

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 IX

WARSZAWA, 29 WRZEŚNIA 1932 R.

Nr. 38-39

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Hiperwentylacja jako metoda badania klinicznego.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

Wpływ głębokiego oddychania, czyli t. zw. hiperwentylacji na powstawanie niektórych zjawisk chorobowych znany jest w nauce od lat kilkunastu od czasu, kiedy wypłynął on w pedjatrii jako sposób sztucznego prowokowania tężyczki. Jako metoda badania klinicznego nabrała jednak hiperwentylacja szerokiego rozgłosu w roku 1925, kiedy Försterowi udało się za pomocą forsownego oddychania prowokować u epileptyków napady padaczkowe. W 1926 r. niemal równocześnie z neurologiem amerykańskim Rossettem ogłosiłem wyniki badań swoich, stwierdzające wpływ hiperwentylacji na powstawanie objawów klinicznych w organicznych zachorzeniach układu nerwowego i nakreśliłem obraz kliniczny tężyczki hiperwentylacyjnej oraz zespołu odmóżdżeniowego, stojącego na pograniczu pomiędzy tężyczką a padaczką. W następnych latach zostały ogłoszone wyniki badań Janoty, a następnie Langego i Guttmana nad powstawaniem zjawisk histerycznych pod wpływem hiperwentylacji, później jeszcze badania Guillaína, Fetermana i in. nad prowokowaniem przez hiperwentylację objawów Jacksonowskich, badania Foga i Schmidta nad wpływem forsownego oddychania na ciśnienie krwi, Laruela i Heernua na powstawanie zaburzeń czuciowych, Muncha-Petersona nad prowokowaniem przez manewr hiperwentylacyjny utajonych zaburzeń układu piramidowego i pozapiramidowego, ostatnio zaś moich własnych badań o wpływie hiperwentylacji na układ hormono - wegetacyjny. W ten sposób w przeciągu kilku lat ostatnich hiperwentylacja zdobyła sobie prawo obywatelstwa, jako metoda badania klinicznego — powołana nie tylko do reprodukcji stwierdzonych już poprzednio zachorzeń o charakterze hiperkinetycznym, ale zdolna również do wywoływania rozmaitych objawów natury ubytkowej, psychicznej i psychopochodnej, do akcentowania objawów organicznych zaledwie zaznaczonych,

a przede wszystkim do wydobywania na jaw objawów organicznych utajonych. W tej właśnie kolejności pragnąłbym rozpatrzyć znaczenie hiperwentylacji, jako metody badania klinicznego, opierając się na danych z piśmiennictwa, ale przede wszystkim na własnym materiale, obejmującym, jak dotąd, około 500 przypadków, z których 200 dotyczy padaczki samoistnej i Jacksonowskiej, 200 rozmaitych chorób organicznych układu nerwowego i inkrecyjnego, 100 zaś wreszcie osobników zdrowych, dorosłych i dzieci.

Co się tyczy samej techniki eksperymentowania, to badanie w większości przypadków dokonywane bywa w pozycji siedzącej: pacjent siedzi na fotelu z tułowiem i głową opartymi o poduszkę, z rozluźnionymi kończynami dolnymi i z przedramionami i dłońmi, spoczywającymi swobodnie na udach i kolanach. Osobę badaną należy początkowo wdrożyć w bieg eksperymentu, który nieraz przebiega zrazu opornie i sprawia niekiedy przykre sensacje (klucie w klatce piersiowej, suchość w ustach i gardle, zawroty głowy), nakazać oddychanie rytmiczne i możliwie głębokie i zachęcać do głębokich wdechów własnym przykładem. Po pewnym czasie chory zawsze wpada w właściwy rytm i we właściwą głębokość oddychania, które następnie ulega całkowitemu automatyzowaniu. Jest rzeczą szczególnie ciekawą, że automatyzm ten trwa niezmiennie, nie tylko w początkowej fazie eksperymentu, ale przenosi się również i na okres zamroczenia świadomości, umożliwiając dalszy bieg doświadczenia nawet w fazie zupełnej utraty przytomności. Zjawisko to, opisane przeze mnie w 1926 r., określił Zingerle nazwą *automatozy*. Badania pobudliwości mechanicznej i elektrycznej nerwów obwodowych dokonywałem najczęściej w obrębie lewego nerwu twarzowego, rzadziej w obrębie nerwu łokciowego.

Klara Lázar zrobiła spostrzeżenie, że przy ekskursjach oddechowych o przyspieszonym tempie i zwiększonej amplitudzie, ale niezmiennym rytmie (t. zn. nie kładąc nacisku na forsowny wydech, jak to czyni Förster), można otrzymać analogiczne a nawet jeszcze lepsze wyniki. Znaczenie, przypisywane forsownemu wydechowi, polegałoby na przesłance, że w ten

sposób wprowadzone zostaje w ruch również i residualne powietrze płuc.

Przechodząc obecnie do wpływu głębokiego oddechowania na powstawanie objawów padaczkowych, wyświetlić chciałbym na samym wstępie sprawę, czy hiperkineza epileptyczna występuje jak odczyn hiperwentylacyjny wyłącznie u notorycznych epileptyków, jakby to wynikało z danych dotychczasowych, a przede wszystkim ze źródłowych badań Förstera i Rosetta. Obszerny materiał, przebadany przeze mnie pod tym względem, obejmujący prócz 200 przypadków padaczki samoistnej i ogniskowej również 200 przypadków natury odmiennej (100 przypadków schorzeń systemu nerwowego i układu gruczołowego oraz 100 osobników normalnych) — zasadniczo tezę tę potwierdza. Rzadkie wyjątki pod tym względem, jakie stwierdziłem w materiale moim — zawsze mogą spotkać się z zarzutem, że pamięci chorych lub ich otoczenia ująć mogły jakieś drobne i niewyraźne równoważniki padaczkowe w oddalonej przeszłości. Co się tyczy częstości odczynu pozytywnego w notorycznej padaczce, to, jak zaznaczyłem już na wstępie, liczby moje pozostają znacznie w tyle (32,5%) poza wynikami Förstera. Rezultaty pozytywne Stertza oraz Janoty są jeszcze znacznie niższe (1 przypadek pozytywny na 8 badanych przypadków padaczki u Stertza i 2 zaledwie przypadki pozytywne na 51 przypadków padaczki u Janoty). Pod względem symptomatologicznym doświadczenia moje jeszcze raz potwierdziły fakt, jak niezmiernie polimorfizm wykazywać mogą napady epileptyczne, jeżeli zestawić ze sobą pod tym względem różnorodne reakcje hiperwentylacyjne. Poprzez doświadczenia moje przewinęły się najróżnorodniejsze wyładowania natury padaczkowej, poczynając od drgawek wyłącznie klonicznych, po przez hiperkinezy klonicznotoniczne aż do wyłącznie tonicznych stężeń masy mięśniowej kończyn tułowi i karku z utratą przytomności i zniesieniem odczynu na światło. Ustosunkowanie się pozytywnej reakcji tężyczkowej do pozytywnej reakcji epileptoidalnej zazwyczaj kształtuje się w sposób jednolity: w pierwszych fazach eksperymentu oddechowego zjawiają się i narastają elementy zespołu tężyczkowego, w późniejszych zaś okresach nawarstwiają się na ten zespół objawy hiperkinezy padaczkowej. Tej ogromnej większości przypadków można przeciwstawić niewielką grupę doświadczeń z wczesnym bardzo występowaniem ogólnych drgawek podczas hiperwentylacji i bez jakichkolwiek objawów tężyczki oddechowej oraz jeszcze drobniejszą grupkę obserwacji (zaledwie kilka przypadków), w której objawy tężyczkowe (objawy Chwostka i kurcze) zaczęły ujawniać się dopiero po wystąpieniu hiperkinezy padaczkowej.

Szczególnie interesujące były drgawkowe odczyny hiperwentylacyjne w tej grupie spostrzeżeń, w których klinicznie stwierdzone były tylko psychiczne równoważniki padaczki lub też takie zaburzenia psychiczne, które ukształtowaniem swoim wzbudzały podejrzenie ich natury padaczkowej. Spostrzegłem 4 przypadki gwałtownych stanów podniecenia, występujących okresowo bez drgawek ani równoważników w wywiadach, w których względnie krótka procedura hiperwentylacyjna powodowała już po 8 — 11 minutach klasyczne napady drgawek padaczkowych. Claude, Codel i Montassut opisali obserwację analogiczną: dotyczyła ona przypadku stanu gwałtownego splątania psychicznego bez drgawek w wywiadach — podejrzanego o charakter padacz-

kowy z wybitną reakcją drgawkową w eksperymencie oddechowym. Szczególnym zbiegiem okoliczności w przypadkach przebiegających klinicznie wyłącznie pod postacią: „petit mal” i „absences” nie otrzymywałem w eksperymencie oddechowym nigdy odczynu drgawkowego. Przypadki te stanowią w materiale moim ogniw przejściowe do tej kategorii padaczki samoistnej, która w warunkach doświadczalnych dawała reakcję wyłącznie natury psychicznej. W całym szeregu przypadków z wyłącznymi „absence” otrzymywałem podczas eksperymentacji króciutkie „absences” bez drgawek lub też wczesne i intensywne reakcje tężyczkowe z krótkotrwałymi stanami zamroczenia i z całkowitą amnezją następczą. Najbardziej w materiale moim zbliżona była do tego typu grupa przypadków padaczki samoistnej, która klinicznie przebiegała z napadami drgawek, zaś w eksperymencie oddechowym nie powodowała reakcji drgawkowej, natomiast ciężkie i długotrwałe stany zamroczeniowe. W jednym z przypadków takich stan zamroczeniowy przeciągnął się do trzech z górą, w innym zaś do 1 i pół godzin. Szczególnie częste i intensywne reakcje psychiczne otrzymywałem w grupie padaczki samoistnej u dzieci. Były to epizody, w których zamroczenie świadomości nigdy nie było kompletne, natomiast na pierwszy plan wysuwał się stan gwałtownego lęku i podniecenia. Jeden z pacjentów moich — chłopczyk 7-letni w stanie takiej reakcji lękowej i podnieceniowej zrywał się z krzesła, biegł przez pokój i chciał się wyrzucić przez okno.

Od reakcji psychicznych — zwłaszcza w postaci poronnej — odcinały się ostro w doświadczeniach moich te przypadki padaczki samoistnej, które na forsowne oddychanie odpowiadały z awrotem głowy — niekiedy tak gwałtownym, że chorzy, którzy zazwyczaj badani byli w pozycji siedzącej, stawali się i niemal spadali z krzesła przy całkowicie zachowanej przytomności. Zasluguje na szczególną uwagę, że wszystkim przypadkom tej właśnie kategorii towarzyszyły na wysokości najbardziej intensywnego odczynu oddechowego paroksyzmy kurtowego ziewania, przypominające najzupełniej te napady ziewania, które w padaczce samoistnej stanowią niekiedy ekwiwalent napadów drgawkowych.

Drobną odosobnioną grupę w materiale moim stanowiła ta kategoria doświadczeń, w których procedura forsownego oddychania powodowała wystąpienie objawów padaczkowych natury ubytkowej t. zn. objawy przemijającego niedowładu połowicznego z zaburzeniami czucia głębokiego (stereognozy) i z normalnym zachowaniem się odruchów. Widzimy więc, że eksperyment hiperwentylacyjny ujawnić może niekiedy objawy zbliżone do t. zw. padaczki porażeniowej (epilepsia paralytica), które w klinice padaczki samoistnej należą do wielkich rzadkości. Do tej samej grupy można zaliczyć przypadki, w których oddychanie głębokie spowodowało wybitne zaburzenia mowy bez drgawek o charakterze dyzartrji lub afazji amnestycznej wzgl. oligofazji asymbolicznej. Do tego rodzaju objawów ubytkowych po hiperwentylacji należy również przemijające upośledzenie wzroku, które spostrzegłem u jednej pacjentki i które odpowiada zjawisku t. zw. epilepsiae retinae.

Szczególną uwagę chciałbym zwrócić na niektóre bardzo interesujące zjawiska, wydobywane przez eksperyment hiperwentylacyjny, których powinowactwo do padaczki jest wielce prawdopodobne, a które dotąd były zupełnie nieznane. Jedne z nich spostrzegłem wyłącznie u dzieci, inne u epileptyków w różnym wieku.

Mianowicie u dwu chłopców z padaczką w wieku 10 i 13 lat zjawiały się wraz z występowaniem podniecenia lękowego oraz zamroczenia niezmiernie silne wzwoły prącia; starszy z nich już w okresie zupełnej utraty przytomności wykonywał prawą ręką zupełnie automatyczne ruchy masturbacyjne. Jeszcze dziwniejszą była reakcja hiperwentylacyjna u 7-letniego chłopczyka, cierpiącego na głębokie absencje z nieznacznym przemijającym stężeniem masy mięśniowej kończyn i tułowia: już w pierwszym doświadczeniu po 8 minutach głębokiego oddychania wystąpiło nieznaczne zeszytywnienie mięśni karku oraz kończyn, zaś z jamy ustnej chorego zaczął się wydobywać odór tak przenikliwy, że prosto trudno go było wytrzymać w bliskości małego pacjenta. Odór ten, który nie przypominał absolutnie żadnego ze znanych zapachów odrażających, według słów matki zjawia się niekiedy również podczas napadów samoistnych. Przypadek ten opisany będzie na innym miejscu pod nazwą: *epilepsia foetida*. Nadmienię tu, że przed 3-ma laty H a n d e l s m a n opisał w parkinsonizmie pośpiączkowym pod nazwą *fetoroekreusis* wydzielanie odrażającego zapachu ze skóry całego ciała. Najważniejszym jednak zjawiskiem z tej dziedziny wydaje mi się złożony zespół stężeniowy, który spostrzegałem jako odczyn hiperwentylacyjny w całym szeregu przypadków ciężkiej padaczki i na który składają się komponenty różnorodnej natury. Jest to gwałtowny przykurcz wyprostny masy mięśniowej kończyn górnych i dolnych z przekrzywieniem kręgosłupa ku tyłowi w kształcie *opisthotonus*, z sztywnością, z hiperpronacją ramion i przedramion, z odruchami M a g n u s a i d e K l e y n a, z objawami t. zw. „napięcia posturalnego”, z kurczowem ustawieniem stóp w układzie szpotawo - końskim, zaś palców dłoni w układzie akuszerijnym oraz ze zupełnym zniesieniem oddziaływania źrenic na światło. Zjawiska te, które według doświadczenia mojego stanowią jeden z najbardziej charakterystycznych typów odczynu hiperwentylacyjnego w padaczce i które na szeregu przypadków demonstrowałem na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego — proponowałem określić nazwą z e s p o ł u t ę ż y c z k o w o - o d m ó ż d ż e n i o w o - p a d a c z k o w e g o.

Spostrzeżenia moje potwierdza również i S i e g h e i m, stwierdzając, że u epileptyków występuje niekiedy jako wyraz aktywowanej przez hiperwentylację „gotowości do drgawek” — szybkie przejście zjawisk tężyczkowych w stan zamroczenia świadomości ze szczególnymi zjawiskami wyprostnymi o typie zaburzeń prądkowia z następczą zupełną utratą przytomności i drgawkami klinicznymi. Niewątpliwie S i e g h e i m ma tu na myśli te same zjawiska, które przed 5 laty opisane przeze mnie pod nazwą z e s p o ł u t ę ż y c z k o w o - o d m ó ż d ż e n i o w o - p a d a c z k o w e g o.

Przytoczone dane dowodzą, że procedura hiperwentylacyjna nie tylko odzwierciadla w wielu razach samoistne przejawy padaczki, nie wyłączając objawów najbardziej rzadkich, ale, jak to widzieliśmy również w zakresie zjawisk tężyczkowych, wzbogaca fenomenologię tego cierpienia o cały szereg interesujących, a dotąd nieznanych objawów. Badania moje jednak nie potwierdzają tezy F ö r s t e r a, jakoby padaczkowy odczyn hiperwentylacyjny w każdym poszczególnym przypadku musiał być wierną kopią tych objawów padaczkowych, które rozwijały się dotąd u chorego w sposób samoistny, stwierdzałem bowiem niejednokrotnie, że nie wszystkie komponenty samoistnych przejawów

padaczkowych przechodzą do hiperwentylacyjnej reakcji epileptycznej, z drugiej zaś strony podczas reakcji tych wynurzać się mogą niespodzianie takie objawy natury epileptoidalnej, które dotąd nie ujawniły się nigdy podczas napadów samoistnych.

Doświadczenie moje nie pozwala przyłączyć się bez zastrzeżeń do opinii F ö r s t e r a, jakoby każdy epileptyk wykazywał indywidualną i jemu tylko właściwą postać napadu, spostrzegałem bowiem szereg przypadków z niezmiernym polimorfizmem w ukształtowaniu się poszczególnych napadów. Natomiast słuszne wydaje mi się twierdzenie, że epileptyczne reakcje hiperwentylacyjne u jednego osobnika badanego naogół są do siebie zbliżone, jakkolwiek nie może być tu mowy o jakiejś stereotypii napadów a tembardziej, ażeby, jak twierdzi F ö r s t e r, „jeden napad podobny był do drugiego, jak jajo do jaja”.

Analiza przejawów padaczki hiperwentylacyjnej nie byłaby jednak kompletna, gdybyśmy nie uwzględnili przypadków, przebiegających klinicznie pod postacią padaczki J a c k s o n a i powodujących w eksperymencie oddechowym reakcję J a c k s o n o w s k i a. Poruszam sprawę tę dlatego, że F ö r s t e r w materiale swoim nawet w przebiegu padaczki samoistnej stwierdzał bardzo często, że zarówno początek jak i cały przebieg napadu drgawkowego wskazywał na określone ognisko lub zupełnie ograniczone pole w korze mózgowej, jako na punkt wyjścia sprawy korowej, powodującej wyładowanie ruchowe. Z aktu tego wyprowadzał on wnioski lecznicze i w całym szeregu przypadków na zasadzie ujawnionego przez hiperwentylację przebiegu napadu drgawkowego — obnażał operacyjnie odpowiednie terytoria i następnie je wycinał, otrzymując „zastanawiające” („bemerkenswerte”) wyniki. Analogiczne rezultaty otrzymał G u i l l a i n w jednym przypadku, również na zasadzie badań hiperwentylacyjnych. Co się tyczy mojego własnego materiału, to bynajmniej nie potwierdza on w padaczce samoistnej „zastanawiającej częstości” ogniskowej reakcji hiperwentylacyjnej, na 200 przebadanych przypadków padaczki stwierdziłem bowiem tylko 5 razy, a więc w 2,5% przypadków objawy J a c k s o n o w s k i e. Nadmienić muszę, że w żadnym z tych przypadków w przebiegu klinicznym nie ujawniły się nigdy objawy J a c k s o n a ani jakiegokolwiek objawy obiektywne, któreby wskazywały na sprawę ogniskową jako na punkt wyjścia hiperkinezy drgawkowej. Spostrzegałem natomiast cały szereg przypadków o typie J a c k s o n o w s k i m w przebiegu klinicznym, które w eksperymencie hiperwentylacyjnym: a) albo dawały objawy J a c k s o n o w s k i e tylko w pierwszej fazie doświadczenia, które następnie przechodziły w drgawki ogólne, b) albo dawały drgawki ogólne bez jakichkolwiek cech ogniskowych, c) albo wogóle nie dawały żadnej reakcji drgawkowej.

Nieco odmiennie przedstawia się pod tym względem obserwacja dwu lat ostatnich. Kazyistka H e i d r i c h a obejmuje 20 przypadków pewnej padaczki urazowej, w których dokonana została hiperwentylacja. Tylko u 2 pacjentów (a więc w 10%) zabieg doprowadził do napadu padaczkowego, w obu przypadkach o typie J a c k s o n o w s k i m. Przy powtórnych eksperymentach hiperwentylacyjnych napad wykazywał zawsze jednakowy punkt wyjścia i jednakowy charakter. Po operacji, podczas której z uprzednio oznaczonego terytorium kory mózgowej usunięte zostały odłamki kości i kuli — nie mieli pacjenci napadów w prze-

ciągu 6-tygodniowej obserwacji, jak również hiperwentylacja nie wywołała więcej napadów. W drugiej grupie 5 wypadków występowały w przebiegu hiperwentylacji tylko izolowane, ściśle zlokalizowane kurcze poszczególnych grup mięśniowych — odpowiednio do obrażonego terytorium mózgowego, jednakże bez prawdziwych napadów epileptycznych. W trzeciej grupie wreszcie (13 przypadków) wielokrotne próby hiperwentylacyjne nie dały żadnego efektu.

L a r u e l l e i H e e r n u w materiale swoim mogli odtworzyć za pomocą hiperwentylacji u 14 ze 100 przebadanych epileptyków ogólne napady drgawkowe, zaś w 2 przypadkach drgawki w typie J a c k s o n o w s k i m (nowotwór w okolicy bruzdy R o l a n d a oraz zaburzenia ruchowe pochodzenia nieokreślonego).

W jednym z przypadków F e t t e r m a n n a, który od 10 lat wykazywał prawostronny niedowład twarzy, napady drgawek i uczucie ziębienia w prawej dłoni oraz dwukrotne ogólne drgawki, hiperwentylacja doprowadzała za każdym razem do kurczu wyprostnego palców i drgań w mięśniach prawej połowy twarzy. Operacja stwierdziła wielki infiltrujący głąk w lewej okolicy ruchowej. W drugim przypadku tego autora w 10 lat po urazie wystąpiły napady w lewej połowie twarzy i w karku, zaś hiperwentylacja wywołała również zlokalizowany napad J a c k s o n o w s k i. Operacja wykazała torbiel krwotoczną w okolicy bruzdy S y l w i u s z a. Poza tem jeden przypadek tego samego autora (pochodzenia urazowego) reagował na hiperwentylację krótkotrwałem zamroczeniem świadomości bez jakichkolwiek objawów drgawkowych.

Symptomatologię tężyczki hiperwentylacyjnej pragnąłbym tu nakreszyć niejako syntetycznie na zasadzie doświadczeń moich, poczynionych nad osobnikami normalnymi, ale również i w przypadkach spazmofilji oraz tężyczki utajonej, cierpieniach organicznych układu nerwowego, zwłaszcza natury piramidowej i pozapiramidowej w przypadkach wago- i sympatykotonii, w zespołach pochodzenia gruczołowego, jak również i w padaczkach samoistnej i ogniskowej. Nadmienić muszę, że w przypadkach z zaburzeniami natury h i p e r k i n e t y c z n e j, które wyzwała przedłużone oddychanie głębokie, na wysokości reakcji hiperwentylacyjnej niejednokrotnie trudno wyodrębnić objawy tężyczkowe z ogólnego zespołu hiperkinezy — zwłaszcza wtedy, kiedy objawy tężyczkowe występują rzadko i mało wyrazicie. Naogół w przypadkach z odczynem dwoistym — objawy tężyczkowe poprzedzają zazwyczaj o kilka minut wystąpienie objawów epileptycznych. Niekiedy wszakże ujawnia się tak niezwykle i złożone powikłanie się objawów, że trudno jest rozstrzygnąć, które z nich należy złożyć na karb reakcji tężyczkowej, a które epileptycznej. Do tej kategorii objawów np. należy drżenie, nabierające niekiedy charakteru klonicznego, automatyczne unoszenie kończyn górnych ku górze, zapadanie chorego ku dołowi, zlokalizowane zaburzenia czucia, zjawiska plastycznego napięcia masy mięśniowej oraz objawy zbliżone do kataleptycznych.

Zasadniczo fenomenologia tężyczki hiperwentylacyjnej odpowiada charakterystycznym przejawom tężyczki samoistnej z tą tylko różnicą, że zespół objawów tężyczkowych w eksperymencie hiperwentylacyjnym odznacza się daleko większem bogactwem i że poprzedza go faza ogólnej reakcji neurotycznej — obca napadom tężyczki samoistnej. Jest to niekiedy zawrót głowy, niekiedy uczucie lęku i podniecenie (zwłaszcza

u dzieci) oraz drżenie o szybkim tempie i bardzo drobnej amplitudzie bądź całego ciała, bądź poszczególnych odcinków ciała, najczęściej powiek oraz masy twarzy, które niekiedy z jednej strony zaznaczone są wyraźniej niż z drugiej. Właściwe objawy tężyczkowe, które występują już po krótkim (1 — 1½ minutowym) trwaniu fazy przedwstępnej, podzieliłbym na: 1) klasyczne, że tak powiem, banalne objawy tężyczki, na 2) objawy mało znane i występujące w tężyczce samoistnej niezmiernie rzadko i 3) na objawy dotąd nieopisane. Do klasycznych zaliczyć należy w pierwszym rzędzie objaw C h w o s t k a, który w przypadkach pozytywnych zjawia się bardzo wcześnie, niekiedy już w 2 — 3 minuty, nie później zaś niż w 5 — 6 minut po rozpoczęciu doświadczenia. Jako dodatni objaw C h w o s t k a w badaniach moich określałem tylko łączny skurcz mięśnia okrężnego oka oraz mięśnia okrężnego ust. W wielu bardzo obserwacjach objaw ten występował w postaci tak wybitnej, że wystarczyło najliczniejsze uderzenie młotkiem po nerwie łokciowym w okolicy kłykcia zewnętrznego, lekkie dotknięcie palcem a nawet dmuchnięcie w okolicę *pes anserinus* — ażeby wywołać wyraźny skurcz mięśni unerwianych przez nerw łokciowy lub twarzowy. W przypadkach poronnej spazmofilji lub utajonej tężyczki, w których jeszcze przed rozpoczęciem doświadczenia udawało się przez mocne opukiwanie nerwu twarzowego otrzymać objaw C h w o s t k a w postaci zaczątkowej — już kilka do kilkunastu oddechów wystarczyło ażeby przy najbliższym dotknięciu albo dmuchnięciu w okolicę *pes anserinus* spowodować intensywny skurcz jednoimiennej masy twarzy. Do spraw chorobowych, w których w obserwacjach moich, poza spazmofilją i tężyczką utajoną, hiperwentylacja wyzwała objaw C h w o s t k a ze szczególną łatwością, należały niemal wszystkie badane przeze mnie pod tym względem przypadki choroby Q u i n c k e g o — fakt, do którego znaczenia teoretycznego będę miał jeszcze sposobność powrócić. Wzmoczenie pobudliwości mechanicznej nerwów, które według doświadczenia mojego należy do najczulszych tężyczkowych reakcji hiperwentylacyjnych, odznacza się względnie nieznaczna trwałością i po przerwaniu głębokiego oddychania znika częstokroć znacznie wcześniej od innych reakcji natury tężyczkowej, a przedewszystkiem od zeszytnienia masy.

Co się tyczy drugiego kardynalnego objawu tężyczki, a mianowicie objawu I r o u s s e a u, to znaczenie jego w doświadczeniu oddechowym jest znacznie mniejsze niż w tężyczce samoistnej i pozostaje znacznie w tyle poza objawem C h w o s t k a. Nie spotrzegałem ani jednego doświadczenia, w którym udało by mi się sprowokować przez ucisk na spłot i pnie nerwowe kurcz tężyczkowy dłoni i palców w tych przypadkach, w których eksperyment hiperwentylacyjny nie ujawnił go w sposób samoistny, powodując reakcję tężyczkową o odmiennej semjologii. Co się tyczy tych przypadków, w których objawy kurczowe w dłoni i stopach (t. zw. „Carpopedalspasmen”) towarzyszyły każdej próbie głębokiego oddychania, to okres, w którym udaje się krótko te wywołać drogą manewru I r o u s s e a u, jest tak krótki, że w wielu doświadczeniach nie udaje się go zupełnie uchwycić. Pod względem chronologicznym jednakowoż wcześniejsze od powyższych 2 objawów są s u b j e k t y w n e s e n s a c j e c z u c i o w e w postaci parestezyj w palcach, dłoni i stóp, a czasem również w twarzy, policzku i podbródku, na które choroby zwracają sami uwagę podczas doświadczenia. W nie-

których obserwacjach trudno jest z całą stanowczością rozstrzygnąć, czy owe poczucia osobników badanych są natury wyłącznie pierwotnie czuciowej, czy też są tylko wyrazem odczuwania rozpoczynającego się kurczu masykulatury. Jeden z pacjentów moich np. po 5 minutach głębokiego oddychania oświadczył: „mam wrażenie, jak gdyby twarz była zaspana i czuje równocześnie, jak twarz mi się kurczy”.

Właściwe zjawiska kurczowe, które ujawnia hiperwentylacja, obejmują bardzo obszerną skalę, począwszy od klasycznych przejawów kurczów tężyczkowych, poprzez objawy niezmiernie rzadkości aż do zjawisk dotąd w tężyczce samoistnej nieopisanych. W wielu wypadkach kurcze ograniczają się do kończyn ogólnych — i wtedy ze ścisłością matematyczną udaje się uchwycić w każdym doświadczeniu moment, kiedy palce zaczynają zginać się w pierwszych paliczkach, rozginać w środkowych i końcowych, kiedy występuje zbliżenie się czterech ostatnich palców, zaś paluch silnie doprowadzony i oponowany skierowuje się tak znacznie ku wewnątrz, że pozostałe palce pokrywają go w sposób dachówkowaty. Niezawsze jednak układ kurczowy odpowiada t. zw. „dłoni akuszerza”, gdyż w niektórych doświadczeniach moich występowały układy zupełnie odmienne: rozgięcie palców we wszystkich paliczkach, układ palców w kształcie „szponów”, zgięcie palców a nawet niekiedy zaciśnięcie ich w pięść. Rzadziej znacznie spostrzegałem kurcze w obrębie kończyn dolnych w postaci tonicznego przygięcia palców ku dołowi i tonicznej supinacji stopy w układzie szpotawo - końskim, które nigdy nie występowały w postaci izolowanej, które wszakże w odróżnieniu od kurczów w palcach dłoni — powodowały niekiedy bardzo gwałtowną bolesność. Zdarzały się również objawy kurczowe w obrębie kończyn dolnych o odmiennej symptomatologii i lokalizacji, np. kurczowe przywiedzenie obu ud lub ustawienie palucha stopy w kurczowym tyłozgięciu.

Poza masykulaturą dłoni i stóp najczulszy odczynnik na zabieg hiperwentylacyjny wykazywały w materiale moim mięśnie okrężne oczu oraz ust. W całym szeregu doświadczeń występowało zwężenie albo jednej szpary ocznej albo obu równocześnie — zazwyczaj nierównomiernie — tak że jedna szpara oczna pozostawała szersza od drugiej. Niekiedy już po kilku minutach głębokiego oddychania mowa chorego stawała się utrudniona i w wybitny sposób niezrozumiała. Zależało to od szybko narastającego kurczu mięśnia okrężnego ust, który w końcu zupełnie uniemożliwiał produkcję głosek wargowych. Kurcz ten w obserwacjach moich powodował nienormalny układ warg w dwójakiej postaci: albo obie wargi wysuwały się w kształcie ryjka ku przodowi, co odpowiadało opisanemu

przez Th i e m i c h a objawowi t. zw. „pyszcza karpiego” (nawiasem mówiąc, objaw ten na wysokości hiperwentylacji udawało się niekiedy wywołać przez perkusję masykulatury ust), — albo spostrzegałem efekt odwrotny, przyczem wargi, kurcząc się, nabierały kształtu wydłużonego koła silnie przyciśniętego do zębów. Zjawisko to proponowałbym nazwać objawem R o s e t t a, który pierwszy zwrócił na nie uwagę w swoich badaniach nad hiperwentylacją.

W całym szeregu przypadków spostrzegałem na wysokości odczynu hiperwentylacyjnego łącznie z innymi objawami tężyczkowymi lub, co rzadziej, bez nich — drobnutkie zagłębienie jamkowate na podbródki — najczęściej jednostronne, przypominające t. zw. „f a u s s e t e s”, na które zwrócił uwagę B a b i ń s k i w połowicznym skurczu twarzy i dotąd nieopisane w tężyczce samoistnej. Do bardzo częstych reakcji hiperwentylacyjnych, które spostrzegałem w materiale moim, a obcych symptomatologii tężyczki samoistnej, należało ł z a w i e n i e — zwłaszcza obfite w reakcjach, przebiegających ze skurczem masykulatury twarzy i powiek. Niektórym osobom badanym łyż poprostu ciurkiem kapali z oczu. Objaw ten występował całkowicie niezależnie od reakcji płaczu — tak częściej u dzieci i u osobników wrażliwych na zabieg hiperwentylacyjny.

Ze zjawisk natury odruchowej spostrzegałem kilkakrotnie objaw W e i s s a t. j. kurcz jednoimiennej masykulatury twarzy przy opukiwaniu okolicy na pograniczu zewnętrznego kąta oczodołów i okolicy jarzmowej. Objaw ten w tężyczce samoistnej spostrzegany był również przez B a b i ń s k i e g o, C h e a d l e a, D ü s c h a. Przy niepowikłanej tężyczkowej reakcji odruchowej odruch źrenicy na światło zazwyczaj był zachowany. Raz jeden tylko u osobnika zupełnie normalnego po 12 minutach głębokiego oddychania wystąpiło nieznaczne zwężenie prawej źrenicy, co najprawdopodobniej należało złożyć na karb skurczu zwieracza źrenicy. Odruchy ścięgnowe wykazywały naogół lekkie — odruchy skórne zachowywały się normalnie, rzadko tylko bywały nadmiernie żywe. Odczuwanie pierwotne dotyku, bólu, temperatur niskich i wysokich było nieco ostrzejsze, zaś reakcja na te podniety nieco żywsza niż w warunkach pozaeksperymentalnych. Natomiast spostrzeżenia wymagające sądu i wnioskowania wydawały się raczej przytępione, uwaga do pewnego stopnia upośledzona, reakcja utrudniona i zwolniona, zdolność wysławiania się nieco zahamowana tak, że przy zachowanej przytomności dawało się stwierdzić pewne obniżenie czynności korowych — względnie zwężenie świadomości.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddz. wewn. Miejskiego Szpitala Żydowskiego w Wilnie
(Dyrektor Szpitala: Dr. A. W i r s z u b s k i)
(Ordynator Oddziału: Dr. M. G i r s z o w i c z)

Przyczynę do stosowania wielkich dawek salicylanu sodu w goście stawowym.

Podał

L. BUZAŃSKI (Wilno).

Już od kilku lat cały szereg autorów w czasopismach lekarskich zwrócił uwagę na fakt, iż stosowane dotychczas w leczeniu gościa stawowego zarówno ostre-

go, jak i przewlekłego dawki *Natr. salicyl.* 6,0 — 8,0 nawet 10,0 gr. dziennie są niewystarczające. Autorowie tych prac proponują przy leczeniu gościa stawowego stosować dawki o wiele większe, a mianowicie 15,0 gr. *Natr. salicylic.* dziennie oraz dla zobojętnienia podwójną ilość *Natr. bicarbonici* według recepty następującej:

Natr. Salicylic. 30,0
Natr. bicarbonic. 60,0
Sirup. Aurant. 300,0
Aqu. destill. frigid. ad 1000,0

MDS. Co 2 godz. 50 gr. i popić ocukrzoną wodą.

W ten sposób chory dostaje co dwie godziny 1,5 gr. salicylanu sodu oraz 3,0 gr. dwuwęglanu sodu. Przy sporządzaniu powyższej recepty należy stosować *Aq. destill.* a nie *Aq. fontis*, pamiętając o tem, że ta ostatnia wywołuje zmętnienie. Woda destylowana ma być zimna, gdyż w ten sposób łatwiej ulegają rozprowadzeniu sole, w przeciwnym razie (używając wody destylowanej ciepłej) może powstać soda, co powoduje nieprzyjemny smak. Lek ten podaje się od godziny 6-tej do 24-tej w sposób następujący: o godz. 6 — 8 — 10 — 12 — 14 — 16 — 18 — 20 — 22 — 24, czyli chory otrzymuje 10 razy po 1,5 gr. *Natr. salicyl* i 3,0 gr. *Natr. bicarbonic.* co razem wynosi 15,0 gr. *Natr. salicyl* i 30,0 gr. *Natr. bicarbonic.* na dobę. Żadnych objawów ubocznych, jak: białkomocz, duszność, szum w uszach propagatorowie tego sposobu leczenia nie zauważyli. Nie zauważono również żadnego ujemnego wpływu powyższego leczenia na łaknienie; wręcz przeciwnie: stwierdzono nawet poprawę apetytu u chorych. W przypadku zaś wystąpienia jakiegoś objawu ubocznego (naprz. szumu w uszach) należy opuścić jedną dawkę lub w razie potrzeby nawet przez jeden dzień. Salicylan sodu według powyższej recepty należy stosować w przypadkach ostrego gościa stawowego aż do chwili osiągnięcia prawidłowej ciepłoty ciała, jak również w ciągu następnych trzech dni przy zupełnie normalnej temperaturze. Dopiero teraz pozwala się choremu opuścić łóżko, podaje się mu jednak jeszcze w ciągu 3 — 4 tygodni powyższy lek w odstępach 4-godzinnych. W razie pogorszenia stanu chorego kładzie się go znowu do łóżka i podaje się powyższy lek ponownie co 2 godziny, jak wyżej. Powyższe leczenie jest przeciwwskazane u chorych na nerki i wątrobę.

W zimie 1931/32 roku mieliśmy możliwość obserwować na oddziale wewnętrznym tutejszego szpitala wyjątkowo dużo przypadków ostrego gościa stawowego. We wszystkich tych przypadkach stosowaliśmy duże dawki *Natr. salicylici*. Sposób podawania lekarstwa był taki, jak wyżej zaznaczyliśmy, a mianowicie: co 2 godziny po 50,0 gr., razem 10 razy dziennie. Również i my nie stwierdziliśmy żadnych objawów ubocznych tego leczenia a w szczególności duszności, zwolnienia tętna albo zapaści. Robiono stale badania moczu, które nie wykazały podrażnienia nerek ani wątroby. Chorzy przyzwyczaili się szybko do tego leku, czując już po 2 — 3 dniach znaczną poprawę. Rzadko pojawiające się jednak objawy uboczne, jak szum w uszach i t. d. usuwaliśmy przez opuszczenie jednej lub najwyżej dwóch dawek. Po spadku temperatury podawano lek co 4 godziny. Chorzy prędko się poprawiali, opuszczali stopniowo łóżka i po 2 — 3 tygodniach wypisywali się ze szpitala w stanie znacznej poprawy.

Dla ilustracji powyższego przytoczę pokrótce następujące historie chorób, wybrane z całego szeregu przypadków.

1. Chora L. M. 43 lat. Chorowała w domu w ciągu kilku tygodni na ostry gościec stawowy. Przybyła do szpitala dnia 20.XII. 1931 r. w stanie bardzo ciężkim: Temper. 39,6°; bóle w wszystkich stawach, szmer skurczowy na koniuszku. Po zastosowaniu *Natr. salicylici* w dużych dawkach stan chorej polepszył się, a 27.I.1932 r. opuściła szpital zupełnie wyleczona.

2. Chora A. F. lat 27. Po grypie poczuła silne bóle we wszystkich stawach. Leczyła się w domu bez skutku. Przywieziona do szpitala 27.XII.1931 r. od razu zaczęła przyjmować duże dawki *Natr. salicylici* według ustalonego wzoru. Stan cho-

rej poprawiał się bardzo powoli, jednak już po 2 tygodniach mogła chodzić, a dnia 23.II.1932 r. wypisała się ze szpitala w stanie zupełnego zdrowia.

3. Chora R. R. lat 23. Leczyła się w ciągu 3 tygodni w domu z powodu ostrego gościa stawowego. Stan jej się polepszył i chora wróciła do pracy, jednak po tygodniu zmuszona była położyć się do łóżka z powodu ponownych bólów w stawach. Przywieziona do szpitala dnia 29.XII.1931 r., gdzie stosowano duże dawki *Natr. salicylici*. Dnia 17.I. 1932 r. wypisała się ze znaczną poprawą. Po miesiącu zgłosiła się ponownie do przychodni szpitala celem zakomunikowania, iż w przeciągu tego czasu czuła się zupełnie dobrze i żadnych bólów nie odczuwała.

4. Chora S. E. 29 lat. Wstąpiła do szpitala dnia 21.II. 1932 r. W wywiadzie: przed 7 tygodniami *angina*, po kilku dniach silne bóle we wszystkich stawach z jednoczesnem podniesieniem się ciepłoty, tak że chora zmuszona była położyć się do łóżka na okres 10 dni, w ciągu których przebyła kurację przeciwreumatyczną. Gdy jednak kuracja powyższa nie poskutkowała, chora wstąpiła do szpitala, gdzie zaczęto ją leczyć dużemi dawkami *Natr. salicylici*. Po 2 tygodniach stan chorej znacznie się polepszył: chora mogła schodzić z łóżka; następnie przyjmowała nadal *Natr. salicylico* 4 godziny w ciągu trzech tygodni; 29.III.1932 r. wypisała się ze szpitala w stanie dobrym.

5. Chora S. M. lat 33. Przed 2 tygodniami chorowała na grypę. Przybyła do szpitala 6.III.1932 r. ze skargami na bóle i obrzęk wszystkich stawów. Temperatura 38,3°; Po zastosowaniu wielkich dawek *Natr. salicylici* stan chorej prędko się polepszył, a 21.III.1932 r. mogła opuścić szpital jako wyleczona.

6. Chora S. R. lat 20. Od 2 lat cierpi na bóle w stawach biodrowych i kolanowych. Przed miesiącem — grypa. Od tego czasu bóle w stawach znacznie się nasiliły i wystąpiła gorączka. 10.IV.1932 r. chora została skierowana do szpitala. Po zastosowaniu *Natr. salicylic.* w wielkich dawkach bóle ustały, ciepłota obniżyła się, chora poczuła się znacznie lepiej i 30.IV.1932 r. opuściła szpital zupełnie wyleczona.

Stąd wnioskujemy, że podawanie dużych dawek *Natr. salicylic.* jest bardzo skutecznym środkiem w leczeniu gościa stawowego zarówno w ostrym jak i w przewlekłym jego przebiegu.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) P e t e r s. Deutsche Med. Woch. 1929, N. 26;
- 2) T a t e r k a i B o r c h a r d: Deutsche Med. Woch. 1929, N. 35;
- 3) P o l l e r: Deutsche Med. Woch. 1931, N. 46;
- 4) C a u s s a d e u T a r d i e u: Rev. Méd. 48, 287.

Z oddziału chorób nerwowych w Szpitalu na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: E. F l a t a u).

Ropień przykręgowy z przejściem do kanału kręgowego i ropień mózdzku w następstwie sztucznego poronienia.

Podał

E. HERMAN (Warszawa).

Otwory międzykręgowe nabierają w patologii szczególnego znaczenia między innymi w tych przypadkach, kiedy stanowią drogę bezpośredniego przejścia spraw chorobowych z obszaru pozakręgowego do kanału kręgowego. Mogą one przedstawiać wówczas duże niebezpieczeństwo nawet w pozornie błahych sprawach zapalnych (np. czyrak), dla których udostępniają w pierwszym rzędzie przestrzeń nadtwardówkową rdzenia.

Przestrzeń ta (*spatium epidurale spinale*) zwł. w jej odcinku piersiowym, naskutek istnienia w niej jam, wypełnionych tłuszczem oraz szpar chłonnych, jest jakgdyby predysponowana do umiejscowienia się w niej spraw zapalnych lub innych chorobowych. Twardówka rdzenia stanowi wówczas, jak to zobaczymy z przytoczonych spostrzeżeń, pewnego rodzaju mechaniczny wał ochronny, tak iż proces chorobowy, przedostawszy się *per continuitatem* poprzez otwory międzykręgowe do przestrzeni nadtwardówkowej rdzenia, rozszerza się wzdłuż twardówki, wywierając szkodliwy nacisk na odpowiedni odcinek rdzenia. Nie jest to jednakże regułą, bowiem niekiedy również i twardówka ulega przeżarciu. W przypadku Taylora i Fostera Kennedya, dotyczącym ropnia okołokręgowego i ponadtwardówkowego płyn m. rdzeniowy okazał się jako czysta ropa.

Mechaniczne działanie ochronne twardówki nie jest pozbawione w tych przypadkach wartości, gdyż postawione w porę rozpoznanie i należyte wykonany zabieg chirurgiczny (*laminectomia*) mogą mieć decydujące dla życia chorego znaczenie.

Ze spraw chorobowych, które wykazują osobliwą skłonność do rozprzestrzeniania się z sąsiedztwa na rdzeń drogą otworów międzykręgowych, wymienić należy przede wszystkim nowotwory śródpiersia, a mianowicie mięsaka limfatycznego (*limphosarcoma*).

W piśmiennictwie polskim opisali pierwsi podobne spostrzeżenia Bregman i Steinhaus (1902 r.) oraz Flatau i Koelichen (1906 r.).

Osobiście mogliśmy spostrzegać kilka takich przypadków, przyczem w jednym z nich, dotyczącym mięsaka opłucny, dyskretnie zaznaczone objawy rdzeniowe zadecydowały o sprawie podstawowej już wówczas, kiedy zmiany w opłucnie stanowiły co do ich charakteru jeszcze przedmiot sporu pomiędzy internistami.

E. Flatau, Cassirer, a po nich Gerstmann, Simons, Walthard, Morquio i inni, zwracają uwagę, iż w nowotworach pozatwardówkowych rdzenia może dojść do rozmiękczenia rdzenia na dużej przestrzeni powyżej ogniska, a to naskutek zakrzepu naczyń rdzeniowych (np. *arteria spinalis anterior*). Spostrzeżenia, tyjące nowotworów przykręgowych z przejściem do przestrzeni nadtwardówkowej poprzez otwory międzykręgowe, należą wzgl. do rzadkości; przypadki zaś odnośnie spraw zapalnych lub ropni ponadtwardówkowych rdzenia stanowią niemal unikat. W dostępnym piśmiennictwie światowym z lat dawniejszych, a zwł. za ostatnie 10-lecie udało mi się odnaleźć zaledwie następujące spostrzeżenia tego rodzaju. Niewszystkie one ściśle odnoszą się tutaj, boć chodzi nam nie o ropnie ponadtwardówkowe rdzenia w ogólności, jeno tylko o takie, które do przestrzeni ponadtwardówkowej przedostają się z otoczenia drogą otworów międzykręgowych. Bogusławski Czesław z oddziału D-ra Koelichena (jedyne spostrzeżenie w piśmiennictwie polskim) podaje śmiertelny przypadek ropnego zapalenia opłucny z przejściem spawy zapalnej do kanału kręgowego.

Roger, Aymès i Piéri spostrzegali porażenie kończyn dolnych naskutek ropnia kręgowego, który komunikował się z jednej strony z ropniem pozakręgowym podopłucnowym, z drugiej zaś strony z masą zserowaciałą ponadtwardówkową. Spostrzeżenie to

nie podporządkowuje się właściwie całkowicie do naszych, gdyż zachodziło tu zniszczenie samego kręgu.

Przypadek Westerborna dotyczył 38 l. m., u którego po upadku na grzbiet rozwinął się ropień w miejscu urazu. W następstwie nacięcia, zapomocą którego opróżniono ropę, zawierającą gramdodatnie ziarenkowce, rozwinął się obraz poprzecznego zapalenia rdzenia. Po laminektomji kręgów piersiowych D₁₁ — L₃ opróżniono ropień pozatwardówkowy. Wszystkie objawy chorobowe w dużej mierze ustąpiły.

U chorej Sittiga w przebiegu poronienia septycznego po upływie 1½ m. rozwinął się obraz ucisku rdzenia na wysokości D₅, co potwierdziła myelografia. Na operacji stwierdzono rozległy ropień pozatwardówkowy, zaś na drugiej operacji ropień zewnątrz- i wewnątrzrdzeniowy. Przyp. zakończył się śmiertelnie.

Urechia i Matyas opisali przejście ropnia z opłucny na rdzeń w przebiegu wysiękowego ropnego zapalenia opłucny po dużej brzusznej.

Dandy spostrzegał 2 przypadki ropni ponadtwardówkowych rdzenia w związku z czyrącznością.

Macedonald stwierdził u 2 l. dziecka z objawami posocznicy, podrażnienie opon z wzmocnieniem odruchów na kk. d., stwardnienie zapalne w części grzbietowolędźwiowej. Zapomocą laminektomji opróżniono ograniczony zewnątrz- i wewnątrzrdzeniowy ropień, który częściowo przedostał się już do mięśni lędźwiowych (lub odwrotnie!). Nastąpiło całkowite wyleczenie, utrzymujące się 10 lat.

Neudingowa z oddziału D-ra Bregmana demonstrowała przypadek sekcyjny ropienia kręgów z ropniem w kanale kręgowym i uciskiem na rdzeń. Punktem wyjścia miało być ognisko ropne w migdałku.

Na tych nielicznych opisach wyczerpuje się całe odnośne piśmiennictwo.

W tem też oświetleniu wydaje się nam godnym uwagi podzielenie się poniżej podanym przypadkiem, spostrzeganym w ciągu kilku lat.

Chora Krak... St., l. 33, przybyła na oddział po raz I dnia 16.VIII. 1929. Zameźna, ma 2 dzieci. Naturalnych poronień nie było. Mąż zdrowy. Obarczenia gruźliczego niema.

Dawniej zawsze zdrowa, zwł. na płuca nie chorowała.

Przed 2 laty sztuczne poronienie, dokonane przez akuszerkę, po którym wysoka ciepłota, dreszcze, a w następstwie zapalenie macicy, zapalenie płuc i liczne ropnie podskórne. Z tego powodu przez 7 tyg. leczyla się na oddziale chirurgicznym w Szpitalu Dz. Jezus. Z kolei wystąpiło jakoby ropne zapalenie merek, na które leczyla się w domu przez 3 miesiące. Po miesiącu „grypa” i ponowne ropienie pod pachami. Przez cały rok kilkakrotnie tworzyły się ropnie w różnych częściach ciała.

Od końca lipca b. r. bóle o charakterze bólów opasujących. Po tygodniu drętwienie w kk. dolnych. Po 2 tygodniach stopniowe, szybko postępujące osłabienie kk. d., zwł. prawej, tak iż w ciągu 2 tyg. zaprzestała chodzić. Zaburzeń w oddawaniu moczu nie było. Zaparcie stolca.

Od 4 sierpnia na oddziale ginekologicznym szpitala Dz. Jezus, skąd w d. 16.VIII. przeniesiona na nasz oddział.

Stano b e c n y. Wzrostu średniego, budowy kośćca prawidłowej, odżywiania podupadłego.

Skóra blada. Na skórze całego ciała bardzo liczne blizny pooperacyjne, dłuższe i krótsze, zrosnięte z tkankami głębszymi lub powierzchowne. Na czaszce w okolicy czołowej lewej na granicy z częścią owłosioną zagłębienie kostne po ropniu wielkości opuszki palca. Nieco dalej ku tyłowi obrzmienie wielkości orzecha laskowego, bolesne na ucisk, dość twarde.

Gruzoły chłonne — nieznacznie powiększone, twarde.

Płuca, serce, jama brzuszna — bez zmian.

Temper. podgorączkowa. Tętno 128 na min., słabo napięte, miarowe.

Badanie ginekologiczne: przez powłoki brzuszne wyczuwa się po str. lewej tuż przy kanale biodrowym opór. *Per vaginam*: macica w tyłzgięciu, powiększona, mało ruchoma, twarda, nieco bolesna.

Po stronie lewej, zaraz przy macicy wyczuwa się twór, o spistości miękkiej, mało ruchomy, wielkości pięści małej; w sklepieniu tylnym, jak i w lewym nieznaczne nacieczenie.

Rozp.: *pyosalpinx? Residua post parametritidem sin et perimetritidem poster.*

Układ nerwowy. Czaszka konfiguracji prawidłowej, na opuk niebolesna. Żrenice równe, okrągłe, na światło oddziałują prawidłowo. Dno oczu — bez zmian. *Vis oc. utr.* 1,0. Ruchy gałek prawidłowe; drobny oczopląs w obie strony. Inne nn. czaszkowe — bez zmian.

Kończyny górne: siła, napięcie, ruchy czynne, czucie wszystkich rodzajów bez zmian.

Próby palec — nos, palec — palec, fiksowania palców — prawidłowe. *Diadochokinesis* — pr.

Kończyny dolne: unoszenie obu en masse niemożliwe; każdej z osobna: prawej możliwe do 10 cm., lewej do 15 cm. nad posłaniem, odbywa się przytem z wysiłkiem. Inne ruchy w k. d. pr.: w biodrze i kolanie wszystkie ruchy możliwe, ale odbywają się z wysiłkiem, powoli, w sposób posuwisty; w stawie skokowym — ślad zgięcia i rozgięcia, w palcach — zgięcie niezłe, rozgięcie osłabione. W k. d. l. — w stawach biodrowym i kolanowym ruchy daleko lepsze niż w k. d. pr., w stawie skokowym — zgięcie i rozgięcie prawie dobre, to samo w palcach. Siła mięśniowa obu kk. d. we wszystkich odcinkach wybitnie osłabiona, w odcinkach dalszych bardziej niż bliższych, w k. d. pr. w stopniu większym niż lewej. Napięcie zmniejszone.

Czucie głębokie zniesione w palcach stóp, upośledzone w stawach skokowych i kolanowych, w biodrowych — zachowane.

Czucie dotyku, bólu, cieplikowe osłabione do wzrostka mieczykowatego (D_5).

Odruchy: okostnowe i ścięgnowe z kk. g. — umiarkowane; Abd — 0; PR — żywe, pr. > 1 ; AR — umiarkowane; podeszwowe — arefleksja; Rossolimo pr. słaby +, l. (—).

Kręgosłup: konfiguracji prawidłowej. Bolesność na ucisk od D_2 do D_5 , największa na D_4 .

Po stronie prawej IV kręgu grzbietowego wyczuwa się guz, wielkości małej śliwki, chęlboczący, bolesny na ucisk (p. Ryc. 1).

Roentgenogram kręgosłupa (18.IX. 29. Dr. Mesz): W trzonach grzbietowych zmian nie stwierdza się; zwapnienie więzadeł kolczystych. *Spina bifida occulta V S.*

22.VIII. P. L. płyn wodojasny, bezbarwny. Brak pleocytozy. Białka 0,7‰. Nonne-Apelt ++. Wassermann we krwi i płynie ujemny. Drobnoustrojów z płynu m.-rdz. nie wyhodowano.

Badanie krwi: Hb — 65%, cz. c. — 4.190.000; b. c. 4.500; N — 80%; L — 19%; P — 1%. Posiew krwi — jałowy. Moc: C. g. 1022; białka — ślad; Cukier (—); osad — 20 leukocytów w polu widz. Pirquet ++.

27.IX. Z małego ropnia w okolicy łokcia aspirowano nieco płynu krwisto-ropnego; wyhodowano z niego gronkowiec złocisty. (Dr. Dworecki). Przygotowano autoszczepionkę.

20.IX. Ruchy w kk. d. zachowane we wszystkich stawach. Siła mięśniowa osłabiona. Przy próbie piętokolanowej wybitny



Ryc. 1. Abscessus paravertebralis(x) [IV d].

bezład z obu stron. Czucie głębokie zmniejszone w palcach stóp oraz w stawach skokowych; w stawach kolanowych myli się, w stawach biodrowych zachowane.

W kk. g. brak zmian.

Odruchy z kk. g. umiarkowane:

Abd: górne słabe, dolny i środkowy — pr. 0, lewy środkowy słaby, dolny 0; PR — żywe, prawy $>$ lewego, PR zlekka wzmożone; arefleksja stóp, po stronie prawej przy mocnym podrażnieniu dodatni Babiński, Rossolimo po pr. słaby +, po lewej — niema. Chód wyraźnie ataktyczny. Chodzi jedynie podtrzymywana z obu stron.

25.IX 29 r. Zastrzyknięto podpotylicznie lipiodolu. Na zdjęciu cała ilość lipiodolu opadła do worka końcowego, w obrębie kręgów D_3 , D_4 i D_5 kilka kropel lipiodolu.

Streszczając przypadek powyższy, okazuje się, że u 33-letniej kobiety po dokonaniu sztucznego poronienia wywiązała się posocznica, spowodowana przez gronkowiec złocisty. W przebiegu tej posocznicy w ciągu 2 lat tworzyły się liczne ropnie podskórne. Ostatnio na kilka tygodni przed przybyciem na oddział zjawily się bóle opasujące, parestezje w kk. dolnych oraz szybko postępujący niedowład tych kończyn. Przedmiotowo stwierdzono ze strony neurologicznej: niedowład kk. dolnych, prawej w stopniu większym, aniżeli lewej; osłabienie czucia dotykowego, bólowego i cieplikowego aż do wysokości D_5 , zniesienie czucia głębokiego w palcach stóp, oraz osłabienie tego czucia w stawach skokowych i kolanowych; ataktyczny chód; zniesienie odruchów brzusznych z ledwie zaznaczonym odr. środkowym lewym; wzmożenie odruchów kolanowych i ze ścięgien Achillesa, większe po stronie prawej, dodatni objaw Babińskiego i

R o s s o l i m o po str. prawej. Ze strony k r ę g o s ł u p a bolesność IV kręgu grzbietowego oraz widoczna chęlbocząca, wielkości śliwki, guzowatość po stronie prawej IV kręgu grzbietowego. W płynie m. rdz., otrzymanym zapomocą nakłucia lędźwiowego, wybitny zespół uciskowy. Lipiodol, zastrzyknięty podpotylicznie, opada niemal w całości, jednakże 2—3 krople zatrzymują się na wysokości D₄.

Na zasadzie powyższych danych rozpoznawaliśmy ropień przykręgowy na wysokości D₄; ropień ten, zdaniem naszym, poprzez prawy otwór międzykręgowy przedostał się do kanału kręgowego ponad twardówkę i wywierał ucisk powolny z jednej strony i w pierwszym rzędzie na słupy tylne, powodując wybitny bezład oraz znaczne zaburzenia czucia głębokiego w kk. dolnych; z drugiej zaś strony uciskał na słupy boczne, w większym stopniu prawy, dając nie dowład kk. dolnych wraz z towarzyszącymi mu objawami piramidowymi, przeważnie prawostronnymi (prawostr. obj. B a b i ń s k i e g o i R o s s o l i m o).

Na korzyść bezpośredniego przejścia ropnia poprzez otwór międzykręgowy przemawiały wysokość zaburzeń czuciowych, odpowiadająca umiejscowieniu się widocznego ropnia przykręgowego, nadto objawy uciskowe rdzenia, bardziej zaznaczone po tej stronie, gdzie ropień się usadowił. Wybitny zespół uciskowy w płynie m. rdz. potwierdzał rozpoznanie ucisku na rdzeń, a wyłączał możliwość zapalenia wzgl. ropnia rdzeniowego. Brak pleocytozy w płynie m. rdz. wskazywał, iż opyny rdzeniowe miękkie są nietknięte, a tem samem potwierdzał słuszność przypuszczenia, iż ropień przykręgowy przedostawszy się po str. prawej poprzez otwór międzykręgowy, rozprzestrzenił się ponad twardówkę, nie przechodząc jednakże poprzez nią.

W myśl tych rozważań zakwalifikowaliśmy chorą do zabiegu chirurgicznego, który został wykonany w d. 27.IX. 29 r. przez Dra S o ł o w i e j c z y k a.

Na wysokości IV kręgu grzbietowego i grzebienia łopatki po stronie prawej kręgosłupa, w wyłobieniu pomiędzy wyrostkiem poprzecznym a ościstym wyczuwa się w tkance podskórnej i głębokich mięśniach wałek podłużny, długości 3 cm., a szerokości 1 cm., chęlboczący.

W znieczuleniu eterowem dokonano cięcia; wyciekło około 3 cm³. ropy z domieszką śluzu. Z jamy ropnej, powstałej po opróżnieniu ropy, przechodzi się zgłębnikiem wgląd poprzez kanał, prowadzący do obnażonego wyrostka ościstego. Ranę wytamponowano paskami z mieszkanką jodoformowaną.

Z otrzymanej ropy wyhodowano g r o n k o w i e c z ł o c i s t y.

Chora pozostawała na oddziale chirurgicznym do d. 2.XI. 29 r. Z miejsca operowanego przez sączek przedostawała się ropa w dużej ilości. 19.X. ropa przestała się wydzielać, zaczęła się wytwarzać ziarnina. Chorej zastosowano autoszczepionkę w dawkach wzrastających. 23.XII. chora ukończyła leczenie autoszczepionką; ogółem otrzymała 12 iniekcji, najwyższa dawka 1000 milionów, ogółem 5000 milionów. Od 25.XII. rozpoczęto zastrzykiwanie olejku terpentynowego nakostnie w dawkach po 0,5; ogółem otrzymała 6 zastrzyknięć. W czasie pobytu w szpitalu tworzyły się nowe nacieki podskórne.

Po operacji stan podmiotowy i przedmiotowy uległ pewnej poprawie. Objawy paretyczne ze strony kk. d. w znacznym stopniu cofnęły się; zjawily się żywe odruchy brzuszne z obu stron. Odruchy kolanowe — zlekka kloniczne, AR żywe, pr. żywszy od lewego, nie stały prawostr. B a b i ń s k i, brak R o s s o l i m o z obu stron. Czucie bólu i dotyku osłabione znacznie mniej niż poprzednio, do D₅; czucie głębokie zaburzone

jak poprzednio; tak samo utrzymuje się bezład kk. dolnych.

Wobec pewnej poprawy objawów uciskowych nie było narazie wskazań do laminektomji.

23.I.30 r. Chora wypisała się na własne żądanie.

18.III.1930 r. przybyła na oddział poraz II-gi

K a t a m n e z a: W II-im tygodniu pobytu w domu wytworzył się ropień na podudziu, który zagoił się pod wpływem maści salicylowej. Chora otrzymała 6 dalszych zastrzyknięć terpentyny. Uskarżała się na silne bóle głowy. Pozatem czuła się lepiej, sama chodziła po pokoju.

P r z e d m i o t o w o: W narządach wewn. — brak zmian. Ciężota prawidłowa. Tętno 96, miarowe.

B a d a n i e g i n e k o l o g i c z n e (29.III.1930). Pochwa szeroka, krótka, gładka; cz. pochwową b. twarda. Macica znacznie powiększona w tyłozgięciu. Lewy przydatek znacznie powiększony, stanowi guz wielkości mandarynki, leżący nad macicą i z lewej strony, przylegający do miednicy w okolicy stawu krzyżowobiodrowego. Prawy przydatek niepowiększony. W jamie D o u g l a s a stare nacieczenie, umiarkowanie bolesne, kość krzyżowa mało bolesna, tylne więzadła przy poruszaniu macicy b. bolesne, szczególnie prawe. Po stronie prawej od tyłu z boku od kręgów lędźwiowych, bliżej kręgosłupa wyniosłość płaska, wielkości małej dłoni, bolesna na dotyk; chęlbota nie w tem miejscu wyraźne.

Z e s t r o n y u k ł. n e r w o w e g o. Nn. czaszkowe (również i dno oczu) bez zmian. Kk. g. — bez zmian. Kk. d o l n e: ruchy prawidłowe; napięcie obu stronnie obniżone, bardziej w prawej; siła mięśniowa upośledzona, bardziej po prawej stronie, w odcinkach dalszych więcej, niż w bliższych. Czucie bólu, dotyku, ciepłokowe zachowane obu stronnie, istnieje nawet pewna przeczułość na ból. Czucie głębokie zlekka zaburzone we wszystkich odcinkach, jednakowo z obu stron, czasami jednak daje odpowiedzi prawidłowe, zwł. po str. lewej.

O d r u c h y: z kk. górnych umiarkowane; Abd — żywe; PR — wzmożone, pr. > l.; AR — umiarkowane, podszwowe — arefleksja, Obj. B a b i ń s k i e g o i R o s s o l i m o — niema. Przy próbie piętokolanowej — wybitna ataksja. Chód — wybitnie ataktyczny.

Badania pomocnicze: Mocz — bez zmian. Krew: Hb. 55%; cz c. 3.070.000; b. c. — 8400; N — 82%; L. — 16%; P. — 2%.

P i r q u e t + +.

Chora otrzymała serię naświetlań na kręgosłup. 8.IV. 1930 zastrzyknięto 1/2 amp. propidonu. Tegoż dnia na żądanie męża wypisana.

Reasumując stan neurologiczny chorej, jaki stwierdzaliśmy za II-im jej pobytom w szpitalu, należy podnieść, że zaburzenia ze strony kk. dolnych w dużym stopniu się cofnęły. Mianowicie siła mięśniowa kk. lepsza, znikły zaburzenia czucia powierzchownego, zjawily się odruchy brzuszne, oraz ustąpiły objawy patologiczne, jak B a b i ń s k i i R o s s o l i m o. Zatem objawy, wywołane uciskiem ropnia ponadtwardówkowego na słupy boczne, — piramidowe, wykazywały tendencję do ustępowania; natomiast zaburzenia spowodowane uciskiem na słupy tylne, jak bezład, chód ataktyczny, pozostają niezmienione, aczkolwiek zaburzenia czucia głębokiego straciły również na intensywności.

Co się tyczy sprawy podstawowej, posocznico-ropowicy, to trwała ona nadal, dając wciąż nowe ropnie przerzutowe; tak samo sprawa ginekologiczna.

Po raz III przybywa chora na oddział 14.III. 31 r., a więc po roku.

K a t a m n e z a. Od połowy kwietnia do 3.V. ub. r. przebywała na oddziale chirurgicznym szpitala Dz. Jezus, gdzie miała przecinany ropień w części przykręgowej prawej. Stan

chorej był dobry. Chodziła coraz lepiej, początkowo o lasce, a potem bez. Zaburzeń urynowania nie było, stolce zaparte. Przez cały czas na gorączkowała.

W c z e r w c u ub. r. zjawiły się b. silne bóle głowy, przeważnie w cz. czołowociemieniowej i potylicy. W tym czasie wytworzył się stopniowo duży ropień podłużny w części czołowociemieniowej prawej i jakoby doszedł do rozmiarów jaja. Ropień ten został opróżniony w sierpniu ub. r. ambulatoryjnie. Po tym zabiegu bóle głowy zupełnie ustąpiły, chora czuła się dobrze.

W p a ź d z i e r n i k u ub. r. bóle głowy ponowiły się, towarzyszyły im wymioty, trwało to przez 3 tyg., poczem stan chorej poprawił się.

W l i s t o p a d z i e ub. r. utworzył się ropień na grzbietowej powierzchni stopy prawej, który po 6 tyg. sam się otworzył.

O b e c n i e o d 3 t y g o d n i zjawiły się silne bóle głowy w potylicy i pr. części czoła, bóle b. dotkliwe, rzadka ustępujące, przyczem towarzyszą im często wymioty. Wzrok uległ od tego czasu osłabieniu, od 2 tygodni zmieniła się mowa chorej, pamięć uległa pogorszeniu, uczucie oparzenia w pr. połowie twarzy, zwł. na policzku. Pogorszenie odruchu po stronie prawej. Nie gorączkuje. Od 3-let jakoby gorzej słyszy po str. l.

P r z e d m i o t o w o. T. — 36,8°. Tętno 84. Narządy wewn. bez zmian. U k ł a d n e r w o w y: czaszka nieco bolesna na opuk po stronie lewej w części ciemieniowej i potylicowej. Obj. oponowych — brak.

N n. c z a s z k o w e: Węch zachowany. Oddziaływanie źrenic na światło i zbieżność prawidłowe. D n o o c z u: obu stronna tarcza zastoinowa z wysiękami i krwotokami, średnica obrzęku po str. pr. 2 tarcz, po l. — $1\frac{1}{2}$ tarczy. Wyniosłość po pr. 2 D, po l. nieco mniej. *Vis. oc. utr.* 1,0. Pole widzenia — bez zmian. *Scotoma* — brak. Ruchy gałek ocznych — prawidłowe. Oczopląs wyraźny w obie strony, w prawą wyraźniejszy. Odruchy rogówkowe — pr. osłabiony, l. — zachowany. Osłabienie czucia dotykowego i bólowego na pr. połowie twarzy i języka. Szpara powiekowa lewa szersza od prawej. Bruzda nosowargowa lewa nieco płytsza.

S ł u c h. Badanie narządu słuchu (Dr. K a r b o w s k i): lewa błona bębenkowa — bez zmian. S ł u c h 0.

Narządy nerwu przedsionkowego lewego nie reagują na bodziec cieplikowy.

P r a w e u c h o: otoskopowo — kształt błony bębenkowej normalny, przednia połowa nie wykazuje zmian, w tylnej połowie złogi wapnia w postaci sierpu. S ł u c h — szept 12 metrów; a_1 — 8; C_5 — 2; S c h w a b a c h — norma. W e b e r — wyraźnie lateralizuje w pr. stronę. R i n n e dodatni.

Narządy n. przedsionkowego pr. — normalne odczyny.

Rozpoznanie: kompletne porażenie l. n. słuchowego (obu gałązek).

S m a k — upośledzony po str. prawej. Nn. dodatkowe — bez zmian. Język wysuwa prosto.

Kk. g ó r n e — bez zmian. *Diadochokinesis* upośledzona po str. prawej. Przy próbie fiksowania palców lekkie opadanie, zwł. po str. prawej

Inne próby mózdkowe — ujemne.

Kk. d o l n e: ruchy zachowane; siła — dobra; napięcie niezmiennione; czucie wszystkich rodzajów, nawet głębokie — bez zmian.

Przy próbie piętokolanowej lekkie chwieianie, po str. prawej większe. C h ó d: chodzi sama, chód zlekka chwiejny. M o w a zlekka skandowana. O d r u c h y: z kk. g. umiarkowane; Abd żywe, — jednakowe. P R zachowane, pr. > A R. — umiarkowane, pr. > l. podeszwowe — arefleksja; B a b i Ń s k i i R o s s o l i m o (—).

R o e n t g e n o g r a m c z a s z k i: czaszka o konturach normalnych, o kościach sklepienia zgrubiałych. Siodła tureckie szerokie, tylne wyrostki zniszczone. W budowie obu kości skalistych uchwytnej różnicy nie stwierdza się.

Przechodząc do e p i k r y z y ostatniego epizodu choroby naszej pacjentki, należy podnieść, iż silne bóle głowy, które zjawiły się na kilka tygodni przed przybyciem do szpitala, wymioty im towarzyszące, zastoina na dnie oczu z krwotokami i wysiękami, wskazywały dostatecznie, iż mamy do czynienia ze sprawą nową, powodującą wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego. Charakter sprawy podstawowej, powodującej tworzenie się stałe ropni w rozmaitych okolicach, nastroczał słuszne przypuszczenie, że wytworzył się ropień, prawdopodobnie wewnątrzczaszkowy podokostnowy. Wybitna zastoina na dnie oczu, wyraźny oczopląs, zwł. w stronę prawą, osłabienie odruchu rogówkowego prawego, oraz obniżenie czucia bólowego i dotykowego w obrębie pr. n. V, osłabienie smaku po str. pr., *adiadochokinesis* prawostronna, wreszcie mowa skandowana — wskazywały, że ropień usadowił się w tylnej jamie czaszkowej, w okolicy mózdzku i to najprawdopodobniej po str. prawej.

Całkowite porażenie obu gałązek lewego n. s ł u c h o w e g o nie stoi w związku z ropniem mózdzku. Może ono być albo skutkiem toksycznego działania podczas ropowicy, albo wynikiem schorzenia ucha wewnętrznego w przebiegu tego cierpienia, albo wreszcie następstwem innego schorzenia pozostającego w związku z ropowicą.

Chorą zakwalifikowaliśmy do zabiegu operacyjnego, na który się nie zgodziła i w dniu 2.IV.1931 r. wypisała się na żądanie własne.

Jak się dowiedzieliśmy, chora po pewnym czasie zmarła w domu.

Zatem u chorej naszej w ciągu 4 lata trwającej ropowicy, wywołanej poronieniem septycznym, tworzyły się liczne ropnie, między innymi, nas zwłaszcza interesujące r o p i e ń p r z y k r ę g o w y i m ó z d z k o w y. R o p i e ń m ó z d z k o w y był zapewne ostatnim epizodem choroby.

W spostrzeżeniu naszym r o p i e ń p r z y k r ę g o w y z p r z e j ś c i e m p o p r z e z o t w o r y m i ę d z y k r ę g o w e n a r d z e ń z e w z g l ę d u na niezmierną rzadkość tego cierpienia zasługuje na szczególną uwagę. W schorzeniach tego rodzaju punkt ciężkości leży poza tkanką nerwową, a zmiany wtórne w rdzeniu mogą być usuwalne, o ile oczywista zabieg zostanie dokonany w porę.

PIŚMIENICTWO.

1. B o g u s ł a w s k i Cz. Neurologia Polska. T. X. 1927, str. 131 — 134.
2. B r e g m a n i S t e i n h a u s. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1902, str. 396.
3. C a s s i r e r R. Zeitschr. f. Neur. u. Psych. T. 98, H. 3/4. str. 658, 1925.
4. D a n d y, Walter E. Arch. of. surg. T. 13, N. 4, str. 477 — 494. 1926, refer. Zblt. f. Neur. u. Psych. T. 46, 1927.
5. M a c D o n a l d, Neil. S. Journ. of the Americ. Med. Assoc. T. 90, Nr. 14, str. 1114 — 1115. 1928, ref. Zblt. f. Neur. u. Psych. T. 50, str. 593. 1928.
6. F l a t a u i K o e l i c h e n. Medycyna 1906, str. 727.
7. G e r s t m a n n. Zeitschr. f. Neur. u. Psych. T. 29.
8. M o r q u i o, L. Rev. Neur. 37. II. 74 — 84. 1930.
9. N e u d i n g o w a. Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonných. T. VI. z. IV. str. 317. 1927.
10. R o g e r H., G. A y m    s et J. P i    r i. Progr. m  d. N. 29, 367 — 369. 1923.
11. S i m o n s. Zeitschr. f. Nervenheilk. 59.
12. S i t t i g, Otto. Zeitschr.

f. Neur. u. Psych. T. 107. 146 — 151. 1927. 13. T a y l o r, A. S. and F o s t e r, Kennedy. Journ. of. nerv. diss. T. 57. N. 5, 485 — 488. 1923, ref. Zblt. f. Neur. Psych. T. 34 str. 197. 1923. 14. U r e c h i a, C. L. et M. M a t y a s.

Bull. et mém. de la Sol. méd. des hôp. de Paris. N. 24, str. 1137 — 1138. 1927. 15. W e s t e r b o r n, A. Acta chir. scandim. T. 57. str. 182 — 192. 1929. ref. Zblt. f. Neur. u. Psych. T. 39, str. 339. 1925.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Uodparnianie przeciwko odrze*).

Podał

Z. KURLANDSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 37).

Po badaniach Nicollea i Conseila oraz Richardsona i Connora ukazały się dopiero w 1920 roku pierwsze doniesienia Degkwitza o stosowaniu w celach zapobiegawczych surowicy ozdrowieńców po odrze. Przytoczone tu kolejne daty mają znaczenie ze względu na spór co do pierwszeństwa wykrycia metody zapobiegania odrze za pomocą surowicy ozdrowieńców, jaki toczył się pomiędzy Nicolle i Conseil i Degkwitzem. Trzeba jednak przyznać z całą bezstronnością, że systematyczne badania na większym materiale pierwszy wykonał Degkwitz, który jednocześnie wypracował z całą dokładnością wszelkie szczegóły, dotyczące się terminu i techniki pobierania krwi od ozdrowieńców po odrze, przygotowania i przechowania tej surowicy, dawkowania jej oraz stosowania. Na drodze czysto doświadczalnej Degkwitz doszedł do wniosku, że 7 — 9 dnia po spadku ciepłoty w przypadkach odrzy niepokwiklanej stężenie przeciwciał we krwi ozdrowieńców sięga swego *maximum*. Biorąc pod uwagę i to, że produkcja przeciwciał nie u wszystkich ozdrowieńców odbywa się w jednakowym stopniu, Degkwitz dla otrzymania pewniejszych wyników mieszał surowicę 3-ch różnych ozdrowieńców po odrze. Okazało się, że 2,5 — 3 cm.³ w ten sposób przygotowanej surowicy, wstrzykniętej dziecku do lat 4-ch, chroni je od zachorowania na odrę, jeżeli nie upłynęło więcej niż 4 dni od chwili zakażenia się ustroju. Dawkę taką Degkwitz nazwał jednostką ochronną. 5-go i 6-go dnia okresu wylegania dawka powinna wynosić 2 jednostki ochronne, 7-go dnia okresu wylegania wynik jest już niepewny, a 8-go dnia nawet duże dawki surowicy nie zapobiegają rozwojowi choroby. Celem otrzymania surowicy należy pobierać krew od ozdrowieńców wolnych od kiły i gruźlicy po typowym przebiegu choroby, która przeszła bez powikłań, przyczem krew winna być badana na jałowość i odczyn Wassermann'a. W celu zabezpieczenia surowicy od zanieczyszczenia bakteryjnego dodawano do niej trikrezolu lub 5% fenolu, wysuszano za pomocą eksikatora, sączono przez świecę lub ogrzewano przy 56°C w ciągu 1/2 godziny dwa dni z rzędu. Sączenie jednak przez świecę, zdaniem Degkwitza, zmniejsza w znacznym stopniu wartość przeciwciał w surowicy. De Rudder proponuje, zamiast tych wszystkich złożonych metod

przyrządzania, dodanie do surowicy 1% *Yatren puriss*. Przez dodanie yatrenu surowica nabiera z początku koloru ciemno-żółtego, później brązowego, co jednak jest bez wpływu na jej działanie.

Mimowoli nasuwa się pytanie, w jaki sposób można sobie wytlomaczyć działanie zapobiegawcze surowicy ozdrowieńców po odrze. Wiele światła na to zagadnienie rzucają badania Moro i Kellera, którzy, poza aglutyninami i lizynami, odgrywającymi w ujęciu Pirqueta pierwszorzędną rolę w powstawaniu wysypki odrowej, przypuszczają wytwarzanie się w ustroju podczas rozwoju obrazu chorobowego odrzy również i przeciwciał. Że istotnie tak jest, dowodzą tego doświadczenia Kellera. Jeżeli przypuścić istnienie tylko przeciwciała litycznego, surowica ozdrowieńców, wstrzyknięta doskórnie w okresie tuż przed wysypką, a więc w tym czasie, kiedy należy się spodziewać obecności zarazka w skórze, powinna spowodować powstanie plamek odrowych, jako wynik rozpuszczenia zarazka i uwolnienia jadu wewnątrzkomórkowego. Tak jednak nie jest. Odwrotnie, wstrzykując choremu w okresie zwiastunów doskórnie surowicę ozdrowieńców, uzyskuje się ten efekt, że w okresie wysypkowym naokoło miejsca wstrzyknięcia wysypka wcale nie występuje. Daje się to objaśnić tylko tem, że w surowicy ozdrowieńców muszą być oprócz lizyn również i przeciwyjady. Wprawdzie lizyny uwalniają jad przy rozpuszczaniu zarazka odrzy, ale jednocześnie wprowadzone przeciwyjady zobojętniają jad, skutkiem czego nie dochodzi do ukazania się wysypki w miejscu iniekcji surowicy ozdrowieńców. Według teorii Pirqueta, bowiem, wysypka odrowa powstaje w ten sposób, że wytwarzające się w ustroju pod wpływem zarazka odrzy aglutyniny zatrzymują i skupiają zarazek ten w naczyniach włosowatych, a następnie przez zadziałanie lizyn na zarazek wytwarza się jad, powodujący toksyczne zapalenie naokoło skupień zarazka, a więc nieżyty błon śluzowych (*enanthema* i *exanthema*).

Uodparnianie przeciwko odrze surowicą ozdrowieńców można przeprowadzić w rozmaity sposób. Może ono być:

1) bierne, przez wstrzyknięcie surowicy ozdrowieńców dziecku zagrożonemu, ale jeszcze nie zakażonemu odrą,

2) mieszane, przez wczesne zastosowanie tej surowicy u dziecka już zakażonego,

3) przez wywołanie poronnej postaci odrzy. W pierwszym przypadku odporność trwa, jak zwykle przy metodzie biernego uodparniania, dosyć krótko. Wobec zastosowania surowicy homologicznej trwa ona jednak nieco dłużej, niż przy stosowaniu surowicy końskiej w przypadkach biernego uodpornienia przeciwko błonicy, nie dłużej jednak niż 3—4 tygodnie. Po tym terminie dziecko traci odporność i staje się znowu wrażliwe na odrę.

*) Wygłoszono w streszczeniu na posiedzeniu naukowym Szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów i w Zrzeszeniu Lekarzy Rz. P.

W drugim przypadku sprawa przedstawia się inaczej. Tu surowica zostaje wstrzyknięta 4-go, 5-go, 6-go dnia okresu wylęgania. Obliczenie dnia wylęgania odbywa się w następujący sposób: jeżeli dziecko, które chcemy uodpornić, stale przebywało z innym dzieckiem, u którego dopiero wystąpiła wysypka odrowa, to, poza nielicznymi wyjątkami, należy przypuszczać, że jest ono w 4-ym dniu okresu wylęgania, albowiem odra jest najbardziej zaraźliwa w ciągu 3-ch dni zwiastunów, poprzedzających okres wysypkowy. W ten sposób dziecko, któremu mamy wstrzyknąć surowicę ozdrowieńców, już czynnie zareagowało na zarazki, które przez te 3 dni dostały się do jego organizmu. Mamy tu więc do czynienia z czynno - biernym uodpornianiem. Tego rodzaju odporność utrzymuje się kilka miesięcy. Debré i Joannón postępują nawet tak, że stosują podwójną dawkę surowicy ozdrowieńców, a po 24 godzinach wstrzykują 1 cm.³ krwi chorego na odrę, by w ten sposób uzyskać silniejszy odczyn odpornościowy.

Trzeci sposób polega na tem, że wstrzykuje się $\frac{4}{5}$ lub $\frac{3}{4}$ dawki należnej surowicy ozdrowieńców dziecku już zakażonemu. W tych przypadkach występuje obraz odry poronnej. Okres wylęgania zwykle ulega wydłużeniu (18 — 23 dni), często brak zwiastunów i plam Koplika, a wysypka jest tylko zaznaczona i to przeważnie na twarzy, ciepłota trwa 1 — 1½ dni, przytem jest nieznacznie podniesiona. Odra poronna pozostawia odporność nieraz na kilka lat. Debré i jego współpracownicy odróżniają również metody „séroprevention absolue” od „séroaténuation”. Ostatni sposób zapobiegania odrze nie nadaje się do zwalczania epidemii wewnątrzszkolowych, albowiem, jak wykazał Kutter, odra w swej postaci poronnej jest zaraźliwa i stać się może punktem wyjścia nowej epidemii.

Wstrzyknięcie surowicy ozdrowieńców nie powoduje żadnego działania ubocznego, przytem obraz krwi nie ulega zmianie ani w dniu zastrzyknięcia ani w ciągu następnych 24 godzin. Mañchoti i Reich badali również obraz krwi tego dnia, kiedy normalnie powinna byłaby zjawić się wysypka odrowa u dzieci uodpornionych, gdyby im surowicy ozdrowieńców nie wstrzykiwano. Okazało się, że żadnych odchyień od normy nie stwierdza się.

Metoda Degkwitza została wypróbowana i sprawdzona przez licznych serologów i klinicystów i spowodowała powstanie nadzwyczaj obfitej literatury, omawiającej to zagadnienie. Naogół wszyscy badacze są zgodni co do tego, że umiejętne użycie tej tak potężnej broni w walce z odrą, jaką jest surowica ozdrowieńców, daje w 97% przypadków wyniki niezawodne. Jedyną ujemną cechą tej metody jest trudność zdobycia większej ilości tej surowicy, by mieć ją stale w pogotowiu lub otrzymać zawsze, kiedy zajdzie tego potrzeba. Ostatnio Anderson i Gérard podali oszczędną metodę stosowania tej surowicy, polegającą na wkraplaniu do nosa 3 × dziennie po jednej kropli surowicy ozdrowieńców; w ten sposób zostało uodpornionych 30 dzieci. Ten tak uproszczony sposób zasługuje na dalsze wypróbowanie celem przekonania się o jego absolutnej wartości.

W tych przypadkach, kiedy nie można otrzymać surowicy ozdrowieńców, Degkwitz a zwłaszcza Rietschel, radzi używać 30 — 50 cm.³ krwi dorosłych, najlepiej rodziców dziecka, którzy wedle wszelkiego prawdopodobieństwa chorowali na odrę w dzieciństwie. Wyniki dodatnie, otrzymane przy zastosowaniu tej metody sięgają, według Rietschela, Degk-

witza, Nobla, Gerlacha, Mendelewej i innych, 50%. Ze istnieje różnica pomiędzy surowicą ozdrowieńców i dorosłych, którzy odrę przechodzili w dzieciństwie, dowiedli tego R. Debré, H. Bonnet i K. Broca. Autorzy ci wstrzykiwali podskórnie 1 — 5 cm.³ surowicy ozdrowieńców chorym na odrę w okresie zwiastunów. Okazało się, że naokoło miejsca wstrzyknięcia surowicy wysypka nie ukazywała się. Przy użyciu natomiast surowicy ludzkiej normalnej zjawisko to nie występowało, a surowica ludzi, którzy przechodzili odrę dawniej, dawała tylko efekt częściowy.

Według spostrzeżeń Debré, Praussnitz a i Stoltego, surowica osobników, będących w stałym kontakcie z chorymi na odrę, a więc lekarzy i pielęgniarek, wykazuje własności odpornościowe w stopniu znaczniejszym niż surowica ludzka normalna. Knauerowi udało się uzyskać uodpornienie za pomocą tylko 5 — 7 cm.³ takiej surowicy. Zawartość ciał odpornościowych w surowicy ludzi dorosłych, którzy przechodzili odrę w dzieciństwie, podlega jednak pewnym wahaniom ilościowym. Z chwilą zetknięcia się z chorym na odrę, miano odpornościowe u takich osobników wzrasta. Nie jest wykluczone oczywiście, że w wypadkach tych, poza odpornością humoralną, odgrywa rolę i odporność komórkowa.

Fakt ten wykorzystali Knoepfelmacher i Stroos oraz Baari Benedict w celu otrzymania tak zw. surowicy reaktywowanej. Autorzy ci wstrzykiwali dorosłym, którzy w dzieciństwie przechodzili odrę, świeżą krew chorych na odrę, pobraną 1-go dnia okresu wysypkowego (Knoepfelmaacher) lub krew rozcieńczoną cytrianem sodu i odpowiednio spreparowaną (Baar) w ilości mniej więcej 10 cm.³. Wstrzykiwania te powtarzane były trzykrotnie w odstępach jedno- lub dwutygodniowych. W tydzień po ostatnim wstrzyknięciu pobierano osobnikom tym krew, sporządzano surowicę, którą podawano dzieciom domięśniowo w ilości 10 — 15 — 20 cm.³ w celach zapobiegawczych. Wyniki dodatnie, uzyskane tą surowicą reaktywowaną, sięgają 72 — 100%. Metoda ma tę dogodną stronę, że, przy użyciu płatnych dawców, daje możliwość łatwego i stałego otrzymywania znacznych ilości surowicy, usuwając w ten sposób te trudności techniczne, jakie nastroczą się przy otrzymywaniu surowicy ozdrowieńców. Tak samo jak surowica ozdrowieńców daje się przechowywać około 6 miesięcy i surowica reaktywowana, nie tracąc swoich własności uodporniających.

Oczywiście, możliwość otrzymania surowicy reaktywowanej nie rozwiązuje jeszcze całkowicie zagadnienia uodporniania przeciwko odrze. Chodzi tu wszak o surowicę ludzką, której przecież nie można nabyć za opłatą w każdej aptece lub zakładzie serologicznym, jak to ma miejsce z surowicą zwierzęcą. Chcąc uniezależnić się od surowicy ludzkiej, liczni badacze próbowali wytworzyć surowicę przeciwdrową zwierzęcą. Z próbami temi wiąże się ciekawe zagadnienie możliwości zakażenia zwierząt jadem odrowym lub ewentualnym zarazkiem odrę. Obszerny ten temat przekracza jednak ramy niniejszego referatu. Wspomnę tylko o tych badaniach, które miały bezpośrednio na celu uzyskanie surowicy uodporniającej. Nie wyodrębniając domniemanego zarazka, Degkwitz szczepił owce jadem odrowym, zawartym we krwi i ślinie nosogardzielowym chorych na odrę. Surowica tych owiec miała posiadać własności uodporniające. Zadawałające wyniki, uzyska-

ne przez Degkwitz a, a później przez Weissgo, nie zostały potwierdzone jednak przez innych autorów (Noeggerath, Schlossman, Kaupé, Erichson), którzy odmawiają surowicy tej wszelkiego działania zapobiegawczego.

Tak samo R. Tunniclif uodparniała króliki, konie, a zwłaszcza kozy zarazkiem odrzy, wykrytym przez nią w 1917 r. Zarazek ten, przedstawiający się w postaci zielono rosnącej dwoinki, dającej w posiewie trójakiego rodzaju kolonie, ma, poza jadem wewnątrzkomórkowym, produkować również jad i nazewn. Za pomocą 4 — 6 cm.³ otrzymanej w ten sposób koziej surowicy Tunniclif i Hoyné uodparniali dzieci przeciwko odrze, przyczem otrzymali 97 wyników dodatnich, o ile uodparnianie odbywało się najdalej 3-go dnia od chwili zakażenia się ustroju, a tylko 45%, jeżeli od chwili zetknięcia się z chorym upłynęło 4 dni. Stosowanie surowicy w okresach późniejszych pozostaje bez efektu. Pfaunder stosował surowicę ośła, wyprodukowaną, według przepisu Tunniclif, w Zakładach Behringa. Z 15-ga dzieci, którym wstrzyknięto domięśniowo 8—15 cm.³ surowicy czwartego lub piątego dnia okresu wylegania, 13-ro zostało uodpornionych, a dwoje zapadło na odrę o łagodnym przebiegu. Pomimo tych wyników Pfaunder wstrzymuje się od wydania opinii o wartości surowicy Tunniclif.

N. S. Ferry i L. W. Fisher wiążą etiologię odrzy ze swoistym paciorkowcem, który, podobnie do paciorkowca płoniczego, produkuje jad. Jad ten, według tych badaczy, może być zobojętniony rozcieńczoną surowicą ozdrowieńców po odrze. Munro, Stecle, Gordon, Fisher i Ferry stosowali w celach zapobiegawczych surowicę antytoksykczną „paciorkowca odrowego” i otrzymali w 78% przypadków wyniki dodatnie. Gunn odmawia jednak, na mocy swoich doświadczeń, surowicy Ferry i Fishera wszelkiej wartości uodparniającej.

W Ameryce przystąpiono nawet do określenia wrażliwości na odrę za pomocą prób skórnych, używając do tego celu toksyny dwoinki Tunniclif lub paciorkowca Ferry i Fishera. Wyniki, otrzymane przez rozmaitych badaczy, są jednak do tego stopnia sprzeczne i niejednolite, że nie pozwalają na wyciągnięcie wniosków ostatecznych.

W roku 1930 ukazały się prace japońskich badaczy Kusama i Kodama. Autorzy ci wyprodukowali surowicę przeciwdrozwą końską i ośłą, wstrzykując zwierzętom tym zawieszę wykrytego przez nich zarazka odrzy. Zarazek ten ma należeć do grupy laseczników rzekomobłonniczych. Wstrzykując po 15 cm.³ tej surowicy 8-gu dzieciom, udało się je uodpornić przeciwko odrze.

Jak widzimy, sprawa przeciwdrozwowej surowicy zwierzęcej przedstawia się niejednolicie i wymaga jeszcze dalszych doświadczeń zarówno na materiale ludzkim, jaka i zwierzęcym. Na uwagę zasługują zwłaszcza badania nad wykrytą przez Tunniclif dwoinką odrzy, a szczególnie nad charakterem jadu, produkowanego przez ten zarazek.

Na zakończenie chciałbym jeszcze tylko zaznaczyć, że wątpliwe wyniki daje również metoda stosowania nieswoistych środków zapobiegawczych przeciwko odrze, jak normalna surowica końska (Pontano i Alba), heteroantygen Forssmanna (Red-

lich), mleko, caseosan i t. p. Wszystkie te środki dają conajwyżej w niektórych przypadkach krótkotrważącą czasową odporność (?).

Dotychczas jedynym pewnym sposobem uodparniania przeciwko odrze pozostaje stosowanie surowicy ozdrowieńców, względnie surowicy reaktywowanej.

PIŚMIENNICTWO.

1. H. Alschwanng. Zur Frage über die abgeschwächte Form von Masern in Verbindung mit der Anwendung von Seren. Mschr. f. Kdhlk. r. 1928. T. 40, str. 101.
2. Anderson Ch. et F. Gerard. Sur une technique nouvelle applicable à la séroprophylaxie de la rougeole refer. Zentral. f. d. ges. Kdhlk. T. 24 str. 674.
3. Baar H. Masernprophylaxe mit reaktiviertem Erwachsenen serum. Wiener kl. Wschr. r. 1929, zesz. 35.
4. H. Baari H. Benedict. Masernschutz. Wiener Klin. Wschr. 1931 r. N. 7.
5. G. Bessau, J. Schwanke, J. Pringsheim. Ueber die Masernantianaphylaxie Jahrb. f. Kdhlk. T. 81 zesz. 4. str. 293 1915 r.
6. H. Bischof F. Zur Masernprophylaxe. Mediz. Klinik. Nr. 34 r. 1926 str. 1267.
7. v. Bokay J. Johann. Zur Kenntnis der Masern-epidemien. Deutsche M. Wschr. Nr. 14 r. 1930 str. 578.
7. v. Bormann Felix. Das Auslöschphänomen bei Masern. D. m. Wschr. Nr. 23 r. 1930 str. 963.
9. H. Brokman i L. Zak s. Przyczynę do allergji tuberkuliowej w odrze. Ped. Polsk. T. 11 z. 5 r. 1931.
10. Burowa A. E. Nasledyschewa S. J., Fessenko T. F. Weitere Beobachtungen über die Anwendung von Masernwaccine; ref. Mschr. f. Kdhlk. r. 1930 tom 48 zesz. 3—4.
11. G. Caronia. Aetiologie u. Prophylaxe der Masern. Ergeb. d. inn. Mediz. u. Kdhlk. T. 32 str. 119 r. 1927.
12. G. Caronia. Recherches sur l'étiologie de la rougeole. Presse médic. 1923 r. Nr. 84 str. 877.
13. G. Caronia. Untersuchungen über die Aetiologie der Masern. Deutsche med. Wschr. 1924 r. Nr. 8 str. 232.
14. R. Debré et Joannon. La Rougeole (Epidemiologie, Immunologie, Prophylaxe). Masson & Co. Paris 1926.
15. Debré R. Sero-Abschwächung und Immunität gegen Masern. Archiv. f. Kdhlk. T. 95 str. 169 — 175 r. 1932.
16. R. Debré, R. Broca, J. Bertrand. Un centre hospitalier de prophylaxie contre la rougeole et la coqueluche. Arch. de med. des Enf. T. XXVII str. 157 zesz. 3. r. 1924.
17. R. Debré, H. Bonnet et R. Broca. Sur l'inhibition locale de l'éruption morbillieuse par l'injection préalable de sérum de convalescent. Sprawozd. z posiedz. Société de Biologie 7.VI. 1923. La presse Médicale Nr. 47 r. 1923 str. 534.
18. R. Degkwitz. I. Massnahmen zur Aufklärung u. Belehrung der Bevölkerung als Vorbereitung der ambulatorischer Schutzimpfungen. II. Organisation u. Durchführung der Schutzimpfungen. Monatschr. f. Kdhlk. T. 44 1929 str. 421.
19. R. Degkwitz. Züchtung des Masernerregers — und Masernschutzimpfungen mit lebenden Erregern. Monatschr. f. Kdhlk. T. 22 zesz. 2 r. 1922, str. 186.
20. R. Degkwitz. Die Masernprophylaxe und ihre Technik. Verlag J. Springer 1923 r.
21. R. Degkwitz. Zur Aetiologie der Masern. Zschr. f. Kdhlk. T. 45 zesz. 4 str. 365.
22. R. Degkwitz. Weitere Erfahrungen mit Masernserum vom Tier. Klin. Wschr. r. 1926 Nr. 30 str. 1361.
23. R. Degkwitz. Bemerkung zu der Veröffentlichung von Dr. Kaupé. Mediz. Klinik. Nr. 12 r. 1926 str. 454.
24. R. Degkwitz. Ueber den Masernerreger. Klinische Wschr. r. 1927 zesz. 50 str. 2364.
25. R. Degkwitz. Akute Infektionskrankheiten im Kindesalter. Klinische Wschr. Nr. 25. str. 1197 r. 1925.
26. R. Degkwitz. Ueber Masernschutzserum. Deutsche Med. Wschr. Nr. 1 str. 26 r. 1922.
27. R. Degkwitz. Bemerkungen zu den Caroniaschen Artikel „Untersuchungen über die Aetiologie der Ma-

serum". Deutsche med. Wschr. 1924 r. Nr. 12 str. 374. 28. R. Degkwitz. Über Versuche mit Masernrekonvalescentenserum. Zschr. f. Kdhlk. T. 25 str. 134 r. 1920. 29. R. Degkwitz. Über Masern Rekonvalescentenserum. Zschr. f. Kdhlk. T. 27 str. 171 r. 1921. 30. R. Degkwitz. Spezifisches Masernschutzserum vom Tier. Münch. med. Wschr. r. 1926. N. 5 str. 181 i N. 6 str. 248. 31. H. Deicher. Infektionskrankheiten. Deutsche med. Wschr. Nr. 1 r. 1927 str. 27. 32. Dreyer. Bemerkungen zur Masernprophylaxe. Mschr. f. Kdhlk. T. 29 zesz. 2 str. 134 r. 1924. 33. St. Engel. I. Massnahmen in Kinderanstalten zur Vorhütung von Infektionskrankheiten. II. Bekämpfung der epidemicartigen Ausbreitung einer Infektionskrankheit durch planmässige krankenhausversorgung. Monatschr. f. Kdhlk. T. 44 1929 str. 430. 34. K. Erichsom. Erfahrungen mit dem Masernschutzserum vom Tier nach Degkwitz. Mediz. Kl. Nr. 35 r. 1926 str. 1312. 35. L. Exchaquet et P. Jomini. Note sur la prévention de la rougeole par l'injection de sérum de convalescents. Revue médicale de la Suisse romande kw. 1923 ref. Arch. de med. d. Enf. T. XXVII z. 9 r. 1924. 36. Ferry N. S., Gordon E. J., Munzo F. W., Steele A. H., Fischer L. W. Klinische Ergebnisse mit Masernstreptokokkentoxin und Antitoxin. ref. Deutsche med. Wschr. r. 1929 zesz. 7 str. 293. 37. R. Fischl. Haben sich Krankheitsbild und Infektiosität der Masern geändert. Deutsche med. Wschr. r. 1929 Nr. 37 str. 1540, Nr. 38 str. 1580. 38. Gerlach H. Ueber prophylaktische Schutzimpfung mit defibriertem Erwachsenen-Blut bei Masern. Mschr. f. Kdhlk. T. 28 zesz. 3 str. 236 r. 1924. 39. F. Glaser. Ueber Impfung mit Masern-Tierschutzserum nach Degkwitz. Mediz. Klinik. Nr. 20 r. 1926 str. 764. 40. F. Glaser und H. Müller. Ueber Masern-Schutzimpfung. Mediz. Klinik. Nr. 22 str. 665 r. 1921. 41. F. Goebel. Beobachtungen bei experimentellen Masern. Zschr. f. Kdhlk. T. 44. str. 190. 42. F. Goebel, R. Herbst. Tuberkulöse Allergie und Masern. Mschr. f. Kdhlk. 1927 r. T. 37 str. 424. 43. Fr. Groer i Fr. Redlich. Der gegenwärtige Stand der biologischen Masernprophylaxe. Ergeb. d. inne. Mediz. u. Kdhlk. T. 30. str. 506 r. 1926. 44. Gunn W. Wert von Immunsera bei der Masernverhütung. ref. Deutsche med. Wschr. r. 1929 zesz. 6 str. 243. 45. W. Hagen. Praktische Erfahrungen mit dem Hammelschutzserum gegen Maern. Deutsche med. Wschr. Nr. 21 r. 1926 str. 871. 46. O. Herz. Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Kinderkrankenhaus Rothenburgsort. Mschr. f. Kdhlk. r. 1928 T. 38 str. 527. 47. A. Hottinger. Die Schutzwirkung des Blutes von Erwachsenen. Deutsch. M. Wschr. Nr. 42 r. 1930 str. 1809. 48. O. Huber i F. Blumenthal. Ueber die antitoxische u. therapeut. Wirkung des menschl. Blutes nach überstandenen Infektionskrankheiten. (Scharlach, Masern, Pneumonie u. Erysipel). Berlin. Klin. Wschr. Nr. 31 r. 1897 str. 671. 49. W. Jasiński i St. Progulski. Uwagi nad epidemiologią i kliniką odry. Ped. Polsk. T. II zesz. 3 r. 1922 str. 13. 50. S. I. de Jong et Etienne Bernard. La prophylaxie de la rougeole par injections de sérum de convalescents. Soc. méd. des hôpitaux, 23 mars 1923. ref. Arch. de med. d. Enf. T. XXVII z. 9 r. 1924. 51. K. Jonscher. Z epidemiologii odry. Ped. Polsk. T. IX zesz. 3—4 r. 1929 str. 131. 52. Th. Jurgensen. Masern. Spezielle Pathologie u. Therapie herausgegeben v. Nothnagel Wien 1895. 53. Kaupé W. Das Masernschutzserum nach Degkwitz. Mediz. Klinik. Nr. 6 r. 1926 str. 211. 54. W. Keller, E. Moro. Immunbiologische Masernstudien. Klinische Wschr. r. 1925 Nr. 36 str. 1719. 55. G. F. Klempere. Versuche über Immunisierung und Heilung der Pneumokokkeninfektion. Berlin. Klin. Wschr. Nr. 34 str. 833 r. 1891. Nr. 35 str. 869 r. 1891. 56. H. Knauer. Ueber Masernschutzimpfung. Jahrbuch f. Kdhlk. T. 123 str. 296. 57.

Knoepfmacher W. Masernprophylaxe. Wiener kl. Wschr. r. 1929 zesz. 34. 58. W. Knoepfmacher. Hausinfektion auf der Boxstation. Mschr. f. Kdhlk. T. 42 str. 318. 59. W. Knoepfmacher u. J. Stross. Masernschutz. Wiener Klin. Wschr. 1931 r. N. 7. 60. R. Kochmann. Praktische Erfahrungen mit dem Degkwitzschen Masernschutzserum. Deutsch. med. Wschr. Nr. 14 r. 1926 str. 565. 61. Kodama, Takeshi. Bacteriological studies of measles. ref. Ztblt. f. d. ges. Kdhlk. T. 25 r. 1931 str. 833. 62. E. Kovacs. Erfahrungen mit der Rietschelschen Masernprophylaxe. Deutsche Med. Wschr. Nr. 41 str. 1703 r. 1925. 63. R. Kraus. Zur Züchtung des Masern und Scharlachvirus nach Caronia. Sprawozd. Wied. Towarzystwa Mikrobiologii z dn. 26.1. 1926. Mediz. Klinik. Nr. 10 r. 1926 str. 392 i 393. 64. Kusama, Shigeru. Bacteriological studies of measles. ref. Ztblt. f. d. ges. Kdhlk. T. 25 r. 1931 str. 832, 833. 65. P. Kutter. Masernschutz durch Rekonvalescentenserum. Zschr. f. Kdhlk. T. 30 str. 90. 66. Leiner C. Prophylaxe bei Masern. Wiener kl. Wschr. r. 1929 zesz. 10. 67. P. Lereboullet et P. Baize. Rougeole et anti-réaction tuberculinique. Arch. méd. des enf. T. 34 r. 1931 str. 701 — 712. 68. Lipschütz B. Aetiology der Masern. Wiener kl. Wschr. r. 1928 zesz. 11. 69. C. Manchot und F. Reiche. Ueber Schutzimpfungen gegen Masern mit Masernrekonvalescentenserum. Mediz. Klinik. Nr. 41 str. 1234 r. 1921. 70. Manicatide et Barasch. Des rapports qui existent entre l'infection morbillieuse et la tuberculose. ref. Ztblt. f. d. ges. Kdhlk. T. 25 r. 1931 str. 773. 71. Meissner M. Zur Masernprophylaxe. Mediz. Klinik. Nr. 17 r. 1926 str. 652. 72. P. Mazzioti. Die Masernprophylaxe mit normalem Pferdeserum. ref. Mschr. Kdhlk. T. 49 zesz. 6 str. 513. 73. J. A. Mendelewa. Zur praktischen Anwendung der Methode nach Degkwitz und nach Rietschel. Archiv. f. Kdhlk. T. 89 str. 119. 74. H. Méry, P. Gastinel et P. Joannon. La prophylaxie de la rougeole par le sérum des convalescents et ses indications. Bull. de l'acad. de méd. T. 89 Nr. 6 r. 1923 str. 195. 75. Mikulowski Włodz. O powinowactwie klinicznym, epidemiologicznym i profilaktycznym odry i koklusu. Polska Gazeta Lekarska Nr. 15, 16, 17 i 18 r. wyd. VIII. 76. Moltschanoff W. J. Beobachtungen über von Pirquets Tuberkulinreaktion bei akuten Infektionskrankheiten bei Kindern. Jahrb. f. Kdhlk. T. 75 str. 435 — 451 r. 1912. 77. O. Moog. Infektionskrankheiten. Deutsch. med. Wschr. r. 1923. Nr. 34 str. 1123. 78. E. Moro u. E. Müller. Aberration des Masernexanthem bei unvollkommenem Degkwitzschutz. Jahrbuch f. Kdhlk. T. 109 str. 127 r. 1925. 79. K. Mosse. Erfahrungen mit der Masernprophylaxe durch Tiereserum nach Degkwitz. Klin. Wschr. 1926 r. Nr. 16 str. 708. 80. E. Nassau. Ueber epidemiologische Beobachtungen und über abortive Masern im frühen Kindesalter. Mschr. f. Kdhlk. T. 22 str. 49. r. 1922. 81. F. Neufeld. Schutzimpfung und Heilserumbehandlung bei Masern Scharlach u. Diphtherie. Mschr. f. Kdhlk. T. 44 r. 1929 str. 257. 82. Nicolle et Conseil. Pouvoir préventif du sérum d'un malade convalescent de rougeole. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hop. r. 1928 Nr. 42 str. 337. 83. P. Nobécourt et J. Paraf. Prophylaxie de la rougeole par les injections préventives de sérum de convalescent. Presse Médic. 1922 r. Nr. 46 str. 497. 84. Nobécourt P., Liège R., Herr A. Rougeole et tuberculose. Arch. d. méd. des enf. r. 1930 T. XXXIII str. 65. 85. C. Noeggerath, H. Oster, A. Viethen. Zur Beurteilung von Masernschutzserum, namentlich des von Degkwitz angegebene nentierischen. Klin. Wschr. 1926. Nr. 26 str. 1168. 86. G. Ockel. Eine Nacitr. Iso Ampulle für Blutinjectionen besonders bei der Masernschutzimpfung. Mediz. Klinik. Nr. 23 r. 1926 str. 880. 87. M. Pfaunder. Schutzimpfung u. Heilserumbehandlung bei Masern. Mschr. f.

Kdhlk. T. 44 str. 268 r. 1929. 88. F. Redlich. Beobachtungen bei experimentellen Masern. Zschr. f. Kdhlk. T. 45 str. 363. 89. Fr. Redlich. Zur Frage der Infektiositätsdauer bei Masern. Kl. Wschr. 1926 r. Nr. 5 str. 186. 90. F. Redlich. Masernfragen. Mschr. f. Kdhlk. T. 34 str. 278. r. 1926. 91. A. Reuter. Kurze Mitteilung zur Frage des Degkwitzschen Masernschutzes. Mediz. Klinik. Nr. 31 r. 1926 str. 1167. 92. H. Rietschel. Zur Masernprophylaxe nach Degkwitz. Zschr. f. Kdhlk. T. 29 str. 127 r. 1921. 93. H. Rietschel. Wie soll sich der praktische Arzt bei der Masernprophylaxe verhalten. Mediz. Klinik. Nr. 34 r. 1926 str. 1291. 94. H. Rietschel. Zur Frage der prophylaktischen Injektion von Normalserum als Masernschutz. Deutsche med. Wschr. 1923 r. Nr. 44 str. 1386. 95. Rohmer P. Zur epidemiologie und Frühdiagnose der Masern. Jahrb. f. Kdhlk. T. 75 str. 78 — 89 1912 r. 96. B. de Rudder. Erfahrungen mit dem neuen Maserntier serum. Klin. Wschr. r. 1926. Nr. 31 str. 1406. 97. B. de Rudder. Das Durchseuchungsproblem bei den Zivilisationsseuchen. Erg. d. inn. Mediz. u. Kdhlk. T. 32 str. 313 r. 1927. 98. B. de Rudder. Prophylaxe u. Therapie mit Rekonvalescentenserum. Med. Klinik. r. 1925 Nr. 48 str. 1809. 99. De Rudder. Jatrenmasernserum. Münch. med. Wschr. 1921 r. Nr. 42 str. 1796. 100. G. Salomon. Die prophylakt. Wirkung v. Normalserum als Masernschutz. Deutsche med. Wschr. 1923 r. Nr. 31 str. 1151. 101. M. Salzmann. Über wiederholte Masern. Zschr. f. Kdhlk. T. 24 str. 205 r. 1919. 102. A. Schlossmann. Welches Serum darf als Heil oder Schutzserum angesprochen werden und welche gesetzliche Massnahmen sind zum Schutz der Bevölkerung von Seren zu ergreifen. Klin. Wschr. 1926 r. Nr. 25 str. 1117. 103. W. Schmid. Erfahrungen mit Maserntier serum. Deutsche med. Wschr. Nr. 31 r. 1926 str. 1303. 104. H. Schmid. Uebersicht über unsere Kenntnisse des Erregers und der experimentellen Uebertragbarkeit der Masern. Zentralblatt f. die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete 1924. T. 8

str. 209 i 273. 105. F. Schütz. Die epidemiologie der Masern. Verlag G. Fischer 1925 r. 106. M. B. Sindoni. Sur la vacinoprophylaxie de la rougeole. Presse Médic. r. 1925 Nr. 75. str. 1255. 107. A. Skwarczyńska i M. Śliwińska. Z kliniki okresu wylegania odrzy. Ped. Polska T. 11 zes. 5 r. 1931. 108. H. Sparrów. Seroprofylaktyka chorób zakaźnych. Wiedza lekar. r. 1929 zes. II str. 39. 109. H. Sparrów. Szczepienia ochronne przeciw odrze. Ped. Polsk. T. II. zes. 4 r. 1922 str. 35. 110. v. Torday F. Infektionsverhütung in Anstalten mit spezifischen u. unspezifischen Schutzimpfungen. Jahrb. f. Kdhlk. T. 103 zes. 5—6 str. 307 r. 1923. 111. Fr. Torday. Masernschutz mit Animalserum. Sprawozd. z posiedz. T-wa Lek. w Budapeszcie z listop. 1926. Mediz. Klinik. Nr. 51 r. 1926 str. 1952. 112. v. Torday F. Die Bekämpfung der akuten infektionskrankheiten des Kindesalters. Jahrb. f. Kdhlk. T. 102 zes. 3—4 str. 213 r. 1923. 113. v. Torday F. Über Masernschutzimpfung mit Rekonvalescentenserum. Zschr. f. Kdhlk. T. 28 r. 1921. 114. Tunnick R. Dissoziation des Maserndiplococcus. Ref. Ztbl. f. d. ges. Kdhlk. r. 1930 T. 24 str. 63. 115. Weissbecker. Heilserum gegen Masern. Zeitschr. f. Klin. Mediz. T. XXX zes. 3 i 4 r. 1896. 116. O. Wiese. Erfahrungen mit dem neuen Maserntier serum nach Degkwitz. Münch. med. Wschr. 1926 r. Nr. 5 str. 184. 117. E. Wiland. Über fieberhaften scarlatiniformen Rash bei Masern. Mschr. f. Kdhlk. T. 42 str. 482. 118. Zeiss H. Die experimentelle Masernübertragung. Ergeb. d. inn. Med. u. Kdhlk. T. 20. str. 425. r. 1921. 119. St. Zembrzński i Kamler Ant. Próba zastrzyków zapobiegawczych - osłabiających przeciw odrze w Zakł. Leczn. - Wychow. Ped. Polsk. T. VII zes. 5 r. 1927 str. 309. 120. E. Ziegler. O zapobieganiu odrze u dzieci. Ped. Polsk. T. XI zes. 1 r. 1931 str. 22. 121. Złotogoroff G. J., Burowa A. E. i Nasledyschewa S. J. Aetiologie und Prophylaxe der Masern. ref. Deutsche Med. Wschr. r. 1928 zes. 26 str. 1105.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologia kliniczna i doświadczalna.

SCHITTENHELM. Tarczycza i przemiana jodowa. (D. m. W. Nr. 21. 1932).

Dwa zasadnicze odkrycia posunęły naprzód sprawę przemiany jodowej: 1) wykrycie i ustalenie składu chemicznego tyroksyny oraz wypracowanie metody, pozwalające na określenie 1/1.000.000 gr. jodu = 1 γ . Już w roku 1924 współpracownicy autora ustalili, że dożylnie podana tyroksyna w ilości 1—3 mg., powoduje wzmożenie przemiany podstawowej. Przy doustnym podawaniu tyroksyny spostrzegano b. nierównomierne jej działanie: np. w obręku śluzakowatym otłuszczenie, co starano się tłómaczyć złem wchłanianiem się z przewodu pokarmowego i różnorodnym działaniem preparatów różnych firm. Ustalono doświadczalnie, że z dwunastnicy psów 10 mg. tyroksyny po 12 godzinach ulega prawie zupełnemu wessaniu się. Ludzie ze zdrową tarczycą, a także i chorzy z jej nadczynnością po doustnym podaniu 10 mgr. tyroksyny wydalają ją głównie z kałem, mniej natomiast z moczem. Naodwórt zaś dzieje się u chorych z obrzękiem śluzakowym. Te spostrzeżenia wskazują na uzależnienie wydalania tyroksyny od stanu czynnościowego tarczycy. Jod nieorganiczny, jod zawarty w codziennym pożywieniu, wydziela się u chorych z obrzękiem śluzakowym, podobnie jak i u zdrowych, w moczu. Przemiana jodowa w ogólności przebiega przeto prawidłowo. Zaburzenia czynnościowe tarczycy przejawiają się jedynie w nieprawidłowej odbudowie specyficznej wydzieliny. Z wielu badań wiemy, że jod

w ustroju zawarty jest nie tylko w tarczycy, ale także w narządach i tkankach, jak: mięśnie, skóra, narządy o wydzielaniu wewnętrznym, wątroba, śledziona, przyczem jod tutaj zawarty nie jest w formie tyroksyny. Nie wiemy także, jakie ma on znaczenie, jaką postać i w jakich występuje połączeniach. Dla przesiedzenia przemiany jodowej w ustroju niezbędne jest określenie jego ilości we krwi, gdzie występuje on pod postacią dwóch frakcji dotychczas nierozdzielalnych: jako jod nieorganiczny i organiczny związany. Poziom jodu we krwi jest stały i ulega tylko b. małym wahaniom. Obniżenie poziomu zawartości jodu we krwi wskazuje na podczynność tarczycy. W przeszło 100 przypadkach choroby Basedowa znaleziono zwiększoną zawartość jodu we krwi i wzmożenie przemiany podstawowej, jednak pomiędzy tą zwiększoną zawartością jodu i objawami klinicznymi nie spotykano żadnej równoległości, podobnie jak i w stosunku jodu do przemiany podstawowej nie daje się uchwycić żadna zależność. Zwiększenie zawartości jodu we krwi może występować bez wzmożenia przemiany podstawowej; traktować to można, jako objawy konstytucji tyreotycznej lub stygmatyzacji układu wegetatywnego. Wzmożenie zawartości jodu we krwi, jakkolwiek wskazuje wyraźnie na wzmożenie czynności tarczycy, nie mówi jednak o chorobie, która jest procesem o wiele bardziej skomplikowanym. Dlatego to dzięki leczeniu jodem otrzymujemy jedynie przejściową poprawę, a jod nieorganiczny służy jako tłumik objawów obwodowych. Na przemianę jodową w ustroju wybitny wpływ mają układ nerwowy i gurczyły o wydzielaniu

wewnętrzne, w pierwszej linii przysadka, która, jak wykazały liczne badania, musi zawierać wysokowartościowy hormon o dużej sile działania, hormon, który na drodze humoralnej wywiera swój wpływ na tarczycę. W przypadku jej niedoczynności daje się to od razu zauważyć. Ustalono także, że mózg, a zwłaszcza pewne jego części, jak przysadka, *tuber cinereum*, *hypothalamus* aż do *corpora mitteria* a dalej rdzeń przedłużony zawierają dużo jodu, podczas gdy kora mózgowa, mózdzek i rdzeń mają go mało. Jod tarczycy ma pewne powinowactwo do niektórych części mózgu. W badaniach doświadczalnych ustalono ścisłą zależność pomiędzy mózgiem i czynnością tarczycy, także pomiędzy wytwarzaniem i działaniem tyroksyny i tyreotropowym hormonem wzajemnie się regulującym. Centralny układ nerwowy ma przemożny wpływ na przemianę jodową, zwłaszcza zaś międzymózdzę. Tarczyca jest wpleciona w cały układ i jest miejscem przygotowania specyficznego ciała, ale nie jest ośrodkiem przemiany jodowej. Drugim ważnym ogniwem tego łańcucha jest przysadka, a zwłaszcza płat przedni.

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

A. SCHITTENHELM, B. EISLER. O wpływie adrenaliny na poziom jodu we krwi. (Klin. Woch. Nr. 1. 1932).

Autorzy w 24 przypadkach różnych schorzeń badali krzywą jodu we krwi po dożylnym wstrzyknięciu 0,005 mg. adrenaliny dożylnie; poziom jodu we krwi badano 1/2 minuty, 30', 60' i 24 godziny po adrenalinie. Wykryto dwa typy krzywych jodu. Typ pierwszy, występujący u osób normalnych, oraz u chorych z obrzękiem śluzakowatym, cechuje szybki wzrost jodu we krwi (*maximum* po 1/2 minucie), potem stopniowy powrót do punktu wyjścia (w ciągu 24 godzin). Na uwagę zasługuje fakt, że krzywa jodu po adrenalinie u myxoedematyka nie różni się od krzywej ludzi zdrowych, co wskazuje na to, że pomimo obniżenia czynności tarczycy i niskiego poziomu jodu we krwi w ustroju istnieją zapasy jodu. Typ drugi, występujący w przebiegu choroby B a s e d o w a, wykazuje wręcz przeciwny wpływ adrenaliny na poziom jodu we krwi; po upływie 1/2 minuty od chwili wstrzyknięcia adrenaliny występuje nagły spadek jodu we krwi, który utrzymuje się przez dłuższy czas.

Jakób P e n s o n.

RUSZNYAK. Nadnercza i ciśnienie krwi. (Dm. W. Nr. 15. 1932 r.).

Rola nadnerczy w powstawaniu najróżniejszych form nadciśnienia, jak również wpływ ich na prawidłowe ciśnienie krwi nie jest dotychczas jeszcze dostatecznie wyjaśniona. W głównej mierze przyczynia się do tego brak metod, pomocą których można by obliczyć ilość znajdującej się we krwi adrenaliny. Ostatnie badania V o l h a r d a i jego uczniów wykazują pewien wpływ adrenaliny na ciśnienie krwi, jednak nie stwierdzono hiperadrenalinemji w nadciśnieniu, tak, że należy przyjąć działanie i innych ciał, powodujących powstawanie zwężenia naczyń obwodowych, względnie nadmierną ich wrażliwość. S z e n t - G y ö r g y i sądzi, że adrenalina jest tylko produktem rozpadu ciała znacznie silniej działającego, które udało mu się wyisobnić z wyciągu nadnerczy i które proponuje nazwać „Novadrenalin”. Badania doświadczalne ustaliły, że nowy ten środek jest 10 — 20 razy silniejszy od adrenaliny oraz o wiele łatwiej podlega procesom utleniania. 0,10 mg. podnosi ciśnienie ze 120 mm. Hg. do 180 mm. Hg. i utrzymuje je na tym poziomie od 30 — 60 min. przy silnie zaznaczonych nieprzyjemnych objawach subiektywnych. Być może, że ciśnienie krwi jest właśnie regulowane przez novadrenalinę i należałoby w tym kierunku czynić dalsze poszukiwania.

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

WOLLHEIM i LANGE. W sprawie pewnego ciała w moczu, obniżającego ciśnienie i jego stosunek do „choroby ciśnienia krwi”. (D. m. W. Nr. 15. 1932).

Jako przyczynę zwężenia tętniczek w nadciśnieniu wymieniają momenty natury nerwowej względnie humoralnej. Te ostatnie mogą zależeć albo od przewagi ciał wywołujących zwiększone ciśnienie, albo też od braku ciał powodujących jego obniżenie. W moczu osób, zdrowych i chorych, z normalnym ciśnieniem krwi stwierdzono wydalenie ciała, powodującego obniżenie ciśnienia krwi. Substancja ta daje spadek ciśnienia średniego, zwiększenie amplitudy i spadek ciśnienia maksymalnego u zwierząt doświadczalnych. Jest oporna na gotowanie moczu, i już tem się różni od preparatu hormonalnego krążenia padutin (kallikrein). Jest niewrażliwa na działanie kwasów i zasad, wpływ na obniżenie ciśnienia nie jest zniesiony po uprzednim atropinizowaniu; substancja ta nie ulega wytrąsaniu z eterem, nie przechodzi do wyciągu alkoholowego. Ogółem dokonano 292 badania u 69 chorych i zdrowych, sprawdzając zachowanie się ciśnienia krwi u królików i kotów, po zastrzyknięciu dożylnym 1—2 cm. gotowanego moczu, czasami nawet znacznie mniej. W 38 przypadkach *hypertonia essentialis* (122 badania) nie znaleziono wcale, względnie minimalne ilości tego ciała w przeciwieństwie do moczu ludzi zdrowych. Spostrzeżenie to nie jest bez znaczenia i wskazuje na brak w moczu ciała obniżającego ciśnienie, a nie na wydalenie ciał podnoszących ciśnienie krwi. Autor proponuje nazwanie tego ciała detoniną i sądzi, że brak jego w moczu ludzi z nadciśnieniem samoistnym posiada znaczenie przy powstawaniu tego cierpienia.

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

Lecznictwo.

■ G. NOBL. *Konservative Krampfaderbehandlung für praktische Aerzte*. Mit. 32 Abbildungen. (Urban und Schwarzenberg. Berlin - Wien. 1932. Cena 4 RM.).

Autor książki jest dermatologiem i odkrywcą znanego zespołu N o b l a. Patologia układu żylnego i następstw schorzeń jego jest tutaj traktowana z głębokim znawstwem przedmiotu, wnioski i wskazówki praktyczne oparte są na bogatym doświadczeniu, sięgającym przeszło 15.000 przypadków, leczonych zastrzykiwaniami. W książce znajdujemy następujące działy: anatomję i patologję żył kończyn dolnych, przyczyny powstania rozszerzeń żył, postacie rozszerzeń i zmiany na skórze, zapobieganie i leczenie rozszerzeń, następstwa rozszerzeń żył, leczenie wywołaniem sztucznego zakrzepu, technika zastrzykiwań, środki używane, *varicographia*, wyniki odległe, niepowodzenia, powikłania, przeciwwskazania, próby ze stosowaniem elektrokoagulacji, leczenie powikłań. Na 111-u stronicach zwięzłego tekstu książki znajdzie czytelnik zarówno wiele ciekawej teorii, dotyczącej zachowawczego leczenia żyłaków kończyn dolnych, jak i mnóstwo wskazówek praktycznych, jak leczyć żyłaki kończyn dolnych i ich powikłania, będące często, jak wiemy, „krzyżem chirurgów”.

J. R.

■ V. FISCHL i H. SCHLOSSBERGER. *Handbuch der Chemotherapie*. Erster Teil. (Fischers Med. Buchh. Leipzig, 1932, str. VIII + 357).

Ukazujący się tom stanowi pierwszą część podręcznika chemoterapii, zakrojonego na 3 części, z których pierwsza obecnie wydana omawia połączenia organiczne, nie zawierające metali, druga ma być poświęcona związkom metali, trzecia będzie poświęcona zagadnieniom ogólnym. Powszechnie przyjęty podział na pierwszą część ogólną, drugą zaś — szczegółową musiał być tutaj ze względów technicznych odwrócony. Książka posiada układ chemiczny; cały materiał odnośny zo-

stał podzielony na 12 następujących rozdziałów: 1) niecykliczne połączenia chlorowe, 2) nienasycone kwasy tłuszczowe, 3) proste pochodne benzolowe i naftalinowe, 4) aminokwasy, 5) pochodne choline i podobne, 6) chinina i jej pochodne, 7) emetyna i jej pochodne, 8) pozostałe środki roślinne: a) glikozydy, b) alkaloidy, c) przeciwczerniowe, d) przeciwczernkowe, e) przeciwzimmnicze, f) przeciwgruźlicze i przeciwwątrobowe, g) inne środki, 9) pochodne akrydyny, 10) pozostałe barwniki, 11) bezbarwne pochodne mocznika, 12) surowica ludzi i pewnych gatunków małp. Jak widać z tego spisu rozdziałów, materiał jest nadzwyczaj bogaty, został on też opracowany z najwyższą sumiennością, która wymagać musiała od autorów benedyktyńskiej cierpliwości. Zdaje się, że nie został pominięty żaden produkt tak płodnego przemysłu chemicznego, który co rok wyrzuca setki nowych preparatów; również ważnym jest, że autorzy uwzględnili w możliwie najszerszych rozmiarach medycynę ludową i stosowane przez nią środki nie tylko ludów europejskich, lecz i pozaeuropejskich. Materiał jest opracowany krytycznie, do czego autorzy, którzy mogą się poszczycić szeregiem prac z dziedziny chemoterapii, posiadają całkowitą kompetencję. Terminologia stara się uwzględnić możliwie wszystkie synonimy omawianych środków i to nie tylko w języku niemieckim, lecz również we francuskim, angielskim, włoskim i t. d., a jeżeli rozchodzi się o środki egzotyczne, to również w nazwach krajowych. Piśmiennictwo bardzo bogate, umieszczane na końcu każdego rozdziału w porządku alfabetycznym, uwzględnia prace aż do r. 1932. Jedyny zarzut, jakoby można było książkę zrobić, jest ten, że w pewnych miejscach styl jest nazbyt stenograficzny, i że nazbyt, może, często odsyłają autorzy do innych prac. Dzieło, wyczerpujące tak gruntownie zagadnienie, powinno być jakby encyklopedją, w której możnaby znaleźć dokładną odpowiedź na każde pytanie z tej dziedziny. Ten pierwszy podręcznik chemoterapii zasługuje na to, by się znaleźć w bibliotece każdego lekarza. Jeszcze jedna refleksja, nasuwająca się przy czytaniu podręcznika: ile pracy włożono w tę gałąź nauki i techniki i jak mizerne są, żebyś mógł powiedzieć: równie zeru, jej wyniki.

Henryk J. L a n d a u.

H. FASOLD i H. GROSSMANN. O stosowaniu dokręgowym surowic leczniczych. (Monatschrift f. Kinderheilk. 54, 1 zeszyt).

Stosowanie dokręgowe surowic leczniczych w takich schorzeniach jak tężec, a ostatnio błonica i płonica, opiera się na założeniu, że w ten sposób najłatwiej dostaną się przeciwciała do przeładowanych jadami ośrodków nerwowych. Przedostaniu się ich na innej drodze miałyby przeszkadzać bariery między krwią a płynem mózgowo-rzeniowym. Aby sprawdzić słuszność tego założenia, autorowie uciekli się do doświadczeń, robionych już przez F r i e d e m a n n a, mianowicie do wstrzykiwań królikom jadu błoniczego z następczym podaniem dożylnie antytoksyny. W tych przypadkach ginęły nieodmiennie wszystkie zwierzęta, nawet wtedy, gdy antytoksyna została podana zaledwie w 30 minut po toksynie. Gdy natomiast antytoksynę zastrzyknięto przed podaniem toksyny, wszystkie zwierzęta pozostały przy życiu i niektóre tylko okazywały niewielkie objawy toksyczne. Autorowie wyprowadzają stąd wniosek, że toksyna błonica zatrzuwa tak szybko substancję nerwową, że późniejsze podanie przeciwciała jest już bez skutku. Natomiast przeciwciała, podane dożylnie, mógł bez przeszkód drogą krwi dostać się do ośrodków nerwowych i ochronić je przed zastrzykniętym później jadem. Przebycie bariery między krwią a płynem nie jest więc potrzebne do uodpornienia substancji nerwowej. Wniosek praktyczny: podawanie dokręgowe surowic leczniczych nie jest potrzebne (z wyjątkiem przypadków zapalenia opon mózgowych). Stosuje się to nie tylko do błonicy i płonicy, ale nawet do tężca, jak to

wynika z doświadczeń M u t e r m i l c h a, i S a l a m o n a. Autorowie ci zdolali uodpornić świnkę przeciw jadowi tężcowemu, nie stosując zastrzyknięć dooponowych.

H. P e t r y n o w s k a.

MÜLLER. Leczenie poliomyelitis w okresie ostrym. (Münch. med. Woch. 23, 1932).

Mięśnie porażone sprawiają chorym dotkliwy ból nasutek ostrego ich obrzęku. Po pewnym czasie w obrzękłych mięśniach rozwija się tkanka łączna, a w rezultacie przykurcz i zanik tych mięśni. O ile nerwy nie odzyskują własności przewodzenia podniet, nowe włókna mięsne nie wytworzą się, mięśnie przeciwnie wyciągną tkankę łączną, na stałe pozostaje wiotkie porażenie i przykurcz mięśni przeciwnych. Środków na przywrócenie czynności nerwów niema i to należy pozostawić naturze. Główną uwagę należy natomiast skierować na porażony w okresie ostrym mięsień. Środkiem najskuteczniejszym jest masaż, który usuwa obrzęk mięśnia i wywołany tem ból. Po ustąpieniu obrzęków i bólu ruchy w mięśniach wracają b. szybko również dzięki masażom. Masaż powinien być dokładny, według położenia mięśnia i kierunku jego włókien. Zabiegowi temu poddać również należy i stawy. Zaczyna się od małej grupy mięśni, z czasem zabieg obejmuje wszystkie mięśnie ruchu, u dzieci — całe ciało. Masować należy codziennie. Wpływ masażu można uzupełnić elektryzacją aparatem B e r g o n i é (faradyzacja), początkowo prądem silnym. Dalszym środkiem pomocniczym są ćwiczenia, gimnastyka.

F. T u r y n.

KIKUTH. Chemoterapeutyczne działanie preparatu atebryna. (D. m. W. N. 14, 1932).

Nowy syntetyczny preparat atebryna znalazł zastosowanie w leczeniu malarji. Badania doświadczalne wykazały, iż środek ten działa głównie na postaci schizontów, znajdujące się przeważnie w śródbłonkach. Jednoczesne podawanie plasmodochiny, środka unieszkodliwiającego gamety, hamuje występowanie nawrotów malarji. Wyniki tych badań zostały potwierdzone na materiale klinicznym w krajach zwrotnikowych i podzwrotnikowych.

Wanda F r a n z ó w n a.

PETER. Działanie atebryny przy naturalnym zakażeniu malarją. (D. m. W. N. 14, 1932).

Atebrina okazała się skuteczną przy podawaniu w malarji, wywołanej przez *plasmodium vivax*. We krwi ustępowały formy pierścieniowe, bezpłciowe i płciowe, ciepłota opadała, śledziona zmniejszała się do normy. W przypadkach malarji tropikalnej wywołanej przez *plasmodium falciparum* atebryna niszczyła jedynie postaci pierścieniowe, liczba zaś gametów nie tylko że nie zmniejszała się, ale nawet w niektórych przypadkach wzrastała. Naogół działanie atebryny występowało przy całkowitej dawce 1 — 2 gr. podawanej w przeciągu 5 — 10 dni. Żółte zabarwienie skóry w niektórych przypadkach jest wywołane przez odkładanie się barwnika w skórze, w związku z samym preparatem. W moczu nie stwierdzono barwników i kwasów żółciowych, a jedynie wzmożone wydalanie atebryny.

Wanda F r a n z ó w n a.

SIOLI. O działaniu atebryny w malarji wstrzykniętej chorym z porażeniem postępującem. (D. m. W. N. 14, 1932).

W 80 przypadkach paraliżu postępowego, leczonego wstrzykiwaniami malarji, podawanie atebryny doustnie w ilości 3 × 0,1 przez 3 dni sprzyjało występowaniu napadów malarji. Po odstawieniu tego środka nawrotów nie spostrzegano. Zwiększenie dawki jednorazowej ponad 0,2 powoduje wystąpienie objawów podrażnienia ze strony przewodu pokarmowego.

U niektórych chorych stwierdzono żółtawe zabarwienie skóry, utrzymujące się około 2 tygodni, bez zmian w zawartości bilirubiny w moczu i we krwi. Wobec powyższego autor uważa to zjawisko za objaw przejściowy i uzależnia żółte zabarwienie skóry od zabarwienia samym preparatem.

Wanda F r a n z ó w n a.

Choroby oczu.

I. MELLER. W sprawie etiologii gruźliczej *uveitidis chronicae* i innych schorzeń zapalnych oka. (Wien. kl. Woch. N. 2, 1932).

Autor zawsze uważał *uveitidem chronicam* za schorzenie gruźlicze, obecnie dzięki dodatnim wynikom hodowli prątków gruźliczych ze krwi metodą L o e w e n s t e i n a etiologia gruźlicza tego schorzenia została ostatecznie stwierdzona.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

C. S. O'BRIEN. Hiperglikemja jako czynnik etiologiczny zaćmy starczej. (The Journ. of the Am. Med. Ass. T. 98, N. 4 — 1932).

Zaćma często występuje u chorych na cukrzycę, niekiedy nawet wśród dzieci; autor badał przemianę węglowodanową w 238 przypadkach zaćmy (wiek chorych od 38 do 91 lat). Glikemja naczczu w 41.6% przewyższała 120 mg%. Poza tem autor badał tolerancję na węglowodany przez obciążanie glukozą. Okazało się, że szczyt krzywych cukru był bardzo wysoki i powrót do punktu wyjściowego glikemji naczczu bardzo powolny. Autor sądzi, że jeśli hiperglikemja trwa latami, może ujemnie wpłynąć na stan soczewki. Fakt, że w połowie przypadków zaćmy starczej istnieje hiperglikemja, przemawia za rolą etiologiczną przecukrzenia krwi w powstawaniu niektórych przypadków zaćmy starczej.

Jakób P e n s o n.

WEGNER. Metody prowokacyjne służące do wczesnego rozpoznania jaskry prostej. (Ztblatt f. Ophtalm. 1930, październik).

Niezmienne cenne są metody, pozwalające na wykrycie skłonności do jaskry przy braku jeszcze jej objawów klinicznych. Stoimy na stanowisku, że etiologia jaskry nie jest jednolita, i dlatego w poszczególnych przypadkach poszczególne próby tylko wypadają dodatnio. 24 godzinna krzywa ciśnienia oka aczkolwiek nie należy ściśle do dziedziny metod prowokacyjnych, pozwala jednak na wysnucie pewnych wczesnych wniosków dajagnostycznych. Krzywa jaskrowa, zwarta w granicach normalnych, przebiegiem swym różni się od krzywej oka zdrowego. Według K ö l l n e r a różnice wahań w tej ostatniej wynoszą 2 — 4 mm.Hg, *maximum* przypada na przedpołudnie. Krzywe obu oczu są równoległe. T h i e l jest zdania, że *max.* przypada w godzinach rannych, zaczyna opadać bezpośrednio po wstaniu. Tenże autor stwierdził, że w oczach jaskrowych nieleczonych absolutne wartości ciśnienia są wyższe, wahanja dochodzą do 20 mm. Hg. Objaw spadku ciśnienia po wstaniu z łóżka tłumaczy przypadki jaskry pozornie bez podwyższonego ciśnienia — mierzymy je zazwyczaj tylko we dnie. Położenie poziome jest więc czynnikiem wzmagającym ciśnienie, jeśli chory w dzień pozostaje w łóżku — spadek ranny nie wystąpi. Prosta ta próba dowodzi więc, że oko jaskrowe reaguje silnie na wszelkie przesunięcie zawartości krwi w narządach naskutek niewydolności układu regulującego. Niewydolność ta wystąpi jaskrawiej, jeśli układ naczyniowy ogólny, czy też oka, obciążymy. L ö h l e i n już w r. 1912 zwrócił uwagę na podwyżkę ciśnienia w oku jaskrowym, po dożylnem zastrzyknięciu kofeiny, przyczem wypicie szklanki kawy, zawierającej mniej kofeiny, niż ta dawka, silniej podwyższa ciśnienie, gra tu rolę również ilość płynu wprowadzona i wpływ jej na gospodarkę wodną ustroju. Zależność tę zbadał S c h m i d t: uważa on,

że w każdym przypadku jaskry prostej mamy do czynienia z ogólną niewydolnością naczyniową, że podanie doustne wody wpływa na stan ciśnienia gałkowego, że u chorych tych przy próbie wodnej występuje opóźnienie diurezy, przyczem objawy te są niezawodne tak, że na zasadzie ich wystąpienia można rozpoznać wczesną jaskrę. W e g n e r otrzymał w doświadczeniach mniej jednolite wyniki, nie zgadza on się również, by zaburzenia w układzie naczyniowym ogólnym zawsze miały iść w parze z takimiż zaburzeniami w oku — ten odcinek naczyniowy posiada bezsprzecznie pewną niezależność. T h i e l i W e g n e r przekonali się dalej w kilku przypadkach, że przechylenie o 30° ku dołowi głowy człowieka leżącego wywołuje znaczne podwyższenie ciśnienia w gałce jaskrowej i w pozornie zdrowym oku, jeśli drugie było jaskrowe. Bódcem dla tego jest zapewne zastój żylny. Podobnie działa założenie przewiązki uciskowej na żyły szyjne. Znałe jest oddawna hypotonizujące działanie masażu; dawkowanym, łagodnym masażem jest kilkakrotnie pod rząd tonometrowanie, albo dłuższe przetrzymywanie tonometru. W e g n e r przekonał się, że oba te czynniki rzeczywiście wywołują obniżenie ciśnienia w oku zdrowym, zawodzą jednak przeważnie w przyp. jaskrowym lub nawet skłonny do tego cierpienia. Dysfunkcja układu naczyniowego występuje również przy podawaniu miejscowym środków działających na układ naczyniowy: *miotica* i *mydriatica* nie wpływają prawie zupełnie na ciśnienie oka zdrowego — natomiast wybitnie na jaskrowe. Von H o f e zwraca uwagę na silną hypotonję występ. po podaniu środków zwężających naczynia w drugim pozornie zdrowym oku chorego i widzi w tem objaw skłonności do jaskry. Niewydolności regulacyjnej towarzyszy zwiększona przepuszczalność ścian naczyniowych — T h i e l wykrył u chorych jaskrowych w płynie komórkowym floresceinę podaną doustnie — objaw ten nie występuje w oczach zdrowych. W oku jaskrowym zachodzi niestosunek między dopływem, a odpływem cieczy — odgrywa tu rolę szerokość żrenicy i zależny od tego stan kąta przesacza. Zaobserwował to zjawisko S e i d e l w niektórych oczach z b. płytką komórką przednią. Umieszczenie takiego chorego w ciemni może dać wzrost ciśnienia o 40 — 60 mm. Hg. — oświetlenie oka wywołuje spadek o 30 — 45 mm. Hg. Objaw ten, b. prosty do wywołania, zaobserwowany przez wielu autorów występuje, niestety, b. rzadko i dlatego nie ma większej wartości prowokacyjno - dajagnost. K n a p p podał, że adrenalina wkroplona do oka zdrowego nie wpływa na szerokość żrenicy, jeśli jednak wystąpi rozszerzenie, to można objaw ten uważać za patognomiczny dla początkowej jaskry. Badanie pola widzenia oka jaskrowego wykazało, że skotomaty wykazać się dające w bardzo wczesnych okresach jaskry, istnieją tylko przy podwyższonym ciśnieniu gałki — po uregulowaniu tegoż — znikają. Przez sztuczne zwiększenie ciśnienia u chorych podejrzanych o jaskrę udało się je wywołać w kilku przypadkach, prawdopodobnie przyczyną ich było istniejące uszkodzenie włókien nerwowych, gdyż w oku rzeczywiście zdrowym nigdy ich nie zauważono. Objaw powyższy zawodzi jednakże czasami nawet w bezsprzecznie jaskrowym przypadku i dlatego niema większego znaczenia. Zestawiając widzimy, że niema przypadku jaskry w którymby wszystkie metody prowokacyjne dały wynik, widzimy również, że żadna z nich nie jest bezwzględnie pewna — stosowanie ich pozwala nam jednak niekiedy na wykrycie jaskry w okresie najtrudniejszym dla dajagnozy, a najskuteczniejszym dla leczenia — a to jest ich celem.

M. G o l d m a n ó w n a.

R. FRIEDE. O sposobach rozjaśniania zmętnień rogówki. (Kl. M. f. A. 1930).

Autor omawia we wstępie teoretyczną stronę procesu rozjaśnienia zmętnień; działa bądź tam bodziec, przyczem gra rolę jego natężenie, czas działania i pewna specyficzność, lub

wybitny wpływ mają układ nerwowy i gruczoły o wydzielaniu wewnętrznym, w pierwszej linii przysadka, która, jak wykazały liczne badania, musi zawierać wysokowartościowy hormon wywołana przez bodziec wzmożona czynność układu chłonnego, przyczem brak naczyń w samej rogówce hamuje tę czynność i jako skutek bodźców, które mogą być natury termicznej, chemicznej, mechanicznej, przychodzi do wzmożonego bujania bądź komórek właściwych rogówki, bądź też substancji międzykomórkowej, układającej się bardziej regularnie niż tkanka bliznowata. Sprawa ta nie jest ostatecznie wyjaśniona. Zjawisko samóistnego, daleko idącego wyjaśnienia się blizn rogówkowych zwłaszcza u dzieci każe nam przypuszczać, że istnieją pewne ciała dodatnio w tym kierunku działające we krwi i limfie. Proces ten idzie bądź pod postacią ogólnego rozjaśnienia całej blizny, zwłaszcza przednich warstw, gra tu może rolę również naturalny masaż, jakim jest ruch powiek, działanie chemiczne łez; albo też pod postacią ostro odgraniczonych pasm, leżących w głębszych warstwach rogówki i biegnących od obwodu do środka — pasma te niekiedy odpowiadają przebiegowi naczyń istniejących w przebiegu stanu zapalnego, coby znów potwierdziło przypuszczenie istnienia we krwi pewnych ciał specyficznych; należałoby więc dążyć do rozwoju i utrzymania przez dłuższy czas większej ilości tych naczyń — jest to znana od dawna zasada. Przechodząc do stosowanych obecnie metod dzieli je autor na 3 grupy: pierwsza obejmuje środki farmaceutyczne — działanie ich jest słabe i maleje jeszcze w miarę użycia, dlatego autor zaleca dioninę (najsilniejszy z nich) podawać w dłuższych odstępach czasu, a w silniejszej dawce aż do wywołania silnego obrzęku każdorazowo. Gałkę z o w s k i i inni polecali thiosinaminę w kroplach i w postaci kąpieeli ocznych — autor stosował to, ale bezskutecznie. W i r t h i S c h n e y d e r stosują jontoforezę chlorem i jodem i chwala wyniki. — Druga grupa obejmuje zabiegi operacyjne, które stanowią już wiele silniejszy bodziec regeneracyjny — nadają się one głównie przy bliznach powierzchownych i dlatego wskazane jest badanie dokładne lampą szczelinową każdego przypadku. Zabiegi te pod postacią zeszkrobowania nabłonka, wyłuszczkowania blizn, nacięć w głębsze warstwy, były stosowane przez wielu autorów i naogół dawały wyniki dobre. Trzecia grupa obejmuje skombinowanie zabiegu operacyjnego z wcieraniem w ranę środków lekarskich — należy tu przede wszystkim sposób S a b a t z k y e g o z wlewaniem olejku winterynowego w pozbawioną nabłonka rogówkę — drobnutkie kropelki oleju zostają jakoby wtarte do protoplazmy komórek co ma wpływać na ich optyczne funkcje w sensie ujednolinitania załamania promieni świetlnych. Działanie to ma występować bezpośrednio po zabiegu i pozostawać trwałem. Zachęcony dobrymi wynikami S a b a t z k y e g o stosował autor jego sposób w kilku przypadkach, jednakże poprawy nie otrzymał, natomiast towarzyszące zabiegowi silne bóle głowy i oczu czynią go jeśli nie niebezpiecznym, to w każdym razie b. przykrym dla chorego. Nie zgadza się również autor z teoretycznymi uzasadnieniami S., według niego może tu grać rolę tylko wzmożone wchłanianie wywołane przez podrażnienie silnym bodźcem niespecyficznym. Opierając się na tem próbował autor wcierać w pozbawioną nabłonka rogówkę dioninę w proszku, sól kuchenną, skoncentrowany roztwór oksycyanatu, 15% roztwór thiosinaminy, — mała liczba przypadków i sprzeczne wyniki nie pozwalają na wysnucie dalszych wniosków, jednakże sądzi autor, że po tej drodze należy prowadzić dalsze próby. Pamiętać należy również o niesłusznie odrzuconym postępowaniu K r a u p y, polegającym na keratoplastyce drążącej, przesuwającej całą zmętniałą część rogówki do obwodu. A wreszcie sposób nieusuwania i rozjaśnienia blizn, lecz korekcji ich siły optycznej za pomocą szkieł kontaktowych — podany przez M. P r o c k s c h i dający nadspodziewanie dobre wyniki funkcjonalne.

M. G o l d m a n ó w n a.

Choroby nerwowe i psychiczne.

■ E. BLEULER. *Naturgeschichte der Seele. Mnemistische Biopsychologie.* XXVII. str. 266. Berlin. J. Springer. 1932. RM. 16.

Książkę swoją poświęca B l e u l e r, psychiatra zurychski, pamięci G o e t h e g o, zwiastuna jedności życia, w 100-ą rocznicę jego śmierci. Dawno wyczerpane w handlu I-e wydanie „*Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens*” znalazło przed laty entuzjastyczne przyjęcie u przyrodników, powiedzmy, naturalistów dawnego i nowoczesnego pokroju, ale usiłowania autora tworzenia psychologii, wyłącznie na doświadczeniu opartej, ujęcia jej jako wiedzy biologicznej, wiedzy odrębnej, od czystej filozofii zupełnie oderwanej, izolowanej, spotkały się z mocnym sprzeciwem ze strony filozofów pur sang. Ta właśnie okoliczność tłumaczy nam ogromny wstęp na 30-tu prawie stronicach, w którym się B l e u l e r rozprawia w ciętej polemice z licznymi przeciwnikami. A jest ich немало, by wymienić tylko poważnych antagonistów, jak H i l l e b r a n d a, B i n s w a n g e r a, M o n a k o w a, B e r g s o n a, J a s p e r s a i H a e b e r l i n a. Padają z obu stron ciężkie zarzuty w rodzaju żalów J a s p e r s a, autora „*Psychopatologii*”, że on rozróżniać musi filozofję B l e u l e r a i filozofję powszechnie przez świat naukowy przyjętą; w rodzaju zarzutu H i l l e b r a n d a, że B l e u l e r swoją interpretacją prawa Pytagorasa dowodzi braku elementarnych podstaw matematyki; w rodzaju kurtuazyjnej repliki B l e u l e r a B i n s w a n g e r o w i, że on sam *sua sponte* istotnie nigdy nie studiował bliżej psychologii asocjacyjnej, a zna ją jedynie z polemik przeciwników, gdzie ona robi wrażenie steku dziecięcych zabawek i przekomarzań. Trudno zagłębiać się w szczegóły dużego, około 300 stronic obejmującego studium, wnikać w najgłębsze tajniki biopsychologii i biopsychopatologii. Główne rozdziały książki brzmią: I. Środki psychopoznawcze (myślenie, zmysły a świat otaczający, zdobywanie i waga materiału obserwacyjnego). II. Świadomość jako czynność mózgowia (psyche jako funkcja mózgu, nerwowe a psychiczne, podświadomość a imienne, pierwiastki kojarzeniowe, rozbudowa funkcji świadomości, osobowość świadoma i świadome ja, obiekt świadomości, świat wewnętrzny i zewnętrzny, jedność funkcji, granica psychiki i somatyki). III. Pogląd na życie i świat. IV. Aparat psychiczny. A. pamięć, B. Czucie, spostrzeganie, abstrakcja, pojęcie, wyobrażenie, złudny zmysł. C. Myślenie, kojarzenie, inteligencja. D. Przyczynowość. E. Czas i przestrzeń. F. A priori a posteriori, organizacja i doświadczenia. G. Ergja. a. dynamika i kierunek jej, b. wzruszeniowość i uwaga, c. suggestja i suggestyjność, d. popędy i instynkty, e. religijność i wiara, f. wola, automatyzacja i mechanizacja jej na drodze ćwiczenia, g. psychomotoryjność, h. energia psychiczna, i. aktywność duchowa. H. Włączenie psychiczne. I. Natężenie czynności duchowych. K. Psychokymja. L. Lokalizacja czynności psychicznych. Książka pisana dosyć ciężko, posiada obok pojedynczych rozdziałów po mistrzowsku opracowanych (np. stosunek introspekcji do świadomości) inne absolutnie nieprzystępne bez znajomości definicji i terminologii dwóch dawnych prac tegoż autora 1) *Die Psychoide als Prinzip der organischen Entwicklung*, 1925. 2) *Mechanismus, Vitalismus, Mnemismus*, 1931. Uwaga B l e u l e r a (str. 5); „aby pojąć, co rozumiem pod engramem, kojarzeniem, podświadomością, trzeba się pilnie wczytywać, tego bowiem żadna definicja moja czytelnikowi dać nie jest w stanie”, ta uwaga, niestety, nie dotyczy wyłącznie wymienionych wyżej kilku spraw, ale całości dzieła z jego swoistą ultra logistyczną terminologią, w której się roi od ergji (ma to być coś pośredniego między *thymopsyche* B e r g s o n a i *neopsyche* S t r a n e k y e g o), od neurokym, psychokym i biokym, od katathym i synthym, od onto- i philoplastyki, od onto- i phylomnema, od parejdołji i innych nowotworów językowych. Nie zawsze autor

fortunny tłumaczy się przed czytelnikiem z potrzeby i genezy nowotworzenia. I tak np. w dziele o myśleniu wyraża B l e u l e r szczerzy żal, że nie wszyscy filozofowie i psychologowie zrozumieli pojęcie wprowadzonego przezeń przed laty (i mocno spopularyzowanego. Ref.) „myślenia autystycznego“ i uważa przeto za stosowne zamienić je (*cui bono?*) przez „myślenie dereistyczne“, mające pochodzić od greckiego „reor, ratus, res, real“, co oznacza myślenie rzeczywiste lub logiczne, zaś „de-reor“ (jak np. sensibilizacja i desensibilizacja, intronizacja i detronizacja), myślenie uchylające się od rzeczywistego. Trzeba, zaiste, być jasnowidzem-filologiem, aby się tej genezy domysleć. Wreszcie, jeśli autyzm, pochodzący, o czym nie każdy wie, od greckiego autos (= sam), był w swoim czasie neologizmem nie do darowania, który się jednak w psychologii i psychiatrii szczęśliwie przyjął, to już dereizm, pochodny od greckiego *dereor* (= uchylam się od rzeczywistości) stanowi ciężko strawny surogat luksusowy. I gdyby dereizm był tylko drobną uwagą na marginesie *pro informatione lectoris lub pro usu delphini* dla filologów czystej krwi, to darować by ją można autorowi i przyjąć z dobrodziejstwem inwentarza, ale B l e u l e r ją przeprowadza systematycznie przez całą prawie książkę, zamiast autyzmu używając „das dereistische, praelogische, intuitive Denken“. Ostatnie te uwagi nasunęły mi się mimowoli, gdy czytałem ostatnie kilkadziesiąt stron tej monografii czyli ostatnie jej rozdziały („Schaltung des Schlafes und der Ermüdung“ i o „Spannung des Trillens und der Aufmerksamkeits“). O ile bowiem praca wieloletnia poważnego autora, praca nader poważna w treści wymaga Spannung czyli „natężenia woli i uwagi“, o tyle tu i owdzie przedostanie się przez gąszcz bezbrzeżny nowotworzeń, i las dziewiczy neologizmów wywołać może, wyrażając się stylem B l e u l e r a, „Schaltung des Schlafes und der Ermüdung“. Wyczerpujący spis imienny i rzeczowy ułatwia czytelnikowi orientację. Z psychologów polaków lub pochodzenia polskiego spotykamy B e r g s o n a, który wprawdzie wszystkie swoje prace pisał zawsze we Francji i po francusku, S z y m a ņ s k i e g o w dziele o fototropizmach i instynktach, E. M i n k o w s k i e g o w dziele engramów psychicznych i organicznych, natomiast nie spotykamy się z A b r a m o w s k i m przy omawianiu kryptomnezji, których współtwórcą i najlepszym interpretatorem ongiś był, ani też z C. F r a n k i e m, który ostatnio w dużej monografii, wprowadzając nieco chaotycznej, poruszał „podstawy biopsychologii i biopsychopatologii“.

H. H i g i e r.

Alfred ADLER. O nerwicy natręctwa. (Internat. Ztschr. f. Individ-Psychol. 1931, 1).

Dotychczasowe badania nerwicy natręctwa, poczynając od r. 1912, wykazały: 1. Dążenie do uzyskania osobistej przewagi zbaczające, wskutek obawy odnośnej jednostki ujawnienia własnej małowartościowości, na łatwiejsze, dla ogółu nieużyteczne, drogi. 2. To dążenie, mające swe źródło w przesadnym rozpieszczeniu w dzieciństwie, sztucznie urasta aż do upodobnienia się z Bogiem, które ulega w mniejszym stopniu niż przy innych nerwicach, złagodzeniu przez cel konkretny — zwycięstwo w rzeczywistości. 3. Obawa doznania porażki w życiu zawodowym, społecznym, miłosnym prowadzi do zwlekającej postawy, objawiającej się w marnowaniu czasu, wyszukiwaniu i powtarzaniu formy, w której znajduje wyraz nerwica natręctwa, a która wyłącza zetknięcie się z napawającymi lekami zadaniami życia. 4. Stworzone teraz ułatwienie w całym nastroju stanowi ponadto usprawiedliwienie, że pacjent w swym życiu nie mógł osiągnąć pełni powodzenia. Powodzenia w życiu, do których doszedł pacjent, pomimo stworzonych przez nerwicę natręctwa trudności, nabierają póżto większej wagi i łagodzą silne uczucie małowartościowości pacjenta. Z drugiej strony neurotyczna forma, w której się objawia nerwica na-

tręctwa, zostaje w taki sposób wybrana, iż ogromna osobista przewaga w fikcyjny sposób znajduje swój wyraz (upodobnienie się z Bogiem). 5. Konstrukcja nerwicy natręctwa jest identyczna z konstrukcją całej linii życiowej oraz osobowości. „Wybuch“ objawia się jako anormalny tryb życia, skoro pacjent stoi przed zadaniem życiowym, którego rozwiązanie wymaga rozwiniętego poczucia społeczności, na którym pacjentowi zbywa już od dzieciństwa. 6. Na przymus społecznego podporządkowania się odpowiada pacjent, mocą swej polityki prestige'u, innym przymusem, uchylającym tamten. Do dalszego rozwoju wniósł autor w latach ostatnich następujące przyczyny: 1. „Przymus“ tkwi nie w działaniach przymusowych, lecz w groźnej postawie wymagań społecznych. One zmuszają pacjenta do stworzenia sobie gwarancji, wyłączającej porażki, przeszkadzającej ujawnieniu się własnej małowartościowości. 2. Dążenie do osiągnięcia osobistej przewagi charakteryzuje pacjenta od najwcześniejszego dzieciństwa i prowadzi go do stworzenia nerwicy natręctwa, a nie do innych odchyłków od normy. 3. Tego rodzaju wcześniej ukształcona, jednolita osobowość nie powstaje nigdy na drodze mechanicznej, przez rozwijanie popędów, przez dziedziczność. Jest ona raczej wytworem powstałym przez fizyczną małowartościowość pacjenta, przez wpływy otoczenia, przez naśladowanie przykładów. 4. Neurotyczny styl życia chorego na nerwicę natręctwa popiera wszystkie należące doń formy i narzuca inne. 5. Prawie zawsze występujące uczucia winy oraz poniżania się pacjenta wykazują przez B o n h o e f f e r a i innych podkreślone podobieństwo z melancholją, stanowią próbę marnowania czasu i są w ten sposób skonstruowane, iż otoczenie łatwo może rozpoznać ich nielogiczność i dziwaczność oraz zrozumieć ich chorobliwość. Często służą one jako dowód odosobnionej cnoty i szlachetności. Wyzdrowienie nastąpić może tylko przez pojednanie się z zadaniami życia, t. zn. przez rozpoznanie błędnego stylu życiowego i wzmocnienie poczucia społeczności. Następuje ono zawsze jedynie przez samopoznanie, przyczem psychologia indywidualna ze swą niełatwą do przyswojenia i niełatwą do zrozumienia mistrzowską techniką stanowi dobry przewodnik.

Z. K a b a k ó w n a.

KLAUSNER-CRONHEIM I. Leczenie migreny zapomocą hormonu przedniopłowego przysadki. (Deutsche medizinische Wochenschrift. II. str. 1453. 1931).

Biorąc pod uwagę doświadczenie klinicystów częstego znikania bólów głowy migrenowych podczas ciąży, autor dawał choremu z uporczywą, nie poddającą się leczeniu migreną hormon przedniopłowy przysadki w postaci prolanu Z o n d e k - A s c h h e i m a 3 razy dziennie po tabletkę lub domięśniowo. Na 10 przypadków 7 wykazało wybitną poprawę.

H. H i g i e r.

LENNER S. W sprawie operacyjnego leczenia choroby Basedowa. (Bruns Beiträge. 152. str. 46. 1931).

L e n n e r, opierając się na 28 przypadkach hipertyreozu z kliniki królewskiej, nie wierzy w możliwość równoległego przeciwstawiania sobie typów anatomopatologicznych i odpowiedników klinicznych. Operację wykonywa w 2-ch etapach, zależnie od jedno- lub obustronnego podwiązania tętnic i następnie rezekcji gruczołu. Daje stale przed i po operacji roztwór jodowy P l u m m e r a, który zniża przemianę podstawową, podnosi wagę ciała, zmniejsza objawy nerwowe, usuwa zaburzenia żołądkowo-kiszczowe i perturbacje pooperacyjne. Wpływ jodu, który działa na samą komórkę gruczołową, na objawy oczne, jest żaden, w zastarzanych przypadkach i przy nawrotach stały. 3 tylko razy widział L e n n e r to, co amerykańscy autorzy mianem *adenoma toxicum* ochrzczili.

H. H i g i e r.

Wskazówki praktyczne

W bardzo ciężkich przypadkach *eklampsi* J. L. a r i b i è r e osiągał doskonałe wyniki podając dożylnie 3 — 5 cm.³ somnifenu, podczas gdy inne środki żadnego działania nie okazywały. Sen następował podczas lub wkrótce po wstrzyknięciu. (Bull. Soc. Obstetr. Juli 1932).

E. A b u r e l zastrzykuje do *ploxus lumbo - aorticus* 30 cm.³ 1% novocainy lub 1/2⁰/100 percainy w uporczywych *ymiotach ciężarnych*; wymioty ustępują wkrótce po zastrzyknięciu. (Bul., Soc. Obstetr. 1931, N. 1).

E. P u l a y osiągał dobre wyniki w przypadkach *fluor albus* podając witaminę D i A w połączeniu z wapniem, zmniejszając jednocześnie ilość spożywanego białka. (M. m. W. 1931, N. 41).

W przypadkach *bardzo ciężkiej błonicy*, odpornej na działanie surowicy przeciwbłonicy i środków nasercowych H. B e n e d i c t stosował z dobrym wynikiem transfuzję krwi w ilości 400 — 500 cm.³ (Kl. Wch. 1932, N. 37).

M u n g e n a s t poleca maść Lyssia jako środek zmniejszający ból i powodujący szybkie gojenie się *ran, opuzelin i odleżyn* (Zbl. Chirurg. 1932, N. 26).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

LVI posiedzenie naukowe z dnia 7 marca 1932 r.

Przewodniczący: W. Z a w a d o w s k i.

Sekretarz: W. S i t k o w s k i.

Obecnych 22.

1. K o c h a n o w s k i J. *Z kazuistyki wad rozwojowych kręgosłupa* (ukazuje się w druku).

Elektorowicz zwraca uwagę na nieprawidłową liczbę żeber po stronie prawej, gdzie widoczne jest jakby częściowe zlanie się dwóch żeber, rozwidlających się w dalszym ciągu.

W. Z a w a d o w s k i podkreśla ważne praktyczne znaczenie wad rozwojowych. Wadliwe tłumaczenie anomalji często pociąga terapię wadliwą. Jako przykład przytacza przypadek, o którym słyszał od ś. p. Prof. S a w i c k i e g o, dotyczący nierozpoznanej anomalji kręgosłupa, leczonej przez szereg lat, jako gruźlica kręgosłupa.

2. K r z e p i s z J. *Trzy przypadki zniekształcającego włóknienia kości czyli choroby Fageta* (patrz czasopismo „Medycyna” 1932).

Zniekształcające włóknienie kości jest cierpieniem przewlekłym występującym w wieku średnim lub późniejszym, które może zajmować pojedyncze lub mnogie kości, albo tylko pewne odcinki jednej kości. Etiologia tego schorzenia jest niejasna. Badaniem klinicznym stwierdzamy zawsze w chorobie tej zgrubienie, a bardzo często i zniekształcenie kości, co uwarunkowane jest rozluźnieniem warstwy korowej z przerostem lub też zanikiem beleczek kostnych i przemianą włóknistą szpiku. Tkaną kostną ulega zanikowi drogą rozszerzenia się kanałów V o l k m a n n a i H a v e r s a, wysysania zatokowego i odwapnienia. Obraz kliniczny zależy od stopnia rozwoju choroby i liczby zajętych kości, które mimo zgrubień łatwo ulegają urazom. Poziom wapna we krwi jest zawsze prawidłowy.

Trzy omawiane przypadki dotyczą dwóch kobiet i jednego mężczyzny.

1) Chory lat 69 przybył do II Klin. Chor. Wewn. U. W. z dolegliwościami ze strony jamy brzusznej, podając, że od 21 lat zauważył bardzo znaczne zwiększenie się obwodu czaszki, który obecnie wynosi 67 cm. (przedtem 57 cm.).

Na zdjęciach czaszki znaleziono sklepienie bardzo silnie zgrubiałe (w części potylicowej 4 cm). Błazki sklepienia miejscami tylko widoczne i o zatartej budowie beleczkowej. Warstwa śródkości szeroka i wyglądająca porowato. Czaszka posiada wygląd plamisty, zajęte są jej wszystkie kości za wyjątkiem żuchwy. Kręgosłup lędźwiowy na zdjęciach wykazuje małą wyrazistość trzonów, których budowa jest zatarta, a wygląd plamisty. Miednica również o zarysach lekko zamazanych, zwłaszcza w obrębie grzebieni biodrowych, które wyglądają, jakby pokryte mchem. Budowa kości miednicy wyraźnie pasmowata, o zgrubiałych beleczkach kostnych.

2) Chora lat 47, nigdy nie chorowała. Od dwóch lat zaczęła odczuwać bóle w lewym podudziu, które zlekka zaczęło się wyginać ku przodowi. Na zdjęciach stwierdzono zgrubienie i wygięcie piszczeli z zaznaczoną budową pasmowatą podłużnej warstwy korowej i wyraźne ukształtowaniami siateczkowato beleczkami warstwy gąbczastej.

3) Chora lat 79, nigdy również nie chorowała. Od dwóch lat zaczęła doznawać lekkich nerwobóli w pr. połowie twarzy i czoła. Wykonane zdjęcia czaszki wykazały zmiany takie same, jak w przypadku pierwszym, różnica zachodziła jedynie w stopniu i rozległości.

D y s k u s j a:

D r o z d o w i c z zaznacza cechy, różniące chorobę P a g e t a od przymiotu, zwłaszcza w kości piszczelowej, przewagę odwapnień w chorobie P a g e t a, zaś nadmierne uwapnienie w przymiocie; wygięcie kości w pierwszym wypadku, zaś zgrubienie w kształcie szablówym w drugim.

P t i c uważa, że na demonstrowanem zdjęciu choroby P a g e t a miednica przejawia zmiany przewapnienia dolnej części, a nie odwapnienia górnej (talerzy biodrowych); jako charakterystyczną cechę cierpienia podaje wysepkowate przewapnienie części dolnej.

Elektorowicz porównuje zmiany w czaszce w obrazie I i III, podkreśla w przypadku pierwszym przewagę nadmiernych uwapnień w stosunku do zmian odpowiadających włóknieniom, jakie widzimy w przypadku, tyjącym się 79 letniej kobiety, ze względu na jej wiek. Prelegent nie zajął stanowiska co do teorii unitarystycznej i dualistycznej choroby P a g e t a i torbielowato - włóknistego zwyrodnienia kości. Ostatnio niektórzy autorowie, opierając się na dodatnich wynikach leczenia, jakie otrzymywano po podawaniu witaminy D i wapnia, uważają oba te schorzenia za podobne, a nawet patogenetycznie identyczne, przebiegające jednak w odmiennych postaciach anatomicznych i radiologicznych.

Z a w a d o w s k i, nawiązując do słów prelegenta, który przytoczył, że chorzy musieli stale kupować coraz większe kapelusze, podaje jeszcze drugi objaw choroby P a g e t a tej samej kategorii: stałe skracanie spodni z powodu wyginania się i skręcania się długich kości kończyn dolnych.

3. Elektorowicz A. *Przypadek przetoki żołądkowo-kiszkowej, połączonej z ropniem podprzeponowym*. (Autoreferat).

Prelegent przedstawia zdjęcie chorego, który zgłosił się do II-giej Kliniki chorób wewnętrznych U. W. z powodu bardzo silnych bólów w podżebrzu lewym, z ciepłotą dochodzącą do 39.5°. W wywiadach chory podaje, że już od 4-cho lat odczuwa bóle w okolicy dolka podsercowego, występujące od czasu do czasu z przerwami, zwykle po spożyciu trudno strawnych pokarmów i trwające parę dni. Bólom towarzyszyły często nudności, wymioty i czkawka. Przed 2 laty wystąpił ostry napad bólów, o wiele silniejszy od poprzednich i trwał przez parę dni. Przed rokiem podobny atak powtórzył się. Ciepłota w czasie obu ataków dochodziła do 39°. Dziesięć dni przed przybyciem do kliniki, chory odczuł nagle bóle w okolicy podżebrzowej lewej,

równocześnie wystąpiły wymioty i czkawka, utrzymująca się przez parę dni. Ciepłota dochodziła wówczas do $39,5^{\circ}$. Bóle od czasu tego trwały stale, nasilając się nawet chwilami. Chory poza płynami niemożę przyjmować żadnych pokarmów, a wymioty powtarzają się często nawet po przyjęciu małych ilości płynów. Są one płynne, barwy żółtawej, smaku gorzkiego, nie cuchnące. Po przybyciu do kliniki chory uskarża się na znaczne osłabienie, czkawkę i bóle w okolicy dolka podżebrowego. Badanie podmiotowe wykazuje podupadłe odżywianie, ciepłota $37,8^{\circ}$, język suchawy. Płuca i serce bez zmian. Brzuch wzdęty, obmacywaniem stwierdza się zwiększone napięcie powłok brzusznych, zwłaszcza po stronie lewej. W cztery dni po przybyciu chorego wykonano badanie radiologiczne, które wykazało znaczne uniesienie ku górze przepony po stronie lewej, sięgające do 4-go żebra. Ponad przeponą widoczne jest jednolite zaciemnienie, pasmowato biegnące wzdłuż przepony, grubości około 2 cm. (*pleuritis diaphragmatica*). Rysunek płuc bez zmian, serce i śródpiersie przemieszczone nieco na prawo przez uniesioną przeponę. Pod przeponą po stronie lewej widoczny jest duży pęcherz powietrzny, wypełniony do połowy płynem, układającym się poziomo i przelewającym się w czasie poruszania chorego. Przeprowadzone następnie badanie żołądka wykazało, że opisany pęcherz powietrzny znajduje się poza nim i wywołuje tylko niewielkie przemieszczenie na prawo przeważnie w części wpustowej i środkowej. W dniu następnym wykonano badanie kieszek grubych przy zastosowaniu wlewu kontrastowego w celu określenia stosunku kieszek do tej zagadkowej jamy. Chory w czasie badania znajdował się w pozycji leżącej. Przechodzenie zawiesiny barytowej i wypełnianie się kieszek grubych obserwowano stale pod ekranem. Zawiesina barytowa, wypełniwszy odbytnicę, przechodziła swobodnie przez esicę i kışkę zstępującą, a zatrzymawszy się nieco dłużej w okolicy zgięcia śledzionowego, zaczęła następnie prawidłowo wypełniać poprzecznice. W czasie obserwacji pod ekranem zauważyliśmy nagle, że zaczyna się wypełniać zawiesiną kontrastową przestrzeń znajdująca się powyżej zgięcia śledzionowego, a odpowiadająca poprzednio opisanej jamie. Wobec zaszłych okoliczności przerwano natychmiast dalsze wlewianie pomimo to jednak przestrzeń ta wypełniała się coraz silniej. Ponieważ zaś chory nie odczuwał żadnych dolegliwości, obserwację prowadzono w dalszym ciągu. Płyn kontrastowy wypełnił jednolicie całą przestrzeń podprzeponową, sięgając od zewnątrz do bocznej ściany jamy brzusznej i zajmując tu największą przestrzeń. Po stronie prawej opisany cień ograniczony był brzegiem lewego płatu wątroby oraz przylegał do dużej krzywizny żołądka. W czasie tej obserwacji zauważyliśmy, że zaczyna wypełniać się płynem kontrastowym jakaś inna przestrzeń, znajdująca się na prawo i w dół pod opisany zbiornikiem płynu, powyżej zaś wypełnionej poprzecznicą. Dalsze badanie wykonane w pozycji stojącej, wykazało, że płyn znajduje się w żołądku i że podana doustnie treść kontrastowa zlewa się po dojściu do żołądka z płynem, który dostał się tam w czasie wlewanki kontrastowej. Wynik przeprowadzonego badania radiologicznego stwierdził więc niezbicie istnienie ropnia podprzeponowego, połączonego z jednej strony przetoką z kışką grubą w okolicy zgięcia śledzionowego, z drugiej zaś strony z żołądkiem. Dalsze badania przeprowadzone w kilka dni potem przy zastosowaniu wlewanki kontrastowej oraz częściowego wypełnienia żołądka, nie tylko potwierdziły poprzedni wynik, ale wykazały też miejsca samych przetok tak ze strony żołądka, jak też i kışki grubej (demonstracja zdjęć). Nakłucie wykonane od strony grzbietowej wykazało obecność cuchnącej ropy. Wobec powyższego stanu, przeniesiono chorego do I Kliniki chirurgicznej, gdzie prof. L e s n i o w s k i dokonał zabiegu operacyjnego, otwierając jamę brzuszną od przodu. Natrafiono jednak na silne zrosty tak, że nie udało się drogą tą dojść do ropnia, ranę zaszyto i wykonano drugie cięcie od tyłu z następczem wycięciem dwóch żeber. Drogą tą dostano się łatwo do ropnia, który opróżniono i wprowadzono sączki. Przebieg pooperacyjny był ciężki, z rany wydobywała się duża ilość ropy posokowej z kawałkami sformowanego kału. Po dwóch tygodniach stan chorego zaczął się zwolna poprawiać, z rany przestał wydzielać się kał, a ilość wydzieliny ropnej znacznie zmniejszyła się. Po miesiącu rana zaczęła się wypełniać ziarniną i zasklepiać. Po 4-ach miesiącach zamknęła się całkowicie. Wykonane wówczas badanie radiologiczne nie wykazało obecności płynu pod przeponą, a okolica ta wypełniona została obecnie przez jelita grube wzdęte gazami. Przepona po stronie lewej wykazuje nieznaczne tylko uniesienie ku górze, jest ona spłaszczona, zaś kąt przeponowo - żebrowy jest zaciemniony. Badanie kieszek grubych zapomocą wlewu kontrastowego wykazuje prawidłowe ich wypełnienie i położenie, przyczem w okolicy zgięcia śledzionowego nie stwierdza się żadnego utrudnienia w przechodzeniu płynu. Również przy badaniu radjolo-

gicznym żołądka stwierdzono nietylko zamknięcie poprzednio istniejącej przetoki, ale nie znaleziono nawet jakichkolwiek jej śladów; żołądek zaś nie przedstawiał żadnych zmian poza lekkiem przemieszczeniem go na prawo, prawdopodobnie wskutek wytworzonych zrostów. W opisanym przypadku tylko badanie radiologiczne było w stanie wykazać zaszłe zmiany i wskazać klinicyście odpowiednią drogę postępowania leczniczego. Również i wytłumaczenie powstania tych zmian chorobowych mogliśmy znaleźć w obrazie radiologicznym, przy uwzględnieniu wywiadów. Chory cierpiał od dłuższego czasu na wrzód żołądka, który w czasie pierwszych ataków najprawdopodobniej uległ przedziurawieniu. Zrosty, które następnie powstały wywołały przyrośnięcie okrężnicy do żołądka w okolicy zgięcia śledzionowego. Z czasem sprawa wrzodziejąca przeszła na okrężnicę, wywołując przetokę żołądkowo - jelitową. W czasie ostatniego ataku, który chory przeżył przed zgłoszeniem się do kliniki z nieznanych powodów nastąpiło przerwanie zrostów i połączenie żołądkowo - okrężnicowego, co w następstwie doprowadziło do wytworzenia się ropnia podprzeponowego i obrazu, jaki przedstawiłem poprzednio.

Przypadki przetok żołądkowo - jelitowych na tle wrzodu żołądka nie należą do rzadkości i cały szereg ich opisany został przez różnych autorów. W literaturze polskiej D r o z d o w i c z opisał podobny przypadek jeszcze w 1913 roku (*Medycyna i Kronika lekarska*). Przypadek przedstawiony wzbudza jednak szczególne zainteresowanie z powodu braku objawów klinicznych i oparcia całego rozpoznania li tylko na badaniu radiologicznym. Ciekawe i zastanawiające jest również w przypadku tym wyleczenie, które nastąpiło samoistnie, po otwarciu ropnia podprzeponowego.

4. K r y ś k i B. *Przedziurawienie wrzodu żołądka do śledziony.* (ukaze się w druku).

D r o z d o w i c z podkreśla trudności dokładnej lokalizacji w niektórych przypadkach przetok żołądkowo - jelitowych i zapowiada pokaz analogicznego przypadku.

K o c h a n o w s k i interpretuje obraz w przypadku K r y ś k i e g o, uzyskany w pozycji leżącej, w ten sposób, że mamy tu do czynienia z jamą regularnego kształtu o sztywnych ścianach, na której dnie zebrała się masa kontrastowa w postaci miseczki. Masa ta z góry przedstawia się oczywiście nie w postaci miseczki lecz owalu, otoczonego jasnym rąbkami, odpowiadającym bani powietrznej, zebranej nad ową miseczką. Obraz powyższy wyraźnie wskazuje, że jama jest kulista lub prawie kulista.

5. K r y ś k i J. *Przyczynę do badania śluzówki przełyku.*

O ile badanie śluzówki żołądka, dwunastnicy oraz jelit uzyskało sobie prawo obywatelstwa, oddając niewymownie cenne usługi w radjodiagnostyce chorób przewodu pokarmowego, o tyle badanie śluzówki przełyku jest u nas prawie że nie stosowane. Badania przełyku odbywają się u nas przeważnie za pomocą większych ilości papki, płynu kontrastowego oraz pigułek, a wnioski rozpoznawcze nasze wyciągamy na zasadzie obrazów radiologicznych otrzymanych z całkowitego odlewu przełyku. Największe znaczenie przypisujemy ubytkom, wstrzępieniom, uchyłkom i t. d. najmniej zaś wagi przywiązujemy jego śluzówce. Badaniem za pomocą pigułek kontrastowej jeszcze najczęściej udawało się uchwycić wczesne zmiany, tocące się w przełyku, które przy wypełnieniu jego większymi ilościami płynu lub papki, stawały się zupełnie niewidoczne lub mało widoczne. Trudności techniczne częściowo usprawiedliwiają dotychczasowy system badań: mam tu na myśli niemożność dokonania ucisku, niezbędną wysoce udoskonaloną aparaturę, pozwalającą na dokonanie zdjęć w drobnych ułamkach sekundy. Do badania śluzówki przełyku stosować można pastę S z w a r c a, składającą się z barytu, cukru i mleka. My jednak w naszej pracowni posługujemy się lacte, — lub neobarytem, podając go w minimalnych ilościach. Często 5 — 10 gr. wystarczy do otrzymania obrazu śluzówki. Śluzówka przełyku występuje wówczas w postaci czterech równoległych do siebie przebiegających fałdów, które, jak wiemy, przechodzą na krzywiznę małą żołądka. O celowości tego badania przekonać się można we wszystkich tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze sprawą chorobową, toczącą się poza obrębem przełyku i wywierającą w ten czy inny sposób ucisk na przełyk, zniekształcając jego odlew. B e r g i C h a o u l wprowadzili badanie śluzówki przełyku w każdym przypadku schorzenia jego, a w pracy wydanej przez A l b r e c h t a współpracownika B e r g a, badaniu śluzówki i obrazom patologicznym poświęcony jest cały dział. Do kategorii schorzeń przełyku zupełnie prawie u nas nieznanych, a jednak, jak okazuje się, względnie częstych, których uchwycenie zawdzięczamy wyłącznie badaniom śluzówki przełyku, należą drobne owrzodzenia oraz żylaki. Niestety nie posiadamy w naszym archiwum od-

powiednich przypadków. Natomiast pozwolę sobie pokazać Kołegom 2 przypadki, obydwa badane uprzednio już przez innych radiologów za pomocą całkowitego wypełnienia. W naszej pracowni dokonaliśmy badania śluzówki. W jednym i drugim przypadku wynik naszego badania różnił się od poprzedniego, a klinika potwierdziła słuszność naszych rozpoznań. Prelegent pokazuje zdjęcia dwu przypadków uciskowego zwężenia przełyku względnie gardzieli, które przedtem uważane były za raka przełyku.

Dyskusja:

M. Fłoksztumpf. W sprawie zdjęć przełyku, demonstrowanych przez kol. J. Kryniskiego, dotyczących przypadków przerzutów raka sutka do gruczołów pozagardzielowych, — pozwolę sobie dodać parę słów. Otóż przypadek ten dotyczy chorej lat 55, która w kwietniu r. u. zgłosiła się do chirurga z powodu obecności guza w okolicy prawego gruczołu sutkowego. Guz ten nie sprawiał żadnych dolegliwości, niepokoił ją tylko swoją obecnością i stałem powiększaniem się. Po stosowaniu maści, przepisanej przez jednego z kolegów, guz w sutku bardzo się zmniejszył, ale zjawily się gruczoloty w okolicy pachowej prawostronnej, które w październiku r. u. zmuszają chorą do zwrócenia się do chirurga. Zalecono wtedy naświetlanie promieniami X gruczołów pachowych. Radiolog w myśl tego zlecenia dwukrotnie naświetlał chorą. Okres ponasświetleniowy zbiega się z rozwojem silnego wyniszczenia pacjentki, zjawiają się obrzęki twarzy i szyi oraz trudności w przełykaniu pokarmów. Ponowne badanie przez jednego z kolegów oraz prześwietlenie przełyku doprowadzają do ustalenia rozpoznania raka przełyku. Z wyżej ustalonym rozpoznaniem pacjentka zjawia się u mnie w grudniu r. u. Badanie chorej wówczas wykazuje silne charactwo, osłabienie mięśnia sercowego, brak zmian wypukowych i wysłuchowych w płucach. Obrzęk twarzy i szyi miernego stopnia oraz obrzęk górnych kończyn. W głębi sutka prawego obwisłego wymacuje się guz twardy wielkości pestki wiśni, pod prawą pachą guzek podłużny wielkości śliwki, spłaszczony, nieruchomy, niebolesny przy obmacywaniu. Dołki nadobojczykowe obrzękłe, jednakże w głębi nic wyczuwa się żadnych stwardnień. Anamneza i badanie kliniczne nasunęło nam przypuszczenie obecności guza poza - przełykowego. Chorą skierowałem do powtórnego prześwietlenia do kol. J. Kryniskiego. Badanie radiologiczne nie wykazuje obecności jakichkolwiek guzów śródpiersia, natomiast badanie kontrastowe przełyku, jak już Koledzy wiedzą ze słów kol. Kryniskiego, wykazuje ucisk od zewnątrz na górną część przełyku. Badanie laryngologiczne, dokonane przez kol. Lewenfisa, potwierdza orzeczenie radiologa. Wycinek guza z sutka wykazuje; *carcinoma solidum*. Na zasadzie badań klinicznych ustaliłem rozpoznanie raka sutka z przerzutami w okolicę gruczołów poza - gardzielowych oraz z uciskiem na żyłę główną górną. Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że wykazuje, jak czasami stosunkowo mały guz pierwotny może dać rozległe przerzuty.

Przypadek ten powinien być również bardzo pouczający tak dla chirurga, któremu obecność guza w sutku u 55 letniej pacjentki winna była nasunąć podejrzenie nowotworu złośliwego, jak i dla radiologa, który nie powinien był naświetlać gruczołu pod pachą bez całkowitego zbadania i ostatecznego ustalenia rozpoznania.

Stankiewicz uważa sprawę, poruszoną przez prelegenta za bardzo ważną, gdyż dotychczasowe badania przełyku nie są wystarczające. Postrzeżone zarysy odlewu przełyku n. p., nie mogą być uważane za bezwzględnie upoważniające do rozpoznania nowotworu pierwotnego. W pewnym przypadku, rozpoznany jako nowotwór przełyku na zasadzie szybkiego postępującego zwężenia z zupełnie typowym obrazem nierównych ubytków cieniowych, badanie pośmiertne wykazało obecność w śródpiersiu dwóch gruczołów przerzutowych, uciskających z dwóch przeciwległych stron ścianę przełyku i powodujących zupełne zamknięcie światła. Żadnego przesunięcia przełyku nie było; brak było również charakterystycznych dla ucisku z zewnątrz równych odcisków na ścianie wypełnionego kontrastem przełyku. Pierwotną sprawą był rak oskrzela. Powikłanie sprawy wysiękiem opłucny nie pozwoliło ujawnić jakichkolwiek objawów radiologicznych, mogących naprowadzić na rozpoznanie na właściwą drogę. W podobnych przypadkach badanie śluzówki przełyku jest metodą niezastąpioną.

6. Sitkowski W. *Oleothorax*.

Prelegent pokazuje zdjęcie chorej, u której poraz pierwszy w Wiedniu przed paru laty zastosowano ucisk płuca za pomocą mieszanki oliwnej. Chora leczyla się przez szereg miesięcy w sanatorium pod Wiedniem. Stosowano wielokrotnie odmgę, lecz stan ogólny stale się pogarszał, chora ciągle gorączkowała. Zaproponowano wtedy pacjentce, która mało miała do stracenia, ucisk płuca za pomocą oliwy. Zabieg wyko-

nano i rzeczywiście stan ogólny poprawił się, objawy gruźlicy uspokoiły się. Chora była demonstrowaną w Tow. Lek. w Wiedniu. Obecnie po kilku latach wyszła za mąż i czuje się zupełnie dobrze. Na zdjęciach widzimy cień intensywny, który zajmuje całą objętość płuca od przepony do wierzchołka o jednakowym natężeniu na całej przestrzeni. Przy oddechu i zmianie położenia kształt zaciemnienia nie zmienia swej konfiguracji. Chorej chciano po paru latach usunąć oliwę, lecz nie udało się to mimo zastosowania wszelkich sposobów. Przypuszczam, że tutaj zachodzi proces podobny, jak i po zastrzyknięciu parafiny, która powoduje obfity rozrost tkanki łącznej.

Dyskusja:

Kochanowski: Przy *oleothorax* w połączeniu z odmgą i wysiękiem widać dwa poziomy płynu jeden z nich dolny, odpowiadający ograniczonemu od góry płynowi wysiękowemu, a drugi górny odpowiadający ciliwie; przytem górna warstwa (oliwa gomenolowa) bywa bardziej przejrzysta niż dolna.

Werkenthinówna: Obraz demonstrowany jest bardzo zbliżony do obrazu plomby i tak intensywnie nasycony, jak gdyby była dodana masa kontrastowa. Czy chora niema blizny na skórze, któraby potwierdziła przypuszczenie plomby.

Sitkowski wyjaśnia, że chora nie miała blizny pooperacyjnej. Do oliwy dodano prawdopodobnie jakiegoś środka kontrastowego.

PROTOKÓŁ

plenarnego posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych, które się odbyło w dniu 11 maja 1931 r. w Departamencie Służby Zdrowia, przyjęty na plenarnym posiedzeniu Państwowej Rady Zdrowia w dniu 30 maja 1932 r.

O b e c n i :

Członkowie i zastępcy:

Z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych: 1) Dr. Eugeniusz Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; 2) Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; z Państwowego Zakładu Higieny: Dr. Gustaw Szulc, Naczelny Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; z Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej: Bronisław Krakowski, Naczelnik Wydziału, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, Dr. K. Górski; z Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego: Dr. Stanisław Kopczyński, Naczelnik Wydziału; z Ministerstwa Komunikacji: Dr. Józef Kulessa; z Ministerstwa Przemysłu i Handlu: Stanisław Kwiatkowski, Radca ministerjalny, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; z Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego: Prof. Dr. Adam Czyżewicz, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; z Wydziału farmaceutycznego Uniwersytetu Warszawskiego: Prof. Dr. Bronisław Koskowski; z Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; z Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie: Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki, członek Państw. Naczelnej Rady Zdrowia; z Wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Poznaniu: Prof. Dr. Leon Padlewski, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; z Naczelnej Izby Lekarskiej: Dr. Stefan Mozołowski; ze Związku Miast: Dr. Józef Zawadzki, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; ze Związku Sejmików Powiatowych: Dr. Karol Orzechowski; z Ogólnopolskiego Związku Kas Chorych: Dr. Henryk Kluszyński, członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Członkowie powołani przez Ministra Spraw Wewnętrznych:

Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Dr. Przemysław Rudzki, Dr. Ryszard Kunicki, Dr. Bronisław Koszutski, dr. Antoni Tomaszewski, Dr. Mag. Jan Poratynski.

Rzecznawcy: Prof. Dr. Jerzy Modrakowski, Prof. Dr. Rapczewski.

Zaproszeni referenci: z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych: Dr. Franciszek Jarniński, Na-

czelnik Wydziału, Dr. Józef Kowalczewski, Naczelnik Wydziału, Dr. Henryk Pałester, Naczelnik Wydziału, Dr. Witold Przywieczerski, Naczelnik Wydziału, Dr. Jakób Sęczyński, Radca ministerjalny, Inż. Zygmunt Rudolff, kierownik referatu, Kazimierz Pröckl, Radca ministerjalny, Dr. Maria Skokowska-Rudolffowa, Radca ministerjalny, Dr. Leokadia Karpf, Radca ministerjalny, Marja Skórzewska, referendarz, Dr. Wiktor Borkowski, Inspektor lekarski w Komisarjacie Rządu, Inż. St. Zmigrod, Dyrektor Państw. Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie.

Zebrańie zaszczylił swoją obecnością P. Minister Spraw Wewnętrznych Dr. Felicjan Sławoj-Skłodowski. Przewodniczy Dr. Eugeniusz Piestrzyński. Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

P. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia otwiera czwarte plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Porządek dzienny zostaje przyjęty w brzmieniu następującem:

1) Zatwierdzenie protokołu posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, odbytego w dniu 28 kwietnia 1930 r.
2) Sprawozdanie z działalności Sekcji Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia:

a) Sekcji do spraw walki z chorobami wenerycznymi (ref. Dr. Wiktor Borkowski, Inspektor lekarski w Komisarjacie Rządu);

b) Sekcji do spraw walki z gruźlicą (ref. Skokowska-Rudolffowa, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych);

c) Sekcji do spraw walki z chorobami zakaźnymi (ref. Dr. Henryk Pałester, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych);

d) Sekcji do spraw walki z rakiem (ref. Dr. Sęczyński, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych);

e) Sekcji do spraw szpitalnictwa (ref. p. Pröckl, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych);

f) Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk (ref. Dr. W. Przywieczerski, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

3) Utworzenie sekcji do międzynarodowych spraw sanitarnych (ref. Dr. J. Sęczyński, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

4) Projekt nowelizacji ustawy z dnia 19 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 105 poz. 762) (ref. p. Wójcicki, referendarz w Min. Spraw Wewnętrznych).

5) Projekt ustawy o ratownictwie (ref. p. Dr. Sęczyński, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

6) Rewizja przepisów, normujących wyrób i obrót preparatów organoterapeutycznych (rozporządzenie z dnia 19 kwietnia 1923 r. Dz. U. R. P. Nr. 63, poz. 476). (ref. p. J. Podbielski, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

7) Sprawa walki z nadużyciem środków odurzających (ref. p. Mag. Sokolewicz, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

8) Sprawa dopuszczenia do obrotu jablek nakrapianych arsenem i jego związkami (ref. p. Dr. Kowalczewski, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych).

9) Wolne wnioski.

1. Przyjęto bez poprawek protokół posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 28 kwietnia 1930 r.

2. Sprawozdania z działalności Sekcji Państwowej Rady Zdrowia z czas od 28 kwietnia 1930 r. do 11 maja 1931 r.

Sprawozdanie z działalności Sekcji do zwalczania chorób wenerycznych (posiedzenie tej Sekcji odbyło się dnia 22 października 1930 r.).

Dr. Borkowski, inspektor lekarski, w sprawozdaniu swem uzasadnia potrzebę koordynacji między państwem i samorządem w dziedzinie zwalczania chorób wenerycznych. Proponuje, aby Związek Przeciwweneryczny nadał kierunek koordynacyjny całej akcji przeciwwenerycznej.

Prof. Dr. Ciechanowski znajduje, iż w danym wypadku występuje jako czynnik koordynacyjny Sekcja Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia; egzekutywa należy do Rządu, wobec czego mówca wypowiada się przeciwko projektowi Dr. Borkowskiego, gdyż nie widzi potrzeby odstąpienia części agend Związkowi Przeciwwenerycznemu.

Dr. Koszutski zwraca uwagę na konieczność wydania ustawy przeciwwenerycznej, która będzie stanowić podstawę całej akcji przeciwwenerycznej.

Dr. Piestrzyński wyjaśnia, iż na samorządy w obecnej chwili nie można nakładać nowych ciężarów, co do pewnego stopnia powoduje zwłokę w wydaniu ustawy przeciwwenerycznej.

Dr. Kłuszyński informuje o zarządzeniach, które wydał Ogólno - Państwowy Związek Kas Chorych w walce z kiłą. Kasy Chorych dążą do prowadzenia ewidencji chorych wenerycznie oraz do racjonalnego leczenia tych chorych.

Sprawozdanie Sekcji do spraw szpitalnictwa. (Posiedzenie tej Sekcji odbyło się w dniu 25 czerwca 1930 r.).

Referuje p. Pröckl, Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, który zaznacza, iż najważniejsze postulaty Sekcji znalazły swój wyraz w odnośnych postanowieniach rozporządzenia wykonawczego do rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 362), a mianowicie dotyczące podziału szpitala na klasy; ponadto zgodnie z dezyderatami Sekcji dodano postanowienie o jednorocznej praktyce szpitalnej.

Dr. Koszutski zwraca uwagę na sprawę praktykantów, gdyż dotychczas sprawa ta budziła pewne nieporozumienie; praktykantów należy kształcić i nie wolno uważać ich za pracowników.

Dr. Piestrzyński wyjaśnia, iż zmiana rozporządzenia wykonawczego wyżej omawianego nie byłaby wskazana.

Sprawozdanie Sekcji do zwalczania gruźlicy. (Posiedzenie Sekcji odbyło się dnia 15 października 1930 r.).

Dr. Skokowska-Rudolffowa podaje etapy walki z gruźlicą:

1) popieranie wszelkich poczynąć akcji przeciwgruźliczej,
2) organizowanie całego kompleksu wojewódzkich organizacji przeciwgruźliczych,

3) przygotowanie personelu do instytucji przeciwgruźliczych,

4) organizacja zakładów przeciwgruźliczych.

Obecnie coraz większe znaczenie zaczyna posiadać metoda zabiegów terapeutycznych. Ostatnia konferencja w Oslo wprowadziła nowe zasady w zwalczaniu gruźlicy. Nad wysunięciem postulatami Sekcja dyskutowała na ostatnim posiedzeniu.

Dr. Piestrzyński zaznacza, iż część tych wskazań była już stosowana w życiu, samorządy obecnie rozbudowują te przychodnie.

Dr. Kłuszyński zaznacza, iż zainstalowaniem nowego systemu budownictwa sanatoryjnego w Anglii, który obecnie jest już stosowany przez Związek Kas Chorych. O ile dokonane próby wykażą dodatnie rezultaty, będzie to znacznym potaniem kosztów leczenia gruźlicy.

Dr. Zaważka podkreśla, iż najważniejszą kwestją jest kwestja mieszkaniowa; mówca wnosi o powzięcie następującej uchwały:

„Państwowa Naczelna Rada Zdrowia na posiedzeniu w dn. 11 maja 1931 r. stwierdza, iż walka z gruźlicą oraz chorobami zakaźnymi wogóle jest wysoce utrudniona skutkiem panującego głodu mieszkaniowego i w znacznej mierze byłaby ułatwiona przez rozstrzygnięcie sprawy mieszkaniowej w miastach i dostarczenie zdrowych mieszkań szerokim warstwom ludności”.

Wniosek powyższy został uchwalony.

Sprawozdanie z Sekcji do zwalczania chorób zakaźnych. (Posiedzenie Sekcji odbyło się w dniu 8 października 1930 r.).

Referuje Dr. Pałester, Naczelnik Wydziału, który zaznacza, iż nastąpił spadek chorób zakaźnych, nie tylko ospy, ale i tyfusu brzuszkiego, czerwoności i zapalenia opon mózgowych.

Natomiast w tym czasie nastąpił wzrost chorób zakaźnych dziecięcych, a to płonicy, błonicy i odry. W bieżącym roku zastosowano po raz pierwszy na nieco większą skalę szczepienia zapobiegawcze przeciw tyfusowi plamistemu Prof. Dr. Veigla, jednakże wobec małej ilości wyprodukowanej szczepionki ograniczono się narazie tylko do zaszczepienia personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i dezynfekcyjnego, a więc osób, które są na zakażenie się tyfusem plamistym najbardziej narażone. Na 400 takich osób szczepionych był tylko jeden przypadek zapadnięcia na tyfus plamisty o bardzo łagodnym, prawie pozornym przebiegu.

W sprawie pracowni analitycznych, która to sprawa była również rozpatrywana na posiedzeniu Sekcji z dnia 8 października 1930 r., mówca zaznacza, iż sprawa ta nie jest jesz-

cze unormowana ustawodawstwem polskim, albowiem nadal obowiązują przepisy państw zaborczych. W związku z tem Państwowa Szkoła Higieny urządziła kurs dla lekarzy, chemików, farmaceutów i przyrodników celem ich przeszkolenia.

Prof. Dr. Ciechanowski zabiera głos w sprawie szczepionek Prof. Dr. Veigla i uważa za wskazane poczynienie starań celem zainteresowania zagranicy tym wielkopomnym wynalazkiem; ponadto porusza sprawę ziarnicy złośliwej i stawia w tej sprawie następujący wniosek:

„Wobec wyraźnego przyrostu przypadków ziarnicy złośliwej (*lymphogranulomatosis*), która jest niewątpliwie chorobą zakaźną, chociaż o nieznanym zarazku, wkraczającą do ustroju przez przewód pokarmowy lub oddechowy, należy wziąć w rachubę obowiązek donoszenia o przypadkach tej choroby”. Wniosek powyższy przekazać Sekcji chorób zakaźnych.

Wniosek ten zostaje uchwalony.

W sprawie pracowni analitycznych Prof. Dr. Ciechanowski, Prof. Dr. Sieradzki i Dr. Koszutski zgłaszają następujące wnioski:

1) Sekcja zwalczania chorób zakaźnych sprecyzuje, jakie kursy specjalne i jakie egzaminy mają przechodzić kandydaci na kierowników pracowni, także lekarze.

2) Badania hematologiczne, histopatologiczne i sadowo-lekarskie muszą być zastrzeżone wyłącznie specjalistom-lekarzom, badania zaś bakteriologiczne w pierwszym rzędzie.

3) Pracownie analityczne nie powinny przyjmować analiz wprost od pacjentów, lecz tylko na zlecenie lekarza ordynującego.

Zebranie uchwaliło przekazać wnioski do rozpatrzenia Sekcji.

Prof. Dr. Padlewski porusza kwestję zaopatrzenia ludności w zdrowe mleko.

Dr. Kłuszyński wskazuje, iż wszystkie Kasy Chorych objęte są nakazem, aby wstawiały do swoich budżetów osobne kredyty na szczepienia ochronne.

Prof. Dr. Padlewski wypowiada się przeciwko ograniczeniu chorego, dotyczącego kierowania do analizy materiału jedynie przez lekarza.

Dr. Mozołowski zabiera głos w sprawie propagandy zagranicznej, zaznaczając, iż Naczelna Izba Lekarska zamierza w szczyplym zakresie prowadzić propagandę zagraniczną.

Prof. Dr. Ciechanowski w tej sprawie zaznacza, iż Akademia Krakowska stworzyła Wydział lekarski i prosi, aby wszystkie dzieła lekarskie były skierowywane do Akademii Umiejętności.

Sprawozdanie z Sekcji do zwalczania raka.

Referuje Dr. Sęczyński, Radca ministerjalny.

Sekcja zwalczania raka na posiedzeniu, odbytem w dniu 17 września 1930 r., w wyniku przeprowadzonej wyczerpującej dyskusji nad sprawą opracowania ustawy przeciwrakowej doszła do wniosku, że opracowanie rzeczowej ustawy nie jest aktualne. Zachodzi tu bowiem brak uzasadnienia naukowego do wydania jakiegokolwiek nakazu lub zakazu co do stosowania pewnych środków ochronnych przeciw szerzeniu raka, zwążywszy, że istota komórki rakowej nie jest dotychczas wyjaśniona, a w szczególności, że nie zostało ustalone, czy chodzi tu o etiologię zakaźną, lub dziedziczną, drażnienia, lub dżięty.

Przeto należy szukać innych dróg, pozwalających ująć praktycznie zagadnienie zwalczania raka w oparciu o zasady naukowe chwili obecnej oraz o możliwości materialne i osobowe, na które możemy liczyć.

Celem opracowania dotyczących wytycznych wyłoniła Sekcja ze swojego grona specjalną Komisję, do której weszli p. p. Prof. Dr. Czyżewicz, Doc. Dr. Sterling-Okuniewski, a z ramienia Ministerstwa Dr. Sęczyński.

Komisja ta zebrała się 2 kwietnia r. b. i podała sprawę zwalczania raka szczegółowemu rozpatrzeniu, dochodząc do następujących wyników:

Walka z rakiem ma podstawie obecnego stanu nauki powinna polegać na jak najdalej idącym ułatwieniu względnie przyspieszeniu rozpoznania choroby i jej leczenia. Działalność ta powinna iść w parze z uświadomieniem społeczeństwa co do uleczalności raka w okresie wczesnym jego rozwoju.

W celu nadania planowości dotyczącej akcji należy dążyć do uzyskania możliwie dokładnych danych statystycznych, któreby rzuciły światło na geografję raka w Polsce, uwidoczniając okolice, w których choroba ta występuje liczniej.

Będąc w posiadaniu wiadomości o okolicach, wykazujących większe nasilenie liczbowe co do zapadania na raka, należałoby w tych okolicach, w oparciu przedewszystkiem o szpitale publiczne, lub inne nadające się ku temu zakłady lecznicze, urządzić stacje rozpoznawcze lub rozpoznawczo - lecznicze,

rozporządzające kilkoma łózkami i wyposażać zakłady te w aparaty Rentgena, ewentualnie również w siły operacyjne.

Przyjmuje się, że bardzo łatwe do rozpoznania i leczenia przypadki będą załatwiane wprost przez lekarza praktykującego. Przypadki, co do których rozpoznanie lub leczenie wymaga zabiegów, niemożliwych do wykonania na miejscu, lekarz praktykujący kierować będzie do stacji przeciwrakowej.

Przypadki wreszcie, aczkolwiek uleczalne, z któremi wszelako stacja nie jest w stanie uporać się czy to z przyczyny, że wymagają stosowania radu, którego stacja nie posiada, czy to z przyczyny ich usadowienia, utrudniającego leczenie, lub z innych powodów, należałoby kierować do klinik uniwersyteckich albo do specjalnych zakładów rakowych. W ten sposób kliniki uniwersyteckie i specjalne zakłady rakowe otrzymywałyby materiał przebrany i stawałyby się ogniskami badań naukowych nad zagadnieniem raka.

Dla przypadków nieuleczalnych gminy powinny prowadzić przytułki.

Miasta uniwersyteckie, posiadające w odpowiedniej liczbie zakłady lecznicze i zabiegawcze, więc poradnie, przychodnie i szpitale, liczące każdy po kilka łóżek dla chorych, dotkniętych rakiem, dają wszelkie możliwości sprawnego funkcjonowania planowej akcji przeciwrakowej. W szczególnej mierze dotyczy to miast, będących siedzibą specjalnych zakładów rakowych badawczo - leczniczych. Wymagane jest tylko szarmonizowanie tych wysiłków.

Co do Warszawy plan takiej harmonijnej współpracy ułożony zostanie przez Polski Komitet zwalczania raka. Plan ten będzie ewentualnie mógł posłużyć za wzór dla wdrożenia analogicznych akcji w innych naszych miastach uniwersyteckich z odchyleniami, podyktowanymi przez warunki lokalne.

Wreszcie Komisja oświadczyła się za tem, ażeby narazie, wobec szczupłości funduszy, przeznaczonych na walkę z rakiem, wszelkie te fundusze użyte zostały w celu dokonania będącej w toku budowy Instytutu Curie - Skłodowskiej w Warszawie i przyspieszenia uruchomienia tego instytutu.

Zebranie uchwaliło wniosek treści następującej:

„Naczelna Rada Zdrowia przyjmując do wiadomości sprawozdanie Sekcji do zwalczania raka z odbytych narad, celem ustalenia planu prowadzenia dotyczącej walki, i przylączyła się do przedstawionych w tym względzie przez Sekcję do zwalczania raka wniosków”.

Sprawozdanie Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk. (Posiedzenie Sekcji odbyło się w dniu 12 listopada 1930 r.).

Referuje Dr. Przywieczerski, Naczelnik Wydziału.

Sekcja zastanawiała się nad naukowem badaniem wód mineralnych i doszła do wniosku, iż należy stworzyć instytut balneologiczny; organ taki z natury rzeczy winien mieć charakter fachowy, oraz posiadać pewien fundusz. Sekcja uchwaliła powyższą zasadę z prośbą, aby Departament Służby Zdrowia doszedł do wniosku, że fundusz uzdrowiskowy może być stworzony z funduszu eksportowego.

Prof. Dr. Ciechanowski stwierdza, iż opłaty mogłyby stworzyć fundusz uzdrowiskowy.

Dr. Kłuszyński zabiera głos w sprawie protokołu posiedzenia Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk z dnia 12.XI.1930 r. Kasy Chorych nie mogą stosować wód mineralnych, bo wody nasze są za drogie, należałoby używać mechaniczne napełnianie butelek.

Prof. Dr. Sieradzki wskazuje, iż w protokole posiedzenia Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk zaznaczono, iż bardzo wiele wód nie posiada dostatecznych analiz. Należy temu zapobiec, choćby w drodze rozporządzenia, nakazującego, by najdalej do roku zdrojowiska krajowe przedłożyły wynik badania wody zdrojowej według nowoczesnych metod naukowych.

Prof. Dr. Gantkowski zaznacza, że dla podkreślenia naszych uzdrowisk należy robić wizje lokalne, a to ze względu na propagandę.

Pkt. 3. Utworzenie Sekcji do miedzynarodowych spraw sanitarnych.

Referuje Dr. Sęczyński, który uzasadnia konieczność utworzenia Sekcji do miedzynarodowych spraw sanitarnych.

W wyniku dyskusji uchwalono utworzyć wymienioną wyżej Sekcję w składzie następującym:

1) Dr. Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia. 2) Dr. Chodźko, Dyrektor Państwowej Szkoły Higieny. 3) Dr. Borzęcki, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Komunikacji. 4) Dr. Szulc, Naczelny Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny. 5) Delegat Uniwersytetu Warszawskiego (Wydział lekarski).

Kooptowani: 1) Prof. Dr. W. Orłowski.

2) Doc. Dr. Ludwik A n i g s t e i n. 3) Dr. K o w a l c z e w s k i, Naczelnik Wydziału w Min. Spraw Wewnętrznych. 4) Dr. P a l e s t e r, Naczelnik Wydziału w Min. Spraw Wewnętrznych. 5) Dr. S ę c z y c, Radca ministerjalny w Min. Spraw Wewnętrznych. 6) Dr. H i r s z f e l d, Dyrektor Działu P. Z. H. 7) Dr. B i a ł o k u r. 8) Dr. Z a w a d z k i. 9) Delegat Ministerstwa Spraw Zagranicznych. 10) Delegat Ministerstwa Przemysłu i Handlu (Departament Morski). 11) Delegat Ministerstwa Spraw Wojskowych (Marynarka wojenna). 12) Delegat Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej (Urząd Emigracyjny). 13) Delegat Ligi Morskiej i Kolonjalnej.

Pkt. 4. U s t a w a o p r a k t y c e l e k a r s k i e j. Posiedzenia Sekcji odbyły się w dn. 29 października, 19 listopada, 10 grudnia 1930 r. oraz 21 stycznia i 11 marca 1931 r.

P. W o j n a r s k i zreferował projekt ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, motywując zmiany i uzupełnienia.

Po otwarciu dyskusji przez przewodniczącego, rozpatrywano kolejno zmiany w poszczególnych artykułach.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i uznał projekt ustawy, a w szczególności definicję praktyki lekarskiej, za zupełnie zadowalniający stan lekarski za wyjątkiem niektórych drobnych poprawek.

W art. 1 pkt. a proponuje skreślić „i uprawnionym technikiem dentystycznym”.

Pkt. b, dotyczący felcerów, proponuje przenieść na koniec ustawy do przepisów przejściowych.

Dr. M o z o ł o w s k i stawia wniosek odroczenia rozpatrywania projektu niniejszej ustawy do czasu opracowania ustawy o Izbach Lekarskich, jako ściśle ze sobą wiążących się.

Prof. Dr. C z y ż e w i c z oponuje i podkreśla, że ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej dojrzała, że ustawa o Izbach Lekarskich obowiązuje i w razie oddzielnego uchwalenia ustawy o praktyce lekarskiej nie zaistnieje luka, oraz że zupełnie możliwe i wskazane jest jak najrychlej wydać nową ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej, i stawia wniosek o rozpatrzenie ustawy przez Radę.

Wniosek Dr. M o z o ł o w s k i e g o Państwowa Naczelna Rada Zdrowia większością głosów odrzuciła.

Ponadto Dr. M o z o ł o w s k i podkreślił, że przez opuszczenie w ustępie ostatnim artykułu pierwszego zdania, stwierdzającego, że do współdziałania w wykonywaniu ustawy są powołane Izby Lekarskie, a figurujące w danej ustawie, istnienie Izb Lekarskich zostaje zawieszane.

Prof. Dr. S i e r a d z k i wskazuje na trudność definicji praktyki lekarskiej i określa partactwa lekarskiego. Mówca proponuje taksatywnie wymienić w ustawie punkty, przy istnieniu których partactwo lekarskie zaistnieje, a opierające się na faktach zarobkowości, częstotliwości i powszechności tego zjawiska.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i oponuje i popiera swoje poprzednie stanowisko.

Dr. Z a w a d z k i nie widzi możliwości znalezienia lepszej definicji od tej, którą projekt podaje.

Pułk. Dr. J a c e w s k i stawia wniosek oddania nadzoru nad praktyką lekarską nad osobami wojskowymi w wojsku Ministrowi Spraw Wojskowych.

Dr. Z a w a d z k i oponował, uważając za konieczne utrzymanie jednolitego nadzoru nad praktyką lekarską w całym państwie. Wyłamywanie się wojska może pociągnąć za sobą postawienie równie słusznych żądań przez inne Ministerstwa, co by się niewątpliwie niekorzystnie odbiło w życiu codziennym i stworzyłoby chaos w tej dziedzinie.

Prof. Dr. C z y ż e w i c z całkowicie przyłączył się do wywodów poprzednika.

Pułk. Dr. J a c e w s k i podtrzymuje nadal swój wniosek, obalając zarzuty przeciwników tem, że Ministerstwo Spraw Wojskowych pracuje w zupełnie innych warunkach od pozostałych Ministerstw.

W głosowaniu przyjęto poprawkę Prof. C i e c h a n o w s k i e g o odnośnie skreślenia w pkt. „a” i uprawnionych techników dentystycznych”, i Dr. M o z o ł o w s k i e g o co do przywrócenia ustępu o współdziałaniu przy wykonywaniu ustawy Izb Lekarskich. Pozostałe wnioski odrzucono.

D o a r t. 2.

Prof. Dr. S i e r a d z k i proponuje skreślenie pkt. d, jako negatywnego.

P. W o j n a r s k i oponuje, jak również Dr. Z a w a d z k i wypowiada się za brzmieniem projektu ministerjalnego.

D o a r t. 4.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i proponuje skreślić pkt. b ze względu na nostryfikację. Ewentualnie należałoby wszystkie wyjątki szczegółowo wymienić.

D o a r t. 6.

Prof. Dr. S i e r a k o w s k i wnosi o skreślenie ust. 1 i 2 art. 6, uważając, że w czasach pokoju nie zachodzi konieczność umieszczenia tych postanowień.

Po przeprowadzonej dyskusji ostateczną redakcję art. 6 pozostawiono do uzgodnienia Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia).

D o a r t. 8.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i proponuje dodać po wyrazach „po wysłuchaniu opinii Naczelnej Izby Lekarskiej” wyrazy: „i Wydziałów lekarskich w porozumieniu z Ministerstwem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego”.

Prof. Dr. C z y ż e w i c z podkreśla, że Wydziały lekarskie Uniwersytetów polskich winny mieć głos narówni z Izbą Lekarską.

Dr. K o s z u t s k i wypowiada się za skreśleniem ustępu ostatniego art. 8; wniosek Dr. K o s z u t s k i e g o zostaje przyjęty.

D o a r t. 9.

Mag. Dr. Jan P o r a t y ń s k i wypowiada się za skreśleniem: „sprzedaży środków leczniczych” ze względu na to, że ustawa traktuje o wykonywaniu praktyki lekarskiej i postanowienie to nie jest odpowiednio umieszczone. Mówca proponuje wykreślić wyraz: „sprzedaż” i dodać: „jako czynnik decydujący Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne”.

W wyniku dyskusji, w której biorą udział Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i, proponujący dodanie wyrazów „z wyjątkiem w prasie fachowej lekarskiej”, Prof. Dr. C z y ż e w i c z, wypowiadający się przeciwko umieszczeniu „Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego”, art. 9 zostaje przyjęty w brzmieniu proponowanym.

D o a r t. 12.

Prof. Dr. C z y ż e w i c z wypowiada się do pkt. d art. 12, zaznaczając, że należy dodać: „z wyjątkiem, kiedy osoba leczylą się u niego prywatnie”, gdyż obecna stylizacja jest sprzeczna ze stanowiskiem, zajętem przez Sekcję administracyjną.

Prof. Dr. S i e r a d z k i zaznacza, że obecna procedura karna nie uwalnia lekarza jako świadka przed składaniem zeznań, wobec czego zachodzi konieczność znalezienia procedury karnej, ewentualnie wstawienia do tej ustawy postanowień, któreby dawały możliwość lekarzowi nieświadczania przed sądem.

Prof. Dr. C z y ż e w i c z podkreśla, że lekarze winni być zwolnieni od obowiązku składania zeznań, jak są zwolnieni adwokaci.

Prof. Dr. S i e r a d z k i znajduje, iż byłoby wskazane umieścić w projektowanej ustawie wszystkie postanowienia, które odnoszą się do wykonywania zawodu lekarskiego.

D o a r t. 13.

P. Mag. Dr. P o r a t y ń s k i zaznacza, iż ustawa o praktyce lekarskiej zeznają się o ustawę aptekarską, wobec tego należałoby dodać, iż lekarz, posiadający dyplom aptekarza, nie może występować jako aptekarz, przyczem należałoby dodać postanowienie treści następującej: „łączenie tych czynności może nastąpić w drodze indywidualnych uprawnień”.

Prof. Dr. C i e c h a n o w s k i wypowiada się przeciwko wnioskowi p. Mag. P o r a t y ń s k i e g o.

Art. 13 zostaje przyjęty w brzmieniu proponowanym.

A r t. 19.

Dr. K ł u s z y ń s k i znajduje, że w postanowieniach tego artykułu brak jest postanowień, dotyczących instytucji ubezpieczeń społecznych.

Prof. Dr. S i e r a d z k i wnosi o skreślenie ustępu ostatniego art. 19.

Dr. M o z o ł o w s k i wypowiada się przeciwko wnioskowi Dr. K ł u s z y ń s k i e g o.

Dr. K o s z u t s k i zapytuje, dlaczego samorządowe stanowiska mają być wykluczone. Należy wykreślić wyrazy „i samorządowe”, państwowo zostawić.

Wniosek co do skreślenia wyrazów „i samorządowe” został przyjęty większością głosów.

A r t. 20.

Dr. P o r a t y ń s k i proponuje dodanie postanowień, któreby wyraźnie zaznaczały, iż w praktyce lekarskiej nie należy używać takich środków leczniczych, które nie są dopuszczone do obrotu w Państwie Polskiem.

Dr. M o z o ł o w s k i wypowiada się przeciwko podobnym postanowieniom.

Przewodniczący, reasumując wyniki dyskusji, zaznacza, iż projekt ustawy został przez plenarne posiedzenie przyjęty.

Sprawa dopuszczenia do obrotu jabłek, nakrapianych arsenem i jego związkami. — Referuje Dr. Kowalczewski, Naczelnik Wydziału.

Brak jabłek produkcji krajowej w wyniku ostrej zimy 2 lata temu spowodował w końcu u. r. wzmożony import tego artykułu żywności z poza granic kraju, mianowicie ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Import ten rozpoczął się w listopadzie 1930 r. i trwał do dnia 1 maja r. b., t. j. do dnia prekluzyjnego.

Zbadana próba jabłek, pobrana z jednego z pierwszych transportów, w Państwowym Zakładzie badania żywności w Warszawie wykazała zawartość arsenu w skórkach jabłek.

Ministerstwo zmuszone było zająć przeto stanowisko w tej sprawie. Prowizorycznie została ustalona, jako najwyższa dopuszczalna zawartość arsenu, w 1 kg. jabłek na do 1 mg. (w przeliczeniu na arsenik), biorąc za podstawę normę angielską.

Dr. Piestrzyński prosi Sekcję o wypowiedzenie się w tym kierunku — import jabłek obecnie już skończył się, ale chodzi o to ustalenie zasad, jakimi należy się kierować w przyszłości.

Prof. Dr. Modrakowski wypowiada się przeciwko wypuszczeniu kwestionowanych jabłek do obrotu, gdyż normy arsenu trudno jest ustalić, a bywają różne idiosynkrazje — ewentualnie jako maksymalną normę należy ustalić na 1 mg.

Prof. Dr. Ciechanowski podtrzymuje wniosek Prof. Modrakowskiego co do zupełnego zakazu wwozu jabłek, nakrapianych arsenem.

Dr. Zawadzki uzasadnia negatywne stanowisko do wwozu jabłek arsenowych, natomiast przemawia za wwozem owoców południowych.

W zakończeniu dyskusji przyjęto wniosek następujący: „Zważywszy, że spożywanie owoców, zawierających związki arsenu, może być wysoce szkodliwe dla zdrowia, Państwowa Naczelną Radą Zdrowia zwraca się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o wydanie całkowitego zakazu wprowadzania do obrotu dla spożycia owoców i przetworów owocowych, zawierających jakiekolwiek ilości związków arsenu oraz owoców i przetworów owocowych, zawierających inne związki trujące, natomiast prosi o spowodowanie ułatwienia dowozu owoców południowych”.

Pkt. 5. Projekt ustawy o ratownictwie zostaje zdjęty z porządku dziennego.

Pkt. 6. Projekt rozporządzenia o preparatach organoterapeutycznych. Referuje p. Podbielski, Radca ministerjalny, podkreślając główne zmiany projektu w stosunku do poprzedniego rozporządzenia, a mianowicie:

1) uzyskiwanie zezwoleń na wypuszczanie do obrotu organopreparatów,

2) oznaczanie zmian na opakowaniach niektórych organopreparatów,

3) umieszczanie daty wyrobu na opakowaniach, i prosi o wypowiedzenie się co do mieszanek preparatów organoterapeutycznych.

Państwowa Naczelną Radą Zdrowia wypowiedziała się, aby zamiast umieszczania na opakowaniach daty wyrobu, umieszczać datę ważności i aby nie zezwalać na mieszanek organopreparatów.

Pkt. 7. Sprawa walki z nadużyciem środków odurzających — uchwalono odesłać do Sekcji farmaceutycznej.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński w zakończeniu obrad zaznacza, iż istnieje uzasadniona dążność do scalenia w jednym Towarzystwie Higienicznym poszczególnych towarzystw, mających zadania higieniczne na względzie, wobec czego mówca wnosi o przyjęcie następującej uchwały.

„Państwowa Naczelną Radą Zdrowia uważa za bardzo wskazane poczynania w Towarzystwie Higienicznym w kierunku scalenia w jednym towarzystwie wszystkich towarzystw, mających na celu walkę z chorobami społecznymi, propagandę higieny, opiekę nad dziećmi i t. p.”

Wniosek powyższy został uchwalony.

Na powyższym posiedzeniu zakończono.

Przewodniczący: Dr. Piestrzyński.

Sekretarz: H. Rawicz-Szczerba.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego we Frankfurcie nad Menem z dnia 4 kwietnia 1932 r. (Klin. Wschr. N. 31, 1932) poruszał R. Spiegler zagadnienia *którego podczas ciąży*. Na podstawie materiału klinicznego stwierdził prelegent, że od czasu wprowadzenia systematycznego badania serologicznego wszystkich rodzących obniżyła się kiła na klinice z 7,25% do 3,3%. Dalej udało się ustalić liczbowo, że kiła nie pozostaje w związku przyczynowym z powtarzającymi się poronieniami, związek taki natomiast udało się ustalić między kiłą a porodami przedwczesnymi, a przedewszystkiem porodami martwych płodów. Referent domaga się systematycznego leczenia podczas ciąży wszystkich kobiet, które przechodziły kiedykolwiek kiłę, nawet jeżeli odczyn Wassermana jest ujemny, z powodu groźby powtórzenia kiły przez ciążę. Leczenie powinno się rozpoczynać możliwie jak najwcześniej, zanim jeszcze nastąpi zakażenie płodu. Zdrowe ciężarne znoszą dobrze prawidłowo prowadzone leczenie, jeżeli uwzględnia się zmienione warunki fizjologiczne (nie należy dawać dawki naraz, dostatecznie duże przerwy pomiędzy poszczególnymi zastrzyknięciami). Co się tyczy serologicznych odczynów kilowych, to w ostatnich latach dzięki pracom Laubenhaimera zrobiono tak wielkie postępy, że serologiczne odczyny kilowe są dzisiaj podczas ciąży bezwzględnie pewne i to zarówno we krwi żyłnej, jak i pozaożyskowej, szczególnie znaczenie dla praktyki posiadają właśnie te ostatnie. Na Klinice Seitz'a obliczają liczbę mylnych wyników na 0,45% (nieswoiste odczyny), gdyż we wszystkich wątpliwych przypadkach wskazane jest powtórzenie odczynu. Referent zwraca wreszcie uwagę na możliwość powtórzenia oraz późnej prowokacji kiły przez ciążę.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Giesseń z dnia 16 lutego 1932 r. (Klin. Wschr. N. 31, 1932) pokazywał J. Esser nowe szkła kontaktowe Heinego firmy Zeiss. U jednego pacjenta z krótkowzrocznością = 3,5 D osiągnięto po nałożeniu odpowiednich szkieł kontaktowych całkowitą ostrość wzroku. Noszenie szkieł kontaktowych przy dobrej woli znosi większość ludzi po pewnym czasie zupełnie dobrze. Żadnego szkodliwego wpływu noszenia szkieł kontaktowych dotąd nie spostrzegano.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Hamburgu z dnia 22 marca 1932 r. (Klin. Wschr. N. 32, 1932) mówił K. Orbach o *leczeniu hormonami sercowymi*. Leczenie farmakologiczne duszniczy bolesnej ograniczało się dotychczas do podawania azotynów, pochodnych purynowych i zastrzyknięć morfiny. Nadaje się ono tylko dla lekkich napadów, w ciężkich przypadkach pozostaje często bezskuteczne. To samo można powiedzieć również o wielu chemicznych połączeniach. Lepsze wyniki dają hormony sercowe: buljon sercowy — hormocardiol, wyciągi mięśniowe — myoston, cardigen, względnie lacarnol. Prelegent używał jedynie myostonu w zastrzyknięciach podskórnych, wśródmięśniowych i wśródżylnych. Podawanie doustne nie dawało żadnych wyników. Nie było żadnego działania ubocznego, ani uczulenia na naporstnicę. Prelegent przestrzega przed jednoczesnym stosowaniem strofanmyostonu tygodniami usuwa napady duszniczy i stan dusznicowy. Pomyślne wyniki otrzymywał prelegent w nadciśnieniu samoistnym (spadek ciśnienia krwi na stałe z 250 mm.Hg. na 160 mm.Hg.) i okresu przekwitania (nie było natomiast poprawy w nadciśnieniu pochodzenia nerkowego), w chrońmianu przestankowym, chorobie Raynauda i Buergera. Obok hormonów sercowych (należy do nich też eutonon) dobre usługi oddaje padutyna. We wszystkich tych preparatach rozchodzi się o rozszerzenie naczyń, które w wyciągach mięśniowych położyć należy na karb kwasu adenozyno - fosforowego. Bezskutecznymi okazały się te preparaty w cierpieniach organicznych, miażdżycy i kile naczyń wieńcowych oraz w zaburzeniach przewodnictwa bodźców. Poza to brak działania preparatów zależy może od niewłaściwego stawiania wskazań lub niezdolności ich do bardziej długotrwałego przechowywania.

Korespondencja

Szanowny Panie Redaktorze*).

Wróciwszy z urlopu dowiedziałem się o różnych projektach powstałych w celu uczczenia pamięci Doktora S. G o l d f l a m a. Wszystkie projekty są niezawodnie ciekawe i szlachetne, a ich urzeczywistnienie wielce pożądane. Sądję jednakże, że niezależnie od tego — a może nawet w pierwszym rzędzie — należy pomyśleć o zebraniu i uporządkowaniu ściśle naukowej spuścizny po tym wielkim lekarzu i przekazanie jej na „wieczne“ czasy przyszłym pokoleniom.

Mam na myśli z b i o r o w e w y d a n i e p r a c N i e b o s z c z y k a. Znam je zdaje się wszystkie. I z całą świadomością twierdzę, że wśród nich jest obecnie jeszcze bardzo dużo pouczających i ciekawych. Kolegom młodszym prace te prawie zupełnie są nieznane albo też tylko z krótkich, tu i owdzie gdzieś rozrzuconych cytatach.

Prace Dr. G o l d f l a m a rozproszone są po rozmaitych rocznikach lekarskich polskich i niemieckich, do których obecnie już nikt prawie nie zagląda. Zebrane razem w jednej książce prace te dały by niezmiernie ciekawy obraz rozwoju myśli neurologicznej za ostatnie 50-10 lat w ogóle i uwypukliły by całą działalność naukową Nieboszczyka, jego niezwykłą pracowitość i intuicyjny dar spostrzegawczy.

Prace G o l d f l a m a o okresie porażenia i myastenji jeszcze teraz mogą być wzorem gruntownej pracy naukowej szczególnie, jeżeli uwzględni się warunki, wśród których były dokonane — bez wszelkiego prawie aparatu pomocniczego.

Monografia o przymiocie rdzenia, o której istnieniu prawdopodobnie prawie nikt już nie wie, była w swoim czasie zasadnicza (przed wielu laty N o n n e, znakomity znawca przymiotu układu nerwowego powiedział mi, że uważa ją za jedną z najlepszych w tej dziedzinie prac), a zebrana tam kazuistyka ze względu na to, że nie było wtedy jeszcze odczynu W a s s e r m a n n a i przekucia lędźwiowego, — dotychczas jeszcze godna jest przestudjowania.

W obecnych niezwykłych czasach, zapomina się bardzo prędko najwybitniejszych i największych Zmarłych. Niemcy mówili już dawno „Die Toten reiten schnell“ — a cóż dopiero teraz w tym dziejowym katakлизmie, który przeżywamy.

Wieczną jest tylko nauka i chcąc istotnie oddać hołd wielkiemu uczonemu, należy jego dorobek naukowy zachować. Będzie to prawdziwe: *Non omnis moriar*.

Jeżeli dobrze się orjentuję, prace G o l d f l a m a, za wyjątkiem dużej monografii o objawie R o s s o l i m o — obejmują najwyżej 15-16 arkuszy druku. Koszt więc niewielki. Może Kasa M i a n o w s k i e g o, albo Akademia Umiejętności przyjdzie z materialną pomocą. Resztę — w postaci prunumeratu, dopóki jeszcze mogła świeża, — można będzie zebrać wśród kolegów.

Pomimo całej skromności G o l d f l a m a, sądząc, że i On uznał by za właściwą, pożyteczną i godną, tę właśnie formę uczczenia Go.

Proszę przyjąć, Panie Redaktorze, wyrazy wysokiego poważania i szacunku.

Dr. Z. B y c h o w s k i.

Warszawa, 13.IX.1932 r.

*) Redakcja służy łamami pisma chcącym wypowiedzieć się w powyższej sprawie,

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Z powodu ciekawego artykułu Szanownej Dr. Natalji Z a n d o w e j „O objawach nerwowych w gruźlicy utajonej etc. umieszczonego w N. 31—32 „Czasopisma“ pozwól sobie przypomnieć, że na kilka lat przed pojawieniem się w druku pracy ś. p. Wł. J a n o w s k i e g o „Opis choroby nerwowej gruźlicy płuc“, (Księga pamiątkowa Edwarda F l a t a u a r. 1929) ogłosiłem w druku 2 prace: „Gruźlica a układ nerwowy“ (Nowiny Lekarskie 1922, N. 8) i „Stan psychiczny chorych na gruźlicę“ (Nowiny Lekarskie 1923, N. 12), gdzie sprawę nerwobólów i neurastenji gruźliczej dość szczegółowo omawiam. Co do neurastenji rzekomej gruźliczej i przedgruźliczej, objawy jej były stosunkowo dawno i szczegółowo opisane przez kilku autorów obcych widocznie nieznanymi Wł. J a n o w s k i e m u i autorce artykułu, jak R u d n i c k i, (Praktycznej Wracz 1911, N. 18 — 21), C h o r o s z k o (Russkiej Wracz, 1907, N. 44), R o s s i, R o t h, P a p i l l o n, L e t u e l l e i inni. R u d n i c k i z 242 neurasteników znalazł neurastenję gruźliczą u 70%, prawdziwą zaś neurastenję tylko u 10%. Neurastenję rzekomo gruźliczą spotykał 2 razy częściej u kobiet, niż u mężczyzn, co zgadza się z naszymi osobistymi spostrzeżeniami. Według statystyki R o t h a, obejmującej więcej niż 500 przypadków, u 12,6% gruźlików pierwszymi objawami były nie zaburzenia płucne, lecz zaburzenia czucia i charakterystyczne skargi, dające obraz neurastenji. W swoim artykule „o stanie psychicznym chorych na gruźlicę“ pisałem dosłownie: „W każdym przypadku neurastenji, gdzie niema ściśle określonego obciążenia dziedzicznego neuropatycznego, lub przymiotu, gdzie niema miażdżycy tętnic, dyskracji artretycznej lub menopauzy, należy mieć na myśli gruźlicę i ściśle badać chorego w tym kierunku“. Rzecz więc jest wcale nie nowa, tylko, widocznie, dobrze zapamiętana.

Raczej Pan, Szanowny Redaktorze, przyjąć wyrazy wysokiego szacunku.

Dr. Jan E. C h m i e l e w s k i.

Warszawa, 31.VIII. 1932 r.

Szanowny Panie Redaktorze,

Pismo Sz. P. Dra J. C h m i e l e w s k i e g o przyczynia się doskonale do ożywienia tematu, który winien interesować gorąco każdego lekarza praktyka.

Przyznaję się do winy, że prac dra J. C h m i e l e w s k i e g o z lat 1922 i 1923 nie znalazłem. Przeczytałam je dopiero teraz z wielkim zainteresowaniem.

Nie znalazłam w nich jednak żadnej wzmianki o pracach dra Wł. J a n o w s k i e g o, które wyprzedziły o wiele lat artykuły dra J. C h m i e l e w s k i e g o, były bowiem ogłoszone już w latach 1906, 1907, 1918 i 1919.

Najwidoczniej niełatwo jest wyłowić z piśmiennictwa wszystkie głosy omawiające jeden i ten sam temat.

Dla sprawy fakt taki ma małe znaczenie, dla autorów prac wynika stąd pewna przykrość. Chętnie zniósłabym ją w przyszłości sama, gdyby tylko istota poruszanego przez nas zagadnienia przeniknąć zdołała do szerokich mas lekarskich.

Wyrazy głębokiego poważania raczej przyjąć Szan. Redaktorze.

N. Z a n d o w a.

Warszawa, 9.9.1932 r.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Życie i śmierć w zawodzie lekarskim.

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

Fr. Hoffman, znany statystyk „The Prudential Insurance Company of America” wygłosił w marcu r. b. w jednym ze stowarzyszeń lekarskich odczyt na temat podany w nagłówku (Life and Death in the Medical Profession). Autor opisuje wprawdzie głównie stosunki amerykańskie, podaje jednak w tej niezmiernie interesującej sprawie dużo ciekawych szczegółów wszędzie powtarzających się i dość wszechstronnie je analizuje. Dlatego też, korzystając z odblasku, zawierającej tekst odczytu, podaję w streszczeniu fakty i poglądy autora z niewielkimi uzupełnieniami.

Najpierw strona materialna. Przeciętny dochód lekarza amerykańskiego, obliczony w roku 1928 na podstawie 6328 kwestionariuszy, wynosił 9764 dolary brutto, wahając się od 5289 dol. w ciągu pierwszych 5 lat praktyki do 11.731 dol. w ciągu pięciolecia między 15 — 20 rokiem praktyki. Średnio można powiedzieć, że dochody lekarza w Stanach Zjednoczonych netto wynoszą 5 do 6 tysięcy dolarów. Największe dochody mają chirurdzy, ortopedyci, rentgenolodzy, najmniej — w służbie zdrowia, specjaliści od gruźlicy, pedagogiki, terapii fizycznej. Mówiąc o zarobkach, trzeba wspomnieć, że powinny one być dość wysokie, gdyż według przyjętych poglądów i zwyczajów lekarz musi podtrzymywać stosunkowo wysoki poziom życia i ponosić wydatki, związane z należeniem do różnych towarzystw, opłacać różnorodne składki i t. d.

Życie lekarza tak ze strony fizycznej, jak i duchowej, jest wyjątkowo wyczerpujące. Fizycznie jest to praca ciężka, cięższa, niż w jakimkolwiek zawodzie wyzwoleń, nie pozwalająca na żadne uregulowanie zajęć, a niekiedy niebezpieczna. Umysłowo — wobec rozwoju wiedzy z jednej strony, wykonywanych czynności z drugiej, wymagania, stawiane lekarzowi, są bardzo duże, co jeszcze potęguje konieczność przebywania stale w atmosferze napiętych uczuć (choroba, śmierć). Wszystko to stwarza szczególnie przy niskich zarobkach mało przyjazne warunki dla podtrzymania zdrowia i długiego życia, wszystko odbija się ujemnie przedewszystkiem na rozwoju i niepomyślnym przebiegu chorób chronicznych wieku dojrzałego. Zajęty przytem leczeniem i cierpieniami swoich pacjentów mało lekarz ma czasu, aby zwrócić należytą uwagę na swoje zdrowie. Niestety literatura dotycząca tego tematu jest skąpa, a niekiedy naprz. istniejące dane o umieralności lekarzy w Związku Lekarzy Amerykańskich ogłaszane są w ten sposób, że nie pozwalają na wyciągnięcie wniosków w pożądanym zakresie. Warto przytem zaznaczyć, że właściwe podawanie przyczyn zgonów jest znacznie gorsze wśród lekarzy, niż wśród ogółu obywateli. W roku 1925 na ogólną liczbę 2194 zmarłych lekarzy w 16,9% przyczyna zgonu było albo źle podana albo zupełnie nie określona.

Przeciętny wiek lekarza amerykańskiego w chwili śmierci wynosił w roku 1926 — 62,8 lat, w ro-

ku 1927 — 62,0 lata, w roku 1928 — 63,1 lat, w roku 1929 — 64,9 i w roku 1930 — 63,7 lat. Przeciętny wiek w chwili zgonu dla ogółu obywateli amerykańskich w roku 1920 (jeden ogłoszony) wynosił dla mężczyzn 42,1 lat, dla obu płci — 42,5, ale naturalnie tych liczb porównywać nie można, gdyż w ostatnim wypadku mamy do czynienia ze zbiorowiskiem społecznym obejmującym wszystkie grupy wieku, nie wyłączając dzieci. Z tych też względów nie można umieralności lekarzy porównywać z umieralnością innych zawodów. Natomiast, jeżeli wziąć zgony z chorób wieku późniejszego, otrzymamy wiek dla lekarzy i ogółu obywateli podobny. A więc przeciętny wiek umierających na raka wynosi w Stanach Zjednoczonych 60,7 lat, na krwotok mózgowy 63,7, na choroby organiczne serca 64,3, na marskość wątroby 60,6, na zapalenie nerek 62,2.

W postaci tablicy wiek zmarłych lekarzy amerykańskich za lata 1926 — 1930 przedstawia się, jak następuje:

Zmarło w latach 1926—1930 lekarzy		
W wieku	l. absolut.	%
25 — 29	138	1,0
30 — 34	236	1,7
35 — 39	353	2,5
40 — 44	603	4,3
45 — 49	904	6,5
50 — 54	1.439	10,3
55 — 59	1.819	13,0
60 — 64	1.961	14,0
65 — 69	1.907	13,6
70 — 74	1.880	13,4
75 — 79	1.352	9,7
80 — 84	840	6,0
85 i wyż.	556	4,0
Razem	13.988	100,0

Biorąc liczby względne, ale z innego źródła i za lata 1902—1925 widzimy, że liczba zmarłych lekarzy rocznie na 1000 waha się w Ameryce od 13,7 do 17,9, przytem w tym samym czasie odsetek zmarłych powyżej lat 45 wzrósł z 38,6% do 61,4%, stąd można wyprowadzić wnioski, że przeciętna wieku lekarza wzrasta. W porównaniu z umieralnością mężczyzn zawodowo zatrudnionych umieralność lekarzy w starszych grupach wieku, t. j. powyżej 45 lat przedstawia się naogół dość pomyślnie i to spotyka się nie tylko w Ameryce; wyraźnie zaś na niekorzyść lekarzy w porównaniu z ogółem obywateli wypadają zgony na choroby serca, zapalenie płuc i cukrzycę. Co do stuletnich starców lekarzy danych brak, ale niektóre dane wskazują, że zjawisko to może nie być tak wyjątkowe, jak przypuszczamy. Hipokrates dożył podobno do 104 lat, sędziwy bardzo wiek osiągnęli Galenus, Boerhave; Koch zmarł, mając lat 67, Charcot 68, Billroth 65, Behring 64, Auenbrugger 87, Laennec 46, Morgagni 90, Poupert 82, Cuyon 90, Esmarch 86, Lister 85 i t. d.

Dr. Little wskazuje, że angielskie materiały skłaniają do wniosku, iż zawód lekarski posiada umieralność bardzo wysoką, zbliżającą się do umieralności

najbardziej upośledzonych grup społecznych. Dane włoskie i niemieckie zdają się wskazywać na dość wysoki współczynnik umieralności lekarzy, szczególnie w późniejszym wieku, ale i jedne i drugie wywody nie są dostatecznie uzasadnione.

Porównawcza umieralność lekarzy, duchownych i prawników w Anglii w latach 1920 — 1923 przedstawia się, jak następuje (na 1.000):

	Lekarze	Duchowni	Prawnicy
20—24	4,96		9,80
25—34	3,57	1,98	4,62
35—44	5,77	3,95	7,67
45—54	12,25	6,48	12,42
55—64	26,51	16,20	25,95
65—74	44,89	41,63	43,14
75	109,86	100,19	116,41

Niemniej ciekawe są przyczyny zgonów wśród lekarzy. Otóż we wspomnianym już okresie czasu (lata 1926 — 1930) najważniejsze znane przyczyny zgonów lekarzy amerykańskich można przedstawić w postaci następującej tablicy:

	1926—1930	%	%
Dur brzuszny	20	0,2	
Influenca	242	1,8	
Gruźlica	370	2,8	
Rak	1.110	8,4	
Cukrzyca	244	1,9	
Krwotok mózgowy	1.670	12,7	
Choroby serca	4.478	34,0	
Zator i zakrzep	330	2,5	
Zwapnienie naczyń	677	5,1	
Zapalenie płuc	1.465	11,1	
Zapalenie wyrostka rob.	150	1,1	
Marskość wątroby	122	0,9	
Zapalenie nerek	1.140	8,7	
Zakażenie krwi	161	1,2	
Samobójstwo	246	1,9	
Zabójstwo	51	0,4	
Wypadki	701	5,3	
Razem	13.177	100,0	

Z tablicy tej można wyprowadzić wniosek o częstotliwości różnych chorób jako przyczyn zgonów wśród lekarzy. A więc na pierwszym miejscu są choroby serca, dalej idzie krwotok mózgowy, który, właściwie mówiąc, możnaby włączyć do chorób naczyń krwionośnych. Biorąc zaś wszystkie choroby krwioobiegu za całość, znajdziemy, że więcej niż połowa, bo 53,3% lekarzy zmarło na choroby układu krwioobiegu. W pozostałej drugiej połowie zmarłych czołowe miejsce zajmują: zapalenie płuc, choroby nerek i rak. Wysoki odsetek również tworzą wypadki. Wreszcie na uwagę zasługują samobójstwa, wykazujące przytem z roku na rok wzrost. Dość ciekawe uwagi na ten temat podaje Dr. Little, pisząc o częstości śmierci wśród lekarzy angielskich z powodu dwóch przyczyn — samobójstwa i alkoholizmu (alkoholizmu często należy szukać pod marskością wątroby).

Powodem częstego samobójstwa jest najpierw coraz trudniejsza i coraz bezwzględniejsza walka o byt. Dalej idą różne ciężkie choroby, z których lekarz zwykle lepiej niż laik zdaje sobie sprawę, a kiedy przypuszcza,

że dane cierpienie jest nieuleczalne, ma zawsze łatwy dostęp do środków samobójczych. Ostatnie lata ciężkiego kryzysu niewątpliwie sprzyjają częstym samobójstwom. Alkoholizm jako przyczyna śmierci wśród lekarzy angielskich spotyka się częściej, niż wśród innych zawodów. W niepełnych danych Hoffman'a w roku 1930 zmarło z zatrucia alkoholowego w Stanach Zjednoczonych 7 lekarzy, w 1929 — 1 i w 1928 — 5.

Jako przyczynę częstego alkoholizmu lekarzy Dr. Little wskazuje przemęczenie i pochodzącą stąd potrzebę sztucznych podnieć w jednych okolicznościach, w drugich brak odpowiedniego towarzystwa — nudę. Być może nieregularny tryb życia, pracy, jedzenia, odgrywa tu także pewną rolę.

Statystykę umieralności lekarzy z uwzględnieniem przyczyn zgonów posiada (ogłasza) niewiele państw. Dość liczny i ciekawy jest materiał angielski. W latach 1920 — 1923 wśród 1578 zmarłych lekarzy angielskich najczęstsze przyczyny zgonów stanowiły:

Choroby serca	152	Wrzód dwunastnicy	7
Zwapnienie naczyń	124	Zap. wyr. ślep. kiszki	14
Influenca	61	Niedrożność jelit	10
Gruźlica	61	Marskość wątroby	23
Rak	180	Zap. ner. ostre i chron.	82
Cukrzyca	33	Choroba grucz. krok.	32
Alkoholizm	1	Inne chor. narz. m-płc.	23
Krwotok mózgowy	129	Starczość	59
Zapalenie oskrzeli	47	Samobójstwo	35
Zapalenie płuc	140	Wypadki	59
Wrzód żołądka	12		

Do stosunkowo obszernych materiałów należą zebrane przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Gotha. Dane Towarzystwa za okres lat 1829—1878 dziś są już bez większej wartości, dane późniejsze ogłoszone drukiem w roku 1902 za lata 1829 — 1885 pod kierunkiem D-ra A. Emma i n h a u s a, są cenne przedewszystkiem ze względu na choroby zakaźne u nas wciąż jeszcze groźne. Otóż w czasie, który obejmuje wspomniana statystyka, zmarło ogółem ubezpieczonych 1052 lekarzy; z tego dużo ginęło na tyfus plamisty, tyfus brzuszny i inne choroby zakaźne, a z niezakaźnych na schorzenia dróg oddechowych. Na 45722 lekarzy narażonych na ryzyko śmierci w ciągu roku współczynnik umieralności ogólnej wyniósł 23,0 na 1000 z umieralnością specyficzną w grupie lat 26 — 45 103, w grupie 46 — 60, 21,2, w grupie 61 — 90, 67.

Jeżeli sięgnąć do historii statystyki zgonów lekarzy, to ciekawe są bardzo dwa spostrzeżenia: Neison'a w Anglii z roku 1857 i Huffelanda z roku 1795. Obaj wskazują, że wyjątkowo niepomyślne są co do wysokości współczynnika zgonów wczesne lata praktyki lekarskiej, ale że w późniejszym wieku około 40 i powyżej współczynnik ten spada i w porównaniu z innymi zawodami nie przedstawia się bardzo źle. Huffelanda jednak zaznacza, że lekarz naogół żyje krócej, niż przeciętny obywatel, gdyż niełatwo mu stosować w życiu własne te zasady, które innym zaleca.

Podane wyżej fakty i poglądy, aczkolwiek dość ciekawe, noszą charakter dorywczości i wybitnie wskazują, jak niedokładny materiał posiadamy dotąd w sprawie własnego zawodu i w sprawie będącej całkowicie w naszych rękach. W Polsce bodaj że jest jeszcze gorzej niż w innych krajach. A jednak w chwili obecnej wobec istnienia przy Izbach Lekarskich kas pogrzebowych nie byłoby rzeczą zbyt trudną zebrać materiał wartościowy.

Wiadomości bieżące

— Nakładem znanej księgarni *Thiemego* w Lipsku wyszedł zeszyt $\frac{1}{2}$ rocznika II wydawnictwa p. n. *Annalen der Tomarkin Foundation*. Jest to zbiór odczytów, wygłoszonych w r. 1931 przez pierwszorzędną po wagę lekarskie europejskie. Tematy odczytów odznaczają się aktualnością i stanowią coś w rodzaju kursu uzupełniającego dla lekarzy. Wydawnictwo wychodzi pod redakcją profesora *von den Veldena* przy licznych udziale znakomitości lekarskich. Rocznie wychodzą 4 zeszyty w cenie marek 16.

— Towarzystwo Lekarskie Łódzkie w celu uczczenia pamięci zmarłego swego Prezesa Prof. Seweryna Sterlinga urządza w końcu listopada r. b. Akademię, poświęconą omówieniu Jego naukowej i społecznej działalności. W rocznicę śmierci Zmarłego, t. j. w sierpniu 1933 r. „Polska Gazeta Lekarska” wyda specjalny numer z pracami przyjaciół, współpracowników i uczniów Zmarłego.

— W N. 256 „Kurjera Warszawskiego” znajdujemy ogłoszenie Magistratu m. Warszawy o konkursie na stanowisko ordynatora oddziału neurologicznego Szpitala żydowskiego w Warszawie. Termin składania podań upływa 1 listopada 1932 r.

— Wobec szerzącej się w rozmaitych miastach Europy choroby *Heine-Medina* zasługuje na uwagę to, co pisze w tej sprawie *Linden* w *Arbeiten aus den Reichsgesundheitsamte* (Wedł. W. med. Woch. N. 36). Choroba głównie przenosi się przez bezpośredni kontakt od człowieka na człowieka i najprawdopodobniej głównie przyczyniają się do tego zdrowi nosiciele zarazka. Nieco ostrożności należy jednak zachowywać i w stosunku do mleka. Liczne głosy o korzystnym działaniu surowicy ozdrowieńców spotykają się jeszcze z poważną krytyką. Ponieważ leczenie surowicą ma następować jaknajwcześniej, więc ani nie można jeszcze powiedzieć stanowczo, czy nie wystąpią porażenia, ani nie można z całą pewnością rozpoznawać przypadku *polionielitis*. Leczenie surowicą zwierzęcą i czynne uodparnianie zarazkiem osłabionym nie wyszło jeszcze z okresu prób. Epidemia Lipska przekonywa, że szkoły nie odgrywają większej roli w szerzeniu epidemii. Mimo to należy zamykać szkoły w razie istnienia większej epidemii. Należy również w tych razach w miejscowościach zagrożonych przesunąć termin szczepienia ospy.

— Związek Lekarzy Słowiańskich w Polsce komunikuje co następuje.

Według Statutu Związku Lekarzy Słowiańskich zjazdy członków tego Związku powinny się odbywać kolejno w Państwach Słowiańskich. Dotychczas odbyły się 3 zjazdy: w Warszawie—1927 r., w Pradze Czeskiej — 1928 r. i w Splicie w Jugosławii — 1930 r. Z kolei IV zjazd powinien się odbyć w Bułgarii, której lekarze należą do Wszechśłowiańskiego Związku Lekarzy. Lekarze Bułgarscy jednak do siebie nie zaprosili, na zjazd do Splitu nie przyjechali jak również nie wzięli udziału w Zjeździe Komitetu Centralnego Wszechśłowiańskiego Związku Lekarzy, który się odbył w Krakowie we wrześniu 1931 r., przysyłając jedynie pismo, tłumaczące ich stanowisko. Wobec tego zebrani na posiedzeniu Komitetu Centralnego Wszechśłowiańskiego Związku Lekarzy delegaci Czechosłowacji, Jugosławii i Polski postanowili aby IV zjazd Lekarzy Słowiańskich odbył się w Poznaniu we wrześniu 1933 r. Delegacja Polska jakkolwiek przeciwna temu, ażeby łączyć zjazdy

lekarzy słowiańskich ze zjazdami narodowymi poszczególnych krajów słowiańskich, co zresztą było uchwalone na wniosek Delegacji Polskiej na zjeździe w Pradze Czeskiej w 1928 r., mając na uwadze wytworzoną sytuację porozumiała się z Komitetem Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich, ażeby urządzić IV Zjazd Lekarzy Słowiańskich równocześnie ze zjazdem Przyrodników i Lekarzy Polskich w Poznaniu we wrześniu 1933 r. Ostatecznie zdecydowano, że otwarcie IV-go Zjazdu Lekarzy Słowiańskich, wygłoszenie referatów ogólnych i posiedzenie Komitetu Centralnego Wszechśłowiańskiego Związku Lekarzy odbędzie się o 2 dni wcześniej, t. j. w niedzielę i poniedziałek 10-go i 11-go września 1933 r., referaty zaś poszczególnych specjalności będą wygłaszane w sekcjach naukowych Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który się rozpocznie we wtorek 12 września, a skończy się w piątek 15 września. Jako tematy ogólne na IV-ty Zjazd Lekarzy Słowiańskich Komitet wybrał:

1) Wole (struma): statystyka i metody zapobiegawcze stosowane na ziemiach słowiańskich.

Opracowania tego tematu ze strony polskiej podjęła się Państwowa Szkoła Higieny i Prof. Ciechanowski z Krakowa, który ostatecznej decyzji jeszcze nie wypowiedział.

2) Grupy krwi w medycynie sądowej.

Temat ten ze strony polskiej opracuje Prof. Ludwik Hirsfeld.

Prezes Zarządu Głównego

Związku Lekarzy Słowiańskich

w Polsce

B. Jakimiak.

Członek Zarządu

Wroczyński.

— Pierwsze tymczasowe doniesienie o III Międzynarodowym Kongresie cytologów w Cambridge w r. 1933.

Komitet przygotowawczy III Międzynarodowego Kongresu cytologów wybrany w Amsterdamie 1930 r. w osobach Alexis Carrel, Robert Chambers i Rhoda Erdman postanowił wybrać Cambridge (Anglia), jako miejsce najbliższego Kongresu, którego termin został ustalony na 20 — 26 sierpnia 1933. Po uprzednim porozumieniu się z panem Honor B. Fell wniosek ten został przyjęty i miejscowe władze uniwersyteckie, dyrektorowie instytutów i członkowie „Strangeways Research Laboratory w Cambridge” wyrazili zgodę ponieść ten wielki trud związany z organizacją Kongresu. P. Honor B. Fell zorganizował na wiosnę b. r. Komitet miewczy w następującym składzie:

Przewodniczący:

J. Gray, (Department of Experimental Zoology). Sekretarze:

Honor B. Fell, (Strangeways Research Laboratory).

C. F. A. Pantin, (Department of Experimental Zoology).

E. N. Willmer, (Department of Physiology).

Członkowie Komitetu:

J. Barcroft, (Department of Physiology), F. T. Brooks, (Botany School).

C. Shearer, (Department of Anatomy), D. Keilin, (Molteno Institute for Parasitology).

J. Needham, (Biochemical Laboratory).

Sir William Hardy, (Low Temperature Research Laboratory).

F. G. Spear, (Strangeways Research Laboratory),

A. E. Watkins, (School of Agriculture).

Dr. R. A. W e b b, (Department of Pathology).

Będzie to pierwszy samodzielny Kongres cytologów. Dwa bowiem poprzednie zarówno w Budapeszcie jak i Amsterdamie odbyły się jednocześnie bądź z Kongresem zoologów bądź z Kongresem anatomów. Kierownictwo III Kongresu odważa się na ten krok, opierając się na tem, że pierwszy Kongres cytologów zgromadził 65 uczestników, II zaś 150. Naturalnie wezmą w nim udział także uczeni angielscy, którzy nie pracują jednak bezpośrednio w cytologii doświadczalnej. Jak to bowiem dowiodły poprzednie Kongresy pojęcie „experimentalnej cytologii” nie będzie zbyt wąsko ujmowane.

Uprasza się cytologów wszystkich krajów o wypowiedzenie się, jakie tematy ogólne i najbardziej aktualne byłyby war- te omówienia. Byłoby pożądane, aby jaknajliczniejsza liczba ba- daczy przesłała swe projekty na ręce Sekretarza Generalnego (Prof. Dr. Rhoda E r d m a n n, Berlin - Wilm., Nassauische str. 17, Vdh. II), na podstawie których można będzie sobie wy-

robić zdanie, jakie kwestje budzą obecnie największe zaintere- sowanie.

Uprasza się o możliwe wczesne zawiadomienie listowne Komitetu miejscowego w Cambridge (Dr. H. B. F e l l, Stran- geways Research Laboratory), o swoim przyjeździe z zaznacze- niem, czy przyjeżdża osoba samotna czy małżeństwo. Ponieważ podczas wakacji w sierpniu będzie wolnych cały szereg domów różnych College Uniwersytetu, gdzie można będzie pomieścić uczestników Kongresu i w ten sposób możliwie dałoby się unik- nąć nadużywania gościnności naszych kolegów w Cambridge.

Sekretarz Generalny: Rhoda E r d m a n n.

— Dowiadujemy się, że Dr. Stanisław Korszczyński, kierownik kontrolnej pracowni biologicznej Przem. - Handl. Za- kładów Chemicznych Ludwik Spiess i Syn w Warszawie, opusz- cza dotychczasowe stanowisko z dn. 1 października b. r. Sta- nowisko to obejmie Dr. Michał Gedroyc.

TREŚĆ: W. STERLING. Hiperwentylacja jako metoda badania klinicznego. — L. BUŻAŃSKI. Przyczynek do stosowania wielkich dawek salicylanu sodu w gościeu stawowym. — E. HERMAN. Ropień przykręgowy z przejściem do kanału kręgowego ropień mózdzka w następstwie sztucznego poronienia. — Z. KURLANDSKI. Uodparnianie przeciwko odrze (Str. zbior. dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. -- Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — M. KACPRZAK. Życie i śmierć w zawodzie lekarskim, — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. STERLING. L'hyperventilation comme methode d'examen clinique. — L. BU- ŻAŃSKI. Sur le traitement de rhumatisme aigu par les doses massives de salicylates. — E. HERMAN. Un abcès paravertebral avec la perforation dans le canal vertebrał et l'abcès cérébelleux apres un avortement artificiel. — Z. KURLANDSKI. L'immunisa- tion contre la rougeole (Rev. gén. — fin). — M. KACPRZAK. La vie et la mort dans la profession médicale.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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.

VALIGEN
KROPLE FLAKON 5 lub 10 gr. PERŁKI 15 x 0.2 gr.

uspakaja
nerwice · histerje · wymioty ·
stany podniecenia psychicznego


WARSZAWA