

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 29 LISTOPADA 1934 R.

Nr. 44

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Postępy pedjatrii w ostatnim dziesięcioleciu.

Podał

A. FESTENSZTAT (Warszawa).

Celem niniejszego artykułu jest omówienie postępów z dziedziny pedjatrii w ciągu ostatnich dziesięciu lat. Zastrzegamy się zgóry, że postępy te o tyle będą nas interesowały, o ile dotyczyć one będą bezpośrednio lub pośrednio zapobiegania i leczenia chorób dziecięcych. Nauka nie stoi na jednym miejscu. Obecnie we wszystkich krajach kulturalnych nauce o chorobach dzieci poświęca się dużo uwagi, czasopisma naukowe przynoszą wiele nowych prac. Jednakże do nowych publikacji należy odnieść się z dużym krytycyzmem, albowiem z jednej strony ogłasza się rzeczy niedostatecznie sprawdzone, z drugiej zaś to, co uchodzi za „nowe”, nieraz nie jest nowem, lecz tylko odnowieniem starego, które z tych czy innych przyczyn zostało zapomniane lub zarzucone. W piśmiennictwie pedjatricznym w ostatnich latach poświęca się dużo uwagi badaniom z zakresu biochemji. Stwierdza się też znaczne postępy w pracy nad zapobieganiem i leczeniem chorób zakaźnych. Jednocześnie zauważyć się daje pogłębienie patogenezy i kliniki całego szeregu chorób dziecięcych. Stosownie do tego postaramy się omówić postępy z trzech wymienionych dziedzin.

I.

Prawa biochemji znalazły szerokie zastosowanie w pedjatrii z chwilą, gdy uwaga klinicystów została skierowana w stronę nauki o przemianie pośredniej, dzięki czemu anatomja patologiczna przestała zajmować (może niezupełnie słusznie) miejsce dominujące. Wszakże byłoby błędem przypisywać biochemji rolę najważniejszą spośród wszystkich innych metod działania. Jeżeli należymy do tych, którzy widzą w nowym podejściu dużo i niezastąpiony postęp, to jednak musimy przyznać, że skrajny punkt widzenia, negujący niemal dane poprzednich prac naukowych, nie odpowiada ani fak-

tom, ani naturalnym prawom rozwoju nauk biologicznych. Biochemja może i powinna wziąć udział w rozwiązaniu wielu zagadnień medycyny wogóle, a pedjatrii w szczególności. Wszakże stanowić ona będzie dla nas jedynie metodę pomocniczą, rozumie się, metodę niezmiernie cenną.

Z dziedziny biochemji postaramy się omówić w krótkim zarysie te zagadnienia, które posiadają największą wagę z punktu widzenia pedjatrii, a przedewszystkiem z punktu widzenia leczenia chorób dziecięcych.

Równowadze kwasowo-zasadowej dotychczas poświęcili pedjatrzy niezbyt dużo prac. Ustalono, że w zatruciu pokarmowem, w ciężkich biegunkach, ostych i chronicznych dyspepsjach, w stanach wyniszczenia ma miejsce kwasica (Ilppö, Friedrichsen). W krzywicy również występuje kwasica (Freudenberg, György), w tężyczce natomiast alkalozą (György). Stwierdzenie zachwiania równowagi kwasowo-zasadowej w wymienionych schorzeniach posiada znaczenie nie tylko teoretyczne, ale również wybitnie praktyczne: leczenie ciężkich zaburzeń jelitowych wstępuje na nowe tory dzięki umiejętnemu zwalczaniu kwasicy (Léwy), metoda zakwaszania, stosowana w tężyczce, chroni dziecko przed niebezpieczeństwem, a nieraz w sposób wprost cudowny ratuje życie. W przypadkach t. zw. wymiotów acetonemicznych występuje pierwotna kwasica w tkankach i często wtórna alkalozą we krwi (naskutek znacznej utraty kwasu solnego przez żołądek): leczenie przyczynowe kwasicy tkanek daje znakomity efekt, o ile wprowadza się węglowodany i insulinę.

Inne nowsze badania z zakresu biochemji wykazały, że i w trawieniu nader ważne znaczenie posiada odczyn środowiska — innemi słowy stężenie jonów wodorowych. Tak więc fermenty są czynne tylko w określonych granicach stężenia jonów wodorowych, powyżej lub poniżej których nie posiadają one aktywności. Otóż i drobnoustroje różnych odcinków przewodu pokarmowego zdolne są do życia przy zachowaniu tego lub innego stężenia w otaczającym środowisku. W ten sposób jak wy-

kazują badania lat ostatnich, jony wodorowe w pewnych okolicznościach mogą pełnić funkcję bakterjobójczą; biochemicy - pedjatrzy rozróżniają trzy poziomy stężenia jonów wodorowych: dla każdego drobnoustroju istnieje dolna granica stężenia (w środowisku kwaśnym) i górna granica (w środowisku alkalicznym), przy których zaczyna się zamieranie owego drobnoustroju, pośrodku znajduje się t. zw. liczba wodorowa (*A d a m*), przy której istnieją najbardziej odpowiednie warunki dla danego drobnoustroju. W razie nagromadzenia się w masie pokarmowej kwaśnych lub zasadowych produktów przemiany może być osiągnięta górna lub dolna granica stężenia, co prowadzi do zahamowania wzrostu i do zahamowania rozmnażania się danego rodzaju drobnoustroju. Zdobycie tych danych na drodze eksperymentalnej niezawodnie przyczyni się do skutecznego leczenia zaburzeń przewodnictwa pokarmowego, które narazie pozostawia wiele jeszcze do życzenia.

W przypadkach *pyelitis* stosuje się z dobrym wynikiem alkalizowanie i zakwaszanie moczu, ażeby zmieniać w nim stężenie jonów wodorowych i w ten sposób zahamować rozwój drobnoustrojów (*T h o m s o n*, *S c h u l t e n*).

Biochemiczne pogłębienie pewnych faktów klinicznych znakomicie uwydatniło się w przypadkach wgłobienia jelit u dzieci; prace, oparte na badaniach *B l u m a*, wykazały, że w przypadkach wgłobienia we krwi stwierdza się obniżenie rezerwy alkalicznej, hipochloremję i azotemję; wprowadzenie soli kuchennej i cukru do ustroju przed operacją wydatnie podnosi szanse wyników operacyjnych.

Jak dalece biochemia wkracza w dziedzinę leczenia pedjatrzy, świadczy wymownie nowa metoda leczenia ropniaków opłucny, ogłoszona u nas przed trzema laty przez prof. *L e w k o w i c z a*. Autor ten zwrócił uwagę na fakt, że stan silnego zakwaszenia wysięku ropnego w opłucnie, czyli stan wysokiego stężenia jonów wodorowych (wynik autolizy ropy), hamuje działanie czynników bakterjobójczych nawet wtedy, gdy stosuje się optochinę, szczepionkę lub surowicę. Określenie stężenia jonów wodorowych wysięku staje się punktem wyjścia dla leczenia ropniaków opłucny. Odkwaszenie wysięku przez przepłukanie opłucny roztworem fizjologicznym lub alkalicznymi roztworami buforowymi stwarza pomyślne warunki do stłumienia zakażenia.

Do największych triumfów biochemii, zastosowanej do pedjatrii, należą nowe metody leczenia krzywicy i tężyczki. Kwestja ta wymaga nieco dłuższego omówienia. W roku 1925 *Alfred H e s s* stwierdził, że oleje roślinne pod wpływem promieni ultrafioletowych nabierają własności przeciwkrzywicznych. Niebawem okazało się, że warzywa i mleko w ten sam sposób również nabierają własności przeciwkrzywicznych, zresztą, takich samych, jakie posiada *Oleum Jecoris Aselli* (stąd „jekoryzacja“ produktów). Innymi słowy, naświetlane produkty zawierają witaminę przeciwkrzywiczną, którą autorzy amerykańscy nazwali witaminą D. Przed naświetlaniem produkty te posiadają nieczynną prowitaminę. Ta prowitamina zdajduje się również w skórze ludzkiej, skoro naświetlanie dziecka tak samo leczy krzywicę, jak podawanie mu naświe-

tlonych produktów. W dalszym ciągu tych badań okazało się, że prowitamina ta zawarta jest w cholesterolu, a właściwie w jej domieszce, która pod wpływem promieni przeistacza się na witaminę D; chemicznie rzecz biorąc, domieszka ta należy do grupy sterolów. Sterol, o który nam chodzi, został nazwany ergosterolem lub ergosteryną (znajduje się w sporyszu, w tranie, w mleku, w skórze ludzkiej). Ostatecznie naświetlana ergosteryna jest witaminą D. Jednym z pierwszych badaczy, który osiągnął świetne wyniki w leczeniu krzywicy i tężyczki witaminą D, był *G y ö r g y*; w szybkim tempie ustępowały objawy kliniczne; w krzywicy zawartość fosforu i wapnia wracała do normy, w tężyczce zawartość fosforu spadała do normy (pod wpływem zaś środków zakwaszających ustępowała alkalozja). Witamina D ma również zastosowanie w zapobieganiu krzywicy przez podawanie jej podczas ciąży i karmienia; słowem ergosteryna naświetlana uczyniła z krzywicy, a więc i z tężyczki, (która na tle krzywicy się rozwija), schorzenia, którym łatwo jest dzisiaj zapobiec i które szybko można wyleczyć.

II.

W ciągu ostatnich lat kilkunastu jesteśmy świadkami znacznego postępu w dziedzinie zapobiegania i leczenia chorób zakaźnych.

Przedewszystkiem w walce z odrą utrwalilo się stosowanie metody *D e g k w i t z a*: zastrzyknięcie surowicy ozdrowieńców chroni przed odrą te dzieci, które uległy zakażeniu. W razie braku surowicy ozdrowieńców można posługiwać się krwią dorosłych, których surowica posiada przeciwciała w ilości wprawdzie mniejszej, ale, bądź co bądź, dostatecznej, ażeby przynajmniej osłabić objawy chorobowe.

W walce z błonicą zaznaczył się postęp tak niewątpliwy, że większość pedjatrów podziela następującą opinię: szczepienia ochronne w żadnej innej chorobie z wyjątkiem ospy nie dają tak dobrych wyników, jak w błonicy. Wprowadzenie toksyny wraz z antytoksyną powoduje odporność, która zjawia się po kilku tygodniach i utrzymuje się w ciągu szeregu lat. Metoda ta jednakże posiada pewne strony ujemne; chodzi o to, że w ustroju muszą odszczepiać się od wprowadzonej szczepionki pewne ilości toksyny, które są bodźcem do powstawania przeciwciał; a ponieważ istnieją osobnicy, którzy nie posiadają zdolności do wytwarzania przeciwciał, przeto zachodzi możliwość że odszczepiające się toksyny mogą sumować się i prowadzić do pewnych uszkodzeń. Z tego punktu widzenia szczególne zainteresowanie budzi nowsza metoda szczepień przeciwbłoniczych, wprowadzona przez *R a m o n a*. Jego „anatoksyna“ jest toksyną błoniczą, pozbawioną własności chorobotwórczych, dzięki wpływom termicznym, a jednocześnie posiadającą cechy antygeny. Metoda *R a m o n a* znalazła licznych zwolenników i obecnie uważana jest za najbardziej bezpieczną i najbardziej pewną. W Polsce szczepienia mieszkanką toksyny z antytoksyną zapoczątkowane zostały w roku 1924 przez *B a r a ń s k i e g o* i *B r o k m a n a*. W roku zaś 1928 *B r o k m a n* i *G l i ń s k a* uodpornili kilkaset dzieci metodą *R a m o n a*. Obecnie akcja ta

jest prowadzona na szeroką skalę przez Państwowy Zakład Higieny.

Ze względu na to, że szczepienia przeciwbłonicze wywołują niepożądane skutki u dzieci z upośledzonym stanem zdrowia, opracowano ostatnio taką metodę, któraby nie narażała słabego ustroju na niebezpieczeństwo odczynów poszczepiennych po zastrzygnięciach podskórnych. *Ramon i Zoeller* osiągnęli dobre wyniki, stosując zapuszczanie anatoksyny błoniczej do nosa (odczyn dodatni *Schick*a przechodził w ujemny). U nas do tych samych wyników doszli *Sparrow* i *Mayzner*, zakraplając zagęszczoną anatoksynę do nosa rano i wieczorem po kilka kropel naraz; czas do chwili wystąpienia uodpornienia wynosił mniej więcej dni 30.

O ile szczepienia przeciw błonicy stanowią broń niezawodną w walce z tą chorobą, o tyle szczepienia przeciw płonicy mogą budzić pewne zastrzeżenia, pomimo to stanowią one krok naprzód w profilaktyce. Z monografii *Brokmana*, poświęconej badaniom nad patogenезą, zapobieganiem i leczeniem płonicy, dowiadujemy się, że szczepienia przeciwbłonicze „znacznie obniżają zapadalność na płonicę oraz śmiertelność wśród szczepionych”. Inna sprawa, że szczepienia te nie uodporniają na tak długi okres czasu, jak to ma miejsce po szczepieniach przeciwbłoniczych, ale „samo już przesunięcie terminu zjawienia się choroby u dziecka jest bardzo korzystne, gdyż płonica w wieku szkolnym daje mniejszą śmiertelność, aniżeli wśród dzieci małych” (*Brokman*). Szczepienia przeciwbłonicze przy pomocy metody *Dick*ów — twórców tych szczepień — zostały rozpoczęte w Europie w roku 1924 przez *Brokmana* i *Hirschfeld*ową, którzy używali szczepionki w postaci toksyny i anatoksyny; wyniki okazały się korzystne, podobnie, zresztą, jak i w badaniach, przeprowadzonych na szeroką skalę przez *Celarka*, *Sparrow* i *Kaczynskiego*.

Kończąc omówienie postępów w dziedzinie szczepień przeciw błonicy i płonicy, należy zwrócić uwagę na ich pewne niekorzystne strony. Na Czwartym Zjeździe Pediatrów Polskich sprawę tę poruszył *Brokman*, którego zdanie jest dla nas interesujące, ponieważ jest on gorącym zwolennikiem szczepień ochronnych. Autor ten zwraca uwagę na to, że szczepienia przeciwbłonicze (*Brokman* i *Mayzner*) i przeciwbłonicze (*Sparrow*) wpływają na nasilenie powinowactwa ustroju do jadu płoniczego lub błoniczego, innymi słowy, wywołują przejściową wrażliwość poszczepienną, pozatem powodują przejściowo zmniejszenie się miana antytoksyny w sokach ustroju (faza ujemna). Chcąc więc uniknąć niepożądanego nadwrażliwości ustroju lub t. zw. fazy ujemnej, należy przystępować do szczepień w tym okresie, kiedy płonica i błonica nie występują epidemicznie, a więc w miesiącach wiosennych lub letnich.

Nowy kierunek należy też odnotować na terenie szczepień przeciwospowych. W ostatnich latach rozpoczęto stosowanie doskórnej metody szczepienia, zainicjowanej przez *Leinera* i *Kundratitz*a. Odczyn, występujący przy tej metodzie ma przebieg łagodny (brak gorączki i blizny). Dzięki temu metoda ta może

być stosowana u osobników z cierpieniami skórnymi. W Polsce metodę tą zapoczątkowali *Bussell* i *Stankiewicz*.

Niezmiernie interesujące są publikacje z lat ostatnich o poszczepiennych zapaleniach mózgu. Zauważono, że występują one przeważnie u dzieci starszych lub późno pierwszy raz szczepionych i przytem w tych krajach, w których już wcześniej spostrzegano liczne przypadki zapalenia mózgu na innym tle. Na tej podstawie *Langer* i *Levaditi* wypowiadają pogląd, że poszczepienne zapalenie mózgu i rdzenia występuje u tych osobników, którzy noszą w sobie *virus encephalitis*; być może, że osobnicy ci nie zapadaliby na zapalenie mózgu, gdyby szczepienie nie obniżało ich odporności lub nie nasilało zjadliwości jadu encefalitycznego. Pierwsza praca, poświęcona temu cierpieniu, ogłoszona została w r. 1925 przez *Luckscha*. U nas na ten temat pisali *Bogdanowicz*, *Mikułowski* i *Łacka*.

Co się tyczy zapobiegania krztuścowi, to w tej dziedzinie sytuacja jest niewyjaśniona. Różnorodne szczepionki przeciwkokluszwowe nie prowadzą do pożądanego skutku. W ostatnich latach wyrabiane są szczepionki z zarazków *Bordet-Gengou*, ale posiadają one jedynie wartość leczniczą i to pod warunkiem, że stosuje się je w dużym stężeniu (u nas dobre wyniki ogłosiła *Frenklowa*); ich wartość zapobiegawcza jest problematyczna.

Najbardziej doniosłym faktem w dziedzinie profilaktyki chorób dziecięcych, a zarazem bodaj największą zdobyczą z zakresu fizjologii dziecięcej w ostatnim dziesięcioleciu jest wprowadzenie przez *Calmette*a szczepień przeciwgruźliczych BCG. Mniejsza o to, czy słuszność ma *Calmette*, który twierdził, że prątek BCG, wywołując odporność, nie wytwarza tkanki gruźliczej, czy też inni badacze, którzy dowodzą, że prątek BCG powoduje powstawanie typowej tkanki gruźliczej, która po kilku miesiącach ulega całkowitemu wygojeniu. Faktem jest, że szczepienia *Calmette*a dają wynik pozytywny. Ostatnie lata pracy w tym kierunku przekonały nas, że niemowlęta, szczepione metodą *Calmette*a, żyjące w środowisku gruźliczym, wprawdzie ulegają zakażeniu, ale pomimo to nie chorują lub zapadają na łagodną postać gruźlicy (do takich wniosków u nas dochodzi *Wierzbowska*).

Przechodząc do postępów w dziedzinie leczenia chorób zakaźnych wieku dziecięcego, wypadnie nam odnotować nieznaczne posunięcie, jeżeli idzie o błonicę i zasadniczy zwrot w leczeniu płonicy.

W związku z ciężkimi epidemiami błonicy, głównie w Rosji i Polsce, zaczęto ostatnio powątpiewać o wartości surowicy swoistej. Ostatecznie jednak surowica przeciwbłonicza uważana jest za zasadniczy środek leczniczy, z tem jednak zastrzeżeniem, że jej przeciętna dawka powinna być trzy lub czterokrotnie wyższa od dawek stosowanych przed dziesięciu laty. Przytem w ciężkich przypadkach powinna ona być wprowadzana dożylnie. Zachęcające wyniki otrzymuje się przy stosowaniu obok surowicy preparatów arsenowych (*neosalvarsan*), o czem u nas pisali *Bogdanowicz* i *Welfle*.

Kiedy mowa o błonicy, należy tu wspomnieć

o nowej, wyodrębnionej przez Ribadeau-Dumas jednostce chorobowej, a nazwanej przez niego „błonicą utajoną nosa u noworodków”. Cierpienie to występuje u noworodków albo pod postacią ostrych zaburzeń żołądkowo-jelitowych z silnym odwodnieniem oraz podwyższoną ciepłotą (obraz zatrucia pokarmowego u niemowląt), albo też pod postacią dekompozycji. Badanie śluzu z nosa wykazuje obecność prątków Löfflera. Zastosowanie surowicy specyficznej daje zdumiewający efekt leczniczy. Przypadki pozostawione bez surowicy, z reguły kończą się śmiercią. W Polsce zwróciła uwagę na tę jednostkę chorobową Mandelsowa, opisując przed dwoma laty całą epidemię błonicy utajonej nosa na oddziale noworodków w Łodzi.

Zasadniczy zwrot w leczeniu płonicy nastąpił z końcem roku 1923, kiedy Dickowie (wślad za wykryciem zarazka szkarlatynowego) i Docher podali nowy sposób przygotowania surowicy przeciwploniczej. Dickowie uodparniali konie jadem paciorkowców ploniczych, Docher zaś wstrzykiwał koniom żywe paciorkowce celem otrzymania surowicy o własnościach nie tylko antytoksycznych, ale i przeciwbakteryjnych. W Polsce przygotowywana jest obecnie surowica przez P. Z. H. za pomocą metody zmodyfikowanej, która polega na wstrzykiwaniu koniom toksyny paciorkowcowej wraz z zabitemi paciorkowcami. Z publikacji zarówno autorów obcych, jak i polskich — Bogdanowicza i Szenajcha (1928), a również i Brokmana (1929) — wynika, że surowica przeciwplonicza posiada wybitny wpływ na objawy zależne od toksycznego zadziałania paciorkowca (spadek ciepłoty, poprawa tętna, znakomita poprawa stanu ogólnego, szybkie wygasanie wysypki), a daleko mniejszy wpływ na schorzenia bakteryjne drugiego okresu choroby. Toteż w ostatnich czasach podejmowane są próby, dążące do wynalezienia metody, któraby zapobiegała objawom bakteryjnym. W tym celu rozpoczęto stosowanie w czasie choroby szczepionek, zawierających paciorkowce (Rosenow) lub paciorkowce wraz z toksynami (Kirejew); metoda ta ma dawać wyniki ko-

rzystne. U nas Brokman i Piotrowski podjęli inną próbę zapobiegania powikłaniom bakteryjnym. Opierając się na doświadczeniach Bogdanowicza i Szenajcha, że u osobników, leczonych surowicą, następuje w końcu pierwszego tygodnia pewne zahamowanie w wytwarzaniu antytoksyny, autorzy w tydzień po pierwszym zastrzyknięciu surowicy w odstępach czteropięciodniowych wprowadzali jeszcze dwu-trzykrotnie po 10 cm.³ surowicy, by w ten sposób stworzyć dla paciorkowców, znajdujących się w organizmie, gorsze warunki rozwoju. Wyniki takiego leczenia naogół były korzystne.

Kończąc rozdział o walce z chorobami zakaźnymi, pragniemy zwrócić uwagę na ostatnio opublikowaną przez Sperańskiego nową metodę leczenia tych chorób. Badacz rosyjski na podstawie badań eksperymentalnych doszedł do wniosku, że cierpienia takie, jak błonica, płonica, odra, są cierpieniami pierwotnymi układu nerwowego, w których objawy skórne są jedynie zjawiskami wtórnymi, nieswoistymi. Innymi słowy, ośrodkowy układ nerwowy wraz z płynem mózgowo-rdzeniowym ma pełnić czynną rolę w powstawaniu chorób zakaźnych. Płyn mózgowo-rdzeniowy ma być rezerwuarem toksyn, toteż wprowadzenie środków leczniczych przez nakłucie lędźwiowe ma osiągać dodatni skutek. Ostatnio zwrócono uwagę na to, że liczne przypadki błonicy lub płonicy wymagają bardzo dużych ilości surowicy. Sperański powziął przypuszczenie, że tak obfite ilości są niezbędne, aby nasycenie krwi przeciwciałami pozwoliło im przeniknąć poza barierę krwimózgową; wprowadzenie surowicy wprost do kanału mózgowo-rdzeniowego pozwala na stosowanie bardzo małych ilości (3—5 cm.³). Istotnie, w ciężkich przypadkach błonicy i płonicy osiągnęto zdumiewający efekt; w ciężkich przypadkach odry surowica ozdrowieńców, wprowadzona wprost do kanału, również dawała pomyślne wyniki. Metodę Sperańskiego należy uważać za rewelacyjną pod warunkiem, że zostanie ona potwierdzona przez innych badaczy.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Państwowego Zakładu Higieny, dział Med. Doświadczalnej
(Kier.: Prof. Dr. med. L. Hirszfeld),
z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniw. Warsz.
(Kier.: Prof. Dr. med. L. Paszkiewicz)
i z Prywatnego Zakładu Ginekologiczno-Położniczego
„Maternité”.

Zmiany w jajnikach u ciężarnych kobiet i kotnych królic,
jako wyraz auto-reakcji Zondeka i Aschheima *).

Podali

J. ROZENBLAT i F. NATHAN.

Klasyczne prace Zondeka i Aschheima nad czynnością przedniego płata przysadki mózgowej¹⁾ stanowią podstawę endokrynologii płcio-

*) Wygłoszone w Tow. Gin. w Warszawie w maju r. 1934.

¹⁾ P. P. P. M.

wej i przyczyniły się do rozwoju tej ciekawej dziedziny wiedzy. Z. i A.²⁾ ustalili zależność czynności jajnika od hormonów P. P. P. M. Wprawdzie zmieniliśmy w znacznym stopniu poglądy na te sprawy od czasu ukazania się w r. 1930 pierwszej pracy Z. i A. pod tytułem: „Rozpoznanie ciąży z moczu”. Okazało się bowiem, że rola P. P. P. M. jest znacznie więcej skomplikowana, niż to początkowo wyobrażali sobie Z. i A. Już Long i Ewans wykazali, że P. P. P. M. kieruje prawidłowym wzrostem ustroju. Jednak i na tem nie ogranicza się czynność P. P. P. M. Zakres jego działania jest bardziej rozległy: wszystkie prawie gruczoły dokrewne znajdują się pod jego wpływem.

Prace Anselmino, Hoffmana, Herolda,³⁾ Abelina,⁴⁾ Smitha,⁵⁾ Uhlenhutha,⁶⁾

²⁾ Z. i A. = Zondek i Aschheim.

Loeba,⁷⁾ Arona,⁸⁾ Wahla,⁹⁾ Werzara,⁹⁾ Paala,¹⁰⁾ i innych wykazały bezpośrednią zależność tarczycy, przystarczyczek, kory nadnercza, wysepek Langerhansa trzustki od P.P.P.M. Odbieglibyśmy zbyt od głównego tematu odczytu, gdybyśmy chcieli omówić dzisiaj tę wszechstronną czynność P.P.P.M. Zajmiemy się przeto wyłącznie jego czynnością gonadotropową. I ta dziedzina nie została ostatecznie wyświetlona. Mamy dużo teorii, mało faktów. Dlatego też powinniśmy obecnie, jak słusznie twierdzi Abelin, „opierać się wyłącznie na materiale klinicznym i doświadczalnym, a nie powiększać i tak już dużego nieładu w tej dziedzinie przez tworzenie ciągle nowych teorii i hipotez”. Wychodząc z tego założenia, od 1930 r. zajmujemy się zbieraniem spostrzeżeń klinicznych oraz materiału doświadczalnego z tej dziedziny. W 1931 roku miałem zaszczyt wspólnie z Halberówną i Pruszczyńskim przedstawić w tem gronie i opisać zmiany w jajnikach gryzoniów po dłuższym stosowaniu hormonów P.P.P.M. W 1932 r. praca ta została ogłoszona drukiem w „Monatschr. f. Gyn”. W wyżej wymienionej pracy dowiedziono doświadczalnie i drobnowidzowo, jakie olbrzymie zmiany w jajnikach gryzoniów wywołuje wielokrotne wstrzykiwanie preparatów, zawierających prolan (anthipofizyny, prolanu, zawieszin kosmków jaja płodowego i łożyska). Zjawisko to można było przewidzieć, jeśli zważymy, że tak małe stosunkowo dawki moczu ciężarnych kobiet powodują w jajnikach białej myszy wszystkie 3 charakterystyczne dla odczynu Z. i A. objawy. Już wtedy wyraziliśmy przypuszczenie, iż „możliwe jest, że również u kobiet w czasie trwania ciąży nadmiar hormonów, krążących we krwi, powoduje zmiany wsteczne w jajnikach”. Wypowiedziane przypuszczenie nasunął nam fakt, że jedna z doświadczalnych królic, u której wykryto przypadkowo ciążę, wykazała szczególnie wydatne zmiany w jajnikach. Celem upewnienia się co do słuszności tego twierdzenia przystąpiliśmy do systematycznego badania jajników u kobiet i gryzoniów w czasie trwania ciąży.

W odpowiednim piśmiennictwie znajduje się bardzo mało danych o zmianach, powstałych u kobiet w czasie trwania ciąży. Kehrera¹⁰⁾ w „Biol. d. Weibes” i Neumann¹¹⁾ w niedawno ogłoszonej monografii „Sposoby morfologicznego badania jajników” (1933) poświęcają tej sprawie tylko kilka wierszy, omawiając bardziej szczegółowo jedynie *corpus luteum graviditatis*. Wiemy z tych prac, że jajnik w okresie ciąży powiększa się: stosunek długości do szerokości według Ahlfelda¹²⁾ wynosi 7—10 ctm, do 1,5—2 ctm. wtedy, gdy normalnie przeciętne wymiary są: 3—5 ctm. długości i 1—1½ ctm. szerokości. Twierdzenie, że jajnik w czasie ciąży znajduje się w stanie spoczynku (Briere de Boismont*) (1842), Strassman*) i inni, Kehrera obala. Z drugiej strony zdanie Leopolda*) i Ravano,¹³⁾ że w czasie ciąży odbywa się prawidłowe dojrzewanie pęcherzyków Graafa, znalazło tylko częściowe potwierdzenie, a mianowicie, Keller,¹⁴⁾ Seitz¹⁵⁾ (1908), R. Meyer¹⁶⁾ (1923), R. Schröder (1915) spostrzegali, że wprawdzie w czasie ciąży pod wpływem zapłodnionego jaja następuje dojrzewanie pęcherzyków

Graafa, jednak tylko do pewnego okresu rozwoju: w chwili, gdy pęcherzyk osiąga wielkość grochu, ulega on atrezji. Jak więc widzimy, wpływ hormonów, krążących we krwi ciężarnych, na jajnik dotychczas przez nikogo nie został dokładnie zbadany.

Z tych względów staraliśmy się wyjaśnić to zagadnienie drogą spostrzeżeń klinicznych w czasie zabiegów w jamie brzusznej u ciężarnych kobiet oraz drogą badań doświadczalnych. Najwłaściwszym materiałem dla klinicznych badań okazały się ciążę pozamaciczne jajowodowe, gdyż:

1) w tych przypadkach mamy przeważnie do czynienia z wczesnym okresem ciąży, kiedy ustroj zawiera *maximum* hormonów płciowych; 2) jajniki są bardziej dostępne dla oka, niż w innych przypadkach, jak nowotwory w jamie brzusznej w okresie ciąży i t. d.

Od 31 roku miałem sposobność zbadania jajników tylko w 10 przypadkach pozamacicznej ciąży częściowo własnych, częściowo kolegów, towarzyszy pracy w zakładzie „Maternité”. Chcąc wyeliminować wpływ przez ciągłość zmian jajowodów na sąsiadujący z nim jajnik, badałem jajniki wyłącznie po zdrowej stronie. Jest to materiał ilościowo bardzo skromny, ale zato zupełnie jednolity: we wszystkich przypadkach bez wyjątku, stwierdziłem powiększenie jajników, wyraźne wybroczyny krwi w pęcherzykach Graafa, a więc najbardziej dla ciąży charakterystyczne odczyny Z. i A. Rozumie się, że o skontrolowaniu moich spostrzeżeń w tych przypadkach operacyjnych drogą drobnowidzową nie mogło być mowy. Zdecydowałem się tę lukę wypełnić drogą doświadczalną. Dzięki uprzejmości Prof. L. Hirszfelda, przystąpiłem w Zakładzie Higieny do badań jajników u kotnych gryzoniów. Wybór zwierzęcia dla badań doświadczalnych odgrywa wielką rolę. Kotna morska świnka nie okazała się odpowiednim materiałem: jajniki są małe, posiadają grubą otoczkę, tak że rozpoznanie zmian dostępne jest tylko drogą drobnowidzową. Myszy także nie nadają się do tych doświadczeń: przekrwienie wszystkich narządów jamy brzusznej łatwo może obserwatora wprowadzić w błąd. Najlepszym materiałem okazały się królice. Wybierałem możliwie młode osobniki, wagi 2500—3000 gr. Co się tyczy techniki zabiegów, to możliwie aseptycznie przeprowadzoną operację wykonywałem cięciem grzbietowym po lewej stronie kręgosłupa, poniżej nerki. Małem cięciem udaje się, w uśpieniu, wydobyć jajnik, szypułę przewiązać katgutem i ranę zaszyć ciągłym katgutowym szwem. Opatrunek z kolloidum. Królice znoszą ten zabieg doskonale, ciąża nie zostaje przerwana. Dotychczas zbałem tylko 12 kotnych królic w różnych okresach ciąży. Dość trudno dostać odpowiedni materiał. Ale wyniki we wszystkich przypadkach były tak przekonująco jednostajne, że mogłem w zupełności ograniczyć się do tego niewielkiego, ale cennego materiału. Najwyraźniejsze były zmiany w drugiej połowie ciąży, t. j. w 2—3 tygodniu, a więc po dłuższym działaniu hormonów na jajnik. Znaleźliśmy u ciężarnych królic te same zmiany, jakie stwierdzamy u niedojrzałych myszy i królic po wstrzyknięciu moczu ciężarnych kobiet.

Zmiany te są bardziej wyraźne ponieważ hormony działają dłużej i przeto intensywniej. Zmia-

*) cyt. wg. Kehrera.

ny typowe, widoczne gołym okiem: jajniki 2—3 krotnie powiększone (stosunek długości do szerokości, jak 2—2,5 ctm. do 1—1,25 ctm.), o powierzchni nierównej, guzowatej, zniekształconej przez liczne złuteinizowane pęcherzyki Graafa. Niemal każdy z jajników zawierał pęcherzyk z wybroczynami krwi, zwiększoną liczbę pęcherzyków dojrzewających — słowem wszystkie 3 odczyny Z. i A. Jajniki, po utrwaleniu w formalinie i alkoholu oraz zatopieniu w parafinę, barwiono hematoksyliną — eozyną, sposobem v. Giessona, oraz na lipoidy Sudanem III według Ciacchio.

Badanie mikroskopowe wykazało:

1. bardzo znaczne rozszerzenie naczyń krwionośnych;
2. wybroczyny krwawe w pęcherzykach Graafa oraz w pozostałym mięszu jajnika;
3. zmniejszoną ilość pęcherzyków Graafa wogóle;
4. część pęcherzyków wykazuje poza wspomnianymi już wylewami krwawymi zmiany wsteczne: torbielowate rozszerzenie, drobną, jakby skurczoną komórkę jajową, część znajduje się w okresie dojrzewania, prawidłowych dojrziałych pęcherzyków bardzo mało;
5. tkanka łączna buja szczególnie dookoła pęcherzyków, powodując ich zanik oraz wnika między komórki luteinowe, dzieląc je na różnej wielkości wysepki.

Zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i wyniki badań doświadczalnych i anatomo-patologicznych są zupełnie zgodne i pozwalają nam twierdzić, że w jajnikach kobiety i królicy zjawiają się w czasie ciąży te same zmiany, jakie stwierdzamy u niedojrzałych myszy lub królic po wstrzyknięciu moczu ciężarnych kobiet. Zmiany te są nieco mniej wyraźne, niż po przewlekłych zastrzykaniach hormonów P. P. P. M., ponieważ czynniki te działają krócej i mniej intensywnie. Zmiany te są wyrazem wszystkich 3 odczynów Z. i A., odbywających się w ustroju ciężarnej kobiety i królicy.

Fakt znalezienia odczynów Z. i A. w jajnikach ciężarnej królicy przeczy twierdzeniu Zondeka, że tylko w ustroju primatów, t. j. człowieka i małpy następuje podczas ciąży nadprodukcja hormonów P. P. P. M.

Aby się przekonać, czy spostrzeżone przez nas zmiany w jajnikach są trwałe, izolowaliśmy po okoceniu się królicę dla uniknięcia nowej ciąży i w 4 tygodni po okoceniu się usuwaliśmy drugi pozostały jajnik. Okazało się, że zmiany w jajniku znikły: jajnik się zmniejszył, wybroczyn krwi niema, powierzchnia jajnika gładka, bez *corp. lut. atr.*, dużo prawidłowych pęcherzyków Graafa — najlepszy dowód, że zmiany były czasowe, wywołane ciążą.

Kończąc dzisiejsze doniesienie chciałbym zwrócić uwagę szanownych państwa jeszcze na jeden fakt: hormony, krążące we krwi ciężarnej kobiety i królicy mają daleko szerszy zakres działania, niż przypuszczaliśmy dotychczas. Mamy dane, które przemawiają za tem, że drogą krwi hormony przechodzą na płód i, działając na jego narządy płciowe, wywołują w nich szereg zmian w sensie Allendoisy i Z.-A. Omówieniem tej sprawy zajmijmy się w najbliższej przyszłości, a dzisiaj niech nam

wolno będzie podziękować profesorom L. Hirszfeldowi i L. Paszkiewiczowi za zainteresowanie się naszą pracą.

PIŚMIENNICTWO.

1. Zondek u. Aschheim. Die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn. — 2. Zondek. Die Horm. d. Ovariums u. d. Hypophysenvorderlappens. — 3. Anselmino, Hoffmann, Herold. Über die parathyreotrope Wirkung v. Hypophysenvorderlappensextrakten. Kl. Woch. 1934, N. 2; Das corticotrope Hormon des Hypophysenvorderlappens. Kl. Woch. 1934, Nr. 6. — 4. Abelin u. Wiedmer. Schilddrüse u. Ovarium. Arch. f. Exp. Path. u. Pharm. B. 166, 5/6 Heft. — 5. Smith. Endocrinology 7, 579. J. amer. med. Assoc. 89, 158. — 6. Uhlenhuth. Proc. Soc. Exper. Biol. a Med. 26, 389 (1929). — 7. Loeb I. metabol. Res. 40, 499 (1919), 41 (1920). — 8. Aron. M. u. Mitarbeiter. Rev. franç. Endocrin. 8, 472 (1932). — 9. Verzar u. Wahl cit. nach. Abelin: Zur Physiol. d. Hypophysevorderlap. Schweiz. Med. Woch. N. 45, (1932). — 10. Paal H. Kl. Woch. 193 z. II, 2172. — 11. Kehr. Biol. d. Weibes. Physiol. d. Schwangerschaft 6, II (1925). — 12. H. Neumann. Morphol. Untersuchungsmethoden der Eierstöcke 1933. Hand. d. biol. Arbeitsmethoden. Abt. VIII. T. 1. II. 11. — 13. Ahlfeld. M. f. Geb. 1869, XXX, IV, S. 180. Zbl. f. Gyn. 1915, N. 45. — 14. Ravano. Über d. Frage nach. d. Tät. d. Eierstockes in der Schwangersch. A. f. Gyn. 1907, S. 587. — 15. Keller. Über Veränder. am Follikelap. d. Ovars währ. der Schwangerschaft. — 16. Seitz. Die Follikelatresie währ. d. Schw. Arch. f. Gyn. 77 (1906). Über die Follikelreif. u. Ovulat. in d. Schwang. Zbl. f. Gyn. 1908. S. 332. — 17. R. Meyer. Ztbl. f. Gyn. 1923, S. 593. — 18. I. Rosenblatt, Halber, Pruszyński. Die pat. anat. Veränder. im Eierstock nach protrahirt. Vorderlappenhormoneinverleib. Mon. f. Gyn. 1932. Bd. XCII.

Z oddziału chorób nerw. Szpitala Starozakonných na Czystem
(Kierownik: Dr. E. L. B r e g m a n).

Zachowanie się odruchu rogówkowo - podbródkowego Flataua w schorzeniach korowych i pozakorowych. (Zarazem przyczynek do semiotyki i topiki stanów nieprzytomnych).

Podał

L. LIPSZOWICZ (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 43).

W powyższym przypadku chciałbym tu zwrócić uwagę na dwa zjawiska, towarzyszące zniesieniu odruchu rog.-podbr., mianowicie: znaczne zaburzenie ruchów gałki ocznej oraz wzmożenie napięcia o typie pozapiramidowym — wszystko po stronie, gdzie znikł odruch rog.-podbr. Okoliczności te wskazują na umiejscowienie ogniska (oczywiście, w przybliżeniu), które spowodowało zniesienie odruchu rog.-podbr. następstwem zaatakowania ośrodka dla tego odruchu względnie drogi odśrodkowej, łączącej omawiany ośrodek z jądrem n. twarzowego (w części jego, przeznaczonej dla mięśnia podbródkowego).

Ognisko to znajdowałoby się mianowicie w obrębie szypuły mózgowej: zniesienie ruchów gałki ocznej = zajęcie jądra n. okoruchowego wzgl. jego korzonków, wybitne wzmożenie napięcia o typie pozapiramidowym = schorzenie zwojów subpallidalnych (jądro czerwone, istota czarna i t. d).

W danym przypadku musielibyśmy mieć do czynienia z dużym ogniskiem wybitnie destrukcyjnym (przypuszczalnie odosobnionem), o czym, zresztą, świadczy fatalny przebieg sprawy. (Chory zmarł po upływie kilku dni po wypisaniu się z oddziału).

Umyślnie podkreślamy znaczenie rozległego złośliwego ogniska w szypule mózgowej, bowiem ogniska drobne, dotyczące, na przykład, wybiórczo jąder nn. okoruchowych nie spowodują zniesienia odruchów rogówkowo-podbródkowych, a to, zapewne, dlatego, że proces chorobowy obejmuje zbyt mały teren, względnie nie odznacza się charakterem złośliwym. Istotnie, przypadki rozsianej sprawy zapalnej o przebiegu łagodnym, powodujące przejściowe zaburzenia ruchów gałek ocznych, rozwijały się z dodatnimi odruchami rog.-podbr. Odwrotnie, ognisko rozmiękczeniowe, guz i. t. p. sprawy, obejmujące większe pole działania destrukcyjnego, przy umiejscowieniu szypułowym, pociągają za sobą trwałe zniesienie odruchu rog.-podbr.

Kwestja: ognisko złośliwe o dużym zasięgu, czy rozsiana sprawa zapalna o działaniu ograniczonym? — wyjaśnia się w świetle zachowania się odruchów rog.-podbr. Omówimy ją szczegółowo w pracy następnej, opartej przedewszystkiem na przypadkach guzów mózgu, a poświęconej znaczeniu odruchów rog.-podbr. w djałgostyce — topicznej i różniczkowej.

Przechodzimy do zagadnienia obustronnego zniesienia odruchów rog.-podbr. przy zachowanej przytomności. Teoretycznie wchodzą w grę dwie możliwości: albo dwa ogniska w szypułach mózgowych, albo jedno ognisko w moście, przerywające obustronne szlaki od ośrodków odruchów rog.-podbr. do jąder nn. twarzowych.

Dotąd nie obserwowaliśmy obustronnego zniesienia odruchów rog.-podbr. o umiejscowieniu szypułowym — bez utraty przytomności (odnośnie przypadki nasze miały przebieg burzliwy), natomiast znane nam są przypadki o umiejscowieniu mostowym. Poniższy przypadek sekcyjny (porażenia postępującego) posłuży za przykład.

M. Hep..., l. 62. Zgłosił się na oddział 11.IV.1933 z powodu lewostronnego porażenia połowiczego, które nagle dnia poprzedniego, wystąpiło bez utraty przytomności. Badaniem przedmiotowym, poza typowym porażeniem połowiczem, stwierdza się objawy, nasuwające rozpoznanie porażenia postępującego. W tym samym sensie przemawiają wyniki badania krwi i płynu m.-rdz.: dodatni Wa, krzywa L a n g e o o typie pp. Chory otrzymał kurację specyficzną i na początku poprawiał się, po tygodniu jednak stan chorego nagle szybko się pogorszył i w krótkim czasie doprowadził do zejścia śmiertelnego.

Na początku pobytu chorego na oddziale odruch rog.-podbr. obustronnie był dodatni (obok dłoniowo - podbr.). 20.IV. Chory senny. Uskarża się na duże pragnienie. Po str. porażenia odruchu rog.-podbr. brak. 9.V. Senność większa.

Odruchy rog.-podbr. znikły obustronnie. 16.V. Stan agonalny. Z odruchów podbródkowych stwierdza się wyłącznie odr. Marinesco-Radovici po str. lewej. 17.V. Zmarł.

Jeszcze przed dokonaniem badania pośmiertnego mogliśmy z pewnem prawdopodobieństwem przewidzieć rozległe ognisko w moście. Istotnie, na sekcji (18. V., Dr. Płóński er) stwierdziliśmy w moście „duże ognisko rozmiękające o brzegach nierównych i dnie poszarpanem”. Zarazem znaleźliśmy wytłumaczenie anatomiczne dla wzmożonego pragnienia, które nagle wystąpiło u chorego w związku z pogorszeniem stanu zdrowia: ogniska rozmiękczenia w przysadce mózgowej.

Podobnie jak w szypule mózgowej, również w moście tylko rozległe ognisko względnie czynnik wywierający działanie na dużej przestrzeni (jak guz) znosi odruch rog.-podbr. Sprawy zapalne, jak stwardnienie rozsiane, nagminne zapalenie mózgowo-rdzeniowe o umiejscowieniu mostowym z reguły nie powodują znikania wymienionych odruchów (przypuszczalnie ogniska takie nie docierają do szlaków, łączących ośrodki rog.-podbr. z jądrami n. n. twarzowych albo też nie znoszą ich zdolności przewodzenia bodźców). Zauważymy przy okazji, że również schorzenie systemowe, obejmujące oba neurony ruchowe, *sclerosis lateralis amyotrophica*, występowaniu odruchów rog.-podbr. nie przeciwdziała. Przeciwnie, w kilku przypadkach tego schorzenia wspomniane odruchy były bardzo wybitne. Wynikałoby z tego, że grupy komórek nerwowych w jądrze n. twarzowego, związane z mięśniem podbródkowym, zachowują żywotność pomimo choroby.

Tak więc na podstawie zachowania się odruchów rog.-podbr. wnosić można z dużem prawdopodobieństwem o charakterze schorzenia — również w moście.

Reasumujemy.

1) Ognisk wyzwalających odruchy rog.-podbr. (atakujących ośrodki hamujące) szukać należy na odcinku mózgowia powyżej okolicy subpallidalnej aż do kory mózgowej, być może — w płacie czołowym.

2) Schorzenie całej kory mózgowej nie znosi odruchów rog.-podbr.

3) Jednostronne zniesienie odruchu rog.-podbr. wskazuje na rozległe złośliwe ognisko w szypule mózgowej.

4) Obustronne zniesienie odr.-podbr. świadczy albo o rozległym ognisku w moście (bez utraty przytomności), albo o ogniskach w szypułach mózgowych (zwykle z utratą przytomności).

5) Odruchy rog.-podbr. posiadają conajmniej trzy ośrodki: a) w korze mózgowej, b) śródmózdu i c) jądrze opuszkowym n. twarzowego. (Analogja do 3-ch ośrodków dla zucia: telencefalicznego, mezencefalicznego i rhombencefalicznego).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Kastracja i sterylizacja.

Podali

Bronisław FRENKIEL i Stanisław HURWICZ (Łódź).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 43)

Jako drugą z kolei grupę omówimy padaczkę t. zw. samoistną. Jest ona przeważnie endogenna, o tendencji postępującej, o rozwoju dziedzicznym raz dominującym raz recesywnym (B u m k e). Autorzy podają odsetek dziedziczności różnie, od 50 do 80%; K r a e p e l i n stwierdzał w 87% dziedziczne obarczenie w postaci chorób nerwowych, umysłowych i alkoholizmu, a w 25% padaczkę u jednego z rodziców. Bardziej ponure jeszcze są dane W e e k s a z Ameryki: dwoje epileptyków daje potomstwo bez wyjątku chore, epileptyk z oligofrenią również; epilepsja z psychopatią daje 91% mniej wartościowych; epileptyczka z alkoholizmem wydała na świat 86% chorych, nawet małżeństwo epileptyka z osobą zdrową daje jeszcze 67% chorego potomstwa. Pogarsza sytuację jeszcze to, że epileptycy często mają liczne potomstwo i że przeważnie umierają przed 50 rokiem życia, czyli nie dają wychować dzieci własną pracą.

Wydaje się jednak, że warunki dziedziczności właśnie przy epilepsji są trudno uchwytnie i podane liczby są przesadzone. Bardzo wielu autorów w nowszych czasach jak L u x e n b u r g, R ü d i n, O b e r h o l z e r, H o f f m a n n, K a h n i inni przychodzą do zupełnie innych rezultatów, podają oni liczby 5 do 11% dziedziczności. R ü d i n nawet, przyjmując *modus* recesywny dziedziczenia, oblicza obarczenie dziedziczne na 9%. Ciekawa jest praca O b e r h o l z e r a o rodzinie epileptyków bardzo płodnej, o dużej śmiertelności dzieci, w której obserwowano wielką różnorodność postaci klinicznych: w rodzinie tej stopniowo w przeciągu 4-ch pokoleń padaczka wygasła zupełnie*). Aczkolwiek właśnie padaczka ma tak wielkie znaczenie społeczne i kryminalne, to kategoryczne żądanie sterylizowania wszystkich endogennych epileptyków wydaje się nieuzasadnione, ponieważ zupełnie nie uwzględniono odradzającej mocy natury — powiada G a u p p, — oczywiście przy doprowadzeniu zdrowej krwi. Co innego jeżeli kójarzy się epileptyk z osobą psychopatyczną lub umysłowo niedorozwiniętą.

W innych endogennych chorobach umysłowych rzecz ma się przeważnie tak samo, jak przy padaczce. Szczególnie ważna jest grupa schizofrenji, ponieważ według B l e u l e r a do tej grupy należy około 75% wszystkich przebywających w zakładach, zaś podług B u m k e g o na 1000 mieszkańców w Niemczech przypada 8,4 schizofreników; inne endogenne psychozy, z wyjątkiem grupy manjakałno-depresyjnej, są rzadkie.

Chorych tych w Niemczech jest 280.000, w Polsce 125.000. Wiele trudu położyli R ü d i n, H o f f m a n n oraz G a u p p, którzy przeszło 20 lat poświęcili sprawie dziedziczności psychoz; autorzy ci tak samo jak wielu innych, w gruncie rzeczy przychodzą w sprawie tej do jednego wniosku: *id unum scimus nos nihil scire*, albo ściślej, *paucā*. Wzorowo przeprowadzone badania E. i F. M i n k o w s k i c h w szeregu przypadków schizofrenji w przebiegu 6-ciu pokoleń dały takie np. wyniki. W rodzinie F. był jeden chory osobnik, w drugim pokoleniu na 8 osób 2 chore, w 3-ciem na 35 zdrowych, 7 chorych, w IV-tem na 98 — 8 chorych, w V-tem na 193 — 5 chorych, w VI — na 94 nie było chorych. Tak samo w szeregu innych wypadków w V — VI pokoleniu już nie było chorych ani nawet schizoidów. H. H o f f m a n n oblicza prawdopodobieństwo chorego potomstwa u schizofrenika na 10%, stwierdza, wśród 50 wnuków schizofrenika jednego tylko chorego, inni zupełnie zdrowi, a nawet wielu z nich bardzo zdolnych.

B u m k e podaje dziedziczność przy jednym chorym rodzicu na 6,7%, a u obarczonych wnuków i bocznych linii na 1,8% czyli prawie tyle, ile wogóle procentowo jest schizofreników wśród ludności. B u m k e podkreśla szczególnie rolę czynnika wychowawczego, czyli zewnętrznego.

Zupełnie inaczej rzecz się ma, jeżeli się obciążenie dziedziczne kumuluje, to zn. jeżeli obaj rodzice są chorzy lub pochodzą w bliskim stopniu od osobnika chorego. Wtedy fatalny wpływ dziedzictwa ujawnia się niepohamowanie. K a h n stwierdza 50% chorego potomstwa w wypadkach małżeństwa dwóch schizofreników, z pozostałych zaś jeszcze 25% psychopatii schizoidalnej różnego nasilenia. Mimochodem stwierdził on również o małżeństwie schizofrenicznego dwoje zupełnie zdrowych dzieci, lecz takie wyjątki są przy zbiegającym się jednakowem obciążeniu dziedzicznym rzadkie. Potomstwo w takich wypadkach jest w dużym stopniu narażone na chorobę, albo na stany schizoidalne. Do tych samych mniej więcej rezultatów przychodzi R ü d i n (D. med. W. 1930 r.).

Rzeczą znaną jest, że szczególnie jaskrawo objawia się dziedziczność w schorzeniach manjakałno-depresyjnych. H. H o f f m a n n a również L u x e m b u r g obliczają chore potomstwo dwóch cyklicków na prawie 90%, przy jednym rodzicu obciążonym 60% cyklicków lub cyklotymików. Jeżeli jeden rodzic jest zupełnie zdrowy to może, ale nie musi, do 30 — 40% potomstwa cierpieć na lekkie postaci manjakałno-depresyjne lub psychopatie cyklotymiczne. Wreszcie z biegiem pokoleń i tutaj przy skrzyżowaniach z pniami zdrowymi zanika psychoza; prawda, że przedtem ma ona czas do spowodowania wielu nieszczęść. Do tego dołącza się jeszcze ta okoliczność, jak słusznie zaznacza G a u p p, że cyklicy często się żenią w młodym wieku i mają sposobność płodzenia potomstwa. Psychiatrzy zaś często obserwowali wypadki, że ci chorzy, odróżniający się wyjątkową subtelnością i delikatnością, czują pociąg do osób o tym samym charakterze i żenią się między sobą. W takich wypadkach sterylizacja byłaby dobrodziejstwem przy tej tak wielkiej możliwości dziedziczenia psy-

*P r i e l, D e j e r i n e, P i e r r e - M a r i e (ostatnio w r. 1928) uważają, że wypadki dziedziczenia padaczki są zupełnie wyjątkowe. Przyczyny padaczki P. M a r i e widzi w urazach porodowych i chorobach wieku dziecięcego (encefality), rodzinne występowanie jest tylko pozornie dziedziczne, a pochodzi z podobnych warunków zewnętrznych.

choz. Wiemy wszyscy, jakie ciężkie nieszczęścia stanowią okresy nawrotowej melancholji ojca lub matki rodziny lub niebezpieczeństwa wybuchu manjakałnego. Należy zaznaczyć, jednak, że zło jest natury, że tak powiem, raczej prywatnej niż społecznej, rola bowiem psychozy cyklicznej w kryminologii jest nieznacząca.

Nie zważając na wyżej przytoczone momenty wysokiej dziedziczności w psychozie manjakałno-depresyjnej sterylizacja, a tembardziej kastracja przy niej ma wśród psychjatrów najwięcej przeciwników. (B o n h ö f e r, L i l i e n t h a l, L u x e m b u r g i inni).

B u m k e na posiedzeniu niemieckiego Towarzystwa Ginekologicznego w listopadzie 1933 roku w Berlinie, poświęconem sprawie sterylizacji eugenicznej, powiada, że jeżeli sterylizacja cyklotymików wogóle ma być dokonywana, to należy być bardzo ostrożnym. W przeciwnym bowiem razie zniszczonoby w życiu ludzkim wszystko piękne, serdeczne i radosne: prócz kilku nędznych biurokratów i schizoidów niepozostałoby nic.

Z psychoz intoksykacyjnych oczywiście najbardziej nas interesuje alkoholizm. Jądrzem zagadnienia jest kwestja, jak dalece zatrucie alkoholem może uszkodzić plazmę rozrodczą i okazać swój zgubny wpływ w następnych pokoleniach. Wpływ alkoholizmu rodziców na dzieci i wnuków jest niezaprzeczalny. W nauce o zwyrodnieniu czynnik ten, jako źródło niepomyślnych mutacji, odgrywa wielką rolę. Podkreślali to dostatecznie amerykańscy zwolennicy prohibicji.

K r a e p e l i n podaje, że potomstwo alkoholików daje w 10% oligofreników i 8,7% epileptyków. B o u r n e v i l l e stwierdził w zakładzie dla niedorozwiniętych dzieci na 1000 — 471 z ojca alkoholika, 84 z matki, 65 z obu rodziców alkoholików. E i s e n s t a d t w klinice psychjatrycznej w Neapolu w r. 1923 stwierdził 63% oligofreników skutkiem alkoholizmu rodziców.

Alkohol jest trucizną dla każdej protoplazmy (R a u b e r), u alkoholicki przez krew przechodzi do płodu (*alcoholismus foetalis* — E i s e n s t a d t); z drugiej strony działa też na komórki rozrodcze mężczyzny, szczególnie przy zapładnianiu w czasie opilstwa. Mamy więc tu do czynienia właściwie z zewnętrzną przyczyną, działającą zarówno na rodziców jak i na zarodek, alkohol zaś w szczególny sposób wpływa na komórki rozrodcze, dzięki czemu powstają nowe właściwości zarodkowe w potomstwie. Nie jest to więc prawdziwa dziedziczność, tylko działanie tego samego czynnika na rodziców i na komórki zarodkowe. Dlatego też wielu autorów nazywa to słusznie dziedzicznością rzekomą.

Alkoholizm przynosi społeczeństwu olbrzymie szkody, siejąc chorobę, zbrodnię i nędzę, ale walka z nim drogą sterylizacji jest właściwie uderzeniem w próżnię. Przyczyny alkoholizmu przecież nie tkwią w dziedziczności, przynajmniej w olbrzymiej liczbie wypadków, jeżeli nie wyłącznie, przyczyną alkoholizmu są warunki społeczne. Zresztą nie miejsce tu mówić o przyczynach alkoholizmu, idzie tylko o podkreślenie, że sterylizacja alkoholików zapobiegłaby powstawaniu niekiedy chorego potomstwa, ale nigdy nie uchroni przed pojawieniem nowych rzesz alkoholików. Do tego dochodzi jeszcze ta okoliczność, że często sterylizacja przysłaby zapóźno, to zn. kiedy alkoholik zdążyłby spłodzić liczne potomstwo. Doryczy to również alkoholików psychopatycznych, jak i innych narkomanów - psychopatów.

Alkoholizm może być tylko objawem lub skutkiem wad psychicznych ustrojowych (*psychastenia* itd.).

Dlatego też, omawiając sterylizację alkoholików, B u m k e twierdzi, że przedewszystkiem należy ustalić, dla czego dany osobnik stał się alkoholikiem.

Trochę dziwna jest zresztą rola lekarzy amerykańskich, propagujących sterylizację alkoholików, obecnie kiedy przegrali kampanję prohibicyjną. Wygląda to, jak gdyby pozwolono społeczeństwu rozpijać się, aby je potem móc sterylizować.

Jeżeli drogą sterylizacji chce się zwalczyć zwyrodnienie narodu przez wypłnienie tego, co jest bezwartościowe społecznie, to w gruncie rzeczy mniej należałoby mówić o umysłowo chorych *sensu strictiori*, niż o wielkiej masie psychopatów i degeneratów. Nieszczęśliwi chorzy umysłowo w większości wypadków przebywają w zakładach i nie mają sposobności płodzenia potomstwa, podczas gdy psychopaci są na wolności. Stanowią oni wielki ciężar i niebezpieczeństwo dla społeczeństwa ze względu na swoje skłonności kryminalne, skłonności do nałogów, perwersyj seksualnych, prostytucji i t. p. Mogą oni również przekazywać potomstwu choroby umysłowe, sami nie będąc chorymi. Nigdy się nie da urzeczywistnić szeroko pojęta idea eugeniczna, jeżeli ta grupa społeczna nie będzie mogła być pozbawiona możliwości płodzenia potomstwa. Z drugiej strony jest wśród nich wielu osobników, ponad przeciętną miarę uzdolnionych w najrozmaitszych dziedzinach, — stanowią oni często czynnik postępu; prócz tego ustalenie jakichkolwiek przybliżonych chociażby reguł dziedziczności u psychopatów natrafia na jeszcze większe trudności, niż w każdej innej chorobie.

Słusznie zwraca uwagę M o r h a n d t, mówiąc o psychopatach, że djaagnostyka typów psychopatycznych jest rzeczą bardzo delikatną, która nie pokrywa się zgołą z djaagnozą czysto lekarską. E. F i s c h e r, zagorzały zwolennik uzdrowienia rasy drogą sterylizacji, powiada: „jest konieczne, aby pnie dziedziczne patologiczne, w których można się spodziewać zdolności ponad przeciętną miarę, były chronione przed nieopatrzna sterylizacją”.

Nie można jednak przemilczeć, że są postacie chorobowe, dziedziczność których jest tak dokładnie nam znana, że można wyciągnąć daleko idące wnioski. Przedewszystkiem mamy na myśli chorobę H u n t i n g t o n a, przy której dziedziczność wynosi 50% nawet przy jednym tylko rodzicu chorym. D a v e n p o r t przytacza statystykę, z której wynika, że 6 chorych, którzy przybyli z Europy do Ameryki w XVII-tem stuleciu, do końca XIX-go wieku wydało na świat 962 cierpiących na płasawicę H u n t i n g t o n a. Studium E n t r e s a niebicie dowodzi tak wysoką dziedziczność chorobową, że lekarze śmiało mogą wystąpić z żądaniem sterylizacji przy tej chorobie, tembardziej, że chorzy ci są mało wartościowi. Nasuwają się tu jednak pewne wątpliwości, mianowicie przy tak wysokim procencie dziedziczności należałoby sterylizować nie tylko osoby, u których choroba się ujawniła, ale także również i zdrowe potomstwo. Prócz tego zważywszy, że przeciętnie chorea H u n t i n g t o n a rozwija się w wieku 35 do 40 lat, przeciętny zaś wiek spłodzenia pierwszego dziecka 25 lat, należałoby sterylizować młodych członków rodziny. Mamy tu więc znów tę samą ujemną stronę zabiegów obezpladniających — zbyt późne ich stosowanie.

To samo da się powiedzieć o innych chorobach, gdzie dziedziczenie jest pewne, jak niektóre choroby oczu, idjotyzm amaurotyczny T l a y - S a c h s a, dziedziczne wady rozwojowe, dziedziczna głuchoniemota i t. d. American Medical Association wyłoniła komisję

dla zbadania kwestji dziedziczności chorób oczu. Komisja ta w sprawozdaniu wylicza 34 postacie chorobowe dziedziczne, z nich 8 może spowodować ślepotę (np. *membrana pupillaris persistens*, *retinitis pigmentosa*, *atrophia n. optici*, *retinitis retrobulb.*, która dziedziczy się recesywnie).

Rosenstein (Wien. Klin. Wochenschr. r. 1926) przytacza małżeństwo kuzynostwa z rodziny, w której były przypadki *retinit. pigmentosae*; wśród 8 synów tego małżeństwa 3 starszych cierpiało na *retinitis pigm.*, gruźlicę i *debilitas mentalis*. Analogiczna do amerykańskiej komisja w Anglii przyszła do wniosku, że znajomość dziedziczności tych chorób oczu jest jeszcze niedostateczna.

Ponieważ ustawy amerykańskie nie przewidują sterylizacji przy dziedzicznych chorobach oczu, niektórzy proponują rentę za bezdzietność dla małżeństw, u których można się spodziewać chorego potomstwa. Projekt godny rozpatrzenia i dla innych wypadków.

Dziedziczna głuchota polega ogólnie mówiąc na hipoplazji ucha wewnętrznego lub ośrodków nerwowych. Dziedziczność jest tu recesywna. Częstość dziedziczenia głuchoty autorzy podają bardzo niejednolicie od 10 do 45% przy obu chorych rodzicach.

Należy pamiętać, że głuchoniemi często pobierają się między sobą.

(Dok. nast.)

Oceny książek.

Dr. Józef ZAWADZKI, prezes Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa i Tow. Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie. **Organizacja doraźnej pomocy lekarskiej w Polsce.** Referat na IV międzynarodowy zjazd ratownictwa w Kopenhadze w r. 1934. Wydawnictwo Polskiego Komitetu do Spraw Ratownictwa, Warszawa 1934. To samo po francusku: *L'organisation de premiers secours médicaux en cas d'accidens en Pologne*. Stron 66.

Z doświadczenia wiadomo, że sprawozdania, jak powyższe, rzadko bywają czytane przez ogół lekarzy, poza bezpośrednio sprawą zainteresowanymi. A jednak lektura taka przydałaby się niejednemu w celu wyjaśnienia sytuacji i rozszerzenia horyzontu społecznego. Organizacja doraźnej pomocy lekarskiej jest, w myśl bar. dr. J. M u n d y z Wiednia, organizacją dobrowolną, ochotniczą, działającą bezinteresownie, a czerpie środki swego utrzymania od obywateli, owianych miłością bliźniego. Oparta jest ona na nowoczesnej nauce i technice ratownictwa i stosuje je w życiu bez przerwy, stale, na każde wezwanie, bez względu na porę roku, porę dnia i najmniej sprzyjające okoliczności. Znajduje się ona w rękach samego społeczeństwa i wprowadza w życie ideę miłości bliźniego i miłosierdzia. Olbrzymi pożar teatru na Ringach z hekatombą ofiar pożaru i paniki natchnął bar. M u n d y myślą stworzenia organizacji samodzielnej, która podjęłaby się misji samarytańskiej w czasie pokoju w stosunku do wszystkich, którzy ucierpieli na skutek nieszcześliwego wypadku. Tak powstało w r. 1881 w Wiedniu „Ochotnicze Towarzystwo Ratownicze”. Za przykładem Wiednia poszły Budapeszt, Praga, Kraków, Lwów i Warszawa w r. 1897, a za Warszawą poszły Łódź, Wilno, Kijów, Odesa, Petersburg, Charków, Tomsk; w czasie wojny powstało Towarzystwo w Lublinie (na zebraniu Oddziału Związku Legjonistów Polskich, nosi ono imię Marszałka J. Piłsudskiego) i w Białymstoku (sprawozdania z działalności tego ostatniego w referacie brak). Jako nadbudowę, która skupiłaby usiłowania poszczególnych organizacji założono w Warszawie w r. 1930 Polski Komitet do spraw ratownictwa, którego członkami są jeszcze: Związek Miast, Związek Powiatów R. P. oraz Związek Kas Chorych. Celem tej placówki jest rozwój ratownictwa w Polsce. Komitet zorganizował wystawę w Poznaniu w r. 1933, odbył lustrację wszystkich stacyj ratunkowych w Polsce i zebrał ankietę, która dała materiał do referatu. Ciekawe są dane tej ankiety. Ograniczymy się do kilku punktów, dotyczących wyłącznie Warszawy. Pogotowie Lekarskie w Warszawie udziela pomocy rocznie w 32000 wypadków (dziennie 88), posiada ono 2 stacje, ma 8 samochodów, zatrudnia 14 lekarzy, 10 zastępców, 14 sanitariuszy, 5 szoferów i wydaje na to 224.248 zł. rocznie, z czego idzie na administrację

13.696 zł., na personel lekarski 63.828 zł., na personel pomocniczy 58.440 zł., na środki lokomocji 64.429 zł., na opatrunki 7113 zł., na inne potrzeby 16.738 zł. (w tem utrzymanie domów). Jeden wypadek kosztuje zł. 6.93. — Dochodów Towarzystwo ma 243.566 zł., w tem ze składek członkowskich 35457 zł., z ofiar społecznych 41.472 zł., z przewozów chorych 39.981 zł., z nieruchomości 30476 zł., z wydawnictw 23679, a z subwencji — 42.500 zł. Z tego wynika, że 2/3 ciężaru utrzymania Pogotowia spada bezpośrednio na społeczeństwo, które ani razu nie zawiodło w dopomaganiu instytucji. Dyżur lekarza trwa 4 godziny. Nocą stacja jest czynna z 1 lekarzem i 2 internami w zapasie. W ciągu 35 lat działalności Pogotowia w Warszawie odsetek wyjazdów stopniowo się zmniejsza (z 72 do 19%), natomiast wzrasta odsetek porad ambulatoryjnych (z 19 do 70%). Zaufanie społeczeństwa i sprawne funkcjonowanie pogotowia tłumaczy się tem, że pozbawione ono jest aparatu biurokratycznego, który, jak to naocześnie przekonaliśmy się w Kasach chorych, nie nadaje się do administrowania samarytańskimi instytucjami. — Referat obejmuje jeszcze inne działy ratownictwa, jak doraźną pomoc w kolejnictwie, choć jest to zupełnie co innego, a mianowicie: pomoc lekarska dla kolejarzy, rozciągnięta na obowiązek udzielania pomocy podróżnym w nagłych wypadkach, głównie katastrofach kolejowych. Pomoc ta jest czysto rządowa, pochłania duże sumy, ale funkcjonuje, jak wiadomo, bardzo sprawnie. Natomiast wprowadzenie do referatu Kasy Chorych, a obecnie Ubezpieczalni Społecznej, bez należytego skrytykowania jej fiskalności i suchego biurokratyzmu, pozbawionej w zupełności idei samarytanizmu i opartej na wyzysku lekarzy — tłumaczy się chyba tylko tem, że referat przeznaczony jest na międzynarodowy zjazd w Kopenhadze, i że naszych bolączek nie mamy po co odsłaniać zagranicą.

W. K n a p p e.

Dr. med. Jakób WĘGIERKO. **O cukrzycy i jej leczeniu.** Monografie Lekarskie, Wydawnictwo Lekarskie „Eskulap”.

W książce swej autor w sposób wyczerpujący i treściwy ujął całokształt wiedzy współczesnej o patogeniezie, objawach i leczeniu cukrzycy. Nie było to, trzeba przyznać, łatwym zadaniem poruszyć na przestrzeni 96-iu stron wszystkie, związane z tą chorobą zagadnienia, poparte licznymi przykładami z własnego doświadczenia i tablicami. — Wyczuwa się jednak, że pisał to człowiek, który od lat zajmował się i zajmuje sprawą cukrzycy, poświęcił jej dużo prac natury teoretycznej i czysto praktycznych, i który dzięki temu posiada wielki zasób wiadomości w tej dziedzinie i doskonale panuje nad tematem. Z tego względu omawiana tu monografia nie jest tylko referatem zbiorowym, ale nosi wyraźne piętno indywidualnych zapatrywań i krytycznego podejścia doświad-

czonego lekarza - klinicysty i praktyka do wielu kwestyj, i dlatego właśnie nasuwa być może niektóre drobne, zresztą, zastrzeżenia, a niejedną sprawę chciałoby się przedyskutować z autorem. Na tem jednak polega wartość i aktualność jej i dlatego czyta się ją z tem większym zainteresowaniem i pożytkiem. Po krótkim wstępie, traktującym ogólnie fizjopatologię cukrzycy i chemję fizjologiczną węglowodanów przechodzi autor do omówienia istoty i postaci klinicznych cukrzycy. Tutaj poruszona została b. ważna sprawa udziału innych, prócz trzustki, gruczołów wkręwnych w patogenezie cukrzycy, oraz wpływ konstytucji na jej przebieg kliniczny. Osobny rozdział poświęcony został kwasicy cukrzyczej z uwzględnieniem zaburzeń w przemianie azotowej, tłuszczowej, mineralnej i wodnej. Można by tu było postawić zarzut, iż autor za mało być może uwagi poświęcił dokładniejszemu wyodrębnieniu w obrazie klinicznym śpiączki cukrzyczej zespołu t. zw. śpiączki naczyniowo-sercowej (*coma cardiocirculäre*) i śpiączki nerkowej (*coma renale*), na które to zespoły w ostatnich latach coraz większy nacisk się kładzie. Natomiast bardzo wyczerpująco omówiona jest niezmiernie ważna, a jakby lekceważona dotąd i nawet w większych monografiach wcale nie uwzględniana, lub pobieżnie tylko wspomniana sprawa objawów niedocukrzenia krwi i śpiączki z niedocukrzenia (*coma hypoglycaemicum*), której dokładna analiza kliniczna i wyczerpująca dżagnostyka stanowi wielką zasługę autora. Prawie 2/3 książki zajmuje kwestja leczenia cukrzycy. Ten niezmiernie ważny i aktualny dział potraktowany jest nader sumiennie i szczegółowo, poparty został licznymi przykładami z praktyki i interesującymi rozważaniami teoretycznymi oraz krytyczną

oceną różnych proponowanych w leczeniu cukrzycy dżet. Można nasunąć tutaj pewne wątpliwości nieco nazbyt może liberalne stanowisko autora w stosunku do traktowania leczniczego przecukrzenia krwi. Oczywiście, że w rękach lekarza, obeznanego dokładnie z obrazem klinicznym i leczeniem cukrzycy sprawa regulowania dżety i insuliny tak, aby choremu zapewnić *maximum* zbliżenia do warunków życia normalnych, osiągając jednocześnie optymalne nastawienie metabolizmu węglowodanowego daje się niewątpliwie zwykle osiągnąć. Lekarz mniej doświadczony może jednak zaszkodzić choremu, jeżeli zbyt dosłownie przyswoi sobie zasadę naliczenia się z poziomem cukru we krwi przy uwzględnianiu przyzwyczajenia i upodobań pacjenta. Nie ulega bowiem wątpliwości, że aczkolwiek dążenie do uzyskania stałej normoglikemji jest najczęściej utopją, jak słusznie zaznacza autor, tem nie mniej nie można uważać, iż stałe przecukrzenie krwi, szczególniejszego stopnia, jest czynnikiem obojętnym i nie może a la longue doprowadzić do b. przykrych następstw. Widujemy przecież pacjentów, którzy przy minimalnym cukromoczu, lub nawet zupełnie bez cukru w moczu czują się tem nie mniej fatalnie, skarżą się na ogólne osłabienie, swędzenie i t. d. We krwi tych chorych stwierdza się wtedy przecukrzenie, nie stojące w żadnym stosunku do stwierdzonego cukromoczu. Nie można więc oprzeć się wrażeniu, iż przecukrzenie krwi samo przez się stanowi pewien czynnik toksyczny i kryje różne za sobą niebezpieczeństwa dla ustroju. Reasumując — książka Węgie r k i stanowił bez wątpienia b. pożyteczny i wartościowy nabytek polskiego piśmiennictwa lekarskiego.

M. F e j g i n.

Wskazówki praktyczne

— J. Seiffert poleca *maść tranową Unguentolan* do opatrywania ran po nacięciach chirurgicznych zastrzałów, czyraków i karbunkulów. Operowane palce zostają unieruchomione na szynie i zaraz po nacięciu nakłada się opatrunek z maścią. (Ztbl. Chir. 1934, N. 41).

—o—

G ä t z i chwali stosowanie *Solganalu* w róży i chorobie Banga: 30 przypadków róży i 15 przypadków choroby Banga posłużyły za materiał do oceny Solganalu. Wyniki były bardzo dobre. (Schw. m. W. 1934, N. 37).

—o—

Czyrączność gronkowcową leczy najskuteczniej według F r e u n d a, *szczepionka własna*: zastrzykuje się co 2-gi dzień 0,9 dożylnie i 0.1 doskórnie. Zastrzykiwania podskórne

i domięśniowe nie działają. Podczas tego leczenia zabiegów chirurgicznych nie należy wykonywać. (Schw. m. W. 1934, N. 40).

—o—

S c h r e i e r radzi stosować *prowokacyjne postępowanie w przypadkach kily utajonej*: prowokację zapomocą tyreoidyny w kombinacji z neosalwarsanem stosuje się przez 3 dni, poczem występuje dodatni odczyn W a s s e r m a n n a we krwi. (Med. Welt., 1934, N. 38).

—o—

L o u r o s zwraca uwagę na ważność *badania ginekologicznego w przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego u kobiet* i radzi wykonywać cięcie w linii środkowej, by umożliwić skontrolowanie stanu narządów rodnych. (D. m. W. 1934, N. 38).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Protokół posiedzeń klinicznych oddziałów wewnętrznych szpitala fundacji Poznańskich im. Dra Seweryna Sterlinga w Łodzi w maju 1934 r.

Z oddziału wewnętrznego B. Ordynator Dr. Henryk K r y s z e k.

Kol. S i e r przedstawia przypadek *zatrucia weronalem wyleczony zapomocą dużych dawek strychniny dożylnie*.

Chora E. M. lat 54 (K. Szpit. 508/33) przybyła do szpitala 4 godziny po zażyciu 5 gr. weronalu. Stan chorej ciężki: nieprzytomna, szybkie, słabo napięte tętno, wąskie źrenice, odruchy rogówkowe zniesione, stan podgorączkowy. Chorej przepiókano żołądek zawiesiną węgla i dokonano nakłucia lędźwiowego. W ciągu 38 godzin wstrzyknięto chorej 51 mg strychniny dożylnie, osiągając całkowite wyzdrowienie. Parcie krwi w granicach 140 — 160 mm. Hg.

Kol. G i n s b e r g o w a przedstawia przypadek *raka trzustki*.

Chora B. R., lat 63 (K. Szpit. 214/33). Przed przybyciem do szpitala 6 tygodni trwająca żółtaczka, która wystąpiła niepostrzeżenie bez dolegliwości i poprzedzających objawów dyspeptycznych. Wątroba powiększona, niebolesna. Śledziona niepowiększona. W moczu barwniki żółci, urobilinogen niezwiększony. V. d. B e r g h pośredni i bezpośredni we krwi dodatni. W treści żołądkowej *subaciditas*. We krwi nieznaczna leukocytoza z neutrofilją. W treści dwunastniczej urobilinogen niezwiększony, jedynie pojedyncze leukocyty. R o e n t g e n przewodu pokarmowego bez zmian. Cukier we krwi 1,21. Po zastrzyknięciu adrenaliny wskaźnik hiperglikemiczny równy 1. W przebiegu uderza szybkie opadanie (7—15 min.), obecność krwi utajonej w kale, brak zwiększonej diastazy w moczu i wielokrotne dreszcze z podwyższoną do 40° ciepłotą, której towarzyszyła leukocytoza do 17.000. Podczas zabiegu (Dr. A j z n e r) stwierdzono guz w części głowowej trzustki i zrosty między żołądkiem a wątroba. Chora zmarła 2 dni po zabiegu.

Kol. T r a c h t e n h e r c przedstawia przypadek *niedomykalności zastawek tętnicy głównej na tle kilowem z towarzyszącą dychawicą sercową*.

Chora K., lat 60 (K. Szpit. 504/34). Od 3 lat ciężkie napady dychawicy sercowej. W ostatnich 6 tygodniach napady te powtarzały się co noc. U chorej stwierdza się obok neruchomości żreń i powiększenia wątroby 2 wirujące szmery nad ujściem tętnicy głównej, nasuwające podejrzenie tętniaka. nie stwierdzonego jednak rentgenologicznie. Parcie krwi 160/45 mm. Hg. WaR + + + +. We krwi limfocytoza z monocytosą. LKG T₁ i T₂ ujemne, ze strony nosa i ucha stwierdzono: *rhinitis chronica atrophicans sicca* i porażenie *n. acustici* ze skróceniem przewodnictwa kostnego. W przypadku tym zasługuje na uwagę daleko posunięte uszkodzenie mięśnia sercowego, które przejawiało się nie tylko lewostronną dekompenzacją (dychawica sercowa), lecz i prawostronną (powiększenie wątroby). Mimo to leczenie nasercowe z jednoczesnym leczeniem swoistem (bisnit, iod) dało dużą przejściową poprawę.

Kol. J o k i s z ó w n a przedstawia przypadek *dławicy piersiowej leczonej za pomocą anestezji parawertebralnej*.

Chory K., lat 50 (K. Szpit. 647/34). Napady bólowe od pół roku, ostatnio wielokrotnie w ciągu dnia nawet przy najmniejszym wysiłku. WaR ujemny. Akcentuacja II tonu nad aortą. Rentgenologicznie szeroka aorta. Parcie krwi 160/90 mm. Hg. EKG — T₂ ujemne, T₃ kopulasto spada z linii izoelektrycznej ostrym kątem ku dołowi. W przypadku tym uderza ustępowanie bólów tuż po ucisku na zatokę szyjną, skuteczna każdorazowo jest również nitrogliceryna. U chorego zastosowano kolejno eufhyllinę dożylnie, iniekcje mleka domięśniowo, myostriol dożylnie, naświetlanie kwarcem — wszystko bez widocznej poprawy. Napadom bólowym towarzyszyły stale obfite poty i tachikardia bez arytmii. Wobec bezskuteczności leczenia zastosowano (Dr. W a j s) parawertebralną anestezję: 10 cm. 1/2% roztworu nowokainy od C₆ do D₃ po stronie lewej i od C₄ do C₆ po stronie prawej, poczem nastąpiła wielomiesięczna znaczna poprawa.

D y s k u s j a: Praszkiel, Miller, Fiszman, Klozenberg, Urbach, Gliksman, Jokiszówna, Uryson.

Kol. U r y s o n przedstawia przypadek *chloropenji spowodowanej długotrwałym zapaleniem pęcherzyka żółciowego*.

Chory G., lat 34 (K. Szpit. 750/34). Od lat 4 postępujące wychudzenie (38 kg) oraz bezskutecznie leczone wymioty. Dyskretne objawy przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego. (C h e l m o n s k i +). Rentgenologicznie brak zmian w przewodzie pokarmowym, natomiast słabo kurejący się dużych rozmiarów pęcherzyk żółciowy. W układzie nerwowym wzmożona pobudliwość, żywe odruchy, ogólny niepokój. Saliwacja do 250 ccm: dziennie. Stale podgorączkowe stany. We krwi 5.500.000 ciałek czerwonych, 10.500 ciałek białych, w tem 70% obojętnochłonnych. Ilość chloroków w 100 ccm surowicy 479 mgr przy normalnej ilości mocznika. Po zastosowaniu leczenia (przepłókanie dwunastnicy, glukoza z insuliną, hemtysal dożylnie) — poprawa: ustąpienie wymiotów, przybytek na wadze. W okresie poprawy chloroków we krwi 514 mgrm%, przyczem ustąpiła poprzednio stwierdzona *anaciditas*. W przypadku tym zasługuje na uwagę: 1. chloropenja bez chloruremji; 2. zależność HCl w żołądku od ilości Cl we krwi; 3. ciężkość zmian wywołanych przez chloropenję z trudnością powrotu do normy.

Z oddziału wewnętrznego A. Ordynator Dr. Leon Sz y f m a n.

Kol. G ł o w i n i s k i przedstawia przypadek *zatrucia luminalem leczony dużymi dawkami strychniny dożylnie*.

Przypadek dotyczy chorej, lat 42, (K. Szpit. 709/34), która zażyła 3,3 gr luminalu. Dawka śmiertelna wynosi 1,5 gr. 12 godzin po zatruciu rozpoczęto leczenie dużymi dawkami strychniny dożylnie z jednoczesnym podawaniem koraminy i glukozy. Chora otrzymała ogółem 458 mgrm. strychniny w ciągu 6 dni. Dawka jednorazowa wynosiła 10 mgrm. dożylnie; zastrzykiwań dokonywano w odstępie 2—3 godzin. Już pierwszego dnia podczas zastrzykiwania strychniny wystąpiły drgawki, sztywność kończyn górnych. Objawy te zniknęły 15—30 minut po zastrzyknięciu. Ze względu na te właśnie objawy zatrucia strychniną zastrzykiwano ją w odstępach 2—3 godzin, a nie co godzinę, jak proponują autorzy francuscy. W 6 dniu choroby chora odzyskała przytomność, w końcu drugiego tygodnia opuściła szpital jako zdrowa. W trakcie leczenia dokonano zdjęcia EKG, który wypadł normalnie.

Kol. W a j n s z t o k przedstawia przypadek *ostręgo schorzenia trzustki w następstwie kamicy żółciowej*.

Przypadek dotyczy chorej L. N., (K. Szpit. 665/34), lat 30, otyłej, która przed dwoma miesiącami przeżyła normalny poród. W 8 dni później napad kamicy żółciowej, połączony z objawami zapalenia pęcherzyka żółciowego (dreszcze, wysoka ciepłota). Kilka dni później drugi napad, podczas którego wystąpiła żółtaczka. Podczas pierwszych 2 ataków bóle były zlokalizowane w typowym dla pęcherzyka żółciowego miejscu, promieniowały stale ku prawej łopatce. Dopiero podczas trzeciego ataku, który wystąpił w 5 dni po drugim, bóle zaczęły promieniować w kierunku lewej łopatki i lewego stawu barkowego. Ten trzeci napad trwał w ciągu tygodnia, wobec czego chora została skierowana do szpitala. W szpitalu stwierdzono cukromocz (4%), znaczną hiperglikemję (3,19), przeczulicę skórną w miejscu odpowiadającą trzustce, a po kilku dniach wysięk w lewej opłucnie. Pod wpływem leczenia dietetyczno-insulinowego, zastrzykiwań cytotropiny, nastąpiła poprawa. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na powikłanie cholecystopatii przez schorzenie trzustki, powikłanie, które się w praktyce zdarza pewnie częściej, niż bywa rozpoznawane.

Kol. W a j n s z t o k przedstawia przypadek *białaczki szpikowej*.

Chora H. T. (K. Szpit. 645/34), lat 45. Chora była leczona w szpitalu naświetlaniami promieniami R o e n t g e n a i zastrzykivaniami dużych dawek arseniku. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na stwierdzone upośledzenie ogólnego stanu chorej, mimo poprawy obrazu hematologicznego, w okresie upośledzonego wydalania kwasu moczowego, którego wyrazem był duży spójczynnik kwasu moczowego. Prelegent podkreśla, że zarówno leczenie promieniami R o e n t g e n a, jak i arsenikiem należy stale kontrolować zachowaniem się kwasu moczowego we krwi i w moczu według N e m e n o w a.

Kol. W a j n s z t o k, przedstawia przypadek (W. F. K. Szpit. 417/34) *nephrosclerosis maligna incipiens*. Podkreśla przytem trudności ustalenia ścisłego rozpoznania w przewlekłych schorzeniach nerkowych.

Sekretarz: Jerzy F a j w l e w i c z.

Protokół posiedzeń klinicznych oddziałów wewnętrznych szpitala fundacji Poznańskich im. Dra Seweryna Sterlinga w Łodzi w czerwcu 1934 r.

Z oddziału wewnętrznego B. Ordynator Dr. Henryk K r y s z e k.

Kol. W o ł o z y ń s k a przedstawia przypadek *gruźlicy płuc, leczony odumą w przebiegu ciąży*.

Chora G., lat 22 (K. Szpit. 379). Przed dwoma laty krwiooplucie, poczem postęp sprawy gruźliczej z szybkim OB, z objawami jamy w płucu prawem. Leczenie odumą rozpoczęto w 6 miesiącu ciąży. Po trzeciej odmie poprawa. W 9 mies. ciąży pogorszenie, przejawiające się wyższą ciepłotą, szybszym tętnem i uczynieniem sprawy gruźliczej w płucach. Poród prawidłowy. W 4 godziny po odbytych porodzie założono odumę, następna odma po 10 dniach. Pomimo konieczności przerywania stosowania odmy wskutek wytworzonych zrostów dalszy przebieg schorzenia pomyślny.

Kol. W o ł o z y ń s k a przedstawia przypadek *choroby Stiella*.

Chory J. K., lat 10 (K. Szpit. 513/34). W końcu 1932 r. krótkotrwała wysypka z podwyższoną ciepłotą, poczem bóle stawów nadgarstkowych i kolanowych. Wielomiesięczny okres obłożnej choroby. W szpitalu dziecięcym wyższy tor gorączkowy, długotrwała wysypka, postępujące zmiany w stawach. *Tonsillectomia* bez efektu. Po próbach leczenia siarką nasilenie wysypki i bólów stawowych. Na oddziale szpitalnym stwierdzono: w płucach rentgenologicznie objawy zwapniałego zespołu pierwotnego, znaczne powiększenie śledziony i mierne powiększenie wątroby, OB krótkie (35 min), objaw opaskowy ujemny, w hemogramie leukocytoza 15.000 z przesunięciem wlewo, zniekształcające zmiany głównie w stawach nadgarstkowych, mniejsze zmiany w stawach kolanowych. Leczenie gluccalciną i piramidonem bez efektu. Rozpoczęto leczenie aurosanem. Po 4 zastrzyknięciu (0,15) nasilenie objawów stawowych, poczem stopniowy spadek ciepłoty, ustąpienie wielomiesięcznej wysypki. Poprawa w stawach kolanowych. Opuścił szpital z dużą poprawą.

Kol. K r y s z e k przedstawia przypadek *całkowitego bloku, leczonego za pomocą chlor - barium*.

Chory K. (K. Szpit. 488/34) lat 70. Od 1/2 roku objawy zwolnienia tętna z przejściowymi silnymi zawrotami głowy. Serce powiększone wprawo i wlewo. Rentgenologicznie ciemna aorta. U podstawy zmienne nasilenie tonów. Tętnienie żył szyjnych z nasadzaniem się fal. Mierne powiększenie wątroby. EKG potwierdza rozpoznanie poprzecznej dysocjacji. Chory leczony początkowo eufylliną dożylnie, później w ciągu 2-3 tygodni za pomocą chlór - barium (3 razy dziennie po 0,02), poczem ustąpienie kliniczne i elektrokardjograficznie bloku z przejściem w normalny rytm węzłowy o częstotliwości 60—70.

Kol. U r y s o n przedstawia przypadek *mocznicy na tle wtórnej marskiej nerki*.

Chory A. K. (K. Szpit. 398/33), lat 37. Przed 7 laty dwukrotnie nawroty ostrego krwotocznego zapalenia nerek na tle zapal. migdalk. Po przebytych zap. nerek całkowita sprawność czynnościowa nerek. Parcie krwi w granicach normy, wobec czego rozpoznano *nephritis insularis*. Kilkuletni okres bezobjawowy. Od kilku miesięcy bóle kończyn dolnych, mdłości, brak łaknienia, objawy lekceważone przez chorego. Bezpośrednio przed przybyciem do szpitala niespodziany napad dychawicy sercowej z towarzyszącym ciśnieniem 200/160 mm. Hg. Zasługuje na uwagę, że po dokonany upuszczeniu krwi maximum spadło do 150, minimum zaś utrzymywało się od 100 na poziomie 100. Bezpośrednio po ujawnionej niedomocy lewego serca objawy mocznicy z drgawkami poszczególnych grup mięśniowych bez drgawek ogólnych, bez bólów głowy. Mocznik we krwi 235, 280, 336; chlorki w surowicy 409; indykan 3,0 — 4,0; ksantoproteina 90—93. *Neuroretinitis albuminurica*. Chory zmarł po 2 tygodniowym pobycie w szpitalu. W przypadku zasługuje na uwagę przejście ogniskowego zapalenia nerek niespostrzeżenie w ciągu lat 8-miu pomimo dokonanej przed 4 laty tensilektomii we wtórna marską nerkę.

Kol. W i t o ñ s k i przedstawia przypadek (A. J., K. Szpit. 572/34) *obustronnej gruźlicy płuc* u chorego lat 20, leczony skutecznie odma sztuczną i frenikoexhairezą.

Kol. F a j w l e w i c z przedstawia przypadek *atypowego zawału mięśnia sercowego*.

Chory M., lat 63 (K. Szpit. 643/34). Za pierwszym pobyt w szpitalu z powodu *neuritis optica* stwierdzono objawy miażdżycy tętnicy głównej i zwyrodnienie mięśnia sercowego na tle miażdżycy miernego stopnia. W 2 tygodnie po opuszczeniu szpitala nagły spadek ciśnienia (ze 180 do 100), przyspieszenie tętna, nieznaczna duszność. Na uwagę zasługuje brak objawów bólowych. Pod wpływem dożylnego stosowania glukozy z koraminą podniesienie parcia krwi do 140 i przejściowa poprawa. Nagła śmierć wśród objawów silnego bólu stenokardjalnego. EKG. dokonany 10 dni przed śmiercią wykazał typowe cechy zawału mięśnia sercowego (koronar T).

Kol. R a b i n z o n przedstawia przypadek *malopłytkowości samoistnej* (K. Szpit. 670/34), leczony błękitem metylowym i przelewaniem krwi.

Z oddziału wewnętrznego A. Ordynator Dr. Leon S z y f m a n.

Kol. G r y n b e r g przedstawia przypadek *mesaortitis luica* skombinowany ze zwężeniem lewego ujścia tętniczego na tle miażdżycy.

Przypadek dotyczy chorego lat 66 (K. Szpit. 336/33), który cierpi od kilku lat na duszność wysiłkową. Ścisłe rozpoznanie zmian zachodzących w sercu nastroczało duże trudności. Ze względu na rzadko spotykane połączenie objawów: z jednej strony długi ostry niezwykle szorstki szmer skurczowy, słabo słyszalny II ton nad aortą, *pulsus tardus*—przemawiały za zwężeniem lewego ujścia tętniczego; z drugiej strony rozszerzenie aorty zwłaszcza w części wstępującej i dodatni odczyn W a s s e r m a n n a przemawiały za kłą aorty. Ponieważ zwężenia lewego ujścia tętniczego na tle kły dotychczas nie notowano, należy przyjąć, że zwężenie to powstało na tle miażdżycy u osobnika z kłą aorty.

Kol. W a j n s z t o k przedstawia przypadek *zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego*.

Kobieta lat 45, (K. Szpit. 497/34). Rozpoznanie w tym przypadku nie nastroczało trudności: wywiady, żółtaczka, brak urobiliny w moczu, brak barwików żółci w treści dwunastnicy, wybitnie dodatni bezpośredni odczyn V. d. B e r g h a—wszystkie te objawy przemawiały za zamknięciem *ductus choledochus*. Ponieważ stan taki trwał już w domu od kilku tygodni, chora bezwzględnie kwalifikowała się do zabiegu. Chora na zabieg nie zgodziła się i opuściła szpital. W niespełna miesiąc później zmarła wśród objawów cholelity. Zejście przypadku potwierdza konieczność zabiegu operacyjnego.

Kol. W a j n s z t o k przedstawia przypadek *mocznicy*

cy, u chorej lat 48. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na efekt terapeutyczny, osiągnięty za pomocą stosowania zastrzyków hepatoenu. Wiadomo, że mocznicy towarzyszy postępująca wtórna niedokrewność. Poza tym stwierdzono w mocznicy upośledzenie zdolności wątroby zobojętniania substancji moczowych. Z tych 2 względów wskazane jest stosowanie preparatów wątrobowych w przypadkach mocznicy. W przypadku omawianym pod wpływem hepatoenu znacznie wzrosła liczba ciałek czerwonych i hemoglobiny i poprawił się znacznie stan ogólny chorej.

Kol. P i k przedstawia przypadek *bloku ramienia* (K. Szp. 631/34) i omawia typowe cechy EKG.

Kol. W a j n s z t o k omawia przypadek *wstrząsu wapniowego* (K. Szp. 643/34), spostrzeganego u chorej z wysiękiem opłucynowym po zastrzyknięciu gluccaliny dożylnie. Cześć pierwszych zastrzyknięć chora zniosła zupełnie dobrze. W 2 godziny po 7 zastrzyknięciu wystąpiły nagle dreszcze, podniesienie ciepłoty do 40°, sinica, ledwie wyczuwalne tętno 140 na min. Dopiero po zastosowaniu kamfory, strychniny i adrenaliny objawy te ustąpiły. Prelegent omawia dane z piśmiennictwa zwłaszcza włoskiego, dotyczące wstrząsów wapniowych, po dożylnym stosowaniu wapnia.

Kol. W a j n s z t o k przedstawia przypadek *rozdroźnienia płuc z wtórną miażdżycą tętnicy płucnej* (K. Szpit. 579/34). Po omówieniu cech klinicznych miażdżycy tętnicy płucnej prelegent uzasadnia rozpoznanie tego schorzenia w przypadku omawianym. Rozpoznanie opiera na: 1. obecności wybitnej sinicy niewspółmiernej ze stosunkowo nieznaczną dusznością; 2. obecności poliglobulji; 3. zdjęciu rentgenowskim.

D y s k u s j a: Fajlewicz, Uryson.

Kol. R e j t e r o w s k i przedstawia przypadek *zapalenia płatowego gruźliczego (lobitis)*. (K. Szpit. 614/34). Przypadek dotyczy chorego lat 39. Na początku choroby dominowały objawy ze strony żołądka. Po upływie kilku miesięcy R o e n t g e n wykrył zmiany w płucach i chory został skierowany do odmy sztucznej. Na zdjęciu intensywne zaciemnienie płata górnego, płatowe odgraniczenie od dołu i zmniejszające się natężenie w kierunku szczytów; pod obojczykiem pierścień średnicy 3 cm. Po stronie lewej drobne plamistości rozsiane w szczycie i części podobojczykowej. Klinicznie nazwano ten przypadek lobitem zgodnie z poglądami B e r n a r d a, B a r t h o u i S e r g e n t a. Omówienie pojęcia lobitu zgodnie z poglądami szkoły francuskiej. Podkreślenie dobrych wyników otrzymywanych w tych przypadkach po stosowaniu odmy.

Kol. K o t o k przedstawia przypadek *cardiospasmus* z podejrzeniem w kierunku nowotworu żołądka. (K. Szpit. 540/34). Przypadek dotyczy chorego, lat 60. Główne skargi chorego sprowadzają się do gwałtownych bólów w dołku oraz w klatce piersiowej podczas polykania. Dolegliwości te datują się od 1 1/2 roku. Po pokarmach stałych bóle znacznie silniejsze. Żrenice nierówne — prawa szersza. OB — 15°. Krew utajona w kale + W a R—. Zgłębnik żołądkowy nie daje się przeprowadzić przez okolicę wpustu żołądka. Tak samo oliwka zgłębnika dwunastniczego (kontrola w R o e n t g e n i e), nawet po zastrzyknięciu 0,08 papaweryny. Rentgenologicznie *cardiospasmus* i *gastritis atrophicans*. Obraz kliniczny świadczy o guzie złośliwym mimo ujemnego w tym kierunku wyniku badania rentgenowskiego.

Sekretarz: Jerzy F a j w l e w i c z.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Nauk w Paryżu z dnia 16 lipca 1934 r. (Presse méd. Nr. 74). J. E. A b e l o u s i R. A r g o u d mówili o *powstawaniu adrenaliny* w nadnerczach. Badania doświadczalne autorów wykazały, że w miążdże istoty korowej nadnerczy w czasie poruszania ich na powietrzu wytworzyło się więcej adrenaliny, niż mogło jej zniszczyć utlenianie. W miążdże istoty rdzeniowej stosunki przedstawiają się odwrotnie. Prelegenci uważają, że w korze nadnerczy znajduje się bardzo niewielka ilość wolnej adrenaliny, dającej się wykryć chemicznie, jest natomiast o wiele więcej adrenaliny związanej. W istocie rdzeniowej odwrotnie: ilość wolnej adrenaliny znacznie przewyższa ilość związanej.

Na posiedzeniu Akademii Nauk w Paryżu z dnia 16 lipca 1934 r. (Presse méd. Nr. 74, 1934) M. P i e t t r e poruszał sprawę *równowagi białkowej w surowicy krwi*. Badał on myksoпротеiny, nowe ciała białkowe, wyosobnione z surowicy krwi. Badanie chemiczne myksoпротеiny, otrzymanej z normalnej surowicy, wykazuje, że jest ona najbardziej plastycz-

nem, najprostszym ciałem białkowym o najmniejszej drobinie z pośród wszystkich białek surowicy. W dziedzinie patologii badania wykazały, że każdy stan chorobowy ujawnia się w zmianie składu białkowego surowicy i zwiększeniu frakcji myksoproteinowej, która może czasami przewyższać sumę dwóch innych ciał białkowych. Te same, bodaj jeszcze wyraźniejsze

spostrzeżenia poczyniono co do surowic odpornościowych w pierwszych okresach uodporniania zwiększenie poziomu myksoproteiny jest dość znaczne. Ciekawy jest fakt, że własności swoiste w surowicach odpornościowych są związane bądź z globuliną, bądź najczęściej z albuminą, podczas gdy frakcja myksoproteinowa pozostaje praktycznie nieczynną.

Korespondencja

W sprawie przepisywania środków zastępczych zamiast oryginalnych preparatów farmaceutycznych.

(Komunikat Szwajcarskiego Związku Fabryk Chemiczno-Farmaceutycznych).

Od kilku lat lekarzem zalecane bywa przepisywanie t. zw. „namiastek“ (preparatów zastępczych) zamiast oryginalnych przetworów farmaceutycznych, i to nie tylko przez wytwórców tych „namiastek“, lecz również i przez organizacje Kasy Chorych, Oddziały Szpitalne, w których kompetencji leży dostawa środków leczniczych, niekiedy nawet przez wybitnych przedstawicieli nauki. Jako argument zasadniczy przytaczana bywa różnica cen pomiędzy przetworami oryginalnymi a namiastkami; zdarza się nawet, że producentowi przetworu oryginalnego czyni się mniej lub więcej wyraźny zarzut braku idei społecznej.

Niestety, ponieważ nawet w zawodowych kołach naukowych panuje pewien brak uświadomienia w sprawie wyrobu oraz istoty preparatów oryginalnych, szczególnie zaś co do stosunku preparatów oryginalnych do tak zw. namiastek, przeto zachodzi potrzeba poruszenia wreszcie tych spraw i w zawodowej prasie lekarskiej, przyczem zaznaczamy, że wyjaśnienia niniejsze dotyczą wyłącznie takich preparatów oryginalnych, które, ze względu na ich skład lub sposób wyrobu, oznaczane być mogą mianem „oryginalnych“ i oceniane jako wynik pracy, której rezultatem jest wynalazek wzgl. odkrycie. W wypadkach tych chodzi albo o nową jednostkę chemiczną, otrzymywaną syntetycznie, i o poznanie jej cennych właściwości leczniczych, albo też o nowy, dotąd nieznany sposób wyosobnienia, w celu otrzymania wyciągów lub substancji czystych z surowców pochodzenia roślinnego czy też zwierzęcego. W ostatnim wypadku znaczna część pracy, której ukoronowaniem jest wynalazek, polega na wykryciu nowego sposobu badania biologicznego. Zresztą, w swej najmniej oryginalnej postaci przedmiot wynalazku może powstać też wskutek połączenia chemicznego, w którym już przedtem znane środki lecznicze, dają „optimum“ działania i stanowią wynik wyczerpujących prób w kierunku wzajemnego oddziaływania na siebie poszczególnych składników.

Większość tych preparatów oryginalnych jest rezultatem c e l o w e j, w najdrobniejszych szczegółach zorganizowanej współpracy chemika, farmakologa i klinicysty (t e a m w o r k). Czysto przypadkowe odkrycia w tej dziedzinie należą do wielkich rzadkości. Jak potrzeba niesłychanie wielkiego nakładu pracy i kosztów, by doprowadzić nowy preparat bodaj do takiego stadium, aby można było wogóle myśleć o wypuszczeniu go na rynek, wynika z faktu, że z liczby 100 preparatów doświadczalnych, wytwarzanych przez pracownię chemiczno-naukową, w najlepszym wypadku tylko 5 — 10 znajduje zgodę farmakologa na przeprowadzenie badań, a z tych niewielki odsetek wytrzymuje próbę ogniową w doświadczeniach klinicznych. Ponieważ poważny przemysł chemiczno-farmaceutyczny, już choćby dla zachowania swego autorytetu, usiłuje wprowadzić tylko takie nowe przetwory, które, wobec dotąd stosowanych środków leczniczych, wykazują niezbitą zaletę, przeto zwykle, rozszerzając serie wytwarzanych leków, stosuje surowszą jeszcze kontrolę, niż nawet sam klinicysta.

O ile zaś nowy środek czyni zadość tym, niezawsze łatwym do zaspokojenia, wymaganiom, wtedy z kolei następują nowe kosztowne próby w zakresie wyrobu hurtowego oraz przygotowania najbardziej odpowiednich postaci handlowych. Dalsze, bardzo znaczne sumy pochłania uzyskanie patentu oraz zezwolenia na sprzedaż w rozmaitych krajach.

Z powyższego zwięzłego zarysu stosunków wynika, że nowy preparat oryginalny, zanim znajdzie się na rynku, i zanim będzie można na nim zarobić bodaj grosz, obciążony jest już bardzo znacznymi kosztami handlowymi. Jednakże przedsiębiorca, który zna kalkulację kupiecką, może tylko wtedy uczynić pewien nakład kapitału, o ile wie z całą pewnością, że przez bodaj czasowe tylko przyznanie mu monopolu uzyska możliwość amortyzowania sum, włożonych w związek z jego wynalazkiem. W tym celu właśnie stara się on o ochronę patentową swego sposobu wytwarzania środka. Uzyskanie patentu umożliwia wynalazcy ochronę swego sposobu uzyskiwania przetworu przed osobami trzecimi, lecz nie stawia żadnych przeszkód, aby te osoby nie deszły do tego samego wyniku na innej drodze. Wzajemian za tę względną ochronę państwo wymaga, aby po pewnym określonym czasie wynalazek stał się własnością ogółu.

Lecz nawet tego okresu, podczas którego sposób wyrobu preparatu oryginalnego uzyskał ochronę patentową, fabrykant nie może wykorzystać handlowo przez cały czas jego trwania. Aby zapobiec przedwczesnemu opublikowaniu i z nim związanemu uniemożliwieniu uzyskania patentu ochronnego, wynalazca bywa zmuszony do zameldowania w Urzędzie Patentowym swego wynalazku, zanim nowy środek zostanie wypróbowany w klinice. Dopiero po wytrzymaniu próby klinicznej, która pochłania zwykle kilka lat z okresu ochrony patentowej, preparat może być wypuszczony na rynek, i od tej chwili dopiero może przystąpić do pracy organizacja propagandowa, gdyż „nowy środek leczniczy, wypuszczony w świat bez propagandy (reklamy), nie trafi nawet do największych pedantów wśród przeciwników reklamy!“ (B ü r g i „Schweiz. Med. Wochschr.“ 1930, Nr. 44, str. 1026). Poza tem wiadomo dobrze z doświadczenia, że nawet dobry preparat nie daje prawie zysku w pierwszych kilku latach. W ten sposób fabrykantowi pozostaje zaledwie kilka lat, w ciągu których będzie mógł korzystać z przyznanego mu urzędowo prawa wyłączności. Lecz tak krótki czas mógłby jedynie w wyjątkowych wypadkach wystarczyć na to, by amortyzować kapitał, wydatkowany na kosztowne badania, gdyby nie uzyskanie prawa do n a z w y, która do pewnego stopnia wynagradza wynalazcę za przedwczesną utratę jego metody wytwarzania.

Z istoty swej nazwa służy jedynie do tego, aby w sposób nie ulegający wątpliwości odróżnić towar określonego wytwórcy od towarów innego pochodzenia. Z tego też względu każdy posiadacz takiej nazwy usiłuje zapobiec, aby jego nazwa nie stała się zwykłą cechą towarową lub skrótem jakiegokolwiek niewygodnego wzoru chemicznego. Uprawiając systematyczną propagandę opatentowanej nazwy swego preparatu wśród lekarzy, wytwórca może osiągnąć to, że nawet po upływie czasu ochronnego zdoła utrzymać zbyt swego wyrobu na pewnej wysokości. Wyrozumiłsi z pośród poważnych lekarzy

również przyznają niezbędność ochrony patentowej dla postępu badań chemiczno-farmaceutycznych.

G. Klempner w dyskusji nad niedomaganiem sprawy środków leczniczych (*Therapie der Gegenwart*, czerwiec 1933, str. 250), pisze naprz. „Pozostaje jedynie pytanie, czy wszystkie te niezaprzeczalne niedomagania muszą doprowadzić do zupełnego zaniechania patentowej ochrony nazwy; nie wolno nam zapominać, że w wielu wypadkach ochrona taka umożliwia wynalazcom otrzymanie odpowiedniej nagrody za ich często wieloletnią pracę i że w ten sposób sprzyja postępowi systematycznych badań naukowych w laboratoriach, a nawet niekiedy wogóle ją dopiero umożliwia”.

Ochrona patentu i ochrona nazwy są to w istocie czynniki, które dodają przedsiębiorcom odwagi wkładania w prace naukowe takich kapitałów, jakimi pracownie uniwersyteckie oraz prywatne badania prawdopodobnie nigdy nie rozporządzają.

Natomiast wytwórca t. zw. preparatów zastępczych (namiastek) bywa zwykle w położeniu o wiele lepszym. Oszczędza sobie wszelkich wydatków na samodzielne badania, wyczekuje, aż czas ochronny dobrego preparatu oryginalnego upłynie i wypuszcza wtedy na rynek swą namiastkę bądź opatrzoną jej nazwą chemiczną, bądź też jakąkolwiek nową, fantazyjną. Ponieważ przetwór jego nie jest obciążony żadnymi kosztami, może go zwykle dostarczać po cenach niższych, aniżeli mógłby to uczynić fabrykant przetworów oryginalnych. Swą działalność naśladowczą kieruje ostrożnie na takie tylko preparaty oryginalne, które już mają znaczny zbyt. Nie zajmuje się zupełnie przetworami, które, aczkolwiek pod względem leczniczym posiadają wybitną wartość, jednak z powodu ograniczonych wskazań, nie znalazły szerszego zastosowania i stąd niezbyt są popłatne.

Przemysł przetworów zastępczych nie zadawała się wykorzystaniem cudzych żmudnych badań, lecz w celach przeciwstawienia i porównania cen posługuje się również oryginalnymi cechami słownymi. Wprawdzie usiłuje zapomocą wyszukanych zestawień zamaskować powstały stąd fakt nieucz-

ciwej konkurencji, lecz to dowodzi jedynie, że świadomy jest swego nierzetelnego sposobu postępowania.

Preparat oryginalny, z wyżej przytoczonych powodów, musi niekiedy wypaść nieco drożej, aniżeli jego namiastka, ale wzamian daje też wyłączną i całkowitą gwarancję czystości i odpowiedniego zastosowania.

Jedynie preparat oryginalny czyni zwykle zadość wymaganiom zasad farmakologicznych i klinicznych. Lekarz, który przepisuje namiastkę, właściwie nigdy nie wie dokładnie, co jego pacjent otrzyma. Wprawdzie przepisy farmakopei do pewnego stopnia umożliwiają odróżnianie dobrych preparatów zastępczych od bezwartościowych, nigdy jednak nie obejmują w całej rozciągłości wszystkich chemicznych i fizycznych własności danego środka leczniczego. Nieznaczne różnice w czystości użytych surowców, sposobu przyrządzania, przebiegu krystalizacji oraz późniejszych zabiegów przy wyrobie tabletek, ampulek i t. d. mogą niekiedy wywrzeć wpływ decydujący i zapewnić, albo też unicestwić lub wywołać niebezpieczne działanie lecznicze.

Obecnie niema już wątpliwości co do tego, że naukowo pracujący przemysł wytworzył cały szereg środków leczniczych, których żaden lekarz nie chciałby się wyrzec. Gdyby było inaczej, nie naśladowano by preparatów oryginalnych, i komisje lekospisowe nie uchwałyby wprowadzenia do lekospisów przetworów oryginalnych pod ich nazwą chemiczną lub t. zw. „nazwą skróconą”. Przemysł ten może wtedy jedynie spełnić swe zadanie najdonioślejsze, t. j. pracę pionierską, również i w dziedzinie naukowej, kiedy będzie otrzymywał dostateczne środki z handlowego zużytkowania swych wynalazków. Lekarz, który z jakichkolwiek względów zapisze choremu, zamiast wytworzonego zgodnie z powyższymi wywodami leku oryginalnego, namiastkę, nie powinien nigdy zapominać, że w ten sposób nie tylko przeciwdziała dalszemu postępowi badań chemiczno-farmaceutycznych, lecz zarazem popiera pewnego rodzaju wolny wyzysk, który, nie tworząc nic nowego, zbiera żniwo z pola, zasianego przez innych.

Sprawy zawodowe

Projekt współpracy Organizacji Lekarskich z Naczelną Izbą Lekarską w sprawach, dotyczących zdrowia publicznego i zawodu lekarskiego

opracowany przez
przedstawicieli organizacji lekarskich i złożony Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Nad stanem lekarskim skupiają się coraz cięższe chmury. Niełatwa i bardzo odpowiedzialna w życiu społecznym rola lekarza, do niedawna oceniana należycie pod względem intelektualnym i materialnym, obecnie zatracą swój walor w oczach szerokiego ogółu. Gdy poprzednio nie było sprawy społecznej, nie tylko natury lekarskiej, żeby w niej nie zabierali głosu lekarze, jako znawcy sprężyn przejawów życia masowego, dziś prawie utarło się przekonanie, że lekarze nawet w sprawach zdrowotności niewiele mają do powiedzenia. Za rzeczoznawców w sprawach społecznych uważają się prawnicy i publicyści, w sprawach zdrowotnych zaś urzędnicy różnych dykasterji. Ministerstwo Zdrowia Publicznego po krótkiej egzystencji rozplynęło się w różnych resortach z winy samych lekarzy. Sprawy sanitarne oddano pod kierunek

naczelny Ministrowi Spraw Wewnętrznych, który dosyć miał innych spraw państwowych na swojej odpowiedzialności; potem połączono je z Ministerstwem Opieki Społecznej, w którym, jak obecnie, kierunek spoczywa w ręku nielekarza.

Lekarz przestał być tym, który w sprawach swojego zawodu decyduje, a stał się cichym pracownikiem, obowiązany do posłuszeństwa względem czynników, przeważnie biurokratycznych, które decyzje wydają.

Biurokracja — pełna najlepszych o sobie mniemań, jest przekonana, że posiada wszystkie kwalifikacje do prowadzenia w kraju owocnej polityki sanitarnej. Takie odsunięcie lekarzy od ingerencji w sprawach, dotyczących zdrowia publicznego, odbiło się, oczywiście, na stopniu zainteresowania się lekarzy sprawami publicznymi. Zagadnienia medycyny społecznej nie interesują dziś szerokiego ogółu lekarzy. Zwrócili oni uwagę na wykonawstwo lekarskie, nie troszcząc się zupełnie o całokształt spraw sanitarnych. A tymczasem nawet lecnicstwo, nie ujęte społecznie, zbacza na manowce.

Uspołecznienie lecnicstwa, jako jeden z czyn-

ników społecznego postępu w kraju, zagarnął w swe ręce płytki biurokracizm i uczynił z lekarza najemnika, coraz niżej pod względem hierarchicznym spychanego.

Zgodnie z podrzędnym stanowiskiem i uposażeniem lekarzy stopniowo się obniżyło. Niema mowy o tem, żeby lekarze mogli gdziekolwiek stawiać warunki swojego wynagrodzenia za pracę; warunki takie normują laicy i narzucają je lekarzom. Uposażenie lekarzy w ubezpieczalniach społecznych kurczy się z roku na rok, jest naogół płynne i nieuchwytne, często uwarunkowane wpływami do kas, gdy tymczasem sfery biurokratyczne w tych ubezpieczalniach zdołały doskonale zapewnić sobie i trwałość stanowisk i dostateczne wynagrodzenie. Doszło do tego, że o przyjęciu i ustabilizowaniu lekarza na stanowisku decydują nie lekarze, a wynagrodzenie nie stoi w żadnym stosunku ani do stopnia przygotowania fachowego, ani do potrzeb życiowych lekarzy. W niektórych okręgach np. wynosi 2 zł. za godzinę.

Deprecjacja pracy lekarskiej w ubezpieczalniach społecznych odbiła się również i na dochodach z praktyki prywatnej. Dziś już niema granicy, poniżej której lekarze nie byliby zmuszeni oddawać swojej pracy, do której przygotowywali się długimi i trudnymi studjami oraz nakładem wielkich kosztów. Dochody lekarzy zmniejszają się wskutek tego z dnia na dzień; lekarz rad jest, gdy ciężką pracą swą może zarobić bodaj na najskromniejsze utrzymanie siebie i rodziny. Połowa lekarzy nawet i tego nie ma, a całe zastępy lekarzy stoją wobec widma nędzy i szukają innych zarobków. I oto stan lekarski, który niedawno szczycił się czołowym stanowiskiem w społeczeństwie, dziś spychany jest do roli parjasa, który w ciężkiej walce o zdobywanie kawałka chleba zapomina o jakichkolwiek szerszych aspiracjach.

Przyczyną tego smutnego zjawiska jest nie tylko zmiana ustroju społecznego po wojnie, ale głównie brak jakiegokolwiek odporności ze strony stanu lekarskiego przed poniewieraniem i wyzyśkiem. Lekarze na los swój obecny nie zasłużyli, podporządkowali się w dobrej wierze sferom, stojącym intelektualnie niżej, i zawiedli się. Dalsze trwanie takiego stanu rzeczy odbija się katastrofalnie przede wszystkim na samem społeczeństwie.

Najpilniejszym przeto zadaniem doby obecnej jest strząśnienie z siebie narzuconego jarzma niewolniczego i wydzwignięcie się z powrotem na stanowisko, przysługujące lekarzom z tytułu powagi ich zawodu i stopnia wykształcenia. Czas już najwyższy zrozumieć obecne położenie i jego przyczyny. Każdy lekarz w Polsce powinien przejąć się obowiązkiem naprawy obecnych stosunków przez wzgląd na dobro społeczne i prosperowanie stanu lekarskiego.

Wir życia obecnego, szybko następujące zmiany warunków bytowania, w szczególności zaś ciężki, stale pogłębiający się kryzys, przeżywany przez stan lekarski spowodował Naczelną Izbę Lekarską do zainicjowania możliwości stałego kontaktu z organizacjami lekarskimi. Naczelna Izba Lekarska chciałaby mieć stałą pewność i przeświadczenie, że, podejmując kroki w imieniu stanu lekarskiego, czyni to każdorazowo zgodnie z panującymi w danej sprawie i w danym czasie po-

głądami ogółu lekarzy, i że wobec tego jest w swych zamierzeniach i czynach zawsze prawdziwą obrończynią całego ogółu lekarzy.

Lekarze powinni stworzyć bezzwłocznie wspólny jednolity front dla obrony interesów stanu lekarskiego, nauki lekarskiej i zdrowia publicznego. Do stworzenia tego jednolitego frontu powołane są Izby Lekarskie, jako instytucje, mające za zadanie czuwanie nad całokształtem interesów zawodu lekarskiego i zdrowia publicznego. Izby Lekarskie powinny wejść w kontakt ze wszystkimi organizacjami lekarskimi, powinny pobudzić te organizacje do ponownego zajęcia się sprawami medycyny społecznej i zawodu lekarskiego, do krytycznej oceny sytuacji obecnej i wypracowania środków, chroniących lekarzy od dalszej ruiny moralnej i materialnej.

Przy każdej Izbie Lekarskiej powinna powstać Komisja, składająca się z przedstawicieli wszystkich ugrupowań lekarskich i obowiązana do stałego czuwania nad interesami zawodu lekarskiego. Członkowie Komisji rozpatrywaliby zagadnienia, dotyczące spraw bieżących na wniosek Izby lub którejkolwiek organizacji, a uchwały Komisji powinny być składane Izbie i komunikowane wszystkim ugrupowaniom za pośrednictwem właściwych delegatów.

Ponieważ głównym celem Komisji organizacyj lekarskich przy Izbach jest nawiązanie ścisłego kontaktu i współdziałania z Izbami, siłą więc rzeczy Związek Lekarzy Państwa Polskiego, jako ogólnopanstwowa organizacja zawodowa stanu lekarskiego i liczebnie najsilniejsza, powinien mieć kontakt i współpracę z Izbami, a Naczelna w szczególności, jaknajbardziej zapewnioną. Każde zagadnienie, dotyczące świata lekarskiego, jego praw, bytu i pracy, winno być tematem wspólnych, szczegółowych rozważań i decyzji ze Związkiem, gdyż tylko po tak szczegółowem uzgodnieniu zapatrywań i życzeń obu stron wzrośnie autorytet Izb, jako naczelnych władz samorządowych, wytworzy się wspólny jednolity front całej społeczności lekarskiej.

Wszystkie Izby, tak Warszawska, jak i prowincjonalne, mogą swoje uchwały, dotyczące spraw ogólnolekarskich, komunikować Izbie Naczelnej dla uzgodnienia z uchwałami innych Izb i dla wprowadzania w życie słusznych postulatów na terytorjum całego Państwa.

Główny wysiłek Izb i Komisji powinien być skierowany ku zapobieganiu wszelkim przejawom, mogącym się odbić szkodliwie na zdrowiu publicznem i stanie gospodarczym lekarzy. Tylko przy wyteżonej pracy wszystkich terytorjalnych komisji przy współudziale Izb i pod kierownictwem Izby Naczelnej zdołamy napowrót osiągnąć znaczenie w społeczeństwie i te walory, które zostały nam z rąk wytracone, lub które przez własną niezaradność sami zagubiliśmy.

Komisje Informacyjno-doradcze nie powinny być organami stałymi z przewidzianą częstością zebrań i narad. Powinny one być zwoływane *ad hoc*, przyczem inicjatywa należy w równej mierze do przedstawicieli organizacji lekarskich, jak i Zarządu Izby Lekarskiej. W ten tylko sposób będą one żywotne i spełnią swoje posłannictwo.

Należy pozatem przyjąć za zasadę, by wszel-

kie specjalne komisje dla specjalnych zadań, tworzone na terenie Naczelnej i terytorjalnych Izb Lekarskich z grona członków Zarządu i Rady, były uzupełniane w ten sposób, że prócz wymienionych członków byłyby zapraszane do współudziału organizacje i zrzeszenia lekarskie, które według swego wyboru wydelegowałyby do poszczególnych komisji swych członków z odpowiednimi dla danego problemu kwalifikacjami. W ten sposób problemy Izb stałyby się problemami organizacji lekarskich.

Akcja porozumiewawcza Izb Lekarskich z organizacjami lekarskimi i treść obrad komisji informacyjno-doradczych winny znaleźć swój wyraz w formie odpowiednich Komunikatów w części nieoficjalnej Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich. Ponieważ jest to jedyny organ prasowy lekarski, dochodzący do rąk każdego lekarza, mógłby on najlepiej wypełnić zadanie informowania ogółu lekarzy co do problemów, nurtujących świat lekarski, i przyciągania kolegów do współpracy w dziedzinie społeczno-lekarskiej.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Czyżby w Warszawie już nie było gruźlicy dziecięcej?

Podał

Mieczysław GANTZ (Warszawa).

Żyjemy bezsprzecznie w czasach osobliwych nie tylko dlatego, że są one niezwykle ciężkie pod względem materialnym, lecz i dlatego, że większość naszych dotychczasowych pojęć i wierzeń leży w ruinach. Na każdym niemal kroku w życiu codziennym natykamy się na nieprawdopodobne wprost zestawienia. Liczba bezrobotnych jest niemal we wszystkich krajach bardzo wysoka, głodnych lub głodujących jeszcze więcej, a „wyższe” względy natury ekonomiczno-finansowej „zmuszają” do zamykania fabryk i kopalń, co zwiększa liczbę pozostających bez pracy, a więc i zarobku, — zaś z drugiej strony do niszczenia zapasów cukru, bawełny, pszenicy, kawy i t. p. produktów, któreby snadnie mogły w pewnym stopniu przynajmniej zaspokoić głód pokażnej rzeszy ludzkiej. Warunki życia powojennego, skutki wielkiej rzezi, o której już ludzie zdążyli zapomnieć, czynią możliwymi podobne nonsensy z punktu widzenia zdrowej logiki. Przechodzimy zresztą ponad tem do porządku dziennego, gdyż przekonywają nas z rozmaitych stron niemal codziennie, że właśnie te nonsensy są jedynymi środkami, zdążającymi do osiągnięcia równowagi, mającej dostarczyć pracę i chleb tym, którzy ich w chwili obecnej nie mają.

Coś podobnego obserwujemy, niestety, i w życiu społeczno-lekarskim. Od szeregu lat wybitniejsze i bardziej uspołecznione jednostki ze świata lekarskiego walczyły o to, by ulepszyć stan zdrowotny szerszych mas ludności. Poza troską o zapobieganie chorobom drogą ulepszania higieny praktycznej w najszerszym znaczeniu tego wyrazu, starano się o to, by człowiek, którego zdrowie znajduje się w stanie niezadawalającym, a więc człowiek chory, mógł korzystać z wykwalifikowanej pomocy lekarskiej. Szło więc, m. inn., o to, by chory obłożnie, wymagający pomocy szpitalnej, mógł korzystać z dobrodziejstwa szpitali. Przy pomocy niesłychanie pracowicie zestawionych wyliczeń i wykresów przekonywano bez przerwy władze i społeczeństwo, że mamy o wiele zamało miejsc szpitalnych, niż zachodzi potrzeba, że stoimy pod tym względem na szarym końcu wśród krajów cywilizowanych. Świat lekarski starał się przekonać kogo mógł, że jest to złe wyrachowanie ekonomiczne nie posiadać dostatecznej liczby łóżek

szpitalnych, gdyż zbyt późne kierowanie chorego do szpitala przyprawia społeczeństwo (gminę czy państwo) o większe daleko straty pieniężne naskutek kosztowniejszego wówczas leczenia, względnie utrzymywania licznych z tego powodu inwalidów. Wysuwano względy obrony państwa, wymagającej utrzymania społeczeństwa w pewnej sprawności. Opierano się wreszcie na tem, że obywatel, ponoszący obowiązki w stosunku do gminy i państwa, ma prawo żądać, by dostarczono mu w razie potrzeby środków w naturze do poprawienia nadwątłego zdrowia. W stosunku do chorób zakaźnych i gruźlicy operowano i tym argumentem, że niestosowanie odpowiednich środków prowadzić musi do szerzenia się tych chorób z ewentualnymi tego następstwami. Przez czas długi obawiano się głównie chorób ostro zakaźnych, poniekąd i ze względów międzynarodowych, mniej zaprzatając sobie głowę gruźlicą. I tu znów trzeba było się uciec do przytoczenia faktu, że z gruźlicy umiera więcej w Państwie, niż ze wszystkich ostrych chorób zakaźnych razem wziętych, że gruźlica szerzy się niepostrzeżenie i prowadzi do wielkich spustoszeń i olbrzymich strat przez wytrącenie na szereg lat ludzi pożytecznych z pracy niezbędnej dla dobra ogólnego, że wreszcie jest to choroba przedewszystkiem wieku dziecięcego w naszych warunkach, i że zakażenie dziecka kładzie piętno na całe życie danego osobnika, — by powstał ruch w kierunku zwalczania tej plagi społeczno-lekarskiej.

Walka o powiększenie łóżek dla chorych na gruźlicę, zapoczątkowana dawno, trwa do dnia dzisiejszego, prowadzona z niesłabnącą energią przez jednostki i organizacje lekarskie. Idzie o jak najwcześniejsze oddanie pod właściwą opiekę lekarską tych chorych, którzy mogą jeszcze stać się zdolni do pracy bez niebezpieczeństwa dla otoczenia, jak i o możliwe izolowanie tych, którzy skutkiem swego stanu zdrowia i warunków domowych sieją chorobę naokoło. Wiadomo przytem, że wciąż jeszcze jesteśmy bardzo daleko pod względem liczby łóżek dla chorych na gruźlicę od tego, co wypływa z najskromniejszych obliczeń.

I oto zbliżamy się do jeszcze jednego paradoksu życia współczesnego. Gdy, bowiem, głosimy na wsze strony, że mamy zamało łóżek szpitalnych dla dzieci wogóle, a dla dzieci z gruźlicą w szczególności, jedyny dotąd oddział dla dzieci gruźliczych w Warszawie, obli-

czony na 30 łóżek, ma w ostatnim roku zajętych przeciętnie łóżek 10 — 12 i z tego powodu zapewne zostanie zamknięty! Jeśli wyciągnąć z tego wniosek bezpośredni, przy uwzględnieniu nawet tego, że pojedyncze dzieci z gruźlicą leżą na innych oddziałach szpitalnych, należałoby uznać dane liczbowe, dotąd cytowane na korzyść potrzeby otwierania nowych oddziałów gruźliczych, za fałszywe. Stoimy w obliczu niesłychanie radosnego faktu: Stolica Państwa, mająca przeszło milion ludności, w tem sporo proletariatu, w dobie kryzysu, biedy, głodu i złych warunków mieszkaniowych, ma zaledwie jakie 25—30 dzieci, chorych na gruźlicę! Moglibyśmy się pochwalić na niedawno w Warszawie odbytym Zjeździe Międzynarodowym Przeciwgruźliczym niebywałym spadkiem gruźlicy dziecięcej. Co więcej, prywatnie słyszałem, że i w Łodzi, tak nawskroś proletariackim mieście, sytuacja przedstawia się podobnie. I byłoby to istotnie bardzo radosne, ... gdyby choć ktoś mógł w to uwierzyć! Nie chcę operować liczbami, ilustrującami stan gruźlicy dziecięcej w Warszawie; uważam to za zbyt czyste, gdyż każdy laik rozumie, że miasto o milionowej ludności, nawet w najlepszych znajdujące się warunkach, ma napewno niepomiernie więcej dzieci chorych na gruźlicę, niż potrzeba do tego, aby zapełnić oddział na 30 łóżek. Na uwagę zasługuje fakt, że sytuacja tak się zmieniła w ciągu roku ostatniego. Składają się na to znów coraz gorsze warunki ekonomiczne, które, choć nawiasem mówiąc, napewno mogą tylko spowodować wzrost liczby zachorowań na gruźlicę, prowadzą do podobnego dziwołagu. Dzieci na oddział gruźliczy dostają się bądź to bezpośrednio skierowane z odpowiednim rozpoznaniem, bądź też z materiału innych oddziałów wewnętrznych po przekonaniu się, że dziecko jest dotknięte gruźlicą. Wobec zarządzeń oszczędnościowych, wywołanych stanem finansowym, dwie główne instytucje, jak Ubezpieczalnia Społeczna i Wydział Opieki Społecznej Magistratu m. Warszawy widziały się zmuszone do ograniczenia do minimum skierowań dzieci do szpitala. Musiało się więc to odbić w znacznym stopniu na frekwencji oddziału gruźliczego: tylko dzieci ciężko chore mogą obecnie dostawać się na oddział. Są to, jak sądzić należy, jedyne powody; trudno, bowiem, sobie wyobrazić, by w roku bieżącym było tak mało zgłoszeń w tym względzie. Nikt w to nie uwierzy, że niema więcej dzieci, nadających się do pobytu w szpitalu (poza sanatorjami).

Możnaby wprowadzić w związku z poruszaną sprawą rozpocząć dyskusję nad tem, czy jest słuszne wyrzucać tyle pieniędzy na leczenie dzieci i tak jakoby skazanych na śmierć. Pomijam fakt, dziś już znany powszechnie, że nierzadko stwierdza się wprost zdumiewający powrót do zdrowia takich dzieci, o ile tylko pozostają pod opieką lekarską i w doskonałych warunkach szpitalnych przez czas dłuższy: powrót do opłakanych najczęściej warun-

ków domowych może, rzecz jasna, obrócić w nieważność osiągniętą w szpitalu poprawę. Ale jest jeden wzgląd, który posiada znaczenie doniosłe i który, zdaniem mem, bezwarunkowo obowiązuje do umieszczania rychłego takich dzieci w szpitalach i do trzymania ich tam nieraz do zgonu. Jest nim niebezpieczeństwo, z jakim jest związane pozostawianie tego rodzaju chorych dzieci w ich zwykłym środowisku, zwłaszcza w rodzinach, gdzie są jeszcze inne dzieci, które też ulegają zakażeniu. Dla ilustracji przytoczę bynajmniej nierzadki przypadek z ostatnich tylko tygodni. Na oddział skierowano dziewczynkę 10-letnią, która niemal do ostatnich dni uczęszczała do szkoły, przebywając w klasie podobno z 60 innymi dziećmi. Z wyjątkiem kilku tygodni, poprzedzających przybycie do szpitala, czuła się zupełnie dobrze, prawie wcale nie kaszlała, nie miała gorączki, miewała stale dobry apetyt. W szpitalu stwierdzono gruźlicę rozpadową z jamami w obu płucach i z bardzo licznymi prątkami w płwocinie, — jednym słowem, suchoty płuc typu ludzi dorosłych. Jeśli wziąć pod uwagę, że choroba w stanie otwartym trwa napewno już od dłuższego czasu, że dziecko to ma jeszcze troje rodzeństwa bardzo młodego w domu i że przez tyle czasu stykało się z wieloma dziećmi w klasie, — to można sobie wyobrazić krzywdę, jaką powoduje nieizolowanie takiego dziecka. Nawiasem mówiąc, w chwili obecnej odma (dwustronna) już się nie daje założyć, a sądzić należy, że w odpowiednim czasie założona możeby doprowadzić do wyleczenia, jak to nieraz widzimy.

Zresztą dopóki nie wprowadzimy nowej skały Tarpejskiej dla takich chorych, musimy się zająć ich losem, chociażby ze względu na czysto egoistyczny interes własny.

Należę do tych nielicznych może, którzy uważają, że ustawa o zwalczaniu gruźlicy, chociażby najwspanialsza, niewiele dokona, jeśli nie będziemy mieli gotowych i sprawnie pracujących członów organizacji przeciwgruźliczej, dopóki nie będziemy mogli kierować do szpitali tych chorych, którzy tego wymagają, i na tak długo, jak tego żądają względy społeczno-lekarskie, dopóki poradnie przeciwgruźlicze — jeden z najważniejszych członów — nie będą w stanie wyławić w dosłownym znaczeniu tego wyrazu wszystkich, wymagających właściwej pomocy lekarskiej, zwłaszcza niebezpiecznych dla otoczenia. Opieka nad chorym gruźliczym, zwłaszcza nad chorem dzieckiem, (które nie ma obowiązków względem swej rodziny, jak to bywa z dorosłym chorym na gruźlicę), musi iść w tym samym kierunku, co i opieka nad chorym ostro zakaźnym: należy je jaknajrychlej umieszczać w szpitalach czy sanatorjach, zależnie od potrzeby. Oszczędności, pod tym względem czynione, napewno mogą tylko doprowadzić do większych wydatków i strat i z tego powodu nie powinny być dłużej tolerowane!

Wiadomości bieżące

— **Odsłonięcie tablicy ś. p. prof. Kazimierza Rzętkowskiego.** W grudniu r. b. przypada 10-lecie śmierci prof. Kazimierza Rzętkowskiego. W celu upamiętnienia zasług ś. p. Profesora Rzętkowskiego Wydział Lekarski ufundował tablicę Jego Imienia w sali wykładowej I-ej Kliniki Wewnętrznej U. W. w Szpitalu Św. Ducha, której to kliniki Profesor Rzętkowski był pierwszym dyrektorem w Niepodległej Polsce. Z powodu pierwszego dziesięciolecia w celu uczczenia Pamięci Profesora Rzętkowskiego byli asystenci Jego przeznaczili 1.000 zł. jako nagrodę za najlepszą pracę z zakresu patologii wewnętrznej, ogłoszoną w polskich pismach lekarskich w roku 1935. O utworzenie sądu zwrócono się z prośbą do Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Odsłonięcie tablicy przez Pana Dziekana Wydziału Lekarskiego U. W. odbędzie się 2-go grudnia r. b. w niedzielę o godz. 12-iej w południe w sali wykładowej I-ej Kliniki Wewnętrznej w Szpitalu Św. Ducha.

— **Program Dorocznego Zjazdu Naukowego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego i Fizjoterapeutycznego** w dniach 8 i 9 grudnia 1934 r. Miejsce obrad: sala wykładowa II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warsz., Nowogrodzka 59. Szpit. Dziec. Jezus. Dnia 8-go grudnia: I. Posiedzenie naukowe. Początek o godz. 9-iej min. 30. 1) Otwarcie Zjazdu przez Przewodniczącego Komitetu miejscowego. Wybór przewodniczącego Zjazdu, Zastępców Przewodniczącego i Sekretarzy. 2) Łukaszczyk F. Marja Skłodowska-Curie. 3) Werkenthin M. Obraz radiologiczny płuc w zaburzeniach narządu krążenia (temat programowy). 4) Kaliciński W. Obraz radiologiczny płuc w zaburzeniach narządu krążenia (koreferat). 5) Grabowski W. Z kazuistyki kiły płuc u dorosłych. 6) Pawłowski B. i Kochanowski J. Przypadek operowanej przepukliny przeponowej. 7) Rasolt i Rowiński. Przypadek niezwyklego stwardnienia tętnicy głównej u młodego osobnika. 8) Werkenthin M. i Osowska - Dering K. Z kazuistyki nowotworów płucnych. 9) Kurlandzki Z. i Kryński B. Obraz płuc w przebiegu krztuśca. II. Posiedzenie naukowe. Początek o godz. 4-iej po poł. 1) Meisels E. Rentgenodiagnostyka w położnictwie (temat programowy). 2) Frank-Pittowa H. Obraz radiologiczny zmian naciekowych przewodu pokarmowego w przebiegu białaczek. 3) Grabowski W. Obraz radiologiczny mięsaka żołądka. 4) Grabecki F. i Schieber M. Znaczenie badania radiologicznego dla rozpoznania schorzeń wyrostka robaczkowego. 5) Zawadowski W. Niedomykalność zwieracza Oddiego w obrazie radiologicznym. 6) Kochanowski J. i Goldman M. Uchyłki dwunastnicy. Dnia 9 grudnia: III. Posiedzenie naukowe. Początek o godz. 9-iej min. 30. 1) Ziedses des Planten (Utrecht). Planigrafia i subtrakcja (metoda odejmowania cieni). 2) Mayer K. (Temat zastrzeżony). 3) Januszkiewicz S. Kimografia serca i jej zastosowanie w klinice. 4) Kochanowski J. Radiologia kamieni ślinianki podszczękowej i podjęzykowej (metoda własna). 5) Lachowicz A. i Goldman M. Anatomja radiologiczna stawu kolanowego w obrazie pneumoradiograficznym. 6) Lachowicz A. i Goldman M. Pneumoradiografia w rozpoznawaniu schorzeń stawu kolanowego. 7) Rosnowska B. Pseudoparalysis Parrot w obrazie radiologicznym. 8) Iberbein M. i Kryński B. Rachitis renalis. 9) Salmanówna E. i Kryński B. Osteogenesis imperfecta. IV. Posiedzenie naukowe. Początek

o godz. 4-iej popoł. 1) Grynkrout B. Radjoterapia układu węgetatywnego (temat programowy). 2) Laskowski J. Budowa nistologiczna a promienioczułość nowotworów złośliwych. 3) Osinski A. i Welte M. Naswietlania rentgenowskie przy dużym natężeniu promieniowania. 4) Kryszek H. i Barciński M. Czerwienica — klinika i leczenie. 5) Schieber M. O rzekomo - gośćcowej, torbielowato - włóknistej postaci gruźlicy stawów. 6) Kochanowski J. O zanikowej postaci pierwszego żebra w obrazie radiologicznym. 7) Karwowski I. Konieczność niezwłocznego ustawowego unormowania pracy radiologów w zakładach leczniczych. 8) Czajkowski A. Polska bibliografia radiologiczna. 9) Wybór tematów na Zjazd przyszły. Zamknięcie obrad Zjazdu. Czas przemówień: 1) Referat programowy — 45 minut; 2) Koreferat — 30 minut; 3) Referat zwykły — 15 minut; 4) Przemówienie w dyskusji — 5 minut. Pokaz przezroczy mieści się w czasie przewidzianym dla referatu. Sekretarz Komitetu Miejskowego (—) M. Werkenthinówna. Przewodniczący Komitetu Miejskowego (—) W. Zawadowski.

— **Komunikat w sprawie XI Zjazdu Internistów Polskich.** Na X Zjeździe Internistów Polskich w Poznaniu na Walnem Zebraniu w dn. 12.IX. 1933 r. wybrano jako miejsce następnego Zjazdu m. Łuck. Zjazd odbędzie się na jesieni 1935 r. Referaty główne Zjazdu są następujące: 1. Temat: Marskość wątroby. Anatomja patologiczna: referenci: Prof. Dr. L. Paszkiewicz i Dr. A. Pruszczyński. Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek. 2. Temat: Ropne sprawy płuca. Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. W. Nowicki. Klinika: referent Doc. Dr. Z. Gorecki. Chirurgja: referent Prof. Dr. T. Ostrowski. Na posiedzeniu Zarządu Głównego T. I. P. dn. 30.XI.1933 r. powołano na Przewodniczącego Komitetu Miejskowego w Łucku p. Dr. Witolda Habicha. Dalsze szczegóły zostaną nadesłane w następnych komunikatach. Zarząd Główny Towarzystwa Internistów Polskich: (—) Dr. J. W. Grott, (—) Prof. M. Semerau-Siemianowski.

— **Drugi Kurs Uzupełniający z Mikrobiologii, Serologii i Dziedzin Pokrewnych.** Państwowy Zakład i Szkoła Higieny łącznie z Tow. Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich przystępują do organizacji kursu uzupełniającego z Mikrobiologii, Nauki o Odporności oraz dziedzin pokrewnych. Kurs obecny różni się tem od kursów poprzednich, że prócz bakterjologii i serologii, a także wybranych rozdziałów z parazytologii, uwzględnia również zagadnienia stojące na pograniczu podstaw biologicznych chorób zakaźnych. Specjalne wykłady poświęcone będą tematowi takim, jak: odporność i odżywianie, nowotwory złośliwe, hodowla tkanek, hormony zwierzęce i roślinne. Kurs ten nie jest przeznaczony dla początkujących, gdyż rozpatrywać będzie z punktu widzenia zdobytych naukowych lat ostatnich najbardziej aktualne zagadnienia z wyżej wymienionych dziedzin. Słuchaczami kursu mogą być lekarze (prywatni, szpitalni, klinik uniwersyteckich, Ubezpieczalni Społecznych) oraz przyrodniczy-bakterjologowie, których kwalifikacje będą uznane za wystarczające. Wykłady i zajęcia praktyczne odbywać się będą w godzinach wieczornych w celu umożliwienia osobom pracującym wzięcia w nich udziału. Ogólna liczba godzin zajęć praktycznych oraz teoretycznych wyniesie 53. Kurs rozpocznie się 7 stycznia 1935 roku i trwać będzie do 18 lutego, przyczem zajęcia odbywać się będą w poniedziałki, środy i piątki od godziny 7 — 10 wieczór w Państwowej Szkole Higieny, Chocimska 24. Opłata za całkowity kurs wynosi

zl. 70.— Zgłoszenia pisemne z podaniem kwalifikacji przyjmuje Kierownictwo Kursu, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, Chocimska 24.

— Miesięczne posiedzenie lekarzy szkolnych odbyło się dn. 22 b. m. w II Klinice Chorób Wewnętrznych U. W. ul. Nowogrodzka 59.

— Z Państwowej Szkoły Higieny. W dn. 27 listopada br. w Państwowej Szkole Higieny rozpoczęła się IX kurs Alkoholologii, który trwać będzie do dn. 7.XII. 1934 r. Program ujmuje szereg zjawisk i zagadnień związanych z alkoholizmem pośrednio i bezpośrednio. Wykłady odbywać się będą w godzinach wieczorowych od g. 17 — 21. Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zgłoszenia do dn. 27.XI.br. Sekretariat kursu — Państwowa Szkoła Higieny — Warszawa, Chocimska 24, tel. 8-94-81.

SPROSTOWANIE.

W piśmiennictwie podanem przeze mnie do opisanego „Przypadku choroby Pageta u osoby nadmiernie otyłej” w Warsz. Czas. Lek. N. 42 r. XI, nie wymieniłem: Sabad i Szarecki: O chorobie Recklinghausena (ostitis cystica fibrosa) i o chorobie Pageta (Ostitis deformans), Polski Przegląd chirurgiczny. T. I. r. 1923, co tą drogą uzupełniam.

J. W o h l.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

29.XI. Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

1. Demonstracja chorych. a) dr. K a r b o w s k i i dr. Z a u r m a n: Przypadek kły krtani powikłany kłaskiem chrząstki tarczowej; b) dr. A l t e r: Przypadek schorzenia krtani powikłany sprawą zapalną mięszu tarczycy; c) dr. K a r b o w s k i i dr. G o l d i n b e r g: Krwotok z gardła w końcowym okresie błonicy; d) dr. J a b ł o Ń s k i: Schorzenie krtani i gardła nieustalonego pochodzenia. 2. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 3. Dr. F r a m e n b a u m: Odczyt p. t. Chronaksja a laryngologia. 4. Wolne wnioski.

29.XI. Warszawskie Tow. Neurologiczne.

1. F i s z h a u t ó w n a i Z. M a c k i e w i c z o w a: Przypadek wgrzycy mózgu głównie z objawami psychicznymi. 2. J. P i n c z e w s k i: Zespół rozpadu neuropsychicznego w wieku dziecięcym w chorobie Schildera i w stanach pokrewnych. 3. J. H a n d e l s m a n: Przyczynę do zaburzeń psychicznych pochodzenia organicznego. 4. R. D r e s z e r: Z pogranicza kły mózgu i porażenia postępującego. 5. J. M a c k i e w i c z: O zespołach neuropatycznych w stanach hypoglikemicznych.

3.XII. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

L. H i r s z f e l d. O powstaniu i zaniku chorób zażnych.

TRĘŚĆ: A. FESTENSZTAT. Postępy pedjatrii w ostatnim dziesięcioleciu. — J. ROZENBLAT i P. NATHAN. Zmiany w jajnikach u ciężarnych kobiet i kotnych królic jako wyraz auto-reakcji Zondeka i Aschheima. — E. LIPSZOWICZ. Zachowanie się odruchu rogówkowo-podbródkowego Flatau w schorzeniach korowych i pozakorowych. (Zarazem przyczynek do semiotyki i topiki stanów nieprzytomnych) (Dok.). — Br. FRENKIEL i St. HURWICZ. Kastracja i sterylizacja (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — Sprawy zawodowe. — M. GANTZ: Czyżby w Warszawie już nie było gruźlicy dziecięcej? — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. FESTENSZTAT. Progrès de la pédiatrie dans les dix ans derniers. — J. ROZENBLAT et P. NATHAN. L'état anatomo-pathologique des ovaires chez les femmes et les pines gravides comme expression d'auto-réaction de Zondek et Aschheim. — E. LIPSZOWICZ. Le réflexe mentonier-cornéal de Flatau dans les maladies corticales et sous-corticales (fin). — Br. FRENKIEL et St. HURWICZ. Castration et stérélisation (Rev. gén. suite). — M. GANTZ. Est-il possible qu'in'y ait plus à Varsovie de la tuberculose infantile?

SAL DIETETICUM
SINE CI' BR' J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.

WARUNKI PRENUMERATY:

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