

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 XII

WARSZAWA, 14 LISTOPADA 1935 R.

Nr. 42

Ś. p. Dr. med. DYONIZY HELLIN.

Dnia 12 września r. b. ubył z szeregu żyjących po blisko całorocznym zmaganiu się z chorobą, której początki sięgają lat 10-u wstecz, dr. med. Dyonizy Hellin, profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Zmarł człowiek niepośledniej miary, obdarzony niepospolitą zaletami umysłu i charakteru. Bardzo zdolny, niezmiernie pracowity i sumienny lekarz i wykładowca, zjednał sobie wielkie uznanie w świecie lekarskim, wśród licznych rzesz pacjentów i u słuchaczy Wolnej Wszechnicy Polskiej, w której był nader cenionym profesorem. Odznaczał się nieskazitelnym charakterem, nie uznającym żadnych kompromisów, przekonania miał nieugięte, które przy wszelkich okazjach życiowych wypowiadał ze stanowczością i niezwykłą odwagą. Bezgranicznie uczynny i szlachetny, niósł radę i pomoc, nie znajdując pod tym względem żadnych przeszkód nawet w swoim ciężko nadszarpanym zdrowiu. W spełnianiu ciężących na nim obowiązków był tak dalece sumienny, że, bardzo już ciężko chory, zrywał się z łóża boleści i wyjeżdżał raz w tygodniu na wykłady do Łodzi, był bowiem również profesorem łódzkiego oddziału Wolnej Wszechnicy Polskiej. Wracał za każdym razem, oczywiście, bardzo wyczerpany i zapadł nawet podczas jednego z tych wyjazdów na zapalenie płuc, które, zdawało się, położy kres jego cierpieniom, lecz silny organizm przemógł jeszcze i tę chorobę.

Ideowość zmarłego, nieugiętość jego zasad i odwaga ich wypowiadania naraziły go na zatarg z Warszawską Kasą Chorych, w której jako otolaryngolog pracował. Wskutek tego zatargu opuścił pracę w tej placówce społecznej. Zaczął wydawać pismo „Lekarz Kasy Chorych”, które prowadził przez lat parę i w którym, opierając się na wzorach zagranicznych, zwalczał bardzo umiejętnie, energicznie i przedmiotowo wszystkie wady w zarządzie i kierownictwie tej instytucji społecznej.

Ś. p. Dyonizy Hellin urodził się 13. 7. 1867 r. w Warszawie. Tu ukończył gimnazjum, w r. 1886 wyjechał na wydział lekarski do Heidelberga. 2 lata później przeniósł się do Dorpatu, gdzie ukończył studia lekarskie w r. 1892 ze stopniem lekarza. W r. 1893 doktoryzował się w Monachjum, gdzie pracował przez 2 lata w klinikach. Następnie przeniósł się do Strasburga, gdzie był przez czas dłuższy asystentem kliniki chirurgicznej. W r. 1897 zaczął praktykować w Petersburgu, pracując w szpitalu Obuchowskim. Następnie przeniósł się

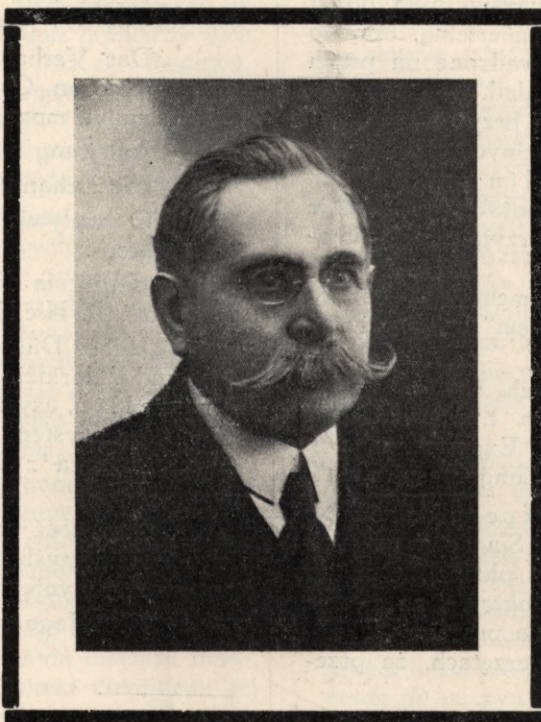
dla praktyki do Kowna, a w r. 1902 osiadł w rodzinnym swym mieście Warszawie, skąd po kilkoletniej praktyce pojechał znów dla pogłębienia studiów do Grazu, stamtąd zaś do Berlina, do znanego otolaryngologa J a n s e n a, którego był asystentem i którego klinikę przez rok cały samodzielnie prowadził. W 1912 r. wrócił do Warszawy, jako otolaryngolog i specjalnością tą, — poza przerwą 3-letnią, kiedy spełniał służbę wojskowo-lekarską w Rosji, — zajmował się do końca życia.

Z natury wszechstronny, jak to poniżej zobaczymy z przeglądu Jego prac naukowych, uzupełnił swoją działalność lekarską przez wprowadzenie do nas nowej gałęzi medycyny, szeroko już uprawianej na zachodzie mianowicie chirurgji kosmetycznej, głównie nosa.

Kilkunastoletnie poważne studia w klinikach i laboratoriach uniwersytetów zagranicznych

uczyniły z Hellina, przy Jego wielkich zdolnościach i ogromie pracy, uczonego na modłę europejską. Olbrzymi miał zasięg zainteresowań naukowych. Toteż, zanim się wyspecjalizował w otolaryngologii, prowadził bardzo gruntowne studia w różnych działach medycyny, głównie teoretycznej, poczem opracowywał je w kapitalnych rozprawach.

Zajmował się kwestją raka ze stanowiska patobiologii komórkowej i poświęcił tej sprawie 3 prace:
1) Rak i jego leczenie w świetle biolo-



gji¹⁾, II) Das Carcinom. Eine biol. Skizze. 1898 r. Lipsk. III) Versuch einer Therapie des Carcinoms. Eine Hypothese. (Wiener Med. Woch. Nr. 19, 1908 r.).

Następnie poświęcił szereg prac sprawie ciąży mnogiej, a w szczególności o powstawaniu bliźniąt. Gaz. Lek. 1908 r. 2). Są to prace, oparte na dowodach z anatomii i fizjologii normalnej i porównawczej oraz na dowodach statystycznych. Pierwszą pracę na ten temat ogłosił Hellin w 1894 r.³⁾. Wyniki pracy tej zostały przyjęte przez wszystkie podręczniki położnictwa, a nawet Herbert Spencer w ostatnim wydaniu swej „filozofii syntezy” na nią się powołuje, teoria więc Hellina odpowiada i wymaganiom jaknajbardziej ogólnych zasad. Praca ta wywołała nadto ukazanie się zagranicą szeregu innych, zajmujących się dalszym rozwinięciem podanych w niej szczegółów. By wiedzieć, co nowego teoria Hellina zawiera, wystarczy porównać podręczniki akuszerki przed zjawieniem się Jego pracy z ich obecnym wydaniem.

Bardzo dużo pracował nad gruczołami dokrewnymi. Już doktorska Jego praca, którą przedstawił uniw. monachijskiemu, brzmi: „Struma sarcomatosa”. Wydał dalej pracę piękną i wyczerpującą: „Struma u. Schilddrüse”⁴⁾. Z pracowni farmakologii doświadczalnej uniw. strasburskiego wyszła Jego praca: „Ueber den wirksamen Bestandteil der Schilddrüse”⁵⁾.

Kilka studjów poświęcił Hellin sprawie obustronnej odmy piersiowej, która uważana była dotąd za bezwzględnie i natychmiastowo śmiertelną, dopiero doświadczenia Hellina, przeprowadzone na psach i królikach, obaliły ostatecznie ten pogląd. W literaturze nagromadziła się później duża liczba przypadków obustronnej odmy u człowieka bez śmiertelnych wyników.

W 1905 r. wydrukował Hellin w Berl. Klin. Woch. artykuł o obustronnym ropotoku w opłucnie z okazji operowanego przez siebie przypadku tej choroby.

Drugą pracę poświęcił temu samemu przedmiotowi: „Ueber das doppelseitige Empyem” w Archiv. f. klin. Chirurgie” zesz. 3.

W 1912 r. opublikował w Arch. f. die gesamte Physiologie, t. 144 poważną pracę p. t. „Schultheorie der Lungenrespiration u. Tatsachen. Experimentelle u. kritische Beiträge zur Lehre von der Lungenrespiration”.

Trzy prace Hellina dotyczą frenikotomii, proponowanej przez Stuertza i Sauerbrucha dla chirurgicznego leczenia gruźlicy płucnej. Obaj ci badacze proponowali przecinanie *n. phrenici* po stronie chorego płuca w celu unieruchomienia przepony. Hellin dowiódł doświadczalnie na zwierzętach, że prze-

pona nie ulega porażeniu po przecięciu tego nerwu, ponieważ otrzymuje unerwienie jeszcze oprócz tego ze strony nerwów międzyżebrowych, i ponadto oba nerwy przeponowe mają wzajemne anastomozy. (Oba te fakty zostały przez anatomów i klinicystów dowiedzione). Operacja ta jest przeto bezcelowa i chybiona. W 1913 r. w Nr. 16 Münch. med. Woch. napisał o tym samym przedmiocie: „Die Beeinflussung von Lungenerkrankungen durch künstliche Lähmung des Zwerchfells (Phrenikotomie)”.

W 1925 r. napisał w tej samej Münch. med. Woch. w Nr. 44 jeszcze „Zur Geschichte der Phrenicotomie”.

Kilka prac poświęcił Hellin uchu, głównie zaś jego składowej części: błędnikowi.

I. O rozbieżności objawów błędnikowych (Odczyt, wygłoszony w sekcji laryng. na Zjeździe lekarzy polskich w Warszawie w 1925 r.)⁶⁾.

II. Ucho jako narząd równowagi i orientacji, nakł. księg. K. Wojnara i S-ki.

III. Relations entre les affections de l'oeil et celles de l'oreille. Wzajemna zależność chorób oka i ucha. Rozprawa, napisana razem z d-r'em Szwarcem, okulistą z Warszawy⁷⁾.

IV. Du rôle du labyrinthe dans la maladie de Basedow przez Hellina i Szwarca⁸⁾.

Na zakończenie dodać należy jeszcze wzmiankę o kilku krótkich, lecz niepozbowionych wartości pracach, jako to:

„Ueber eine noch unbekannte Eigenschaft des Blutserums von Neugeborenen u. Schwangeren”⁹⁾.

„Das Verhalten der Cholerabacillen in aeroben und anaeroben Culturen. Z pracowni bakterjol. inst. higien. uniw. monachijskiego¹⁰⁾.

„Anleitung zum Chloroformiren”¹¹⁾.

„Die Behandlung von Abszessen”¹²⁾.

„O wpływie gruczołów dokrewnych na umysł i charakter”.

„Empyema ambilaterale — przez F. Grodeckiego i D. Hellina”¹³⁾.

„Ueber Diurese. I część „Die Wirkung von Coffein und Phloridzin bei artificieller Nephritis”¹⁴⁾ napisał Dr. Hellin, asystent klin. chirurg. w Strasburgu i Dr. Spiro, asystent fizjol.-chem. Inst. uniw. w Strasburgu. (Praca z labor. farmak. doświadcz. w Strasburgu).

Większość przytoczonych powyżej prac imponuje głębokością myśli, kierunkiem eksperymentalnym i pozytywnymi wynikami.

Cześć Jego świetlanej pamięci!

Mieczysław Góldbaum.

¹⁾ Odczyt na posiedzeniu sekcji Komitetu do badania i zwalczania raka przy Tow. Higien. w Warszawie 4. 12. 1907 r. Praca, drukowana w 1908 r. Po niemiecku w oddzielnej broszurze nakł. Hirschwald w Berlinie w 1906 r.

²⁾ Odczyt w sekcji biologicznej Tow. Higien. 13. 2. 1908 r.

³⁾ Die Ursache der Multiparität der uniparen Tiere überhaupt und der Zwillingschwangerschaft beim Menschen inabesondere, München 1895 r.

⁴⁾ Struma u. Schilddrüse. München 1893 r.

⁵⁾ Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. Supplement-Band „Schmiedeberts Festschrift 1908”.

⁶⁾ Polski Przegląd Otolaryngologiczny, t. II, zesz. 3—4.

⁷⁾ Bibliotheca Universitatis liberae polonae. 1922 r. Fasc. 4.

⁸⁾ Revue neurologique T. XXXVII.

⁹⁾ Z pracowni szpitali miejskich w Warszawie. Kier. Dr. Jerzy Brunner.

¹⁰⁾ Archiv. für Hygiene.

¹¹⁾ Lipsk 1898 r.

¹²⁾ Zentralblatt f. Chirurgie, Nr. 43, 1908 r.

¹³⁾ Czasopismo Lekarskie Nr. 7, 1905 r.

¹⁴⁾ Archiv. f. exper. Path. u. Pharmak. t. XXXVIII.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału chirurgicznego

Szpitala im. Prezydenta G. Narutowicza w Krakowie.

(Ordynator: Dr. med. Jerzy Jasiński).

Naczynia limfatyczne nerki. *)

Podał

Jerzy JASIŃSKI (Kraków).

Są w medycynie tematy, o których zapomniano, niedoceniając ich ważności. Do takich tematów należą naczynia limfatyczne nerki. Kiedy przed 5 laty zainteresowałem się tą sprawą, uderzył mnie przy przeglądaniu wielkich podręczników anatomji, fizjologii i patologji fakt dziwny, niemal nie do wiary, jak mało mówi się o anatomji naczyń chłonnych miąższu nerki zdrowej, a nic zgoła o ich fizjologii i patologji. Powołałem się na 3 poważne źródła. Największy wielotomowy niemiecki podręcznik urologji *Lichtemberga*, *Völke-
ra* i *Wildbolla* poświęca naczyniom chłonnym nerki zaledwie kilka wierszy, nic właściwie nie mówiących, podczas gdy unerwienie nerki, włącznie z zakończeniami nerwowymi w miąższu nerkowym, opisane jest w tem dziele bardzo dokładnie. Jeden tylko *Papin* w swej „Chirurgie du rein” z roku 1928, podnosząc, iż mimo licznych przeprowadzonych badań dokładny opis naczyń limfatycznych nerki nie jest jeszcze możliwy, ubolewa nad tym faktem, gdyż znajomość układu dróg chłonnych miąższu nerki, jej torebki i odpowiednich gruczołów chłonnych, jak również ich stosunku do dróg chłonnych narządów sąsiednich uważa za konieczną.

O ile jednak wszystkie późniejsze prace wyjaśniły układ chłonny tkanek okołonerkowych, wykazały odprowadzające naczynia i regionarne gruczoły chłonne, wreszcie związek ich z układem narządów sąsiednich, i zwłaszcza ostatnie badania dały niemal wyczerpujące pod tym względem wiadomości i wypadły niemal zgodnie, o tyle wiadomości nasze o układzie dróg chłonnych samej nerki — jej miąższu, i to tylko nerki zdrowej, wiele jeszcze pozostawiały do życzenia.

Rouvière w swej wydanej w roku 1932 „Anatomie des lymphatiques de l'homme” dobitnie podkreśla nieznaną nam naturę układu dróg chłonnych miąższu nerki. Mówi on, iż niewiele tylko faktów wydaje się nie ulegać wątpliwości, a mianowicie: istnienie dróg chłonnych w torebce włóknistej nerki, dróg, które pozostają w ścisłym związku z układem chłonnym miąższu nerki, nie komunikują natomiast z naczyniami chłonnymi jej torebki tłuszczowej; dalej — istnienie naczyń chłonnych i ich przewodów zbiorczych zarówno w warstwie korowej, jak i rdzennej nerki. Przewody te, zmierzając drogami naczyń krwionośnych ku podstawie piramid, na ich poziomie łączą się ze sobą, poczem kierują się ku zatoce nerkowej, idąc po powierzchni piramid wzdłuż przebiegu naczyń krwionośnych. Takie były dosłownie możliwe do sformułowania tylko w dwu zdaniach wnioski o układzie chłonnym miąższu nerki, wynikające z do-

tychczasowych badań, poczynając od najstarszej pracy *Mascagniego* z roku 1787 i prac późniejszych: *Nucka*, *Koellikera*, *Teichmanna*, *Ludwiga* i *Zawarykina*, *Zaleskiego*, *Chrzaszczewskiego*, *Dogiela*, *Sappeya*, *Renauta*, *Stahra*, *Stephanisa*, *Kumity*, *Gabrielle*, wreszcie ostatnich prac, ogłoszonych w roku 1930 przez *Ssyzganowa* w Rosji i *Nicolesco* we Francji.

Przy czytaniu prac kilkunastu wymienionych autorów dziwne nasuwają się refleksje. Jeśli uwzględnimy, ile badań poświęcono anatomji, fizjologii i patologji nerki, to przyznać należy, że stosunkowo niewiele zajmowano się dotychczas drogami chłonnymi jej miąższu, i to wyłącznie tylko miąższu nerki zdrowej, mimo że przeprowadzone przez różnych badaczy żmudne te badania dały wyniki niezgodne. W badaniach nad drogami chłonnymi miąższu nerki dopatrzyć się można wielu niedokładności technicznych, popełniono niewątpliwie szereg błędów przy ich wypełnianiu, — stąd też pochodzą sprzeczności uzyskanych wyników. Już nawet sama technika nastrzykiwania, stosowana przez różnych autorów, więcej wykazywała różnic, niż podobieństwa. Poza tem uwzględnić należy, że wszystkie nastrzykiwania narządów miąższowych mogą się okazać do pewnego stopnia sztuczne. Nawet w najdoświadczeńszych rękach niezawsze dają one bezwzględnie pewne wyniki. Wystarczy przytoczyć chociażby błędy, popełnione przez szkołę niemiecką *Ludwiga* i *Brückesa*, dotyczące naczyń chłonnych różnych narządów, względnie błędy słynnego *Hehle*, jakie wynikły z jego badań nad kanalikami moczowymi. Przy nastrzykiwaniu narządów miąższowych, mimo najdokładniejszego opatowania strony technicznej zabiegu, łatwo zdarzyć się może, że barwnik pójdzie fałszywymi drogami, co, przy niedostatecznie krytycznej ocenie uzyskanych wyników i zwłaszcza przy małej stosunkowo liczbie przeprowadzonych doświadczeń, może pociągnąć za sobą błędne wnioski.

Przypisując szczególnie ważną rolę drogom chłonnym narządów miąższowych, w szczególności nerek, postanowiłem zająć się tą sprawą, poznać dokładnie anatomję normalną i patologiczną naczyń chłonnych miąższu nerki (o tej ostatniej nikt nie wspomina), ich fizjologję i patologję. Jeśli o patologję chodzi, to znów spotkała mnie niespodzianka. W jednym z podręczników francuskich spotkałem się ze zdaniem, że w przeciwieństwie do naczyń krwionośnych patologia naczyń chłonnych niewielkie tylko posiada dla lekarza znaczenie. Pomijając już bowiem nawet niejednokrotnie mikroskopowe ich rozmiary, w samym układzie chłonnym odgrywają one jedynie rolę przewodów zbiorczych i odprowadzających, główne natomiast i niemal wyłączne zadanie spełniają spotykane na ich drodze gruczoły, względnie narządy, obfitujące w tkankę limfoidalną. Jest w tem niewątpliwie przesada i nieścisłość, której udawadniać niema potrzeby. *Leconte* podkreśla jednak dalej, że dla klinicysty cała patologia naczyń chłonnych ogranicza się właściwie wyłącznie tylko do jednej jednostki chorobowej — ostrego zapalenia po-

*) Wygłoszone na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego dnia 8 października 1935 roku.

wierzchnych pni chłonnych; w pozostałych przypadkach nawet tocząca się w nich sprawa zapalna posiada raczej znaczenie anatomiczne, niż kliniczne. Z punktu widzenia diagnostyki klinicznej jest to prawdopodobnie słuszne; w większości wszakże przypadków wiemy o istnieniu sprawy zapalnej, toczącej się w drogach chłonnych, choć widzimy je dopiero na stole operacyjnym lub sekcyjnym. Toteż nie wynika stąd jeszcze bynajmniej, by cała patologia naczyń chłonnych należała wyłącznie do sfery zainteresowań anatomo - patologa. Drogi chłonne odgrywają niewątpliwie wielką rolę w całej fizjologii i patologii poszczególnych narządów, dokładna przeto znajomość ich anatomii, fizjologii i patologii niezbędna jest przede wszystkim dla klinicysty.

Układ chłonny nerki posiada niewątpliwie wielkie znaczenie dla fizjologii nerki. Toć wysunięto nawet w ostatnich czasach nową teorię wytwarzania się moczu, według której cewki kręte miałyby pobierać swój materiał sekcyjny nie wprost ze krwi, lecz przy pośrednictwie chłonki. Odgrywać też on musi poważną rolę w patologii nerki, chociażby tylko w powstawaniu i rozwoju spraw zapalnych. Toteż nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, że właściwości układu chłonnego nerki winny być tak samo dokładnie znane i uwzględnione przy ocenie pracy nerek, jak i ich układ krwionośny. Jest to tembardziej słuszne, iż niepodobna właściwie sądzić o związku, zachodzącym między obydwu temi układami wyłącznie na podstawie analogii z innymi narządami miąższowymi, już choćby dlatego, że układ krwionośny nerki wykazuje pewne szczególne, odrębne właściwości.

Wiemy o tem, że nerka jest bardzo obficie unaczyniona, że krążenie jej jest szczególnie czynne, skoro normalnie w ciągu doby przepływa przez nerki około 140 litrów krwi. Wiemy dalej, że najdrobniejsze gałązki tętnicze nerki nie są wprawdzie końcówkami w ścisłym anatomicznym słowa tego znaczeniu, lecz z punktu widzenia fizjologii uważać je musimy za tętnice końcowe. Już Claude B e r n a r d wykazał, że prąd krwi przepływa przez nerki znacznie szybciej, niż przez inne narządy. Stąd jej krążenie w znacznie większym stopniu jest narażone na niebezpieczeństwa przemijających choćby zaburzeń, w szczególności zastoju żylnego, od krążenia innych narządów. Zdaniem niektórych, zapobiegają im wszakże skutecznie bardzo obfite sploty żył odprowadzających miąższu nerki, sploty, jakich nie spotykamy w żadnym z innych narządów miąższowych. Krążenie nerki różni się, zresztą, od krążenia innych narządów i z innych jeszcze względów. Jest ono zmienne w zależności od zmiennego zapotrzebowania ze strony ustroju. Praca nerek wzmacnia się i zmniejsza zależnie od okoliczności. Obydwe nerki ludzkie posiadają około 10 milionów kłębków, z których część jest zwykle nieczynna, stanowi rezerwę, przyczem już podanie środków moczopędnych pobudza je do czynności. Ilość krwi, przepływającej przez nerki w jednostce czasu, bywa więc różna. Tem się przecie tłumaczy, dlaczego nerka niepowiększona może niekiedy wykazywać znaczną nadczynność. O osobliwościach krążenia nerki świadczą i inne jeszcze okoliczności. Nerki, których waga nie przekracza 0,7%, a więc 1/100 wagi ciała, wykonywają pracę zupełnie nieproporcjonalną do swych rozmiarów. Udział ich w wymianie gazów dochodzić może do 11,75% ogólnej wymiany gazów ustroju. Wszystkie te czynniki nie mogą pozostać bez wpływu na wytwarzanie się i krążenie chłonki miąższu nerkowego. Wiemy też, że naogół drogi chłonne narządu tem są obfitsze, im

obfitszy jest jego układ krwionośny, i że, im skąpsza i bardziej zbita jest tkanka łączna, znajdowana wewnątrz narządów gruczołowych, tem obfitsze są tak niezbędne dla zabezpieczenia dostatecznego drenażu tej tkanki odprowadzające jej drogi chłonne. Toteż układ chłonny nerki winien być szczególnie rozległy.

Opierając się na tych przesłankach, przystąpiłem przed 5 laty do badań nad układem chłonnym miąższu nerki. Badania przeprowadziłem na dwudziestu kilku młodych psach, gdyż wiadomo, że układ chłonny nerek tych zwierząt najwięcej wykazuje podobieństwa do układu chłonnego nerki ludzkiej. Naczynia chłonne nerki nastrzykiwałem przy pomocy najlepszej spośród znanych dziś metod — metodą śródmiaższową G e r o t y, używając zawiesiny błękitu pruskiego w olejku terpentynowym i eterze etylowym. W szczegółach metodyka przeprowadzonych przeze mnie badań różniła się znacznie od stosowanej przez poprzednich autorów. W przeciwieństwie do dotychczasowych doświadczeń, w których nastrzykiwania przeprowadzano wyłącznie na świeżych zwłokach ludzkich, względnie na nerkach zwierząt skrwawionych, czy też dopiero po wydobyciu ich z ciała zwierzęcia, wypełniałem naczynia chłonne miąższu nerek zwierząt żywych, *in situ*, przy zachowaniu krążenia, i przeważnie dopiero po nastrzyknięciu usuwałem nerki. W części doświadczeń nastrzykiwania wykonałem po uprzednim zażyciu zabarwieniu tkanki nerkowej przez wprowadzenie do krążenia czerwieni trypanowej, co czyniło zbędnem barwienie preparatów histologicznych. Przy takim zabarwieniu nie można wprawdzie wykazać wszystkich szczegółów budowy nerki, nastrzyknięcie wszakże naczyń chłonnych widoczne jest bardzo wyraźnie, i, co najważniejsze, nie może ono ulec zmianom w związku z przeprowadzaniem skrawków przez szereg barwników i odczynników.

Charakter i układ naczyń chłonnych nerki jest tak znamienity, że niepodobna go właściwie pomylić z kapilarami krwionośnymi. Nie rozumiem wszakże, w jaki sposób niektórzy autorzy odróżniać mogli od siebie te dwa układy wyłącznie na podstawie bardzo grubych, bo 1 mm. skrawków, skoro najdrobniejsze gałązki chłonne widoczne są tylko pod imersją, i najcieńsze nawet preparaty wydają się tu zbyt grube.

Badanie układu chłonnego miąższu nerek nastręcza niewątpliwie olbrzymie trudności, znacznie większe, niż to podkreślano. Nie uzyskawszy konkretnych wyników przy oglądaniu skrawków grubych, przejrzałem przeszło dwadzieścia tysięcy cienkich preparatów histologicznych, niektóre wielokrotnie. Trudności wydawały się początkowo nie do pokonania, w części bowiem preparatów równocześnie z naczyniami chłonnymi nastrzyknięte zostały żyły. Dla wyjaśnienia sprawy musiałem też nastrzyknąć sam układ naczyniowy. Dzięki temu wszakże udało mi się również wyjaśnić, skąd pochodzą sprzeczności w opisach naczyń chłonnych poprzednich autorów. Niektórzy nastrzyknięte kapilary żyłne brali za naczynia chłonne; inni mylili je z wynaczynieniami wstrzykniętego pod ciśnieniem barwnika poza ściany naczyń do otaczających tkanek.

Pragnąc poruszyć jeszcze dalsze tematy, układ dróg chłonnych miąższu nerki zdrowej przedstawiam w jaknajwiększym skrócie, mimo iż na tem bardzo cierpi dokładność opisu.

Miąższ nerki posiada niezwykle rozległy i obfity układ dróg chłonnych. Poszczególne sploty chłonne,

ułożone we wszystkich płaszczyznach i we wszystkich biegnące kierunkach, zarówno w warstwie korowej, jak i rdzennej nerki, tworzą w całości jeden wielki, ciągły splot chłonny. Łączą się one bowiem bezpośrednio i zupełnie ściśle ze sobą na całej swej przestrzeni, obejmując cały narząd i oplatając niezwykle gęstą siatką wszystkie bez wyjątku elementy miąższu nerkowego. Każda cewka, każdy kłębek, każdy odcinek naczynia krwionośnego jest opleciony przez gęstą siatkę chłonną. Gałązki, wchodzące w skład siatki, krzyżują wielokrotnie przestrzenie międzycewkowe, oplatając tu drobne naczynia międzycewkowe i same cewki. Siatki, oplatające cewki w przestrzeniach międzycewkowych, łączą się z siatkami innych cewek. Takie same siatki oplatają torebki B o w m a n nowskie, naczynko doprowadzające i wnikają wraz z niem do kłębka. Zarówno wszystkie naczynia żyłne, jak i tętnicze oplecione są gęstą siatką chłonną. Większe naczynia grubsze nieco oplatają gałązki, tworząc większe oczka sieci, oddają wszakże i one drobne włosowate gałązeczki. Grubsza siatka znajduje się również w warstwie rdzennej nerki. Cała regularność układu chłonnego nerki polega na tem, że każdy splot składa się z szeregu gałązek, biegnących w różnych kierunkach i krzyżujących się ze sobą. Obok tego wszakże układ chłonny miąższu nerki cechuje wybitna nieregularność: nastrzyknięte partje różnią się dość znacznie od siebie nawet w dwu sąsiednich miejscach preparatu; w jednym miejscu widać bowiem mnóstwo gałązek, liczne sploty, w innym — oczka siatki są znacznie większe i złożone z grubszych stosunkowo gałązek, jeszcze w innym gałązki są tak cienkie, włosowate prawie, że zaledwie dadzą się wyróżnić ich obrysy. Sploty miejscami są tak gęste, iż zaledwie dostrzec można maleńkie oczka siatki.

W odróżnieniu od innych narządów układ chłonny miąższu nerki nie odpowiada zupełnie ściśle układowi naczyń krwionośnych. Drogi chłonne nerki są znacznie liczniejsze, znacznie większą zajmują powierzchnię od dróg krwionośnych, wypełniają całą niemal tkankę śródmiaższową, tworząc siatkę znacznie gęstszą, drobniejszą i obfitszą od siatki naczyń krwionośnych. I, jeśli większość splotów chłonnych oplata ściany naczyń krwionośnych przestrzeni międzycewkowych na całym ich przebiegu, to sploty, oplatające poszczególne cewki, nie pozostają bynajmniej w tak ścisłym stosunku do przebiegu kapilarów krwionośnych.

Zadane z nieskończenie licznych naczyń chłonnych miąższu nerki, nie wyłączając najgrubszych nawet gałązek, nie posiada na swym przebiegu zastawek. Ze względu na mnogość tych cieniutkich gałązek chłonnych, w różnych biegnących płaszczyznach i w różnych kierunkach, wielokrotnie krzyżujących się i łączących się ze sobą, odległość między sąsiednimi połączeniami jest wyjątkowo mała, a więc poszczególne ich odcinki są bardzo krótkie. Wszędzie znajdujemy tylko bardzo obfite sploty, i niepodobna niemal pośród nich wyróżnić poszczególnych gałązek chłonnych. Liczne przewężenia, wchodzące w skład oczek wieloramiennych siatki chłonnej, równe posiadające wymiary, odpowiadają poszczególnym kapilarom chłonnym. Spotykane zaś obok nich, względnie na ich przebiegu, zatokowate rozszerzenia, nadające splotom chłonnym miąższu nerki wygląd szczególnie charakterystyczny, przedstawiają miejsca połączeń ze sobą nieskończenie licznych kapilarów chłonnych miąższu nerki. Stąd też naczynia chłonne nerki, znacznie liczniejsze od jej naczyń krwionośnych, to też

i rozgałęziające się od nich obficie, w przeciwieństwie do naczyń chłonnych innych narządów, wydają się posiadać nierówne średnice przekrojów. Stąd też i liczba spotykanych gałązek chłonnych nie wydaje się bynajmniej zmniejszać w miarę powiększania się ich rozmiarów, w żadnym bowiem z odcinków miąższu nerki nie spotykamy poszczególnych naczyń chłonnych, lecz obfite ich sploty, i tylko rozmiary tworzących je gałązek i oczek siatki powiększają się nieco w miarę zbliżania się do wnęki. Wprawdzie poszczególne kapilary chłonne łączą się ze sobą, tworząc grubsze nieco gałązki, nie zmniejsza się wszakże przez to wyraźnie liczba gałązek, w skład splotów wchodzących, nawet i w pobliżu wnęki. Skoro bowiem jedne kapilary się kończą, to niezależnie od nich zaczynają się inne w sąsiednich odcinkach miąższu. Początki naczyń chłonnych — kapilary chłonne — znajdują się we wszystkich bez wyjątku odcinkach miąższu nerkowego; powstają one w niezliczonej ilości zarówno w warstwie korowej, jak i rdzennej nerki. Dlatego też liczne gałązki chłonne, w skład poszczególnych splotów wchodzące, posiadają różne średnice przekrojów; wszędzie znajdujemy wiele gałązek drobnych, wszędzie najcieńsze kapilary chłonne łączą się z naczyniami większego kalibru, spotykamy coraz to nowe kapilary chłonne obok grubszych gałązek, będących przewodami zbiorczymi innych kapilarów. Nie można więc mówić, jak to bywa w niektórych narządach, o splotach chłonnych, ułożonych na różnych poziomach i złożonych początkowo z kapilarów chłonnych, dalej z mniejszych, wreszcie z większych składających się gałązek, lecz o jednym wspólnym splocie mieszanym. Najdrobniejsze kapilary chłonne miąższu nerki z trudem widoczne są nawet pod immersją; szerokość najgrubszych gałązek chłonnych przekracza 3 μ ; szerokość zatokowatych rozszerzeń, spotykanych w miejscu krzyżowania się ze sobą kilku naczyń, wynosi 3 do 6, względnie nawet w okolicy wnęki — do 8 μ . W miąższu nerki nie spotykamy też poszczególnych pni — przewodów zbiorczych, lecz sploty zbiorcze, kierujące się ku podstawie piramid, właściwe zaś odprowadzające pnie chłonne zjawiają się dopiero w samej wnęce — w miejscu wnikania naczyń krwionośnych do miąższu nerki. Można powiedzieć, że sploty chłonne, oplatające ściany kapilarów krwionośnych, łącząc się wzajemnie ze sobą, przechodzą bezpośrednio w sploty, znajdujące się dokoła naczyń większego kalibru, te zaś, wciąż łącząc się ze sobą, tworzą sploty, oplatające ściany naczyń krwionośnych coraz to większych rozmiarów, i opuszczają wreszcie wnękę wraz z naczyniami wnękowymi. Sploty chłonne kłębków, oplatające torebki B o w m a n n a i okołocewkowe, sploty, oplatające pętle H e n l e g o, wreszcie cewki proste, jednym słowem, wszystkie bez wyjątku elementy miąższu nerkowego — odprowadzają swą zawartość do splotów dokołanaczyniowych, na tych samych znajdujących się poziomach. Sploty więc, znajdujące się dokoła tętnic i żył, szersze naogół od oplatających cewki, stanowią właściwe drogi zbiorcze miąższu nerki, zbierające chłonkę z całego jej miąższu. Układ chłonny łączy ze sobą poszczególne warstwy nerki. Sploty chłonne dolnej warstwy torebki wnikają bowiem do powierzchownych warstw miąższu nerki, sploty zaś, spotykane na pograniczu między częścią korową a rdzenną, znajdując się równocześnie w obydwu warstwach, łączą je wzajemnie ze sobą. Układ chłonny miąższu nerki nie jest wreszcie, ściśle rzecz biorąc, zamknięty w sobie. Prócz opuszczających wnękę odprowadzających pni chłonnych — sploty dolnej części warstwy rdzennej ner-

ki łączą się bezpośrednio ze splotami chłonnymi miedniczek i moczowodu, na całej zaś powierzchni nerki istnieje mnóstwo połączeń naczyń chłonnych miąższu nerki z naczyniami dolnej warstwy torebki włóknistej.

Przechodzę do anatomii patologicznej — opisu naczyń chłonnych miąższu nerki chorej. Jak już wspominałem, nikt nie starał się dotychczas wykazać zachowania się dróg chłonnych w nerce, dotkniętej zmianami patologicznymi. Wprost przeciwnie — starannie unikało tego tematu. Autorzy bowiem, którzy przeprowadzali te badania na zwłokach ludzkich, wyraźnie podkreślają, że odrzucali nerki chore z tego względu, aby zasze w nich zmiany anatomiczne nie wpłynęły niekorzystnie na przejrzystość i jasność uzyskanych obrazów nastrzykniętego układu chłonnego. Pragnąc wyjaśnić tę sprawę, w pierwszej serii doświadczeń nastrzykiwałem naczynia chłonne nerek psów dopiero po podaniu im w ciągu szeregu dni przed zabiegiem różnych farmakologicznych środków limfopędnych: pilokarpiny lub stężonego roztworu glukozy, po podwiązaniu przewodu piersiowego, względnie odchodzących z węzły pni chłonnych. Postępowanie to miało na celu wywołać rozszerzenie dróg chłonnych miąższu nerki dla dokładnego wypełnienia ich i przekonania się zarazem, jak wygląda ich rozszerzenie, jakie zdarzyć się może w różnych stanach chorobowych. Wypełniałem też układ chłonny miąższu nerki po uprzednim podaniu zwierzętom środków hamujących diurezę. Jak wiadomo, pewne koloidy, jak żelatyna i guma arabska, wstrzyknięte dożylnie w dawce 1 gr. na kg. wagi zwierzęcia, okazują tego rodzaju działanie. Badalem również nerkę pozostałą w 3 miesiące po usunięciu drugiej nerki. W drugiej serii doświadczeń, dla stwierdzenia właściwości układu chłonnego nerki chorej, nastrzykiwałem nerki, dotknięte różnymi zmianami patologicznymi, wywołanymi uprzednio doświadczalnie. Zaburzenia w krążeniu nerkowym, a więc jej przekrwienie czynne i bierne uzyskałem przez sympatektomię tętnicy, względnie podwiązanie żyły nerkowej, bądź żyły puste; niedokrwienie zaś — przez częściowe zaciśnięcie światła tętnicy nerkowej, jak również przez spadek ciśnienia, występujący po upuszczeniu 1/3 ogólnej ilości krwi zwierzęcia. Swoiste rozszerzenie naczyń nerkowych otrzymywałem również pod wpływem bardzo znacznych dawek kofeiny. Wszystkie zabiegi na nerce, a raczej na jej wnętrzu, przeprowadzałem drogą przezotrzewnąą dla uniknięcia obrażeń mechanicznych samej nerki i jej torebki. U innych zwierząt stwarzałem przeszkodę mechaniczną dla odpływu moczu, zaciskając częściowo, względnie całkowicie zamykając światło moczowodu, w następstwie czego po kilku tygodniach występowało wodnercze. Jeszcze u innych wywoływałem powstawanie w nerkach szeregu zmian wstecznych i zapalnych, do ostrego krwotocznego zapalenia nerek i procesów ropnych włącznie, przez podawanie im w ciągu pewnego czasu trucizn nerkowych: sublimatu, kantarydyny lub azotanu uranowego, bądź też wprowadzanie do krążenia toksyn bakteryjnych lub bakteryj ropotwórczych.

Liczne nastrzykiwania dróg chłonnych miąższu nerek u tych zwierząt, u których uprzednio starałem się wywołać doświadczalnie wszystkie niemal do pomyślenia zmiany anatomiczne, zakończyły się niepowodzeniem, barwnik bowiem, wstrzykiwany śródmiąższowo, przeniknął równocześnie lub też wyłącznie tylko do naczyń żylnych. Preparaty te okazały się więc zupełnie bezużyteczne dla badania układu chłonnego miąższu nerki chorej.

W 5 tylko nerkach, chorobowo zmienionych, nastrzyknięte zostały same tylko drogi chłonne. Chodziło przytem o nerki, w których, jak się okazało, zasze tak różnorodne zmiany anatomiczne, różne niejednokrotnie w poszczególnych ich odcinkach, iż można się w nich doszukać znacznej części patologii nerki. Dzięki temu udało mi się wyjaśnić dość dokładnie właściwości układu chłonnego miąższu nerki chorej. I znów przy ich opisie ograniczyć się muszę do niedokładnego skrótu.

W szeregu schorzeń, pociągających za sobą wystąpienie w nerkach zmian anatomicznych, układ dróg chłonnych ich miąższu znacznym ulega zmianom. Nastrzykanie nerki chorej może nawet nie przedstawiać wyraźnego układu, nie posiadać cech charakterystycznych i pewnej regularności układu chłonnego, spotykanych w nerkach zdrowych. Badanie drobnowidowe skrawków wykrywa niekiedy istnienie licznych, dość szerokich i bardzo nieregularnych przestrzeni szczelinowatych, względnie wielokształtnych, zwięzających się i rozszerzających, biegnących w różnych kierunkach; niezawsze wszakże udaje się wykazać, iż pozostają one ze sobą w ścisłym związku, tworzą jedną całość. W skrawkach, pochodzących z innych nerek, względnie w innych odcinkach tych samych preparatów, doszukać się wszakże można niekiedy pewnego podobieństwa do rysunku siatki chłonnej, dwu-, czy nawet kilkakrotnie grubszej, niż w warunkach normalnych. Poza przekrwieniem biernym nerki — również w różnych postaciach toczących się w niej spraw zapalnych — cała sieć chłonna, zarówno torebki, jak i miąższu nerki, bywa nogół wyraźnie szersza od siatki, zwykle spotykanej w nerkach zdrowych. Równocześnie ze zmianami zapalnymi torebki wybitnym też ulega zmianom jej układ chłonny. Nastrzykanie torebki, silnie zgrubiałej w następstwie rozwoju komórkowej tkanki łącznej i ogniskowych nacieków zapalnych, wykazuje zarówno w jej części włóknistej, jak i w częściach o budowie bardziej wiotkiej, pewne szczególne właściwości. Szczelinowaty układ torebki jest znacznie rozszerzony w porównaniu z preparatami, pochodzącymi z nerki zdrowej. Im grubsza jest przytem torebka, tem i nastrzykanie jej jest grubsze i obfitsze. W niektórych miejscach znajdujący się tak obfite skupienia barwnika i tak gęsto są obok siebie ułożone, iż niepodobna wyróżnić w nich żadnego układu. W innych — nastrzykane przestrzenie chłonne, przeważnie bardzo szerokie, wykazują jeszcze większe, niż normalnie, różnice średnic, i wydaje się, iż są one przeciętnie conajmniej 3 razy grubsze od spotykanych w preparatach, pochodzących ze zdrowej nerki. Natomiast nastrzykanie torebki wprawdzie zgrubiałej, lecz już zbliżnowaciałej w następstwie zejścia sprawy zapalnej, torebki, składającej się z tkanki łącznej włóknistej i zrośniętej częściowo z powierzchnią nerki, przedstawia szereg wąskich szczelin między poszczególnymi pasmami łącznotkankowymi, łączących się ze sobą i tworzących ciekłą, delikatną siatkę, i tylko w warstwie bezpośrednio przylegającej do miąższu widoczne są większe skupienia barwnika.

Różne postacie zapalenia nerek w zależności od charakteru anatomicznego sprawy w różny sposób odbijają się na uzyskanym obrazie układu chłonnego ich miąższu. Nastrzykanie jest stosunkowo najskąpsze, przedstawia obraz najbardziej zbliżony do układu dróg chłonnych miąższu nerki zdrowej w miejscach, w których na plan pierwszy wysuwa się znaczny rozwój śród-

miąższowej komórkowej tkanki łącznej, brak natomiast w przestrzeniach międzycewkowych niemal zupełnie wysięku i nacieków zapalnych. Różnokształtne i różnej wielkości oczka siatki miejscami wydają się nawet nieco większe, jest ona jakgdyby mniej gęsta od nastrzykniętej siatki miąższu nerki zdrowej. Tam więc, gdzie na plan pierwszy wysuwają się zmiany przewlekłe o charakterze wytwórczym, cewki są dość znacznie od siebie poroszane w następstwie obfitego rozwoju śródmiaższowej tkanki łącznej, co też, być może, jest przyczyną rozciągnięcia sieci chłonnej w porównaniu z układem chłonnym nerki zdrowej. W częściach natomiast, w których toczy się przewlekła sprawa zapalna o charakterze wysiękowym, pośród obfitego nacieku tkanki łącznej śródmiaższowej i zanikłych miejscami cewek widoczne są wypełnione barwnikiem nieporównanie szersze, różnokształtne, nieregularne przestrzenie. Nastrzykanie jest szczególnie obfite tam zwłaszcza, gdzie przestrzenie międzycewkowe wypełnia naciek zapalny i skrzepły wysięk, przedstawiający wygląd jednostajnej masy drobnoziarnistej, odsuwającej dość znacznie od siebie poszczególne cewki. Im szersze są przytem przestrzenie międzycewkowe, tem więcej spotykamy fragmentów nastrzykanej siatki chłonnej. Mamy tu do czynienia z wyraźnem rozszerzeniem układu chłonnego. Nastrzykanie nie posiada nawet wyraźnego rysunku siatki, lecz przedstawia wieloramiennie, jakgdyby poprzerywane w miejscach mniejszych rozlewisk, fragmenty szerokich splotów. Również i w podostrem zapaleniu nerek w częściach, w których przeważają zmiany przewlekłe, spotykamy w przestrzeniach międzycewkowych szersze znacznie, niż normalnie, nieregularnie rozrzucone nastrzykane różnokształtne przestrzenie. Dość rzadkie fragmenty tych szerokich splotów są naogół znacznie obfitsze w miejscach, w których zmiany, odpowiadające przewlekłej sprawie zapalnej, są słabiej zaznaczone, przeważają natomiast zmiany ostre: wysięk ropny, zwyrodnienie i częściowa martwica cewek. W miejscach tych, bardzo obficie nastrzykanych, dokoła niektórych cewek widoczne są nawet jakgdyby jednolite pierścienie barwnika. Gdzieniegdzie wszakże i pośród tak obfitego nastrzykania wyróżnić można zupełnie wyraźnie, iż przestrzenie międzycewkowe są wypełnione przez obfite sploty, przeważnie tak gęste, iż niepodobna prześledzić dokładnie nietylko wszystkich ich szczegółów, lecz nawet grubości poszczególnych gałązek i oczek siatki. W innych wreszcie miejscach, w których nastrzykanie jest znacznie mniej obfitem, widać, że na oczka siatki, otaczającej cewki, składa się szereg gałązek o nierównej średnicy przekrojów.

Jeśli jednak nastrzyknięty układ chłonny nerki jest znacznie obfitszy w miejscach zmian zapalnych ostrych, to, z drugiej strony, fragmenty siatki stają się coraz bardziej nikle w miarę zbliżania się ku częściom, objętym martwicą. Przyznać należy wszakże, że wcale nie zostały nastrzyknięte tylko te części, w których sprawa zapalna zbyt daleko jest już posunięta, miąższ nerki bowiem wskutek rozległych zmian nekrotycznych i obecności dość dużych ognisk ropnych tak znacznemu uległ zniszczeniu, iż niepodobna zupełnie wyróżnić jego budowy, i przedstawia zmiany nieodwracalne. W preparatach, w których zmiany tego rodzaju posiadają wyraźny charakter ogniskowy, nastrzyknięta siatka chłonna wydaje się jakgdyby poprzerywana, urywa się w tych miejscach nagle; przyjąć więc można, iż wraz z miąższem również i jego drogi chłonne uległy zniszczeniu, skoro nie udaje się ich nastrzyknąć. W częściach wszakże miąższu wykazujących wybitne zmiany wsteczne, a nawet częściową nekrozę, w miejscach w których pod imersją rysunek nerki jest zupełnie zatarty, i widoczne są zaledwie mgliste obrysy poszczególnych cewek, zarówno na ich powierzchni, jak i w szerokich przestrzeniach międzycewkowych, spotkać można nastrzykaną sieć chłonną bardzo gęstą i znacznie grubszą od spotykanej w preparatach, pochodzących zarówno z nerki zdrowej, jak i wykazującej przewlekłe zmiany zapalne. Składa się na nią więcej wyraźnie szerszych gałązek, posiada też niewątpliwie liczniejsze oczka. Nastrzykanie kłębków, wyraźnie powiększonych, wypełniających ściśle torebkę i wykazujących zwiększoną liczbę jąder, jest nieporównanie obfitsze, niż w warunkach normalnych. Sploty te miejscami są tak gęste, iż niepodobna wyróżnić żadnych szczegółów nastrzykania. Również w warstwie rdzennej nerki, zarówno pośród bezpostaciowej międzycewkowej masy drobnoziarnistej, jak i na nekrotycznych cewkach, widoczne są nastrzykane fragmenty siatki chłonnej, przynajmniej 2 lub 3-krotnie szersze od splotów chłonnych, spotykanych w nerce zdrowej. W stosunku więc do rozmiarów nastrzykniętej siatki chłonnej, spotykanej w preparatach, pochodzących z nerki, nie wykazującej żadnych zmian patologicznych, siatka, znajdująca w ostrych toczących się w nerkach sprawach zapalnych, oplatająca poszczególne elementy miąższu, jest znacznie, przynajmniej 2 lub 3-krotnie gęstsza i grubsza. Grubsza jest większość poszczególnych gałązek, wchodzących w skład siatki i wielokształtne rozszerzenia zatokowate; liczniejsze i obfitsze są poszczególne sploty, a cała sieć jest znacznie gęstsza i z drobniejszych złożona oczek.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z III oddz. wewn. Szpit. na Czystem w Warszawie.
(Ord.: Dr. B. J o c h w e d s).

Odczyn Biernackiego w durze brzuszny.

Podał

Aleksander SZTEJNBERG (Warszawa).

W 1923 r. E m b d e n zaobserwował, że odczyn B i e r n a c k i e g o nie przyspiesza się w tym stopniu w durze brzuszny, co w innych ostrych cierpieniach zakaźnych. Od tego czasu datuje się zainteresowanie się tym przedmiotem w literaturze obcej oraz chęć wykorzystania omawianego zjawiska dla wczesnego rozpoznawa-

nia duru. Z autorów polskich wspomina o odczynie B i e r n a c k i e g o (O. B.) w durze brzuszny jedynie L. B o c z k o (5).

Obserwacje nasze dotyczą 93 chorych (49 mężczyzn i 44 kobiet), u których dur brzuszny stwierdzony był badaniem klinicznym, bakteriologicznym i serologicznym.

Badania nasze dotyczą chorych w okresie gorączkowym — od 2 do 10 tygodnia choroby. Obserwacji w rekonwalescencji nie poczyniliśmy. Pominęliśmy też przypadki, w których wystąpiły powikłania, mogące

wpłynąć na przyspieszenie opadania krwinek — były to przeważnie ropienia i zapalenia płuc.

Materiału z pierwszego tygodnia choroby nie posiadamy, gdyż chorzy w tym okresie rzadko tylko zgłaszają się do szpitala.

Szybkość sedymentacji badaliśmy metodą *Li n s e n m e i e r a*.

Liczy powyżej 120 u mężczyzn, a powyżej 70 u kobiet przyjęliśmy, zresztą dosyć dowolnie, jako nieznaczne przyspieszenie opadania; liczby od 70 do 120 u mężczyzn, a 50 — 70 u kobiet, jako przyspieszenie miernego stopnia, liczby zaś niższe, jako przyspieszenie znacznego stopnia.

Przeciętna szybkość opadania krwinek zwiększa się stopniowo do 4 — 5 tyg. duru, pozostając już później na jednym poziomie.

Jak wynika z załączonej tablicy, w 2-im tyg. choroby u 41,6% mężczyzn i 47,6% kobiet opadanie przyspieszone jest nieznacznie, u 41,6% mężczyzn i 23,8% kobiet — przyspieszenie jest miernego stopnia, u reszty zaś O. B. jest znacznie przyspieszony. W 3-im tyg. duru tylko nieznaczne przyspieszenie O. B. stwierdza się już jedynie u 17% mężczyzn i 38% kobiet, zaś w dalszych tygodniach choroby zaledwie u 10% mężczyzn i 3% kobiet.

O małym przyspieszeniu O. B. mówić więc można tylko w 2-im, a najdalej w 3-cim tyg. choroby. Później O. B. daje te same wyniki, jak w innych chorobach gorączkowych.

Stoi to w zgodzie z danymi z literatury — *C u r s c h m a n n* (1), *G r u n c k e* (2), *G r o d n i t z k y* (10), *G e r e c k e* (6), *S t o l t e n b e r g* (7), *W e i s s* (8), *S c h u l t e n* (9).

Odczyn *B i e r n a c k i e g o* daje ważne wskazówki rozpoznawcze w tym większym procencie, im wcześniej był wykonany.

Obserwowaliśmy kilka przypadków, w których objawy kliniczne nie przemawiały dość wyraźnie za drem brzuszny, odczyny laboratoryjne wypadły ujemnie i jedynie bardzo małe przyspieszenie O. B. przemawiało za drem. Późniejszy rozwój choroby, jakoteż następne wyniki badań laboratoryjnych we wszystkich tych przypadkach potwierdziły rozpoznanie pierwotne.

G r u n c k e (2) podaje, że w 2-ch przypadkach na podstawie znacznego przyspieszenia sedymentacji wyłączył dur brzuszny. Z takim postawieniem sprawy nie możemy się zgodzić, gdyż O. B., jak i wiele innych odczynów biologicznych (odcz. *W a s s e r m a n n a*, *W i d a l a i t. d.*), ma tę właściwość, że wynik dodatni (w danym przypadku nieznaczne przyspieszenie opadania krwinek) jest bardziej miarodajny, ujemny zaś — znaczne przyspieszenie opadania (jak i ujemny odczyn *W i d a l a c z y W a s s e r m a n n a*), nie wyłącza duru brzuszego.

Z ostrych chorób zakaźnych, które uwzględnić należy przy różniczkowaniu duru brzuszego, jedynie w chorobie *B a n g a* O. B. zachowuje się podobnie (*C u r s c h m a n n*); w grypie, zapaleniu opon naczyniowym i gruźlicy oraz w gruźlicy prosówkowej już w bardzo wczesnych okresach O. B. jest przeważnie znacznie przyspieszony (*G r u n c k e* - 2).

Ciekawie przedstawia się O. B. w nawrotach duru. W dostępnej mi literaturze nie znalazłem żadnej wzmianki na ten temat. O ile wolno wnioskować z naszych nielicznych obserwacji (5 przypadków), w nawrocie następuje zwolnienie odczynu *B i e r n a c k i e g o* w porównaniu z wynikami, otrzymanymi przed nawrotem.

Ustalenie na szerszym materiale powyższego faktu może mieć duże znaczenie rozpoznawcze dla odróżniania nawrotów durowych od powikłań gorączkowych, które z reguły przyspieszają O. B.

Nieznaczne tylko przyspieszenie opadania krwinek w 1-ym okresie duru zależy najprawdopodobniej od: 1) stwierdzonej przez *M a i n i z e r a* niskiej zawartości fibrynogenu we krwi w tym okresie (*C u r s c h m a n n* - 1), 2) od stwierdzonej przez *H a y e m a* i *A y n o d a* w durze brzuszny, w przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych, hipoglobulinemii (cyt. w d. *P. E. W e i l i L e v y* - 3).

Wnioski:

We wczesnym okresie duru brzuszego w przeważającej liczbie przypadków jest O. B. w przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych — nieznacznie tylko przyspieszony.

Dla celów rozpoznawczych należy w każdym przypadku podejrzanym o dur wykonać O. B. w jaknajwcześniejszym okresie choroby.

Stwierdzenie nieznacznego tylko przyspieszenia O. B. przemawia raczej za drem. Przyspieszenie opadania nawet znacznego stopnia nie wyłącza duru z całkowitą pewnością.

W nawrotach duru brzuszego ulega O. B. zwolnieniu, w przeciwieństwie do komplikacji durowych, które przyspieszają O. B.

Tablica

Szybkość opadania krwinek w zależności od tygodnia choroby.

Mężczyźni	Tydz. choroby			Kobiety	Tydz. choroby		
	2	3	4-8		2	3	4-8
Powyżej 120'	41,6%	16,7%	10,8%	Powyżej 70'	47,6%	38,5%	3,1%
70,—120'	41,6%	39%	29,7%	50'—70'	23,8%	23%	18,7%
Poniżej 70'	17,4%	44,3%	59,5%	Poniżej 50'	28,6%	38,5%	78,3%

PISMIENNICTWO.

1. Curschmann. Münch. med. Woch. 1933.—2. Gruncke. Med. Klin. 1932. — 3. Emile-Weil i Levy. Presse Med. 1927. — 4. Matthes. Podr. Diagnostyki Różniczkowej. W-wa 1930. — 5. L. Boczek. Pedj. Pol. 1930. — 6. Gerecke. Klin. Woch. 1926. — 7. Stoltenberg. Klin. Woch. 1928. — 8. Weiss H. Dtsch. Arch. klin. Med. T. 165. 1929. — 9. Schulten. Med. Klin. 1931. — 10. Grodnitzky. Mond. Med. 1932.

Z oddziału neurologicznego w Szpitalu na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Doc. Dr. Władysław Sterling).

Niezwykły odruch wargowy o ubikwitarnej strefie odruchorodnej.

Podali

Władysław STERLING i Iza KIPMANOWA (Warszawa).

Przypadek dotyczy chorej 56-letniej, u której po dwóch napadach gwałtownego zawrotu głowy bez utraty przytomności wystąpiło nagle całkowite porażenie lewej kończyny dolnej.

Badanie obiektywne poza objawami miażdżycy naczyń obwodowych i nieznacznym rozszerzeniem granic serca w kierunku na lewo nie stwierdza zmian w narządach wewnętrznych. Zrenice niezupełnie okrągłe (prawa nieco szersza), oddziałują na światło dobrze. Dno oczu bez zmian. Lewa szpara oczna nieco szersza od prawej. Bardzo nieznaczne

osłabienie lewej kończyny górnej *en masse*. Absolutne porażenie lewej kończyny dolnej we wszystkich odcinkach. Objawy Heilbronnera i Babińskiego lewostronnie. Wzmoczenie lewostronne odruchów ścięgowych wyłącznie na kończynie dolnej. Osłabienie lewego odruchu brzuszno-żuchwowego. Czuć wszystkich rodzajów łącznie z percepcją kinestetyczną i gnostyczną zachowane. Płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty. Brak pleocytozy. Mowa bez zmian. Odczyn Wassermana w krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Zawartość mocznika we krwi — 0,36‰. Pod względem psychicznym naogół dobrze zorientowana, od czasu do czasu urojenia hipochondryczne, niekiedy zaneczyszcza się.

Na szczególną uwagę zasługuje, że u pacjentki przy drażnieniu dłoniowej powierzchni obu dłoni otrzymuje się obok patologicznie wzmoczonego odruchu Marinescoradovicięgo — niezwykle zjawiska odruchowe w górnej wardze, które dotąd nie były spostrzegane. Mianowicie, prócz skurczu masy mięśniowej podbródka, który występował po stronie prawej wybitniej, aniżeli po lewej, zjawiał się zawsze dodatkowo skurcz ogarniający również górną wargę. Przy dokładniejszym badaniu okazało się, że efekt ten nie był związany specjalnie z podrażnieniem strefy odruchorodnej objawu Marinescoradovicięgo, ale dawał się otrzymać z najrozmaitszych okolic skóry. Przy najłżejszym ukluciu lub przeprowadzeniu końcem rękojeści młotka perkusyjnego po skórze twarzy, klatki piersiowej, całego tułowia, kończyn górnych, a nawet dolnych zjawiał się natychmiast skurcz odruchowy pomarszczonej już uprzednio w głębokie pionowe brzozy wargi górnej, wysuwający ją w kształcie ryjka ku przodowi i unoszący ją nieznacznie ku górze. Czas utajony reakcji odruchowej był zawsze bardzo krótki, charakter skurczu wyraźnie toniczny, tempo ruchu szybkie, amplituda dość znaczna, efekt ruchowy obcy zupełnie jakiegokolwiek ekspresji mimicznej. Owa reakcja odruchowa była stała i niezmienna zarówno w okresie zupełnego porażenia lewej kończyny dolnej, jak i podczas długiego okresu obserwacji szpitalnej, podczas którego nastąpiła pewna restytucja ruchów lewej kończyny dolnej. Dodać należy, że nigdy nie wywoływały jej bodźce natury termicznej.

Interpretacja opisanego zjawiska odruchowego, które dotąd nie było opisywane i które ze względu na ubikwitaryzm jego strefy odruchorodnej należy niewątpliwie do rzadkości klinicznych, nastrocza pewne trudności. Za niewątpliwie odruchowym charakterem objawu tego przemawia fakt, że daje się on wywołać za pomocą bodźców niebolesnych, oraz niemożność dowolnego wywołania takiego ruchu, który jest poniekąd w zakresie innej inervacji nerwu twarzowego reakcją odruchową paracjalną, dotyczącą tylko pewnego odcinka unerwianej przez nerw twarzowy masy mięśniowej, zazwyczaj odpowiadającej na podniecie odruchorodną w sposób globalny. Tego rodzaju parcialną reakcję odruchową opisał jeden z nas przed kilku laty w postaci t. zw. rozszerzonego objawu Chwostka w przebiegu tężyczki hiperwentylacyjnej.

Na szczególne podkreślenie zasługuje tu niezwykła rozległość strefy odruchorodnej opisanego tu odruchu, która odpowiada dosłownie całkowitej powierzchni skóry. Badania filo-i ontogenetyczne wskazują, że wygórowana rozległość strefy odruchorodnej dla wszelkich wogóle odruchów właściwa jest w warunkach fizjologicznych okresowi życia płodowego i niemowlęcego. O ile chodzi o osobników dorosłych, to stwierdza się niekiedy znaczne rozszerzenie strefy odruchorodnej w obrębie odruchów ścięgowych dla odruchu kolanowego, w obrębie odruchów skórnych — dla

odruchu nosidłowego — niekiedy u osobników zupełnie normalnych — jednakowoż nigdy w tak obszernym zakresie. Co się zaś tyczy odruchów patologicznych, to jednemu z nas udało się niedawno wykazać, że strefa odruchorodna dla objawu Babińskiego sięgać może niekiedy bardzo daleko poza terytorium podszewkowej powierzchni stopy. Poza to istnieje w piśmiennictwie niezmiennie ciekawa i bodaj jedyna w tym kierunku obserwacja Guillaína i Dubois, dotycząca przypadku dziecięcego połowicznego porażenia mózgowego, w którym objaw Babińskiego udawało się wywołać z całkowitej powierzchni skóry strony porażonej i w mniejszym stopniu z całkowitej powierzchni skóry strony nieporażonej.

Wydaje nam się ważnym również zestawienie opisanego tutaj objawu z odruchem dłoniowo-podbródkowym Marinescoradovicięgo, z którym wykazuje on pewne powinowactwo kliniczne. Przedewszystkiem dla tego, że przy wzmoczeniu odruchu tego według doświadczenia naszego efekty odruchowe ogarniać mogą niekiedy również wargę dolną i górną, powtóre zaś dla tego, że strefa odruchorodna objawu tego, jak wogóle i wszystkich objawów podbródkowych, sięgać może daleko poza terytorium, związane z terminologią owego odruchu. Przypomnimy tu, że Marinescoradovicię już w samym opisie pierwotnym odruchu swego zwracają uwagę, że daje się on wywołać z rozmaitych miejsc ciała, a nawet z błony śluzowej odbytnicy, że więc zasadniczo dysponuje on strefą odruchorodną również w pewnym znaczeniu ubikwitarym.

Oba te zjawiska odruchowe łączy prócz tego jeszcze jedna analogia kliniczna, która, zdaniem naszym, zasługuje na specjalne podkreślenie. Jest to stan pewnego stałego lub przemijającego napięcia masy mięśniowej podbródka, tu wargi górnej, który przy pewnej wprawie daje się wykryć już przy oględzinach i który w sposób przemijający dokumentuje się niekiedy w postaci wytwarzania się drobniutkich zagłębień na podbródku lub brzozy pionowych na wardze górnej. Stan ten, pozwalający w wielu przypadkach jeszcze przed badaniem przewidzieć obecność omawianych tu zjawisk odruchowych, można by przez analogję z zjawiskiem t. zw. pogotowia drgawkowego w padaczkę — określić nazwą pogotowia skurczowego.

Zastanawiać się nad znaczeniem praktycznym opisanego tu odruchu, który należy niewątpliwie do rzadkości klinicznych, byłoby jeszcze sprawą czysto akademicką. Jest on, zarówno jak wzmoczenie odruchu Marinescoradovicięgo, związany wyraźnie z porażeniem typu ponadjądrowego. Trudno jest również precyzować dokładniej przebieg łuku odruchowego zjawiska, którego strefa odruchorodna jest tak rozległa. Przypuścić tylko można, że podrażnienie czuciowych nerwów skórnych przenosi się centropetalnie do rdzenia — i tam drogą rezonansu lub izochronji przechodzi na neurony, tworzące pęczek główny słupów bocznych, a następnie dzięki licznym kollateralom dochodzi do homolateralnego jądra nerwu twarzowego.

Jest to więc odruch nie bezpośredni, lecz pośredni, w którego powstawaniu bierze udział neuron włączony lub neuron pośredkowy drugiego porządku, dzięki któremu zostają podrażnione komórki korzonkowe mięśnia wargi górnej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

C wczesnym rozpoznaniu krztuśca u dzieci.

Podala
Natalja PIANKO (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 41).

Przedewszystkiem zasługuje na uwagę metoda bakteriologiczna, która umożliwia rozpoznanie koklusu w okresie nieżytowym oraz pomaga nam w wykrywaniu nietypowych przypadków. Jest to metoda nakasływania płytek, opisana po raz pierwszy w 1917 roku przez Meyera i Chęwiza. Jako pożywka służy podana przez Bordet i Gengou surowica końska, zmieszana do połowy z kartoflem, agarem i gliceryną. Ważne jest, aby dziecko porządnie nakasłało na płytkę, umieszczoną w odległości 12—15 cm od ust. Trudno otrzymać u niemowląt wystarczającą ilość zakaźnego materiału na płytce. Culotta, Charles i Harvey mieli na 11 niemowląt tylko w 2 przypadkach dodatnie wyniki. Im wcześniejszy jest okres badania, tem częściej wyrasta prątek Bordet-Gengou. W okresie nieżytowym, w którym zaraźliwość krztuśca jest największa, a badanie kliniczne zazwyczaj zawodzi, — metoda ta daje znaczny odsetek wyników dodatnich, które, według tych autorów, stanowią: w pierwszym tygodniu choroby — 82%, w drugim tygodniu 56%, w trzecim (okres napadowego kaszlu) 19%.

Próba doskórna Gundela należy do wczesnych metod rozpoznania koklusu. Według autora powstaje po 12—18 godzinach po doskórnej zastrzyknięciu zawiesiny laseczników Bordet-Gengou okrągły, nieco wzniesiony nad powierzchnię naciek koloru niebieskiego, który po 24—48 godzinach ulega martwicy. Przy doskórnej zaś wprowadzeniu laseczników grypy jawia się po 1—4 godzinach naciek, który nie przechodzi w martwicę, lecz stopniowo zmniejsza się i znika. Metoda Gundela została sprawdzona i potwierdzona przez szereg autorów.

Z prób serologicznych praktyczne znaczenie ma tylko odczyn wiązania dopełniacza, t. zw. reakcja Bordet-Gengou. Autorzy ci stwierdzili, iż zawiesina drobnoustrojowa krztuśca, zmieszana ze surowicą chorych na koklusz, względnie ozdrowieńców, wywołuje swoisty odczyn dopełniacza. Odczyn zlepnego występuje późno i w małym rozcieńczeniu. Własności zlepiające surowicy chorych krztuścowych nie występują stale i dlatego nie mają praktycznego znaczenia.

W pierwszym tygodniu okresu nieżytowego brak zazwyczaj odczynu Bordet-Gengou, występuje on dopiero w drugim tygodniu i osiąga *maximum* pomiędzy piątym a siódmym tygodniem choroby. Wynik ujemny spotykamy jedynie w przypadkach koklusu, powikłanych innem schorzeniem (np. gruźlica). Przypadki z wynikiem ujemnym (Gundel, Keller, Klopstock) dotyczyły przeważnie małych dzieci poniżej sześciu miesięcy, a zatem pozostawały w związku ze słabym rozwojem przeciwciał, odpowiadającym „serologicznej dojrzałości”. Pastore i Guagenti podają również ujemne wyniki odczynu Bordet-Gengou u niemowląt wskutek małej ilości antyciał. Kołczanowa i Zelikina przeprowadziły badania nad swoistością reakcji Bordet-Gengou

i na 1500 przypadków krztuśca miały 1000 wyników dodatnich. Za pomocą tej reakcji autorki rozpoznały nawet cały szereg przypadków nietypowego, ukrytego koklusu. Te atypowe postacie krztuśca występują często podczas epidemii, a więc reakcja wiązania dopełniacza posiada wybitne znaczenie w epidemiologii i profilaktyce koklusu.

Fröhlich w roku 1897 i Meunier w 1898 stwierdzili, że w przebiegu krztuśca zachodzą typowe zmiany we krwi w postaci zwiększenia się liczby krwinek białych z przewagą limfocytów. Leukocytoza występuje u chorych już w okresie nieżytowym, ale największą liczbę białych ciałek stwierdza się dopiero w okresie kaszlu napadowego. Crombie podaje dla okresu pierwszego przeciętnie 20.000 leukocytów, dla drugiego do 68.000. Inni, jak Frank, podają 132.000, a Mitschell nawet 233.000. Nasilenie leukocytozy idzie w parze z nasileniem napadów kaszlu i osiąga swoje *maximum* w trzecim tygodniu okresu napadowego. W okresie zdrowienia leukocytoza zmniejsza się stopniowo, a 8—14 dni po ustąpieniu napadów liczba białych ciałek we krwi odpowiada normie. Co się tyczy jakościowego stosunku krwinek białych, to zwiększa się głównie liczba limfocytów małych (70—80%) kosztem obojętnochłonnych. Stosunek obojętnochłonnych do limfocytów może wynosić 1:3 lub nawet 1:4.

W pierwszych tygodniach krztuśca występuje często zwiększenie liczby krwinek eozynochłonnych, zaś w końcu choroby powiększa się liczba krwinek dużych jednojądrzastych. Leukocytoza w krztuścu ma znaczenie rozpoznawcze, gdyż występuje już w okresie, w którym brak jeszcze napadów typowych.

Niema dotychczas zgody co do wytłumaczenia limfocytozy. Jedni, jak Hess, uważają, że przyczyną jest natury mechanicznej, a więc ta sama, która wywołuje limfocytozę podczas krzyku u małych dzieci oraz leukocytozę w tężcu i padaczce. Podczas napadu kaszlu dzięki wzmożonemu działaniu mięśni oddechowych oraz tłoczni brzusznej, limfocyty zostają wyciśnięte ze śledziony i z przewodu piersiowego do obiegu krwi. Przerwy zaś pomiędzy napadami kaszlu są zbyt krótkie, aby liczba limfocytów mogła powrócić do normy. Za słusznością poglądu Hessa przemawiają spostrzeżenia Reichego, który znajdował najwyższą liczbę leukocytozy w przypadkach, powikłanych drgawkami. Naogół jednak więcej danych przemawia za toksycznym pochodzenia leukocytozy. Fucuschima przypuszcza, że limfocytoza w kokluszu jest uzasadniona dużą zawartością tłuszczu i lipidów w pałeczkach Bordet-Gengou. Jeśli królikowi wprowadzić doustnie zawiesinę bakterij Bordet-Gengou — otrzymamy limfocytozę we krwi.

Badanie krwi umożliwia rozpoznanie recydywy. Jeśli wyjść z założenia, że wystąpienie limfocytozy jest w związku z obecnością pałeczek Bordet-Gengou w ustroju, — pseudorecydywa, występująca w późniejszych okresach choroby, nie powinna dawać limfocytozy wobec braku laseczników.

Metoda wczesnego rozpoznania krztuśca, podana przez Fanton-Edoardo, polega również na zmianach we krwi. Pół godziny po zastrzyknięciu szczepionki kokluszowej następuje u dziecka kokluszowego

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

Jacob FEIGENBAUM i David HOWAT. **Konstytucja fizyczna i choroba. II. Brak korelacji między konstytucją anatomiczną a skłonnością do cukrzycy, zapalenia woreczka żółciowego i wrzodu trawiennego.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 3).

W dokładnych badaniach antropometrycznych, przeprowadzonych na 92 chorych na cukrzycę, zapalenie woreczka żółciowego i wrzód trawienny, autorzy ci nie stwierdzili żadnych wybitniejszych różnic anatomicznych między osobnikami tych 3 grup. Z tego wyciągają oni wniosek ogólny, że w ogóle nie ma współzależności między skłonnością do chorób, a budową cielesną. Wniosek odmienny od tego, który wyciągnął Draper z podobnych badań, których wyniki liczbowe są dość podobne do wyników Feigenbauma i Howata. Tłumaczy to autorzy odmiennym opracowaniem statystycznym i powołują się na również ujemne wyniki Millarda — Smitha w atroficznym zapaleniu stawów, Hessa i Blackberga w krzywicy, Matthew Younga w goście i dyshawicy oskrzelowej dziecięcej. Czynniki konstytucjonalnych, ważnych dla powstania chorób, trzeba, zdaniem F. i H. szukać na innych, niż antropometryczna, drogach.

H. Makower.

MERKLEN, L. ISRAEL, Fr. FROELICH. **Wydzielanie śluzówki żołądka po gastrektomji.** (La Presse Médicale Nr. 14—1935).

Liczne badania doświadczalne wykazały, że w żołądku istnieją dwa obszary wydzielnicze; okolica dna wytwarza kwaśną treść, część przyodźwiernikowa — alkaliczną; przyczem okolica odźwiernika jest jakby motorem dna żołądka, wydzielając bowiem nieznaną substancję, pobudzającą czynność wydzielniczą gruczołów dna. Autorzy stosowali wyciąg śluzówki okolicy „antrum pyloricum“ w szeregu przypadków hipochlorhydrii; po kilkunastu dniach stwierdzili normo-, a nawet hiperchlorhydrię. Należy podkreślić, że nawet szeroko zakrojona gastrektomia nie usuwa całkowicie żołądka, jak to ma miejsce w doświadczeniach na psach; zdaniem Leriche'a gastrektomia polega na wycięciu całkowitem okolicy antrum i częściowym usunięciu dna żołądka. Autorzy przeprowadzili badania kwasoty żołądkowej u 10 chorych po gastrektomji; okazało się, że we wszystkich przypadkach stwierdzono zupełny brak wolnego kwasu solnego. W 2 przypadkach zabieg operacyjny polegał jedynie na wycięciu odźwiernika; w obu — po zabiegu stwierdzili b. duże ilości wolnego kwasu solnego. Badania autorów potwierdzają wyniki, osiągnięte w doświadczeniach na zwierzętach. Wyniki te przemawiają niezbitnie za tem, że okolica antrum wpływa na wydzielanie kwasu solnego przez gruczoły dna; gastrektomia winna być stosowana we wszystkich przypadkach choroby wrzodowej, nadających się do zabiegu operacyjnego, usuwa bowiem czynnik, pobudzający dno żołądka do wydzielania nadmiernej ilości kwasu solnego.

Jakób Penson.

Bakterjologia i Serologia.

G. VARELA, M. A. PARADA-GAY, M. AGUAYO. **Doświadczenia z surowicą przeciwko tyfusowi plamistemu.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 117, 1934).

Jako antygen używali autorzy zawiesiny Rickettsi Pro wazeki, pochodzącej od szczurów, naświetlanych promieniami Roentgena, albo też od szczurów, którym zastrzyknięto krew i zarazek tyfusu. Używano również zawiesiny Rickettsi, zawierającej 1.000 milionów zarazków w 1 cm³. Zawiesinę zastrzykano koniowi z przerwą tygodniową w

dawkach wzrastających, poczynając od 5 cm³. Surowica konia uodpornionego po pierwszych zastrzyknięciach aglutynowała szczep X19 O—1/40, po dalszych zaś 1/80 i 1/160. Surowicę tę stężano i wprowadzano dootrzewnowo świnkom, zakażonym zarazkiem tyf. plam. różnego pochodzenia, lecz bez dobrych wyników. U człowieka surowica, wprowadzona dożylnie w ilości 10 cm³, obniżała temperaturę i skracala okres chorobowy.

J. Seydel.

A. A. KRONTOWSKY, M. C. JAZIMIRSKA-KRONTOWSKA, H. P. SAWITKA, P. L. SOLITERMAN. **Zastosowanie hodowli tkanek przy badaniu tyfusu plamistego.** (Annales Pasteur T. 53, r. 1934).

Autorzy używają w tak minimalnej ilości plazmy świnki zakażonej, aby hodowla tkanki zawierała ilość zarazka poniżej dawki zakażnej. Tkanki zwierzęcia zdrowego, przenieszone na to podłoże, zakażają się *in vitro*. Tkanki takie, po 5—7 dniach zastrzyknięte świnkom, mogą wywołać u nich typowe objawy tyfusu plamistego. A więc czynnik chorobotwórczy rozmnaża się, gdyż ilość zarazka dodana do pierwszej hodowli była poniżej dawki zakażnej. Życie i rozwój zarazka *in vitro* są możliwe jedynie przy użyciu tkanek żywych.

Julja Seydel.

RAMON, NELIS. **Obecność normalnych antytoksyn błoniczych wśród tuziemców Afryki zachodniej.** (C. R. de la Soc. de Biol. t. 117, r. 1934).

Murzyni Afryki zachodniej, zarówno dorośli jak i dzieci posiadają naturalną odporność przeciwko błonicy, wyrazem tej odporności jest obecność antytoksyn we krwi. Pośród dorosłych 95% posiada w surowicy powyżej 1/30 jednostki antytoksycznej. Pośród dzieci odporność ta jest częstsza i przewyższa odporność, spotykaną wśród dzieci w Europie, gdyż u 8 na 10 dzieci poniżej 10 lat, miano antytoksyczne dochodzi lub nawet przewyższa 1/30 jednostki antytoksycznej w 1 cm³.

J. Seydel.

W. GAWRILOW. **Badania nad zjadliwością pr. gruźlicy ludzkiej.** (C. R. Soc. de Biol. T. 117, r. 1934).

Autor bada porównawczo względną zjadliwość pr. Kocha wyosobnionych z różnych ognisk jednego i tego samego chorego. Posiewy z otrzymanych zarazków zastrzykiwane były w różnych rozcieńczeniach podskórnie świnkom morskim. Autor zauważył że świnki zakażone hodowlą pr. wyosobnionych ze krwi, żyły dłużej niż te, które były zakażone hodowlą, pochodzącą z płwociny tego samego chorego. Natomiast hodowle z płynu mózgowo-rdzeniowego, jak również i z płynu opłucnowego zabijały zwierzęta w tym samym czasie, co i hodowle z płwociny.

Julja Seydel.

Choroby serca i naczyń.

L. GIROUX i H. DAUSSET. **Leczenie duszniczy bolesnej krótkimi falami.** (Monde méd. Nr. 840/1934).

Autorzy próbowali napromieniować krótkimi falami w siedmiu przypadkach duszniczy bolesnej, które okazały się opornymi na wszelkie inne metody leczenia. Chorzy otrzymywali 6 do 12 seansów krótkich fal o sile 300 do 400 woltów. Żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych nie spostrzegano. We wszystkich przypadkach bóle dławiowe ustąpiły. Działanie krótkich fal było nader szybkie i, jeżeli chodzi o 4 przypadki, spostrzegane od kilku miesięcy, trwałe. O ile chodzi o pozostałe przypadki, obserwacja ich jest zbyt krótkotrwała, aby można było przewidywać przyszłość. Ze względu jednak na analogię z pozostałymi przypadkami i poprawę, osiągniętą podczas pierwszych seansów, można się spodziewać równie pomyślnych wyników.

H. L.

F. KISCH. **O niedomodze w nadciśnieniu, przebiegającej pod obrazem nadczynności tarczycy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 43/1934).

Istnieją przypadki niedomogi w przebiegu nadciśnienia, które wykazują nie tylko wzmożenie podstawowej przemiany materii, lecz również zewnętrzny obraz nadczynności gruczołu tarczowego, jak: spadek wagi, pocenie się, niepokój, pobudliwość, drżenie, tachykardję silnego stopnia, osłabienie i t. d. Podczas gdy zwiększone zużycie tlenu, zgodnie z dawnymi badaniami, tłumaczy się prosto istniejącym skutkiem niedostatecznej kapilaryzacji zmniejszeniem się resyntezy kwasu mlekowego w glikogen i jego wzmożonym spalaniem się na CO_2 i H_2O , inne wyżej podane objawy dają ogólny obraz taki, jaki spotyka się pozatem tylko w nadczynności tarczycy. Podczas gdy jednak zawartość jodu we krwi waha się w chorobie Basedowa od 15–90 γ %, wobec normalnej zawartości 7–12 γ %, wynosiła ona w 7 przypadkach niedomogi w przebiegu nadciśnienia, spostrzeganych przez autora, zawsze poniżej 10 γ %. Również odczyn Reid-Hunta, obrona, jaką zapewnia tyreoidyna myszom przed zatruciem acetonitrylem, próba, którą można również przeprowadzać z krwią ludzką dla badania na hormony tarczycowe, wypadła u chorych autora ujemnie. Wobec tego Kisch dochodzi do wniosku, że zjawiające się w pewnych przypadkach niedomogi w przebiegu nadciśnienia cechy nadczynności tarczycy nie zależą od zwiększenia się zawartości hormonów tarczycowych, lecz od niedomogi krążenia. A. Neumann (Baden-Wien).

P. VÉRAN. **Leczenie dusznicy bolesnej kwasami aminowymi.** (Paris Médical, 31 marca 1934).

W celu zbadania skuteczności kwasów aminowych w leczeniu dusznicy bolesnej autor wyłączył wszystkie przypadki d. b., wywołanej znaczną niedomogą lewej komory, uleczalnej wstrzykiwaniami ouabainy. Obserwacje dotyczą dziesięciu chorych, u których dusznica bolesna występowała pod wpływem wysiłku lub w pozycji leżącej, dochodząc niekiedy do stanu t. zw. trwałego „mal angineux”. Sprawa ta spostrzegana bywa u osobników w wieku lat pięćdziesięciu z nieznacznie objawami miażdżycy, niekiedy ze zmianami tętnicy głównej, bez objawów niewydolności mięśnia sercowego. Autor używał roztworu, składającego się z 4% histydyny i 2% tryptofanu; roztwór ten podawał w zastrzykach domięśniowo lub podskórnie (zewnętrzna część uda); dawka dzienna wynosi 5 cm³ powyższego roztworu — w ciągu 8, 10 lub 15 dni. W wielu przypadkach wyniki były niezwykle, zwłaszcza jeśli chodzi o objaw bólu: w przypadkach, w których trinitrina w dużych dawkach, papaweryna, morfina z atropiną, wyciągi trzustkowe, pozbawione insuliny, nie wywierały najmniejszego wpływu, kwasy aminowe po kilku godzinach wzgl. po kilku dniach stosowania usuwały całkowicie ból. Niekiedy po przerwie 10–15-dniowej ból pojawiał się ponownie, lecz ustępowały znowu szybko po zastosowaniu wstrzykiwań roztworu kwasów aminowych. W jednym tylko przypadku chory nie doznał najmniejszej ulgi. Jeśli chodzi o parcie tętnicze krwi, to omawiana metoda lecznicza obniża, co prawda, ciśnienie skurczowe o 1–2 cm. rtęci, lecz pozostaje bez wpływu na ciśnienie minimalne. Spadek ciśnienia maksymalnego jest zresztą krótkotrwały i ustępuje po zakończeniu kuracji. W jednym przypadku autor stwierdził zwolnienie akcji serca i znaczną diurezę — objawy, spostrzegane w toku uprzedniego leczenia digitaliną. Mechanizm działania kwasów aminowych jest dotychczas niewyjaśniony. Autor podkreśla ich sympatotropizm, który tłumaczyłby wpływ dodatni w przypadkach bólów żołądkowo-dwunastniczych, dusznicy bolesnej i w dychawicy.

H. Szpidaum.

W. G. HARRISON, J. A. CALHOUN i T. R. HARRISON. **Przekrwienna niedomoga serca. Typy kliniczne duszności nocnej.** (Arch. Int. Med. 1934, 53, Nr. 4).

Autorzy zamiast powszechnego u nas terminu *asthma cardiale* używają nazwy *dyspnoea nocturna*, którą określają tylko te rodzaje utrudnionego oddychania sercowo-chorych, które specjalnie często i w ciężkiej postaci zjawiają się w nocy. Zbadano dokładnie 30 chorych z dusznością nocną. Głównymi przyczynami, wywołującymi ją, były nadciśnienie tętnicze, miażdżycza tętnic i niedomykalność ujścia tętniczego lewego na tle kilowem. Wśród nich było tylko 2 chorych z gośćcowym schorzeniem serca. Duszność nocna zjawia się prawie wyłącznie u chorych z zaburzeniami, które powodują wzmożoną pracę i zmęczenie lewej komory. Kila tętnicy głównej, niepowikłana przez niedomykalność, niedrożność tętnic wieńcowych lub tętniaka, nie wywołuje duszności nocnej. U wszystkich chorych stwierdzono powiększenie serca i zmniejszoną pojemność życiową płuc. U 8 chorych stwierdzono rytm cwałowy, u 4 migotanie przedsionków, u 20 nadskurcze. W znacznej liczbie przypadków jako czynniki uspasabiające do napadów występowały: położenie ciała, kaszel, zmęczenie w ciągu poprzedzającego atak dnia, bębniacz; mniej częstymi czynnikami były obfite kolacje, zaparcie stołka, głód, nieprzyjemne sny, gorąco, oddawanie moczu. Analiza historii chorób pozwoliła na wyodrębnienie kilku typów duszności nocnej. Typ nieparoksyzmalny, który autorzy proponują nazwać dusznością wczesną: rozpoczyna się zwykle w godzinach popołudniowych, wzmagając się stopniowo i osiągając największe nasilenie w późnych godzinach wieczornych. Napady duszności krótkotrwałe w czasie zasypiania stanowią drugą grupę; zwykle powtarzają się kilkakrotnie; jeżeli chorzy zasypiają na dobre, to napady te w nocy się więcej nie zjawiają. Często u chorych tego typu zjawia się oddech Cheyne-Stokesa (u 15-tu z 20-tu chorych tej grupy). U 12 chorych z dusznością przy zasypianiu występowały napady również innych typów. Granice wieku: 43–68 lat, średnio 55. Trzeci typ stanowią chorzy, którzy zasypiają dobrze, ale zbudzeni zostają wśród nocy ze znaczną dusznością; u 6 z 10 takich chorych występował obrzęk płuc, oddechu Cheyne-Stokesa natomiast nie obserwowano. Granice wieku: 23–54 lat, średnio 42. U poszczególnych chorych występowały kombinacje wszystkich trzech lub dwóch typów wyżej opisanych.

H. Makower (Łódź).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

M. SCHUR. **O niedokrewnościach wskutek braku żelaza.** (Wien. Arch. inn. Med. 1934).

Regulacja odbudowy krwi pozostaje w najściślejszym związku z gospodarką żelazną w ustroju. Ta ostatnia zaś zależy od niezaburzonego współdziałania szeregu czynności narządowych, które umożliwiają przyjmowanie żelaza, wchłanianie, magazynowanie, mobilizowanie żelaza z magazynów i zużytkowanie dla nowotworzenia krwi. Zaburzenia w przemianie żelazowej mogą się umiejscawiać w rozmaitych miejscach. Przeważnie bywa konieczne współdziałanie kilku czynników patologicznych, ażeby wywołać w sposób rozstrzygający zaburzenia w regulacji. Powstające wskutek tych zaburzeń niedokrewności należy rozpatrywać z jednolitego punktu widzenia przemiany żelaznej, nazywać je zaś należy niedokrewnościami wskutek braku żelaza. Do tej dużej grupy należą: niedokrewność wskutek niedostatecznego dowozu żelaza, w przewlekłych utratkach krwi, w zaburzeniach wchłaniania się (bezsok żołądkowy, niedokrewność lub bezkwasność, wycięcie żołądka, przewlekły nieżyt jelit cienkich), w zaburzeniach układu wewnątrzwydzielniczego i roślinnego oraz

w schorzeniach ogólnych z bezpośrednim uszkodzeniem narządu wykonawczego. A. N e u m a n n (Baden - Wien).

CASTLE i STRAUSS. Wpływ autolizy na aktywność krwiotwórczą wątroby w leczeniu niedokrewności złośliwej. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 10, 1935).

Zagadnieniem tem zajął się jeden z autorów w 1928 r. Chodziło o określenie wpływu zmian pośmiertnych na siłę działania krwiotwórczego wątroby i nerek. Autor ten zapobiegał autolizie pośmiertnej przez gotowanie miazgi nerkowej tuż po śmierci zwierzęcia przez 5 minut w zakwaszonej wodzie o Ph5 i otrzymaną tą drogą substancję stosował w ilości 200 g. dziennie u 2 chorych z niedokrewnością złośliwą w ciągu 16 dni, przyczem nie stwierdził różnicy w sile działania w porównaniu z tą samą ilością preparatu miazgi nerkowej, znajdującej się w sprzedaży. W r. 1932 H e r r o n i M c E l l r o y, stwierdzili, że procesy autolityczne wzmagają skuteczność wątroby w leczeniu niedokrewności złośliwej; wątroba taka, stosowana doustnie, w sile działania równała się tej samej ilości innego preparatu wątrobowego, podawanego domięśniowo. Poza liczbą krwinek czerwonych probierzem dla oceny siły działania był odczyn retikulocytny. Autorzy poddają krytycznej ocenie wnioski, jakie wyciągają ze swych obserwacji H e r r o n i M c E l l r o y. Poddali oni dokładnej obserwacji kilka własnych przypadków niedokrewności złośliwej, w których, w celach porównawczych, stosowali preparaty wątroby autolizowanej i świeżej. Stwierdzili, że aktywność krwiotwórcza nerek, a zwłaszcza wątroby w leczeniu niedokrewności złośliwej jednak nie zależy od pośmiertnych procesów autolitycznych. Otrzymane w warunkach doświadczalnych i handlowych podług wskazówek H e r r o n a i M c E l l r o y a autolizaty wątroby wywierały w niedokrewności złośliwej słabsze działanie krwiotwórcze od ilości wątroby, z jakich zostały otrzymane.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

D. O. WRIGHT. Niedokrewność makrocytarna i marskość wątroby. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z 1)

W dokładnie zbadanych przez autora 12 przypadkach marskości wątroby obraz krwi, przypominający niedokrewność złośliwą był w 11. Inni autorzy podają mniejszy odsetek: w 41 przypadkach, które w ciągu 10 lat przewinęły się przez Szpital Dobroczynny Louisiany, wynosiła 27,4%. Autor proponuje dla tego obrazu krwi nazwę „*anaemia pernicioides*“.

H. M a k o w e r .

H. C. A. LASSEN i H. KRIEGER-LASSEN. Drożdże lub witamina B₂ jako „czynnik zewnętrzny” w leczeniu niedokrewności złośliwej. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 4).

Czynnik zewnętrzny przeciwanemiczny C a s t l e a nie jest identyczny ani z witaminą B, ani z B₂ i prawdopodobnie również z żadnym innym składnikiem kompleksu witaminy B. Drożdże albo wogóle nie zawierają czynnika przeciwanemicznego, albo tylko w ilościach minimalnych. Dodatek soku drożdżkowego nie zwiększa działania przeciwanemicznego drożdży. Czynnik przeciwanemiczny — o ile wogóle w drożdżach istnieje — jest w nich albo preformowany albo też powstaje jako skutek autolizy. Te badania autorów duńskich nie potwierdzają tezy C a s t l e a i jego współpracowników o bliskim pokrewieństwie czynnika zewnętrznego i witaminy B.

H. M a k o w e r .

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

G. BICKEL, J. J. MOZER, R. JUNET. Zanik cukromoczu i spadek glikemji w przypadku ciężkiej cukrzycy, powikłanej rakiem trzustki. (Bull. et mém. d. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris Nr. 1, 1935).

Autorzy opisują przypadek, dotyczący 53-letniego mężczyzny, cierpiącego na ciężką cukrzycę; na dobę wydalał 200—300 gr. cukru, glikemja — 325 mg.%; skłonność do ketonurji. Chory przez dwa lata był leczony djetą i insuliną i czuł się b. dobrze. Stopniowo stan zaczął się pogarszać; tracił na wadze, miał silne bóle brzucha; stwierdzono powiększenie wątroby i twory guzowate na jej powierzchni oraz wolny płyn w jamie brzusznej. W miarę pogarszania się ogólnego stanu chorego zaobserwowano stopniowe zmniejszanie się cukromoczu, spadek glikemji; pomimo przerywania wstrzykiwań insuliny, cukromocz ulegał stopniowo obniżeniu, chociaż chory nadal pozostawał na swej zwykłej diecie. Stan chorego szybko się pogarszał i wreszcie chory zmarł. Na autopsji stwierdzono nowotwór trzustki i przerzuty do wielu narządów. Badanie mikroskopowe stwierdziło zmniejszenie ilości wysepek L a n g e r h a n s a; niektóre jednak były b. duże i skupione, dając obraz t. zw. gruczolaka mikroskopowego; tkanka trzonu i ogona trzustki wykazały typowe utkanie t. zw. raka wysepkowego; przerzuty w narządach również wykazały tę samą budowę histologiczną. Biologiczne badanie stwierdziło obecność insuliny w masie nowotworowej trzustki; natomiast w przerzutach wątrobowych nie znaleziono czynnej insuliny. Dotąd ogłoszono 12 przypadków cofania się objawów cukrzycy spowodowanego rozwijającego się raka wysepek trzustki. Autorzy sądzą, że cukrzyca może niekiedy być powodem powstawania raka trzustki; w przebiegu cukrzycy wysepki L a n g e r h a n s a przeważnie ulegają zanikowi, niektóre jednak przerastają, dając obraz gruczolaków wysepkowych; gruczolaki te, drażnione przez procesy przewlekłe zapalne, toczące się w trzustce, mogą stać się źródłem bujania złośliwego. Jakób P e n s o n.

EVANS. Objawy kliniczne dysfunkcji przedniego płata przysadki. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 6, 1935).

Praca zawiera zestawienie danych z prac doświadczalnych i klinicznych ostatniej daty o 5-ciu poznanych hormonach przedniego płata przysadki: wzrostowym, gonadotropowym, laktogennym, tyreotropowym i interrenotropowym. Poza tem omawia specjalnie stosunek przedniego płata przysadki do przemiany materji. Obecny stan wiedzy o przysadce mózgowej pozwala w znacznej mierze ustalić związek i zależność, jakie istnieją pomiędzy jej przednim płatem a innymi gruczołami wewnątrzwydzielniczymi i tkankami organizmu. Ostatnie prace wskazują również na zależność pomiędzy przednim płatem przysadki a gruczołami przytarczycznymi oraz na wpływ na erytropoezę. Są również wzmianki o hormonach insularno-pankreatotropowym i adrenomedullotropowym. Świeżo wydrużone zostały prace nad poznaniem zaburzeń mechanizmów fizjologicznych u zwierząt, pozbawionych przysadki. Obecnie już wiemy, że istnieje ścisły związek pomiędzy przysadką a *hypothalamus*. Przyszłe prace mają dopiero ustalić mechanizm humero-neuralny, który jest podstawą tej zależności, którego dziś jeszcze nie znamy. Musi się wydawać dziwnem, że dotychczas nie znamy dokładnej budowy chemicznej żadnego z ustalonych 5-ciu hormonów przysadki. Niewątpliwie białkowy charakter tych substancji odgrywa dużą rolę. Prace nad otrzymaniem tych substancji w możliwie czystej postaci są bardzo zaawansowane. Pozwoliły one stwierdzić efekt ich działania u zwierząt w dawkach już bardzo małych, nieprzekraczających 1 miligrama. Dążenie do ilościowego określenia zawartości tych

substancji we krwi i w moczu w stosunku do 2 hormonów, estrogenicznego i gonadotropowego, także uwięzione zostało powrotem i stworzyło niezwykle cenne podstawy do wczesnej diagnostyki ciąży prawidłowej i, co ważniejsze, nieprawidłowej.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe

E. URBACH i J. BLOCK. **Hydroa vacciniformis, porphyriopathia, hepatopathia.** (Wien. kl. Woch. Nr. 17 1934).

Autorzy podają opis 2 przypadków *hydroa vacciniformis* z porfiryneją i porfiriurą i klinicznie jawnymi, względnie utajonymi objawami schorzenia wątroby. Dla stwierdzenia schorzenia wątroby należy wykonać kilka prób badania czynnościowego rozmaitego rodzaju. Leczenie przeprowadzali autorzy surową wątrobę i dietą węglowodanową, w razie istnienia zakażenia kilowego — kuracją przeciwiłową. Ważne jest stwierdzenie szkodliwego zakresu promieni słonecznych przez zastosowanie odpowiedniego filtra absorbacyjnego.

A. N e u m a n n (Baden-Wien).

W. GOLDSCHMIDT. **Okaleczające czy nieokaleczające leczenie doszczętne raka piersi** (Wien. kl. Woch. Nr. 21 1934)

Autor, opierając się na swoich spostrzeżeniach, nie uważa bardziej oszczędzającej metody leczenia raka piersi, polegającej na wyluszczeniu guza i usunięciu podejrzanych gruczołów z następowym naświetlaniem, za pozabawioną wszelkich widoków powodzenia, jeżeli przypadek pozostaje pod dalszą ścisłą obserwacją lekarską.

A. N e u m a n n (Baden-Wien).

SPIESS. **Leczenie pellagry.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 16, 1935).

Pellagrę cechują w przebiegu nawroty i zwolnienia procesu chorobowego. Przypadki łagodne poprawiają się przy zastosowaniu pożywienia, wyrównującego braki witaminowe. G o l d b e r g e r i jego współpracownicy uważają drożdże za lek specyficzny. Rokowanie jest naogół ciężkie i w okresach zaawansowanych śmiertelność jest bardzo duża (54%). Doświadczenie autora oparte jest na spostrzeganiu 125 przypadków ciężkiej pellagry. Chorzy zdradzali objawy ciężkiego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, uporczywe biegunki i wymioty, które były w zwykłe przyjęty sposób w warunkach klinicznych traktowane, jednak sprawa chorobowa postępowała, pociągając za sobą zejście śmiertelne. Dopiero zastosowanie energicznych środków ogólnych i swoistych znacznie obniżyło śmiertelność. Chorzy muszą mieć zapewniony spokój i troskliwą fachową opiekę lekarską i pielęgniarską. Często zachodzi konieczność stosowania dość dużych dawek środków uspakajających, jednak nie należy ich nadużywać. Chorzy muszą być dobrze żywieni (4000 kaloryj i więcej na dobę). Pożywienie powinno z nadatkiem pokrywać straty wskutek wymiotów i biegunek. Drożdże oddają duże usługi w leczeniu łagodnych i średnio ciężkich przypadków. Stosuje się je w ilości 75—100 g. dziennie w dawkach po 10—20 g. co 3—4 godz. w szklance mrożonego mleka dla złagodzenia przykrego smaku i zapachu. W podobnych przypadkach stosować należy wysuszony żołądek świński (ventriculin) w tych samych dawkach. Wyższość ventriculiny nad drożdżami zależy od mniej przykrego smaku i mniejszych właściwości rozwalniających. Dobre usługi w tych przypadkach oddaje również ziarno pszeniczne w dawce 250—300 g. dziennie, wreszcie doustne i parenteralne stosowanie wyciągów z wątroby. Przy stosowaniu tych metod leczenia śmiertelność w przypadkach autora wynosiła 6% w porównaniu z 54% przy metodach dawnych. Objawy ze strony układu nerwowego w przebiegu ciężkiej pellagry trudno odróżnić od *delirium tremens*. Autor

przypuszcza, że w obu sprawach chorobowych zmiany w układzie nerwowym mogą być podobne.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

TOURAINÉ i SAMBRON. **Lichen planus zoniformis i odczyn oponowy.** (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syphil. — Czerwiec 1935)

Umiejscowienie podobne jak w półpaścu nie jest rzadkością w *lichen planus*. Jest to uważane za argument na korzyść nerwowej teorii pochodzenia liszaja płaskiego. Zadziwiająca jest mała liczba badań, przeprowadzonych na płynie m. - rdz. w przebiegu tej dermatozy. Nieliczne badania, które były wykonane, dawały wyniki, mało różniące się od normy. Autorowie przypuszczają, że przyczyną tego jest zbyt późne badanie płynu w tym okresie, gdy moment erupcji wykwitów dawno już minął. Sami dokonywali więc badania w czasie erupcji, a zmiany, jakie wykryli w płynie w ich przypadku, zniknęły po upływie tygodnia. Chory był 35-letnim chińczykiem, zmiany chorobowe występowały w dwu równoległych pasmach w dolnych częściach lewej strony klatki piersiowej w obrębie 6-go międzyżebra. Punkcja podpotylicza wykazała: czerwonych ciałek 36,2 na cm^3 , limfocytów 7, białka 0,25, odczyn W a s s e r m a n n a ujemny. Krwinki są prawidłowe, przedostały się do płynu najpewniej przez nakłucie naczyń podczas punkcji; liczba leukocytów, która dostała się do płynu wraz z krwią, nie odgrywa żadnej roli. W następujących po punkcji dniach swędzenie znacznie się zmniejszyło. W 8 dni później dokonano nowego nakłucia, które wykazało już zupełnie prawidłowe stosunki w płynie m.rdz.

Alfred E t t i n g e r.

A. G. YATES. **Kilka spostrzeżeń z zakresu leczenia wiądu rdzenia malarją.** (The Lancet — 15 grudnia 1934)

Zestawiono 32 przypadki wiądu rdzenia, leczone malarją, z 24, w których podawano As, Bi i Hg. Autor podkreśla trudność oceny wyników leczniczych i za swój sprawdzian przyjmuje samopoczucie i zdolność do pracy i czynności chorych po leczeniu. Przy takiej skali wyniki otrzymywane przy stosowaniu malarji, były naogół gorsze, niż przy innych metodach, ale bądźco bądź otrzymano w 34% przypadków wybitną poprawę kliniczną. Co się tyczy wpływu na zmiany obiektywne w płynie mózgowo - rdzeniowym, to efekt leczniczy był lepszy. Krzywa koloidalna złota zazwyczaj się poprawiała, a niekiedy wracała do normy, liczba komórek w cm^3 płynu zmniejszała się znacznie, poziom albumin obniżał się. Zarówno przy leczeniu malarją, jak i innymi metodami, otrzymano lepsze wyniki w przypadkach krócej trwających, poza tym autor sądzi, że lepsze rokowanie dają przypadki z dużą liczbą komórek i wysoką zawartością białka w płynie mózgowo - rdzeniowym.

Alfred E t t i n g e r.

A. MITTERDORFER. **Przyczynę do stosowania percainalu w chorobach skórnych.** (W. m. W. 1935 Nr. 17)

Dzięki szczególnym zaletom perkainy (szybkie i długotrwale znieczulenie, nieznaczne niebezpieczeństwo intoksykacji) autor wprowadził ją do swej praktyki dermatologicznej z początku w postaci wodnych i alkoholowych roztworów oraz czopków, a następnie wypróbował maść Perkainal w *dermatosis chron.*, *intertrigo*, *combustio*, *rhagades*, guzkach krwawniczych, *fissura ani*, zapaleniu skóry na tle rentgenowskim ze skutkiem znakomitym. W postaciach ostrych wilgotnego wyprysku (*eczema*) i w cierpieniach, w których przeważa pęcherzyk, bardziej nadaje się roztwór alkoholowy perkainy w postaci okładów lub mieszanka glicerynowa z perkainą, ewentualnie 1% maść perkainowa, wykonana na polecenie lekarza. Wyniki otrzymał niezwykle korzystne.

F. S i c n i c k i.

spadek liczby białych ciałek. Objaw ten występuje już w okresie nieżyłowym. Po zastrzyknięciu nieswoistej szczepionki zmian we krwi nie stwierdza się. U ludzi zdrowych zastrzyknięcie szczepionki kokluszowej nie wywołuje spadku liczby białych ciałek.

Cenną metodą dla wczesnego rozpoznania koklusu jest również szybkość opadania czerwonych krwinek.

Farbender przeprowadził badania na 127 kokluszowych dzieciach metodą Westergreena, przy czym norma dla niemowląt wynosi 11—12 mm. na godzinę, a dla większych dzieci 4—7 mm. Liczby poniżej 8 mm na godzinę dla niemowląt należy uważać jako zwolnienie odczynu. Autor stwierdził na swoim materiale, że w okresie napadowym w 93% opadanie jest zwolnione.

Rohr Ferdinand i Irmgard Krieger znaleźli w 69 przypadkach koklusu (na 82 badane) zwolnione opadanie czerwonych ciałek w przeciwieństwie do zasady, że procesy kataralne dają przyspieszenie opadania. Wyjątki należy kłaść na karb powikłań. W tych przypadkach jednak przyspieszenie jest daleko mniejsze, niż w tych samych sprawach chorobowych, powstałych nie na tle koklusu.

Zwolnienie opadania powstaje już w pierwszym tygodniu krztuśca i jest, według autorów, cennym środkiem pomocniczym w rozpoznaniu koklusu.

Regan i Tolstouchow znajdują w koklusu kwasicę we krwi, co ma być w związku z patogenizacją paroksyzmów; zmniejszanie się kwasicy idzie w parze z cofaniem się klinicznych objawów koklusu. W krztuścu autorzy ci znajdują obniżenie poziomu fosforu nieorganicznego we krwi już w okresie nieżyłowym. Od szóstego tygodnia choroby ilość jego zaczyna się zwiększać. Zmniejszenie

fosforu wskazuje również na nieskompensowaną kwasicę. Wobec tego autorzy radzą w celach leczniczych podawać zasady: dwuwęglany, magnezję paloną. Leki te mają mieć efekt, o ile są podawane w początkowych okresach choroby.

Prostą metodę rozpoznania koklusu podaje Ochsenius. Posługując się metodą inhalacji, zaleca on specjalny wziewacz. Wdychając z tego wziewacza olejek terpentynowy z dodatkiem eukaliptolu (5—10%), dziecko szybko staje się niespokojne i zaczyna wciągać silnie powietrze. Po kilku sekundach, najpóźniej po 5 minutach, występuje typowy napad kaszlu. Spostrzega się to nawet u tych dzieci, które nie mają jeszcze podejrzanego kaszlu. Ze względu na ważność wczesnego rozpoznania autor bardzo zaleca tę metodę, zwłaszcza, że nie grozi ona złemi następstwami.

PIŚMIENNICTWO:

Best. Arch. Khk. 75. 93, 1924. Culotte i Harvey. Zentralb. Khk. 27 B. H. 14. Danilewicz. Woprosy pediatrii T. VI. Z. 5—6 1934. Fanton - Edoardo. Mschr. Khk. B. 41. Frenklowa H. Polskie Monogr. i Wykl. Kl. z dz. Ped. VI. Frenklowa H. Warsz. Czas. Lek. 1932 Nr. 5. Kurlandski i Kryński. Warsz. Czas. Lek. Nr. 36. 1935. Kramsztyk S. W. Czas. Lek. Nr. 5. 1932. Lasch, Fischer i Mienietz. Jahrb. Khk. 58 B. H. 5-6. Leitner - Cluj. Jahrb. Khk. 79. B. H. 5-6. Mikulowski. Monogr. Lek. dla lekarzy praktyków 1934, zes. I. Machwili. Warsz. Czas. Lek. 1933. Nr. 10. Ochsenius K. Med. Klinik 1929. Ochsenius K. Münch. Med. Woch. 1929. Pospischill. Über Klinik u. Epidemiologie d. Pertussis 1921. Rohr u. Krieger. Dtsch. med. Woch. 1930, Nr. 23. Waj i Dalaewa. Woprosy pediatrii T. VII. z. 2. Zoltan. Jahrb. Khk. 56, B. H. 5-6.

Oceny książek

J. MACKIEWICZ. **Sen i jego zaburzenia.** (Monografie lekarskie dla lekarzy praktyków Tom II. zeszyt. 9. Wrzesień 1935. Wydawnictwo „Eskulap”).

Autor niniejszej monografii podjął się zadania niezmiernie trudnego, powiedziałbym nawet wprost niewykonanego. Nauka o śnie i jego zaburzeniach, którą uczeni zajmują się niemal od zarania badań fizjologicznych i psychologicznych, jest sprawą tak rozległą i tak zawiłą, że ujęcie jej w ramach broszury, obejmującej zaledwie 30 stron druku, wydaje się niemożliwe. Bardzo słusznie autor wychodzi z założenia, że różne postacie zaburzeń snu i ich leczenie, które dla lekarzy praktyków, a dla nich monografia jest w pierwszej linii przeznaczona, jest rzeczą najważniejszą, wtedy tylko mogą być dokładnie opanowane, gdy lekarz jest gruntownie obznajmiony z współczesnymi poglądami na fizjologię i patologię snu. Alłści takie postawienie sprawy jeszcze bardziej utrudnia zadanie, które sobie autor postawił. Wobec ograniczonych rozmiarów, zakreślonych jego pracy, autor zmuszony był zrezygnować z całkowitego, wyczerpującego opracowania tematów, poruszonych w pojedynczych rozdziałach, a musiał zadowolić się bądź sumarycznym przedstawieniem niektórych spraw — zespół fizjologiczny snu, teorie snu, stany, zbliżone do snu, leczenie bezsenności — bądź podaniem szeregu dość luźno ze sobą powiązanych spostrzeżeń klinicznych i wyników doświadczeń, zaczerpniętych przeważnie z najnowszego piśmiennictwa, a rzucających nowe światło na nader zawile zagadnienia snu.

Osobny rozdział autor poświęca „objawowi młynarza“, który śpi przy turkocie młyna, a budzi się, gdy turkot ustaje. Objaw ten, powszechnie znany i należycie oceniony, bynajmniej nie uszedł uwagi lekarzy i biologów. W związku z tem autor przytacza szereg analogicznych spostrzeżeń, które pokazują, że w wielu razach hałasy i nawet głośne hałasy uliczne nie przeszkadzają spać, że niekiedy cisza lub tak niewinne hałasy, jak pianie koguta, albo śpiew słowika, działać mogą szkodliwie. Na tej podstawie łatwo jest wysnuć dalszy wniosek, że walka z hałasem ulicznym, podjęta ostatnio we wszystkich niemal wielkich miastach, jest w swych wynikach wielce wątpliwa. Takie ujęcie sprawy wydaje się nieco jednostronne. Przedewszystkiem należy zwrócić uwagę, że do wszelkich bodźców jednostajnych, a do takich należy w pewnej mierze i turkot młyna, należą prócz dźwiękowych i bodźce, miarowo się powtarzające, z dziedziny innych zmysłów, przyczyniają się do łatwiejszego zaśnięcia i w tym celu częstokroć bywają stosowane. Pozatem dużą rolę odgrywa czynnik psychologiczny — stosunek śpiącego do powstających szmerów. Szmer i hałasy, które są od jego woli niezależne, również jak i te, którego go nie interesują, mniej mu przeszkadzają, natomiast znacznie szkodliwsze są szmer i hałasy, które mogą być z łatwością usunięte, oraz te, które śpiącego specjalnie interesują. Dlatego wiele osób śpi przy hałasie ulicznym, a nie może spać, gdy ktoś chodzi w sąsiednim pokoju, gdy służba czyści ubranie i t. p. Wreszcie, oprócz długości snu niezmiennie ważna jest także jego głębokość: przy stłumieniu wszelkich bodźców,

a przedewszystkiem bodźców dźwiękowych i świetlnych, sen jest niewątpliwie głębszy, a zatem i dla ustroju pożyteczniejszy.

W końcu kilka uwag, które należałoby uwzględnić przy ew. drugim wydaniu. Według nowszych pojęć, sen nie jest bynajmniej tylko okresowym obniżeniem czynności całego ustroju (str. 15), jak go określa B o r u t t a, lecz jest w dużej mierze stanem czynnym, w którym ustrój zmierza do restytucji wszelkich zmian chemicznych, a prawdopodobnie i morfologicznych, które zachodzą w tkankach w okresie wzmóżonej czynności w czasie jawy.

Jakościowo senność w nagminnym zapaleniu mózgu (str. 24) ma się nie różnić wcale od snu fizjologicznego, różnica ma być tylko ilościowa, nieco wyżej natomiast autor podaje zupełnie słusznie, że przebudzenie chorego jest niezmiernie łatwe, że nie widzimy tu obrazu, jaki powstaje, gdy budzimy człowieka ze snu fizjologicznego; jestto, oczywiście, różnica jakościowa.

W sprawie kierowania chorych na bezsenność przez lekarza praktyka do neurologa lub psychiatry pogląd autora wydaje się niedość umotywowany: leczenie bezsenności, powstałej na tle neurastenji lub hysterji, jest częstokroć zadaniem bardzo trudnem: toteż lekarz, gdy dochodzi do przekonania, że bezsenność nie jest spowodowana przez cierpienie narządów wewnętrznych (choćby nawet chory wypowiadał skargi, dotyczące tych narządów), winien skierować chorego do specjalisty, a to tem bardziej, że, jak dowodzą przykłady, przytoczone przez autora, bezsenność bywa niekiedy zwastunem nadiągającej, a nie dającej się jeszcze rozpoznać psychozy. Wreszcie, jako *lapsus calami* uważam użyty na str. 24 wyraz „kateptyczny“ zamiast „kataplektyczny“. Zamiast „epilepsiefähig“ lepsze i o wiele częściej używane jest określenie „krampfbereit“, które też odpowiada przytoczonemu przez autora „gotów do drgawek“.

Niezależnie od poczynionych uwag poczytać winniśmy Dr-owi M a c k i e w i c z o w i za zasługę że poruszył sprawę, która w piśmiennictwie polskim leży odłogiem. Sądzimy, że praca niniejsza przyniesie czytelnikom wielką korzyść, gdyż zapozna ich z licznymi i niezmiernie ciekawymi faktami z poruszonej dziedziny i pobudzi ich do zajęcia się sprawą, która zainteresować winna każdego lekarza niezależnie od uprawianej specjalności.

L. E. B r e g m a n.

Edmund MIKULASZEK. **O wielocukrach bakteryjnych.** (Arch. Tow. Naukowego we Lwowie. Dział III, Tom VI, Zeszyt XIII. Lwów 1935 — 114 str.).

Nasze skromne piśmiennictwo monograficzne wzbogaciło się o piękną i wyczerpującą pracę. Autor pracuje od szeregu lat w dziedzinie wielocukrów bakteryjnych. Zagadnienie to stoi na pograniczu chemji fizjologicznej i bakterjologii, posiada doniosłe znaczenie ogólnobiologiczne i wkracza w zakres zagadnień praktycznych. Doniedawna nauka o odporności przyznawała monopol antygenowy ciałom białkowym. Doniosłe prace Landsteinerja rozszerzyły rolę antygenową na ciała tłuszczowate i węglowodany, stwarzając pojęcie haptenu. Wiemy dziś, że ciała tłuszczowate nie tylko zdolne są reagować z surowicami odpornościowymi, ale, zastrzykiwane w połączeniu z ciałem białkowym, mogą wywoływać powstawanie ciał odpornościowych w ustroju. Termin haptenu oznacza właśnie, że ciała tłuszczowate mogą wprawdzie reagować z surowicami odpornościowymi, ale same, jako takie, nie są zdolne do wywoływania odporności. Ciała węglowodanowe stoją jeszcze niżej w tym względzie. Reagują one wprawdzie swoiście z surowicami odpornościowymi, ale nie mogą być w żaden sposób zamienione na antygeny pełnowartościowe. S a c h s nadal im trafia nazwę haptenu połowicznych. Składniki wę-

glowodanowe bakterji idą w swej swoistości bardzo daleko. Reagują one np. specyficznie w obrębie gatunku pneumokoków z surowicami poszczególnych typów. Ich charakter węglowodanowy czyni je rozpuszczalnymi w wodzie. Wypłokują się one łatwo do soków ustroju, w których można je wykrywać dzięki temu zwłaszcza, że reagują z surowicami odpornościowymi w dziesięciotysięcznym, a nieraz w milionowym rozcieńczeniu. Jednem słowem, bakterjologia praktyczna zyskała w węglowodanach bakteryjnych pierwszorzędną broń rozpoznawczą. Pod względem teoretycznym wystarczy podkreślić, że obecność ciał węglowodanowych w komórce bakteryjnej wiąże się ściśle ze zjadliwością. Szczepy niezjadliwe nie zawierają składników węglowodanowych wcale, albo tylko znikome ich ślady. Praca Dra Mikulaszka składa się z dwóch części. W pierwszej części, ogólnej, autor omawia kolejno własności fizyczne i chemiczne wielocukrów bakteryjnych, ich własności antygenowe, a więc rolę ich uodparniającą i odzyskiwanie serologiczne oraz znaczenie ich w zjawiskach odporności fizjologicznej. Wreszcie omawia stosunek wielocukrów bakteryjnych do innych zjawisk biologicznych. W części szczegółowej autor zebrał wszystko, co wiemy o wielocukrach różnych gatunków bakterji. Zestawienie doprowadzone jest do ostatniej niemal chwili. Wielka kompetencja własna autora uwydatnia się w krytycznej ocenie faktów. Książkę Dra Mikulaszka możemy polecić każdemu lekarzowi i przyrodnikowi, pragnącemu się zapoznać z nowymi prądami w nauce o odporności i o bakterjach. Dla specjalisty jest ona niezastąpionem źródłem materiału faktycznego. Ocenilo to piśmiennictwo światowe, gdyż ostatni tom Rocznika Weicharda (Ergebnisse der Hygiene, Immunitätsforschung i t. d.) zawiera niemiecki przekład omawianej pracy *in extenso*.

Z. S z y m a n o w s k i.

Dr. P. MARTYSZEWSKI. **Leczenie zapadowo-uciskowe gruźlicy płuc.** Monografie lekarskie dla lekarzy-praktyków. Wydawn. Lek. „Eskulap“ r. 1935.

Na 60 stronicach monografji znajdujemy w treściwem ujęciu wszystko, co o tej obecnie tak pospolitej metodzie leczenia gruźlicy płuc powinien wiedzieć każdy lekarz, mogący mieć z nią do czynienia. A choć siłą rzeczy wytworzyły się kadry specjalistów, którzy najczęściej stosują metodę uciskową, to jednak dobrze byłoby, by każdy lekarz, zwłaszcza pracujący na prowincji, był z nią obeznany. Mamy więc w omawianej pracy opis odmy sztucznej ze wskazaniami i przeciwwskazaniami do jej stosowania, z podaniem techniki i powikłań, otoku olejowego, wyrwania nerwu przeponowego, płomby płucnej i torakoplastyki. Zwięźle i dostępnie wyłożone, poparte przytem wskazówkami, wypływającymi z osobistego doświadczenia autora, dziełko to niewątpliwie odpowie zamierzonemu celowi.

M. G a n t z.

E. URBACH. **Klinik und Therapie der allergischen Krankheiten.** Wydawca Wilhelm Maudrich r. 1935. Wiedeń. Str. 781.

Nie ma chyba działu medycyny, w którymby dzisiaj sprawy t. zw. alergiczne nie odgrywały pewnej roli, gdzieby alergja nie była bezpośrednim lub pośrednim przedmiotem poszukiwań. Zespół objawów, znany od bardzo dawna, zaczął stopniowo przybierać coraz wyraźniejsze, a do pewnego stopnia i zrozumialsze kształty od czasu klasycznych badań R i c h e t a (1898 — 1903), A r t h u s a, no i wprost genialnych spostrzeżeń P i r q u e t a (1902). Nie będzie chyba wielkiej przesady, jeśli powiemy, że utworzył się nowy dział medyczny, mający za przedmiot stany chorobowe o podkładzie alergicznym. Niezliczone już dziś prace są poświęcone rozważaniom nad temi stanami. Wspólny jednak podkład nie prowadzi zawsze do jednakowych przejawów. Toteż najrozmaitsze stany chorobowe najbardziej oddalonych części na-

szego ustroju mogą być uwarunkowane wspólnym podkładem allergicznym. Astma czy nieżyt naczyńioruchowy nosa, nie które zaburzenia kiszkowe, czy zmiany na skórze i t. p. zawdzięczać mogą swe powstawanie jednemu i temu samemu czynnikowi (allergenowi), wywołującemu zaburzenie w podanym ustroju. Toteż zgodzić się trzeba z autorem leżącej przed nami książki, że błędem byłoby tworzyć nową specjalność chorób allergicznych, gdyż jest to właściwie nowy lekański „światopogląd”, jak się wyraża, muszą go więc posiadać przedstawiciele wszystkich specjalności. Wielkie jednak wymagania, jakie stają przed tym, kto chce zgłębić tę, bądźco-bądź, bardzo jeszcze zawiłą dziedzinę, a i przed tym, kto w każdym poszczególnym przypadku zamierza dotrzeć do treści tej czy innej choroby allergicznej, stają się impulsem do otwierania specjalnych zakładów badawczych, czy doradczych, gdzie możnaby na podstawie analizy przypadków pomóc lekarzowi praktykującemu. Autor, który próbuje ująć w postaci książki bardzo obszernej wszystko najgłówniejsze, co ogłoszono w związku ze stanami allergicznymi, jest specjalistą chorób skórnych, znanym z szeregu interesujących prac, m. in. z omawianej dziedziny. Jeżeli powiemy, że książkę tę należy wystudjować od deski do deski, że k a ż d y lekarz znajdzie w niej dużo cennych dla siebie wiadomości, i że zdaje się nam, nie pominięto w niej nic ważniejszego pod względem treści a zarazem umieszczono bardzo dużo wartościowych wskazówek praktycznych, opartych na cudzym i własnym doświadczeniu, — to, właściwie mówiąc, będzie to w skrócie ocena tego owocu niesłuchanie żmudnej pracy, jeśli uwzględnić chociażby przestudjowanie 1638 prac, poświęconych allergji i zagadnieniom pokrewnym. Wstęp krótki autora i zarys historyczny rozwoju

naszych pojęć o allergji poprzedzają rozdział o allergji właściwej. Następnie omówienie badań doświadczalnych (objawy A r t h r u s a i inn.), patogenezy, antygenów (allergenów) i przeciwciał, czynników uspasabiających, zmian tkankowych i chemizmu allergji, techniki wykrywania allergenów, przygotowywania wyciągów i terapii antyallergiczej. W ten sposób ujęta została część ogólna. Część specjalna rozpatruje wstrząs anafilaktyczny i cały szereg stanów chorobowych allergicznych (obrzęk Q u i n c k e g o, astma oskrzelowa, cierpienia allergiczne oczu, skóry, naczyń i serca, stawów, nosa i wiele, wiele innych). Czy zostało co pominięte—trudno orzec wobec ogromu pokrótce przeważnie (bo inaczej trudno w podręczniku nawet tych rozmiarów) omówionych spraw; niewątpliwie brak tu pewnych prac, nam np. znanych polskich, sam jednak autor w przedmowie zastrzega się, że całego szeregu ich nie uwzględni z powodu braku miejsca. tembardziej, że szło mu o to, by ułatwić lekarzowi, praktycznie się temi sprawami zajmującemu, czy studującemu je naukowo, z o r j e n t o w a n i e się w przedmiocie. Mamy wrażenie, że cel ten został osiągnięty i że interesujący się bardziej jakimś działem poszczególnym znajdzie, poza wskazówkami praktycznymi, dosyć materiału z literatury, by już pójść własną drogą. Specjalne tablice w odniesieniu do prób skórnych w chorobach wypryskowych i kwestionariusz „allergiczy” umieszczone są na końcu. Całość wydana na pięknym papierze i napisana, co jest szczególnie ważne, bardzo przystępnie zawiera poza tekstem liczne odbitki i tablice. Każdy lekarz, jak już powiedziano wyżej, znajdzie w tej książce wiele cennego dla siebie.

M. G a n t z.

Wskazówki praktyczne

Przeciwko biegunkom, zapaleniu kiszek, nieżyłowi odbytnicy u dzieci poleca się: Biegunka: *Rp. Tannalbin.*, *Bismuth. carbon aa 1.0 — 2.0; Saccharin. 0.02; Aq. Calcar. 100. M. D. S.* Potrząsnąć. 5 razy dziennie łyżeczkę od herbaty do łyżki deserowej. — Zapal. kiszek i nieżyt odbytnicy: *Rp.: Dct. Amyli 0.5 : 50.0; Tannalbin. 0.5—1.0; Trae opii spl. gtt. II—IV. MDS.* Do ławatywy. Biegunka w przebiegu odry: *Rp. Mixt. gummos. 120.0; Tannalb. 0.25 — 0.5; Syrup. Ratanh. 20.0. M. D. S.* Łyżkę deserową kilka razy dziennie. Cuchnące nieżyty jelit: *Rp.: Tannalb. 0.3; Salol 0.1; D.t.d. N. VI. Co 3 godziny proszek.* (W. m. W. 1935, N. 45).

—o—

Miód do użytku zewnętrznego poleca *Z e i s s.* Rany zanieczyszczone i zakażone szybko się oczyszczają, t.j., że możliwe bywa nałożenie szwu wtórnego; na mniej zakażone rany można po waniu miodu nałożyć szew pierwotny. *Opazowania i czyraki* goją się dobrze po zastosowaniu miodu. Szczególnie dobrze działa miód w czyrakach ucha i nosa. Czysty miód należy przechowywać w szczelnie zamkniętym naczyniu, w stanie suchym i w chłodnym miejscu. (M. m. W. 1934, N. 49).

—o—

S. P a t t e r s o n zwraca uwagę na nadużywanie wyciągów z gruczołów dokrewnych. Przetwory tarczycy były stosowane nie tylko do odchudzania lub przeciwko obrzękowi śluzakowemu, ale i w celu podniesienia energii życiowej w dużych dawkach. Znane są przypadki nałogowego używania adrenaliny, zwłaszcza przez astmatyków. I o przetworach przysadki wiadomo, że bywają nadużywane. Należy więc w przepisy-

waniu tych środków być ostrożnym ze względu na niebezpieczeństwo wywołania nałogu. (Brit. m. Journ. 1935, N. 3896).

—o—

H a r t s i l v e r chwali bardzo *djetę głodową* w leczeniu *nadciśnienia*; soki owocowe i zupa jarzynowa na obiad i kolację w ciągu 6 dni, 7 dnia *djeta* zwykła. Bóle i zawroty głowy ustępują już po kilku dniach, ciśnienie krwi podczas postu spada do normy. (Brit. med. Journ. 1935, N. 3896).

—o—

W pewnej szkole angielskiej *L. L e m p r i e r e* przeprowadził na 495 uczniach *szczepienia ochronne przeciw płonicy*: 42 było uodpornionych biernie, 296 z odczynem Dicka dodatnim — czynnie zapomocą mieszaniny toksyny z antytoksyną czterokrotnie. Z pomiędzy ostatnich nie zachorował nikt, z pomiędzy uodpornionych biernie zachorowało 3 dzieci po upływie 7 i więcej tygodni, 2 nieszczepionych ze słabym odczynem dodatnim *D i c k a* oraz 7 dzieci, których szczepienie pozwolono, zachorowały również. (Brit. m. Journ. 1935, N. 3896).

—o—

J. G r e e n h i l l i *H. S c h u n t z* w celu *ukojenia bólów* u dotkniętych nienadającym się do operacji *rakiem macicy* zastrzykiwali dordzeniowo 95% alkohol w dawce 0.5. Miejscem zastrzykiwania była 1 — 4 przestrzeń międzylędźwiowa w położeniu na boku, w razie potrzeby powtórzenie zabiegu na przeciwległym boku. Bóle znikły na okres kilkotygodniowy, a nawet kilkomiesięczny. Powikłań poza lekimi parestezjami nie było. (Journ. Amer. med. Assoc. 1935, N. 6).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Wydział Lekarski Poznańskiego T.P.N.

IX. Zebranie z dnia 10. V. 1935 r.

Obecnych na zebraniu 40 osób.

1. Komunikaty:

Na członka Wydziału Lekarskiego został przyjęty Kol. Alfons Jóźef Lorych.

2. Pokazy:

Kol. Alkiewicz Jan (członek Wydziału):

1) *Dyskeratosis follicularis (Darier)*. Obraz histologiczny, rzucony na ekran, wykazuje trzy cechy zasadnicze tego schorzenia: 1) wadliwe rogowacenie (*dyskeratosis*) z pojawieniem się ciałek okrągłych (*corps ronds, cellules claires*), 2) szczeliny w naskórku i 3) wrastanie sopli naskórkowych do tkanki łącznej nakształt języczków. Darier nazwał obraz chorobowy ten *Psorospermia follicularis vegetans*.

2) *Syringoma*: w preparacie histologicznym rzuca się w oczy znaczny przerost gruczołów potnych skóry właściwej. Gdzienigdzie spostrzega się małe torbiele, wypełnione płynem przejrzystym.

3) Wykład:

Kol. Hoffmann Ignacy (członek Wydziału): „O hipochloremji i jej znaczeniu klinicznym”.

Głównymi przyczynami hipochloremji są wymioty i biegunki. Dlatego hipochloremja występuje we wszystkich przypadkach, gdzie wyżej wspomniane objawy wysuwają się na plan pierwszy. Jako następstwo bezpośrednie po utracie jonu kwaśnego Cl. występuje najczęściej alkaloza i czasami nawet drgawki. Przewlekła chloremja może wywołać chloropenję, połączoną z większym rozpadem białek ustrojowych, i tem samem spowodować zwiększenie azotu pozabiałkowego we krwi. W niektórych przypadkach dochodzi do podrażnienia nabłonka nerkowego i wtórnych objawów mocznicowych. W innym razie zapalenie nerek, powikłane mocznicą i następstwami wymiotami, może wywołać wtórna hipochloremję, która ze swej strony powiększy objawy mocznicowe.

Ważne jest znaczenie hipochloremji w chirurgji. Stwierdzono doświadczalnie, że uszkodzona tkanka chłonie w większej ilości Cl. Zapotrzebowanie jest tak znaczne, że może wywołać hipochloremję ze wszystkimi jej objawami i następstwami. Dla przeciwdziałania temu zaleca się w ciężkich zapadach pooperacyjnych, szczególnie w niedrożności jelit, wstrzykiwanie śródżylnie stężonego roztworu chlorku sodowego (10—20%) w ilości 50—100 cm³. Wyniki są bardzo dobre.

Rozprawa: Kol. Labendziński, Kol. Neyman.

K. Stojalowski, Sekretarz.

W. Kapuściński, Prezes.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Położniczo-Ginekologicznego w Wiedniu z dnia 12 lutego 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 41/1935) R. Chwalla mówił o *wewnątrzpecherzowym leczeniu względnie nietrzymania moczu*. Pod kontrolą cystoskopu wywołuje się zapomocą elektrokoagulacji cztery krótkie prostolinijne blizny dokola ujścia wewnętrznego zwie-

racza. Działanie tej metody leczniczej jest prawie zupełnie pewne, tłumaczenie jego pozostaje jednak spornem. Czasami trzeba powtarzać po pewnym czasie koagulację (do pięciu razy). Występujący czasami przy oddzielaniu się strupów krwiomocz nie jest nigdy niebezpieczny i ustępuje w spokoju.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Kolegium Lekarskiego z dnia 7 stycznia 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 41/1935) E. L. a u d a mówił o *leczeniu choroby Banga*. Pewnej metody leczniczej nie znano do czasu, kiedy G u g l i e l m o wprowadził wśródzylne wstrzykiwanie szczepionki. Wstrzykuje się spoczątku w odstępach 3 — 4-dniowych, a następnie 6 — 7-dniowych 1 — 100 milionów drobnoustrojów w dawkach wzrastających. Wyleczenie następuje czasami już po drugim wstrzyknięciu, czasami dopiero po upływie dwóch miesięcy. Po wstrzykiwaniach występują dreszcze i wysoka gorączka. Nie stwierdzono związku pomiędzy podniesieniem ciepłoty wywołanem przez wstrzyknięcie, a działaniem leczniczem. Szczepionka bangowska znajduje się w handlu. U dwóch chorych z zupełnie pewnem rozpoznaniem spostrzegano przebieg wyleczenia.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Kolegium Lekarskiego z dnia 7 stycznia 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 41/1935) mówił E. L. a u d a o *niebezpieczeństwach leczenia żółciopędnego*. W uszkodzeniach mięszu wątrobowego (żółtaczka salwarsanowa, *icterus simplex*, ostry zanik żółty wątroby) nie należy nigdy wstrzykiwać decholin, ani preparatów pokrewnych, gdyż są one jednocześnie jadami dla komórek wątrobowych. To samo dotyczy kamicy żółciowej. W razie nieznacznego nawet uszkodzenia wątroby mogą one spowodować przejście w ostry zanik żółty wątroby (własne spostrzeżenia). W razie obecności kamieni w dużych drogach żółciowych nie należy stosować silnych środków żółciopędnych (np. decholin w wstrzykiwaniach i t. p.), lecz słabe *choleretica*, gdyż działają one pomyślnie w drodze przepłukiwań (oliwa, decholina doustnie). W zapaleniu dróg żółciowych należy wstrzykiwać spoczątku tylko 0,2 cm³ decholin, a następnie przechodzi się do większych dawek. Gdy wystąpią jednak kolki, należy przerwać to leczenie. Wrazie obecności kamieni w drogach żółciowych należy wstrzykiwać decholinę tylko jako ostateczny środek bezpośredni przed operacją, w nieoperacyjnej niedrożności kamicowej lub wtedy, gdy obserwacja kliniczna stwierdziła możliwość przejścia większych kamieni przez brodawkę.

Na posiedzeniu Towarzystwa Pediatrycznego w Wiedniu z dnia 27 lutego 1935 r. (Wien. med. Wschr. N. 42/1935) pokazywał F e s s l e r *objawy skórne w przypadku nerwicy roślinnej Feera*. Przypadek dotyczył pięcioletniej dziewczynki z objawami choroby F e e r a, jak: błądność, tachikardja, wzmożone ciśnienie krwi, poty, apatja i t. p., która wykazywała bardzo silny świąd, wywołany przez drapanie się, głębokie owrzodzenia bez odczynu ze strony tkanek otaczających na twarzy i powierzchniach zgięciowych stawów, zaczerwienienie i obrzmienie dłoni i stóp i grubopłatowe łuszczenie się ich, dalej osutkę wielopostaciową. Dziecko wykazywało prócz tego zwężenie ujścia tętnicy płucnej. Badanie pośmiertne dało wynik ujemny poza wadą zastawkową serca. Histologiczne badanie nadmierzy wykazało przerost istoty korowej i rdzeniowej, gruczołu tarczowego — jego zanik.

Przegląd terapeutyczny

Z oddziału wewn. męsk. Szpitala Żydowskiego Fundacji M. Lazarusa we Lwowie.

Doświadczenia z Pulminem w leczeniu chorób płucnych.

Podał

Dr. Artur KALISCH (Lwów).

Lecznictwo chininowe zawdzięcza A u f r e c h t'owi i swe szerokie zastosowanie w chorobach płuc. On to bowiem, stosując po raz pierwszy w płatowym zapaleniu płuc połączenie chininy z uretanem w postaci zastrzy-

kiwań, uzyskał skrócenie czasu choroby oraz znaczny spadek śmiertelności. Późniejsze badania (C a h n - B r o n n e r) wykazały, że A u f r e c h t'owe dobre wyniki zawdzięcza własnościom bakterjobjójczym chininy w stosunku do pneumokoków i dzięki wprowadzeniu jej do ustroju drogą parenteralną. Okazało się bowiem, że wartość lecznicza wstrzykniętej chininy jest znacznie większa, aniżeli doustnie podanej. W przeciwieństwie do podawania doustnego zastrzyknięta domięśniowo chinina gromadzi się w znacznej ilości we krwi, i tą drogą udaje się przez ominięcie wątroby uzyskać znaczne nagromadzenie jej w płucach. Liczne doświadczenia

wykazały, że chinina posiada szczególne powinowactwo do płuc (Böcher) i że przez płuca z organizmu się wydala.

Przy uwzględnieniu własności bakterjobójczych chininy oraz powyższych danych farmakodynamicznych staje się jej wartość lecznicza w licznych schorzeniach płuc zrozumiała. Przez połączenie chininy z olejkami eterycznymi i kamforą uzyskano preparat, który posiada szerokie zastosowanie w leczeniu chorób płucnych i oskrzeli.

Pulmin, dany nam łaskawie do dyspozycji przez firmę B a r c i k o w s k i w Poznaniu, jest preparatem krajowym, w którego skład wchodzi powyższe składniki w następującym stosunku:

<i>Chininum basicum</i>	0,03
Kamfora	0,025
Mentol	0,02
<i>Ol. Eucalypt.</i>	0,03

Jest to roztwór oleisty, barwy żółtawej. Mała wartość chininy w preparacie nie zmniejsza w niczym jego działania leczniczego, gdyż jak badania wykazały (C a h n - B r o n n e r), chinina, wstrzyknięta domięśniowo, posiada własności kumulatywne.

Olejki eteryczne, mentol, eukaliptol, zawarte w preparacie, wydala się drogą płuc, służą zatem niejako za wehikuł chininie, same zaś posiadają, jak to wykazali na licznych doświadczeniach P o h l i W i n t e r n i t z, własności przeciwzapalne, odwanające, częściowo odkażające, pozbawiając pod ich wpływem zmniejsza się wydzielina oskrzeli.

Bardzo celowa okazała się obecność kamfory w preparacie, która, jak wiadomo, rozszerza naczynia płucne, ułatwiając tem samem działanie chininy. Według L e o a działa kamfora bakterjobójczo na pneumokoki. Należy też wspomnieć o działaniu tonizującym na układ krążenia.

Jak widać z powyższego, wszystkie składniki Pulminu działają w obrębie płuc. Zatem przewlekłe schorzenia płuc i oskrzeli, które, bądźto jako schorzenia samostanne, czy jako komplikacje chorób infekcyjnych, chorób serca, stanowią tak znaczny odsetek naszych przypadków szpitalnych, stanowią będąc wdzięczne pole dla lecznictwa chininowo-kamforowego.

Na naszym oddziale stosowaliśmy Pulmin w 15-tu przypadkach, i pragnę zaznaczyć, że z wyników byliśmy bardzo zadowoleni.

W 8 przypadkach ostrego i przewlekłego nieżytu oskrzeli wyniki były bardzo korzystne. Zwykle po dwóch lub trzech zastrzyknięciach po 2 cc. chorzy odczuwali znaczną ulgę w postaci spadku temperatury, ułatwienia odkrztuszania, zmniejszenia pobudliwości do kaszlu.

W przypadku *bronchitis putrida* uzyskaliśmy wybitne złagodzenie objawów. Cuchnąca płwocina, nadzwyczaj przykra dla chorego i otoczenia, ustąpiła pod wpływem kilku zastrzyknięć (6 po 2 cc.), i chory ze znaczną poprawą stanu ogólnego opuścił szpital.

Ze względu na to, że chinina zmniejsza pobudliwość układu autonomicznego, stosowali niektórzy autorowie (H o f b a u e r i W e i s s) zastrzykiwania chininowo-kamforowe w przypadkach dychawicy oskrzelowej, otrzymując zmniejszenie liczby napadów i złagodzenie tychże.

Myśmy stosowali Pulmin w dwóch przypadkach dychawicy oskrzelowej, jednak bez efektu.

W dwóch przypadkach zapalenia płatowego płuc, stosując Pulmin w drugim i trzecim dniu trwania choroby

by w dawce po 3 cc. codziennie, otrzymaliśmy krytyczny spadek temperatury piątego i szóstego dnia i wyleczenie. W jednym przypadku płatowego zapalenia płuc o nietypowym przebiegu uzyskaliśmy pod wpływem zastrzyków Pulminu znaczną poprawę. Oto w skróceniu historia choroby:

Chory Z. S., lat 22, podaje, że przed dwoma tygodniami zachorował wśród objawów klucia w okolicy prawej łopatki, dreszczów, temperatura 39,5. Kaszel suchy. Zostaje przyjęty na oddział 1.7.1935 r. Badaniem stwierdza się stłumienie, idące od grzebienia prawej łopatki do dolnej granicy płuc. Nad miejscem stłumienia oddech oskrzelowy, miejscami rżenia drobno-bąbkowe wilgotne oraz nieliczne krepitacje. Temperatura 39°, tętno 120 na minutę, słabo napięte. Chory bardzo osłabiony, samopoczucie bardzo złe, odpływa w małej ilości nieco ciągnącej się płwociny.

Badanie krwi:	Opadanie c. czerwonych (Westergreen) 25 mm. 1 godz.
Ciałek czerwonych 4.830.000	O. W. ujemny
Hb 85	W płwocinie pneumokoki obecne
Indeks 0,9	
Ciałek białych 6,800	
Paleczkowatych 29	
Segmentowanych 52	
Eozynofiliów 1	
Limfocytów 15	
Monocytów 3	

Pierwszego dnia pobytu otrzymuje 2 cc. Pulminu, następnego dnia również to samo, i już po dwóch zastrzyknięciach Pulminu stwierdza się znaczną poprawę w postaci spadku temperatury do 37,5 i ułatwienia odkrztuszania. Po dalszych dwóch zastrzyknięciach po 2 cc. temperatura spadła do 37, tętno 90, dobrze napięte, chory czuje się znacznie lepiej, i stwierdza się również poprawę stanu fizycznego płuc. Chory pozostaje narazie nadal w leczeniu szpitalnym, znajdując się na drodze zdrowienia.

W przypadku ropnia płuc pod wpływem zastrzyków Pulminu nastąpiło zupełne ustąpienie objawów oraz wybitna poprawa obrazu fizycznego, stwierdzona rentgenologicznie, co jest charakterystyczne, bo naogół leczenie konserwatywne tej choroby nie daje dobrych wyników. Podaję w skróceniu historię choroby:

K. H., lat 54, w listopadzie 1934 r. przechodził prawostronne płatowe zapalenie płuc, od tego czasu kaszle, odpływając w znacznej ilości płwocinę śluzowo-ropną, bardzo cuchnącą, pozbawioną gorączki 38,5, dreszcze oraz klucie w prawej połowie klatki piersiowej. Stan ten utrzymuje się przez szereg miesięcy, i chory 15.5.1935 r. zostaje przyjęty na oddział. Badaniem fizycznym stwierdziliśmy stłumienie w okolicy prawej łopatki i z przodu stłumienie w okolicy prawego obojczyka z odcieniem bębnowym, wysłuchowo — rżenia średnio- i grubo-bąbkowe, oddech dzbanowy. Prześwietlenie R t g. wykazało obecność jamy poniżej prawego obojczyka oraz poziom płynu w tejże. Stan ogólny oraz samopoczucie bardzo złe.

Badanie krwi:	Opadanie ciałek czerwonych (Westergreen) 105 mm. 1 godz.
Ciałek czerwonych: 3,870 000	Badanie płwociny:
Hb 80	prątki Kocha nieobecne,
Indeks 1	włókna elastyczne obecne
Ciałek białych: 8300	
eozynochł. 1	
paleczkowatych 4	
segmentowanych 74	
limfocytów 17	
monocytów 4	
O. Wa ujemny	

Początkowo stosowaliśmy zastrzykiwania nowarsenobenzolu, emetyny, jednakowoż bez efektu. Dwunastego dnia pobytu chorego w szpitalu zaczęliśmy stosować Pulmin w zastrzykiwaniach domięśniowych po 3 cc. Już po 4 zastrzyknięciach zaznaczyła się wybitna poprawa. Plwocina, pierwotnie w ilości 200 cc. na dobę odpływana, zmniejszyła się znacznie, cuchnący zapach też ustąpił, temperatura spadła do 37, samopoczucie znacznie się poprawiło. Również badanie fizykalne wykazało poprawę, a prześwietlenie R t g., w jakiś czas później dokonane, wykazało znaczne zmniejszenie się jamy. Ogółem otrzymał chory 20 zastrzyknięć Pulminu, z tego 6 po 3 cc., a 14 po 2 cc., i bez żadnych objawów chorobowych opuścił oddział.

Jak z powyższych danych wynika, uzyskaliśmy dobre wyniki we wszystkich naszych przypadkach; tam, gdzie wyleczenia nie było, uzyskiwaliśmy wybitne złagodzenie objawów.

Podkreślić jeszcze należy zupełną bezbolesność zastrzykiwań oraz brak jakichkolwiek objawów ubocznych.

PIŚMIENNICTWO.

Cahn-Bronner. Ther. d. Gegenw. r. 1925/18. — E. Rossius. Fortsch. d. Ther. r. 1926/19. — Johannesson. Chinin. — Hofbauer. Wien. med. Woch. r. 1926/19. — Brugsch. Inner. Med. II. tom.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zagadnienie pozbawienia płodności w polskim projekcie ustawy eugenicznej*).

Podał

W. LUNIEWSKI (Tworki).

(Dok. — patrz Nr. 41).

Aby sterylizacja eugeniczna osiągnęła swój cel, należałoby ją stosować nietylko u osób fenotypicznie chorych, jak to czyni, nprz., ustawa niemiecka, ale także u osób zdrowych fenotypicznie, które są obciążone zatajonemi genami choroby. Ponieważ takie rozwiązanie sprawy jest praktycznie niemożliwe, przeciwnicy sterylizacji znajdują podstawy do twierdzenia, że zabieg sterylizacyjny jest wogóle zabiegiem bezcelowym ze stanowiska eugenicznego. Zwolennicy ustaw sterylizacyjnych odpierają ten zarzut: powiadają oni, że, jakkolwiek sterylizacja nie jest w stanie unieszkodliwić wszystkich nosicieli genów chorobowych, to jednak unieszkodliwia ona pewną i to dość znaczną ich część i, stosowana systematycznie przez kilka pokoleń, musi ona wydać rezultaty dodatnie i zmniejszyć szanse rozrodu kakogenicznego, które bez stosowania sterylizacji przedstawiają się dziś bardzo groźnie.

Projekty ustaw sterylizacyjnych mogą oprzeć się nietylko na podlegających zahaczeniu wskazaniach eugenicznych, ale także na wskazaniach, leżących w innej płaszczyźnie życia, a mianowicie, na wskazaniach społecznych, które są jaśniejsze i nie budzą sporów. Nie może budzić wątpliwości słuszność zasady, która odbiera prawo wydawania na świat potomstwa temu, kto ze względu na stan swego zdrowia, a w szczególności ze względu na stan swego umysłu i na swoje szczególne właściwości psychiczne nie jest zdolny utrzymać i wychować tego potomstwa.

Dzieci, pochodzące od rodziców niezdolnych do ich wychowania, muszą być wychowywane przez osoby obce, a ciężar tego wychowania bezrodzicielskiego musi spadać na opiekę społeczną.

Przeciwnicy ustaw sterylizacyjnych podnoszą małą celowość sterylizowania osób, dotkniętych chorobami psychicznymi *sensu strictiori*, ze względu na to, że te osoby z innych powodów muszą być w większości przypadków izolowane w zakładach zamkniętych, wskutek czego nie mogą się rozmnażać. Skądinąd większa część

psychicznie chorych *sensu strictiori* nie wykazuje żywszych tendencji do rozrodu, jak nprz. autystyczni schizofrenicy, którzy żyją swoim światem i nie troszczą się wcale o stosunki płciowe. Daleko groźniejsi są pod tym względem psychopaci, którzy nie muszą być bezwzględnie izolowani i bardzo często wykazują duże skłonności do owocnego w skutkach obcowania płciowego z osobami płci odmiennej.

Względ, podnoszony u nas przez kol. N e l k e n a, że pewna część psychopatów wnosi do życia społecznego cenne wartości dodatnie, nie powinien być lekceważony. Ale ten względ nie powinien przesłaniać przed nami innego faktu, że druga i to licznie znacznie większa część psychopatów wnosi do życia społecznego jedynie tylko ujemne wpływy rozkładu, zdziczenia, dokuczliwości, egoistycznej bezwzględności, samowoli, zgorzienia i t. p. Psychopatyczne cechy społecznie wysokowartościowych rodziców mogą się w pewnych sporadycznych przypadkach wyrażać w potomstwie w kierunku cech społecznie ujemnych; najczęściej spotykamy w życiu cechy psychopatyczne o ujemnej wartości społecznej, które bez zmiany przekazują się potomstwu. Przypadki przekształcania się psychopatycznych cech antyspołecznych w cechy społecznie dodatnie należą do wyjątków, które nie mogą ważyć na szali decyzji przy wyborze pomiędzy pozostawieniem obecnego stanu rzeczy w tej dziedzinie i wprowadzeniem ustawy sterylizacyjnej.

Ustawowa regulacja sprawy zapobiegania rozrodowi osób, obciążonych chorobą dziedziczną, została zapoczątkowana, jak wiadomo, w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Pierwszy projekt odnośnego prawa powstał w stanie Mischigan w r. 1897, nie uzyskał on jednak zatwierdzenia. Pierwsze formalnie ulegalizowane prawo o sterylizacji zostało wydane w stanie Indjana w r. 1907. Zasięg praw sterylizacyjnych obejmuje obecnie w Ameryce 29 stanów. Założenia ideologiczne tych praw stanowych nie są jednolite. Spotykamy tam przede wszystkim wskazania lekarskie i socjalne dla sterylizacji, dalej spotykamy wskazania moralne i karnorepresyjne, i dopiero w ostatnich czasach wysunęły się w ustawodawstwie amerykańskim, dotyczącym sterylizacji, na pierwszy plan wskazania eugeniczne.

Do 1 stycznia 1935 roku dokonano w Ameryce Północnej 20.063 zabiegów sterylizacyjnych, z czego 8.644 przypada na mężczyzn, a 11.419 na kobiety. Najszersze zastosowanie znalazła sterylizacja w Kalifornii,

*) Wygłoszone na posiedzeniu Polsk. Tow. Medycyny Społecznej d. 24 X.1935 r.

w której od 1909 r. do roku 1935 wyjąłowiono już 9.931 osób. Sprawie sterylizacji patronuje tam założone przez G o s n e y a „The human betterment Fondation” z wybitnym eugenistą P o p e n o e na czele.

Poza Stanami Zjednoczonymi spotykamy ustawy sterylizacyjne w Kanadyjskich stanach Alberta i British Columbia, w Meksykańskim stanie Vera Cruz. W Europie do niedawna mieliśmy tylko ustawę sterylizacyjną kantonu de Vaud w Szwajcarii z września 1928 roku oraz ustawę Duńską z 1.VI.1929 r. Głośne niemieckie prawo o zapobieganiu rozrodowi osób dziedzicznie chorych (Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses) nosi datę 14 lipca 1933 r. i obowiązuje od 1 stycznia 1934 roku.

Ustawa sterylizacyjna niemiecka została w dokładnej kopii powtórzona w wolnym mieście Gdańsku z datą 14.XI.1933. Osobne własne ustawy sterylizacyjne mają pozatem: Norwegja od 9.V.1934 i Szwecja od 18.V.1934 r.

Gdyby nasz polski projekt ustawy eugenicznej uzyskał moc prawa obowiązującego, zanim otrzyma sankcję prawodawczą projekt angielski, byłibyśmy w Europie 6-ym zrzędu krajem, posiadającym legalną możliwość stosowania sterylizacji.

Wskazania do zabiegu obojędnego, wymieniane w obowiązujących ustawach amerykańskich i europejskich, nie są jednolite. We wszystkich tych ustawach wskazania eugeniczne przeplatają się ze wskazaniami socjalnymi, terapeutycznymi i kryminologicznymi. Projekt polski przepisów prawnych, dotyczących sterylizacji, obejmuje 7 artykułów, stanowiących integralną część projektu ustawy eugenicznej, który zamyka się w 12 artykułach. Jakkolwiek cały projekt ustawy wpływa z intencji eugenicznych, wymienionych w nagłówku projektu, przepisy, dotyczące sterylizacji, wymieniają także wskazania lekarskie i społeczne, które posiadają według dosłownego brzmienia projektu, „taką samą wartość”. Ze względu na wątpliwości, jakie budzić mogą wskazania eugeniczne, sądziłbym, że byłoby rzeczą słuszniejszą odłączenie ustawy sterylizacyjnej od ustawy eugenicznej i oparcie jej na zasadniczych wskazaniach socjalnych, które uważam za najwięcej dojrzałe i najłatwiej zrozumiałe dla szerszego ogółu.

W przeciwstawieniu do ustawy niemieckiej projekt polski nie wymienia szczegółowo chorób, w których sterylizacja może być wskazana. Ogranicza się projekt polski do tego, że wspomina ogólnie o „ciężkich chorobach, przekazywanych potomstwu, zarówno natury fizycznej (krwawiczka), jak i psychicznej, ciężkich zбочnieniach seksualnych, dziedzicznych chorobach zmysłów (głuchoniemota, ślepotą wrodzoną), wreszcie ciężkim alkoholizmem”. Takie, bardzo ogólne określenie przypadków, które dają prawo do zastosowania wyjąłowania wydaje mi się nieco ryzykowne ze względu na możliwość nadużywania prawa, zwłaszcza, jeśli nie jest ono ograniczone ściślejszymi wskazaniami jednorodnej natury.

Projekt polski pozwala stawiać wnioski o wyjąłowanie bądź osobie zainteresowanej, bądź lekarzowi zakładu, w którym jest internowany kandydat do wyjąłowania. Sądzę, że ustawa niemiecka, która rozciąga prawo stawiania wniosków także na zastępców prawnych tych osób, które mają być wyjąłowane, oraz na lekarzy urzędowych, ujmuje sprawę słusznie i celowiej.

Ustawy duńska, norweska i szwedzka nie dają prawa stawiania wniosku o wyjąłowanie lekarzom urzędowym, żadna z tych ustaw nie odmawia jednak tego

prawa ustawowym zastępcom osób, podlegających wyjąłowaniu.

Odmówienie prawa stawiania wniosków opiekunom małoletnich lub kuratorom ubezwłasnowolnionych psychicznie chorych mogłoby w wielu razach uniemożliwić zastosowanie sterylizacji w tych przypadkach, w których byłby ten zabieg bardzo skądinąd potrzebny.

Projekt polski przewiduje dwojakiego rodzaju wyjąłowanie: dobrowolne i przymusowe. W przypadku dobrowolnego wyjąłowania kandydat winien być zbzdany przez komisję lekarską, składającą się z dwóch lekarzy specjalistów, a mianowicie: eugenisty i psychiatry, oraz przedstawiciela organów sanitarnych władz administracji ogólnej. Komisja ma prawo udzielania zezwolenia na dokonanie zabiegu sterylizacyjnego, nie ma jednak prawa stosowania przymusu. Bez zezwolenia komisji nie wolno dokonywać wyjąłowania pod grozą kary więzienia do 5-u lat.

Dokonanie zabiegu wyjąłującego w drodze przymusu, bez zgody osoby, która ma być wyjąłowana, wymaga zezwolenia sądu, a mianowicie, wydziału do spraw dziedzicznych przy sądzie okręgowym. Komplet orzekający składa się z 5-u osób, a mianowicie: z 2-ch sędziów zawodowych, 1-go lekarza, obznajmionego z nauką o dziedziczności i eugeniką, z prokuratora i obrońcy. Komplet sądzący ma obowiązek wysłuchania opinii 2-ch rzeczoznawców lekarskich. Osoba zainteresowana ma prawo żądać, aby na rzeczoznawcę został powołany lekarz, przez nią wskazany.

Wyrok sądu 1-szej instancji nie jest ostateczny: strona ma prawo apelacji. Wyrok sądu apelacyjnego jest w zasadzie ostateczny, jeżeli jednak zająd okoliczności, które mogą wpłynąć na zmianę niewykonanego jeszcze wyroku, sąd może wznowić postępowanie i wstrzymać wykonanie wyroku.

Kto i w jaki sposób będzie wykonywał wyroki wyjąłowania, tego projekt ściśle nie określa, wiadomo jedynie, że wyjąłowanie może być dokonywane tylko w publicznych zakładach leczniczych, i że, w razie sprzeciwu skazanego na wyjąłowanie, zakład leczniczy ma prawo zwrócić się do władz bezpieczeństwa o pomoc w wykonaniu zabiegu.

Pod względem wyboru forum, orzekającego o wyjąłowaniu drogą przymusu, projekt polski różni się od ustaw, obowiązujących w innych państwach.

Statut eugeniczny kalifornijski pomija zezwolenie sądu, pozostawiając Dyrektorowi Stanowego Departamentu Zdrowia prawo zatwierdzania wniosków sterylizacyjnych, stawianych przez kierownika zakładu, w którym przebywa chory. Ma to pominięcie sądu swoje usprawiedliwienie w stosunkach amerykańskich, idzie bowiem o to, że w Ameryce sądowi przysługuje prawo badania zgodności ustaw z konstytucją, i mogłoby się zdarzyć, że któryś z sądów zakwestjonowałby prawomocność stanowej ustawy eugenicznej. Statut kalifornijski pozwala nawet na dokonanie kastracji przestępców bez zezwolenia sądu, jeżeli odpowiedni wniosek postawi lekarz więzienny, i wniosek uzyska zatwierdzenie bądź Dyrektora Stanowego Departamentu Instytucji Publicznych, bądź Dyrektora Departamentu Zdrowia. Zezwolenia na dokonanie zabiegu sterylizacyjnego w kantonie de Vaud w Szwajcarii udziela Kantonalna Rada Zdrowia, która decyduje w tej sprawie bezapelacyjnie. W Danii zezwolenie prawomocne wydać może Minister Sprawiedliwości, w Norwegji Dyrektor Lekarski (prawdopodobnie jest to urząd podobny do na-

szego urzędu Dyrektora Służby Zdrowia). W Szwecji wydaje zezwolenie na sterylizację Państwowy Urząd Zdrowia, i zainteresowanemu przysługuje prawo apelowania jedynie do Króla. Jeżeli zabieg sterylizacyjny ma być dokonywany za zgodą pacjenta lub jego prawnego zastępcy, i jeżeli wskazania do zabiegu zostały ustalone przez dwóch uprawnionych do praktyki lekarzy, ustawa szwedzka nie wymaga zezwolenia władzy.

Głośna ustawa niemiecka z 1933 roku oddaje sprawę sterylizacji przymusowej do decyzji specjalnych sądów, t. zw. Erbgesundheitsgericht, złożonych z jednego sędziego zawodowego, jako przewodniczącego, oraz z dwóch lekarzy, z których jeden powinien być lekarzem urzędowym, a drugi powinien posiadać specjalne przygotowanie w zakresie nauki o dziedziczności (der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist).

Wydaje mi się rzeczą zupełnie niezrozumiałą w projekcie polskim, że zamierza on oddać sprawę decydowania o sterylizacji przymusowej w ręce sądu, złożonego z 4-ch prawników i jednego tylko lekarza. Nie zdaję sobie sprawy z roli prokuratora w sprawach sterylizacyjnych i nie bardzo rozumiem, co miałby do powiedzenia w tych sprawach adwokat. Jeżeli istotnym celem sterylizacji ma być zdrowie potomstwa, to w tej, tak skądinąd trudnej do rozstrzygnięcia sprawie należałoby oddać decydujący głos lekarzom. Udział w komplecie orzekającym jednego tylko lekarza nie daje dostatecznej gwarancji oparcia decyzji sądu na wielostronnym oświadczeniu sprawy, budzi obawę jednostronności lekarskiego ujęcia zagadnienia, a przewaga prawników w sądzie grozi przeformalizowaniem sprawy ze szkodą dla jej istoty.

Art. 9 projektu zaleca przyjęcie w sprawach, dotyczących sterylizacji, zasad postępowania karnego. Wydaje mi się to niesłusznym, ponieważ sądzę, że sprawie sterylizacji należałoby odjąć wszelkie cechy zabiegu karnego i, traktując zabieg sterylizacyjny jako konieczność wyższego rzędu, należałoby raczej dążyć do tego, aby osoba, której grozi przymusowe wywołanie, mogła wobec sądu bronić swoich uprawnień, zastrzeżonych przez prawo cywilne z jego zasadami postępowania.

Najważniejszy zarzut, jaki postawiłbym polskiemu projektowi ustawy eugenicznej w tej jego części, która zajmuje się pozbawieniem płodności, jest ten, że stawia on sprawę sterylizacji w płaszczyźnie troski eugenicznej, a nie socjalnej, że tym sposobem wprowadza całe zagadnienie sterylizacji na płaszczyznę niezłomnej wiary w to, co mówią o dziedziczności mistycy niemieccy, co nie jest jeszcze bezwzględny pewnik, co może być obalone tak samo szybko, jak zostało szybko postawione.

Nie możemy bowiem zapominać, że drogi przekazywania się potomstwu cech rodzicielskich nie są nam jeszcze dostatecznie dobrze znane, że w szczególności nie są nam jeszcze znane dokładnie sposoby dziedzicznego przekazywania chorób, a przepowiadania nasze w tych sprawach nie wychodzą poza ramy większego lub mniejszego prawdopodobieństwa.

Sterylizacja jest rzeczą potrzebną, a nawet niekiedy bardzo potrzebną.

Potrzeba zastosowania sterylizacji wynika z warunków społecznych i ma swoje głębokie uzasadnienie właśnie we wskazaniach społecznych. Wiązanie sprawy sterylizacji z mistyką rokowania o jakości potomstwa, z mistyką nauki o dziedziczności może zaszkodzić właściwemu zadaniu ustawy sterylizacyjnej, które stanowi dojrzałą potrzebę życia społecznego. Wskazania socjalne dla sterylizacji, czy to dobrowolnej, czy przymusowej, dadzą się ująć w terminach uchwytnych i zrozumiałych dla każdego, wskazania eugeniczne nie są jeszcze dość zrozumiałe dla szerszych warstw społeczeństwa, nie dadzą się dość jasno skonkretyzować. Przygodnie sterylizacja społeczna może przysłużyć się i sprawie ideałów eugenicznych, przy ogniu sterylizacji społecznej może uda się w tym lub innym przypadku upiec także pieczeń eugeniczną. Gorzej byłoby, gdybyśmy zapalili słomiany jeszcze tymczasem ogień eugeniczny i przy tym ogniu musieli piec pieczeń sterylizacji ze wskazań społecznych. Łatwo wyobrazić sobie przypadki, dla których mogłoby zbraknąć wskazań eugenicznych, mimo że nastroczyłyby nieodparte wskazania socjalne.

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	29/IX— 5 X	6/X— 12 X	13/X— 19 X	20/X— 26 X
Ospa	0	0	0	0
Zap. mózg. śpiączk. . .	0	0	0	0
Dur brzuszny	429 (28)	414 (35)	397 (34)	393 (31)
Dur rzekomy	1 (0)	0	0	0
Dur osutki	29 (2)	30 (0)	28 (1)	22 (1)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	365 (29)	309 (27)	559 (35)	563 (40)
Płonica	588 (13)	698 (8)	770 (15)	714 (6)
Blonica	419 (13)	476 (18)	463 (13)	548 (25)
Zapal. op. mózg. . . .	6 (0)	9 (3)	5 (3)	5 (2)
Odra	265 (0)	279 (2)	499 (0)	639 (1)
Róża	115 (3)	126 (3)	132 (4)	126 (8)
Krzusiec	252 (4)	100 (7)	273 (0)	249 (4)
Malarja	8 (0)	1 (0)	1 (0)	0
Posoczn. pológ. . . .	36 (5)	37 (6)	33 (4)	29 (8)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	425 (0)	436 (0)	488 (0)	399 (0)
Wąglik	2 (0)	0	1 (0)	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	0
Wścieklizna	0	0 (1)	0	0 (2)
Zatr. jad. kielb. . . .	0 (1)	0	0	0
Chor. Heine-Medina . .	0	4 (0)	2 (0)	2 (1)
Twardziel	0	2 (0)	2 (0)	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Polskie Towarzystwo Eugeniczne (N. Świat 1) organizuje kursy dla instruktorów (ek) eugenicznych, których zadaniem będzie zapoznanie słuchaczy z podstawowymi zagadnieniami eugeniki. Kursy odbywać się będą w godzinach wieczornych, od godz. 20 do 22, od 16 listopada, dwa razy na tydzień. Wykładowcami będą najwybitniejsi u nas znawcy przedmiotu. Wpisowe wynosi zł. 10.— Zapisywać się można w Tow. Eugenizmem (N. Świat 1) w godzinach biurowych (g. 10 do 15 codziennie prócz świąt).

— Komitet Międzynarodowej Wystawy Naukowej IX Zjazdu Dermatologów w Budapeszcie przyznał drowi Henrykowi Mierzeckiemu ze Lwowa srebrny medal za ekspozycję, ilustrującą jego badania nad ręką pracującą.

— Naturalny przyrost ludności w Polsce zmniejszył się znowu w pierwszym kwartale 1935 r. i wynosił tylko 9,3 na tysiąc. W tym samym okresie przyrost wynosił w Niemczech 6,2, w Italji 8,5, Holandji 11,1, Czechosłowacji 3,1; Anglii 1,4 i we Francji 3,2. — Ślubów zawarto w tym okresie w Polsce 8548 (10,4 na tysiąc), w Niemczech 126811 (7,7), Italji 66556 (6,2) i Francji 49120 (5,7). W ciągu pierwszych 8 miesięcy tego roku opuściło Polskę 40216 osób, z czego 642 przeniosło się do Niemiec, 16322 do Palestyny i 2166 do Argentyny.

tyny. Powróciło natomiast do Polski 27462, z czego 25929 z Francji, 117 z Niemiec i 121 z Palestyny.

— Według prof. Szułca ludność Polski wynosiła: w r. 1895 — 24 miliony; w r. 1914 — 30 milionów; w r. 1919 — 26 milionów; w r. 1933 — 34 miliony. Największą liczbę urodzeń wykazano w r. 1910, mianowicie 1.130.000 dzieci; w pierwszych latach powojennych liczba urodzeń wynosiła 1 milion, następnie zaś stopniowo się obniża i obecnie wynosi około 850.000 rocznie. Nadwyżka urodzeń wypływa z następującego zestawienia (na 1000 mieszkańców):

	1914 r.	1934 r.
urodzeń	43 6	26 5
zgonów	25 4	14 3
nadwyżka urodzeń	18 2	12 2

Jeżeli przyjąć jako przeciętną nadwyżkę urodzeń liczbę 16 od tysiąca, to wynika, że za 100 lat ludność Polski będzie wynosiła 160 milionów!

— Przyrost ludności w obcych krajach:

	1870 r.	1935
Niemcy	39	67 milionów
Brazylja	10	45
Włochy	25	43
Wielka Brytania	26	46
Japonja	33	68
Francja	38	41

B o v e r a t w broszurze „O spadku liczby urodzeń” podaje, że nadwyżka zgonów nad urodzeniami we Francji z 12.283 w r. 1934 osiągnęła obecnie liczbę 33.456, i dodaje: Każdy, jakkolwiek poczytalny Francuz powinien liczby te mieć stale na widoku i nie lekceważyć sobie niebezpieczeństwa. Francuzi wyobrażają sobie, że ten spadek ludności jest nieznaczny i wobec tego nie zagraża ich egzystencji”.

— W okolicach Paryża wybudowano franko-muzułmański szpital dla mahometan z kolonij francuskich. „Presse médicale” podaje, że ku końcowi wojny znajdowało się na francie francuskim 272.000 algierczyków, w fabrykach zaś 142.000. Po wojnie nie wszyscy powrócili do swego kraju, 150.000 pozostało we Francji, a 65.000 w Paryżu i jego okolicach. Nowy szpital jest jaknajbardziej przystosowany do wymogów i przyzwyczajęń tej ludności mahometañskiej. Obejmuje on 300 łóżek, a koszt jednego łóżka wyniósł 80.000 franków fr. Izba przyjęć jest wybudowana w stylu czysto maurytańskim, w tym samym stylu utrzymane są i inne budynki oraz ozdobny ogród. Do szpitala przylega cmentarz mahometañski.

— W Rumunji wzrasta liczba urodzeń, lecz liczba śmiertelności jest wyższa, niż we wszystkich innych krajach kulturalnych. Śmiertelność oseków jest niebawale wysoka, wynosiła bowiem w r. 1934 przeciętnie 16,2 na 100 żywo urodzonych dzieci. W Niemczech roczny przyrost jest niebawale wielki wyniósł bowiem 25% w r. 1934, czyli że na 1 dziecko francuskie przychodzi na świat dwoje dzieci w Niemczech. Członkinie francuskiego „Krzyża Ognistego” stworzyły u siebie opiekę społeczną na szeroką skalę, wspierają swoich bezrobotnych członków i urządzają żłobki dla dzieci oraz kuchnie ludowe. Francuska Akademia Medyczna wyraziła opinię, że praktyczne wyniki sowieckiego prawa, dotyczącego poronień, zupełnie nie usprawiedliwiają tego prawa. — W Anglii liczba urodzeń zmniejszyła się od roku 1930 o 40%. Kanclerz skarbu spogląda na to zjawisko z wielką troską, i oznajmia, że w imperjum brytyjskiem wkrótce zajdzie potrzeba nawoływania do przysporzenia państwu obywateli dobrej rasy. Naczelnik urzędu zdrowia w Londynie ogłasza rady dla pragnących wstąpić w związku małżeńskie i żąda w nich przede wszystkim zdrowia

Przyrost roczny w Japonji obniża się stale, a mianowicie: wynosił w r. 1932 — 1.007.868; w r. 1933 — 927.209; w 1934 — 809.224. Japonja wykazuje przeto w swojej społecznej strukturze te same tendencje, co i Zachód.

— Dnia 31 października 1935 r. odbyło się w Rzymie uroczyste otwarcie nowego miasta uniwersyteckiego. Na przestrzeni 680.000 metrów kw. wystawiono 14 monumentalnych gmachów w stylu nowoczesnym, które mieszczą wszystkie wydziały uniwersytetu. Wszystkie gmachy wybudowane są według najnowocześniejszych zasad techniki i zaopatrzone we wszystkie wygody. Największy gmach centralny, który jest siedzibą rektora i mieści w sobie bibliotekę aleksandryjską i księgozbiór wydziałów ma 100 metrów długości i 25 metrów wysokości. Budowa tego miasta trwała 4 lata i kosztowała 90 milionów lirów. Gmachy pomieszczą 12.000 studentów, w tem kilkuset studentów obcych narodowości.

— Z Rzymu dochodzą wiadomości, że stare piwnice, w których przechowywano wina dawnych papieży i królów rzymskich, a które obecnie są zwiedzane, jako rzecz godna widzenia, lub z obawy zawalenia się są zamknięte, mają być przerobione na nowoczesne schrony przeciwgazowe. Już przedtem było wiadomo, że papież zamierza wybudować własny schron na terenie Watykanu. Dawne piwnice królewskie i papieskie zapewnią schronienie wielu tysiącom Rzymian. Budowa tych schronów ma się rozpocząć wkrótce. Pisma zwracają uwagę przy tej okazji, że katakumby pod Paryżem, ciągnące się na przestrzeni kilometrowej, mogłyby również być przeznaczone na ten cel, a nawet i sławne rzymskie katakumby.

— 18 października 1935 r. nastąpiło w Niemczech połączenie się wszystkich korporacji studenckich z wszechniemieckim studenckim związkiem narodowo-socjalistycznym. Rozgłosne do tego czasu korporacje studenckie przestały istnieć, a sztandary ich złożono uroczystie w Wartburgu na wieczną rzecz pamiątkę. Był to ostatni pochód korporantów niemieckich ze sztandarami, w bandach i czapkach korporacyjnych, które zastąpi obecnie swastyka.

ZMARLI:

J. R. M a c - L e o d, prof. fizjologii, jeden z odkrywców insuliny, laureat nagrody Nobla — w Aberdeen.

Axel R e y n, dyrektor instytutu Finsena — w Kopenhadze.

Dr. T u r b a n, znany fizjolog — w Davos.

Dr. Gustaw P a u l, b. dyrektor państwowej wytwórni szczepionek, wytwórca znanej powszechnie szczepionki przeciwgośćcowej „Cutivaccin” — w Wiedniu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

12.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. M i k u ł o w s k i Wł. Zagadnienie koklusu na tle kryzysu współczesnej medycyny. 2. Z a w o d z i ń s k i T. Próby określenia stanu hormonalnego w przypadkach mięśniaków macicy.

13.XI. Polskie Tow. Psychjatryczne. Oddział Warszawski.

1. J. N e l k e n. — Pamiętnik Forela. 2. Sprawozdanie Sekretarza. 3. Doroczne wybory Zarządu Oddziału.

15.XI. Polskie Lek. T-wo Radiolog. i Fizjoterapeut.

I. Część naukowa. 1. E. Bruner: Zmiany kostne w chorobie Besniera-Boeckea. 2. W. J a r o s z e w i c z i W. T r z e t r z e w i ń s k i: Przypadek oblaka jamy Highmora. 3. S. R u b i n o t: a) Z kazuistyki gu-

zów śródpiersia. b) Trudności rozpoznawcze ropni podprzeponowych. 4. K o c h a n o w s k i: O torsyjnych nadwichnięciach kręgosłupa przy scoliozach. 5. B. G r y n k r a u t: Przypadek oderwania z przemieszczeniem os trigonum.

II. W a l n e z e b r a n i e. 1) Wybory przewodniczącego zebrania. 2) Sprawozdanie ustępującego Zarządu: a) Sekretarza. b) Skarbnika. 3) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 4) Wybory nowego Zarządu. 5) Wolne wnioski.

Résumé des articles originaux.

A. SZTEJNBERG. La vitesse de la sédimentation sanguine au cours de la fièvre typhoïde.

Dans le stade précoce de la maladie on ne note le plus souvent, qu'une légère accélération de la vitesse de sédimentation globulaire, contrairement à ce qui se passe dans d'autres infections. La constatation d'une sédimentation globulaire légèrement accélérée plaide en faveur de la fièvre typhoïde; une vitesse de sédimentation même très accélérée n'exclut point la fièvre typhoïde. Dans les rechutes on note un ralentissement de la vitesse de sédimentation contrairement aux complications, qui font accélérer la chute des globules.

W. STERLING et I. KIPMAN. Un nouveau réflexe de la lèvre supérieure lié à la zone réflexogène ubiquitaire.

Il s'agit d'un cas de l'hémiplégie organique au cours de la quelle les auteurs ont constaté un réflexe singulier non connu encore de la lèvre supérieure sous forme de contraction violente de cette lèvre qui s'est laissé déclencher des territoires les plus divers de la peau. L'excitation la plus légère de toute la surface des teguments déterminait une contraction réflexe de la lèvre supérieure, dans la quelle se forment préalablement plusieurs faites profondes et oblongues, avec sa protraction en avant sous forme de gouttière. Les auteurs attirent l'attention sur le caractère ubiquitaire de la zone réflexogène phénomène, qui représente le type du réflexe indirect du a la participation du neurone intercalaire

caractéristique des syndromes paralytiques du type supranucléaire.

A. KALISCH. Traitement des maladies des poumons par le Pulmin.

L'auteur a administré le remède Pulmin dans les bronchites aiguës et chroniques, dans la pneumonie lobaire et l'abcès du poumon. Les résultats en étaient très satisfaisants. Dans l'asthme le remède restait sans effet.

C. ŁUNIEWSKI. Le problème de la stérilisation dans le projet polonais de la loi eugénique.

Contrairement à la législation permettant la stérilisation dans certains pays d'Amérique et d'Europe, le projet polonais de la loi concernant ce problème a été inclus dans le projet de la loi eugénique.

En exprimant des réserves quant au fondement eugénique de la loi permettant la stérilisation dans certains cas de maladies mentales, l'auteur estime, qu'une obtention d'une possibilité légale de la stérilisation des individus dont la procréation est indésirable pour des raisons sociales, est nécessaire et souhaitable.

L'auteur fait une discussion détaillée des articles du projet de la loi eugénique polonaise concernant la stérilisation volontaire et obligatoire en exprimant de certaines doutes quant à la multiplicité des indications de la stérilisation mentionnées dans le projet et quant à l'opportunité de formalités légales dont est entouré le procédé de la stérilisation. A. P.

TREŚĆ: Ś. p. Dyonizy Hellin. — J. JASIEŃSKI. Naczynia limfatyczne nerki. — A. SZTEJNBERG. Odczyn Biernackiego w durze brzuszny. — Wł. STERLING i I. KIPMANOWA. Niezwykły odruch wargowy o ubikwitarnej strefie odruchorodnej. — N. PIANKO. O wczesnym rozpoznaniu krztuśca u dzieci. (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — A. KALISCH. Doświadczenia z Pulminem w leczeniu chorób płucnych. — W. ŁUNIEWSKI. Zagadnienie pozbawienia płodności w polskim projekcie ustawy eugenicznej (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Feu Dr. Dionis Hellin. — J. JASIEŃSKI Les lymphatiques du rein. — A. SZTEJNBERG. La vitesse de la sédimentation sanguine au cours de la fièvre typhoïde. — L. STERLING et I. KIPMAN. Un nouveau réflexe de la lèvre supérieure lié à la zone réflexogène ubiquitaire. — N. PIANKO. Diagnostic précoce de la coqueluche chez les enfants. (Rev. gén. fin.). — A. KALISCH. Traitement des maladies des poumons par le Pulmin. — W. ŁUNIEWSKI. Le problème de la stérilisation dans le projet polonais de la loi eugénique (fin.).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

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

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