałoby robić zdjęcia klatki piersiowej w rozmaitych ustawieniach. Ropnie płuc i rozstrzenie oskrzeli dają krwotoki. Ten obraz nie przypomina rozstrzeni, lecz ropień, który powstał po przebytem przed rokiem odoskrzelowym zapaleniu płuc. Bronchoskopia daje dobre wyniki lecznicze w ropniach płuc.

C) O d c z y t:

A. F r y s z b e r g: *O zapobieganiu ciąży i czasowej bormalnej sterylizacji ustroju żeńskiego.*

Sprawa zapobiegania ciąży stała się tematem aktualnym zarówno u nas, jak i zagranicą. Zapobieganie ciąży jest uważane jako jedyny racjonalny środek, prowadzący do rozstrzygnięcia zagadnienia regulacji urodzeń. Zniesienie karalności poronień, jak niektórzy myślą, sprawy tej nie rozstrzygnie, gdyż pozostanie to samo, co jest teraz, z tą tylko różnicą, że przedtem robiło się sztuczne poronienia nielegalnie, w razie zaś zniesienia karalności poronień będzie się je robiło legalnie, natomiast skutki i następstwa poronień pozostaną te same, gdyż przerwanie ciąży nie jest zabiegiem niewinnym i dobrze przez kobietę znoszonym. Zagadnienie zapobiegania ciąży rozmaici badacze w rozmaity sposób starali się rozstrzygnąć. Chirurgiczna sterylizacja, polegająca na podwiązaniu jajowodów, jest rzadko stosowana; zarucona została też sterylizacja za pomocą promieni R., proponowana kilkanaście lat temu przez G a u s s a, gdyż okazało się, że potrzebna dawka naświetlań znajduje się na granicy stałej niepłodności, co mija się z celem. To samo dotyczy się radu. Poznanie czynności i wpływu na ustrój gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu było podstawą nowych prób i doświadczeń. L. H a b e r l a n d t, biorąc za podstawę swoich badań czynność jajnika podczas ciąży, implantował taki jajnik morskim świnkom i królikom i osiągał w ten sposób czasową niepłodność do 3—4 miesięcy. Te same wyniki otrzymywał, wstrzykując wyciągi z jajników ciężarnych zwierząt („Ovarialopton” Merck) i wyciągów z łożyska („Placentapopton” Merck) oraz przez doustne podawanie łożyska. Sposobami temi wywoływał zahamowanie jajeczkowania, bez którego zajście w ciążę jest niemożliwe. Ta okoliczność, że w łożysku znajduje się hormon, hamujący jajeczkowanie i, że przez doustne podawanie preparatów łożyska u zwierząt laboratoryjnych osiąga się cel, skłoniło H a b e r l a n d t a i innych do przeniesienia tych badań na kobiety. Z inicjatywy H a b e r l a n d t a firma „Richter” dostarczyła preparat w postaci kołaczyków pod nazwą „Infecundine”, który zawiera hormon, hamujący jajeczkowanie. Szerszemu ogółowi preparat ten jeszcze nie jest dostępny — badania są w toku — prowadzi je H a b e r l a n d t i Dr. O k i n c z y c w Rosji. Prolan B., jak wiadomo, wywołuje luteinizację jajnika — przez przedawkowanie go wywołuje się

wzmoczoną luteinizację i w ten sposób zahamowanie owulacji i czasową niepłodność w sensie H a b e r l a n d t a. Czasową niepłodność można jeszcze osiągnąć, zastrzykując do ustroju nasienie męskie, które powoduje wytwarzanie się spermatotoksyn i odporność na ciążę. Surowica tej krwi agglutynuje plemniki. Rosyjscy badacze stosują spermoimmunitet u kobiet, przyczem wprowadzają się do ustroju hetero- i izogenne, żywe i martwe plemniki. W tej chwili w przychodniach rosyjskich stosuje się dla zapobiegania ciąży heterogenne martwe plemniki — wyniki są zadawalające. Owulacja i miesiączkowanie odbywa się tu prawidłowo — co jest przewagą nad metodą hormonalną. Określony został standart i opracowana jest technika zastrzykiwań.

T u c h n o w stosował z dobrym wynikiem passywny spermoimmunitet, wstrzykując surowicę uodpornionego zwierzęcia. C h u d a k o w s k i przygotowywał surowicę antyhormonalną przez wszczepienie do ustroju embrionów jajnika lub łożyska; otrzymywał w ten sposób przeciwciała swoiste, skierowane przeciw ciąży.

Zapobieganie ciąży można jeszcze osiągnąć zapomocą środków ochronnych, których jest bardzo wiele. Są one jednak niechętnie przez kobiety używane, gdyż często zawodzą, połączone są z przykrą procedurą w użyciu, i większość z nich jest szkodliwa dla zdrowia. Sterylizację można też wywołać u mężczyzny zapomocą chirurgicznego podwiązania przewodów nasiennych — okazało się też, że przez wprowadzenie do ustroju męskiego hormonu płciowego żeńskiego zahamowana jest spermatogeneza. *Coitus* odbywa się prawidłowo, w preparatach zaś histologicznych brak plemników.

Czy w przyszłości zapobieganie ciąży odbywać się będzie na drodze hormonalnej, czy też zapomocą metod biologicznych (spermoimmunitet), czy też zapomocą idealnych środków ochronnych, w każdym razie jest tu dla lekarzy pole dalszych badań, gdyż wiedza lekarska czyni tu dopiero pierwsze kroki (autoreferat).

Z j a z d y

Zjazd Lekarski w Karlsbadzie.

(Wrzesień 1931 r.).

Tematy, poruszone na odbytym niedawno zjeździe lekarskim w Karlsbadzie, dotyczyły ważnych zdobyczy naukowych i zagadnień z dziedziny medycyny wewnętrznej. Większość ich poruszała aktualne i ważne dziś problemy z dziedziny żywienia, chorób narządów trawienia, krążenia, kwestji badania i dochodzenia przyczyn raka i wielu innych.

Szereg odczytów rozpoczął prof. P l e t n i e w z Moskwy na temat: „K a r l s b a d i p o d o b n e d o n i e g o z d r o j o w i s k a w l e c z e n i u c h o r ó b s e r c a”. Przypomniał, że do roku 1855-go panowała w medycynie zasada, że wszelkie kąpiele zabronione być winny w chorobach serca. Wtedy dopiero pierwszy zwrócił na to uwagę prof. B e n e k e z Nauheim, że kąpiele kwaso-węglowe nie tylko nie szkodziły chorobom sercowym i reumatyzmowi, ale przeciwnie przynosiły wielką korzyść. Działanie kąpieł rozciąga się nietylko na samo serce, jako na narząd, ale na tkanki wogóle. Chorzy na serce winni być leczeni kąpielami, o ile występują u nich objawy niedomogi, t. j. dekompensacji. Pierwsze oznaki niedomogi serca występują ze strony wątroby i śledziony. Widoczne objawy — obrzęki — to zjawiska późniejsze. W dekompensacji zmieniona jest czynność wątroby, a mianowicie upośledzona jest wydzielanie cukru, zwolniona przemiana azotowa, tak, że w krwi powiększa się poziom cukru i azotu. Wątroba prawidłowa wydziela substancje, pobudzające serce, a upośledzona w swej czynności wydziela ich mniej, serce słabnie, a potem i wątroba, i tak jedna wada wzmacnia drugą. Ciśnienie wysokie w układzie naczyniowym jest zmianą biologiczną w układzie krążenia. Ale trwałe wysokie ciśnienie może być i bez zmian w drobnych naczyniach nerek i innych narządów. Niedostateczna czynność serca, wywołana wysokim ciśnieniem, winna być leczona nie z pomocą kąpieł kw. węglowych, które wzmacniają jeszcze więcej pracę serca, lecz drogą ulżenia organizmowi z pomocą picia wód mineralnych w rodzaju Karlsbadzkiej. W ten sposób usuwamy przeszkodę, która wywołała wzmożone ciśnienie. Z wód tych P l e t n i e w a wynika, że opaczna byłaby zasada, gdybyśmy każdego chorego na serce chcieli leczyć ką-

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

S o u l a s zwraca uwagę na posiedz. tow. lek. szpit. paryskich (Pr. méd. N. 86) w październ. r. b. że najlepszą metodą rozpoznawania raka oskrzelowo-płucnego jest wzziernikowanie oskrzeli. Na podstawie 10 spostrzeżeń uważa S. za objawy typowe: guz wrzodziejący, mały guzik lub rozlane przekrwienie, nacieczenie, krwawiąca śluzówka i przedewszystkiem ograniczenie lub brak ruchów oskrzelowych.

Na tem samem posiedzeniu R i s t i V é r a n opisują zanik piersi u kobiet, leczonych odma, zakończoną wyleczeniem. Na 90 takich chorych u sześciu stwierdzili oni zanik piersi po tej stronie, po której była uprzednio odma. Odpowiednia połowa klatki piersiowej była wciągnięta, pierś zaś nietylko była zmniejszona, lecz znacznie mniejsza. Najczęściej miano do czynienia z płynem poodmowym. Najprawdopodobniej przyczyna jest miejscowa i nie może być mowy o sprawie wewnątrzwydzielniczej. Być może, że zanik zależy tu od wpływu nerwów międzyżebrowych, zawierających włókna nerwu sympatycznego.

L é o n B e r n a r d, M a r i e i A n c h e l cytowali również na tem posiedzeniu przypadek raka pierwotnego płuca i opłucny z eozynofilią opłucnową. W płynie krwawym opłucnowym stwierdzono 50% eozynofili. Zarówno obecność płynu w opłucnie, jak i wysoka eozynofilia były krótkotrwałe. Wniosek z tej obserwacji jest ten, że dawne twierdzenie D i e u l a f o y, jakoby cechą charakterystyczną wysięków opłucnowych rakowatych był brak eozynofili, jest nieślusne.

R a i l l i e t, D e l a t t r e, G i n s b o u r g i N i c o l l e spostrzegali (Pr. méd. N. 86), przypadek anginy nekrotycznej z niedokrewnością, zespołem krwotocznym i hipogranulocytozą, zakończony śmiercią, u chorej 30-letniej, długi czas leczonej arsenikiem. Leczenie radem, stosowanym w ciągu 3 dni na przedudziu, udach i kościach ramieniowych podniosło liczbę ciałek białych z 500 na 700 i liczbę wielojądrowych z 17 na 18, co okazało się niewystarczającym do podtrzymania życia.

pielami kw. węglowemi. Liczni są właśnie chorzy na serce, których leczenie polegać winno na ulżeniu w kierunku kiszek i nerek.

Prof. B. P r u s i k z Pragi mówił „O wpływie dużych ilości płynu na krążenie krwi”. Tylko wszechstronne badanie czynności krążenia umożliwia ocenę zmian — po szybkim wypiciu całego litra Mühlbrunna. Pobieżne badania, zwykle stosowane w praktyce lekarskiej, jak: obliczanie pulsu, określanie ciśnienia krwi nie wykazały zmian specjalnych. Ale badania dokładniejsze z pomocą elektrokardjogramu i R o e n t g e n a wykazały już po dwóch godzinach wyraźne zmiany. Najwyraźniejsze zmiany spostrzec można było w przypadkach marskości wątroby, miażdżycy naczyń nerkowych, w zwyrodnieniu mięśnia sercowego i w wadach serca. Dla praktyki wynika z tych doświadczeń, że nagłe obciążenie płynem jest dla serca osłabionego niebezpieczne. W przypadkach tych należy być ostrożnym ze stosowaniem wód mineralnych do picia.

Profesorka M a i e r - G o l l w i t z e r z Berlina, mówiąc o „obwodowym krążeniu krwi”, położyła nacisk na to, że w krążeniu nietylko serce ma zadanie doprowadzenia krwi do naczyń, przyczem wykazuje wielką zdolność przystosowania się. Dopływ krwi do serca jest kierowany krążeniem obwodowym. A przedewszystkiem łożysko żyłne rozszerza i zwęża się na zmianę. Następnie krążenie obwodowe reguluje dopływ krwi do narządów. I nie tylko ilość, ale i ciśnienie krwi jest stąd uzależnione. Regulacja ta odgrywa wielką rolę szczególnie w naczyniach krwionośnych narządów czułych: mózgu i nerek. Naczynia włosowate — to narząd oddychania wewnętrznego. Przystosowanie się powierzchni i wymiany w naczyniach włosowatych jest niezmiernie ważne. Od zaburzeń krążenia obwodowego zależy wysokość ciśnienia tętniczego. W zmęczeniu i po obfitem jedzeniu mniejsze jest zaopatrzenie w krew narządów. I stany skurczowe w naczyniach wywołać mogą zaburzenie w krwioobiegu, porażenia nerwów i naczyń upośledzając krążenie. Jeśli w jakimkolwiek organie krew zatrzymuje się zbyt długo, to narząd dany niema z tego pożytku. I zapaść w jej najrozmaitszych postaciach wynika także z przeszkód w krążeniu.

Leczenie tych zaburzeń obwodowych w krążeniu polega

na wpływie bezpośrednim na naczynia obwodowe drogą terapij fizykalnej z pomocą kąpeli, ciepła w rozmaitej postaci, masażu. W przypadkach zastoinowych ważną jest rzeczka wysokie ułożenie narządów przepełnionych i założenie opaski tamującej, by ułatwić przyływ krwi z narządów, przepełnionych krwią, do zawierających jej mniej.

Po raz pierwszy brała udział czynny w Kursach Karlsbadzkich, jako prelegentka, lekarka i spełniła swe zadanie znakomicie. Z wielkiem zainteresowaniem wysłuchano jej odczytu.

Prof. Dr. Manson-Bahn z Londynu zdał krótką relację z życia i czynów Sir Patricka Mansona, a jednocześnie mówił na temat „początków i genezy medycyny podzwrotnikowej”. Sir Patrick Manson, który tak wielkie zasługi położył dla spraw medycyny podzwrotnikowej, przybył do Chin w r. 1870 i z wielkiem zainteresowaniem oddał się studjom nad chorobami, które trapiły najwięcej Chińczyków, a mianowicie, nad: słoniowatym spotwornieniem skóry (*elephantiasis*) i nad trądem. Jemu to zawdzięczamy odkrycie, że robak obleniec we krwi ludzkiej stanowi przyczynę słoniowaciny. Biologja tego robaka dokładnie została przez niego zbadana. Badania te były bardzo utrudnione z tego powodu, że sekcje w Chinach są niemożliwe. Jego działalności też ma do zawdzięczenia powstanie Towarzystwa Lekarskiego w Hongkongu i Szkoły Lekarskiej, która była początkiem późniejszego uniwersytetu. Czynem jego naukowym było właśnie opisanie choroby Sprue i badania podstawowe w dziedzinie badań nad malarią. W Anglii Sir Patrick Manson stworzył instytut medycyny podzwrotnikowej w Londynie. Zmarł w roku 1922.

Trzeci dzień zjazdu odbywał się pod znakiem ważnych aktualnych zagadnień współczesnych, dotyczących spraw: żywienia i badań nad rakiem. W pierwszym rzędzie prof. Jansen z Amsterdamu mówił: „O nowych badaniach lekarskich w dziedzinie żywienia”.

Klasycznej nauce o żywieniu przybywa nowy rozdział, który traktuje o witaminach. Mamy dotychczas ich już sześć, które ze ścisłą dokładnością są zbadane. Ich właściwości i obecność w naszych pokarmach i żywności, ich brak i spowodowane tem choroby są dziś dokładnie znane. Zresztą, zwykle nasze pożywienie codzienne zawiera wszelkie witaminy. W istocie tylko w porze zimowej części składowe naszego pożywienia, nasze potrawy nie zawierają w dostatecznej mierze witamin A. Brak ten wywołuje pewne choroby oczu. Nowsze badania wykazały też znaczenie obecności w pokarmach nieznacznych ilości miedzi i jodu.

Następnie „O żywieniu i raku” mówił prof. Caspari z Frankfurtu. Wielokrotnie słyszeć się daje zdanie, że pewne sposoby żywienia, a specjalnie jaskrawe zmiany w rodzaju pokarmów sprzyjają rozwojowi cierpień rakowatych. Nie są to wprawdzie jeszcze fakty dowiedzione, ale pewne dane za tem przemawiają, jak np. sprawa wstrząśnienia równowagi witaminowej. Prof. Caspari podniósł też znaczenie dla sprawy powstawania raka w organizmie ludzkim — wprowadzenia doń z pokarmami zwierzęcych pasorzytów jelitowych. Z tego powodu przestrzega ostro przed obfitem spożywaniem stawy zwierzęcej i roślinnej w stanie surowym. Szczególnie przestrzega przed pokarmami, które na polu z naturalnym gnojeniem stykają się na gruncie bezpośrednio z nawozem i które na swej powierzchni łatwo pokryte mogą być pasorzytami i ich jajami. Do pokarmów tych należą przede wszystkim sałata, nieobrana rzodkiew i truskawki. Wspomniał też prof. Caspari o wpływie diety na przebieg choroby u ludzi, dotkniętych rakiem. W przypadkach tych zaleca on dietę skąpą i, o ile możliwości, ogranicza pokarmy węglowodanowe, jako zawierające witaminy, przyspieszające rozrost tkanki rakowej. Prócz tego wyłącza z pokarmów: wątrobę, nerki, rosół, żółtka jaj, pomidory, jarmuż i szpinak. Tłuszcze zwierzęce w ilościach dużych nie sprzyjają rozrostowi guzów rakowych, ale chorym na raka należy przede wszystkim zalecać i podawać tłuszcze roślinne, ponieważ wyraźnie dowiedziony jest ich wpływ, tamujący rozrost nowotworów.

Cały szereg odczytów, poświęconych chorobom narządów trawienia, rozpoczął prof. Boas z Berlina odczytem „O wynikach leczenia owrzodzeń żołądka i kiszek: chwilowych i trwałych”. Ten mistrz gastrologji, który zna i tworzył naukę o chorobach żołądka od jej kolebki, opisał drogi, jakimi ona kroczyła. W leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy należy poszukiwać przyczyny tych cierpień. Obecnie upatruje się pewien stosunek wzajemny pomiędzy owrzodzeniami temi a katarem żołądka i kiszek, z którym mają one wiele wspólnego. Należy jednakże, według Boasa, brać zawsze pod uwagę i stan organizmu (konstytucja), tryb życia chorego, jego dziedziczność, urazy i t. d. Przed laty 50-ciu istniało tylko jedno leczenie wrzodów żołądka i dwu-

naście i polegało na odpowiednim żywieniu chorych i leżeniu w łóżku. W czasach ostatnich zastąpiono tę metodę leczniczą stosowaniem niektórych środków leczniczych. Najważniejszą w leczeniu — to wyniki trwałe, i to się poznaje, badając zawartość kiszek na obecność krwi. Krew, jeśli nawet niewidoczna gołym okiem, tak zw. utajona, wykryta z pomocą dokładnych badań analitycznych, dowodzi nawrotu choroby. Obok leczenia owrzodzeń należy mieć na względzie usposobienie do ich powstawania.

Prof. van d. Reis (Gdańsk) mówił o postępkach w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kiszek cienkich. Sondowanie dwunastnicy nie wystarcza do rozpoznania przebiegu trawienia w niżej położonym odcinku kiszek. Dla zbadania cienkiej kiszkii ważną pomocą jest sonda kiszkowa, by móc w każdej fazie trawienia wydobąć materiał (treść kiszek) do badania z właściwego miejsca. Dotychczas musieliśmy zadawać się badaniem wydzielin.

Sondowanie kiszek odbywa się z pomocą długich sond, które nasycone są materiałem, ułatwiającym badanie Roentgenem. Wskazane przez prelegenta długie sondy umożliwiają przepłukiwanie kiszek całkowicie i wkraplanie pewnych środków leczniczych do miejsc oznaczonych z pominięciem ust i żołądka. Te płukania i zraszania okazały się skuteczne w całym szeregu chorób. A wprowadzenie lekarstwa wprost do określonego miejsca kiszek daje dobre rezultaty w wypędzaniu robaków: tasiemca i glisty.

O glistcie, jej biologji i klinice wygłosił specjalny odczyt prof. Fülleborn z Hamburga, dyrektor instytutu chorób podzwrotnikowych. Glista jest u nas b. ważnym pasorzytem kiszkowym, ale w krajach ciepłych zdarza się jeszcze częściej. Powiększenie się liczby glist zależy zapewne od modnego dziś upodobania do surowizn, do których dostają się one na drodze gnojenia. Jej miejscem ulubionem jest kiszka cienka, gdzie w pewnych okolicznościach może wywołać niedrożność i zamknięcie jelić. W ogólności nie dostaje się ona do żołądka, w którym środowisko kwaśne jej przeszkadza. Zdarza się tylko niekiedy, że, dostawszy się do żołądka, wywołuje chęć wymiotów i przez usta wychodzi. Glista ma skłonność do wciskania się do otworów największych i wchodzi nawet do kanału nosowółowego. I do dróg żółciowych przedostaje się i jest powodem powstawania kamieni żółciowych. Glista wydziela z siebie substancje trujące. Ale naogół jest ona uważana jako pasorzyt niewinny, który nie powinien być jednakże przez lekarza lekceważony. Najwięcej znanym środkiem przeciwko glistcie jest santonina, która nie zabija robaka, tylko na pewien czas go obezwładnia; usunięcie zaś jego następuje z pomocą środków czyszczących.

„O społeczno-higienicznym znaczeniu konstypacji u kobiet” — b. ważne i interesujące wywody w tej sprawie przedstawił prof. Liepmann z Berlina. Konstypacja u kobiet — to niezwykle częste i szkodliwe zjawisko. Dokładna znajomość anatomji narządów, mieszczących się w małej miednicy, znakomicie to zjawisko objaśnia. Różnica, jaka tu zachodzi między mężczyzną i kobietą, polega na tem, że u mężczyzny pomiędzy dolnym odcinkiem kiszek a pęcherzem umieszczone są małe narządy, a u kobiety mieszczą się tu większe narządy płciowe, które są przytem w ciągłym cyklu miesięcznym zwiększania się i zmniejszania się. Prócz tego w cierpieniach kobiecych zmiany chorobowe, zachodzące w tkankach łącznych, przechodzą nia kiszkii i wywołują konstypację. Niezwykle częstą przyczyną omawianego cierpienia u kobiet jest to także, że są one tak wychowywane, by tłumić i ukrywać tę potrzebę fizjologiczną, i w ten sposób przytępiają wrażliwość kiszek. Prelegent zwraca w końcu uwagę na zbyt małą liczbę szaleatów w wielkich miastach i ze względów społeczno-higienicznych ostro krytykuje stosowaną w tych razach zapłatę za ich używanie.

Na b. dziś aktualny temat wielce interesujący odczyt wygłosił prof. Adam Czyżewicz, dyrektor kliniki położn.-ginekologicznej w Warszawie „O następstwach poronień”. Według prof. Czyżewicza cierpienia narządów płciowych kobiecych w ostatnich czasach ilościowo b. się zwiększają. Przede wszystkim przyczyną tego jest rzeżączka, która specjalnie u kobiet trudno się leczy. Ale wpływ rzeżączki na częstość cierpień kobiecych jest mocno przesadzony. Główną ich przyczynę upatruje prof. Cz. w powiększaniu się liczby poronień sztucznych. Przerwanie ciąży jest dla narządów płciowych kobiety mocnym zabiegiem. I jeśli kobiety, zdawałoby się, po tym zabiegu poprawiają się szybko, to tylko pozornie. Dokładne spostrzeżenia wykazują długotrwałe zmiany miejscowe i ogólne, jako to: zapalenie jajowodów, zlepy z sąsiednimi narządami i niepłodność. Długotrwałe następstwa wywołuje też w tych razach zawleczenie drobnoustrojów i zanieczyszczenie narządów. Do tego wszystkiego dołączają się jeszcze często

wybitne zaburzenia nerwowe, wynikające z braku hormonów jajników, tworzących się w ciąży prawidłowej.

Eksperyment masowy w Sowietach z wykonywaniem sztucznych poronień przez lekarzy — pouczył znakomicie, że następstwa tego są b. groźne nawet przy postępowaniu według wszelkich prawideł sztuki lekarskiej. Nie należy w ustawodawstwie według prof. C z y ż e w i c z a tracić tego z oczu.

Wiele jeszcze podnoszono w odczytach rozmaitych zagadnień lekarskich: prof. Grosser z Pragi „O przyszłości rodzaju ludzkiego”, prof. Zeynek (Praga) „O znaczeniu siarkanów w organizmie”, prof. E. Delbanco (Hamburg) „O rozmaitych postaciach guzów rakowatych i ich wczesnych fazach w rozwoju choroby

(Praecancerozy), prof. G. Ganter z Rostoku „O zapaści i jej leczeniu”.

Z powodu panującego na całym świecie kryzysu gospodarczego, który nie oszczędził i stanu lekarskiego, w zjeździe wzięło udział razem z miejscowymi lekarzami około 500 osób. (Dawniej około tysiąca). Jeszcze przed kilku tygodniami wydawało się wątpliwym, czy zjazd ten się odbędzie, czy nie padnie ofiarą ogólnego kryzysu politycznego i ekonomicznego.

Zjazdy Karlsbadzkie cieszą się w świecie międzynarodowym lekarskim wielką popularnością; z przyjemnością godzi się zaznaczyć fakt, że w tym chwilowym zamęciu światowym nie doznały przerwy.

Antoni Tuchendler (Warszawa).

Korespondencja

Szanowny Panie Redaktorze.

W związku z podaną w Nr. 44 Czas. lek. oceną Tomu I wydawnictwa „Medycyna Współczesna” — napisaną przez Sz. kol. Flaum a — pozwalam sobie (w porozumieniu z Sz. referentem) nadmienić, że w dniu 18.X.1926. wygłosiłem na Posiedzeniu Warsz. Tow. Chir. odczyt p. t. „Stanowisko chirurg-

ga wobec cukrzycy”. Streszczenie odczytu tego znajdzie czytelnik w Tomie VI Polskiego Przeglądu Chirurgicznego na str. 348.

Mam nadzieję, że Sz. P. Redaktor nie odmówi umieszczenia tego drobnego uzupełnienia w Warsz. Cz. lek. i łączę wyrazy prawdziwego poważania.

A. Wertheim.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Szpitalnictwo w świetle obrad II Międzynarodowego Zjazdu Szpitalnictwa w Wiedniu.

Podał

Zygmunt KURLANDSKI

delegat szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów (Warszawa).

(Referat wygłoszony na pos. Polsk. Tow. Pedjatr. 21.X.1931).

(Dokończenie — patrz Nr. 45).

Bardzo głęboko ujęty referat o stanowisku neurologii i psychiatrii w szpitalu powszechnym wygłosił z nadzwyczajną znajomością rzeczy dr. Alter z Düsseldorfu. Liczba chorych na zaburzenia ze strony układu nerwowego, a zwłaszcza dotkniętych niedomaganiem sfery psychicznej wzrasta stale we wszystkich krajach. 9% pacjentów, skierowanych w r. 1928 przez kasę chorych Berlina do szpitali powszechnych stanowili chorzy z organicznym cierpieniem układu nerwowego. Z ogólnej liczby skonań w Niemczech w 1928 r. 9,32% przypada na schorzenia układu nerwowego, a tylko 7,53% na gruźlicę. *Poliomyelitis anterior acuta* została zawleczona do Ameryki w 1894 r. i dała w tym roku 132 przypadki, w latach 1910 — 1914 stwierdzono już 18000 przypadków, a w roku 1916 kolosalną liczbę — 29.000, z których zmarło 9000. Liczba chorych umysłowo wzrasta również z zaskakującą szybkością. Świadczy o tem najwymowniej statystyka, wykazująca znaczne zwiększenie się liczby chorych w zakładach dla obłąkanych. I tak:

W Belgii	od 1914—1929 o	21.6%
„ Danji	„ 1909—1928 „	69.6%
„ Anglii	„ 1909—1929 „	31.4%

W Holandji	od 1909—1929 o	58.0%
„ Szwajcarji	„ 1910—1929 „	36.8%
„ Szwecji	„ 1909—1929 „	121.9% i t. d

W Japonii liczba chorych w zakładach dla obłąkanych wzrosła w latach 1909—1929 o 248,7%, a poza zakładami o 139,6%.

Ostatni spis ludności, przeprowadzony w Indiach, wykazuje, że 0,023% mieszkańców wymaga opieki w zakładach dla umysłowo chorych, a tymczasem miejsc jest tylko dla dziesiątej części tej liczby. Jeżeli nawet z jaknajwiększą ostrożnością ustosunkować się do tych danych, to pomimo tego trzeba stwierdzić, że stan zdrowotny ludzkości pod względem nerwowym i psychicznym na całej kuli ziemskiej przedstawia się nie tylko niepomysłnie, ale nawet nie wykazuje tendencji do poprawy.

Stan ten, spowodowany ujarzmieniem człowieka przez cywilizację i walką jego o byt, zwłaszcza w dobie powojennej, jak słusznie zauważył M a n s h o l t na I-ym kongresie szpitalnictwa, jest jednym z największych niebezpieczeństw, zagrażających ludzkości. Zdecydowany front walki z tem niebezpieczeństwem leży w obrębie pracy neurologa i psychjatra.

Tymczasem, jak statystyka wykazuje, w większości szpitali powszechnych brak specjalnych oddziałów neurologicznych i psychiatrycznych, względnie specjalistów ordynatorów w tej dziedzinie. Zdanie B e r k e l e y - H i l l a o Indiach: „brak oddziałów neuropsychiatrycznych w tamtejszych szpitalach jest przyczyną tego, że psychopatologja, psychoterapia i higiena umysłowa stanowią a closed book dla lekarza indyjskiego” może mieć zastosowanie dla bardzo wielu krajów. Zakłady dla umysłowo chorych mieszczą

się przeważnie zdala od wielkich ośrodków miejskich, gdzieś daleko w wiejskim odosobnieniu. Psychjatra w takim zakładzie jest niemniej izolowany, niż jego pacjenci. Obarczony naogół nadmiarem pracy, jest on odosobniony od świata, od życia codziennego, od nurtujących ludzką nową zagadnień społecznych i pozbawiony kontaktu z innymi gałęziami wiedzy lekarskiej. Włączenie neurologii i psychjatrii do szpitala powszechnego w postaci oddziałów specjalnych zapewni z jednej strony uzyskanie lepszych, szybszych i wydatniejszych wyników leczenia w odpowiedniej atmosferze (Heilatmosfera), niemożliwej do wytworzenia w zakładach dla umysłowo chorych, a z drugiej strony da przyrost lekarzy specjalistów w tej dziedzinie, wpłynie na wykształcenie lekarzy innych specjalności i personelu pielęgniarskiego, co wszystko razem przyczyni się do podniesienia poziomu stanu zdrowia psychicznego i nerwowego ludzkości. Przez założenie oddziałów psychjatrycznych w szpitalach powszechnych wyrówna się ciężka krzywda społeczna, jaka dzieje się tej kategorii chorych, wymaga się to piętno, jakie noszą na sobie chorzy, umieszczeni w odosobnionych zakładach dla obłąkanych. Psychiczenie chory posiada bowiem te same prawa leczenia w szpitalu, co chory wewnętrzny, skórny lub chirurgiczny.

W dalszym ciągu swego obszernego referatu Dr. Al'ter mówił o technice urządzenia tych oddziałów pod względem organizacyjnym, naukowym i budowlanym. Cimb'al, Fränkel, Heldt i Wetzel obliczają 40 łóżek neuropsychjatrycznych na 100.000 mieszkańców jako stan minimalny. Cytując doświadczenia Heldta, kierownika oddziału neuropsychjatrycznego w szpitalu Forda w Detroit, oraz Foerstera z Wrocławia, Dr. Al'ter domaga się również otwarcia przy szpitalach ambulatorjum dla nerwowo i psychiczenie chorych.

Pod referacie Dr. Al'tera rozwinęła się żywa dyskusja, w której zabierali głos Dr. Heldt, docent Roalta z Florencji, Dr. Mauczka, dyrektor zakładu wiedeńskiego w Steinhofie, psychjatra hiszpański Dr. Lopez i inni. Wszyscy mówcy potwierdzili w całej pełni wywody referenta, który w końcówce swym przemówieniu podkreślił, że trzeba pamiętać o tem, że zdrowie duszy jest duszą zdrowia.

Dr. praw Gouachon, sekretarz generalny federacji Związków Szpitalnictwa we Francji, wygłosił referat o kosztach dnia utrzymania chorego w szpitalu. Referat ten, przygotowany przy współpracy p. Jantet, inspektora-kontrolera szpitali cywilnych m. Lyonu, jest oparty na statystykach szpitali francuskich, belgijskich, holenderskich i szwajcarskich. We Francji koszt utrzymania chorego jest obliczony na podstawie pewnych ustaw państwowych i dekrétów. W innych państwach niema jednolitej podstawy, i obliczenie odbywa się zupełnie dowolnie. Bez wszelkiej metodyki. W Belgii, na przykład, są dwie stawki: 1) koszt rzeczywisty i 2) koszt oficjalny; w Szwajcarii każdy szpital oblicza koszty utrzymania chorego w sposób odmienny.

Autorzy w swoim referacie proponują podział wszystkich wydatków, wynikających z pobytu chorego w szpitalu, na następujące grupy:

- 1) administracja,
- 2) konserwacja budynków,

- 3) leczenie,
- 4) odżywianie,
- 5) ogrzewanie i oświetlenie,
- 6) inwentarz,
- 7) wydatki nieprzewidziane.

Na podstawie tak przeprowadzonej kalkulacji można będzie dopiero z pewną ścisłością obliczyć wysokość kosztów utrzymania chorego w szpitalu.

O terminologii szpitalnictwa mówił Dr. med. I. Wirth z Frankfurtu nad Menem, jako przewodniczący komisji, powołanej w tym celu przez I-y kongres. W dziedzinie tej panuje po dziś dzień chaos; niema na tem polu jednolitych pojęć i ogólnie uznanych definicji, niema nawet jednomyślności w określeniu pojęcia „co należy uważać za szpital?” Komisja proponuje następującą definicję słowa „szpital”.

„Szpital jest zakładem użyteczności publicznej, służącym do przyjmowania osób, cierpiących na zaburzenia zdrowia, w celu zbadania ich i leczenia oraz roztoczenia nad nimi odpowiedniej opieki. Budynek musi odpowiadać pewnym przepisom budowlanym i winien być urządzony według minimalnego standardu, który w przyszłości będzie określony, przyczem chorzy infekcyjni muszą być należycie izolowani. Ze względów gospodarczych i celowych liczba 50 łóżek jest minimalną liczbą dla szpitala. Należyte funkcjonowanie szpitala wymaga obecności wykwalifikowanych lekarzy specjalistów, systematycznie wyszkolonego i państwowo dyplomowanego personelu pielęgniarskiego, jak również dyplomowanych sił technicznych”. Dla określenia liczby łóżek szpitalnych ustala się dwa pojęcia: 1) liczba łóżek etatowych, 2) liczba łóżek użytkowych w danej chwili, przyczem w sprawozdaniach rocznych i statystykach należy podawać obie liczby.

Według propozycji komisji, ustala się następujące rodzaje szpitali:

- 1) szpital powszechny,
- 2) szpital specjalny,
- 3) szpital dla chronicznych i
- 4) zakład dla ozdrowieńców.

Nie podpadają pod kategorię szpitali:

- 1) przytułki dla starców,
- 2) żłobki niemowlęce i
- 3) zakłady dla głuchoniemych i ociemniałych.

Według wielkości szpitale winny dzielić się na 3 grupy:

- 1) małe od 50—199 łóżek,
- 2) średnie od 200—599 łóżek i
- 3) duże od 600 i więcej.

Komisja zastanawiała się również nad pojęciem: „szpital publiczny i prywatny”.

Szpital publiczny, t. jest takie, które nie są obliczone na zysk, dzielą się na dwie kategorie:

- 1) szpitale opieki publicznej,
- 2) szpitale opieki prywatnej.

Wszystkie inne szpitale, obliczone na zysk, są szpitalami lub lecznicami prywatnymi. Pojęcie „klinika” zostaje zarezerwowane wyłącznie dla szpitali wydziałów lekarskich Uniwersytetów.

Co do systemu budowy szpitali, komisja proponuje trzy pojęcia:

1) system grupowy, obejmujący kilka 3—4 piętrowych budynków i

2) system blokowy, gdzie wszystkie oddziały mieszczą się w jednym budynku (5—12 pięter) albo w drapaczu nieba od 13 pięter i wyżej i

3) „Medical centre”, jako grupa budynków, wysokich, ewent. drapaczy nieba.

Na zakończenie swego referatu Dr. W i r t h zaznaczył, że z powodu braku czasu oraz trudności technicznych komisja nie zdołała całkowicie wykonać swej pracy i wskutek tego ograniczyć się musi narazie do przedstawienia tylko częściowego rozwiązania tego zagadnienia. W celu bardziej dokładnego zbadania sprawy terminologii szpitalnictwa komisja proponuje utworzenie odrębnego działu w międzynarodowym czasopiśmie „Nosokomeion”.

O prawodawstwie szpitalnem, na mocy materiałów, zebranych przez specjalną komisję, referował M. W. H. H a r p e r, dyrektor i sekretarz królewskiego szpitala w Wolverhampton w Anglii. Naogół stanowisko prawne szpitali dotychczas nie jest jeszcze całkowicie uregulowane w Belgji, Danji, Egipcie, Francji, Finlandji, Holandji, Kanadzie, Niemczech, Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz Szkocji. Tylko dwa kraje: Austria i Nowa Zelandja mają ustawę szpitalną, która zupełnie dokładnie reguluje wszystkie sprawy, ze szpitalnictwem związane, a więc ustala prawa i obowiązki szpitala, omawia sprawę przyjmowania i wypisywania chorych itp. Niestety, referent nie wspominał Polski, która miała ustawę szpitalną już w 1848 roku, a od roku 1928 posiada nowy dekret Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych. Uzupełnił to w dyskusji dyrektor departamentu służby zdrowia, Dr. P i e s t r z y ń s k i, który złożył odpowiednie oświadczenie w tej sprawie i podał do wiadomości zebranych niektóre punkty naszej nowej ustawy.

Referat Dr. H a r p e r a porusza następujące sprawy:

I. Prawodawstwo szpitalne i administracja ogólna.

II. Przepisy ustawowe i administracyjne o otwieraniu i prowadzeniu szpitali.

A. Uprawnienie do otwarcia szpitala.
B. Przepisy budowlane.
C. Warunki przyjmowania personelu.
D. Umowy najmu i warunki pracy personelu.
E. Przepisy przyjmowania i wypisywania chorych.

F. Przepisy odżywiania.

G. Przepisy pielęgnowania chorych.

H. Przepisy dla odwiedzających.

I. Przepisy o ogłędzinach i sekcji zwłok.

J. Inspekcja szpitalna.

III. Normy urzędowe, dotyczące się:

A. Spraw finansowych szpitala.

B. Liczby chorych.

C. Stanu cywilnego, chorób zakaźnych, przebiegów.

IV. Odpowiedzialność prawna szpitali:

A. Wobec personelu.

B. Wobec chorego.

C. Wobec władz sądowych.

V. Koszty utrzymania i honorarja lekarskie:

A. Osoby i władze, odpowiedzialne za pokrycie opłat szpitalnych.

B. Określanie wysokości kosztów dziennych utrzymania chorego.

C. Prawo lekarza do honorarjów.

VI. Przywileje podatkowe szpitali.

Sprawę ambulatorjów poruszył w swoim referacie p. C o r v i n - L e w i ń s k i, dyrektor Banku Szpitalnictwa w Nowym Jorku. Stworzenie dobrze zorganizowanych ambulatorjów dla ludności niezamożnej jest konieczne z dwóch względów: po pierwsze, dlatego, że warstwy mniej zamożne nie posiadają odpowiednich środków finansowych, których wymaga leczenie się u specjalisty, a po drugie, dlatego, że lekarz, pracujący sam, nie jest w stanie zastosować wszystkich technicznych środków pomocniczych, używanych w diagnostyce i terapii. Ambulatorja powinny się znajdować w gęsto zaludnionych okręgach miasta w łączności ze szpitalami.

Urządzenie ambulatorjów powinno posiadać pewne cechy komfortu: wygodne i obszerne poczekalnie, pokoje izolacyjne oraz kabiny do rozbierania się. Na parterze należy umieścić biuro zapisów, archiwum, stację opieki, przychodnię ortopedyczną, kardiologiczną, pediatryczną i poradnię dla matek ciężarnych. Chory, zgłaszający się poraz pierwszy, zostaje skierowany do biura segregacyjnego, które wydaje mu przekaz do jednego z ambulatorjów, wykonawszy uprzednio wszelkie badania analityczne i rentgenologiczne. Wywiady w ambulatorjum zbiera nie lekarz, lecz odpowiednio wyszkolony personel pomocniczy. Ambulatorjum powinno być czynne również w godzinach wieczornych oraz posiadać stację profilaktyki. Kierownikiem poszczególnego działu ambulatorjum winien być ordynator szpitala, który ma prawo przyjmować również swych prywatnych chorych do szpitala.

Podczas referacie C o r v i n a - L e w i ń s k i e g o rozwinęła się żywa dyskusja o charakterze społecznym, w której zabierali głos liczni mówcy, podkreślając konieczność skoordynowania wysiłków w kierunku zorganizowania opieki nad zdrowiem ludności.

Tak mniej więcej przedstawia się w zarysie przebieg obrad II-go międzynarodowego kongresu szpitalnictwa. Aczkolwiek prawie wszystkie referaty noszą charakter prac wstępnych lub studjów przygotowawczych, tem niemniej Zjazd miał to ogromne znaczenie, że poruszył dużo zagadnień o charakterze czysto społecznym, uwypuklił te wszystkie niedomagania, które trapią szpitalnictwo i nakreślił plan pracy społeczno-lekarskiej na przyszłość.

Wiadomości bieżące

— **P r o t o k ó ł** wstępnego posiedzenia w sprawie propagandy budowy racjonalnych studzien z dnia 17 października 1931 r. w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

O b e c n i: Pp. Inż. H. P r z y ł ę c k i, Kierownik naukowy stacji doświadczalnej na Kaskadzie, Inż. E. K o s e w s k i, Kierownik wydziału technicznego Głównego Związku Straży Pożarnych, J. M i k u t a, Podinspektor Głównego Związku Straży Pożarnych, A. H e n n e b e r g, przedstawiciel Związku Fabryk Portland - Cementu, i Inż. St. W a l d o r f - K u b i c z e k z Referatu inżynierji sanitarnej Departamentu Służby Zdrowia.

Przewodniczył Inż. Z. R u d o l f, Kierownik osobnego referatu inżynierji sanitarnej, który na wstępie referował wyniki posiedzenia, jakie na zaproszenie Związku Polskich Fabryk Portland - Cementu odbyło się w dniu 7 października r. b. w Wydziale prewencyjnym Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych z udziałem przedstawiciela Głównego Związku Straży Pożarnych. Na posiedzeniu tem, poświęconem sprawom wodnym, ustalono, że:

1) Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych przeprowadzi ankietę, by wykryć wszystkie miejscowości, gdzie nie ma lub jest mało wody do gaszenia pożarów.

2) Materiał zebrany P. Z. U. W. prześle do wiadomości Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, które będzie mogło materiały ten wykorzystać dla wydania właściwych zarządzeń.

3) W Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (osobnym referacie inżynierji sanitarnej) zostaną utalone w porozumieniu z Głównym Związkiem Straży Pożarnych i Związkiem Fabryk Portland - Cementu typy studzien, które należałoby propagować za pośrednictwem poszczególnych straży ogniowych, oraz zostanie omówiony program dokształcania straży pożarnych w sprawach wodnych.

Przewodniczący zaznaczył, że zgodnie z wymienionym 3-im punktem posiedzenie obecne ma na porządku dziennym przede wszystkim sprawę doszkolenia w dziedzinie higieny i techniki sanitarnej wojewódzkich i powiatowych referentów wodnych straży pożarnych.

Przedstawiciele Głównego Związku Straży Pożarnych wyjaśnili, że w oddziałach straży pożarnej mają być powołani referenci wodni (z pośród inteligentnych podoficerów strażackich), którzy będą musieli czuwać we wszystkich miejscowościach nad zapewnieniem dostatecznej ilości wody na wypadek pożaru, pracując stale pod kierunkiem i kontrolą właściwych referentów wojewódzkich. Po dyskusji nad tą sprawą zdecydowano nie uruchamiać doszkalania referentów wodnych, zanim nie zostaną wszędzie dokładnie zbadane miejscowe warunki co do możliwości i zakresu takiej akcji. Tymczasowo zostanie powołany wojewódzki referent wodny tylko na terenie Woj. Wileńskiego (przedewszystkiem kresowego województwa, gdzie są najgorsze warunki), który wejdzie w bliższą styczność ze wszystkimi strażami pożarowymi na tym terenie i zorientuje się on co do panujących tu stosunków wodnych. Taka 2—3 miesięczna akcja dostarczy danych, w jakim stopniu i w jakich dziedzinach położić specjalny nacisk na dokształcanie referentów wodnych poszczególnych oddziałów straży pożarnych. Ponieważ przy akcji tej będą brane pod uwagę ogólne warunki zaopatrzenia osiedla w wodę, wojewódzki referent wodny winien być dobrze obeznany ze studniami z punktu widzenia techniki sanitarnej oraz z dążeniami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w kierunku poprawy istniejącego stanu studzien.

Co do wyboru typu studzien, nadających się do propa-

gowania, postanowiono całkowicie polegać na typach, jakie zostaną przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych uznane za właściwe.

(—) Inż. Z. R u d o l f.

Przewodniczący zebrania.

Kierownik Osobnego Referatu Inżynierji Sanitarnej.

— **Z P a ń s t w o w e j S z k o ł y H i g i e n y.** W dn. 21 października r. b. zakończony został w Państwowej Szkole Higieny 3-y tyg. kurs dla lekarzy i kierowników Ośrodków Zdrowia. W kursie uczestniczyło 34 lekarzy ze wszystkich województw Polski.

W dn. 2-go listopada rozpoczął się w Państwowej Szkole Higieny 6-cio miesięczny kurs Higieny Publicznej dla lekarzy, pragnących wstąpić do państwowej służby zdrowia.

Dnia 9-go listopada r. b. rozpocznie się 3-y tyg. kurs propagandy higieny, przeznaczony specjalnie dla lekarzy.

W czasie od 18—26 listopada r. b. odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny kurs przeciwjagliczy dla lekarzy.

Od 30 listopada do 5 grudnia odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny VI-ty kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie”, przeznaczony dla działaczy społecznych i nauczycielstwa.

— Nr. 8 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: A. W. D o b r o w o l s k i, Kraje polarne. M. C e n t n e r s z w e r, Perpetuum mobile. K. S t o ł y h w o, Co to jest antropologia. W. H u s a r s k i, Polskie malarstwo romantyczne. Stefan S r e b r n y, Forma widowiska teatralnego. W. W a l l i s - W a l f i s z, O doznaniu estetycznym. Adam G a l i s, Nowa relacja o życiu i czynach Krzysztofa Kolumba. J. B a r s k i, Problemy ludnościowe w powojennej Europie. Sprawy Polskie. Z szerokiego świata. Wśród książek.

NADEŚLANO DO REDAKCJI:

Dr. med. Wiktor G r z y w o - D ą b r o w s k i. Śmierć wskutek postrzału z długiej broni palnej — samobójstwo, wypadek, czy zabójstwo? Odb. z „Czasop. Sąd.-Lek.” 1931. Nr. 2.

Société des Nations. Rapport de la Commission permanente de standardisation biologique. 1931.

Kacper M a r c i n o w s k i. Czy należy robić oszczędności na zdrowiu publicznym? Odb. z „Lek. Polsk.” 1931. Nr. 10.

Dr. Aleksander R y t e l i Mikołaj D z i e w a n o w s k i. O stosowaniu jodu w gruźlicy. (Wartość lecznicza jecorolu). Odb. z „Lekarza Wojskow.” T. VII. Nr. 5/8. 1931.

Dr. Ignacy K o n i e c p o l s k i. W sprawie późnego stosowania swoistej surowicy w błonicy. Odb. z „Medycyny”. 1931. Nr. 19.

Maksymiljan B i r o. Zapalenie wielonerwowe (Polyneuritis). Odb. z „Neurologji Polskiej”. 1931. T. XIV. Z. 1.

Zygmunt K u l i g o w s k i. Teorja kinetyczna materji czyli vis vitalis. Biblioteka wiedzy. T. I. 1931.

Doc. Dr. Marta E r l i c h ó w n a. Odżywianie noworodków zdrowych i chorych. Wydawn. „Ginekologji Polskiej” Zeszyt I.

F. P r z e s m y c k i. Badania nad zmiennością drobno-ustrojów. Doniesienie I. Badanie nad formami S i R pał. czerw. i pał. czerw. rzekomej. Odb. z „Med. Doświadcz. i Społ.” T. XIII. Z. 1—2. 1931.

Doc. Dr. F. P r z e s m y c k i. Metodyka badań oraz oficjalne przepisy określania wartości surowic leczniczych i produktów bakteryjnych. Odb. z „Med. Doświadcz. i Społecz.” T. XII. Z. 3—4 i 5—6. 1931.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

10.XI. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

A. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

B. Pokazy:

D. Szenkier: 1. Przypadek nerki przemieszczonej (Beckenniere). 2. Przypadek nerki niedokształconej.

C. Dyskusja nad odczytem H. Higiera p. t. „W sprawie nadciśnienia tętniczego”.

10.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. M. Semerau-Siemianowski. O hipotonji konstytucjonalnej.

2. A. Kapłan. O nadciśnieniu tętniczym.

12.XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Posiedzenie plenarne.

Dr. M. Dominikiewicz. Specyfiki lecznicze oraz warunki ich wytwarzania i rozpowszechnienia.

14.XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Sekcja kliniczna.

1. W. Zawadowski. Znaczenie radjodjagnostyki w patologji układu wydzielania wewnętrznego.

2. H. Wachtel (Kraków). Radjoterapia schorzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego.

TREŚĆ: L. ENDELMAN. W sprawie pozajelitowego stosowania białka w leczeniu ocznym. — L. SZYFMAN. Przypadek żółtaczki Weila. — A. DAWIDSON. Allergia i choroby alergiczne. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. KURLANDSKI. Szpitalnictwo w świetle obrad II Międzynarodowego Zjazdu Szpitalnictwa w Wiedniu. (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. ENDELMAN. Au sujet de la proteinothérapie parentérale dans l'oculistique. — L. SZYFMAN. Un cas d'ictère de Weil. — A. DAWIDSON. L'allergie et les maladies allergiques. (Rev. gén.). — S. KURLANDSKI. Les problèmes hospitaliers au II Congrès International des hôpitaux. (fin.).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego mieści się w drukarni „SIŁA”,
Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

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

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11 r.