

# 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, 26 LISTOPADA 1931 R.

Nr. 48

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

#### O djecie bezsolnej jako metodzie leczniczej\*).

Podał

Prof. H. STRAUSS (Berlin).

Przed 28 laty wprowadziłem djotę bezsolną jako metodę w leczeniu chorób nerkowych; od tego czasu zaczęto stopniowo stosować tę metodę również w leczeniu szeregu innych chorób. W ostatnich czasach zwrócono na nią szczególną uwagę wobec tego, że djotę, zawierającą mało soli, zalecono w toczniu i niektórych innych postaciach gruźlicy. Zauważyłem wtedy, że tu i owdzie technika stosowania djety bezsolnej ma sporo niedokładności; pragnąlbym przeto przedstawić pokrótce na tem miejscu, jakie jest moje stanowisko na podstawie 28 letniego doświadczenia względem niektórych zasadniczych kwestyj, dotyczących zarówno wskazań, jak i strony technicznej przeprowadzenia tej djety.

Stawiając tezę, że człowiekowi wystarcza na stałe zaledwie parę gramów soli kuchennej, miałem na potwierdzenie tego jedynie dowody etnologiczne. Dziś wiadomo nam jest z doświadczenia klinicznego, że bezsolną djotę można stosować całemi miesiącami bez jakiegokolwiek szkody dla ustroju. Początkowo wytaczano przeciwko temu obawy, że wskutek zmniejszenia dowozu soli kuchennej może być narażone na szwank wydzielanie żółdkowe. Jednakże badania, które przeprowadziłem sam przed wielu laty w tym kierunku, przekonały mnie, że takie obawy nie są uzasadnione. W tym samym sensie wypadły również badania, które przeprowadziłem z moim współpracownikiem Dr. Cohenem przy pomocy frakcyjnego zgłębnikowania po wielomiesięcznem odżywianiu bez soli. Takież wyniki dały badania Eimera w klinice Marburskiej.

Co się tyczy zakresu stosowania djety małosłonej, to wypowiedziałem się już w pierwszej mojej pracy w „Therapie der Gegenwart“ w r. 1903 stanowczo, że pozbawienie chorych na

nerki soli kuchennej stosuje się jako czynnik odwadniający. Już w nagłówku wzmiankowanej pracy dawałem do zrozumienia, że powstrzymanie się od soli bywa zalecane jedynie w celu leczenia i zapobiegania puchlinie wodnej. Wpływ na same nerki stoi tu dopiero na drugim planie. Zakres wskazań rozszerzył się ostatnio przez przyłączenie jeszcze innych chorób, w których chodzi szczególnie o odwodnienie ustroju, np. niewyrównane wady serca z nadciśnieniem, otyłość wodochłonna i t.d. Co do tych spraw odsyłam do mojego artykułu o djecie małosłonej, jako metodzie odwadniającej (*depletio*) w „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung“ 1925, zeszyt 8. Djotę małosłoną zastosowano względnie szybko również w moczówce prostej i sprawach zapalnych skóry. W ostatnim celu zalecał odwodnienie, jako czynnik leczniczy, H. Finkelstein już w r. 1907. Jeżeli w ostatnich czasach pisze się o dobrych wynikach djety małosłonej w leczeniu tocznia, względnie gruźlicy skóry, to i tu według mojego przekonania należy doszukiwać się korzystnego wpływu na odwodnienie, względnie odtętnieniu tkanek, gdyż, jak wiadomo, skóra przedstawia szczególnie ważny zbiornik soli i wody. Natomiast narówni z przeważającą większością internistów i ja nie mogłem się przekonać o wpływie leczniczym djety małosłonej w gruźlicy płuc. Co do tego, odsyłam również do moich rozważań w „Medizinische Klinik“ 1929 Nr. 7, w „Med. Welt“ 1930 Nr. 6 i „Soziale Medizin“, 1930 Nr. 7. Jeżeli niektórzy autorzy są innego zdania, to przeciwko temu należy zaznaczyć, że wyższość pożywienia małosłonego nad odżywianiem, powszechnie w gruźlicy płucnej dotąd stosowanem, mogłaby zostać uznana tylko wówczas, jeżeliby dostateczne serie chorych, pozostających na odżywianiu małosłonem, wykazały liczebnie przewagę nad chorymi, odżywianymi zwykłą djetà. Tak np. djeta Gersona w jej pierwotnej postaci i w modyfikacjach jest w gruncie rzeczą tylko jedną z odmian wprowadzonej przeze mnie djety małosłonej. Samo przez się jest zro-

\* ) Podług wykładu uzupełniającego dla lekarzy.

zumiałe, że pozbawienie ustroju soli kuchennej przez dłuższy czas musi nań wpływać przestrajająco, i wobec tego nie można mówić, że się odkryło nową własność tej metody leczniczej. Jeżeli Keining i Hopf wypowiadają się na podstawie swoich badań, że istnieją chorzy z nadwrażliwością skóry na sól kuchenną, to trzeba to uznać niewątpliwie za nowy punkt widzenia w danym zagadnieniu, należy jednak się przekonać, czy wzmiankowane wyniki znajdują potwierdzenie u innych autorów w równych rozmiarach. Nadto należy mieć na uwadze, że zakres chorych, dla których ta djeta ma wartość, jest, bądź co bądź, bardzo szczupły i zasadniczo ogranicza się do zakresłonego przeze mnie na początku działu, w którym chodzi o pozbawianie ustroju wody, t. j. o wysuszenie.

Już w pierwszych moich publikacjach, a zwłaszcza w broszurze mojej: „Praktische Winke für die Kochsalzentziehungskur durch chlorarme Ernährung“, która ukazała się w pierwszym wydaniu w r. 1910 (S. Karger, Berlin), zaznaczyłem, że nasze zadanie dietetyczno-terapeutyczne bynajmniej nie ogranicza się na tem, że zabraniamy choremu spożywania soli kuchennej, lecz że mamy jeszcze obowiązek dać mu wskazówki, w jaki sposób może sobie sporządzić smaczne potrawy pomimo wyeliminowania, względnie ograniczenia soli kuchennej. W tym celu podałem we wzmiankowanej broszurze, która doczekała się od tego czasu trzeciego wydania, nie tylko obszerne zestawienie analiz rozmaitych produktów spożywczych pod względem zawartości soli, częściowo przemennie wykonanych, ale także podałem przepisy kuchenne i ułożyłem jadłospisy, które mogą służyć za podstawę do przygotowania z bezsolnych, względnie małosolonych produktów smacznych potraw. Pod względem zawartości soli podzieliłem dietę małosolną na 4 stopnie:

- 1) djeta łagodna, zawierająca ponad 5 gr. soli kuchennej na dobę;
- 2) djeta średnia, zawierająca mniej niż 5 gr. soli kuchennej na dobę;
- 3) djeta ścisła, zawierająca mniej niż 2,5 gr. soli kuchennej na dobę;
- 4) djeta ostra, zawierająca mniej niż 1 gr. soli kuchennej na dobę.

Ostatnią dietę nazwałem także pożywieniem „bezsolnym”.

Dla przygotowania małosolonego pożywienia wysunąłem dwie zasady:

- 1) zasadę wybiórczości,
- 2) zasadę zastąpienia soli przez używki.

Pod zasadą wybiórczości rozumiem pomijanie takich artykułów spożywczych, które już same zawierają znaczną ilość soli kuchennej, lub przy sporządzaniu z nich potraw wymagają soli. Dotyczy to również mleka, które zawiera 0,16% soli i powinno być zastąpione przez śmietankę. Zamiast masła solonego zalecałem używanie masła „deserowego”, które nie zawiera soli lub bardzo mało. Chleb poleciłem piec bez soli w domu, ponieważ kupny zawiera 0,5% soli. Od wody mineralnej, zawierającej sól kuchenną, należy się powstrzymywać.

Zawartość soli kuchennej w poszczególnych produktach spożywczych jest następująca, według wykładu mojego: „Postępy leczenia dietetycznego

w chorobach nerek” w „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung” 1931 Nr. 8.

0,01 — 0,05% Na Cl.

Mąki, zboża i ich przetwory: mąka żytnia, pszena, kukurydza, ryżowa (Knorr), owsiana (Knorr), Rademana mączka dla dzieci, ryż, jęczmień, proso, Quäker Oats.

Owoce: orzechy włoskie (suszone), migdały (suszone), arbuzy, wiśnie, poziomki, figi, agrest, winogrona, cytryny, mirabele, śliwki, morele, oliwki, orzechy kokosowe, kasztany.

Ziemniopłody: Kartofle (także więcej niż 0,05), marchew, trufle, cebula (także więcej niż 0,05), chrzan, karczochy, kalarepa, rzodkiewki, grzyby prawdziwe, czosnek, kalafior, szparagi (0,04—0,06), pieczarki (0,04—0,06).

Piwa: jasne (berlińskie), piwo (niemieckie), piwo „Salvator”, Ale.

Ryby, jaja, tłuszcze i t. d.: węgorz rzeczny, lin, żółtka od jaj, masło niesolone, palm, koniak jajeczny (Mangolda), kawa, cukier kostkowy.

0,05 — 0,1% Na Cl.

Mąki, płatki zbożowe i ciasta: mączka dla dzieci Kufek, mąka owsiana (Frey), gryczanka, kluseczki, makaron, płatki owsiane.

Owoce: pomarańcze, ananas, koryntki.

Ziemniopłody: buraki, rabarbar, dynia, marchew, brukiew, szczypior, szpinak, selery, sałata, rzodkiew, fasola, pomidory.

Mięsa i ryby: mięso skrobane, łosoś, karp brzanki (Heilbutte).

Nadto: czekolada (Lindt).

0,1 — 0,2% Na Cl.

Mięso, ryby i drób: wieprzowina (chuda) 0,11, wołowina (chuda) 0,11, cielęcina 0,13, wątróbka cielęca 0,14, baranina 0,17, szpik kostny wołowy 0,11, mięso jelenie 0,1, sarnina 0,11, zając 0,16.

Okoń rzeczny 0,1, pstrąg 0,12, sardynki bez oliwy 0,12, dorsz 0,16, kabiljon 0,16, sztokfisz niesolony 0,19.

Kaczka 0,14, kura 0,14, indyk 0,17, gołąb 0,15.

Mleko i przetwory mleczne: gervais (bez soli) 0,13, śmietana 0,13, mleko prosto od krowy 0,16, mleko zbierane 0,15, maślanka 0,16, twaróg 0,18.

Ziemniopłody i owoce: kapusta biała 0,11—0,44, pomidory 0,11—0,14, sałata 0,12, kapusta włoska (sawojka) 0,16—0,44, szpinak 0,17—0,21, soczewica 0,13—0,19, rożynki 0,16.

Chleb i t. d. Chleb Grahama 0,14—0,48, chleb pszenny 0,18—0,7, namiastki kawy 0,1—0,33.

0,2 — 0,4% Na Cl.

Mięso, ryby i drób: mlecz cielęcy 0,20, mózdek cielęcy 0,29, nerki cielęce 0,31, flądry 0,21, śledzie 0,27, makrele 0,28, brzanki 0,30, szprotki 0,31, turboty 0,33, piklingi 0,38, łupacz 0,39, gęś 0,22.

Mąka, chleb i pieczywo: razowiec 0,21—0,68, sucharki mleczne Löfflunda 0,22, kasza owsiana 0,26—0,29, mączka Nestla 0,29, sucharki 0,38.

# HEMOSTYL D<sup>ra</sup> ROUSSEL'A

1700 KONI  
DAJE KREW

której czynnym pierwiastkiem jest  
**HEMOSTYL D<sup>ra</sup> ROUSSEL'A**  
najaktywniejszy biologiczny preparat  
krwiotwórczy i przeciwkrwotoczny.



Flakoniki - ampułki

Syrop.

**PRÓBY:** HEMOSTYL D<sup>ra</sup> ROUSSEL'A, Warszawa, Grzybowska 88

Sery, jaja i t. d.: Schichta 0,20, cheddar 0,23—1,97, jaja kurze (bez skorupy) 0,21. Sery 0,25—0,49, cukier lodowaty (brunatny) 0,28.

0,4 — 0,9% Na Cl.

Produkty mączne i mąka: wafle 0,40, pampernikel 0,46, keksy Leibnitsa 0,47, chleb Grahama 0,61, berliński chleb razowy 0,66—0,75, obwarzanki berlińskie 0,69, chleb owsiano-żytni 0,71.

Ziemniopłody: groch (młody) 0,67, kapusta kiszona 0,73, jarmuż 0,75, fasola (zielona) 0,77, groch szablasy 0,83, szparagi 0,83.

Ryby: ryba jęczysta morska 0,41, sandacz 0,77.

Sery i t. d.: angielski ser śmietankowy 0,70—1,15.

Santatogen 0,42, somatoza 0,66, żelatyna (sucha) 0,75.

1% i więcej Na Cl.

Mięso i wędliny: niemiecki cornedbeef 2,04, pasztet z wątróbkę gęsi (strasburski) 2,22, wędzonka 1,01, szynka gotowana 1,85—5,35, kiełbasa frankfurcka 2,20, kiełbasa regensburgska 2,20—3,2, kiełbasa serdelowa 2,77, kiszka pasztetowa 2,90, parówki (sosiski) 3,15.

Ryby: minogi (obgotowane) 1,79, sardynki w oliwie (franc.) 1,34, łupacz 2,06.

Sery: parmezan 1,93, chester 1,59—1,91, szwajcarski 2,0, brie 3,15.

Produkty spożywcze i używki, których używa się nie więcej nad 10 gr. dziennie, zawierają soli w odsetkach

wanilia 0,055, cynamon 0,061, mak 0,38, herbata 0,15, szafran 0,13, tran rybi 0,17, kaparki (w occie) 0,20, kołendra 0,20, liście laurowe 0,27, papryka 0,27, majeranek 0,31, koper 0,41, sos kumberlandski (Kempiński) 0,4, pieprz czarny 0,51, meat juice 1,2, ekstrakt mięsny Liebiga 3,0, ekstrakt mięsny Kemmericha 1,40, musztarda 2,66, worcestershire sauce (Lea & Perkins) 3,1, mint-sauce (Crosse & Blackwell) 3,3, tomato-Ketchup (Heinz) 4,8.

Przytoczone tu analizy, z których duża część pochodzi z własnych moich badań, dotyczą poje-

dyńszych próbek i pochodzą częściowo z dawnych analiz. Wobec tego nie odpowiadają one każdej próbce z handlu. Mogą one jednak służyć do zorientowania się co do zawartości soli.

Wobec tego, że znaczna większość surowych produktów, używanych do potraw, zawiera mało soli, przeto zadaniem kuchni jest dodać przypraw, mogących zastąpić brak soli. Już na wstępie zwróciłem uwagę na użycie *larga manu* przypraw pochodzenia roślinnego, w szczególności na szparagi, pomidory, ogórki, cebule, majeranek, grzyby etc. Z wyciągów, zawierających mało soli, zwłaszcza drożdżowych, wymienię wyciąg Zyma bez soli oraz Cenovis—Vitamin—ekstrakt, które zawierają zaledwie 0,5% soli kuchennej. Z pośród sosów małosłonnych, znajdujących się w handlu, wymienię amerykański wyciąg mięsny meat-juice, angielski worcestershire sauce i mint sauce, a także cumberland sauce, które zawierają soli kuchennej około 1,5—3%. Z wyliczonych ekstraktów i sosów wystarcza zwykle niewiele centymetrów sześciennych. Ze sztucznych namiastek soli używam zalecanego przezemnie już od 15 lat mrówczanu sodowego w dawkach około 4 gr. na dobę niekiedy i więcej, ponieważ hosal, eugusal i bromhosal nie nadawały mi się w smaku.

Naogół należy wymagać, żeby potrawy były przygotowywane w kuchni zupełnie bez soli, a chory dodawałby sobie do nich sam tyle soli na wagę, ile mu było przepisane. Wobec tego, że odżywianie z małą ilością soli rozmaicie wpływa na poszczególnych chorych, rozróżniałem od samego początku dietę małosłoną stałą od okresowej. Żeby dać każdemu możliwość indywidualizowania metody, nie układałem schematów, lecz ograniczyłem się tylko do zestawienia pożywienia mięsnego i bezmięsnego. Przy odżywianiu się pokarmami małosłonymi należy obficie używać owoców i jarzyn.

Już w pierwszej mojej pracy w r. 1903 zalecałem celem odwadniania nie tylko dietę, ale również i środki farmaceutyczne; w tym celu stosowałem przede wszystkim preparaty teobrominy, a w ostatnich czasach salirgan i inne *diuretica*.

Z rękopisu niemieckiego przełożył  
W. K n a p p e.

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z I-go oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.  
(Kierownik: Dr. A. Landau).

**Przypadek przewlekłej sinicy kończyn naczynioruchowej (acrocyanosis chronica), powikłany objawami choroby Raynaud. O zachowaniu się w nim wymiany gazów oraz układu krążenia.**

Podali

Anastazy LANDAU i Róża HERMANOWA (Warszawa).

Nerwice naczynioruchowe i odżywcze (*morbis Raynaud, acrocyanosis chronica, erytromelalgia Weir-Mitchell, acroparaesthesiae, scleroderma, oedema angio-neuroticum Quincke*), nie tak dawno wyodrębnione, tworzą razem dziedzinę kliniczną, która jeszcze obecnie należy do niezupełnie zbadanych.

Podłoże humoralne (kiła, gruźlica, usposobienie konstytucjonalne), zaburzenia gruczołów dokrewnych, uszkodzenie układu nerwowego roślinnego centralne i obwodowe, wreszcie zmiany schorzących członków tworzą razem spłot zjawisk patologicznych, którego obecnie nie można jeszcze całkowicie rozwikłać, bowiem przyczyny od następstw nie dają się tu ściśle oddzielić. Pogmatwanie w tej dziedzinie potęgowane jest jeszcze przez to, iż granice kliniczne poszczególnych jednostek chorobowych nie są dość ostre, tak, że przypadki, spotrzegane przy łóżku chorego, nie dają się wtłoczyć w jeden odrębny typ klasyfikacyjny i często króć zazębiają o dziedziny pokrewne. Poniżej podajemy opis przypadku przewlekłej sinicy kończyn (*acrocyanosis chronica*), który również dobrze zaliczony być może do choroby Raynaud; podaje-

my go jeszcze dlatego, iż czynnościowe badanie układu krążenia oraz wymiany gazów pozwoliło nam wydobyć na jaw obecność zjawisk chorobowych, nienotowanych dotąd w tych nerwicach.

Przypadek dotyczy chorej L. L. lat 25, niezamężnej z zawodu wychowawczynie, przybyłej na oddział 13/II. 1930 r. Chora przebywała na oddziale do 5/VI r. z.

W y w i a d y r o d z i n n e. Ojciec zmarł na serce. Matka choruje na gościec stawowy, troje rodzeństwa cierpi jakoby na chorobę nerek. Na podobną chorobę, jaką jest dotknięta chora, nikt z rodziny nie cierpi. Z chorób przebytych wymienia: w dzieciństwie odra, w 18 roku życia zapalenie lewego stawu kolanowego, połączone z jego obrzmieniem i wysoką ciepłotą w ciągu 6 tyg.; po roku nawrót; pozatem często się przeziębiała. Miesiączki od 16 roku życia, od 3-ich lat nieprawidłowe, co 2 — 3 miesiące, nieraz co pół roku; od 6-ciu miesięcy brak miesiączki.

O b e c n a c h o r o b a datuje się od dwu lat. Po wyjściu na ulicę w zimie chorej każdorazowo zaczęły dokuczać drętwienie i ból prawej dłoni, a po pewnym czasie zostały dotknięte obie dłonie z przewagą zawsze prawej. Jednocześnie chora zauważyła, iż sensacjom tym na zimnie towarzyszy zblednięcie, a nawet zbiegnięcie dłoni i palców, które stają się potem sine i zimne.

Napady podobne, zrazu rzadkie i zależne od zadziała zimna, stopniowo stawały się coraz częstsze, występowały również w mieszkaniu, nie na ulicy, nieraz kilka razy na dzień, trwały godzinę i dłużej. Od kilku miesięcy sinica na kiściach jest stała, widoczna jest ona również na stopach i dolnych częściach obu podudzi.

Uprócz siności pacjentka podaje, iż dłonie i stopy są stale zimne i pokryte potem, a nadto, że miewa w nich uczucie drętwienia i mrowienia. Innych skarg naczynioruchowych wymienić należy bóle i zawroty głowy. Solec od 3-ich lat zaparty, raz na tydzień, a nawet rzadziej. Od 1/2 roku chorej dokuczają rozlane bóle całego brzucha o charakterze skręcającym, występujące zaraz lub w 1/2 — 1 g. po jedzeniu, oraz zupełny brak apetytu; chora często powstrzymuje się od jedzenia w obawie bólów; pozatem skarży się na osłabienie ogólne oraz spadek postępujący wagi. W ciągu ostatniego roku chora straciła jakoby 4 kg.

S t a n p r z e d m i o t o w y. Chora wzrostu wysokiego, wychudzona, waga wynosi tylko 40 kg.; odżywianie wybitnie upośledzone. Ciepłota niska, waha się w granicach 34 z kreskami do 36° (ciepłota mierzona pod pachą).

G r u c z o ł y c h ł o n n e szyjne i karkowe z obu stron powiększone, twarde, niektóre dochodzą do wielkości małej sliwki, ruchome, nieznoszące ani ze skórą, ani z głębszymi tkankami, łokciowe małe.

T a r c z y c a niepowiększona, macalna.

Uzębienie prawidłowe, gardziel bez zmian.

K ł a t k a p i e r s i o w a wąska, długa, o kącie międzybrownym ostrym.

N a r z ą d y k ł a t k i p i e r s i o w e j. Płuca, zarówno fizycznie, jak i na ekranie rentgenowskim bez zmian. Oddech powierzchowny, typu piersiowego, 20—24 na l'.

U k ł a d k r ą ż e n i a: tętno 60 — 80 na l', miarowe, miękkie, o niedużym wypełnieniu, jednakowo wymagalne na obu tętnicach promieniowych. Ciśnienie niskie (*hypotensio*) na pr. ramieniu = 75/50; na l. ramieniu = 78/50. Ciśnienie tętna jest małe i wynosi tylko 25 — 28.

S e r c e asteniczne, małe, wiszące.

W y m i a r y o r t o d j a g r a f i c z n e: Wymiar podstawy = 8,7 cm. Wymiar podłużny 10,6 cm. Wymiar lewej komory 7,6 cm. Wysokość lewej komory 1 cm. Wymiar pr. komory 7,2.

T o n y s e r c a ciche, czyste.

B a d a n i e c z y n n o ś c i o w e s e r c a:

1) podczas leżenia tętno 84 na l'

2) po wstaniu tętno 90 na l'

3) po paru chwilach tętno 108 na l'

4) po 15-krotnym nachyleniu do ziemi z wyciągniętymi rękoma tętno 132 na l'.

5) natychmiast po położeniu się tętno 90 na l'.

6) w dwie minuty potem tętno 75 na l'.

Badanie powyższe wykazuje, iż sprawność mięśnia sercowego, pomimo jego kształtu astenicznego, jest całkowicie zachowana, albowiem po wysiłku fizycznym oraz ponownym położeniu się liczba tętna na l' opada w niespełna 2 minuty poniżej punktu wyjściowego; zresztą, żadnych innych oznak niedomogi serca u chorej nie stwierdziliśmy.

B r z u c h poniżej poziomu klatki piersiowej o powłokach wiotkich, wrażliwy w okolicy pr. dołu biodrowego poniżej punktu M a c B u r n e y a. Pława nerka macalna i nieco ruchoma. Wątroba i śledziona niemacalne.

Z d j ę c i e r e n t g e n o w s k i e p r z e w o d u p o k a r m o w e g o (Dr. W e r k e n t h i n ó w n a) wykazało: znaczne opuszczenie i atomję żołądka oraz jelit z opóźnieniem opróżnianiem się jelit grubych; utrudnione przechodzenie treści przez kąt dwunastniczooczny wskutek ucisknięcia go przez kreskę opadniętych jelit. *Aërocolia*.

N a r z ą d y p ł c i o w e (Dr. E n d e l m a n n): małe, niedorozwinięte, jajniki znajdują się w stanie hipofunkcji, na co wskazuje znaczne opóźnianie się miesiączek.

S k ó r a nadmiernie uwłosiona, szczególnie na podudziach i przedramionach (*hypertrichosis*).

Na twarzy, a mianowicie na nosie, policzkach, zabarwienie skóry sine z odcieniem fioletowym; sine są również wargi. Na wyprostnych powierzchniach kiści, palców oraz dolnej 1/3 części przedramion — zabarwienie skóry jest mocno sine, prawie fioletowe; podobne zesinienie, ale o znacznie mniejszym nasyceniu, widoczne jest na stopach i dolnej 1/3 części podudzi. Podczas gdy na kiściach zabarwienie jest jednolite, to na stopach widoczne jest marmurkowanie w postaci siatki, na którą składają się jaśniejsze plamy, otoczone siną obwódką. Przy ucisku palcem miejsc sinych powstaje biały krążek, który utrzymuje się około 6—8 sek. Te białe krążki odyskują swe sine zabarwienie powoli, zmniejszając się od obwodu do środka.

Na wyprostej powierzchni prawej kiści są 2 niezrosnięte z kością blizny długości 3 i 5 cm., szerokości 1/2 cm. po przebytej ropieniu (przed dwoma miesiącami); tak samo paznokcie palca wskazującego ręki prawej zmienione po ropieniu (*onychogryfosis*). Palce są długie, nieco ścieńczałe, na dotyk zimne i wilgotne. Przy unoszeniu kończyn ku górze odcinki sine nie bieleją, sinica prawie nic nie traci ze swego nasycenia.

Rentgenogram obu dłoni nie wykazuje żadnych zmian kostno-stawowych, jedynie II-ga kość śródreżca prawego wykazuje minimalne odwapnienie.

U k ł a d m i ę ś n i o w y zaburzeń nie wykazuje. Mięśnie o napięciu prawidłowym.

U k ł a d n e r w o w y. Żrenice równe, okrągłe, na światło i przystosowanie oddziałują. Dno oczu prawidłowe. W zakresie pozostałych nerwów czaszkowych zmian również brak. Kończyny górne i dolne pod względem sprawności ruchowej zmian nie wykazują, pomimo parestezyj w końcach palców; czucie dotykowe, bólowe, ciepłkowe, kinestetyczne i stereognostyczne są normalne. Wysilek mięśniowy słaby. Odruchy okostnowe, ścięgnowe i skórne bez zmian. Odruchów patologicznych brak. Objaw apokamnozy Goldflama ujemny.

Na szczególną uwagę zasługują napady, występujące w okolicach, dotkniętych sinicą. Zjawiają się one zazwyczaj

rano naczcho i rozpoczynają się od uczucia silnego mrowienia w palcach obu rąk, poczem zauważyć się daje przez 10—15m' znaczne zblednięcie (*syncope*) wszystkich palców, z kolei zaś wybitna ich sinica (*asphyxia*).

Napad taki trwa zmiennie: niekiedy minut kilkanaście, niekiedy zaś przeszło godzinę, raz ogranicza się do rąk, innym razem rozprzestrzenia się i na stopy. W czasie napadu chora najbardziej uskarża się na zmiany w ręce prawej; w niej również najbardziej wyjaskrawiona jest zmienność barwy od białej do sino-fioletowej. Niezależnie od tych napadów zdarzają się w ciągu dnia kilkakrotne zblednięcia (*syncope*) jednego lub więcej palców — szybko przemijające. Zblednięciom towarzyszy uczucie obumarcia członków. Napady niekiedy występują samoistnie bez dostrzegalnych dla chorej momentów wyzwalających, jednak niewątpliwie zimno sprzyja ich powstawaniu.

Zanurzanie rąk do gorącej wody lub gorący napój są wstanie napad złagodzić lub całkowicie go przerwać.

W czasie napadu czucie dotykowe bólu i ciepłoty w dotkniętych odcinkach jest upośledzone, rzadziej całkiem zniesione.

Ciepłota w czasie napadu mierzona ciepłomierzem Celsjusza, używanym do celów laboratoryjnych, wynosiła 17° w prawej ręce, 19° w lewej. Pod prawą pachą 32°, lewą—27°.

Badanie ciśnienia krwi i wskaźnika oscylometrycznego przyrządem Pachona, wykazuje:

|                                       |                              |        |         |         |
|---------------------------------------|------------------------------|--------|---------|---------|
| Kończyna dolna lewa: górna część uda  | ciśn.                        | 160/80 | wskaźn. | 6       |
| " " " " " " " "                       | podud.                       | 160/80 | "       | 6       |
| " " " " " " " "                       | "                            | 110/80 | "       | 1       |
| Kończyna dolna prawa: " " " " " " " " | uda                          | 150/80 | "       | 6       |
| " " " " " " " "                       | górna " " " "                | 150/80 | "       | 6       |
| " " " " " " " "                       | podud.                       | 150/80 | "       | 6       |
| " " " " " " " "                       | "                            | 110/80 | "       | 1       |
| Kończyna górna lewa: ramię            | "                            | 100/75 | "       | 1,2     |
| " " " " " " " "                       | przedramię                   | 90/75  | "       | 1/2     |
| Kończyna górna prawa: ramię pr.       | "                            | 95/60  | "       | 1       |
| " " " " " " " "                       | górna i środk. cz. przedram. | 100/75 | "       | 1,5     |
| " " " " " " " "                       | dolna cz. przedramienia      | 95/75  | "       | drżania |
| oscylometryczne nie przekraczają 0,4  |                              |        |         |         |

Po zanurzeniu ręki lewej aż do 1/3 dolnej cz. przedramienia do wody gorącej o ciepłocie 56° na przeciąg 10' sine zabarwienie kończyny zamieniło się na żywo czerwone, jednocześnie była ona na dotyk ciepła; zmiana ta w obrębie przedramienia trwała 30'; w obrębie kiści 10', poczem zjawiała się zwykła sinica wraz z chłodną na dotyk skórą.

Ciepłota krwi, mierzona bezpośrednio po zabiegu na ramieniu i przedramieniu pr., nie zmieniła się; natomiast na ramieniu wskaźnik oscylometryczny zwiększył się o 1,5, t. zn. z 0,5 podniósł się do 2.

Po zanurzeniu kończyny górnej lewej do 1/3 dolnej cz. przedramienia do wody z lodem na 10' wystąpiło 10' trwające b. intensywne zaczerwienienie kończyny aż do 1/3 dolnej cz. przedramienia. Ciśnienie i wskaźnik oscylometryczny na przedramieniu nie uległy zmianie, na ramieniu zaś wskaźnik zmniejszył się o 0,5, t. zn. zamiast 1 wykazał 0,5 przy niezmiennym ciśnieniu.

Ciepłota krwi, mierzona przyrządem Riva-Rocciego metodą osłuchową:

|                  |         |
|------------------|---------|
| na pr. ramieniu  | = 75/50 |
| na lew. ramieniu | = 78/50 |

Z pomiarów ciśnienia wynika przeto, iż jest ono niskie (*hypotensio*); na uwagę zasługuje niski wskaźnik oscylometryczny w obwodowych odcinkach kończyn, który nieznacznie wzrasta po zanurzeniu kończyny do wody gorącej, a opada po wodzie zimnej.

Stan psychiczny chorej: stale przygnębiona, skłonna do płaczu, bardzo religijna, a nawet bigotka.

Sypia naogół dobrze, budzona jednak nad ranem przez zwykłe sensacje w kończynach górnych.

Układ nerwowy roślinny:

I. Próba Danielopolu i Carniol (atropinowa i ortostatyczna \*)). Tętno w pozycji leżącej — 60 na 1'. Po wstrzyknięciu dożylnem pierwszej dawki atropiny = 0,5 mg. oraz następnych dwóch dawek po 0,5 mg. w odstępach 5' tętno nie uległo zmianie. Przyspieszenie tętna osiągnięto za czwartym razem, a więc po wstrzyknięciu ogółem 2 mg. atropiny; wynosiło ono wówczas 116; różnica w stosunku do liczby wyjściowej równa się 116 — 60 = 56.

1) Napięcie bezwzględne nerwu współczulnego (po porażeniu n. błędnego) = 116. (norma : 116 — 128).

2) Napięcie bezwzględne n. błędnego — 2 mg. atropiny (norma 1,5).

3) Zdolność hamująca n. błędnego = 116 — 60 = 56 (norma 46—56).

4) Liczba tętna w pozycji stojącej przed porażeniem n. błędnego = 66 (norma 84).

5) Liczba tętna w pozycji stojącej po porażeniu n. błędnego = 120 (norma 90).

Wniosek: Wagotonja istotna.

II. Próba z 0,75 cm<sup>3</sup> roztworu 1% pilokarpiny, wstrzykniętej podskórnie, dała odczyn wybitnie wagotoniczny, a więc wybitny ślinotok, łzawienie, obfite poty, zaczerwienienie twarzy, zwężenie źrenic, objawy wzmoczonej perystaltyki jelit.

III. Próba oczno-sercowa Aschnera z uciskiem na gałki oczne dała wynik paradoksalny, a mianowicie, nieznaczne przyspieszenie tętna z 60 na 68 na 1', t. j. o 8 na 1'.

IV. Próba adrenalinowa z 1 mg. adrenaliny Karpinskiego, wstrzykniętej podskórnie, dała odczyn ujemny: a więc subiektywnie bardzo nieznaczne bicie i niepokój serca, krótkotrwałe i nieznaczne przyspieszenie tętna, pozatem prawie niezmiennione ciśnienie krwi, brak przecukrzenia krwi poadrenalinowego, na co wskazuje następująca tablica.

|                         | Tętno na 1' | Ciepłota krwi | Cukier we krwi % |
|-------------------------|-------------|---------------|------------------|
| Przed zastrzyk. naczcho | 60          | 75/50         | 1                |
| po 15 m.                | 80          | 63/43         | 0,7              |
| " 30 "                  | 80—84       | 70/40         | 0,8              |
| " 1 g.                  | 80—86       | 70/40         | 0,8              |
| " 2 g.                  | 72          | 70/50         | 1,07             |

V. Dermografizm wyraźny — smuga czerwona utrzymuje się w ciągu 8 sek.

Wyniki badania układu nerwowego roślinnego w przypadku naszym świadczą o wyraźnym wzmoczeniu napięcia układu nerwu błędnego (wagotonja), czego dowodzą zgodnie wszystkie trzy próby farmakologiczne; układ współczulny znajduje się raczej w stanie hipotensji.

Badania pomocnicze:

Badanie moczu: Wydajność dobową moczu 800 — 1000 cm<sup>3</sup>; c. g. 1004 — 1009; białko, cukier nieobecne, ur-gen niezwiększony. Drobnowidzowo pojed. ciała wypocinowe w polu widzenia.

Badanie kału — żadnych zmian chorobowych nie wykazało.

Badanie treści żołądkowej: po śniadaniu alkoholowym (300 cm<sup>3</sup> roztworu 5% alkoholu): naczcho nic nie wydobyło.

\*) Danielopolu i Carniol: Archives des maladies du coeur. Nr. 3. 1925.

po śniadaniu:

|            | L  | A  |
|------------|----|----|
| po 1/2 g.  | 5  | 12 |
| " 1 g.     | 18 | 30 |
| " 1 1/2 g. | 29 | 40 |
| " 2 g.     | 20 | 30 |

Badanie morfologii krwi:

Ciałek czerwonych — 4.800.000.

Ciałek białych — 7.100.

Hemoglob. — 97%. Wskaźnik barwnikowy 1,0.

W z ó r:

| E  | P. | S   | L   | Mo |
|----|----|-----|-----|----|
| 1% | 4% | 56% | 35% | 4% |

Badanie na skazę krwotoczną:

1) Objaw opaskowy ujemny.

2) Czas krwawienia 3,5'.

3) Czas krzepnięcia 5'.

4) Płytek 215.000 w 1 mm<sup>3</sup>.

Obecność całego różańca sporych twardych gruczołów szyjnych i karkowych nakazywała ustalenie przyczyny tego objawu chorobowego. Wchodziły tu w grę gruźlica, kiła oraz limfogranulomatoza. Brak leukocytozy i neutrofilii, brak gorączki, względnie nieduże rozmiary niezlewających się z sobą gruczołów przemawiały przeciwko limfogranulomatozie. Odczyn Wassermanna był ujemny.

Dokonano badania na odczyn tuberkulinowy:

1) Po zastrzyknięciu podskórnym 0,2 mg. tuberkuliny wystąpiło podniesienie ciepłoty do 37,3° (zwykły poziom ciepłoty niżej 35°), bez objawów miejscowych, 2) nazajutrz po zastrzyknięciu 1 mg. tuberkuliny podniesienie ciepłoty do 38,8°, dreszcze, ból głowy; miejscowo w ciągu trzech dni zaczerwienienie i stwardnienie, odpowiadające wielkości dwuzłotowej monety; gruczoły chłonne szyjne i karkowe bez zmiany.

Zasób zasad w surowicy = 62 cm<sup>3</sup> CO<sub>2</sub>.

Badanie podstawowej przemiany materii, wykonane kilkakrotnie w ciągu 3-ch miesięcy pobytu chorej w szpitalu, wykazało znaczne jej obniżenie, sięgające —19 do —32% przy prawidłowym współczynniku oddychowym = 0,9,

|                       | 17/III                | 22/III                | 30/III  |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|
| Pojemność oddech.     | 4960 cm <sup>3</sup>  | 5300 cm <sup>3</sup>  |         |
| Zużycie tlenu na 1'   | 115,3 cm <sup>3</sup> | 134,1 cm <sup>3</sup> |         |
| Przem. podst. należn. | 1219 ciepl.           | 1219 ciepl.           |         |
| Przem. podst. rzecz.  | 821,9                 | 946                   |         |
| w %                   | — 31,8%               | — 22,4%               | — 18,9% |
| współczyn. odd. (Rq)  | 0,92                  | 0,89                  |         |

Ilość krwi krążącej, obliczona metodą Rowntree i Geraghty a. Roth<sup>1)</sup> = 3700 cm<sup>3</sup>.

Krwinki = 47%. Ilość osocza = 21. Ilość osocza na kilo wagi osocza = 49 cm<sup>3</sup> (norma 51). Ilość krwi krążącej na kilo wagi

= 88 cm<sup>3</sup> (norma 82 — 92 Rowntree, Brown, Roth).

Badanie gazów we krwi<sup>1)</sup> wykazuje, co następuje:

|                   | Niedobór obj. tlenu | Pojemność tlenu | Zawartość obj. tlenu | Niedobór % tlenu | Zawartość % tlenu | Zawartość % CO <sub>2</sub> |
|-------------------|---------------------|-----------------|----------------------|------------------|-------------------|-----------------------------|
| we krwi tętniczej | 2,83                | 14,25           | 11,42                | 19,9             | 80,1              | 59,46                       |
| we krwi żyłnej    | 10,61               | 15,76           | 5,15                 | 67,34            | 32,66             | 69,68                       |

Objętościowy deficyt tlenowy w naczyniach włosowatych według wzoru Lundsgaarda<sup>2)</sup> = średniej arytmetycznej z niedoborów obj. tlenu we krwi tętniczej i żyłnej; w naszym przypadku:

$$C = \frac{2,83 + 10,61}{2} = 6,7 \text{ obj. O}_2$$

Rzut minutowy serca = 2139 cm<sup>3</sup> (norma 3.500 — 6.000 cm<sup>3</sup>) obliczony został według wzoru Ficka

$$\frac{\text{O}_2}{Z - Z_t} \cdot 100 = \frac{\text{O}_2 - \text{Z}_t}{Z - Z_t} \cdot 100 =$$

O<sub>2</sub> — zużycie tlenu na 1'  
Z — objętościowa zawartość tlenu we krwi tętniczej.  
Z<sub>t</sub> — obj. zawartość tlenu we krwi żyłnej.

O<sub>2</sub> — obliczony za pomocą aparatu Laulaniego (patrz wyżej badanie podstawowej przemiany materii) Van Slyke i Neila.

Z — " " " " " " " "  
t — " " " " " " " "  
Z — " " " " " " " "  
z

Tak więc stwierdziliśmy: znaczne obniżenie podstawowej przemiany materii, które stale się powtarza we wszystkich trzech oznaczeniach i świadczy o obniżeniu czynności tarczycy; zmniejszony rzut minutowy serca oraz znaczny niedobór tlenu we krwi tętniczej, żyłnej oraz w naczyniach włosowatych, a mianowicie: niedobór we krwi tętniczej stanowi 19%, zamiast normalnych 5%, we krwi żyłnej 67,34%, zamiast 35%, zaś w naczyniach włosowatych deficyt wynosi 6,7 obj. O<sub>2</sub> zamiast 3,5. Do tego, co te wszystkie liczby oznaczają, wrócimy jeszcze poniżej, tutaj podkreślimy, iż dla zjawienia się sinicy według Lundsgaarda deficyt tlenowy we krwi włosowatej powinien wynosić 6—7 objętości w %, co odpowiada zawartości zredukowanej hemoglobiny 5 grm. w 100 cm<sup>3</sup> krwi; nasza liczba deficytu tlenowego we krwi kapillarnej 6,7% w zupełności odpowiada wzorowi Lundsgaarda.

Przebieg choroby: 25.II. Ciepłota 36 Tętno 64 na 1', miarowe, słabo napięte i wypełnione. Oddychów 18 na 1'. Wydajność dobową moczu 900 cm<sup>3</sup>, c. g. 1006. Chora oddaje mocz 1—2 razy na dobę. Miewa codziennie nad ranem 2 godz. trwające napady mrowienia, drętwienia w palcach obu kończyn górnych, które początkowo są białe i zimne, poczem sinieją. Zalecono codziennie po 10 jednostek insuliny AB. Poza tym chorej zalecono 36 zastrzyknięć z arszeniku i strychniny (Na kak.). Tran i preparaty wapniowe. Insulina została przepisana jako środek tuczący z uwagi na utratę wagi i niski wóglę jej poziom.

3. III. Ciepłota 35,8°. Tętno 60 na 1', miarowe. Na wadze ubyło 3/4 kg., pomimo insuliny i arszeniku. Chora skarży

<sup>1)</sup> Rowntree, Geraghty a. Roth. The volume of the blood and plasma in health and disease. 1929. Philadelphia (monografia).

<sup>1)</sup> Czynny udział w badaniach laboratoryjnych nad zachowaniem się gazów we krwi brał Dr. I. Lewicki.

<sup>2)</sup> Lundsgaard and Van Slyke: Cyanosis. 1923.

się na ogólne osłabienie i rozlane bóle brzucha, występujące zaraz po jedzeniu o trwaniu 1—2 godz. Skutkiem powyższego chora mało jada, co właśnie jest przyczyną spadku wagi. Stolec zaparty, raz na 3—4 dni. Dłonie sine i zimne aż do  $\frac{1}{3}$  dolnej części przedramion, kończyny dolne — do  $\frac{1}{3}$  cz. podudzi. Na stopach sinica wybitna w postaci marmurkowania. Na grzbietowej powierzchni obu stóp ledwie wyczuwalne tętno. Uniesienie do góry rąk w pozycji pionowej na przeciąg kilku minut prawie nie zmienia siniego zabarwienia dłoni.

8. III. W palcach pr. dłoni i rzadziej w lewej miewa co rano napady mrowienia, kilka minut trwające zbieżenie z nast. zesinieniem, poczem poprzez krótki okres rozgrzania z zaczerwienieniem wraca zwykła sinica dłoni, które na dotyk są zimne. Podczas napadu stwierdzić się daje znaczne upośledzenie czucia bólowego i temperatury w ostatnich paliczkach palców. Zanurzenie rąk do gorącej wody skraca napad. Mimo codziennego stosowania insuliny i zastrzykiwań arsenikowych samopoczucie się nie zmieniło, waga nie podniosła się. Zalecono codzienne zastrzyknięcie domięśniowe acekoliny po 0,1 cm<sup>3</sup>.

14. III. Ciepłota 35°. Tętno 60 na l', miarowe. Oddechów 22 na l'. Wydajność dobową moczu: 850 cm<sup>3</sup>, c. g. 1004. Na wadze ubyło 1 kg. O 7-ej rano zwykły napad w 4 palcach prawej dłoni (prócz kciuka) w ciągu 1.25 g. oraz w I i II palcach lewej w ciągu 15', pozatem bóle całego brzucha o charakterze skręcającym, trwające  $\frac{1}{2}$ —1 godz. po każdym jedzeniu. Chora zjada zaledwie  $\frac{1}{2}$  racji szpitalnej.

15. III. Podczas napadów zaczęto stosować szafki elektryczne na dotknięte kończyny w obrębie przedramienia i dłoni.

17. III. Metabolizm — 32 %, 22. III. — 22 %.

29. III. Ciepłota 35°. Tętno 60 na l', miarowe. Oddechów 20 na l'. Dalszy ubytek wagi = 1 kilo. Napady mrowienia, drętwienia ze zbieżeniem i następczem zesinieniem trwają nadal w palcach obu rąk, szczególnie prawej, niekiedy zaś w dwóch palcach obu kończyn dolnych. Czas trwania  $\frac{1}{2}$ —2-ch godzin.

29. III. Acekolinę odstawiono z uwagi na zupełny brak jej działania na napady naczynioruchowe.

4. IV. Zalecono zastrzykiwania podskórne Glandofoliny R i c h t e r a, Corps jaune R i c h t e r a po 4 tabl. dziennie. (Opoterapia jajnikowa została zalecona z uwagi na wybitną podczynność jajnikową).

8. IV. Ciepłota 35°. Tętno 58 na l', miarowe, słabo napięte. Chora często płacze, jest zdenerwowana, od 2-ch dni źle sypia. Miesiączki przez cały czas pobytu chorej w szpitalu się nie zjawily. Odcinki dystalne palców obu rąk sine. Zwykle napady trwają nadal. Leczenie jajnikowe żadnego wyraźnego wpływu na przebieg choroby nie wykazuje.

16. IV. Stan bez zmiany.

24. IV. Ciepłota 35°. Tętno 64 na l', miarowe, słabo napięte. Kończyny górne i dolne o zabarwieniu prawie normalnem, napady mrowienia występują codziennie, lecz tylko w końcach palców obu rąk, trwają  $\frac{1}{2}$ —1 godz. Gorące okłady, szafki elektryczne napad łagodzą.

25. IV. Napad trwał mniej niż  $\frac{1}{2}$  godz.

29. IV. Drętwienie i zbieżenie z następczem zesinieniem wystąpiło tylko w II i III-cim palcu pr. ręki, trwało  $\frac{1}{2}$  godz. Po

|                |                   | Ciśnienie. | Wskaźnik oscyllo metr. |
|----------------|-------------------|------------|------------------------|
| Kończyny górne | Lewe ramię        | 100/80     | 2,0                    |
|                | " przedr.         |            |                        |
|                | cz. górna i dolna | 90/70      | 0,3                    |
|                | Prawe ramię       | 95/60      | 2,5                    |
|                | " przedr.         | 90/70      | 0,3                    |

12 zastrzykiwaniach Glandofoliny R i c h t e r a odstawiono i zastosowano injek. Hipofizyny C h o a y po 1 cm<sup>3</sup>.

1. V. Tętno 64 na l', miarowe. Waga utrzymuje się na jednym poziomie 40 kilo. Dziś napadu wogóle nie było.

7. V. Ciepłota 35°. Tętno 60 na l', miarowe. Oddechów 24 na l', powierzchowne. Skargi powyższe trwają nadal. Ciśnienie, przyrządem P a c h o n e a mierzone, wykazało:

|                |                           | Ciśnienie. | Wskaźnik oscyllo metr. |
|----------------|---------------------------|------------|------------------------|
| Kończyny dolne | Na dolnej cz. uda lewego  | 130/80     | 3,5                    |
|                | górna cz. podud.          | 130/80     | 3,5                    |
|                | dolna cz. "               | 120/35     | 1,0                    |
|                | Na dolnej cz. uda prawego | 130/80     | 2,5                    |
|                | górna cz. podud.          | 130/80     | 4                      |
|                | dolna cz. "               | 120/50     | 1                      |

Badanie powyższe stwierdza istnienie podciśnienia, jednak z zachowaniem normalnego stosunku kończyn górnych do dolnych, na których ciśnienie tętnicze jest wyższe, aniżeli na kończynach górnych. Bardzo charakterystyczny jest gwałtowny spadek wskaźnika oscyllometrycznego w obwodowych odcinkach wszystkich kończyn. Pomiary powyższe są również dowodem absolutnego braku działania wszystkich poprzednich środków na krążenie obwodowe.

13. V. Ciepłota 35,2°. Oddech powierzchowny 24 na l'. Tętno 70 na l', słabo napięte i wypełnione. Wczoraj i dziś były napady mrowienia i drętwienia z następczem zbieżeniem i zesinieniem w I, II i III-cim palcach prawej kończyny dolnej w ciągu 1 godz. Metabolizm — — 18,7 %. Zastrzykiwania Hipofizyny odstawiono po 14 razach i rozpoczęto zastrzykiwania histaminy po 0,1 mgr. codziennie do 16. VI., t. j. do wypisania się chorej; ogółem dostała 22 zastrzyknięcia histaminy.

20. V. Stan bez zmiany.

22. V. Ciepłota 35,8°. Tętno 60 na l', miarowe. Oddechów 20 na l'. Sinica kiści mniej zaznaczona. Mrowienie i drętwienie w ostatnich paliczkach 2 i 3-go palca pr. dłoni. Naogół się chorej; ogółem dostała 22 zastrzyknięcia histaminy. Zastrzyknięcie insuliny chora otrzymała ogółem 90 po 10 jednostek dziennie.

|                |                         | Ciśnienie. | Wskaźnik oscyllo metr. |
|----------------|-------------------------|------------|------------------------|
| Kończyny górne | Lewe ramię              | 130/75     | 2,5                    |
|                | górna cz. przedramienia | 130/70     | 2,0                    |
|                | dolna cz. przedramienia | 90/70      | 0,5                    |
|                | Prawe ramię             | 100/80     | 2,5                    |
|                | górna cz. przedr.       | 100/80     | 2,5                    |
|                | dolna cz. "             | 90/70      | 1,0                    |

|                |                  | Ciśnienie. | Wskaźnik oscyllo metr. |
|----------------|------------------|------------|------------------------|
| Kończyny dolne | Lewe udo         | 120/80     | 2,5                    |
|                | górna cz. podud. | 120/80     | 2,5                    |
|                | dolna cz. "      | 110/80     | 1,0                    |
|                | Prawe udo        | 140/80     | 2,5                    |
|                | górna cz. podud. | 130/80     | 2,5                    |
|                | dolna cz. "      | 120/90     | 1,0                    |

Porównanie liczb powyższych z otrzymanymi przed 2-ma tygodniami wskazuje, iż w okresie histaminowym wraz ze zmniejszeniem się sinicy wskaźnik oscylometryczny na obwodzie kończyn górnych nieco wzrósł.

26. V. Tętno 70 na 1', miarowe. Oddechów 22 na 1'. Na wadze przybyło 0,6 kg., waży 41,6 kg. Od 3-ch dni napadu nie było. Sinica na kiściach b. słabo zaznaczona, na stopach i  $\frac{1}{3}$  dolnej cz. podudzi sinica tylko podczas chodzenia, przy leżeniu zabarwienie normalne.

29. V. Napadu od 5-ciu dni nie było. Chora czuje się

znacznie lepiej. Sinica rąk i twarzy w okolicy nosa mniej zaznaczona.

2. VI. Od wczoraj, znowu mrowienie, zbilenie z następczem zesinieniem tylko w jednym środkowym palcu pr. dłoni w ciągu 10'. Waga utrzymuje się na jednym poziomie. W  $\frac{1}{2}$  godz. po jedzeniu bóle brzucha nad pępkiem. Stolec zaparty, raz na 3—4 dni.

15. VI. Chora wypisuje się ze szpitala ze znaczną poprawą.

(Dok. nast.).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

#### O wysiewach krwiopochodnych w płucach.

Podala

G. ABERDAM-SELLIGOWA (Warszawa).

Niedawno dopiero uświadomiono sobie fakt, że dostanie się prątków do krwiobiegu nie jest równoznaczne z prosówką. Wprawdzie *Villemin* już w 1865 r. zarażał gruźlicą zwierzęta przy pomocy krwi ludzi, nie mających prosówki, a *Liebermeister* wykazał we krwi nie tylko ciężko, ale i lekko chorych prątki zjadliwe, to jednak nie oswojono się jeszcze z pojęciem łagodnych wysiewów krwiopochodnych. Pojęcia zmieniły się dopiero, gdy opisano wyleczone prosówki, i gdy *Ranke* wystąpił ze swym podziałem gruźlicy na 3 okresy. Kliniczne opisy wyleczonych prosówek ogłosili *Walter*, *Wunderlich*, *König*, *Cornet* i *Burklart* na podstawie materiału sekcyjnego, znajdując zwapniałe drobne ogniska u ludzi, którzy zmarli na inne choroby. *Assmann* w 1913 r. na podstawie zdjęć rentgenologicznych opisał wyleczone przypadki prosówki, podobnie jak później *Rieder*, *Lorey*, *Liebermeister*, *Heineke*, *Amelung*, *Hecker* a ostatnio *Hein*, *Hanschmann* i *Sachs*.

*Simon* w 1921 r. opisał dokładnie wysiewy łagodne w gruźlicy okołoskrzelowej. Niezależnie od tych badań w 1918 r. *Grau* dał dokładny opis wysiewów u dorosłych. We Francji mówi *Bard* już w 1906 r. o wysiewach krwiopochodnych płuc, o t. zw. granule discrète i poussée granule, a *Neuman* mówi o *tbc. discreta* i jej następstwach *tbc. fibrosa densa*.

*Ranke*, a za nim *Schürmann* i *Diehl* uważają wysiewy drogą krwionośną za charakterystykę II okresu *Rankego*. Warunkiem ich powstania jest alergja drugorzędowa. Tem łatwiej one powstają, im bardziej ta alergja jest zbliżona do przeczulicowej. Wiadomo jednak, że mogą one powstać we wszystkich okresach gruźlicy. *Hamburger*, a w 1927 r. *Redeker* i *Brauning* opisali wysiewy krwiopochodne już w I stadium gruźlicy, stadium nacieczeniowem ogniska pierwotnego, a więc znacznie wcześniej, niż się wytworzyła pierwotna alergja *Rankego* związana z wygojeniem ogniska. Wysiewy te przebiegają przeważnie łagodnie, i odkrywa się je przypadkowo rentgenologicznie. Siedzi ba ogniska pierwotnego jest dla ich powstania obojętna. Wysiew odbywa się stale najpierw do małego

krążenia, a stąd dopiero prątki, płynąc dalej, mogą się dostać do dużego krążenia, lub też prowadzi je tam inny mechanizm, bliżej nam nieznany. W każdym razie już przy tych wczesnych wysiewach spotykamy jedno lub więcej ognisk obwodowych. W powstawaniu tych wysiewów odgrywa rolę nie tylko stan alergji (bo często się widzi powstanie przeczulicy nie przed wysiewem, ale jako jego następstwo), ale także wpływy mechaniczne i topograficzne. Często jest tylko rzeczą przypadku, że prątki nie zostają w gruczole, lecz idą dalej. Naturalnie, im więcej będzie prątków w gruczołach, tem łatwiej dostają się one do krążenia, a im więcej będzie po drodze gruczołów — filtrów, — tem mniej prątków będzie w krwiobiegu. Szczególnie często powstają wysiewy, gdy są zajęte gruczoły przytchawiczne. Przy wczesnych wysiewach spotyka się często charakterystyczną *trias*: świeża infekcja (potwierdzoną próbą *Pirquet* a lub tylko obecnością istnienia źródła siejącego), gruczoły przytchawiczne i wysiew. Z tego wszystkiego wynika, że już faza nacieczenia pierwotnego posiada wszystkie kardynalne cechy II-go stadium *Rankego*: przeczulicę, zapalenie okołogniskowe a przede wszystkim wysiewy krwiopochodne, dalej z tego wynika, że grupa pierwotnych nacieczeń z jej różnorodnymi powikłaniami obejmuje gros form gruźlicy dziecięcej, tak, że dzisiaj odstępuje się od podziału gruźlicy na 3 okresy, a wyróżnia się tylko dwa (I-szy okres i II-gi izolowanych suchot płuc).

*Hübshmann* opisuje wysiewy w razie istnienia złośliwego nacieczenia, powstające w czasie serowacenia pierwotnego ogniska. Jego zdaniem, te wczesne wysiewy są złośliwe i źle przebiegają. Obecnie jednak wiemy, że nie muszą one być złośliwe, i nawet rozległe wysiewy, dające obraz prosówki, mogą się cofnąć, pozostawiając tylko nieznaczne niecharakterystyczne resztki. Nie muszą one nawet ulec zwapnieniu, mogą się, bowiem, zachować, jak wysiewy późne.

Najczęściej powstają wysiewy w okresie gruźlicy gruczołów. Mogą też powstać w przypadkach izolowanych suchot płuc, opisał je *Ziegler*.

*Brauning* i *Redeker* w jednej z nowszych swych prac wypowiadają śmiało zdanie, że każda gruźlica przechodzi przez okres wysiewu.

W jaki sposób powstają wysiewy?

1) Najczęściej prątki z gruczołów, rzadziej z ogniska w płucu drogą naczyń limfatycznych dostają się do przewodu piersiowego, stąd do *v. cava sup.*, do

prawego przedsionka i komory, a stąd do płuc. Opisał to G h o n, który w 89 przypadkach na 100 znalazł gruczoły w miejscu ujścia *d. thor.* do *v. c. sup.* 2) Rzadziej prątki z serowatego ogniska dostają się do naczyń płucnych i dają wysiewy w obrębie rozgałęzień tych naczyń — opisał to L i e b e r m e i s t e r. 3) W rzadkich przypadkach zakażenia drogą przewodu pokarmowego dostają się prątki przez *cisterna chyli do v. cava inf.*, a stąd do gruczołów okołoskrzelowych. 4) W przypadkach ogniska pierwotnego w dolnych odcinkach płuc mogą się prątki dostać do gruczołów podprzeponowych, a stąd przez *cisterna chyli* do płuc i do gruczołów okołoskrzelowych. 5) Prątki mogą się dostać do żył płucnych, do dużego krążenia, a następnie do płuc, albo 6) mogą szerzyć się drogą układu chłonnego (wysiew limfopochodny).

W miejscu usadowienia się prątków powstaje anatomo - patologicznie gruzełek, który może być wysiękowy lub wytwórcozy. G r ä f f i K ü p f e r l e uważają gruzełki wysiękowe za złośliwsze i ściśle oddzielają te dwie formy. H ü b s c h m a n n natomiast uważa, że każdy świeży gruzełek jest wysiękowy i, jako taki, może albo zserowacieć, albo zwłóknieć.

Następstwa dostania się prątków do krwiobiegu są rozmaite, zależne od liczby prątków ogniska, które uległo przebicciu, od tego, jak szybko przebiccie nastąpiło, dalej od jadowności prątków i stanu alergii ustroju.

Krwio pochodnymi wysiewami zajmują się w najnowszych czasach anatomopatologowie S c h ü r m a n n i P a g e l. W 1919 r. G r a u opisał grzyllicę krwio pochodną. Wedle niego przebiega ona łagodnie, chociaż czasem są formy przejściowe, dające obraz izolowanych suchot z jej rozwojem od szczytu ku dołowi, mianowicie, gdy do wysiewu przyłącza się rozpadające się ognisko szczytowe. H o l l o w 1920 r. opisuje lekkie wysiewy, przebiegające bez objawów klinicznych i bez tendencji do dalszego rozwoju. A m e l u n g i H e c k e r opisują 5 przypadków wysiewu, gdzie klinicznie i rentgenologicznie była wielka rozbieżność. Klinicznie stwierdzano czasem tylko zaostrome lub szorstkie szmery, miejscami nikłe rżenia, ogólnie wogóle objawy nikłe, a rentgenologicznie i obdukcji nie widziano rozległy wysiew. Przebieg był różny, raz zbliżony do prosówki, drugi raz odpowiadał więcej formom rozsianej grzyllicy, opisanej przez G r a u a, i łagodny. Rentgenologicznie znajdowano mniej lub więcej liczne plamki prawie równej wielkości, bardziej lub mniej ostro odgraniczone. D i e h l w 1926 r. opisuje wysiewy krwio pochodne i zalicza je do drugiego okresu R a n k e g o. Wedle niego powstają one z kompleksu pierwotnego zagojonego w płucu, a czynnego w gruczołach. Obok przypadków czystego wysiewu opisał też takie, które stanowią przejście do suchot izolowanych i dodaje, że mogą one też powstać drogą zakażenia dodatkowego zewnątrz pochodnego.

Klinika grzyllicy płuc krwio pochodnej jest nadzwyczaj różnorodna.

U l r i c i na podstawie spostrzeżeń na dużym materiale kcsnym dzieli grzyllicę płuc krwio pochodną na 3 grupy:

I. Ostra prosówka.

II. Jednorazowy lub częściej powtarzające się wysiewy. Tu należy:

a) przewlekła prosówka płuc z przerzutami obwodo-

wymi, b) przewlekła prosówka płuc bez przerzutów obwodowych, c) formy poronne, a mianowicie: 1) ognisko, wzgl. ogniska szczytowe S i m o n a oraz 2) N e u m a n n a *phthisis fibrosa densa* i *phthisis fibrosa diffusa*, d) naciek wczesny i rozległy nacieki oraz jamy wysztancowane, e) formy przejściowe z tworzeniem jam lub stwardnieniami.

III. Dyskretna prosówkowa grzyllica płuc.

1) Ostra prosówka cechuje się tem, że tworzenie się ognisk drogą krwionośną odbywa się bez przerwy w ciągu tygodni lub miesięcy, wśród ostrych objawów chorobowych ze stale trwającej bakterjemii, która powstaje w ten sposób, że albo prątki długo we krwi zachowują swą żywotność, albo nawet się rozmnażają, albo wciąż się dostają do krwi z ogniska, które wciąż pozostaje w związku z układem krwionośnym (a więc z rozmiękłego gruzełka naczyniowego, z rozmiękłych gruczołów). Rokowanie jest zupełnie złe. W e i g e r t i inni patologowie przyjmują za przyczynę ostrej prosówki gruzełek żylny; S c h m o r l i H e r t w i g znajdują go w 95% przypadków, natomiast H ü b s c h m a n n uważa, że bez niego i bez przebiccia rozmiękłych gruczołów może prosówka powstać drogą limfatyczną, gdy istnieje do tego dyspozycja. Odrzuca konieczność obecności gruzełka dlatego, że 1) nie zawsze taki gruzełek się znajduje, 2) często jest pokryty warstwą włóknistą, która nie pozwala prątkom dostać się do krwi, 3) nie znajdujemy tych gruzełków nigdy przed wysiewem, a więc są wytworzone przez sam proces wysiewu. G r e t h m a n w 30% przypadków nie znalazł gruzełka żylnego, a S c h ü r m a n n prawie zawsze go znajduje, ale dodaje, że dopiero większa wrażliwość organizmu na zarazek w I i II okresie R a n k e g o sprawia, że tkanka się rozpada, co dopiero umożliwia powstanie wysiewu. Sam fakt powstania gruzełka żylnego jest dowodem wysiewu, a to, że te gruzełki często przy wysiewach znajdujemy, a nie zawsze przychodzi do ostrej prosówki, wskazuje właśnie, że nie sam gruzełek żylny, tylko niestosunek między siłą zarazka a odpornością organizmu jest miarodajny.

Przejście do II grupy stanowią przypadki prosówki podchronicznej, gdzie wysiew zaczyna się wysiękiem opłucnowym lub krwiopluciem, a potem dopiero staje się widoczny wysiew w płucach, i ostatecznie sprawa się kończy po miesiącach grzylliczem zapaleniem opon.

Ta druga grupa obejmuje wysiewy, których ognisko wylewa prątki do krwi niestale, tylko czasowo lub jednorazowo. Najbliższej prawdziwej prosówki stoją przypadki obfitego wysiewu obwodowego i płucnego, a różnią się od ostrej prosówki tem, że przebieg schorzenia nie jest ciągły, lecz odbywa się w etapach, które wskazują na nowe rzuty. Te przewlekłe formy wtórnej grzyllicy nazwali S c h ü r m a n n i D i e h l „protrahierte progressive Durchseuchung”. Zaczynają się one też często wysiękiem, poczem obwodowo powstaje ognisko, potem staje się widoczny wysiew w płucach. Ogniska w płucach mogą się zlewać, serowacieć albo częściowo rozmiękać, ale potem ulegać zwłóknieniu; mogą dawać obrazy nacieku wczesnego. Ostatecznie zawsze jeszcze może przyjść do końcowego zapalenia opon, albo proces może się uspokoić. Dla pochodzenia krwionośnego są patognostyczne: wysiew prosówkowy, jamy wysztancowane oraz wysiewy obwodowe lub t. zw. początkowe zapalenie opłucny. Są jednak przypadki, w których trudno po-

wiedzieć, czy powstały drogą krwionośną, bo gdy ogniska powiększają się przez zlewanie się i dają wysiewy do oskrzeli, obraz zupełnie się zaciera. Często dalszy dopiero przebieg wyjaśnia sprawę, np. gdy zjawi się gruczlica nerek i t. p. Przy takich wysiewach krwionośnych często spostrzega się różnicę między przebiegiem ognisk w płucach i na obwodzie, np. płucne mają tendencję do gojenia się, a obwodowe nie lub odwrotnie. Łagodniejsze przypadki wysiewu tej grupy przebiegają czasem klinicznie z małym tylko objawami toksycznymi, przyspieszeniem opadania i przesunięciem obrazu krwi nalewo, nieznacznym przejściowym podwyższeniem temperatury; sprawa po jakimś czasie cofa się nawet rentgenologicznie. Są to przypadki wysiewu uleczonego, a stanowią przejście do III grupy, oznaczonej przez Neumann nazwą *miliaris discreta*, przez Schultza gruczlicą wtórną, przez Holló *t. b. c. juvenilis*, przez Hollósa *t. b. c. larvata*, przez Liebermeistera „ukrytą gruczlicą”, a Starlingera fityzą zamaskowaną limfokrwio pochodną.

W tych przypadkach bez obrazu rentgenologicznego w płucach nic wykazać nie można, a Roentgen wykazuje rozrzucone plamki, które można tłómaczyć wysiewem tylko na podstawie zdjęć seryjnych.

Ta grupa cechuje się dysharmonią nerwów błędnego i sympatycznego, i trzeba dopiero wykazać, że ta dysharmonia nie jest konstytucjonalna, lecz pochodzenia gruczliczego. W każdym razie zastanawia, że tę grupę częściej spotyka się u kobiet. Liebermeister i Hayek zaliczają tę grupę dlatego do gruczlicy, bo często te przypadki leczą się tuberkuliną, ale ostatnio wykazano, że i astma, a więc sprawa nieswoista, lecz się też tuberkuliną.

Ulrici, reasumując, dochodzi do wniosków: 1) obciążenie dziedziczne schodzi w jego materiale na plan drugi, 2) wysięk opłucnowy występuje często jako wczesny objaw wysiewu. Ciekawe jest jednak to, że jest on zawsze jednostronny, dalej, że nietylko w czasie jego trwania, ale często przez lata całe w płucach nie widać żadnych innych objawów wysiewu, a więc wysiew musiał być bardzo skąpy, bo dotyczy tylko części małego krążenia i zatrzymuje się w kapilarach obwodowych. Zwykle dopiero po 3—5 latach pokazuje się gruczlica płuc po wysięku i to po stronie wysięku, i należy ją tłómaczyć powolnym wzrostem przez apozycję gruzełków podopłucnowych lub skąpych ognisk płucnych lub też nowym rzutem, który łatwiej się usadawia w miejscu uszkodzonej tkanki. W każdym przypadku wysięku samoistnego należy więc szukać etiologii, i nawet próba biologiczna ujemna nie pozwala wykluczyć gruczlicy, bo tylko w 50% daje wynik dodatni; 3) wszystkie przypadki swoje zalicza do drugiego okresu Rankego, jako wybrane z materiału kostnego i powstałego napewno drogą krwionośną, mimo że małą w nich rolę odgrywa zapalenie okołogniskowe, a główną wytwórcze, bo poczynając od ostrej prosówki, która nierzadko daje obraz czysto produktywnej gruczlicy, poprzez inne formy wysiewu, a skończywszy na izolowanym jednorazowym nacieku, spotyka Ulrici prawie zawsze obrazy czysto wytwórcze i dlatego proponuje ściśle wyróżnienie nacieczów jako morfologiczne podłoże wtórnej alergii Rankego od zapalenia okołogniskowego przy naciekach trzeciorzędowych. W ten sposób Ulrici zrywa z poglądem Rankego, że alergja wtórna cechuje się zapaleniem, zserowa-

niem i rozpadem, co się spotyka przedewszystkiem w suchotach trzeciorzędowych.

Simon i Redeker wyróżniają również trzy grupy wysiewów krwiopochodnych. Najłżejsze dają tylko mniej lub więcej typowe zaburzenia ogólne z wyraźnym Pirquetem bez objawów ze strony płuc lub innych narządów, prócz ewentualnych resztek zespołu pierwotnego i przyjmują, że w tych przypadkach mamy do czynienia z rozpadem prątków we krwi lub tkankach, zanim dały widoczne odczyny miejscowe. Usposobienie takich dzieci się zmienia, stają się kapryśne, ponure, zmęczone, większe skarżą się na bóle w plecach, bicie serca, ewentualnie na kaszel; obiektywnie stwierdza się stany podgorączkowe, czasem szorstkie szmery, pojedyncze furczenia, tarcie opłucnowe. Te przypadki stanowią przejście do prawdziwych form gruczlicy rozsianej, którą często sygnalizują tuberkulidy, zjawiające się wśród podniesionej ciepłoty, osłabienia, braku apetytu i złego wyglądu, lub *erythema exs. mult., con. phlyctaenulosa, keratitis eczem.*, rzadziej białkomocz i powiększenie gruczołów. Stan ogólny pacjentów jest zwykle dobry, ale przy przewlekłym przebiegu ulega upośledzeniu. Cierpi zwłaszcza strona psychiczna. Klinicznie w płucach nie się nie znajduje lub zmienne objawy nieżyty oskrzeli. Badanie rentgenologiczne też nie zawsze daje dodatnie wyniki, bo wysiew widzi się dopiero po pewnym czasie, gdy wykwyty doszły już do pewnej wielkości. Często badamy też, gdy już znikły, a odbywa się to dość szybko. Ciepłota w tych przypadkach jest prawidłowa lub istnieją tylko stany podgorączkowe, a podnosi się dopiero przy nowych rzutach i wysiewach. W średnich i ciężkich przypadkach już z początku ciepłota może być wysoka, remittująca albo z początku *f. remittens*, a potem *f. continua*, czasem *f. intermittens*. W wywiadach często mamy poprzedzającą odrę, grypę, koklusz, zapalenie płuc, flikteny, sprawy kostne i skórne, wysięki opłucnowe. Zrazu ujemny wynik badania zmienia się, występują przytłumienia, świsty, furczenia. W przypadkach średnich i ciężkich znajduje się zwykle w płwocinie prątki, a przy skąpych wysiewach nie znajduje się ich. Obecność prątków tłómaczy Hübshmana tem, że nabłonki pęcherzyków pożerają prątki, znajdujące się w *interstitium* i wydzielają je do pęcherzyków; odbywa się to tak nieznacznie, że mikroskopowe badanie daje często wynik ujemny, a dopiero próba biologiczna daje wynik dodatni. Prawdopodobnie jednak prątki dopiero wówczas się zjawiają, gdy kilka ognisk płucnych zleje się, zserowacieje i przebieje do oskrzela, i powstaje mała jama. Badanie krwi daje przyspieszenie opadania. W przypadkach świeżych i ciężkich występuje leukocytoza wielojądrzasta. Przebieg jest różny. Już Ranke zna przypadki ciężkiego wysiewu w płucach wywołane, a później opisał je u dzieci Eliassberga, Dukena, Deula, Simona. Zawsze jednak grozi końcowe zapalenie opon, obok niego prowadzi do śmierci toksyczny rozpad organizmu, dalsza postępująca gruczlica płuc, przebiecie gruczołów serowatych i t. p. Specjalną formą rozsianej gruczlicy krwiopochodnej, a mianowicie formą najzłośliwszą i najostrzejszą jest prosówka ostra. W formie płucnej objawy ze strony płuc wybijają się na pierwszy plan. Występują objawy nieżyty oskrzeli, świsty, furczenia, u starszych dzieci rżenia, silne pobudzenie kaszlowe, duszność i sinica. Koch opisał dwa przypadki z sinicą i dusznością, z Pirquetem i Roentgenem ujemnym u osesków i rozpoznał prosówkę,

co sekcja potwierdziła. Zwykle jednak *Pirquet* jest dodatni i dopiero stopniowo słabnie, w każdym razie dość znaczny odsetek wykazuje *Pirquet*a

dotadniego do końca, a śródskórne próby są zawsze dodatnie.

(Dok. nast.).

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Historja i Filozofja medycyny.

■ Prof. H. E. SIGERIST. *Grosse Aerzte. —* Lehmann. Monachium. 1932.

Historja medycyny była i bywa jeszcze mocno zaniedbywana jako przedmiot wykładowy. W latach ostatnich w Niemczech w dwu uniwersytetach utworzono instytuty specjalne, na których czele stanęli znani badacze, przynoszący chlubę nauce niemieckiej. W Lipsku od lat kilkunastu kierownikiem instytutu takiego jest prof. *Sigerist*, w Berlinie zaś od niedawna prof. *Diepgen*, który już przedtem jako wykładowca we Freiburgu badeńskim ożywił świeżem tchnieniem naukę historii medycyny. Plon naukowy i literacki, jakiego dwa te instytuty przysparzają nauce współczesnej, jest obfity, wielce urozmaicony i stawiający sobie cele zarówno czysto badawcze, jak i pedagogiczne. Zwłaszcza prof. *Sigerist* w kierunku pedagogicznym odznacza się pracowitością olbrzymią i skupia dokoła siebie licznych uczniów. W roku ubiegłym autor ten wydał obszerny „Wstęp do medycyny”, o którym na tem miejscu znalazła się obszerniejsza wzmianka. Nie mogę pominąć sposobności, aby i obecnie nie oddać najgorętszych pochwał nowemu utworowi *Sigerista*, który stanowi historję medycyny, wyłożoną w bardzo udanej formie, mianowicie w postaci życiorysów wielkich lekarzy od czasów najdawniejszych aż do początku bieżącego stulecia. Krótkie zastanowienie się wystarczy do zdania sobie sprawy z trudności, jakie w wyborze „wielkich lekarzy” napotykał autor. Te trudności szczęśliwie zostały pokonane. Poprzez szereg jakich 25 stuleci wiedzie nas autor i zapoznaje z życiem i dorobkiem naukowym tych mężów, którzy istotnie stworzyli gmach naszej dzisiejszej nauki. Bezstronność, z jaką autor pisze owe dzieje, niebaczając na narodowość uczonych; dar niesłychanie bogaty wykładu przystępnego i pouczającego; umiejętność przemawiania do czytelnika, który może dopiero pierwsze stawia kroki na polu nauki lekarskiej—oto zalety, które przykuwają naszą uwagę i przedmiot niby „suchy” potrafią ożywić i wzbudzić doń nieklamane zamilowanie. Oczywiście, lekarz starszy, który szedł przez życie, nie zrywając z nauką kontaktu, nie dowie się istotnie niczego nowego. Ale i takiego lekarza porwie zapał autora dla wykładanego przedmiotu, ujmie sposób nauczania nawskroś „nie-niemiecki”, lecz żywy, łatwo przystępny, zrozumiały bez wysiłku najdrobniejszego. *Sigerist*owi może nawet zarzucić ktoś, iż wyklada aż nadto popularnie. W oczach referenta jest to zaleta książki raczej, zwłaszcza wobec współczesnego rozszczepienia, rozproszkowania medycyny na tak drobne części, iż zaledwie „medyk” z medykem obecnie porozumieć się są w stanie. Jeśli sądzić z tego, jak i wyżej zacytowanego „Wstępu do medycyny”, musi być autor doskonałym pedagogiem, uczonym, nie zasklepiającym się w swej ciasnej specjalności, lecz obejmującym szeroki horyzont nauk przyrodniczo-lekarskich w ich rozwoju naturalnym, jedynie umożliwiającym zgłębienie istoty naszej nauki. Książka, wytwornie wydana, upiększona bardzo licznymi wizerunkami „wielkich lekarzy”, prawie rozrzuca nas już od pierwszego wejścia, gdy na pierwszej karcie czytamy, że autor dedykuje ją „nieznanemu lekarzowi, który w cichej, skupionej pracy altruistycznej urzeczywistnia nauki wielkich lekarzy”.

M. F.

### Fizjologia normalna i patologiczna.

■ H. LAMPERT. *Die physikalische Seite des Blutgerinnungsproblems.* (O zjawiskach fizycznych w sprawie krzepliwości krwi). (Georg Thieme. Lipsk, 1931. Str. 127).

W pięknie wydanej monografji, dotyczącej niektórych zjawisk fizycznych, mających wielkie znaczenie w sprawie krzepliwości krwi, autor zastanawia się nad rolą szklanych naczyń jako czynników, przyspieszających ową sprawę. Autorowi udało się wynaleźć w bursztynie naturalnym i syntetycznym (*Athrombit*) materiał, nadający się do wytwarzania próbek lub rurek, w których to naczynkach krew, utoczona z żyły, pozostaje w stanie ciekłym przez 15 do 25 minut. Naczynia bursztynowe lub atrombitowe nadają się, wg. autora, do oznaczania rzeczywistej szybkości krzepnięcia krwi, do łatwiejszego obliczania liczby płytek *Bizzero* oraz, być może, do przetaczania krwi. Monografia ta zawiera sporo ciekawego materiału dla interesujących się teoretyczną i praktyczną stroną sprawy krzepliwości krwi.

M. L.

FREUND I STEINHARDT. W sprawie wchłaniania się cukru gronowego w żołądku ludzkim. (D. m. W. N. 43, 1931).

Już od b. dawna zastanawiano się nad pytaniem, czy żołądek może wchłaniać cukier gronowy, jednak niema dotychczas w tej sprawie zgodnej opinji. W celu sprawdzenia tych rzeczy podawano chorym 300 cm<sup>3</sup> herbaty niezbyt mocnej, do której dodano 3 cm<sup>3</sup> czerwieni fenolowej (poprzednio podawano jod) oraz dokładnie odmierzoną ilość cukru gronowego. Po 35 min. wydobywano treść żołądkową za pomocą cienkiej sondy żołądkowej i szprycy *Janetta*, obliczając jednocześnie ewentualne pozostałości w/g metody *Mathiéu-Rémond*a. Zawartość cukru określano polarymetrycznie, względnie mikrometodą w/g *Pavy*. W 24 przypadkach stwierdzono wchłanianie cukru przez ścianę żołądka. Jedynie w jednym przypadku otrzymano ujemny wynik badania. W ten sposób potwierdzono przypuszczenia *Straussa* i innych. Sam proces wchłaniania stoi w pewnym związku z kwasotą treści żołądka. Jednak znajdowano nakwaśność z nikłem wchłanianiem cukru, ale nigdy nie spostrzegano niedokwaśności z wzmocnionem wchłanianiem. W przypadkach wrzodu żołądka widywano największe cyfry, w *gastroitis subacida* — najmniejsze. Niewiadomo jeszcze czy spostrzeżenie to może posłużyć do celów rozpoznania różniczkowego wrzodu żołądka. Wielkość resorpcji stoi w prostym stosunku do ilości pozostałości w żołądku.

St. Luxenburg.

### Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

WINTERNITZ. *Multibrol* i jego pozorne spotęgowanie działania bromu. (D. m. W. N. 42. 1931).

*Bromipina* jest pierwszym preparatem z grupy olejów bromowych, który dał początek całemu szeregowi połączeń tłuszczowych bromu. Dzięki częściowemu odciążeniu bromu otrzymano połączenie nienasycone kwasów tłuszczowych bromu o wysokim stopniu działania farmakologicznego. *Multibrol* jest rozpuszczalną solą sodową kwasów olejów bromowych, o działaniu jakoby 30 razy silniejszym. Jak jednak donoszą różni autorowie, spostrzeżenia kliniczne nie potwierdzają tych przy-

puszczeń, czego najlepszym przykładem jest epilepsja. Rozpuszczalność multibrolu w wodzie również nie pozwala przypuszczać jego wysokiego działania lipotropowego. Doniesienia o niekumulującym działaniu multibrolu także okazały się nieścisłe, gdyż pełne jego działanie, zależnie od dawki i wrażliwości, według obliczeń, występuje po 6—8 dniach. Notowano również wystąpienie objawów bromizmu. Multibrol nie spełnił swego przeznaczenia, jako lekki środek nasenny. Wprowadzenie więc tego połączenia bromu do leczenia nie przyczyniło się do jego wzbogacenia.

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

R. BRANDT. W sprawie pośredniego działania salwarsanu. (Wien. kl. Woch. N. 39. 1931).

Znaczenie układu siateczkowo-śródbłonkowego dla leczniczego działania związków chemicznych bywa rozmaicie oceniane. Wydaje się jednak, że zniesienie lub osłabienie chemo-leczniczego działania przez wycięcie śledziony lub blokada układu siateczkowo-śródbłonkowego za pomocą cukru żelaznego jest zasadniczo udowodnione dla pewnych chorób. Dla wyłączenia układu siateczkowo-śródbłonkowego używał autor zaproponowanego w tym celu kuprokollargolu i znalazł przytem działanie salwarsanu w doświadczalnym przymiocie królików niezmnieszone. A zatem układ siateczkowo-śródbłonkowy nie odgrywa decydującej roli w o b j a w o w e m wyleczeniu kiły, aczkolwiek dla c a ł k o w i t e g o wyleczenia muszą być prowadzone dalsze badania.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

STURSBURG. W sprawie leczenia niedokrewności Biermera za pomocą preparatów wątroby wstrzykiwanych. (D. m. W. N. 42. 1931).

W bardzo wielu przypadkach podawanie wątroby, zarówno surowej, jak i jej preparatów, natrafia na zdecydowaną niechęć ze strony chorych. Niejednokrotnie zmuszeni jesteśmy rozpocząć leczenie od przetaczania krwi. Dla uniknięcia tych trudności zaczęto stosować preparaty wątroby w postaci wstrzykiwań: hepatopson, campolon. Autor spostrzegł beznadziejny przypadek niedokrewności typu B i e r m e r a, gdzie w przeciągu kilku dni udało się uratować życie chorej przez wstrzykiwanie hepatopsonu. Należy jeszcze wyjaśnić, jaki jest mechanizm działania wyciągów wątrobowych i jakie są czynne substancje. W każdym bądź razie należy myśleć o hormonalnem działaniu tych środków, gdyż są one podawane w b. małej ilości i odnoszą skutek. Stosowanie wątroby *per os* potwierdza także to przypuszczenie. Wybitną poprawę samopoczucia i ochoty do jedzenia w tak krótkim czasie przypisuje autor wpływowi wyciągów na czynność żołądka i prawdopodobnie mózgu.

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

BLEYER i FISCHLER. W sprawie oddziaływania na krzywicę bez używania preparatów ergosteryny naświetlanej. (D. m. W. N. 41. 1931).

Pomimo wielu starań, nie udaje się jeszcze stosowanie ergosteryny naświetlanej bez ryzyka niebezpieczeństwa, tak, jakby należało się tego spodziewać. Należy się zastanowić, czy wyrównanie zaburzeń przemiany wapnia i fosforu przez podawanie ergosteryny naświetlanej jest jedyną drogą, jaką rozporządzamy. Autorzy od dłuższego już czasu zajmują się sprawą przemiany wapniowo-fosforowej w organizmie, a zwłaszcza sprawą zachowania się soli wapniowej i magnezowej estru inozyto-fosforowego. Obecność inozytu, jako budulca ciała ludzkiego, jest znana oddawna. Nie jest wyjaśniona dostatecznie rola estru fosforowego inozytu, jakkolwiek praktycznie znamy jego duże wartości (fityna). Od kilku lat mamy w handlu preparat vitaphos, który zawiera połączenie wapnia, magnezu i kwasu fosforowego z wyciągiem roślinnym o działaniu przeciwrzywiczem. Doświadczenia, poczynione z tym preparatem na szczurach, karmionych djetą rachityczną M c. C o l l u m, wykazały,

iż vitaphos, domieszany w ilości 3—7% do pożywienia, w krótkim czasie może wyrównać szkody, poczynione przez nieodpowiednie żywienie szczurów. Z doświadczeń tych należy wyciągnąć jedynie taki wniosek, że zaburzenia mineralnej gospodarki ustroju były naprawione przez vitaphos. Należałoby się przekonać w dalszym ciągu, czy vitaphos może być użyty do leczenia krzywicy, a zwłaszcza do jej zapobiegania.

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

R. RIGLER i O. SCHAUMANN. Wpływ produktów przemiany materji jąder komórkowych na szerokość światła naczyń wieńcowych. (Klinische Wochenschrift Nr. 37. 1930).

Stwierdzony w ciągu ostatnich lat pomyslny wpływ wyciągów z różnych narządów na dusznicę bolesną nasunął myśl wykorzystania tych wyciągów w lecznictwie. Należało w tym celu przede wszystkim wyodrębnić składnik czynny i otrzymać go w możliwie większej ilości. Dla dokładniejszych badań brak jednak było dotychczas odpowiedniej biologicznej metody miareczkowania. Doświadczenia autorów wykazały, że najlepszym odczynnikiem dla stwierdzenia obecności związków czynnych są naczynia wieńcowe. Wchodzące tu w rachubę preparaty rozszerzają naczynia wieńcowe zwierząt doświadczalnych (psów, kotów, królików, świnek morskich); przepływ krwi zwiększa się częstokroć dwukrotnie lub nawet trzykrotnie. Niezależność działania od rodzaju zwierząt przemawia za tem, że związkiem czynnym nie jest histamina. Również i badania na wyodrębnionem jelicie świnki morskiej, w których stwierdzano obniżenie napięcia, dowodzą nieobecności histaminy. Popiół z wyciągów narządowych żadnego wpływu na naczynia wieńcowe nie okazywał. Następnie udało się wykazać, że związek czynny zawarty jest w frakcji nukleozydowej wyciągów. Wobec tego zaś, że D r u r y i S z e n t - G y ö r g y i stwierdzili większą ilość adeninnukleozydu w wyciągach mięśniowych i zwrócili uwagę na jego działanie, rozszerzające naczynia wieńcowe, dalsze badania prowadzono w tym właśnie kierunku. Obecność adeninpentozydu w Lacarnolu udało się wykazać zarówno przez otrzymanie z niego adenozyiny w postaci krystalicznej, jak i na drodze farmakologicznej (rozszerzanie naczyń wieńcowych niezależnie od rodzaju zwierząt, zmniejszenie napięcia wyodrębnionego jelita i blok przedsionkowo-komorowy w doświadczeniach na śwince morskiej). Nadzwyczaj silne działanie zwężające naczynia wieńcowe adenozyiny, występujące na sercach królików wyraźnie jeszcze w rozcieńczeniu 1 : 2 miliony, nasuwa przypuszczenie, że działanie kliniczne Lacarnolu zależy wyłącznie od zawartej w nim adenozyiny.

J. T y p o g r a f.

## Biologia

E. BECHER i E. HERRMANN. Wolny i związany azot aminowy w odbiałczonej krwi i tkankach w normalnych i patologicznych warunkach. I. (Dtsch. Arch. Kl. Med. t. 171, z. 5).

Zapomocą kolorymetrycznej metody F o l i n a w wolnym azocie aminowym odbiałczonej krwi prócz grup aminowych aminokwasów określa się jednocześnie amoniak, aminy i aminopuryny. W związanym azocie aminowym odbiałczonej krwi chodzi o wyższe produkty rozkładu białka o charakterze peptonów, o glikokol związany z kwasem będzwinowym, kwasem fenylooctowym i kwasem indoloctowym, o kwasy oksyproteinoowe, kwas uroporowy, urochromogen, o pewne ciała opisane przez A b d e r h a l d e n a i P r e g l a, dalej o połączenia aminokwasów, związane na podobieństwo peptydów, nie dające odczynu biuretowego. Związany azot aminowy i azot peptydowy lub polipeptydowy nie są zupełnie identyczne. Przy oznaczaniu wolnego i związanego azotu aminowego odbiałczonej krwi najwłaściwszym środkiem dla odbiałczania jest kwas trójchlorooctowy w 20% roztworze. Nie strąca on żadnego z ciał, które należy oznaczyć, ani nie rozkłada białka. Przesącze krwi, zadane kwasem trójchlorooctowym, dawały

przy zastosowaniu metody F o l i n a oznaczania azotu aminowego zbyt wysokie liczby, gdyż z powodu silnie kwaśnego odczynu należało dodawać zbyt wiele sody aż do wystąpienia niezbędnego dla analizy czerwonego zabarwienia przy użyciu jako wskaźnika fenoltaleiny. Brązowe zabarwienie odczynu F o l i n a wypada przytem zbyt silnie z powodu dużej zawartości sody. Jeśli dopiero przesącze krwi, zadane kwasem trójklorooctowym, zobojętnić ługiem sodowym i wtedy wykonać odczyn F e l l i n a, otrzymuje się prawidłowe liczby. Związany azot aminowy po zhydrolizowaniu kwasem odbiałczonej krwi i usunięcia powstałego przytem amoniaku przez odparowanie oznacza się w temperaturze 40°—50° w zasadowym odczynie. Autorzy badali szereg źródeł błędów. Przy zastosowanej przez autorów metodzie nie przychodzi do wytwarzania uraminokwasów. Autorzy wykazują, że powstający z mocznika, kreatyniny i innych związków amoniak, który w innych metodach może się stać źródłem błędu, w metodzie autorów nie przeszkadza. Lotne zasadowe substancje nie stanowią znaczniejszej części składowej azotu aminowego krwi. Autorzy opisują dokładnie opracowaną przez siebie metodę oznaczania wolnego i związanego azotu aminowego w odbiałczonej krwi. Granice błędu metody, opracowanej przez autorów na podstawie próby F o l i n a, wynoszą 0,6 mgr. %, podczas gdy przy miareczkowaniu formolem i przy metodzie van S l y k e a granica błędu we krwi wynosi 3 mgr. %. Autorzy badali swą metodą jakościowo i ilościowo ciała, które wchodzi w rachubę przy oznaczaniu wolnego i związanego azotu aminowego krwi, bezpośrednio i po dodaniu do krwi. Azot wolnych aminokwasów oznaczano zupełnie dokładnie. Również dokładnie oznaczano oczekiwane liczby amoniaku, adrenaliny, kolaminy. Cholina i acetylocholina nie dały żadnego odczynu. Tyramina bierze przy tej metodzie udział w reakcji, ale oznaczyć udawało się tylko część jej. Aminopuryny wykazuje się, ale nie reagują one ilościowo. Nie mają one wyraźniejszego wpływu na wysokość wolnego azotu aminowego. Po zhydrolizowaniu znajdowano związany glikokol; kwas hippurowy nie daje bezpośrednio żadnej reakcji. W roztynach peptonu po zhydrolizowaniu znajdowano oczekiwane liczby, również po dodaniu do krwi. W odbiałczonej krwi nie można było nigdy wykazać peptonów. Związanego azotu aminowego odbiałczonej krwi nie można kłaść na karb peptonów. Henryk J. L a n d a u.

E. BECHER i E. HERRMANN. Wolny i związany azot aminowy w odbiałczonej krwi w normalnych i patologicznych warunkach. II. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 171, z. 5).

Jako normalne liczby wolnego azotu aminowego krwi ludzkiej znaleźli autorzy 5—7, przeciętnie 6,6 mgr. %. Związany, po zhydrolizowaniu uwolniony azot aminowy wynosi w normie 1—3, przeciętnie 2,3 mgr. %. Liczba ta stanowi przeważnie  $\frac{1}{3}$ , czasami  $\frac{1}{2}$  wolnego azotu aminowego. Azot aminowy krwi może wykazywać zwiększenie się po przyjęciu pokarmów, jest ono jednak nieznaczne, a może go i nie być. Podczas gdy przy stanie odbiałczonej krwi może nastąpić zmniejszenie się azotu aminowego, pozostawienie nieodbiałczonej krwi powoduje jego zwiększanie się. To zwiększanie się ujawnia się również w jałowo pobranej i przechowywanej krwi. Ustaje ono po kilku dniach i jest o wiele znaczniejsze w pełnej krwi, niż w surowicy. Autorzy stwierdzili, że w tem zwiększaniu się nie chodzi o wytworzony amoniak, ani o inne lotne substancje zasadowe. To zwiększanie się nie może się również odbywać przez rozszczepianie związanego azotu aminowego. Zwiększanie się azotu aminowego przy stanie krwi musi następować przez odszczepianie aminokwasów od białka, a mianowicie z czerwonych ciałek krwi. Zastrzyknięte do krwi aminokwasy stosunkowo szybko znikają do tkanek. Zawartość wolnego azotu aminowego jest w pełnej krwi większa, niż w surowicy i osoczu. Różnica między zawartością pełnej krwi a osocza wynosiła w normie 0,4—2,8, przeciętnie 1,4 mgr. %. Jeśli

chodzi o związany azot aminowy, to różnica między pełną krwią a osoczem nie jest taka stała. W odosobnionych czerwonych ciałkach krwi znaleźli autorzy więcej wolnego azotu aminowego, niż w pełnej krwi. Różnica między zawartością czerwonych ciałek krwi a pełną krwią wynosiła 1—4,3, przeciętnie 2,3 mgr. %. Czerwone ciałka krwi zawierają o 2—8,4, przeciętnie o 5,2 mgr. % związanego azotu aminowego więcej, aniżeli pełna krew. Wysoka zawartość w czerwonych ciałkach krwi tłumaczy wysokie liczby w pełnej krwi w porównaniu z liczbami osocza lub surowicy. We krwi zwierząt ssących znaleźli autorzy w przybliżeniu te same liczby dla wolnego i związanego azotu aminowego, co u człowieka. We krwi królików i koni liczby dla wolnego i związanego azotu aminowego były nieco wyższe, niż u innych zwierząt. Przy tem również odczyn ksantoproteinowy wypadł w odbiałczonej krwi nieco mocniej, co wskazuje na to, że również jest więcej aromatycznych aminokwasów. We krwi zwierząt ssących znajdowano również najwyższe liczby w odosobnionych czerwonych ciałkach krwi. Zawartość w pełnej krwi była większa, niż w osoczu. Kolorymetryczne liczby ksantoproteinowe zachowywały się tak, jak zawartość azotu aminowego i były również wyższe w czerwonych ciałkach krwi, aniżeli w pełnej krwi, a w pełnej krwi wyższe, niż w osoczu, co wskazuje na to, że aromatyczne aminokwasy w rozmaicie wysokich zawartościach azotu aminowego wykazują również odpowiednie różnice. We krwi zwierząt o jądrzastych czerwonych ciałkach krwi znaleźli autorzy dla wolnego i związanego azotu aminowego znacznie wyższe liczby, aniżeli w krwi ludzi i ssaków. Wolny i związany azot aminowy był 2—3 razy wyższy, niż u człowieka i ssaków. Przytem próba biuretowa była i tutaj, jak zawsze w odbiałczonej krwi, ujemna. Gdyby związany azot aminowy pochodził z peptonów, musiałyby przy wysokich zawartościach związanego azotu aminowego we krwi zwierząt o jądrzastych czerwonych ciałkach krwi próba biuretowa być niewątpliwie dodatnia. Przy wysokich zawartościach azotu aminowego we krwi jest również odczyn ksantoproteinowy, a mianowicie nierozpuszczalny po zhydrolizowaniu części odpowiednio mocniejszy, co wskazuje na to, że nie tylko alifatyczne, lecz i aromatyczne aminokwasy są wtedy zwiększone w porównaniu z liczbami we krwi ssaków. Również we krwi zwierząt o jądrzastych czerwonych ciałkach krwi wykazują odosobnione czerwone krążki o wiele większe liczby dla wolnego i związanego azotu aminowego, aniżeli pełna krew. Najniższe liczby znajduje się w osoczu. Liczby osocza we krwi ptaków nie są o wiele wyższe, niż we krwi ssaków. Dla związanego azotu aminowego są te różnice we krwi ptaków jeszcze jaskrawsze, niż dla wolnego. Osocze krwi ptaków nie zawiera więcej związanego azotu aminowego, niż osocze krwi ssaków i ludzi. Zawartość jednak w pełnej krwi i odosobnionych czerwonych ciałkach krwi jest znacznie wyższa, niż u ssaków. Wysokie liczby dla wolnego i związanego azotu aminowego we krwi zwierząt o jądrzastych czerwonych ciałkach krwi są uwarunkowane przez wysoką zawartość ich w czerwonych ciałkach krwi. Odczyn ksantoproteinowy wykazał, że w jądrzastych czerwonych ciałkach krwi również aromatyczne aminokwasy występują w większej ilości w porównaniu z zawartością w pełnej krwi i osoczu. Próba biuretowa była również zawsze ściśle ujemna w jądrzastych czerwonych ciałkach krwi po odbiałczeniu. Henryk J. L a n d a u.

L. HEITMEYER i W. OETZEL. Przemiana barwnika krwi. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 171, z. 4).

Przemianę barwnika krwi, mierzoną zapomocą wydalania urobiliny z moczem i kałem, zawartości bilirubiny w surowicy krwi i codziennego wydalania barwników moczu, ilości krwi i ogólnej krążącej zawartości hemoglobiny oraz liczb retikulocytów, zbadano u 14 zdrowych osób oraz stwierdzono skalę wahań fizjologicznych tych wielkości i jej zależność od wpływu diety. Wykazano, że pomiędzy całkowitą zawartością hemoglo-

biny a całkowitem wydalaniem urobiliny istnieje wyraźna zależność, która uprawnia do wprowadzenia pojęcia współczynnika umykania urobiliny (Urobilinmanserungsindex—U. M. I.), t. j. ilości wydalonej urobiliny w miligramach, obliczonej na 100 gr. hemoglobiny. Dalej badano w tych samych warunkach wielkość współczynnika urobiliny (Urobilinquotient — U. Q.),

Urobilina moczu  
t. j. urobilina kału. Z rozmaitych djet wyraźny wpływ na

przemianę barwnika krwi wykazuje jedynie wyłącznie mięsna djeta. Zawartość bilirubiny w surowicy krwi wzrasta. Wydalanie mezobilirubinogenu ze stolcem wyraźnie się zwiększa, zwiększa się również przy dłuższym utrzymywaniu tej diety wydalanie normalnych barwników moczu. Zwiększenia się zawartości urobiliny w moczu nie należy przytem uważać za skutek uszkodzenia mięszu wątrobowego, lecz za wynik wywołanego przez wyłącznie mięsną dietę zaparcia stolca. Po uregulowaniu stolca wydalanie urobiliny wraca do normy. Wyżej wymienione zmiany w przemianie barwnika krwi obok zwiększonego wchłaniania się produktów rozkładu barwnika krwi muszą być uważane za skutek wzmoczonego rozpadu hemoglobiny, któremu odpowiadają dające się wykazać oznaki wzmoczonej erytropojezy. W siedmiodniowym doświadczeniu z głodzeniem przemiana barwnika krwi nie wykazywała żadnych istotnych odchyleń od normy. Jedynie w momencie wprowadzenia zmiany w przemianie materji, a więc w pierwszych obu dniach głodzenia, wykazało wydalanie barwników moczowych pewne zwiększenie. W następnych dniach liczby te wróciły do normy.

Henryk J. L a n d a u.

### Choroby płuc

R. LENK. Rak oskrzela. (Wien. kl. Woch. Nr. 39. 1931).

Djagnostyka rentgenowska raka płuc nie jest bynajmniej łatwa. Rozmaitość obrazów anatomiczno-patologicznych raka płuc i fakt, że zupełnie rozmaite schorzenia posiadają te same fizykalno-promieniste warunki i dlatego dają zupełnie podobne obrazy, bardzo utrudnia rozpoznanie. Jako wyraz ekspansywnego wzrostu guza znajduje się w obrazie rentgenowskim czasem przesunięte, nienormalnie wypukłe granice płatowe. Składnik niszczący ujawnia się w nieostrości granic płatowych. Pewną wskazówkę dają oznaki rentgenologiczne powikłań: zwężenie oskrzeli, niedodma, przerzuty w płucach, w kościach klatki piersiowej i w gruczołach śródpiersia.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

E. SERGENT i J. PIGNOT. Odma wskutek wysiłku lub wstrząśnienia klatki piersiowej. (Rev. de la Tub. Nr. 5. 1930).

Autorzy podają opis 3 przypadków odmy samoistnej, która wystąpiła nagle bez żadnych uchwytnych powodów, oraz 3 innych, w których odma wystąpiła po wysiłku lub po uderzeniu klatki piersiowej. Wszystkie przypadki wystąpiły u osób pozornie zupełnie zdrowych, wolnych od gruźlicy. Odma powstawała nagle wśród ostrego nagłego bólu z uczuciem duszenia się, trwała krótko, nie prowadziła do wtórnych zakażeń płucny, miała skłonność do nawrotów, dotyczyła prawie wyłącznie ludzi młodych. Autorzy dochodzą na podstawie analizy przypadków do następujących wniosków: 1) odma samoistna t. zw. „poborowych” i odma wskutek wysiłku lub uderzenia klatki piersiowej stanowią nierozłączną całość i wykazują te same warunki patogenetyczne; 2) zwykła rozedma nie może jej wywołać; odmy te wymagają istnienia zmian miejscowych (guzek gruźliczy, utajony, bliznowaty) w połączeniu z odczynem bliznowatym płucny (powróżek, zrost); 3) wszelkie okoliczności, które mogą spowodować bardziej lub mniej postępujące (wysiew zapalny) lub nagle (wysiłek, uderzenie klatki piersiowej) szarpanie tych zmian bliznowatych, mogą rozerwać bliznę i wywołać nagle wtargnięcie powietrza do jamy płucny; 4) cechy anatomiczne tych zmian zapewniają jednocześnie szybkie za-

mykanie się otworu (kurczliwe stwardnienie) i przeciwstawiają się wytworzeniu przetoki. Tem tłumaczy się krótki czas trwania odmy i jej niepowikłany przebieg. Jednakże odczyn zapalny płucny jest możliwy, i wysięk płynny bardziej lub mniej długotrwały może się pojawić. Te same warunki anatomiczne (zmiany bliznowate) tłumaczą, dlaczego nie spotyka się w tych przypadkach nigdy zakażenia płucny (*pyopneumothorax*).<sup>3</sup> Tłumaczą one również częstość nawrotów po tej samej stronie i nawet samą skłonność do nawrotów, gdyż przyczyna (ognisko bliznowate) utrzymuje się, a nawet czasem potęguje po wypadku pęknięcia; 5) to pęknięcie, zwłaszcza jeśli występuje ono samoistnie bez przypadkowego powodu (wysiłek, uderzenie) mogłoby się, być może, tłumaczyć reaktywacją starego ogniska, które było utajone, a odma w podobnym przypadku staje się zjawiskiem opatrnościowem do pewnego stopnia, powodując natychmiastowy ucisk płuca. Tutaj przypadkowa samoistna odma da się porównać z opatrnościowem krwiopłuciem, które występuje jako pierwszy objaw przebudzenia się gruźlicy; 6) te rozważania skłaniają autorów do wniosku leczniczego, aby nie starać się przerwać odmy przypadkowej, a jednocześnie opatrnościowej, przynajmniej jeśli nie przyjmuje ona tak znacznych rozmiarów, że grozi uduszeniem; w tym ostatnim przypadku konieczne jest natychmiastowe nakłucie opróżniające.

Henryk J. L a n d a u.

### Choroby narządów trawienia.

G. FAROY i R. DERON. Co należy rozumieć pod rozszerzeniem żołądka. (*La vie medicale*, 25 lipca 1931).

Autorzy omawiają bardzo niegdyś popularną jednostkę kliniczną—rozszerzenia żołądka, które obecnie poddana jest z rozmaitych stron krytyce. Uważają, iż w rozszerzeniu żołądka dawnych autorów atonja odgrywa główną rolę. W rozszerzeniach, spowodowanych zwężeniem, warstwa mięśniowa, ulegając przeszkodzie, pozwala się rozciągnąć. Hiperkineza początkowa ustępuje powoli miejsca bezwładowi i dojść może do stanu asystolji żołądkowej. W dyspepsji hipostenicznej atonja jest główną przyczyną zaburzeń. Poza okresami, w których występuje atonja, niema właściwie dyspepsji ruchowo-nerwowej, i żołądek opróżnia się w normalnym czasie i rytmie. Aerogastria występuje tylko w żołądku atonicznym. Niewątpliwie niedomoga przepony, jak również i rozluźnienie powłok ułatwiają ptozę, lecz głównym i koniecznym warunkiem ujawnienia się dyspepsji hipostenicznej jest atonja. W ostrem rozszerzeniu żołądka nagle wystąpienie objawów jest w związku z ostrą atonją. Atonja ostra wymaga pewnego czasu przygotowawczego. Jedynie u tych osobników, cierpiących na ptozę lub na aerofagję, wystąpić mogą objawy skrętu żołądkowo-dwunastniczego, lub zaciśnięcia naczyniowego, lub ostrego rozszerzenia, u których żołądek był już uprzednio w stanie atonji. Atonja może być wrodzoną lub nabytą. Może być zlokalizowaną tylko w żołądku lub uogólnić się na wszystkie mięśnie gładkie; może być częścią ogólnej astenji mięśniowej lub dołączyć się do niedomogi przepony lub do zwiotczenia powłok brzusznych. Na tle istniejącej chronicznej atonji nagle wyczerpanie nerwowe wywołać może atonję ostrą. Łatwo zrozumieć, że zaburzenia związane z dyspepsją atoniczną zjawiać się mogą u osób wyczerpanych, w rekonwalescencji po ostrych chorobach, w skokach gruźliczych, w nad-tarczyczności, w niedomodze nadnerczy, u neurasteników i u przepracowanych. Zrozumiały jest również wpływ leczniczy odpoczynku, pokarmów odżywczych podanych w małej objętości, odżywiania się w pozycji leżącej na grzbiecie i leków tonizujących muskulaturę gładką i będących w stanie wzmoc skurcze perystaltyczne (przysadka, ergotyna, *Tra n u c i s v o m*, lub strychnina, pepsyna w zastrzyknięciach domięśniowych) W konkluzji autorzy występują za zarzuceniem terminu rozszerzenia (*dilatatio*) we wszystkich przypadkach za wyjątkiem rozszerzenia ostrego. W dyspepsji hipostenicznej zresztą termin

*dilatatio* jest rentgenologicznie nieściśły. Byłoby racjonalniejszym uwidocznienie atoniję, która ją wywołuje i mówić o dyspepsji atonicznej u osób z ptozą. H. S z p i d b a u m.

M. LEVAL. O doustnem leczeniu wrzodów żołądkowo-dwunastniczych bizmutem i insuliną. (Wien. kl. Woch. Nr. 35. 1931 r.).

Korzystny wpływ miejscowego stosowania insuliny na owrzodzenia zewnętrzne skłonił autora do łączenia insuliny z bizmutem. 2 tabletki insuliny „Leo” (= 10 jednostkom klinicznym) rozpuszcza się w ¼ szklanki wody, następnie dodaje się 2—3 gramy bizmutu i zostawia się na pewien czas. Insulina, jak tego można dowiedzieć, zostaje podczas tej procedury zaadsorbowana przez bizmut. Pacjent wypija tę zawiesinę. Autor twierdzi, że zapomocą tej metody leczenia otrzymywał dobre wyniki (działanie bizmutu? — referent).

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

H. FINSTERER. Operacyjne leczenie ostrych silnych krwotoków jelitowych i dwunastniczych. (Wien. kl. Woch. Nr. 36, 37, 38. 1931).

Ponieważ wyniki leczenia wewnętrznego z jego 10—26% śmiertelnością są gorsze, aniżeli chirurgicznego (wczesnych zabiegów operacyjnych) z 4,8% śmiertelnością (o ile chodzi o materiał autora), uważa autor natychmiastową operację w przypadku ostrego krwawienia z przewlekłego wrzodu bliznowatego nie tylko za dozwoloną, ale za bezwzględnie wskazaną. Jednak ze względu na niezbędne duże doświadczenie w postawieniu wskazania i technice, powinien operację wykonywać wyłącznie kierownik oddziału lub jego zastępca.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

A. SCHWARTZ. Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Paris Méd. Nr. 30. 1931).

Author stoi na tem stanowisku, że teza D i e u l a f o y „niema leczenia wewnętrznego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego” jest ogólnie przyjęta, i występuje przeciw tym lekarzom, którzy, stojąc wobec lekkich objawów tego zapalenia, nie doradzają natychmiastowej operacji. Natychmiastowa operacja jest bezwzględnie wskazana, jeśli nie upłynęło 48 godzin od wystąpienia objawów. Po 48 godzinach postępowanie zależy od charakteru zmian. Wszelkie ciężkie zapalenia wyrostka robaczkowego, jeśli jest ograniczone zapalenie otrzewny z ropniem, dające powód do obawy przed rozlanem zapaleniem otrzewny lub toksemją wyrostkową, należy natychmiast operować. Każde dobrotliwe zapalenie wyrostka o nie dającym się ocenić ognisku trzeba bezzwłocznie operować. W ostrem zapaleniu wyrostka o ognisku umiejscowionem, którego objawy świadczą o skłonności do „oziębienia” samoistnego, należy wyczekać i popierać te skłonności, pod warunkiem jednak, że chory pozostanie pod obserwacją chirurga; w razie najsłabszych objawów pogorszenia się (podniesienie ciepłoty, wymioty, zmiany w wyglądzie i t. d.), należy bezzwłocznie wkroczyć. Co do czasu wyczekiwania na „oziębienie się”, to, jeśli napad był słabo zaznaczony z małym ogniskiem, a ciepłota dosięgała około 38° i po 3—4 dniach powróciła do normy, może wystarczyć miesiąc wyczekiwania. Jeśli napad był poważniejszy, a ognisko było większe, ciepłota dochodziła do 39° i dopiero po dwóch tygodniach powróciła do normy, konieczne są 2—3 miesiące wyczekiwania. Henryk J. L a n d a u.

G. AUDAIN. Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Concours Medical, 12 lipca 1931).

Zagadnienie wyrostka robaczkowego jest ciągle jeszcze na porządku dziennym. Omówieniu wskazań leczniczych poświęcony jest powyższy artykuł. W przypadku ostrego zapalenia u dziecka należy operować jaknajwcześniej niezależnie

od daty początku objawów, ciężkości ich, nawet wówczas, gdy stan chorego nie jest niepokojący i gdy napad wydaje się być lekkim. Otrzewna dziecka słabo się broni. Nie ma się prawa zwlekać. U dziecka każdy „podejrany” wyrostek powinien być usunięty. U dorosłego w razie wątpliwości dajnozy należy zasięgnąć opinii chirurga. Jeżeli rozpoznanie ostrego zapalenia wydaje się pewnem lub tylko prawdopodobnem, należy natychmiast operować, nawet w przypadku zwykłej kolki appendikularnej, pod warunkiem jednakże, że obmacywanie dołu biodrowego nie wykazuje żadnych objawów nacieku, jako reakcji ze strony otrzewnej. Gdy stwierdzamy plastron, lub gdy stan chorego nie jest niepokojący, lepiej zaczekać i operować „na zimno”. Gdy stwierdza się alarmujące objawy (ból, wysoka temperatura, chybkie tętno, hiperleukocytoza z polinukleozą, wymioty), i gdy musi się operować mimo obecności plastronu, należy opróżnić z ropy, usunąć wyrostek, jeśli możliwe, i założyć dren. W razie wątpliwej dajnozy, gdy istnieje jeden lub więcej alarmujących objawów, należy operować. Tego się prawie nigdy nie żałuje. Jeżeli nawet wyrostek robaczkowy jest niezmienniony, to znajdzie się zazwyczaj inną sprawę, która i tak wymagałaby interwencji: przedziurawienie dwunastnicy lub żołądka, pęknięcie jajowodu, skręt trąbki, *volvulus coeci etc*, gdy niema niepokojących objawów, można zwlekać z zabiegiem, trzymając chorego pod ścisłą obserwacją lekarską.

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

### Choroby dróg moczowych. 3

K. MARDERSTEIG. Badanie czynnościowe nerek przy pyelografii dożylniej zapomocą abrodilu. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 171, z. 6).

Badanie czynnościowe nerek przy pyelografii dożylniej zapomocą abrodilu polega na tem, że mierzy się ciężar właściwy i ilość wydzielonego w określonych odstępach czasu moczu. Po zastrzyknięciu 100 cm<sup>3</sup> 20% roztworu abrodilu (w ciągu 3 minut) naogół ciężar właściwy stopniowo wzrasta, osiąga swój najwyższy punkt po 3 godzinach i powraca po 6—7 godzinach do normy. Ciężar właściwy dochodzi do 1035—1060, przeciętnie do 1040—1050, co w porównaniu z ciężarem właściwym wyjściowym przedstawia wzrost przeciętny o 25—30 (t. zw. liczba wzniesienia — Austiegszahl). Liczby poniżej 20 należy uważać za patologiczne, przemawiają one za upośledzeniem czynności stężania. Ilości moczu przy normalnej czynności nerek wykazują już znaczne różnice. W pierwszych godzinach następuje prawidłowe zwiększenie się diurezy, choć rozmaitego stopnia. Wahania ilości moczu w dalszym przebiegu krzywej zależą od przyjmowania pokarmów i płynów. Ostatnio autor zmienił technikę i zastrzykuje 20 gr. abrodilu w 75 cm<sup>3</sup> wody destylowanej (w ciągu 3 minut), dalej uregulował podawanie pokarmów i płynów. Bezpośrednio po zastrzyknięciu, które robi się naczecz, otrzymuje chory 150 cm<sup>3</sup> wody, a w 4 godziny po niem 2 kawałki chleba ze szynką. Dopiero w 7 godzin po zastrzyknięciu może chory przyjmować dowolnie pokarmy i płyny. Do tego czasu musi chory leżeć, do R o e n t g e n a odwozi się go (zdjęcia robi się w 15 i 30 minut, ewentualnie jeszcze w 45 minut po zastrzyknięciu). Chory oddaje moczu w ¼, ¾, 1¼ godziny po zastrzyknięciu, potem zaś co godzinę aż do 7¼ godziny po zastrzyknięciu. Przy normalnej czynności nerek ciężar właściwy moczu szybko wzrasta aż do ¾ godziny po zastrzyknięciu, przeciętnie do 1030 — 1035. Potem następuje rozmaicie silny, najczęściej stromy spadek, który trwa do 1¼ — 2¼ godziny po zastrzyknięciu. Od 3 godziny ciężar właściwy znów się stopniowo podnosi i dochodzi do wysokości z ¾ godziny lub nawet ją przekracza (ponad 1040); w ostatniej porcji ciężar właściwy znów spada. W ten sposób krzywa ma 2 wierzchołki. Różnica między ciężarem właściwym poprzedzającego moczu nocnego a ciężarem właściwym 1 wierzchołka, którą autor nazywa liczbą wzniesienia, wynosi 15—25;

liczby 15 przemawiają za upośledzeniem czynności stężania pod warunkiem, że w zakresie krzywej nie było wahań wyższych od 15. Diureza przebiega w ten sposób, że cała ilość moczu, wydzielonego w ciągu 7 godzin, wynosi przeciętnie 600—700 cm<sup>3</sup>. W ciągu pierwszych 3 godzin stwierdza się wzmożone wydzielanie moczu; w tym czasie wydziela się przeszło  $\frac{2}{3}$  całej ilości; potem diureza stopniowo zmniejsza się. Z poszczególnych porcji pierwszych 2 godzin I waha się od 100 — 150 cm<sup>3</sup>, II jest najmniejsza — 70 — 80 cm<sup>3</sup>, III i IV wykazują znów większe ilości, przyczem ostatnia przewyższa zwykle I. W 2 — 3 godziny po zastrzyknięciu zmniejszają się poszczególne porcje moczu, tak, że ostatnie pozostają prawie zawsze poniżej 50 cm<sup>3</sup>. W razie zaburzeń czynności nerek krzywa wydzielania abrodilu wykazuje odchylenia od normy. Wyniki naogół pokrywają się z wynikami próby wodnej i koncentracyjnej.

Henryk J. L a n d a u.

O. SCHWARZ. Pyelitis, pyelonephritis i nephrocirrhosis pyelonephritica. (Wien. kl. Woch. N. 37/1931).

Pod nazwą „pyelitis” rozumie się zapalenie błony śluzowej normalnie ukształtowanej miedniczki nerkowej. Ostre zapalenie miedniczek nerkowych przebiega prawie bez objawów i ulega samoistnemu wyleczeniu. Również przewlekłe zapalenia miedniczek nerkowych, podobnie jak wszystkie schorzenia błon śluzowych układu uropojetycznego, ulegałyby samoistnemu wyleczeniu, jeśli nie ulegały coraz to nowemu zakażeniu wskutek schorzeń swych przydatków, a więc wskutek powikłań. Jeśli chodzi o miedniczki nerkowe, są nimi: 1) występowanie moczu resztkowego (Residualharn) wskutek rozszerzenia miedniczek nerkowych, często prawie niemożliwego do wykazania, przeważnie czynnościowego i odwracalnego, 2) wciągnięcie do sprawy chorobowej miąższu nerek, a więc *pyelonephritis*. Zapomocą stałego lub często powtarzanego drenowania rozszerzenia takie, a nawet zupełnie duże wodonercza mogą ulec cofnięciu się, tak że przed każdym wycięciem nerki (*nephrectomia*) należy zrobić taką próbę. Z powodu niebezpieczeństwa zakażenia prątkiem okrężnicy należy leczyć zaparcie, względnie biegunkę. Dezynfekcję miedniczek nerkowych najlepiej wykonywać zapomocą powtarzanych 1 — 2 razy tygodniowo instylacji 1 — 2% roztworu azotanu srebra, ewentualnie w kombinacji z bakteriofagami. W ten sposób zapomocą kilkotygodniowego leczenia osiąga się w 95% przypadków zupełne wyleczenie. Można robić również próby ze zmianą odczynu moczu. Salwarsan jest skuteczny tylko w zakażeniach kokkowych. Pod nazwą *pyelonephritis* rozumie się zakażenie właściwego miąższu nerkowego albo wstępujące z miedniczek nerkowych, albo zatorowe. Dreszcze w schorzeniach urologicznych wskazują zawsze na tworzenie się ropnia, ewentualnie ropnia rzekomego przez przerzutowe zakażenie preformowanego moczu resztkowego w miedniczkach nerkowych. Postaciami zejściowymi są: roponercze (*pyonephrosis*) lub marskość nerek z tle zapalenia miedniczek nerkowych i nerek (*nephrocirrhosis pyelonephritica*) (normalne ciśnienie krwi).

A. N e u m a n n. (Vöslau-Gainfarn).

## Choroby nerwowe i psychiczne

■ Casimiro FRANK. Il processo fino della coscienza. Principi di Biopsicologia, Biopsicopatologia e Biopsicoterapia. Rzym 1931.

Autor omawia zakres nowej gałęzi wiedzy, którą określa nazwą biopsychologii. W pierwszej części omówiony został proces świadomości, polegający, według autora, na nieustannej zmianie dwu zasadniczych faz naszej jedynej świadomości: są to nadświadoma i podświadoma faza I. Pierwsza z nich, którą posiada tylko człowiek, operuje wyłącznie rozumem, druga — wyłącznie afektem. Czynność afektu w fazach podświadomych

wyłącza czynności rozumowe: w fazach podświadomych człowiek nie może posługiwać się ani wolą, ani logiką, ani krytyką, może tylko w sposób podświadomy poddawać się sugestji, biopsychologja wykazuje bowiem, że sugestyjność jedynie i wyłącznie rządzi afektami ludzkimi. Zasadnicze fazy świadomości, jak również głębsze i podświadome fazy I i II, występujące w hipnozie i podczas snu, stanowią zgodnie z doktryną monizmu (F o r e l) bezpośredni wytwór działalności kory czołowej, jak to wynika z danych anatomii porównawczej, kliniki, cytoarchitektoniki i architektoniki porównawczej. Na zasadzie badań swoich nakreślił autor po raz pierwszy podział integralnej osobowości ludzkiej (biopsychotypy). Zgodnie z podziałem tym najwyższe typy stanowią: typ nadświadomy (badacze, matematycy i t. p.) i bardziej jeszcze typ nadświadomo-podświadomy (najwyższe kategorie genialności, jak Dante, Goethe, Virchow, Bach, Wagner i in.), w którym obok rozumu rozwinięta jest w najwyższym stopniu również i dziedzina afektu. Następne dwa typy stanowią typ podświadomy (typ kobiecy) i typ podświadomo-nadświadomy (niższy typ ludzki). Zwalczając metafizyczną teorię instynktu, podnosi autor w drugiej części dzieła swego ogromne znaczenie sugestyjności dla dokładnych badań biopsychologicznych, traktując je jako podstawę dynamiczną podświadomych czynności psychicznych. Tu również podane zostało dokładne wyjaśnienie hipnozy i hipnotyzmu i zebrane zostały dowody, wykazujące, że sugestyjność stanowi w procesie filo- i ontogenetycznym jedyną siłę, której czynność daje się stwierdzić w sposób naukowy. W trzeciej części traktującej zagadnienia „biopsychopatologii”, podaje autor nowy podział chorób psychicznych, stanowiących właśnie zachorzenia świadomości. Odróżnia on, mianowicie, z punktu widzenia biopsychopatologicznego czynnościowe choroby psychiczne, t. zn. czynnościowe zespoły podświadomo-nadświadome (paranoja, psychoza maniakalno-depresyjna) od organicznych zespołów całkowicie podświadomo-nadświadomych, do których należą zespoły otępieniowe i w których zanika nie tylko wszelka czynność rozumowa, ale ustają również przejawy afektów i sugestyjności, czemu przypada zasadnicze znaczenie z punktu widzenia prognostycznego i leczniczego. W ostatniej — najważniejszej części książki — nakreślone zostały zarysy biopsychoterapii i biopsychagogji. Podaje tu autor pod nazwą „metody korowej” własny system leczniczy, polegający po części na podświadomej sugestji, po części zaś na nadświadomej perswazji. System ten obudza bezpośrednio siły lecznicze, oddziałując za pomocą słów wprost na korę mózgową i dowodząc, że słowo stanowi najpotężniejszy środek leczniczy. Metoda ta według przekonania autora leczy wszystkie zachorzenia funkcjonalne i wiele organicznych oraz zapobiega ich powstawaniu. Stanowi ona równocześnie zasadniczy sposób równomiernego kształcenia intelektu i afektu, spożytkowując rozwój zwłaszcza dziedziny uczuciowej w kierunku najwyższego dobra osobniczego. (Streszczenie własne).

K. WALTHARD. O osobliwych zachorzeniach mózgu u dzieci. (Arch. Suis. N. et Ps. 1931. B. XXVII H. 2).

Chorobę cechuje początek nagły, piorunujący, kończący się śmiercią. Przebieg ostry lub przewlekły. Osobliwość anatomiczopatologiczna polega na zwyrodnieniu komórek nerwowych już to rozsianem po całym mózgu, już zgrupowanym w oddzielne ogniska. Obok tego bujają komórki glejowe (duże) oraz naczynia włosowate. Całość przypomina najbardziej to, co J a k o b nazwał „niekompletne rozmiękczenie mózgu”. Przypadków takich autor widział dwa, zaś J a k o b opisał 3. Etiologja cierpienia jest zgoła nieznana, autor skłania się do koncepcji G r i n k e r a i B a s s o e, którzy dopatrują się w podobnych przypadkach zapalenia mózgu toksycznego, jako zjawiska wtórnego po przebytych cierpieniach zakaźnych lub po długotrwałym zatruciu organizmu. Dalsze w tej dziedzinie spostrzeżenia sprawę, być może, wyświełtą. N. Z. Z.

H. FLOURNOY. Charakter naukowy psychoanalizy. (Arch. Suis. de Neur. et de Psych. 1931 T. 27, H. 2).

Metoda F r e u d a nie przestaje poruszać umysłów. Co raz to nowy jej obrońca pojawia się wśród uczonych. Fl. nie tylko uznaje wartość naukową psychoanalizy, lecz przy podziale wszelkich umiejętności na podstawowe (jak fizyka i chemia) oraz pochodne (medycyna i biologia), widzi miejsce psychoanalizy wśród nauk podstawowych. Rozumuje przytem bardzo logicznie: zarzuca się F r e u d o w i, iż nauka jego opiera się jedynie na teoriach, hipotezach, koncepcjach. A na czem zbudowana jest cała chemia i fizyka? Czy „cząsteczki, atomy, ich budowa” nie są tylko hipotezami? „Materia, elektrycy, energia” czy nie są koncepcje nie podległe żadnej obiektywnej kontroli? O energii sądzący li tylko i wyłącznie na podstawie jej przejawów, podobnie jak o „libido” wnioskujemy z objawów psychicznych. Punkt widzenia Fl. jest nowy, a zatem godny zanotowania, choć znaczenie propagandowe wątpliwe wobec niechęci „kompleksowej”, jaką żywią przeciwnicy F r e u d a.

N. Z. Z.

M. DECHAUME i A. TARDIEU. Odosobniony zanik zwacza lewego — jedyna pozostałość po zapaleniu rogów przednich rdzenia. (Monde Méd. N. 797/1931).

Autorzy opisują przypadek, w którym po przebytem zapaleniu rogów przednich rdzenia zresztą nierozpoznanem, lecz przyjętem mylnie za grypę, pozostał odosobniony zanik lewego zwacza, który doprowadził do zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego. Badanie elektryczne wykazało wyraźny i całkowity odczyn zwyrodnienia zwacza lewego.

Henryk J. L a n d a u.

BRUNSCHWEILER. Prawdopodobny stosunek pewnych dyskinezyj. (Schw. Arch. N. u Ps. 1931, T. 27, z. 2).

Dyskinezyje, zdaniem autora, pochodzą stąd, iż unerwienie mięśni, współdziałających przy wykonywaniu pewnego ruchu, przestaje być synchroniczne, i mięśnie kurczą się kolejno

zamiast jednocześnie. Tak np. w kurczu torsyjnym autor dostrzega rozłożenie ruchu na poszczególne fazy. Dla całokształtu swej hipotezy autor przyjmuje istnienie pewnych ośrodków, regulujących unerwienie wszystkich mięśni, czynnych przy dokonywaniu danego ruchu. Perturbacje w obrębie owych puszczalnych ośrodków regulujących pociągają za sobą dyskinetyczne.

N. Z. Z.

BALDUZZI. Przyczynek do badań nad odruchami tonicznymi postawy. (Rev. Neur. 1931, T. II, N. 3).

Opis dwu nowych odruchów postawnych. 1) Chory leży na brzuchu, nogi zaś i głowa zwisają luźno. Kiedy głowę przekręcić w bok, to pośladki przeży się po stronie potylicy i doprowadza kończynę dolną. 2) Drugi odruch jest właściwie odruchem B r u d z i ń s k i e g o, opisanym w zapaleniu opon: polega na zgięciu nogi w kolanie, występującem przy zgięciu biernem drugiego kolana.

N. Z. Z.

## Choroby oczu.

C. JOFE. Anomalje dróg łzowych. (Russkij oftalmologizcheskij żurnal, styczeń 1930 r.).

Autor przypomina, że do 1906 r. opisano przez różnych autorów 40 przypadków anomalij dróg łzowych. Autor proponuje badanie podobnych przypadków lampą szczelinową i metodą barwienia przyżyciowego, jak to już w swoim czasie (1924 r.) robił M a r x. Przy zastrzykiwaniu do worka łzowego eozyny, nigrozyny i in. farb przy normalnych drogach łzowych można wyraźnie widzieć linię zabarwionego brzegu powieki, łączącą się z zabarwionym otworkiem kanalikula łzowego. Przy anomaljach dróg łzowych tego połączenia nie widać. Autor opisuje 2 przypadki podwójnych punkcików łzowych, gdzie w jednym z nich znalazł 2 zupełnie oddzielone kanalikuli w dolnej powiece. Autor bardzo zaleca wyżej opisaną metodę badania anomalij dróg łzowych.

H i n d e s.

## Wskazówki praktyczne

P. F r e u d stosował z dobrym wynikiem *środek przeciwkaszlowy Tussamag* (fabr. M e n d e l w Berlinie) u dzieci. Jest to kombinacja saponin z olejkami eterycznymi. Środek ten okazał się skuteczny w zapaleniach oskrzeli z gorączką, jak również w przypadkach dłuższy czas trwającego kaszlu, szczególnie pochodzenia grypowego. (M. m. W. 1931, N. 32).

—o—

*Dystrofje osesków* dobrze się leczą przy pomocy *zup słodowych* szczególnie *Maltosanu*. Według K e l l e r a skład takiej zupy ma być następujący: 35 gr. mleka, 65 gr. wody zmieszanej z 12,5 gr. Maltosanu — po przedczeniu zagotować. O. K o e g e l miał przy tem leczeniu doskonałe wyniki. (Schw. m. W. 1931, N. 34).

—o—

Na bardzo liczny materiał przekonał się J. M u l d e n, że można zupełnie bezkarnie leczyć *związki zanieczyszczone rany*

*szwem pierwotnym* po ich należytem mechanicznem oczyszczeniu, usunięciu zmiażdżonych tkanek i zapendzlowaniu 5% nalewką jodową. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1931, N. 20).

—o—

W leczeniu napadów *dławicy piersiowej (angina pectoris)* oddaje, według K a t z a, dobre usługi przetwór *Endokrinol. A*, przygotowywany z gruczołów dokrewnych i innych narządów zwierząt ciepłokrwistych. Przetwór ten nie zawiera insuliny i działa tonizująco na serce. (Ther. d. Gegenw. 1931 N. 10).

—o—

W i c h m a n n i v o n H e u s s polecają w leczeniu *niedokrewności żłodziwej surowy żółdek świński*. Objawy rdzeniowe poprawiają się, na achylję leczenie to wpływu nie wywiera. Wstrętu do jedzenia żółdka świńskiego nawet w ciągu długich miesięcy nie zauważono. (Ther. d. Gegenw. 1931 N. 10).

—o—

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 12.XI.31.

Obecnych osób 24.

1. Prezes S r e b r n y wygłosił wspomnienie pośmiertne o członku Zarządu, ś. p. d-rze Henryku T r e n k n e r z e. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej poniosło dotkli-

wą stratę przez śmierć swego członka Zarządu, ś. p. doktora Henryka T r e n k n e r a. Na stanowisku tem ś. p. dr. T r e n k n e r odznaczał się bezprzykładną niemal sumiennością i gorliwością: do rzadkich zdarzeń należało, aby T r e n k n e r nie przybył na posiedzenie Zarządu, a jeżeli Go brakło, to tylko ważna jakaś sprawa lub niezbędna konieczność udziału w innym zebraniu mogła być tego przyczyną.

Trenkner wnoszą na posiedzenia Zarządu obok mądrej inicjatywy jeszcze dużo dobrych chęci i gotowości do spełniania powierzanych Mu zadań. Od wielu lat był bibliotekarzem naszego Towarzystwa, radząc sobie dobrze w trudnym zadaniu lokowania i gromadzenia pism i książek wobec braku własnej stałej siedziby Towarzystwa.

Nietylko Towarzystwo nasze opłakuje zgon Trenknera. Jako jeden z niewielu u nas lekarzy, zdających sobie sprawę z doniosłości zadań medycyny społecznej, zajmował Trenkner liczne placówki, z medycyną społeczną związane: był bowiem prezesem Towarzystwa Opieki nad Niemowlętami, członkiem Rady Lekarskiej Kasy Chorych, członkiem Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, członkiem Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, lekarzem szkolnym gimnazjum Lorena w Warszawie.

Karjera życiowa Zmarłego, jako działacza na polu higieny i medycyny społecznej, obejmuje też stanowiska komunalne i państwowe pierwszorzędного znaczenia. Trenkner był Lekarzem Naczelnym Szpitala dla dzieci Anny Marji w Łodzi, Naczelnikiem Wydziału Zdrowia i organizatorem szpitalnictwa w temże mieście podczas okupacji niemieckiej, Naczelnikiem Wydziału w Ministerstwie Zdrowia oraz Komisarzem do walki z epidemiami w Małopolsce Wschodniej. Na tem ostatniemi stanowisku położył niezapomniane zasługi, wytypiwszy tam niemal doszczętnie dur plamisty.

Już ten krótki szkic działalności ś. p. Trenknera świadczy dostatecznie, jakiej miary był On człowiekiem w okresie swej dojrzałości męskiej. A jeżeli sięgniemy do lat Jego młodości, to i tu widzimy Go „wylatującego nad poziom”. Jako student, należał Trenkner do młodzieży, pracującej nad szerzeniem oświaty wśród ludu, i do czcicieli naszej przeszłości historycznej. Za udział w tych dążeniach oświatowych i w obchodzie rocznicy Kilińskiego w r. 1894 był więziony w Cytadeli i zesłany.

Taki oto człowiek odszedł od nas na zawsze. Uczcijmy Jego pamięć przez powstanie z miejsc. (Wszyscy powstają).

II. Dr. N. Dominikiewicz. Odczyt: *Specyfik leczniczy oraz warunki ich wytwarzania i rozpowszechniania* (Będzie ogłoszony drukiem w „Warsz. Czas. Lek.”).

Rozprawa: Prof. Koskowski. Troska o rozwój krajowego przemysłu farmaceutycznego istniała w Polsce już przed wojną; obecnie zadanie to przejęły odnośne władze urzędowe. Najlepszą rękojmią dla rozwoju specyfików krajowych jest surowy nadzór. Reklamy w pismach niespecjalnych są szkodliwe. Przemysł nasz ma zadatki do rozwoju, musi jednak mieć poparcie lekarzy, co da się osiągnąć przez zapewnienie ścisłego nadzoru.

Dr. Narkiewicz: Przemysłowi naszemu szkodzi wadliwa reklama, gdyż wartość nadsyłanej literatury jest nader wątpliwa, a reklama anonimowa (opinje niepodpisane o działaniu danego środka na zasadzie sporadycznych, nieopracowanych spostrzeżeń) jest szkodliwa, gdyż wzbudza brak zaufania. Wogóle z punktu widzenia społecznego szerokie zastosowanie specyfików przynosi szkodę zarówno chorym, jak i lekarzom.

Dr. Knappe: Bez specyfików obecnie obejść się nie można. Łatwiej zapisać środek jako specyfik o określonej nazwie i postaci, niż pamiętać wzór chemiczny i dawkę. Oczywiście, przede wszystkim obdarzamy zaufaniem specyfiki krajowe, a z zagranicznych stosujemy te, które w kraju nie są wyrabiane. Reklama specyfików jest u nas ujęta w karby przez Departament Zdrowia.

Dr. Justman: Młody przemysł farmaceutyczny polski winien unikać wszystkiego, co może podważyć zaufanie do niego, a, niestety, fakty takie miały miejsce. Natomiast pilna kontrola i daleko posunięte ograniczenia w dopuszczaniu na nasz rynek specyfików zagranicznych stanowią poniekąd dla nich gwarancję. Fabryki nasze konkurują między sobą, gdyż często wyrabiają jeden i ten sam środek, każda fabryka pod inną nazwą. Następnie pod płaszczykiem obrony przemysłu krajowego nie można tolerować przedsiębiorstw, o których wiadomo, że przeważnie otrzymują z zagranicy gotowe preparaty i tu na miejscu opakowują je w zupełnie zbędne ozdoby i kosztowne pudełeczka i flakoniki i wypuszczają na rynek, jako wyrób krajowy. Nie rozumiem, dlaczego przedsiębiorstwo zagraniczne, które ma fabrykę w Polsce i tu produkuje większość swoich specyfików, ma być traktowane gorzej, niż firma rzekomo krajowa, oparta o kapitały obce i stanowiąca jedynie miejsce opakowania wyrobionych zagranicą środków. Za środek krajowy należy uważać środek, przyrządzony całkowicie lub prawie całkowicie na miejscu, z obcego surowca tylko w tym przypadku, jeżeli surowca tego w kraju nie mamy.

Ze strony władz niezbędna jest jaknaściejsza i najsurowsza kontrola; tylko wtedy lekarz będzie mógł posługiwać się wyłącznie specyfikami krajowymi, jeżeli będzie wiedział, że podaje choremu najlepsze z dobrego. Reklama, jaką nas zasypują fabryki krajowe, stoi przeważnie na niskim poziomie i tem samem nie wzbudza zaufania. Zamiast wyrzucać na to pieniądze, niech fabryki krajowe zrzeszą się i dadzą uniwersytetom dostateczne fundusze do badań naukowych, a wyniki tych badań będą dla lekarzy istotnie przekonywające.

Prof. Koskowski przyłącza się do propozycji Justmana i podkreśla, iż za badania nad środkami należy badaczy wynagradzać, a to bez względu na wyniki badań.

Dr. Srebrny wypowiada się za wciągnięciem szpitali nieuniwersyteckich w akcję badania klinicznego leków.

Mag. Kleiner: Podług przepisów apteka obowiązana jest zamiast specyfiku w recepcie dać odpowiedni środek niepatentowany, o ile lekarz wyraźnie nie zaznacza, iż ma to być środek oryginalny. Fabryki nasze tych środków t. zw. synonimów nie wyrabiają. Jeżeli, na przykład, w recepcie znajduje się zagraniczna diuretyna, to aptekarz postępuje wbrew prawu, dając wzamian krajową dipurynę, gdyż i ona jest specyfikiem; natomiast wymaganej *theobrominu natrio-salicylicum* żadna fabryka krajowa nie wyrabia. Wyrabiają natomiast różne preparaty glicerofosfatowe, które każda apteka może przygotować u siebie.

Dr. Dominkiewicz odpowiada.

Justman.

## Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

L. posiedzenie naukowe z dnia 19 czerwca 1931 r.

Przewodniczący: S. Rubinrot.

Sekretarz: M. Werkenthinówna.

Obecnych — 32.

1. Sabat B. *Przypadek wągrowatości (cysticercosis)* Pokaz chorej. (Ukaże się w druku).

W dyskusji Rubinrot zaznacza, że przypadek Kol. Sabata jest bardzo rzadki, ale pouczający ze względu na możliwość błędnego rozpoznania w razie obecności nielicznych wągów. R. osobiście wspólnie z Kol. Lachowiczem spostrzegł przypadek wągrowatości — na zdjęciu podudzia cienie były nieliczne, ale miały wyraźny kształt ślimakowaty.

2. Sabat B. *Kilka uwag luźnych z zakresu techniki rentgenologicznej.*

Prel. przedstawia rentgenogramy czaszki, robione przy użyciu przesłony Potter-Buckya (modelu płaskiego wytwórni Ropiquette), na których widoczne są liczne plamy w obrębie czaszki, ludzko podobne do plam, jakie dają wyćski palczaste w przypadkach wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Jak Prel. przekonał się, obrazy te, mogące być powodem pomyłek rentgenodjagnostycznych, powstają wskutek działania promieniowania wtórnego i są spowodowane blaszaną dziurkowaną płytą, którą wsuwa się do przesłony wraz z umieszczoną na niej kaseta filmowa. Powstawaniu tych niepożądanych plam cieniowych można zapobiec przez umieszczenie między kaseta a wspomnianą dziurkowaną blaszaną podstawą warstwy materiału (płyty metalowej lub warstwy gumy ołowianej), pochłaniającej idące do dołu promieniowanie wtórne, wzgl. przez zastąpienie dziurkowanej blaszanej podstawy płytą metalową niedziurkowaną lub przez użycie kasety z metalu cięższego, niż glin, którego teraz powszechnie używa się do sporządzania kaset filmowych.

3. Matusek E. *Trzeszczka podkolanowa i jej obraz radjologiczny.* (Ukaże się w druku).

W dyskusji Elektrowicz zwraca się z prośbą do prelegentów, pokazujących większą liczbę zdjęć, oznaczania ich cyframi, co ułatwi dyskusję nad poszczególnymi zdjęciami. Co się tyczy pokazów, to miałby wątpliwość co do rozpoznania trzeszczki na niektórych rentgenogramach. Położenie i rodzaj zmian w jednym z przypadków przemawiałyby raczej za zwapnieniem torebki maziowej. W innym przypadku ze względu na umiejscowienie odpowiadałyby raczej ciału luźnemu.

Stankiewicz zaznacza, że przypadek, w którym rzekomo trzeszczka znajduje się jakby w zagłębieniu główki kości strzałkowej, nasuwa wątpliwości. Umieszczenie trzeszczki podkolanowej jest ustalone i nie odpowiada ono okolicy główki strzałki. Natomiast obraz wolnego tworów kostnych, le-

zącego w nasadzie, jak w gnieździe, nasuwa przypuszczenie *osteocondritis dissecans*.

4. F r y s z m a n A. *Przypadek pneumaturji tnerkowej* (Streszczenie nie dostarczone).

5. F e d o r e n k o P. (Biała Podlaska). *Przypadek kiły wrodzonej późnej kostnej i stawowej*. (w zastępstwie Prelegenta przedstawia W. Z a w a d o w s k i).

Chora Z. B., lat 20. Ojciec umarł nagle przed kilkunastu laty w 36 roku życia z niewiadomej przyczyny. Matka oraz rodzeństwo zdrowi. Chora dotychczas poważniejszych cierpień nie przechodziła. W październiku 1929 r. przeziębła się, miała chrypkę i leżała w łóżku. Od tego czasu odczuwa bóle w stawie kolanowym prawym. Rozmaite leki wewnętrzne i nacierania nie przynosiły ulgi. Wzrostu średniego, miernie odżywiona. Narządy wewnętrzne — badanie fizykalne i radiologiczne nie wykazują wyraźnych zmian. Płuca o przejrzystości prawidłowej; wymiary serca i aorty nie przekraczają normy.

Oba stawy kolanowe obrzękle, kolano prawe nieco więcej, niż lewe. Ruchy, t. j. zginanie kolana nieco ograniczone, w czasie ruchów chora odczuwa ból. W innych stawach nie stwierdza się uchwytnych zmian.

Zdjęcie kolana oraz sąsiednich części kostnych wykazuje ogólne rozlane zagęszczenie utkanka kostnego, dotyczące tak nasad, jak i części przynasadowych i trzonów obu kości goleniowych i udowych. Zagęszczenie to zaznacza się bardzo wybitnie, tak, że wydaje się, jakby zdjęcia były robione techniką za mięką. Z powodu znacznego zgrubienia warstwy korowej tych kości kanały szpikowe są zwężone i nie zaznaczają się do syć wyraźnie. Powierzchnia kości przeważnie gładka, tylko w niektórych miejscach nieco chropawa. W przeciwieństwie do kości udowych i goleniowych kości strzałkowe nie są osteosklerotyczne. Kość strzałkowa prawa wykazuje w górnej części trzonu niewielkie nawarstwienia okostnowe i jest nieznacznie zgrubiała.

Oba stawy kolanowe wykazują zmiany zniekształcające w postaci niewielkiego zwężenia szpar stawowych, zaostrenia brzegów powierzchni stawowych i niewielkiego zaostrenia i zniekształcenia wyniosłości międzykłykciowych. Zarysy powierzchni stawowych są dość gładkie.

Rozlana osteoskleroza i zniekształcające zmiany zapalne obu kolan skłoniły prelegenta do rozpoznania zmian kilowych kostnych i stawowych. Rozpoznanie to spotkało się z energicznym protestem tak ze strony lekarza, jak i pacjentki. Jednakże dwukrotnie dodatni odczyn W a s s e r m a n n a oraz korzystny wpływ leczenia przeciwkiłowego potwierdziły rozpoznanie kiły. Ponieważ nie było żadnych danych dla kiły nabytej, nasuwało się w tym przypadku rozpoznanie kiły wrodzonej, późnej.

Przypadek jest o tyle ciekawy, że zwykle cechy kiły późnej, t. j. trzy objawy H u t c h i n s o n a, nie występowały w tym przypadku, a w szczególności nie było szablówatych goleni. Wybijało się natomiast na plan pierwszy cierpienie stawów kolanowych, które przedewszystkiem rzuciło się w oczy naskutek obustronnego ich obrzęku i dostrzeganych i tak uporczywych dolegliwości chorej.

Należy podnieść, że przewlekłe, uporczywe obrzęki stawów i ograniczenie ruchów występują dość często w kilie wrodzonej późnej, tak, że niektórzy autorowie uważają je za równie znamienne objawy tej postaci, jak potrójny zespół H u t c h i n s o n o w s k i.

W d y s k u s j i D r o z d o w i c z zaznacza, że zmiany widoczne w danym przypadku są tak charakterystyczne dla przymiotu, że gdyby nawet odczyn W a s s e r m a n n a wypadł ujemnie (co w późnych sprawach przymiotowych nie należy do rzadkości), rozpoznanie radiologiczne samo przez się nie ulegałoby wątpliwości i byłoby decydujące.

6. M u s z k a t e n b l i t J. *Przypadek niezwyklego powiększenia sylwetki sercowej pochodzenia prawdopodobnie osierdziowego*.

Przypadek dotyczy chorego lat 30, który został skierowany na Oddz. Chor. Wewn. szpit. Św. Łazarza z powodu skarg na bóle, klucia i inne przykre sensacje w okolicy serca. Cierpi na te dolegliwości od 4-eh lat, od chwili, kiedy przechodził rzeżączkę, skomplikowaną bólami w wielu stawach. Przy badaniu fizykalnym uderza daleko posunięta granica stłumienia względnego serca (w prawo od linii mostkowej prawej) przy prawidłowym umiejscowieniu uderzenia koniuszkowego. Tętno serca zlekka przyciszone, akcja miarowa (80 na l'), żadnych szmerów nie wysłuchuje się. Badanie radiologiczne klatki piersiowej wykazuje powiększenie sylwetki sercowej głównie kosztem prawego przedsionka, szypuła naczyniowa prawidłowa. Kąt sercowo-wątrobowy wolny i ostro zarysowany; półkoliste regularne uwypuklenie w okolicy prawego przedsionka podatwą

swą zlewa się z cieniem serca i tworzy z nim jedną całość. Tętnienie opisanego uwypuklenia jest synchroniczne z akcją serca. Lewy zarys serca jest zbyt prosty, co przemawia za zrostami z opłucną. Elektrokardiogram normalny, próba pracy wypadła prawidłowo. Niezwykły obraz radiologiczny nasuwa cały szereg przypuszczeń, jak: zapalenie opłucnowo-śródpier-siowe przednie, guzy złośliwe osierdzia, torbiele skórzaste, pot-worniki, tętniaki ściany serca, guzy serca z wysiękiem w o-sierdziu, guzy śródpier-sia, a wreszcie otorbione postaci wysię-ków osierdziowych, nie dające zazwyczaj wyraźnych objawów klinicznych, a znane w piśmiennictwie pod nazwą „*pericarditis exsudativa cystica pulsans*”. Przeprowadzając szczegółową ana-lizę objawów klinicznych i radiologicznych Prel. skłania się do tego ostatniego rozpoznania. Jednostka chorobowa „*Pericar-ditis exsudativa cystica pulsans*” w opisach, spotykanych w piś-miennictwie, ujmowana jest, jako zajęcie wysiękowego zapale-nia osierdzia pod postacią lokalnego otorbienia płynu i prze-biega bez specjalnych objawów klinicznych, jak to ma miej-sce w naszym przypadku. Według L e n k a otorbienie może umiejscawiać się w okolicy prawego przedsionka i u b wyżej przy tętnicy głównej. W przypadku pierwszym otorbiony wy-sięk przedstawia się na zdjęciu jako twór półkulisty o szeroko-sięj podstawie, zlewającej się z cieniem serca i tętniacy równo-cześnie z prawym przedsionkiem. Na zdjęciu skośnym na tle cienia serca widoczny jest gęściej nasączony cień kulisty. W przypadkach usadowienia się tworów torbielowatych wyżej, obok pnia tętnicy głównej, cień jego tętni synchronicznie z ko-morami serca. Rozpoznanie w tej odmianie umiejscowienia torbielowatego wysięku osierdzia bywa bardzo trudne, własz-cza, jeśli jednocześnie mamy rozszerzenie tętnicy głównej.

7. D a b r o w s k i K., I w a s z k i e w i c z J. i W e r k e n t h i n ó w n a M. *Przypadek ropnia pod rze-pionowego o umiejscowieniu przednim*.

Chory B. L. zgłosił się do szpitala Wolskiego 2 maja r. b. W lipcu roku ubiegłego był operowany w szpitalu Staro-zakonnym z powodu ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Po operacji wywiązało się zapalenie płuc — choroba trwa-ła 7 tygodni. Od tego czasu już nie powrócił do zdrowia — miewał bóle w prawym boku, suchy kaszel i stany podgorącz-kowe. W listopadzie zgłosił się po raz pierwszy do Poradni Przeciwrzucicznej, gdzie rozpoznano wysiękowe zapalenie opłuc-ny prawostronne. Przebywał potem 8 dni w szpitalu Przemie-nienia Pańskiego; nakłuwano prawy bok, lecz płynu nie wydo-byto. Po raz drugi zgłosił się do Poradni 28 kwietnia b. r. i wówczas został skierowany do badania radiologicznego. Ba-danie to wykazało: po stronie prawej klatki piersiowej na wy-sokości 5-go żebra widoczny jest duży poziom płynu; nad płyn-em gaz, odgraniczony od góry wypukłym pasem cieniowym szerokości ok. 1,5 cm. Ruchów oddechowych tego cienia nie daje się zauważyć. Cień ten mógł odpowiadać przeponie, i w ta-kim razie płyn leżałby podprzeponowo (ropień podprzeponowy lub wątrobowy), jednakowoż było także możliwe, że płyn znajdował się w opłucnie, a cień półkolisty odpowiadałby gór-nej granicy kieszeni powietrznej ze zgrubiałą opłucną płucną.

Na podstawie wyniku badania chory został skierowany do szpitala Wolskiego. Badanie fizykalne stwierdza po stronie prawej od przodu wypuk z odcieniem bębnowym do 5 żebra, niżej stłumienie i zniesienia drżenia głosowego, oddech osła-biony; od tyłu do połowy łopatki wypuk pudełkowy, poniżej z odcieniem bębnowym, od 9 żebra stłumienie. Drżenie osła-bione w zakresie stłumienia, w górze wzmożone. Szmer odde-chowy oskrzelowy chuchający do połowy łopatki, niżej osła-biony pęcherzykowy. W tylnej linii pachowej wysłuchuje się pluskanie, które zostało stwierdzone po otrzymaniu danych radio-logicznych. W prawym podżebrzu wzmożone napięcie mięśni i bolesność uciskowa. Krew: C. b. 8.300, neutrofile 78%, lim-focyty 22%. Ciepłota prawidłowa.

Zdjęcie, dokonane w ułożeniu na lewym boku, stwierdza, że kieszeń, zawierająca powietrze i płyn, sięga bardzo nisko, do łuku żebrowego, i że cień wątroby jest przemieszczony (lub powiększony) na lewo.

Nakłucie w 8-iej przestrzeni międzyżebrowej od tyłu bez efektu, w linii pachowej przedniej wydobyto 740 cm<sup>3</sup> treści zielonkawo - szarej, spoistości śmietany, cuchnącej. Badanie ropy wykazało łańcuszkowce i gronkowce, przewagę ciałek wielojądrowych. Laseczników K o c h a nie wykryto. W po-siewie liczne ziarniaki, niekiedy układające się w łańcuszki, oraz prątki gramododatnie.

Po wypuszczeniu ropy i wpuszczeniu około 30 cm<sup>3</sup> lipjo-dolu stwierdza się, że lipjodol opada na dno kieszeni, zawiera-jący płyn i powietrze i leży bardziej od przodu. Górne odgra-niczenie kieszeni powietrznej nieco się obniżyło i obecnie wy-

kazuje ruchy oddechowe. Wobec tego odgraniczenie górne odpowiadało przeponie, i ropień znajdował się pod przeponą.

Po 24 godzinach lipjodol opuścił się niżej, sięgał na lewo do linii prawego brzegu kręgosłupa, jak widać na zdjęciu, wykonaniem w ułożeniu na lewym boku. Zarysy kieszeni, zawierającej ropę, nieregularne, faliste.

Po 3-ch dniach ciepłota nagle poskoczyła do 38°, a później do 40°. W dole lewego płuca pojawiło się ognisko zapalenia płuc. Leukocytoza 38.800, neutrofilów 87%, limfocytów 12%. Sprawa w płucu ustąpiła po tygodniu. Badanie radiologiczne stwierdziło ogromny przyrost płynu w ropniu podprzeponowym. Chorego skierowano do Kliniki Chirurgicznej szpit. Dziec. Jezus na operację. Podczas zabiegu lokalizacja i rozległość ropnia zostały dokładnie potwierdzone. W chwili obecnej chory ma się zupełnie dobrze i niedługo zostanie wypisany do domu.

W dyskusji D r o z d o w i c z podkreśla trudności rozpoznawcze, jakie mogą zachodzić w tych przypadkach, gdyż jest trudno zdecydować czasami, czy ropień leży nad przeponą, czy też pod przeponą.

### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu dn. 16.X.1931 (Wien. Med. Wschr. N. 43) demonstrowali C. R e i t t e r i E. L ö w e n s t e i n rodzinę, złożoną z rodziców, trojga starszych dzieci i 6-miesięcznego ośeska. Ojciec, matka i troje starszych dzieci cierpiało na gruźlicę płuc. Przed rokiem matka zachorowała na gościec stawowy. W tym czasie udało się wyhodować ze krwi chorej za pomocą metody L ö w e n s t e i n a prątki K o c h a. Podczas porodu, który nastąpił po roku, pobrano krew pępowiny: hodowla wykazała w niej obecność prątków gruźliczych, posiew ze krwi matki na pożywcę L ö w e n s t e i n a dał również dodatni wynik. Dziecko rozwijało się dobrze do czwartego miesiąca życia; w tym czasie nastąpiło zatrzymanie rozwoju, a badanie roentgenowskie wykazało cień w dolnym prawym płacie, od którego biegły pasma ku wnąc. Jednocześnie rozwinęła się *polydantitis*. Po paru tygodniach dziecko zaczęło się dalej rozwijać, a w obrazie rentgenowskim znikł cień w dolnym płacie, choć pasma pozostały i stały się wyraźniejsze i ostrzejsze; również utrzymują się zmiany gruczołowe. Schorzenie płucne ujmując prelegent jako skutek osiedlenia się krążących we krwi prątków gruźliczych. Podkreśla on również częstość powstawania ostrego gościa stawowego w fazie uogólniania się gruźlicy, co nie polega, zdaniem jego, na zbiegu okoliczności, lecz obie te sprawy znajdują się w związku przyczynowym. W dyskusji, która się wywiązała w związku z demonstracją, podkreślał szereg mówców (M a r e s c h, H a m b u r g e r, S t e i n b e r g, J e r u s a l e m) znaczenie metody L ö w e n s t e i n a dla rozpoznawania spraw gruźliczych, jedynie J. B a u e r przestrzegał przed przecenianiem metod laboratoryjnych. Szereg mówców (M o l l, N o b e l)

zwracał uwagę na fakt istnienia gruźlicy wrodzonej oraz na to, że, choć daje ona poważne rokowanie, nie musi być ono jednak bezwzględnie złe.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu dn. 23.X.1931 (Wien. Med. Woch. N. 44) referowali G. S. B u m e i E. W e r b e r wyniki swych badań nad przyspieszaniem krzepnięcia krwi przez hormon gruczołów przytarczycznych. W 10 minut po zastrzyknięciu królikowi czas krzepnięcia krwi zmniejsza się o 40 — 60%, krwawienia płucne gruźliczych chorych ustają. Pod wpływem hormonu gruczołów przytarczycznych zwiększa się poziom wapnia we krwi, przyspiesza się wytwarzanie trombiny, zwiększa się zawartość trombokinazy. *n vitro* mieszanina fibrynogenu i trombiny nie zamienia się pod wpływem hormonu gruczołów przytarczycznych. Jeśli natomiast u zwierząt stosowano uprzednio ten hormon, krzepnięcie *in vitro* następowało wcześniej. Analogiczne doświadczenia z chlorkiem wapnia wykazały, że zarówno w doświadczeniach na zwierzętach, jak i u ludzi wapń pozostaje bez wpływu na czas krzepnięcia krwi i wytwarzanie trombiny. Wobec tego hormon gruczołów przytarczycznych należy zalecić jako *haemostypticum* i przekładać go nad inne preparaty. W dyskusji potwierdzają L. K u t s c h e r a i G. N o b l, że preparaty wapnia *alcium chloratum*, *Calcium Sandoz*, *Selvadin* pozostają bez wpływu na czas krzepnięcia krwi i poziom wapnia we krwi, gdyż szybko opuszczają ustrój. O. W e l t m a n n komunikuje o dobrych wynikach, otrzymanych za pomocą hormonu gruczołów przytarczycznych w ostrej skazie krwotocznej o normalnym czasie krzepnięcia krwi. A. A r n s t e i n stwierdza, że pod wpływem *leum acmophoratum* zwiększa się krzepliwość krwi, działa on dobrze w krwotokach płucnych. L. K u t s c h e r a podkreśla znaczenie hemodynamiki w krwotokach płucnych, wobec której krzepliwość krwi ustępuje na plan drugi; przez podawanie środków uspakajających (luminal i piramidon w małych dawkach) można osiągnąć dobre wyniki; ze spadkiem ciśnienia w dużym krążeniu obniża się ono i w małym krwiobiegu.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu dn. 16.X.1931 (Paris Méd. N. 43) Leon B e r n a r d i P e l l i s s i e r komunikowali o wynikach, otrzymanych w leczeniu zgorzeli i ropnia płuc autopyoszczepionką. Przygotowują oni ją z cuchnącej płwociny chorych, przeprowadzając pasaż przez świnki morskie. W odosobnionych ropniach i zgorzelinach wyniki są znakomite, nawet w przypadkach starych, trwających kilka miesięcy, które zazwyczaj poddaje się zabiegom chirurgicznym, połączonym z dużym niebezpieczeństwem. W rozlanych zgorzelach podostrych wyniki były dobre, jeśli nie było współistniejącego rozszerzenia oskrzeli. Gdy istnieją rozszerzenia oskrzeli, poprawa jest krótkotrwała, poczem zgorzel postępuje etapami dalej. W każdy razie autopyoterapia, jeżeli nie może nawet zatrzymać zgorzeli, zawsze szybko działa na oskrzelotok (*bronchorrhoe*), na gorączkę, i ten chociażby czysto objawowy wpływ sam przez się usprawiedliwia zainteresowanie tą metodą leczniczą.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

### Niekaralność sztucznego poronienia w Rosji w okresie trzynastoletnim w świetle faktów i cyfr.

Podał

Dr. Henryk KŁUSZYŃSKI (Warszawa).

I.

Zagadnienie spędzania płodu nie straciło na aktualności. Nowy projekt polskiego Kodeksu karnego, uchwalony i opublikowany przez Komisję Kodyfikacyjną, przypomina wszystkim to zagadnienie, a zwłaszcza lekarzom.

Projekt nie daje wprawdzie matce prawa orzekania, czy chce zatrzymać płód, czy go stracić, ale w każdym razie jest wielkim krokiem naprzód. Projekt mówi:

„Kobieta, która płód swój spędza lub pozwala

na spędzenie go przez inną osobę, ulega karze aresztu do lat 3. Niema przestępstwa, jeżeli zabieg był dokonany przez lekarza i był konieczny ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej, jej ciężkie położenie materialne, dobro rodziny lub ważny interes społeczny”.

Było do przewidzenia, że episkopat polski wystąpi przeciwko temu projektowi. „Niema żadnego t. z. prawa — piszą biskupi — bezwzględnej konieczności, któreby mogło usprawiedliwić uśmiercenie dziecka. Zasługują zatem na pochwałę owi sumienni i doświadczeni lekarze, którzy starają się życie matki i życie dziecięcia zachować i obronić. Niegodnymi natomiast okazaliby się szlachetnego imienia i tytułu lekarskiego ci, którzyby ze względów leczniczych albo przez niewłaściwe współczucie nastawiali na życie matki czy płodu”.

W zagadnieniu tem ścierają się nadal dwa światopoglądy. Gdy sprawa ta stała się znów tak aktualna,

wartoby zapoznać się ze skutkami legalizacji poronień w Rosji po 13 latach działania ustawy.

Zanim jednak przejdę do rosyjskich stosunków, wartoby choć w kilku zdaniach zająć się sprawą poronień w Polsce. Właściwej statystyki poronień w Polsce nie posiadamy, zbliżoną do prawdy mamy statystykę poronień w Kasach Chorych za rok 1928.

Według tej statystyki w Kasach Chorych w tym roku było

|            |                  |                 |
|------------|------------------|-----------------|
| Poronień — | u ubezpieczonych | członków rodzin |
| 22.071     | 7.620            | 14.451          |

U członkiń rodzin, a więc przeważnie u zamężnych kobiet wynosiła liczba poronień prawie o 100% więcej, aniżeli u ubezpieczonych, wśród których również znajdowały się kobiety zamężne.

Na 100 kobiet ubezpieczonych przypada 1.07 poronień. Charakterystyczny jest rozdział tych poronień według województw:

| Na pierwszym miejscu znajduje się wojew. | kieleckie: | Poronień       | 4674 | w tem ubez. | 1399 | czł. r. | 3275   |
|------------------------------------------|------------|----------------|------|-------------|------|---------|--------|
| Na drugim                                | "          | łódzkie        | "    | 4392        | "    | 2075    | " 2317 |
| Na trzecim                               | "          | warszawskie    | "    | 3388        | "    | 1225    | " 2163 |
| Na czwartym                              | "          | poznańskie     | "    | 2924        | "    | 1086    | " 1838 |
| Na piątym                                | "          | pomorskie      | "    | 1660        | "    | 588     | " 1072 |
| Na szóstym                               | "          | krakowskie     | "    | 1353        | "    | 371     | " 982  |
| Na siódmym                               | "          | lwowskie       | "    | 830         | "    | 168     | " 662  |
| Na ósmym                                 | "          | wołyńskie      | "    | 522         | "    | 67      | " 455  |
| Na dziewiątym                            | "          | śląsk cies.    | "    | 500         | "    | 247     | " 253  |
| Na dziesiątym                            | "          | stanisławowsk. | "    | 436         | "    | 83      | " 353  |
| Na jedenastym                            | "          | lubelskie      | "    | 389         | "    | 55      | " 334  |
| Na dwunastym                             | "          | białostockie   | "    | 349         | "    | 89      | " 260  |
| Na trzynastym                            | "          | tarnopolskie   | "    | 224         | "    | 77      | " 147  |
| Na czternastym                           | "          | poleskie       | "    | 176         | "    | 33      | " 143  |
| Na piętnastym                            | "          | wileńskie      | "    | 155         | "    | 37      | " 118  |
| Na szesnastym                            | "          | nowogrodzkie   | "    | 99          | "    | 20      | " 79   |

Jeżeli przeciętnie liczba poronień u członkiń rodzin wynosiła o 100% więcej, niż u członków Kas, to w niektórych województwach liczba ta wynosi 300 — 700%. Jeśli przyjmiemy koszt jednego poronienia choćby tylko na 50 zł., otrzymamy wydatek Kas Chorych 1.103.550 zł. Ponieważ doświadczenie uczy, że co najmniej 50% kobiet po spędzeniu płodu choruje przez szereg lat, a czasem przez całe życie, zrozumiemy, jak wielkiem obciążeniem są dla Kas Chorych poronienia.

Ubezpieczeni w Kasach Chorych stanowią zaledwie  $\frac{1}{6}$  ludności Polski, przeliczywszy zatem tę liczbę poronień na całą ludność, otrzymamy przypuszczalnie 132,000 przypadków poronień. A przecież nie wszystkie poronienia dochodzą z rozmaitych przyczyn do wiadomości Kasy Chorych, albo figurują pod nazwą innych chorób. Liczba bardzo poważna dla Polski, a na jej zmniejszenie nie wpłyną choćby najgorętsze słowa polskiego episkopatu.

Jak potężny musi być instynkt obronny kobiet przed wzrostem rodziny, jeśli mimo ciężkie kary za spędzanie płodu, mimo widma ciężkich chorób, widzimy to masowe zjawisko u nas i w całej Europie.

Żadne nakazy, ani kary nie wpłyną na ten obyczajowy pogląd, który wypłynął z duchowej konstytucji teraźniejszości. Kierunek myślowy, uczucie, i poglądy moralne zostały z gruntu zmienione pod wpływem czynników społecznych. Przeto ustawa karna musi być wyrazem opinii publicznej, gdyż ona jest wyrazicielką obiektywnej moralności, wytworzonej przez historyczne i społeczne warunki. Spędzania płodu nie można już dziś sądzić na podstawie istniejącej

ustawy, albowiem prawo i moralność nie zawsze są ze sobą w zgodzie.

Niezawodnie, że spędzanie płodu jest społeczno-patologicznym zjawiskiem, które ma swoje główne źródło w czynnikach gospodarczych i społecznych. Patologicznego zjawiska nie można zwalczać więzieniem, do uleczenia tej choroby potrzebne są całkiem inne środki.

## II.

Po tym wstępie przechodzę do następstw legalizacji poronień w Rosji Sowieckiej. Problemem tym zajął się Dr. Sergjusz K r a s s i l n i k i a n, który ujął to zagadnienie w bardzo żmudnie zestawionej pracy.

W Rosji przed wojną spędzali płody nie tylko lekarze i akuszerki, ale także farmaceuci, pielęgniarki z zakładów położniczych, ba, nawet fryzjerzy. Zaraz po pierwszych dniach październikowej rewolucji w r.

1917 zniesiono wszystkie paragrafy o spędzaniu płodu, a właściwy dekret o wolności wykonywania sztucznego poronienia wyszedł 18 listopada 1920 r., a uzupełniony został dekretem 3 listopada r. 1924, że tylko w publicznych szpitalach i klinikach wolno wykonywać ten zabieg — naturalnie, w pierwszych trzech miesiącach ciąży. Ponieważ nie było dostatecznej liczby łóżek w publicznych zakładach leczniczych, dekret zezwala na dokonywanie operacji w prywatnych klinikach, lecz nie ambulatoryjnie w godzinach ordynacyjnych.

Klinika ginekologiczna w Moskwie uczyniła wszystko, by wielką liczbę młodych lekarzy wykształcić w zakresie położnictwa i ginekologii, zwłaszcza, by nauczyl się dobrze robić skrobanę.

Ideą zasadniczą dekretu o spędzaniu płodu była walka z tajemnymi spędzaniem, z drugiej zaś strony rozwiązanie tego problemu nastąpiło wyłącznie ze stanowiska pracującej kobiety, proletariuszki.

Nie ulega wątpliwości, że akt ten wywołał błogosławione skutki.

Mimo tej ustawy kobiety na wsi i w miastach jeszcze w większości przypadków zwracają się do laików po pomoc, a kobiety wiejskie są wogóle zdania, że poronienie winno być utrzymane w tajemnicy. Boją się one jeszcze pójść do lekarza, plotek sąsiadów, operacji i szpitala i dlatego wolą iść do znachora. Z tych powodów walka ze znachorstwem jest utrudniona, gdyż kobiety zachowują tajemnicę.

Brak łóżek szpitalnych, strata czasu, połączone z uzyskaniem zgody na spędzenie płodu sprawiają, że kobiety korzystają raczej z pomocy znachorki.

W każdym razie badania naukowe wykazały, że spędzanie płodu zostało znacznie zredukowane, a liczba wypadków śmierci i chorób następnych znacznie się zmniejszyła: z 4,7% wszystkich przypadków w r. 1915, a 6% w r. 1918, w r. 1920 spadła na 2,3%.

Berinowa - Kutschaidse z Tyflisu donosi, że na podstawie statystycznego materiału kliniki położniczej w r. 1923 — 1925 na 1532 sztuczne poronienia 1039 wykonano poza kliniką.

Na podstawie przeprowadzonej ankiety przez oddział dla ochrony matki i dziecka w r. 1922 — 1924 w 1658 okręgach stwierdzono 66675 poronień, dokonanych przez znachorów. W r. 1926 ukarano 66 mężczyzn i 805 kobiet za dokonanie spędzenia płodu.

W Rosji panuje jeszcze wielki zabobon, niewiara w lekarzy. Buroff opowiada o stosunkach z akuszerkami: „każda wieś ma swoją akuszerkę, od której się nie żąda ani dyplomu, ani wykształcenia medycznego, musi ona być tylko starszą kobietą, która sama miała wiele dzieci. Wdowy o surowych obyczajach mają pierwszeństwo. Młode dziewczęta i młode kobiety uważa ludność za nieodpowiednie do tych celów, dlatego rzadko zwracają się do wykształconych akuszerek, sanitariuszek. Przy ciężkim porodzie ucieka się akuszerka, nie mająca fachowych wiadomości do magicznych środków. Jest to fantastyczna i zgrozy pełna pomoc akuszerzyjna”.

Dalej opisuje Buroff manipulacje oryginalne i niewiarygodne, które te „ludowe akuszerki” wykonywały z obecnymi przy porodzie, z krewnymi z rodzicami, które urągają wszelkiej higienie.

Wszyscy obecni muszą zdjąć pas, kołnierz musi się rozpiąć, wszystkie węzły i warkocze muszą być rozplecione, a wszystkie drzwi otwarte. Położnica musi krążyć około stołu i przekraczać rozmaite naczynia kuchenne. W ostateczności zostaje rodzica powieszona za nogi. By wywołać wymioty wsadza się rodzącą łyżkę srebrną do ust; każe się jej dmuchać w próżną flaszkę, by nateżyła swoje mięśnie. Poród się zataja szczególnie wobec starych dziewic i złych ludzi. By wstrzymać się od krzyku z powodu bólów — by sąsiedzi nic nie słyszeli — zagryza ciężarna koniec warkoczka.

Ranę pępownicy smaruje akuszerka masłem. Nowonarodzonej dziewczynce odcina się pępownię na kędzieli, by była zręczną w przędzeniu. Chłopcu odcina się pępownię toporem, albo nożem nad książką, aby chłopak stał się uczonym człowiekiem. Akuszerka odbiera nowonarodzone dziecko w wielkim przetaku dla ochrony od przyszłych nieszczęść. Najczęściej zawiąza się dziecko w starą koszulę ojca, jeśli się urodził chłopak, w koszulę matki, jeśli jest dziewczyna. Zawsze głaszczą rękoma akuszerka główkę noworodka, by była okrągła. Ścisła otwory nosowe, by nos nie był płaski i szeroki. Lekarze w tych warunkach muszą ciężko walczyć z potęgą ciemnoty.

Zresztą, zabobon, tu opisany — zwłaszcza rozwiązywanie węzłów, wysuwanie wszystkich szuflad, był jeszcze przed 35 laty stosowany w Małopolsce, zwłaszcza u Żydów. Czy dziś jeszcze się stosuje, nie wiem.

Ziwa toff donosi, że z legalizacją poronień zwiększyła się znacznie ich liczba. Było to połączone z wielką troską dla rządu Sowieckiego, gdyż nie było dostatecznej liczby szpitali, przeto kobiety były zmuszone do spędzania płodu poza szpitalem, prywatnie

u lekarza. Tymczasem Rosja nie posiadała dostatecznej liczby lekarzy z wykształceniem ginekologiczno-akuszerzyjnym.

Karlin z Leningradu i Niedermeyer z Niemiec powiadają, że jedyną zaletą rosyjskiego ustawodawstwa w sprawie poronień był nakaz, że operacja ta należy do kliniki.

Zachodzi tedy pytanie, czy sztuczne poronienie, dokonane *lege artis*, należy uważać jako zupełnie bezpieczne?

Wszyscy autorowie, tak niemieccy, jak i francuscy, są zgodni w tem, że zabieg sztucznego poronienia może być dokonany li tylko przy zupełnym opanowaniu techniki i przy odpowiednim doświadczeniu. Niebezpieczeństwo leży w samej istocie zabiegu. Istnieją niemniejsze niebezpieczeństwa w klinice. Według statystyki z państwowej kliniki w Odesie na 1000 przypadków sztucznych poronień było 75% chorobowości — wliczono w to i lekkie przypadki gorączki, 0,5% przedziurawień, po tamponadzie 3,6% śmiertelności.

Poisner z Tomska donosi, że na 627 sztucznych poronień, dokonanych w miejskim zakładzie ginekologicznym w Tomsku było przy metreuryzie 9,67% przypadków śmierci a następcze choroby w 12,9% przypadków.

Przy masowych skrobankach, dokonywanych w szpitalach sowieckich przez lekarzy, były często najcięższe obrażenia. Brugin w biuletynie Komisarjatu ludowego dla zdrowotności publicznej narzeka i oburza się na niedostateczne przygotowanie lekarzy sanitarnych.

Lessnoi, dyrektor oddziału ginekologicznego 2 wojskowego szpitala komunistycznego w Moskwie, pisze w r. 1925: Liczba sztucznych poronień rośnie, przedziurawienie z uszkodzeniem jelit w regule dokonywuje lekarz. Najważniejszą przyczyną przedziurawienia jest, według jego zdania, konstytucyjna słabość macicy.

Rosenzweig, kierownik chirurgiczno-ginekologicznego oddziału w Moskwie, pisze w r. 1927, że ze wzrostem przypadków sztucznych poronień w ostatnich latach zwiększyła się liczba przypadków przedziurawień macicy.

Wanschtein podaje, że u 1254 pierwiastek, którym poprzednio nie robiono sztucznego poronienia, był patologiczny przebieg podczas porodu i po porodzie tylko w 5,8% przypadkach; u 286 pierwiastek, które już miały za sobą sztuczne poronienie, były w 14,1% przypadków powikłania.

Karlin z Leningradu na podstawie swojego materiału klinicznego donosi, że po poronieniach septyczne schorzenia wynoszą dwa razy więcej, aniżeli po normalnych porodach.

Schestopol pisze: sztuczne poronienia prowadzą ostatecznie do bezpłodności, względnie kobiety tracą zdolność donoszenia dziecka do końca, albowiem, jak Serdjukow z Moskwy powiada, sztuczne poronienie jest ze stanowiska biologicznego zabiegiem gwałtownym.

Ter-Gabrieljan, kierownik ginekologicznego oddziału centralnego ambulatorjum na Butyrkach w Moskwie, powiada, że najczęstszymi bezpośrednimi powikłaniami po sztucznych poronieniach są: zapalenie narządów rodnych i ogólny upadek sił; najczęstszymi skutkami są: zaburzenia w miesiączkowaniu, bezpłodność, wczesne perjody, przeculica seksualna, neurastenja, pogorszenie spraw gruczołowych.

Lortkipanidse z Tyflisu pisze na podstawie spostrzeżenia z 2048 przypadków spędzania płodu, że zabieg sztucznego przerwania ciąży nie może być uważany za bezpieczny.

Jeżeli się już robi ten zabieg, powinien on być dokonywany przez doświadczonego specjalistę, który by mógł operować wszystkie narządy jamy brzusznej, gdyż nikt nie może ręczyć, że nie nastąpi uszkodzenie narządów sąsiednich.

Scharkowianin na podstawie licznego materiału dowodzi, że spędzanie płodu stanowi najważniejszą przyczynę ciąży zamacicznej.

To samo pisze Primakow i Stepanowa.

Kakuschkin z Saratowa pisze o wewnętrzno-gruczołowych zaburzeniach po spędzeniu płodu które następnie wywołują bezpłodność. Sztuczne poronienie przerywa w brutalny sposób spokojne, planowe odnowienie równowagi wewnętrznego wydzielania.

Zomakion utrzymuje, że nagłe przerwanie ciąży prowadzi do zaburzenia równowagi w czynnościach całego układu wegetatywnego.

Endelbert i Galant z Moskwy opisują nadto przypadki z psychicznymi zaburzeniami po sztucznym poronieniu.

Rusdew z Kazania pisze, że nawet w szpitalu przez lekarza *lege artis* dokonane sztuczne poronienie staje się wielkiem niebezpieczeństwem dla zdrowia i życia kobiety.

Przeto powinni lekarze — mimo, że sztuczne poronienia są w Unji Sowieckiej zalegalizowane — nadto prasa, Towarzystwa lekarskie, kongresy lekarskie wystąpić energicznie przeciwko temu złu społecznemu.

I. Salskind ostrzega młodzież przed tym lekomyślnym poglądem o nieszkodliwości spędzania płodu. (Dok. nast.).

## Wiadomości bieżące

— Dnia 8 listopada odbyła się we Lwowie uroczystość poświęcenia i otwarcia „Polskiego Instytutu Przeciwrakowego”. Instytut mieści się w niewielkim, lecz celowo i estetycznie przebudowanym budynku na terenie Państwowego Szpitala Powszechnego przy ul. Głowińskiego 7. W jednej części budynku znajduje się kancelaria i administracja Instytutu, w drugiej — obszerniejszej — sala przyjęć, 4 wygodne sale dla chorych, mieszczące 16 łóżek, podręczna pracownia i sala dla zabiegów leczniczych — wszystko urządzone nowocześnie, pełne światła i słońca. Stosunek Instytutu Przeciwrakowego do Szpitala Powszechnego jest taki sam, jak stosunek klinik uniwersyteckich, dzięki czemu koszty pobytu w Instytucie są bardzo niskie. W Instytucie chorzy rakowi będą leczeni z pomocą promieni Roentgena, radu i elektrokoagulacją; wszelkie inne zabiegi lecznicze i diagnostyczne będą wykonywane na oddziałach szpitalnych i klinikach uniwersyteckich. Jest to praktycznie dobrze wykonalne, ponieważ we Lwowie wszystkie kliniki i zakłady uniwersyteckie mieszczą się tuż obok Szpitala na jednym wielkim terenie.

Na czele Instytutu stoją Dr. K. Węcowski i Dr. W. Ziembicki. Prace naukowo-badawcze będą wykonywane w zakładach teoretycznych wydziału lekarskiego i weterynaryjnego; zajmować się nimi będzie sekcja naukowa pod kierunkiem Prof. W. Nowickiego. Sekcja propagandy pod kierunkiem redaktora B. Laszkowskiego czuwać będzie nad organizacją społecznej walki z rakiem. Prace statystyczne są już przeprowadzane od dłuższego czasu na dość szeroką skalę.

Otwarcie Instytutu odbyło się w nastroju bardzo podniosłym; przemówienia nacechowane były szczerym zapałem i zamięłowaniem do pracy; przebiegał z nich rzeczowy i poważny stosunek do postawionych sobie zadań. Bez głośnych frazesów i szumnych nazw rozpoczął swe istnienie pierwszy Polski Instytut Przeciwrakowy, któremu życzyć należy wiele powodzenia i szybkiego rozkwitu.

M. Płóński e r.

— VII Zjazd Oto-Laryngologiczny oraz Walne Zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego, odbędą się we Lwowie dnia 6-go grudnia r. b.

Godz. 9.30. Otwarcie Zjazdu w klinice Oto-laryngologicznej (Haussnera 9). Wybór przewodniczącego i sekretarza Zjazdu.

Posiedzenie Naukowe. 1. T. Zalewski (Lwów). Prąd diatermiczny i jego znaczenie w rozpoznawaniu zmian za-

palnych wyrostka sutkowego. 2. A. Laszkiewicz (Poznań). Röntgenografia schorzeń jamy szczękowej przy użyciu jodipiny. 3. B. Karbowski (Warszawa). Wyniki leczenia radem nowotworów przysadki mózgowej. 4. J. Szmulło (Wilno). Szpitalnictwo nasze a pomoc lekarska w dziedzinie chorób nosa, uszu i gardła. 5. W. Cichocki (Poznań). O stosowaniu jontoforezy w rhinitis vasomotoria. 6. A. Schwarzbart (Kraków). a) Przypadek ropnia Citellego w 10-ym miesiącu ciąży. Operatio. Sanatio. b) Przypadek rzadkiego zniekształcenia kości gnykowej. 7. A. Laszkiewicz (Poznań). Sprawozdanie z II Zjazdu oto-laryngol. łacińskiego (w Katanji) oraz T-wa oto-laryngol. Włoskiego (w Messynie). 8. J. Czarniecki (Warszawa). Sprawozdanie z I Jugosłowiańskiego Zjazdu oto-laryngol. w Zagrzebiu. 9. T. Szumowski (Lwów). O uproszczonej próbie cieplnej Zalewskiego o.

Godz. 16. Zagajenie Walnego Zebrania przez Prezesa Towarzystwa. 1. J. Czarniecki. Sprawa zmiany statutu T-wa. 2. Wybór przewodniczącego i sekretarza Walnego Zebrania. 3. Sprawozdanie sekretarza, skarbnika, bibliotekarza i komisji rewizyjnej Zarządu Głównego i poszczególnych sekcji. 4. Sprawozdanie Redaktora „Polskiego Przeglądu Oto-laryngologicznego”. 5. Wybory: prezesa, 2-ch wice-prezesów, sekretarza, skarbnika, bibliotekarza, komisji rewizyjnej i redaktora „Polskiego Przeglądu Oto-laryngologicznego”. 6. Wybór członków honorowych Towarzystwa. 7. Oznaczenie miejsca i daty przyszłego Zjazdu. 8. Wolne wnioski.

— Dn. 15 i 16 maja r. 1932 odbędzie się w Krynicy IV Zjazd Lekarski. — Tematem głównym z dziedziny medycyny wewnętrznej będą choroby przewodu pokarmowego, z dziedziny ginekologii — życie kobiety a wydzielanie wewnętrzne ze specjalnem uwzględnieniem przekwitania i spraw niedorozwojowych. Poza tematami głównymi program Zjazdu obejmuje odczyty z dziedziny lecznictwa zdrojowego. Ze Zjazdem związana będzie wystawa środków lekarskich. Koledzy proszeni są o jaknajliczniejsze wzięcie udziału w Zjeździe i zgłoszenie odczytów w granicach przez program, powyżej podany, określonych. Termin zgłaszania odczytów do dnia 15 lutego r. 1932 włącznie. Szczegółowy program Zjazdu rozesłany będzie w marcu 1932 r. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny Zjazdu Dr. Witold Skórczewski — Krynica.

— Do Ogółu Lekarzy. Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy m. i uzdr. Otwocka podaje do wiadomości Szanownych

Kolegów, że chorzy przez Nich kierowani do otwockich lekarzy, wskutek interwencji osób niepowołanych i materialnie zainteresowanych, po większej części nie trafiają pod właściwy adres.

Celem tedy obrony interesów pacjenta, prosimy uprzejmie Szanownych Kolegów o łaskawe pouczenie Swych pacjentów przy kierowaniu ich do otwockich lekarzy. Tem samem umożliwi się kolegom miejscowym zdobywanie praktyki na drodze normalnej.

Prezes

Stowarzyszenia Lekarzy m. i uzdr. Otwocka,  
Dr. Z. Szczepański.

## SKRZYNIKA ZAPYTAŃ.

### P Y T A N I A :

1. Czy sprawa nieszczęśliwych szczepień przeciwgruźliczych metodą *Calmette'a* w Lubecie została naukowo wyjaśniona?

2. Jakie są wskazania i przeciwwskazania do zastosowania proteinoterapii w ostrym goście stawowym?

(Odpowiedzi — w najbliższych numerach „Warsz. Czasop. Lek.“).

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 24.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. K. Chodkowski. Teratoma embryonale thoracis. 2. A. Trojanowski. Wnioski dotyczące anatomii patologicznej raków płuc i oskrzeli, na podstawie sekcyjnego materiału statystycznego Zakładu Anatomii Patologicznej U. W. (1919 — 1930). 3. A. Kapłan. O nadciśnieniu tętniczym.

TREŚĆ: H. STRAUSS. O djecie bezsolnej jako metodzie leczniczej. — A. LANDAU i R. HERMANOWA. Przypadek przewlekłej sinicy kończyn naczynioruchowej (acrocyanosis chronica), powikłany objawami choroby Raynaud. O zachowaniu się w nim wymiany gazów oraz układu krążenia. — G. ABERDAM-SELLIGOWA. O wysiewach krwiopochodnych w płucach. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — H. KŁUSZYŃSKI. Niekaralność sztucznego poronienia w Rosji w okresie trzynastoletnim w świetle faktów i cyfr. — Wiadomości bieżące. — Skrzynka zapytań. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. STRAUSS. La diète sans sel comme une méthode thérapeutique. — A. LANDAU et R. HERMAN. Un cas d'acrocyanose chronique compliqué par les symptômes de maladie de Reynaud. — G. ABERDAM-SELLIG. Sur les poussées hémato-gènes dans les poumons. (Rev. gén.). — H. KŁUSZYŃSKI. L'impunité de l'avortement artificiel en Russie pendant les treize années dernières au jour des faits et des chiffres.

## 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.

### 25. XI. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

1) Pokazy: z I-ej Kliniki chirurgicznej. 2) Szekier: Nerka przemieszczona, symulująca zapalenie wyrostka robaczkowego. 3) Lubelski: Przypadek przedniego zespolenia żołądkowo - jelitowego z dodatkowem zespoleniem Brauna.

Odczyt: Prof. Antoni Leśniowski: w sprawie przetok kałowych zewnętrznych.

### 26.XI. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

1. Demonstracja chorych. a) J. Czarniecki. Pokaz chorej po operacji plastycznej przepukliny mózgowej. b) Golakowski i Karbowski. Przypadek sekcyjny ropnia międzyoponowego pochodzenia usznego. c) B. Karbowski. Przypadek jednoczesnego porażenia wielu nerwów czaszkowych. d) Z. Srebrny. Przypadek bezgłosu kurczowego (Dysphonia spastica).

2. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.
3. Sprawa Zjazdu we Lwowie.
4. Wolne wnioski.

### 28 XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

#### Sekcja kliniczna.

Pokazy. 1) J. Rosenblatt, Halberówna i A. Pruszczyński. Zmiany w jajniku po dłuższem stosowaniu hormonu przedniego płata przysadki mózgowej. 2) M. Lubelski i E. Goldberg. Przypadek appendektomji, coecostigmoidektomji i colectomji u jednej chorej. 3) M. Lubelski i J. Pomper. Zgorzel błyskawiczna zewnętrznych narządów płciowych u mężczyzny. Leczenie i operacja wytwórcza.

Odczyt. L. Endelman. Znaczenie badania dna ocznego w chorobach narządu krążenia i nerek.